

lativen Wirkung kann man das Adonigen innerhalb eines unbestimmten langen Zeitraumes geben, was besonders bei ambulanter Behandlung sehr von Wert ist.

Unter anderem sehe ich mich genötigt, zu bekennen, dass ich mich auf Grund einer mehr als zwanzigjährigen vielseitigen Anwendung der Adonis und auf eine diesbezüglich genügende Erfahrung gestützt, der Ansicht von Prof. N. Ortner (Vorlesungen etc. 1923, S. 28—29) durchaus nicht anschließen kann — der die Verordnung der Adonis in Fällen von chronischer Nephritis und bei arteriosklerotischen Prozessen mit sekundärer Schädigung des Herzens für kontraindiziert hält. Gerade hier, in diesen Fällen leisten die Präparate der Adonis Ausgezeichnetes und verdienen den entschiedensten Vorzug vor der Digitalis.

Es ist zu hoffen, dass die deutsche pharmazeutische Industrie beim Adonigen nicht haltmachen wird, sondern noch vollkommener*) Präparate erzeugen wird, die überall und besonders in Russland sicher eine gebührende und ausgedehnte Verbreitung finden werden.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Giessen.
(Direktion: Geheimrat Prof. Dr. Poppert.)

Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie der Strumitis.

Von Dr. Erich Düttmann, Assistenzarzt der Klinik.

Die Entzündung der normalen Schilddrüse, die Thyreoiditis, ist eine ziemlich seltene Krankheit, während die Strumitis, die Entzündung des Kropfes, weit häufiger zur Beobachtung kommt. Daraus geht hervor, dass die strumöse Entartung der Glandula thyroidea eine lokale Disposition zur Entzündung darstellt, einen locus minoris resistentiae, der in anatomischen Veränderungen des Gewebes besteht. Nach Kocher sind es überwiegend häufig Strumazysten, in denen Entzündungen auftreten.

Die eigentlichen Ursachen dieser Entzündungen sind entweder Verletzungen mit nachfolgender Infektion, wenn z. B. mit unreiner Nadel punktiert wurde, oder Allgemeininfektionen, die auf metastatischem Wege zur Schilddrüsenentzündung führen. Während man anfänglich schon den einfachen Magendarmkatarrh (Kocher) als ätiologisches Moment der Strumitis kannte, hat man schliesslich im Laufe der Zeit die Entzündung des Kropfes als mehr oder weniger häufige Begleiterscheinung fast jeder Infektionskrankheit kennengelernt.

Wenn somit auch das Wesentliche über Strumitis bekannt ist, so dürfte doch der folgende, in der hiesigen Klinik kürzlich beobachtete Fall insofern von Interesse sein, als er der grossen Zahl von Bakterienarten, die im strumitischen Eiter gefunden wurden, den Paratyphus-B-Bazillus hinzufügt; jedenfalls haben wir in den Literaturberichten diesen Bazillus niemals als Urheber der Strumitis erwähnt gefunden.

Elisabeth Kl., 15 Jahre alt, wurde in unserer Klinik aufgenommen mit den Angaben, dass sie vor 8 Tagen mit Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen und Schmerzen im Leib, hauptsächlich in der rechten Unterbauchseite, erkrankt sei. Sie habe dauernd hohes Fieber und öfters Schüttelfröste gehabt, der Stuhl sei angehalten.

Status praesens: Mageres, stark aufgeschossenes Mädchen in schlechtem Ernährungszustand. Im Isthmus der Schilddrüse besteht eine kleine Strumazyste von etwa Walnussgrösse. Die Zunge ist trocken, borkig und zeigt einen roten Rand. Herz und Lungen o. B. Die Temperatur beträgt 38,8°; der Puls ist klein und weich und beträgt 120 in der Minute.

Der Leib ist leicht aufgetrieben, die Bauchdecken sind bretthart gespannt. Schon bei der leichten Berührung wird über den ganzen Unterbauch, rechts stärker noch als links, heftiger Druckschmerz angegeben. Während der Untersuchung tritt Erbrechen ein.

Nach diesem Befunde dachten wir an eine diffuse Peritonitis, ausgehend von einer Wurmfortsatzkrankung und entschlossen uns zur Operation, die sofort ausgeführt wurde.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle bestehen keinerlei Anzeichen einer Peritonitis, es ist kein Exsudat vorhanden, das Peritoneum und der Darm sind reizlos. Der Wurmfortsatz, der sehr lang ist, ist makroskopisch ebenfalls nicht entzündet. Er zeigt nur eine mässige Verdickung an seiner Kuppe. Im ganzen Dünndarmmesenterium findet man massenhaft linsen- bis bohnen-grosse harte Drüsen. Typische Ektomie des Wurmfortsatzes.

