

Tabelle 2.

II. Serie. Syphilitische Mäuse, die Rückfallfieber durchgemacht hatten.			II. Serie. Syphilitische Mäuse, die kein Rückfallfieber durchgemacht hatten (Kontrollen).		
Nr. des Kaninchens	Zeitpunkt des ersten Nachweises der Spirochaeta pallida		Nr. des Kaninchens	Zeitpunkt des ersten Nachweises der Spirochaeta pallida	
36	23. I.	$\frac{1}{1}$	45	0 bis 4. II.	
37	23. I.	$\frac{5-10}{1}$	46	15. I.	$\frac{1-2}{1}$
38	0 bis 27. III.		47	15. I.	$\frac{3-5}{1}$
39	14. I.	$\frac{4-7}{1}$	48	0 bis 27. III.	
40	0 bis 27. III.		51	15. I.	$\frac{2-3}{1}$
41	23. I.	$\frac{1}{3}$	52	15. I.	$\frac{5-10}{1}$
42	9. II.	$\frac{8-10}{1}$	53	0 bis 27. III.	
43	23. I.	$\frac{2-3}{1}$	54	2. II.	$\frac{2-3}{1}$
44	14. I.	$\frac{5-6}{1}$	55	16. I.	$\frac{1-2}{1}$

Von den Kaninchen der 1. Serie* erwiesen sich 42,8% (3 von 7) als mit Syphilis infiziert, einerlei ob ihnen das Gehirn syphilitischer Mäuse, welche das Rückfallfieber durchgemacht oder nicht durchgemacht hatten, eingeführt worden war. Mit den Kaninchen der 2. Serie verhielt es sich ebenso; von denjenigen Tieren, welchen das Gehirn von syphilitischen Mäusen nach Rückfallfieber eingeführt worden war, wurden 77,7% (7 von 9) infiziert, von denjenigen Kaninchen, denen das Gehirn syphilitischer, nicht mit *Sp. Duttoni* infizierter Mäuse eingeführt worden war, wurden 66,6% infiziert.

Hieraus folgt, daß das von den Mäusen überstandene Rückfallfieber die im Zentralnervensystem befindliche *Sp. pallida* nicht vernichtet, obgleich die Tiere nicht weniger als 3 Anfälle der Krankheit durchmachten, die zudem von der *Sp. Duttoni*, welche hochgradig neurotrop ist und sich in 78,6% der Fälle im Gehirn ansiedelt, hervorgerufen worden war.

Auch die Äußerung der syphilitischen Infektion bei den Kaninchen war völlig gleichartig und stand in keinem Zusammenhang damit, ob ihnen Gehirn syphilitischer Mäuse, welche das Rückfallfieber durchgemacht oder nicht durchgemacht hatten, eingeführt worden war. In beiden Fällen entwickelten sich bei den Kaninchen bald typische Schanker am Scrotum, bald kleine begrenzte Verhärtungen in der Art einer kleinen, unter dem Finger rollenden Kugel, die wohl die *Sp. pallida* enthielt, aber nach einiger Zeit spurlos verschwand, was ich bereits in meiner mit HERONIMUS** gemeinsamen Arbeit erwähnte.

Es ist also klar, daß das von den Mäusen überstandene Rückfallfieber nicht imstande ist, die im Zentralnervensystem befindlichen *Sp. pallida* zu vernichten, trotz des schweren Krankheitsverlaufs (ein schwerer erster Anfall und mehrere nachfolgende) und des hochgradigen Neurotropismus der *Sp. Duttoni*, Stamm Brazaville.

Sofern die Resultate des Tierversuches auf den Menschen übertragen werden können, folgt hieraus logischerweise der Schluß, daß der therapeutische Effekt der Recurrensinfektion auf die durch die *Sp. pallida* im Zentralnervensystem hervorgerufenen Prozesse nicht von den Lebensfunktionen der Recur-

* Eine große Anzahl der Mäuse ging ein, bevor ihr Gehirn Kaninchen eingeführt worden war, weshalb das Gehirn von Mäusen der I. Serie 14 Kaninchen eingeführt wurde (7 erhielten das Gehirn von Mäusen, welche Rückfallfieber durchgemacht hatten und 7 von solchen, die nicht mit *Sp. Duttoni* infiziert worden waren); das Gehirn von Mäusen der II. Serie wurde 20 Kaninchen eingeführt (9 Kaninchen — das Gehirn von syphilitischen Mäusen nach Rückfallfieber, 11 Kaninchen — von syphilitischen Mäusen), die nicht mit *Sp. Duttoni* infiziert worden waren.

