Zur chirurgischen Behandlung der Tabes.

Eine Erwiderung auf Lotheissens: Die operative Behandlung gastrischer Krisen nach Foerster.

Von Dr. med. H. Schüssler, Bremen.

In dieser Zeitschrift (I.—2. H., 117. Bd.) kommt Lotheissen in seiner Arbeit über „Die operative Behandlung gastrischer Krisen nach Foerster“ zu einer so eigentümlichen Auffassung über meine Mitteilung im Zentralblatt für Chirurgie 1911, Nr. 29 „Zur chirurgischen Behandlung der Tabes dorsalis“ in der ich in der Hauptsache Front mache gegen die Ausdehnung der Foersterson Operation auf die übrigen abdominellen Krisen, daß ich dieselbe ohne Erwiderung nicht hingehen lassen kann.

Zunächst ist es sehr auffallend, daß der Leser nicht verwiesen wird auf die Stelle, wo er das nachlesen kann, um sich selbst ein Urteil zu bilden; es kann sich aber um keine andere Mitteilung meinerseits handeln, als um die oben erwähnte. Es muß mir daher schon gestattet werden, diejenigen Stellen besonders hervorzuheben, auf die es mir ankommt, um völlige Klarheit zu schaffen.

Am Schlusse nun der Anführungen all der nutzlosen Unternehmungen gegen die gastrischen Krisen der Tabiker streift Lotheissen auch die chirurgischen Eingriffe „wie ausgiebige Lumbalpunktionen, Rhachikokainisationen oder Epiduralinjektionen mit Stovain oder Novokain-Supranenin“ und sagt dann wörtlich „für diese letzteren hat sich neuerlich Schüssler (Bremen) eingesetzt“. Statt dessen habe ich verwiesen auf die sehr beachtenswerten Versuche mit der Epiduralinjektion in der Trendelenburgschen Klinik in Leipzig mit der ausdrücklichen Betonung, daß mir Erfahrungen über diese Injektionsmethode bei der Behandlung der visceralen Symptome der Tabes persönlich nicht zu Gebote ständen. Ich habe also mein Urteil, meine Begutachtung abgelehnt. Herr Lotheissen nennt das: „Sich einsetzen.“ Herrn Lotheissen müssen aber wohl persönliche Erfahrungen auf diesem Gebiete zur Seite stehen, denn er belehrt uns über die Nutzlosigkeit dieser Bestrebungen und meint schließlich, daß die Injektionen an der Austrittsstelle der Nerven eher am Platze wären. Sie nützten aber nicht viel mehr, als eine Morphinuminjektion und „diese ist aber gefahrlos und dabei gewiß einfacher und leichter zu applizieren.“ Die Abrechnung mit Herrn Lotheissen in dieser Frage kann ich füglich der Leipziger Klinik überlassen.

„Eingesetzt“ habe ich mich aber in der oben angezogenen Mitteilung voll und ganz für eine andere Methode der Behandlung der visceralen Symptome der Tabes — denn nur diese stehen hier in Frage — nämlich für die von mir geübte Art der Nervendehnung und

zwar auf Grund ausgedehnterer persönlicher Erfahrungen. Und das mit Recht! Sie hat sich in meiner Hand als gefahrlos erwiesen und die Resultate sind — wie in der oben angeführten Mitteilung steht — gerade in bezug auf die visceralen Symptome der Tabes durchaus gute. Ich habe noch ganz besonders hervorgehoben, daß die visceralen Symptome zunächst als Reflexneurosen aufzufassen sind, die durch den Sympathicus vermittelt werden. Verwiesen habe ich auf meine Broschüre, in der ich eine Kasuistik vorgelegt habe als einen Beweis für die Richtigkeit meiner Ansicht¹⁾.

Anschließend teilte ich dann kurz den Fall mit, der, Ende 1910 operiert, bis zur Publikation am 18. VI. 1911 noch völlig frei von seinen visceralen Beschwerden geblieben war²⁾.