Präparat: Schleimhaut ödematös geschwollen. Inhalt: Auffallend heller dünner Kot untermischt mit vielen Oxyuren. Das Fieber hielt nach der Operation an und 4. Tage traten erneut Schüttelfröste auf. Der Stuhl wurde zur Untersuchung ins hiesige bakteriologische Institut gesandt, ebenso das Blut. Dort wurden Paratyphus-B-Bazillen festgestellt und die Gruber-Widal'sche Reaktion 1:100 war positiv. Nach 8 Tagen wurde das Kind nach geheilter Operationswunde in die Med. Klinik verlegt. Schon bei der Verlegung war die Strumazyste gänseeigross angeschwollen und etwas druckempfindlich.

Nach 4 Wochen wurde die Kranke in unsere Klinik zurückverlegt. In der Mitte des Halses bestand eine faustgrosse schmerzhaft, fluktuierende Geschwulst. Die Haut war entzündlich gerötet. Nach den Seiten hin war die Geschwulst bretthart und sehr schmerzhaft. Der Kopf konnte nicht bewegt werden. Die Atmung war frei. Dagegen bestanden Schluckbeschwerden. Temp. 38,3°.

Im Chloräthylrausch wird über der Höhe der Fluktuation inzidiert. Es entleert sich reichlich fast feldgrau aussehender, nicht riechender, dünnflüssiger Eiter. Drainage, Tamponade.

Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Paratyphus-B-Bazillen in Reinkultur.

*) In Froscheinheiten standardisiert.

Das Fieber schwindet sofort nach der Inzision. Nach 10 Tagen kann das Kind geheilt entlassen werden, nachdem die wiederholte Stuhluntersuchung negativ ausgefallen ist.

Die Genese dieser Infektion der Strumazyste lässt sich leicht nachweisen, da eine direkte Verletzung mit Sicherheit auszuschliessen ist. Die Entzündungserreger müssen demnach auf dem Wege der Blutbahn eingeschleppt worden sein. Wir haben hier das Bild der hämatogenen Infektion vor uns.

Als Eintrittspforte für die Paratyphusbazillen im menschlichen Körper kommt in erster Linie der Magendarmtraktus in Frage. Haben sie durch die Schleimhaut des Digestionstraktus Eingang gefunden, so siedeln sich nach Schottmüller die Infektionserreger zunächst in dem Lymphgefässsystem des Abdomens an und entwickeln sich im Lymphapparat des Mesenteriums weiter. Die Mesenterialdrüsen schwellen linsen- bis bohnen-gross an. Von diesem Lymphapparat erfolgt nun eine beständige Einschwemmung in das Blut. Mit letzterem können sie in alle Organe des Körpers verschleppt werden und schliesslich folgt dann die Ausscheidung durch den Darm, so dass also die Geschwüre des Darmes nur eine Teilerscheinung der Lymphgefässsystemerkrankung, eine sekundäre Folgeerscheinung der Allgemeininfektion, darstellen. Der Paratyphusbazillus besitzt demnach alle Eigenschaften, eine Septikämie hervorzurufen.

Es besteht nun die allgemeine Erfahrungstatsache, dass Organe oder auch sonstige Gewebe und Körperstellen durch vorausgegangene Erkrankungen und Schädigungen viel leichter einer sekundären Infektion anheimfallen können als gesunde. In unserem Falle war durch die Strumazyste ein locus minoris resistentiae gegeben, in dem die Paratyphusbazillen den geeigneten Nährboden zur Weiterentwicklung fanden.

Literatur.

1. Hirschfeld: Diss., Berlin 1886. — 2. Th. Kocher: D. Zschr. f. Chir. Bd. 4 u. 10. — 3. Kolle und Wassermann: Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. — 4. Schlender: D. Zschr. f. Chir. Bd. 59. — 5. Schottmüller: D.m.W. 1900.

Aus dem Cnopfschen Kinderspital in Nürnberg.

Herpes zoster und Varizellen.

Von Lucie Adelsberger, derz. Assistentin im Städt. Krankenhaus Friedrichshain, Berlin.

Eine Reihe von klinischen Erfahrungen hat uns das Vorkommen von Herpes zoster im Verlauf einer Varizellenepidemie kennen gelehrt (v. Bokay¹⁾, Feer²⁾, Frey³⁾, de Lange⁴⁾). Trotzdem ist es nötig, die Kasuistik noch weiter auszubauen, nicht mehr um die Zusammengehörigkeit zu sichern, sondern um den Beziehungen nachzuspüren, infolge deren dasselbe Virus, das meist eine Bläschenbildung der Haut mit leichter Allgemeinerkrankung verursacht, in derselben Epidemie einen schweren Infekt setzt, bei dem die Bläscheneruptionen im Verlauf der peripheren Nerven mit nervösen Störungen gepaart sind. Dieses Ueberspringen von Haut und Schleimhäuten auf das Nervensystem bedarf umso mehr einer Klärung, als die Aetiologie des Herpes zoster so unklar und wahrscheinlich so vielgestaltig ist, dass die ätiologisch einheitlichen Fälle nicht nur systematisch, sondern auch in jedem Einzelfalle klinisch abgetrennt werden müssen. Dazu ist es allerdings notwendig, die Varzellenerkrankungen, bei denen es nur zufällig zu einer gruppenförmigen Anordnung von Bläschen nach dem Typ der Gürtelrose kommt⁵⁾, oder die später als Variola bzw. schwere Varizellen erkannt werden (Fall von Riehl⁶⁾) beiseite zu lassen und unter den Herpes zoster nur diejenigen Krankheitsfälle einzureihen, die klinisch als echter Herpes zoster imponieren und nur durch Anamnese oder Kontagiosität ihre Zugehörigkeit zu den Varizellen erkennen lassen. Nur diese typischen Zosterfälle sind geeignet, aus dem Mosaik zufälliger Umstände die wesentlichen Momente herauszutreten zu lassen.