** Hieraus folgt, daß man beim Einführen der Gehirnaufschwemmung in das Scrotum der Kaninchen sehr aufmerksam sein muß und bei der periodischen Untersuchung der Kaninchen auch die kleinsten und ihrer Konsistenz nach nicht charakteristischen Verhärtungen in Betracht ziehen muß.

rensspirochäten oder dem Antagonismus dieser Mikroorganismen und ihrer Produkte abhängt.

Es ist klar, daß die therapeutische Wirkung des Rückfallfiebers auf die progressive Paralyse und die Tabes entweder mit einem bestimmten, pathologisch-anatomischen und physiologischen Substrat, welches für die *Parasyphilis* charakteristisch ist, in Verbindung steht, oder daß die Umstellung des Organismus durch das Rückfallfieber beim Menschen anders verläuft als bei der Maus und daher andere Folgen für die *Sp. pallida* nach sich zieht als beim Tier.

Diese Fragen sollen durch die folgenden Untersuchungen beantwortet werden.

Literatur: ¹ KOLLE und SCHLOSSBERGER, Dtsch. med. Wschr. 1926, Nr 30; 1928, Nr 4. — ² KOLLE, Zbl. Bakter. 106. — ³ I. L. KRITSCHESKI, Klin. Wschr. 1927.

ÜBER DIE MAGENSEKRETION DER PHTHISIKER.

Von

KJELD TØRNING, Kopenhagen.

Aus der Inneren Universitätsklinik Abt. B. des Reichshospitals zu Kopenhagen (Direktor: Prof. KNUD FABER).

Die dyspeptischen Störungen nehmen im Krankheitsbild der Phthise einen so hervorragenden Platz ein, daß sie von alters her die Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Im Verlauf des vorigen Jahrhunderts wurden eine Reihe pathologisch-anatomischer Untersuchungen der Magenverhältnisse ausgeführt, und in seinen letzten Dezennien kamen die Funktionsuntersuchungen hinzu, die durch LEUBES Einführung der Magensonde zu diagnostischen Zwecken ermöglicht wurden.

Die erste pathologisch-anatomische Arbeit, in der auf die Selbstverdauung gebührend Rücksicht genommen wird, ist die von MAFAN 1887 herausgegebene Monographie über die dyspeptischen Beschwerden der Phthisiker und die entsprechenden pathologisch-anatomischen Veränderungen im Magen. MAFAN benutzte nur Mägen, die „dans des conditions exceptionnelles de fraicheur“ herausgenommen waren und fixierte sie in Müllerscher Flüssigkeit oder in Alkohol. Bei der mikroskopischen Untersuchung von 27 so gehärteten Mägen von Phthisikern im Endstadium fand er bei 18 Gastritis, aber er betont selbst, daß diese Zahl sicher zu hoch ist, da einige vorzugsweise unter Patienten ausgewählt waren, die ausgesprochene dyspeptische Symptome gehabt hatten. Von denen, die er sich ohne Rücksicht hierauf selbst beschafft hatte, hatten knapp die Hälfte Gastritis, welche Zahl nach MAFAN für das Vorkommen der Gastritis bei Phthisikern im Endstadium das richtige Verhältnis ergeben sollte. MAFAN untersuchte die Magensekretion seiner Patienten nicht, aber seine Arbeit gab den Anstoß zu einer Reihe Untersuchungen sowohl der Sekretion als auch des pathologisch-anatomischen Befundes des Magens bei Phthisikern. Die meisten dieser, übrigens recht wenig übereinstimmenden Arbeiten beschäftigen sich nur mit Teiluntersuchungen. Von besonderer Bedeutung ist daher KNUD FABERS Mitteilung von 5 Fällen, wo sich bei Phthisikern bei der Funktionsuntersuchung Achylie fand, und wo die mikroskopische Untersuchung in allen Fällen eine Gastritis ergab. Durch diese Arbeit angeregt, nahm PERMIN eine größere Untersuchung über die Gastritis bei Lungentuberkulose auf. Er untersuchte sowohl die Magensekretion als auch die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei 39 Patienten. Von diesen hatten 20 Achylie, bei 18 fand sich eine starke Gastritis, 1 wies Anzeichen einer akuten Gastritis, 1 nur eine zweifelhafte Gastritis auf. Unter 7 ausgesprochenen Hypochylien fanden sich 6 mit ausgedehnter, 1 mit zweifelhafte Gastritis. 3 leichte Hypochylien zeigten recht geringe gastritische Veränderungen und an mehreren Stellen ganz normale Schleimhaut. 6 hatten normale Säurezahlen, und hier war die normale Schleimhaut dominierend. Kein Fall zeigte gleichzeitig ausgedehnte gastritische Veränderungen und normale Sekretionsverhältnisse. Pathologisch-anatomisch untersuchte PERMIN im ganzen 47 Mägen und fand bei 75% gastritische Veränderungen.

