

den ausserordentlich günstigen Verhältnissen, unter denen die Tracheotomie vorgenommen wurde. Es bestand keine oder nur eine äusserst geringe Lungenbeteiligung. Ausser den üblichen Gründen gegen die Tracheotomie als therapeutisches Mittel wird noch die Erschwerung der Expektoration durch die Kanüle angeführt. Mit Recht ist hiergegen geltend gemacht, dass ein nicht schlussfähiger Kehlkopf, ebenso wie ein stenosierter nicht besser dafür sind.

Den Heilerfolg der Tracheotomie auf die Kehlkopftuberkulose müssen wir der Fähigkeit des Körpers zuschreiben, der Erkrankung Herr zu werden. Durch die Tracheotomie soll nur dafür gesorgt werden, dass diese Kräfte ohne Störung im Kehlkopf wirken können. Solche Störungen verursachen hauptsächlich die Bewegungen des Larynx beim Atmen, Sprechen und Husten, dann die ständige Reinfektion durch das bazillenhaltige Sputum und der Reiz der Inspirationsluft, der besonders bei Stenosen sehr beträchtlich sein kann. Ausser diesen Störungen beseitigt die Tracheotomie auch meist die Schluckschmerzen. Will man mit möglichst grosser Aussicht auf Erfolg die kurative Tracheotomie ausführen, so ist eine sorgfältige Auswahl der Fälle erforderlich. Leitend mögen die von M. Schmidt aufgestellten Indikationen sein. Eine besondere Berücksichtigung verlangen der allgemeine Kräftezustand und der Lungenbefund, damit nur solche Kranke zur Operation kommen, die den Anforderungen, welche mit derselben an sie gestellt werden, auch gewachsen sind. Kinder scheinen sich nach unseren Erfahrungen gut für die therapeutisch angewandte Tracheotomie zu eignen. Bei Schwangeren liegen die Verhältnisse infolge des unberechenbar schädigenden Einflusses der Schwangerschaft und Geburt auf die Krankheit besonders ungünstig. Hier handelt es sich hauptsächlich darum, die Beschwerden der Kranken zu erleichtern, dadurch den Kräftezustand zu heben und die Erstickengefahr, die sich bei der Geburt plötzlich einstellen kann, zu beseitigen.

Diskussion: Herr Kobert bemerkt, dass ihm die Tracheotomie besonders in den Fällen angezeigt erscheine, wo eine auffallend schwere Larynx tuberkulose bei geringer Lungenerkrankung vorliege, wie er mehrfach in Görbersdorf zu beobachten Gelegenheit hatte, und dann bei Kranken, die so entsetzlich unter Schluckschmerzen zu leiden haben, und zwar hier ohne Rücksicht auf die Schwere der Lungenerkrankung. Er bedauert lebhaft, dass ihm damals in Görbersdorf von den konsultierten Laryngologen die in Betracht gezogene Tracheotomie stets ausgeschrieben wurde.

Herr W. Müller meint, dass man doch wohl prinzipiell mit Rücksicht auf das Alter der Patienten und dann natürlich nach dem Grad der Lungenerkrankung unterscheiden müsse. Die Tracheotomie bei Kindern mit Larynx tuberkulose bedeute ja ein neues Moment, aber die Kehlkopftuberkulose der Kinder sei doch wohl viel seltener als bei Erwachsenen. Bei letzteren sei die Tracheotomie, insofern die Patienten jenseits der 50er Jahre stehen, immerhin an sich nicht gleichgültig. M. hat früher ebenfalls mehrfach mit mindestens gutem palliativen Erfolg die Tracheotomie auch mit längerer Tamponade des Larynx mittels Jodoformgaze ausgeführt; seine Erfahrungen erstrecken sich aber nur auf schwerere Fälle mit erheblichen Schluckschmerzen und Dyspnoe.

Herr Körner sieht die günstigen Erfolge bei den aus seiner Klinik von Herrn Henrici berichteten Fällen als Folge der sorgfältigen Auswahl der Kranken an.

Unterelsässischer Aerzteverein.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 19. Dezember 1903.

Herr Funke bespricht die Indikationen des artifiziiellen Abortes bei Phthisis pulmonum, um eine Meinungsäusserung des Vereins herbeizuführen. Speziell rasche Abmagerung, ganz besonders aber Blutverluste bestimmen ihn zur Einleitung des künstlichen Abortes. Er wünscht eine Diskussion über die Möglichkeit der Aufstellung absoluter und relativer Indikationen.

Diskussion: Herr Naunyn vermisst in der Literatur den Nachweis an genügend grossem Material, dass durch den künstlichen Abort der tuberkulösen Schwangeren ein positiver Nutzen erwachsen sei. Von absoluter Indikation kann keine Rede sein, da die Kranke selbst dabei mitzusprechen hat; um so weniger, als bei schwerer, progressiver Phthise ein Erfolg nicht zu erwarten, bei leichter Lungenerkrankung eine beträchtliche Schädigung durch Fortdauer der Schwangerschaft nicht mit Sicherheit vorauszusagen ist, so wenig wie der sichere Nutzen des Abortes. Am besten scheint Veits Vorschlag zu sein, der bei rascher Gewichtsabnahme der tuberkulösen Schwangeren künstlichen Abort empfiehlt.

Herr Freund sah bei seinem eigenen Material fast immer eine Schädigung tuberkulöser Frauen durch die Gravidität, wo die

Lungenerkrankung nicht ganz leichter Natur war. Bei 21 schwer Tuberkulösen beobachtete er 7 mal spontanen Abort, der artifiziielle, meist wegen Atembeschwerden ausgeführt, half vorübergehend, ohne das Ende weit hinauszuschieben. Dagegen sieht Fr. in der Kehlkopftuberkulose eine absolute Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes.