Zunächst sei über einen Fall von Herpes zoster berichtet, der vor 3 Jahren im Cnopfschen Kinderspital eine Varizellenepidemie nach sich zog, und der geeignet sein dürfte, die Genese des Varizellen-Herpes zoster näher zu beleuchten.

R. Bl., 4 Jahre alt, J.N. 861/1920. Hat kurz vorher Scharlach durchgemacht: Exanthem am 29. V., Verlauf komplikationslos. Wird am 28. VII. eingeliefert. Anamnestisch seit 2 Tagen heftigste Stirnkopfschmerzen und Neuralgien im l. Bein, seit dem Morgen Bläschen auf der Stirn und am Oberschenkel. Das Kind macht einen schwerkranken Eindruck, ist leicht benommen, jammert über furchtbare linksseitige Kopfschmerzen und Schmerzen im l. Bein. Innere Organe o. B. Auf der linken Stirn- und Kopfseite beginnende, genau mit der Mittellinie abschneidende Herpeseruption. Auch am

¹⁾ v. Bokay: W.kl.W. 1909 Nr. 39; Jahrb. f. Kinderhkl. 1919 Bd. 89.

²⁾ Feer: Schweiz. m. Wschr. 1920 Nr. 3.

³⁾ Frey: Jahrb. f. Kinderhkl. 1920 Bd. 92.

⁴⁾ de Lange: Kl.W. 1923 Nr. 19.

⁵⁾ Dass ein Auftreten von Masseneruptionen von Varizellenbläschen zur Verwechslung mit Herpes zoster führen kann, wurde schon in den älteren Lehrbüchern der Kinderheilkunde (Pfaundler-Schlössmann 1910, Heubner) und bei Jochmann 1914 betont.

⁶⁾ So wendet sich McEwen (Archives of Dermatology and Syphil. 1920 Bd. 2) gegen die für diese Fälle gebrauchte Bezeichnung „generalisierter Herpes zoster“, da bei genauer klinischer Beobachtung die Ähnlichkeit mit den Varizellen offenbar sei.

⁷⁾ Wegen Entlassung weitere Beobachtung nicht möglich.

I. Oberschenkel Herpes zoster, bei dem die einzelnen Bläschen noch in grösseren Abständen voneinander stehen. Kind wird auf die innere Abteilung aufgenommen.

29. VII.: Herpes zoster hat schnell um sich gegriffen, so dass fast der ganze Oberschenkel ergriffen ist. Bläschen dichtstehend, z. T. konfluierend. Allgemeinbefinden unverändert. Andauernd heftige neuralgische Schmerzen und Hyperästhesie der betroffenen Gebiete. 30. VII.: Herpes zoster hat an Ausdehnung nicht mehr zugenommen, aber die Bläschen konfluieren bis zu marktstückgrossen Blasen. Am Kopf und an der Stirne, überall ausschliesslich links, weiterhin kleine, höchstens linse-grosse, getrennt stehende Bläschen. 31. VII.: Das Kind macht vormittags einen besseren Eindruck, nachmittags plötzlich Kollaps unter den Zeichen der Gefässlähmung. 2. VIII.: Erneuter Anfall von Kreislaufschwäche. Herpesbläschen trocken ein, jedoch eine handtellergrosse Blase am Oberschenkel. 3. VIII.: Kind frischer. Temperaturabfall. Am ganzen Körper flüchtiges kleinfläckiges Exanthem nach Art eines Scharlachexanthems. Kein Eanthem. Aus dem weiteren Verlauf ist nur noch zu bemerken, dass sich am Oberschenkel eine handgrosse gangränöse Stelle bildete, die sehr langsam unter Bildung von tiefgreifenden Narben zur Abheilung kam und dass das Kind keine typische Scharlachschuppung aufwies.

Im Anschluss an den Herpes zoster folgen vier Kinder, die seit längerer Zeit auf der Abteilung stationiert sind.