Die klinische Untersuchung von Phthisikern im Endstadium — alle spätestens 6 Monate nach der Probemahlzeit gestorben — ergab gleichfalls in 75% der Fälle Hypo- und Achylie. Auf Basis dieser Beobachtungen schließt PERMIN, daß die ganz überwiegende Ursache der Achylie und Subacidität eine Gastritis ist.

Diese Auffassung der Gastritis als Hauptursache der chronischen Achylie haben besonders FABER und seine Schüler durch eine lange Reihe von Arbeiten fundam. entiert, und sie hat auch für die phthisische Achylie ständig an Terrain gewonnen. Während somit immer mehr Einigkeit darin besteht, daß die Achylie bei den Phthisikern auf einer Gastritis beruht, sind die Meinungen über die Ursache der letzteren noch immer geteilt. Einzelne betrachten, wie MARFAN und PERMIN, das Expektorat mit seiner Lokalirritation der Magenschleimhaut als Hauptursache der Gastritis, während andere, und vielleicht die Mehrzahl, die Gastritis als ein Glied der allgemeinen Intoxikation auffassen.

Wenden wir uns nun von den pathologisch-anatomischen Untersuchungen, von der Gastritis, ab und den Funktionsuntersuchungen zu, so sind zwar auch hier die Resultate sehr verschieden, aber in 2 Punkten sind doch die meisten einig: daß im Initialstadium die Hyperacidität, im Terminalstadium die Hypo- und Achylie gewöhnliche Phänomene sind, wie gewöhnliche, darüber sind die Meinungen allerdings sehr geteilt. Wenn BEGRUP-HANSEN unter seinen Patienten des III. Stadiums Hypo- und Achylie bei 35% findet, PERMIN in derselben Gruppe bei 70% (in extremen Fällen, alle spätestens 6 Monate nach der Probemahlzeit gestorben, sogar bei 75%), so beruht das unzweifelhaft, wie das auch PERMIN stark betont, auf dem Umstand, daß die Patienten des III. Stadiums eine sehr bunte Schar sind, die sowohl wenig aktive Fälle (ein wesentlicher Teil von Begrup-Hansens Sanatoriumsmaterial) als auch floride, desolante Fälle (ein wesentlicher Teil von Permins Hospitalsmaterial) umfassen. Durch Vereinigung seines mit Begrup-Hansens Material kommt PERMIN zu folgendem Resultat, das auf 658 Fällen beruht und von dem er meint, daß es das zuverlässigste Bild der Sekretionsstörungen in allen Stadien der Lungentuberkulose gibt: Im I. Stadium Hypo- und Achylie bei 23%, im II. Stadium bei 34%, im III. Stadium bei 47%; im gesamten Material bei 38%.