Demgegenüber betont Herr Naunyn zunächst die grosse Schwierigkeit, neben manifesten tuberkulösen Geschwüren des Kehlkopfes die Lungenbeteiligung auszuschliessen, andererseits aber gibt es genug Fälle von relativ gutartiger Kehlkopftuberkulose, wo von einer absoluten Indikation im Sinne Freund's nicht die Rede sein kann. Auch genügt ihm das zu kleine Material des Vorredners — 3 Fälle — nicht zur Aufstellung der Indikation.

Auch Herr Dreyfuss ist gegen den künstlichen Abort bei den harmloseren Fällen von Kehlkopftuberkulose, wo die Gefahr der perichondritischen Ulzera nicht besteht, weil die Tuberkulose z. B. auf die Stimmblätter sich beschränkt. Bei den malignen Fällen mit Zerstörung des Perichondriums fehlt die Phthise selten und der Abort wird wenig nützen.

Herr Fehling betont die Seltenheit schwerer Phthise des klinischen Materials. Es scheint, dass schwer tuberkulöse Frauen gewöhnlich die Klinik nicht aufsuchen. Veits Indikation trifft das Richtige, man muss individualisieren, allgemeine Indikationen gibt es nicht. Vor allem aber ist mehr als der Abort die künstliche Frühgeburt ins Auge zu fassen, welche das Kind erhält.

Herr Siegert will noch einen Schritt weiter gehen. Bei schwerer Tuberkulose, wo auch der künstliche Abort zugestandenemassen voraussichtlich das Ende nicht aufhält, die kranke Schwangere aber oft genug ihren Zustand nicht kennt, soll der normale Verlauf abgewartet werden, wo dies ohne zu grosse Beschwerden möglich ist. Oft genug geht dies und die Mutter hat noch die letzte Freude, ein gesundes Kind erlebt, welches nicht selten gesund bleibt, weil die Infektionsquelle bald nach seiner Geburt versiegt. Das gesunde Kind verdient Rücksicht, soweit dies der Krankheitszustand der verlorenen Mutter erlaubt.

Herr Funke stellt im Schlusswort fest, dass nach dem Gehörten allgemeinere Indikationen nicht zu stellen sind.

Herr Laqueur demonstriert einen Fall von Blepharoplastik unter eingehender Besprechung der Operationsmethoden und deren Leistung. Die vorgestellte Operierte, ein 28 jähriges Mädchen, erfuhr eine Plastik aller 4 Augenlider, nachdem durch Lupus Gesicht und Ohren so zerstört waren, dass man z. B. über das Alter der Kranken nach dem Gesicht gar nichts vermuten kann. Mit Ausnahme des linken Unterlides war der Erfolg der Plastik mittels gestielter Stirn- und Schläfenlappen günstig, der nötige Schutz für die Augen ist erreicht. Eine erneute Operation des linken Unterlides mit Hilfe des benachbarten Narbengewebes oder nach der alten italienischen Methode — gestielter Armlappen — muss nachfolgen.

Herr Reeb spricht über den vaginalen Kaiserschnitt bei Portiokarzinom unter Demonstration der Präparate von 3 Fällen der Fehlingschen Klinik aus der jüngsten Zeit. (Der Vortrag wird als Publikation erscheinen.)

Herr Loeb demonstriert eine Kranke mit zylindrischer Erweiterung des ganzen Oesophagus infolge eines Karzinoms der Kardia. Bei Mahlzeit von Wismut-Kartoffelbrei und schräger Durchleuchtung liess sich der Befund leicht radiographisch darstellen. Vortragender schliesst sich der Auffassung von Kraus an, welcher als Ursache die Vagusdegeneration infolge des Kardiakarzinoms und sekundäres Nachgeben der Oesophagusmuskulatur ansieht.

Demgegenüber weist Herr A. Cahn auf eine zylindrische Oesophaguserweiterung seiner Beobachtung hin, welche bei reinem Kardiospasmus sich so sehr entwickelte, dass der Oesophagus 450—500 ccm fasste.

Herr Naunyn vermisst bei diesem ihm bekannten Falle die unterlassene Untersuchung des Vagus. Bei Kardiospasmus sah er nur sackartige Divertikel des unteren Oesophagusabschnittes und steht ganz auf dem Standpunkt von Kraus.

Herr Wolff demonstriert einen von ihm angegebenen Tamponierapparat, eine Stopfpistole, welche bei sehr feinem wie beliebig starkem Kaliber erlaubt, auch Höhlen mit engem, röhrenförmigen Zugang mit Gaze zu tamponieren, welche während des Vorschlebens mit antiseptischen Flüssigkeiten, Pulvern, Salben beschickt werden kann.

Zum Schluss beantwortet Herr Naunyn die von Herrn Riff im Fragekasten gestellten Fragen: 1. Wie kommen die Askariden in den menschlichen Körper, und 2. Welches ist die beste Behandlungsmethode der Oxyuren? Mit Bezug auf letztere Frage betont Herr Naunyn die oft versäumte peinlich genaue, möglichst oftmalige Reinigung und Desinfektion der Analgegend und deren weiterer Umgebung, wie der Leib- und Bettwäsche, weil sonst eine immer neue Autoinfektion der Oxyuriskranken stattfindet.

Herr Kroell weist auf die Notwendigkeit der Kombination des Santonins intern mit hohen Einläufen hin, da gerade im Coekum die Entwicklung der Oxyuren sich vollzieht. Durch die meist angewendeten Klysmen werden nur die Parasiten aus dem Rektum entfernt.