1. M. Tr., 1½ Jahre. J.Nr. 719/1920. Exsudatives Kind, abwechselnd mit Bronchitis, Ekzem und Durchfällen. Am 12. VIII. plötzliche Eruption von Steinblättern. 14. VIII.: Temperatur 40°. Kind recht krank. 17. VIII.: Varizellen ohne Komplikation verlaufen. 19. VIII.: Kleinfläckiges Exanthem an den Beinen, jedoch kein Eanthem. 27. VIII.: Abends 39,7°, grossfläckiges Exanthem an den unteren Extremitäten, das sich am 30. VIII. wiederholt. Stets auffallende Flüchtigkeit der Exantheme, die nur wenige Stunden dauern. Nie Schuppung aufgetreten.

2. Fr. Schm., 5 Jahre. J.Nr. 522/1920 hat eine Bronchopneumonie überstanden. Am 13. VIII. vereinzelte Varizelleneffloreszenzen.

3. G. W., 3 Jahre. J.Nr. 373/1920. Ekzemkind. Am 13. VIII. Varizellen. Am 21. VIII. nach komplikationslosem Verlauf der Varizellen ein skarlatiniformer, schnell abklingender Rassen. Für Scharlach keinerlei Anzeichen: weder Exanthem noch Schuppung.

4. E. B., 2 Jahre alt. J.Nr. 660/1920. Exsudatives Kind mit Neigung zu Bronchitis und Durchfällen. 15. VIII.: Varizellen. Schon am nächsten Tag ausgedehntes kleinfläckiges hochrotes Exanthem an Rumpf und Extremitäten. 18. VIII.: Rückgang des Exanthems und der Varizellen. I. IX.: Abends 38,0°. Grossfläckiges Exanthem im Gesicht und kleinfläckig disseminiertes am Körper. Fehlen eines Exanthems und aller katarrhalischen Erscheinungen. Nach wenigen Stunden blässt das Exanthem ab. Bei genauester späterer Beobachtung Scharlachschuppung nicht aufgetreten.

Es handelt sich also um eine Varizellenendemie, die im Anschluss an einen Herpes zoster zum Ausbruch kam und überdies noch eine Häufung der postvarizellösen Rashformen aufweist.

Während über die ätiologische Einheit, die auch durch unsere Beobachtung wieder bestätigt wird, allseitiges Einverständnis herrscht, sind die Bedingungen, unter denen die jeweilige Erscheinungsform auftritt, noch ungeklärt. Altersunterschiede, konstitutionelle Momente, schwere Infektionskrankheiten und Rekoneszenz, anatomische Hautveränderungen und Läsionen wurden als Ursache für die andersartige Lokalisation angeschuldigt. Ein Einfluss des Alters, den Jakob¹³⁾ unter anderem erwägt, ist nicht ersichtlich. Während französische und englische Autoren [Netter¹⁴⁾, Carver¹⁵⁾, Morton Robson¹⁶⁾] häufig über Windpockenerkrankungen bei Kindern und Herpes zoster bei Erwachsenen berichten, sind bei den meisten deutschen Beobachtungen ähnlich wie bei der obigen Endemie auffällige Altersunterschiede nicht vorhanden. Auch davon, dass das Varizellenvirus bei konstitutioneller Minderwertigkeit einen Herpes zoster auslöse, kann keine Rede sein. Das Kind Rud. Bl. war körperlich gut entwickelt und in einem recht ordentlichen Ernährungszustand. Die von ihm mit Varizellen infizierten Kinder waren z. T. schwer exsudativ. Das Kind Fr. Schm. hatte sich von seiner Bronchopneumonie bereits recht gut erholt. Aber selbst wenn man annehmen wollte, dass gerade bei den exsudativen Kindern mit ihrer Neigung zu Haut- und Schleimhautaffektionen das Virus seine dermatotropen Eigenschaften voll entfalten musste, so weisen doch auch die übrigen Varizellen-Herpes zoster-Endemien keinerlei Gesetzmässigkeiten bezüglich des Befallenseins bestimmter Individuen auf und es ist eine alltägliche Erfahrung, dass bei schlecht konstituierten und minderwertigen Kindern die Windpocken mitunter recht schwer und deletär auftreten, und der Grad der Erkrankung erheblich zunimmt, ohne dass die Krankheitsform eine Aenderung erfährt. Damit verliert auch die Annahme, dass die Varizellen ebenso wie andere schwere Infektionen einen Herpes zoster auslösen können, wenigstens für diese Fragen, viel an Wahrscheinlichkeit. Auch die Ansicht, dass es sich um eine andersartige Lokalisation der Varizellen im Bereich eines geschädigten Nerven oder anatomisch veränderter Hautbezirke (Trauma, Druck der Kleider) handele, hat wenig für sich, zumal Sack¹⁷⁾ beobachten konnte, dass vorausgegangene Bestrahlung mit ultravioletten Strahlen die Haut stark sensibilisiert und den Eruptionsprozess (auf der ganzen Haut gleichmässig) aktiviert und mobilisiert. Der Möglichkeit, dass gewisse vorangegangene Infektionen die nachfolgende Varizelleneruption beeinflussen und das Krankheitsbild völlig umgestalten, so in dem Falle von Feer die Chorea minor, in dem von uns beobachteten der

Scharlach, stehen die klinischen Daten entgegen, die von einer erhöhten Empfänglichkeit Scharlachkranker für Windpocken berichten [Lewy¹⁸⁾]. Uebrigens wäre auch schwer einzusehen, warum diese Schädigungen besonders häufig für das ersterkrankte Kind in dieser Endemie, wie das ja für den Herpes zoster gilt, zutreffen.