Der größte Teil der auf unsere Abteilung wegen Lungentuberkulose aufgenommenen Patienten bekam einige Tage nach der Aufnahme — bevor irgendwelche Behandlung eingeleitet wurde — eine Ewaldsche Probemahlzeit, ganz unabhängig davon, ob dyspeptische Symptome vorhanden waren oder nicht. Ich habe nun die Resultate für 150 Fälle zusammengestellt. (Als Achylie ist Kongo 0, Phenolphthalein 25 gerechnet. Die Grenze zwischen Normo- und Hypochylie ist, wie bei BEGRUP-HANSEN und PERMIN, bei Kongo 15 und Phenolph. 30 gesetzt, derart, daß ein Fall als Hypochylie gerechnet wurde, wenn nur eine dieser Reaktionen unter den genannten Zahlen lag.)

Tabelle 1.

	Achylië		Hypochylie		Normo- und Hyperchylie		Im ganzen
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
I. Stadium	1	2	1	1	8	20	33
II. Stadium		1		2	13	32	48
III. Stadium	1	4	4	5	19	36	69
Im ganzen	2	7	5	8	40	88	150

Wie aus Tabelle 1 zu ersehen ist, ergeben sich 9 Achylien, 13 Hypochylien und 128 Normo- und Hyperchylie, oder in Prozenten ausgedrückt:

Achylië bei 6%, Hypochylie bei 9%, Normo- und Hyperchylie bei 85%.

Ein wesentlicher Unterschied in der Häufigkeit der Sekretionsveränderungen bei Männern und Frauen ergibt sich nicht. Nach Krankheitsdauer zusammengestellt, verteilen sich die Fälle, wie in Tabelle 2 angegeben.

Tabelle 2.

Dauer der Tbc.	Achylië	Hypochylie	Normo- und Hyperchylie	Im ganzen
0—1 Jahr	3	4	67	74
1—3 „	2	3	35	40
3—5 „		4	9	13
5—10 „	1	2	14	17
10—20 „	1		3	4
20—30 „	2			2
im ganzen	9	13	128	150

Von den Achylien sei bemerkt: Während sich im ganzen übrigen Material nur ein Diabetiker fand (eine 62jähr. Frau

mit Normochylie), hatten alle 3 Patienten, deren Tuberkulose jünger als 1 Jahr war, Diabetes, eine Krankheit, bei der Achylie im großen ganzen ein gewöhnlicher Befund ist. Auch die 3 Fälle, bei denen die Tuberkulose über 10 Jahre bestanden hatte, sind bemerkenswert. In dem einen handelt es sich um eine 42jähr. Dame, die seit ihrer Jugend eine wenig aktive Spitzenaffektion hatte, ohne Auswurf ist, aber seit mehreren Jahren Achyliësymptome hatte. Die zweite ist eine 48jähr. Dame, deren Phthise sich im 3. Stadium befindet und seit 10 Jahren besteht; sie hat spärlichen, bacillenhaltigen Auswurf; die Achylie wurde vor 5 Jahren konstatiert. Der letzte Fall ist eine 55jähr. Frau, bei der vor 26 Jahren Tbc.-Bacillen gefunden wurden. Jetzt bestehen keine klinischen Zeichen der Aktivität, die Röntgenuntersuchung ergibt normalen Lungenbefund.

Bei den Kranken handelte es sich übrigens zum größten Teil um solche, bei denen der Temperaturverlauf subfebril war; bei den meisten waren Tbc.-Bacillen festzustellen. Mehrere unter ihnen hatten 50—100 ccm Auswurf, einige waren recht mitgenommen, in schlappem Allgemeinzustand, doch traf man die Hypochylien nicht unter ihnen vorzugsweise an. Die Hyperchylie fanden sich keineswegs besonders bei beginnenden Fällen, einige Kranke hatten jahrelang Symptome gehabt, und die Hälfte waren Fälle des 3. Stadiums. Es ist jedoch kaum zweifelhaft, daß sich unter unseren Kranken im ganzen weniger vorgeschrittene befanden als unter den von PERMIN beobachteten. Andererseits waren unsere Kranken entschieden schwerer krank als die von BEGRUP-HANSEN. Es ist daher überraschend, daß die Zahl der Hypo- und Achylien bedeutend niedriger ist sogar als bei den Sanatoriumpatienten dieses letzteren (s. Tabelle 3).

