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 Bekaempelse 1907. — ² DAHL-IVERSEN, Festschrift til Overlaege P. N. Hansen. p. 80 flg. — ³ KNUD FABER, Achylia gastrica ved Lungeftise. Hosp.tid. (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 eine luetische 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 Strikture. Anamnestisch ist hervorzuheben, daß der Stuhl bleistift dick und zeitweise mit Eiter vermengt war. Das äußere Genitale zeigte außer einer Ekzematization 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 Cervikalsekret 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 schmerzhaftes Schwellen 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.