Die Häufung der postvarizellösen Erytheme dürfte kaum als eine Eigentümlichkeit der Herpes zoster-Varizellenepidemie aufgefasst werden. Denn unter den klinischen Beobachtungen über Varizellenrash, die Knöpfelmacher¹⁴⁾ eingehendst detailliert, wird keines Falles von Herpes zoster mit nachfolgendem Erythem Erwähnung getan. Immerhin stellt die Multiplizität der Exantheme, ihr polymorpher Charakter und ihr wiederholtes Auftreten bei ein und demselben Kinde eine weitere Besonderheit dieser Endemie dar.

Auch unser Fall führt in der Analyse der einzelnen Bedingungen nicht weiter und gestattet keine Entscheidung über die besonderen Umstände, unter denen das Varizellenvirus einen Herpes zoster auslöst. Dagegen dürfte er geeignet sein, einige andere Fragen näher zu beleuchten und dadurch, dass er es ermöglicht, über den Angriffspunkt des Virus Bestimmteres auszusagen, vor allem die Frage, warum es überhaupt im Verlaufe einer Varizellenendemie zum Auftreten eines Herpes zoster kommen kann, einer Klärung näherzubringen.

Ueber die anatomische Grundlage des Varizellen-Herpes zoster wurde viel diskutiert; häufig, in Analogie zu den anderen Zosterformen, eine Erkrankung der Spinalganglien in Erwägung gezogen, dazu aber stets noch ein zweites schädigendes Agens gefordert, das beim Varizelleninfekt die Erkrankung des Spinalganglion bedingt. (Lampe¹⁹⁾, dem eine Beobachtung von Varizellen-Herpes zoster eine genauere anatomische Lokalisation ermöglicht, lässt sich trotz der einwandfreien Varizellengenesse auf die Beziehungen zwischen beiden Erkrankungen nicht ein. Er berichtet über eine 67 jährige Kranke, die gleichzeitig mit ihrer an Varizellen erkrankten Enkelin einen Herpes zoster der Nervi intercostales XI und XII akquiriert und die eine Lähmung des Musculus obliquus und rectus abdominalis mit elektrischer Entartungsreaktion sowie eine deutliche Parese der rechten Zwerchfellhälfte aufweist, und spricht deshalb die Erkrankung als periphere Neuritis vielleicht mit Beteiligung der vorderen Spinalganglien an. Auch bei dem Fall unserer Beobachtung dominieren die nervösen Symptome. Die Erkrankung wird mit heftigsten einseitigen Neuralgien eingeleitet, die tagelang mit unverminderter Intensität andauern und denen die Hautaffektionen erst 2 Tage später folgen.

Anschließend bilden sich schwere, zur Gangrän führende Hautveränderungen aus, deren trophoneurotische Natur ersichtlich ist²⁰⁾, während man das Versagen des Kreislaufes in gleicher Weise auf die toxische Allgemeininfektion wie auf nervöse Schädigungen zurückführen könnte.

Gerade der Beginn der Erkrankung mit neuritischen Symptomen, das scheidet uns das Wesentliche an unserer Beobachtung, weist darauf hin, dass die Erkrankung des Nerven das Primäre ist und dass die Bläscheneruptionen sekundär als Effekt einer nervösen Störung anzusprechen sind. Es hat also keine blosse Verschiebung des Krankheitsbildes statt, sondern das Virus selbst wechselt seinen Angriffspunkt; in der Mehrzahl der Fälle lokalisiert es sich auf Haut und Schleimhäute, greift jedoch mitunter direkt am Nervensystem (an den peripheren Nerven und Spinalganglien?) an. Die Analogie zum Enzephalitisvirus ist eine gegebene. Wie dieses entfaltet es bald dermatotrope, bald neurotrope Eigenschaften und es muss deshalb diese Gruppe der Herpes zoster-Erkrankungen in wechselseitiger Beziehung mit dem Enzephalitisproblem der Lösung nähergebracht werden. (Ob freilich die Verhältnisse so einfach liegen, wie Low¹⁷⁾ annimmt, dass beim Herpes zoster die Nase die Eingangspforte sei und die Infektion den Lymphwegen entlang zu den Nervi olfactorii und der Zerebrospinalflüssigkeit vordringe, während es bei den Varizellen eine Blutinfektion sei, muss noch dahingestellt bleiben. Die endgültige Beantwortung dieser Fragen, die das Tierexperiment viel eindeutiger als die Klinik liefern könnte, scheidet vorläufig noch an der Unmöglichkeit, die Varizellen sichtbar auf die gebräuchlichen Laboratoriumstiere zu übertragen²¹⁾. Immerhin kann die klinische Auswertung jedes einzelnen Falles von Herpes zoster dazu führen, die den Varizellen genetisch zugehörigen Fälle zu erkennen [C. de Lange²²⁾] und in viel weiterem Ausmasse als bisher von den übrigen Zosterformen abzutrennen. Möglicherweise findet sich dann auch eine Verwandtschaft mit dem infektiösen Herpes zoster und es eröffnet sich die Aussicht, die zugehörigen Herpes zoster-Erkrank-