Tabelle 3.

	Anzahl	Achylië	Hypochylie	Normo-Hyperchylie
PERMIN . . .	261	56 22%	63 24%	142 54%
BEGRUP-HANSEN	396	76 19%	57 14%	263 67%
TØRNING . . .	150	9 6%	14 9%	127 85%
DAHL-IVERSEN .	128	16 12%	29 23%	83 65%

Noch überraschender ist jedoch ein statistischer Vergleich von subjektiv Magengesunden. Man muß ja bei Beurteilung der Häufigkeit der Achylie, bei Phthisikern sowohl wie bei allen anderen Patienten, daran denken, daß diese Anomalie auch unter subjektiv völlig gesunden Menschen recht verbreitet ist, besonders bei älteren, aber doch auch nicht so ganz selten bei jungen. DAHL-IVERSEN hat Krankenhauspatienten ohne Magensymptome untersucht und die Säuresekretion bei 128 Patienten (8 Männer und 120 Frauen) bestimmt, die wegen Frakturen, gutartiger Geschwülste, Hernien und ähnlichem aufgenommen waren. Gruppirt man seine 128 Fälle nach denselben Grenzen für Hypo- und Achylie, wie oben erwähnt, so findet man herabgesetzte Säuresekretion bei 35%; Achylie bei 12%, Hypochylie bei 23% (Tabelle 3).

In Tabelle 4 sind unsere 150 Fälle nach Altersklassen von 10 Jahren gruppiert, ferner findet man die prozentuale Verteilung von Normo-, Hypo- und Achylie innerhalb der einzelnen Altersklassen und die entsprechenden Zahlen von DAHL-IVERSENS Statistik über 128 Patienten ohne Magensymptome.

Tabelle 4.

Alter	Achylië				Hypochylie				Normo-Hyperchylie			
	Tub. pulm.		Gesunde		Tub. pulm.		Gesunde		Tub. pulm.		Gesunde	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
10—19					2	10			18	90		
20—29	4	5			5	7	4	25	66	88	12	75
30—39	2	5	4	9	5	13	13	28	32	82	29	63
40—49	2	18	1	3			8	28	9	82	20	69
50—59	1	25	7	27	1	25	3	11	2	50	16	62
60—69			4	37			2	18	1	100	5	45

Natürlich kann man auf die prozentuale Verteilung so kleiner Größen, um die es sich hier bei den meisten Alters-

klassen handelt, kein besonders großes Gewicht legen. Innerhalb der 2 Dezennien 20—29 und 30—39 sind die Zahlen jedoch recht groß, indem wir hier den größten Teil unseres und fast die Hälfte von DAHL-IVERSENS Material finden. Die herabgesetzte Säuresekretion kommt in diesen zwei Altersklassen bei den Phthisikern in 12% bzw. 18% vor; bei den „Normalen“ in 25 bzw. 37% der Fälle; sie ist mit anderen Worten bei diesen letzten doppelt so häufig.

Somit stellt sich heraus, daß uns unter Patienten, die an einer Krankheit leiden, welche nach Ansicht der meisten dazu geneigt ist, eine Gastritis mit hieraus folgender Herabsetzung der Säuresekretion hervorzurufen, weit weniger Hypo- und Achylien begegnen, als bei einer entsprechenden Anzahl Patienten, welche an Krankheiten leiden, von denen eine Beeinflussung des Ventrikels nicht zu erwarten steht und bei denen die Herabsetzung der Sekretion demgemäß auf frühere schädliche Einflüsse zurückzuführen ist. Es dürfte berechtigt sein, aus diesem überraschenden Ergebnis die Konsequenz zu ziehen, daß neue Untersuchungen nicht nur über die Häufigkeit der Sekretionsstörungen bei Phthisikern, sondern auch bei „Normalen“, anscheinend Magen-gesunden, erforderlich sind, da das vorliegende Material augenscheinlich allzu klein ist.

