

XXV.

Bemerkungen

zu dem vorstehenden Aufsatze des Herrn Dr. Idelsohn: Ueber das Blut und dessen bactericides Verhalten gegen Staphylococcus pyogenes aureus bei progressiver Paralyse.

Von

F. Jolly.



Da die interessanten und wichtigen Untersuchungen, über welche in der vorstehenden Arbeit berichtet wird, an Kranken meiner Klinik und, soweit die Krankenbeobachtung in Betracht kommt, grössttentheils unter meiner Controle ausgeführt wurden, so halte ich es für meine Pflicht, meine Auffassung der leitenden Gesichtspunkte, welche in manchen Richtungen von der des Herrn Verfassers abweicht, hier zum Ausdruck zu bringen.

Was zunächst den Ausgangspunkt der ganzen Untersuchung betrifft — das häufige Vorkommen von septischen Processen, malignem Decubitus und grossen Abscessen, besonders in den letzten Stadien der Paralyse und die hieraus gefolgte abnorme Blutbeschaffenheit dieser Kranken — so hat der Herr Verfasser bereits darauf hingewiesen, dass ich hierin nicht mit ihm und den von ihm angeführten Gewährsmännern übereinstimme. Selbstverständlich läugne ich nicht das verhältnissmässig häufige Vorkommen solcher Dinge bei Paralytikern, wohl aber ihren regelmässigen Zusammenhang mit einer besonderen Beschaffenheit des Blutes.

Der jüngeren Generation der Fachgenossen ist wohl kaum mehr bekannt, dass vor Zeiten auch das Othämatom zu den häufigen Begleiterscheinungen der Paralyse gezählt und als Ausdruck abnormer Blutbeschaffenheit angesehen wurde. Es ist eines der unvergänglichen Verdienste B. von Gudden's, diesen Wahn zerstört und durch seine

practischen Erfolge gezeigt zu haben, dass man das Othämatom aus den Irrenaustalten und damit auch aus der Symptomatologie der Paralyse fast ganz verbannen kann, wenn man das Pflegepersonal gehörig beaufsichtigt. Heutzutage denkt kaum jemand mehr daran, in diesem Symptom, wenn es ausnahmsweise einmal zur Beobachtung kommt, etwas anderes zu sehen, als die Folge eines Traumas, dessen Urheber ermittelt und, falls er dem Pflegepersonal angehört, disciplinirt werden muss. Mit dem brandigen Decubitus und den von ihm abhängigen Folgezuständen verhält es sich — wie ebenfalls von Gudden gezeigt hat — nicht viel anders, nur dass dabei nicht eine active, sondern eine passive Verfehlung des Pflegepersonals in Betracht kommt. Ganz vermeiden lässt sich allerdings diese Erscheinung bei völlig hülflosen, gelähmten und sich beständig verunreinigenden Paralytikern nicht, ebenso wenig wie dies bei anderen Krankheiten mit ähnlichem Verhalten immer möglich ist. Aber der enorme Unterschied in der Häufigkeit und dem Verlauf dieser Fälle, der je nach dem eifrigen oder nachlässigen Verhalten der Pfleger sich ergiebt, darf von keinem Anstaltsarzte übersehen werden. Ein schlechter Pfleger kann die „Vulnerabilität“ einer ganzen Krankenstation erhöhen.

Was endlich die Phlegmonen betrifft, welche Paralytiker sich durch Anstossen und Anschlagen. Scheuern an den Wänden und beständige Verunreinigung der gesetzten Wunden zuziehen können, so lassen sie sich ja sicher nicht ganz vermeiden und werden in der That oft genug zur Todesursache. Dass sie aber, wenn einmal entstanden, bei Paralytikern relativ häufiger diesen schlimmsten Ausgang nehmen als bei anderen, sich in dem Zustande sinnloser Verwirrtheit befindenden Geisteskranken, ist bisher von keiner Seite erwiesen und meinem Eindruck nach thatsächlich nicht richtig.

Kein erfahrener Irrenarzt kann doch ferner die Thatsache bestreiten, dass es oft genug gelingt, Paralytiker mit schweren Phlegmonen und Abscessen, ebenso solche mit ausgedehnten Wunden, complicirten Fracturen u. dergl., alle diese Dinge überstehen zu sehen, wenn nur im kritischen Moment ihre Erregung und Unruhe nachlässt und damit die Möglichkeit gegeben ist, ihnen die erforderliche Pflege angedeihen zu lassen.

Wenn ich somit in dem Vorkommen von Decubitus, Abscess und Phlegmone bei Paralytikern keinen Bewis einer durch die Krankheit veränderten Blutbeschaffenheit zu sehen vermag, und wenn ich ferner den Satz, dass die Paralyse „eine gleichmässig und unaufhaltsam den ganzen Organismus zerstörende Krankheit“ sei, auf das bestimmteste bestreite, so bestreite ich doch nicht, dass bei Paralytikern eine Verän-

derung des Blutes vorhanden sein kann, welche u. a. in einer Verminderung der bactericiden Kraft ihren Ausdruck finden könnte. Ich habe daher Herrn Dr. Idelsohn trotz meines Widerspruchs gegen seinen Vordersatz ermuthigt, seine überaus mühevollen und zeitraubenden Untersuchungen durchzuführen, da ich der Meinung bin, dass eine sicher gestellte Thatsache ihr Recht behält, auch wenn eine unrichtige Hypothese zu ihrer Ermittlung geführt hat.

So weit ich nun die mit grossem Fleiss und technischem Geschick ausgeführten Versuche zu beurtheilen vermag, so scheinen sie mir in der That dafür zu sprechen, dass das Paralytikerblut verhältnissmässig häufig geringere bactericide Eigenschaften zeigt, als das Blut von Nicht-paralytikern.

Um zu ermitteln, welche Bedeutung dieser Thatsache zukommt, wird es nun zunächst Aufgabe sein, weiter bei grossen Reihen von Fällen festzustellen, 1. ob die 46,8 Prozent völligen Fehlens der bactericiden Action sich als Ausdruck des allgemein gültigen Verhältnisses erweisen, 2. ob zwischen den Fällen mit fehlender und vorhandener bactericider Action irgend ein durchgreifender Unterschied in Bezug auf Aetiology, Verlaufsweise oder Stadium der Erkrankung besteht. Die Durchsicht unserer Fälle hat in dieser Beziehung zunächst keine bestimmten Anhaltspunkte ergeben. Am leichtesten würde sich ermitteln lassen, ob dem Chloralhydrat in Wirklichkeit die supponirte Eigenschaft einer Erhöhung der bactericiden Kraft des Blutes zukommt. Es ist zu hoffen, dass der Verfasser die aus Zeitmangel abgebrochenen Versuche zunächst in dieser Richtung wieder aufnehmen und über ihre Ergebnisse berichten wird. Dann wird sich auch ergeben, ob die bactericide Reaction des Blutserums in der That in dem Sinne zur Differentialdiagnose verwendet werden kann, wie dies in der letzten These ausgesprochen ist.