¹³⁾ Lewy: B.kl.W. 1920 Nr. 27.

¹⁴⁾ Knöpfelmacher: Jahrb. f. Kinderhik. 1919 Bd. 40.

¹⁵⁾ Lampe: M.m.W. 1921 Nr. 45.

¹⁶⁾ Auch Frey (l. c.) betont bei dem an Herpes zoster erkrankten Kind die auffallende Schmerzhaftigkeit und die gangränösen Hautveränderungen mit fehlender Heilungstendenz auf der ganzen rechten Thoraxhälfte.

¹⁷⁾ Low: Brit. med. Journ. 1919, 25. Jan.

¹⁸⁾ Zusammen mit Herrn Dr. Schiff, dem Abteilungsleiter der bakteriologischen Abteilung des städt. Krankenhauses im Friedrichshain, Berlin, habe ich mehrfach Uebertragungsversuche von Varizellen (Bläschen und beginnenden Makeln vor Verflüssigung derselben) auf Kaninchen (Kornea) und Meerschweinchen (intrapulmonal, intraperitoneal, intravenös und unter Würdigung der dermatotropen Eigenschaften auch auf die Klauen) ausgeführt, ohne dass wir etwas anderes als eine nicht regelmässig nach 8 Tagen auftretende Leukopenie mit relativer Vermehrung der einkernigen Zellen beobachten konnten.

¹⁹⁾ C. de Lange: l. c.

⁸⁾ Jakob: Zschr. f. Kinderhik. 1921 Bd. 29.

⁹⁾ Netter: Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris Jg. 38 Nr. 23.

¹⁰⁾ Carver: Brit. med. Journ. 1921, 28. Febr. Zit. auch Le Feuvre.

¹¹⁾ Morton Robson: Brit. med. Journ. 1921, 28. Febr.

¹²⁾ Sack: M.m.W. 1922 Nr. 16.

kungen mit Varizellenrekonvaleszenzserum oder mit Blaseninhalt, Methoden, die für die Varizellen selbst wegen der Geringfügigkeit der Erkrankung nicht in Anwendung kommen, therapeutisch zu beeinflussen.

Aus der Diakonissenanstalt in Flensburg.
(Chefarzt: Prof. Dr. Baum.)

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Ischias*).

Von Dr. Walter Vollhardt, Oberarzt der Anstalt.

M. H.! Die Zahl der zur Behandlung der Ischias angegebenen Methoden ist Legion, ein Beweis dafür, dass wir ein sicheres Mittel gegen diese nicht nur für den Kranken, sondern auch für den behandelnden Arzt oft recht quälend werdende Krankheit nicht haben. Dies gilt nicht nur für die interne Therapie, sei sie nun medikamentöser oder physikalischer Art, auch die chirurgische Therapie, angefangen von harmlosen Injektionen bis zur weiten Freilegung des Ischiadikus mit Dehnung, Neurolyse am Foramen ischiadicum (Heile) oder Ausmeißelung der knöchernen Wege der Ischiadikuswurzeln [Bardenheuer, Ludloff u. a.], hat noch keineswegs sichere Resultate zu verzeichnen.

Ich möchte mir deshalb erlauben, Sie an eine von Stoffel¹⁾ vor etwa 10 Jahren angegebene Methode zur Behandlung gewisser Formen dieses Leidens zu erinnern, mit der wir bei einer Anzahl von besonders schweren und hartnäckigen Fällen zu einem befriedigenden Dauerresultate kamen. Diese Methode, die, wie Ihnen vielleicht bekannt sein dürfte, in der Resektion des Nerv. cut. sur. med. und lat. besteht, ist bisher in der chirurgischen Literatur recht stiefmütterlich behandelt worden, vielleicht kam sie durch den Krieg, wie manche andere gute Idee, in Vergessenheit.