Zusammenfassung: Bei einem Material von 150 Phthisen aller Stadien fanden sich auffallend wenige Fälle von herabgesetzter Säuresekretion, nämlich Achylie bei 6%, Hypochylie bei 9%, Normo- und Hyperchylie bei 85%.

Literatur: ¹ BEGRUP-HANSEN, Aarsberetning fra Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse 1907. — ² DAHL-IVERSEN, Festschrift til Overlaege P. N. Hansen. p. 80 flg. — ³ KNUD FABER, Achylia gastrica ved Lungefist. Hosp.tidf. (dän.) 1905, 1137. — ⁴ MARFAN, Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulm. Th. de Paris 1887. — ⁵ G. E. PERMIN, Gastritis ved Lungetuberkulose. Disp. 1909.

LYMPHOGRANULOMA INGUINALE UND SEINE BEZIEHUNGEN ZUM SYPHILÔME ANORECTAL*.

Von

Dr. ALICE KOPPEL.

Aus der Dermatologischen Abteilung des Allerheiligenhospitals in Breslau (Prof. KUZNITZKY).

In der Klin. Wschr. 1928, H. 49 berichteten FREI und ich über 5 Fälle von Lymphogranuloma inguinale (= L. i.) mit chronischen Veränderungen im Anorectalgebiet, in der Art, wie sie früher mit dem Begriff „Syphilôme anorectal“ zusammengefaßt worden sind. Es handelte sich um 4 Frauen und einen Mann, die an typischem L. i. erkrankt waren und nach verschieden langer Zeit die Symptome des Syphilôme anorectal aufwiesen. Wir glaubten, *das L. i. als ätiologischen Faktor ansprechen zu dürfen*. Gonorrhöe und Ulcus molle waren auszuschließen, dagegen hatten die 4 Frauen eineluetische Infektion durchgemacht und reagierten sehr stark auf cutane und intracutane Tuberkulinproben. Daher mußten wir offenlassen, ob nicht beim Zustandekommen der beschriebenen Schädigungen noch eine Beeinflussung des Terrains durch Tuberkulose oder Lues mitwirkt.

Unsere Feststellungen nahmen wir zum Anlaß, sämtliche andere von uns beobachtete Lymphogranulomfälle auf derartige Genitoanalveränderungen nachzuuntersuchen. Bei dieser Gelegenheit entdeckten wir bei einer 35jähr. Frau, die vor 2 Jahren an akutem L. i. (Freische Reaktion positiv) bei uns behandelt wurde, typische Rectalveränderungen, allerdings von nicht sehr starkem Ausmaße. Der Anus war von papillomatösen Wucherungen umgeben; im Rectum befand sich in 8 cm Höhe eine nur für 2 Finger durchgängige Strikatur. Anamnestisch ist hervorzuheben, daß der Stuhl bleistift dick und zeitweise mit Eiter vermengt war. Das äußere Genitale zeigte außer einer Ekzematisation keine krankhafte Veränderung. Bei ihrem ersten Krankenhausaufenthalt hatte die Patientin neben dem L. i. eine sekundäre Lues und eine akute

Gonorrhöe, die inzwischen ausgeheilt worden ist. Für Ulcus molle und für Tuberkulose war kein Anhaltspunkt vorhanden.

Dieser Fall gehört also zu den fünf oben erwähnten. Neben dem L. i. kommt wie bei diesen — zum mindesten als prädisponierendes Moment für die Rectalveränderungen — die Syphilis in Frage.

Etwas anderes verhält es sich bei zwei weiteren Patientinnen, die unser besonderes Interesse beanspruchen, da hier außer dem L. i. *kein anderer ätiologischer Faktor aufgefunden werden konnte*.

Fall 1: Frau O., 24 Jahre alt; befindet sich seit längerer Zeit in der Medizinischen Abteilung des Allerheiligenhospitals und wird unserer Röntgenabteilung zur Bestrahlung eigenartiger Analwucherungen überwiesen.