Der ausserordentlich klare und einleuchtende Gedankengang Stoffels geht davon aus, dass man bisher bei der sog. Ischias auf den gesamten Nerv. ischiadicus als Einheit therapeutisch einzuwirken versuchte, ohne die eigentlich selbstverständliche Tatsache zu berücksichtigen, dass dieser Nerv aus einem Gemisch von sensiblen und motorischen Fasern besteht. Dies ist ja besonders augenfällig bei den häufigst angewendeten therapeutischen Massnahmen, bei der Dehnungs- und Injektionstherapie, die auf den ganzen gemischten Nerven einwirken. Zweifellos ist es aber, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle nur die sensiblen Elemente erkrankt sind. Auf diese müssen wir therapeutisch energisch einzuwirken suchen und von den motorischen Bahnen absehen. Stoffel hat schon vor längerer Zeit in schönen anatomischen Studien experimentell nachgewiesen und bestätigt, dass die Hauptäste des als Nerv. ischiadicus bezeichneten Nervenbündels — nur durch einzelne Anastomosen miteinander verbunden — sich als gesonderte Äste weit hinauf, ja teilweise bis zum Plexus sacralis verfolgen lassen. Besonders deutlich ist dies bei dem Nerv. cut. sur. lat. und med. und den meisten anderen grossen Hautästen. Jeder dieser Äste könnte für sich als besonderer einzelner Nerv geführt werden, ähnlich wie z. B. der Nerv. cut. fem. post., der bekanntlich vom Plexus bis zu seinem Bezirk gesondert verläuft.

Stoffel bezeichnet nun die sog. Ischias als eine Neuralgie einer oder mehrerer der sensiblen Bahnen des Ischiadikus, und zwar ist eine nicht seltene Neuralgie, die durch eine periphere Neuritis der genannten zwei Hautnerven hervorgerufen, charakterisiert durch Ischiasschmerzen, die vornehmlich nach der Aussenseite und Hinterseite des Unterschenkels ausstrahlen. Sie alle, m. H., werden solche, meist ausserordentlich hartnäckige Fälle klinisch kennen. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, zu erörtern, ob sich, analog diesem Gedankengang, das so wechselreiche Bild der organischen Ischias in verschiedene, den einzelnen Nervenbahnen entsprechende Bilder auflösen lässt, eine Annahme, die ich sehr wohl für möglich halte.

Die weiter sich ergebende Folgerung dieser Gedankengänge ist die Eliminierung der erkrankten sensiblen Bahnen, und in Resektion und Neurexhairese des Nerv. cut. sur. med. und lat. besteht die hier zu besprechende Methode.

Die Technik der Operation ist einfach und wird bei uns folgendermassen ausgeführt: Etwa 10 cm langer Schnitt an der Hinterseite des Unterschenkels, beginnend von der Mitte der Kniekehle nach der Mitte der Wade zu. Nach Durchtrennung der Faszie kommt man auf die oberflächlich liegenden Nerven, von denen der Nerv. cut. sur. med. leicht neben der Vena saphena parva zu finden ist. Der Nerv. cut. sur. lat., der sich etwa in Gelenkhöhe vom Nerv. peroneus abzweigt, ist an der lateralen Seite des äusseren Gastrocnemiuskopfes anzutreffen. Vorsichtshalber kann man sich durch elektrische Reizung überzeugen, dass man keine oberflächlich liegenden motorischen Äste vor sich hat. Man mobilisiert dann die zwei Bahnen distal und proximal so weit wie möglich unter vorsichtiger Schonung motorischer Bahnen. Vor der endgültigen Resektion sucht man die distale Bahn durch Neurexhairese ausgiebig zu entfernen. Zu einer Neurexhairese der proximalen Nervenfasern, wie sie Stoffel auch vornimmt, haben wir uns, seitdem wir nach diesem Vorgange einmal eine langdauernde Peroneusparesis beobachteten, nicht wieder entschliessen können.

* Vortrag, gehalten gelegentlich der Sitzung der Nordwestdeutschen Chirurgenvereinigung im Juni 1923.

¹⁾ M.m.W. 1913 Nr. 25.

Wir haben diese Operation bisher bei 5 Fällen ausgeführt, eine kleine Zahl; da es sich aber um sehr schwere und hartnäckige Fälle handelte, die allen anderen, zum Teil auch operativen Massnahmen Trotz boten und bei 4 Fällen um Dauerresultate von mehreren Jahren, dürften sie immerhin ins Gewicht fallen. Bei 2 Kranken fand die Operation vor 9 Jahren statt, beide sind noch jetzt völlig frei von ihren Schmerzen, beide waren vor dem operativen Eingriff sehr lange konservativ behandelt worden, bei dem einen war sogar erfolglos schon eine blutige Dehnung des Ischiadikus vorausgegangen. Bei einem 3., sehr schweren Fall konnten wir uns nach 2 Jahren von der Rezidivfreiheit überzeugen, er starb dann an einer Phthise. Eine 4. Kranke, vor 3½ Jahren operiert, von der wir leider nur brieflich zu hören bekamen, teilt uns mit, dass das Bein noch „schwer und kalt“ sei, die Schmerzen sind aber soweit geschwunden, dass sie ihrer Arbeit als Geschäftsführerin unbehindert nachgehen kann. Schliesslich ein 5. Fall mit starken Schmerzen, besonders im Unterschenkel, wurde im April dieses Jahres operiert. Die Schmerzen waren sofort beseitigt. Bei der Entlassung war Lasèque negativ, das Hüften fast geschwunden und der Kranke wie erlöst.

Von 5 Fällen haben wir also 4 Heilungen und eine Besserung zu verzeichnen. Stoffel berichtete vor einem halben Jahre gelegentlich einer Sitzung der Mittelrheinischen Chirurgenvereinigung²⁾, über 22 operierte und nachuntersuchte Fälle mit 19 völligen Heilungen. Derselbe Autor fordert für den Eingriff eine strenge Indikationsstellung:

1. Sichere organische Ischias mit Ausschluss von Geschwülsten, Exostosen und psychogenen Schmerzen.
2. Sollen die Schmerzen in das Gebiet der beiden Nervi cut. sur. med. und lat. lokalisierbar sein, und
3. soll nur bei wirklich schweren Fällen operiert werden, bei denen die anderen Hilfsmittel versagen.

Auch wir möchten uns diesen Forderungen anschliessen und glauben, dass man dann gute und sichere Erfolge erzielt.

Eine auffallende Tatsache bleibt es, dass nicht nur in dem Gebiet, das die resezierten Hautnerven versorgen, also Unterschenkel und Fuss, die Schmerzen verschwinden, sondern dass auch die schweren Neuralgien im Verlauf des oberen Ischiadikus mehr oder weniger schnell behoben werden. Es ist dies sicherlich auf eine retrograde Degeneration der Reste der sensiblen Fasern und damit des ganzen sensiblen Neurons zurückzuführen. Infolge der reichen Anastomosen zwischen den sensiblen Nervenenden war der Sensibilitätsausfall, abgesehen von einem Fall, nur gering und wurde nach längerer Zeit praktisch kaum mehr empfunden. Trophische Störungen, wie sie Becker³⁾ befürchtete, haben wir niemals gesehen. Interessant ist schliesslich, dass sowohl bei einem von Stoffel beschriebenen Falle, wie bei einem unserer Fälle sich eine schwere Ischiasskoliose etwa ein Vierteljahr nach der Operation von selbst zurückbildete.

Zweck dieser kurzen Ausführungen sollte es sein, Ihnen, m. H., diese sehr dankbare und echt chirurgische Methode wieder in Erinnerung zu bringen und sie Ihnen bei hartnäckigen, dahingehörenden Fällen dringend zur Nachprüfung zu empfehlen.

Anmerkung bei der Korrektur: Seit Abschluss der Arbeit bis zu Ende des Jahres 1923 wurden weitere 3 sehr schwere Fälle operiert und prompt von ihren langjährigen Beschwerden geheilt.

Aus der chirurg. Abteilung des Städt. Johanniter Krankenhauses Stendal. (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. Warstat.)

Ein Beitrag zur Osteomyelitis acuta der Wirbel ohne Beteiligung des Rückenmarks.

Von Dr. med. Kurt Fritzer, Assistenzarzt.

Ueber diese seltene Erkrankung sind Mitteilungen in der Literatur nur spärlich vorhanden. Nach Volkmanns Zusammenstellung 1915 von 87 Fällen — unter ihnen 62 akut verlaufenden — hat sich Plenz an Hand dreier eigener Fälle eingehender mit diesem Stoff beschäftigt. Weitere Beiträge brachten vor und nach ihm Wolff, Schwarz (4 Fälle), Schlesinger, Cassel, Rosenberg und Stahl (3). Vor wenigen Monaten teilte Wagner-Husum einen neuen Fall mit. Dieses geringe kasuistische Material von 102 Fällen soll in folgendem durch Mitteilung eines im vorigen Jahre beobachteten Falles vermehrt werden.

Hanna Ch., 14 Jahre. Vorher nie krank gewesen, quetscht sich vor 4 Wochen beim Holzsägen den rechten Zeigefinger. Nach 2 Tagen in diesem heftige Schmerzen, Schwellung, Rötung. Hausarzt inzidiert, findet Eiter. Am 10. Tage heftige Rückenschmerzen, die schnell zunehmen. Am nächsten Abend gänzliches Unvermögen, sich aufrecht zu halten. Im Liegen geringe Schmerzlinderung. Temp. 40.5. Einmaliges Erbrechen. Kein Schüttelfrost. Nächste Tage keine Veränderung. Ständig sehr hohe Temperaturen. Deswegen 13. VI. 22 abends Aufnahme in unsere Abteilung.

Aufnahmebefund: Kräftiges, schwer krankes Mädchen. Kann nur einen Moment stehen, beide Arme dabei auf die Oberschenkel stützend. Alle

²⁾ Zbl. f. Chir. 1923 S. 769/70.

³⁾ Becker: Konservative Ischiassbehandlung. M.m.W. 1919 Nr. 27. Siehe auch das Literaturverzeichnis.