Sehr anämische Frau in reduziertem Ernährungszustand. Der Anus ist von einem dicken Kranz hämorrhoidenartiger Knoten umgeben. Im Rectum bis zu 30 cm Höhe zahlreiche erbsengroße Schleimhautdefekte. Im Stuhl ständige Eiter- und Blutbeimengung. Äußeres Genitale normal. In der rechten Leistenbeuge multiple kleine Narben von einer vor 3 Jahren aufgetretenen Leistendrüsenerweiterung herrührend. Wassermann- und Tuberkulinreaktionen negativ. Da ferner die Ito-Reaktion auf Ulcus molle negativ und die Freische L. i.-Reaktion positiv ausfielen, kann man mit Sicherheit auf ein früheres L. i. schließen. In diesem Sinne sprachen auch schon klinisch die für das L. i. charakteristischen Närbchen in den Inguines:

Fall 2: Frau M., 45 Jahre alt. Vor 7 Jahren Gonorrhöe und Genitalulcerationen, deren Natur nicht feststeht. Keine syphilitische Infektion.

An der hinteren Commissur ein flaches schmieriges Ulcus. Die Inguinaldrüsen sind beiderseits stark vergrößert und druckschmerzhaft. WaR.: negativ. Ito-Reaktion negativ. Alttuberkulinreaktionen negativ. L. i.-Reaktion positiv. Außerdem im Cervicalsekret Gonokokken.

Das Ulcus heilte rasch ab, während die Inguinaldrüsen trotz reichlicher Tartarusgaben und der üblichen symptomatischen Therapie keine Besserungstendenz zeigten. Es bildeten sich vielmehr immer neue Bubonuli. Nach achtwöchigem Krankenhausaufenthalt wurde die Pat. gebessert entlassen, mußte aber nach kurzer Zeit wieder der stationären Behandlung zugeführt werden. Sie hatte jetzt noch eine pflaumengroße Anschwellung des rechten großen Labium, die in wechselnder Intensität bis auf den heutigen Tag — also über 5 Monate hin — besteht. Auch hier kann man für das Auftreten des chronischen Genitalödems nur das L. i. verantwortlich machen.

Auf Grund dieser Fälle sind wir zu dem Schluß gekommen, daß neben den schon bekannten Ursachen auch das *Lymphogranuloma inguinale* als ursächlicher Faktor für Veränderungen im Sinne des Syphilôme anorectal in Betracht kommt.

TONSILLEKTOMIE MIT DIATHERMIE.

Von

Dr. E. ARON, Berlin.

G. FINDER bezeichnet in dieser Wochenschrift 1929, 456 die von mir zuerst angegebene und empfohlene Tonsillektomie mit Diathermie als überflüssig, da Blutungen und Nachblutungen und septische Zustände nach der Operation nach ihm nicht vorkommen, bzw. auf Mängel der Technik bei der Operation zurückzuführen sind.

Um zu beweisen, daß ich nicht der einzige Operateur bin, der derartige nach der Tonsillektomie erlebt hat, möchte ich auf eine Arbeit von A. FORSELLER¹ hinweisen. Er berichtet über 14 Fälle von schweren Blutungen nach der Operation bei 561 Tonsillektomien. Daß derartige Blutungen nach Tonsillektomie vorkommen, beweist am besten auch der Umstand, daß zahllose Instrumente zum Zwecke der Blutstillung nach der Operation erfunden worden sind und immer neue konstruiert werden.

Dann bestreitet FINDER, daß septische Zustände nach der Tonsillektomie überhaupt vorkommen. Trotzdem konstruiert er die Möglichkeit einer Propagierung von Keimen bei der Vornahme der Infiltration zum Zwecke der Anästhesierung. Ich habe in meiner Publikation eine andere Ursache für septische Zustände nach der Operation angeführt. Ich war in einem Falle von schwerer Nachblutung genötigt, die blutenden Stellen zu umstechen. Im Anschluß daran traten Fieber und schmerzhafte Schwellungen der Halsdrüsen auf. Nach einigen Tagen ging das Fieber zurück, und die Drüsen schwellen wieder ab, ohne daß man gezwungen

* Nach einem Vortrag auf der Tagung der südostdeutschen Ärzte in Prag, Februar 1929.