Wenn man nun dies alles gelesen hat — ich muß doch annehmen, daß Lotheissen das auch gelesen hat — dann frage ich, wie kommt dann Lotheissen zu folgender Auffassung: „Da nach seiner Ansicht die lanzinierenden Schmerzen im Gebiet des Ischiadicus durch Perineuritis bedingt sind, so kann hier die von ihm geübte Ischiadicusdehnung, die vor Jahren schon Langenbuch für solche Fälle empfohlen hat, Adhäsionen lösen, wie es ja auch bei den Injektionen nach Lange bei Ischias geschieht.“ Lotheissen redet also plötzlich von lanzinierenden Schmerzen, die in meiner Mitteilung überhaupt nicht in Frage standen, und muß dadurch beim Leser den Anschein erwecken, als ob meine Art der Nervendehnung mit der Langenbuchschen gegen lanzinierende Schmerzen übereinstimme und nicht mehr wert sei als diese, nämlich als eine perineurale Langesche Injektion bei Ischias.

Bei dieser Einschätzung meiner Nervendehnungs-Methode fürchte ich zwar, es für aussichtslos halten zu müssen, die ganze Geistesarbeit, welche seit Langenbuch — also seit mehr als 30 Jahren — auf diesem Gebiete geleistet worden ist, hier vor dem geistigen Auge Lotheissens mit irgendeinem Erfolge zu entrollen — der Raum würde es ja auch nicht gestatten — ich beschränke mich daher auf den Hinweis der Publikationen anderer, und auf meine eigenen auf diesem Gebiete, aber zur Verhütung weiterer Verbreitung von Unklarheiten und Irrtümern muß ich doch zur Geschichte der Nervendehnung folgendes sagen:

Wohl ist es richtig, daß Langenbuch zuerst gegen lanzinierende Schmerzen der Tabiker die Dehnung des Ischiadicus empfohlen hat — und das ist sein unsterbliches Verdienst und wird ihm ungeschmälert bleiben — aber hier handelt es sich um die Ab-

1) Diese Zeitschrift urteilte 1899 im 40. Bd.: die Erfolge waren bei den Tabeskranken jedenfalls beachtenswert.

2) Er ist es heute noch, also nach 1 Jahr und 8 Monaten.

schätzung der Methoden, die sich mehr oder weniger von der ursprünglichen Langenbuchschen Methode entfernt haben. Bei dieser Abschätzung kommt es aber nicht allein auf die Wahl der Incisionsstelle an, sondern auch und das ganz besonders auf das Verhalten des Operators der Nervenscheide gegenüber und auf die Art und die Intensität der Dehnung — von der Nachbehandlung hier ganz zu schweigen. So entstand eine Billrothsche, eine Schedesche, eine Hildebrandsche Methode. Es dürfte bekannt sein, daß Langenbuch zuletzt empfahl, den Ischiadicus nicht an der Glutäalfalte freizulegen, sondern in der Mitte des Oberschenkels, ein Beweis dafür, daß Langenbuch der Distanzwirkung der Nervendehnung die größere Bedeutung beilegte. Sämtliche Operateure dehnten unilateral. Ich habe am 19. II. 1881 den Anfang gemacht mit der bilateralen Neurotonie der Ischiadici gegen Rückenmarksleiden und zwar in folgender Weise:

Ich lege stets bilateral den Ischiadicus an der Glutäalfalte frei, befreie den Nervenstrang in toto von etwaigen Verwachsungen mit seiner Umgebung — man kann solche antreffen mit dem Biceps, selbst mit dem Periost — spalte die Nervenscheide, löse dieselbe, je nach Umständen, stumpf oder scharf vom Nerven zunächst so weit ab, daß ich den nackten Nerv auf meinen linken Zeigefinger laden kann, befreie die Nervenscheide von etwaigen vaskulären Störungen, löse dann die Nervenscheide nach unten und besonders nach oben noch weiter ab mit Hilfe einer starken Sonde, oder eines Elevatoriums und dehne dann den Nerv innerhalb seiner Scheide peripher und zentral bis zur Grenze der Elastizität, wobei ich nicht davor zurückscheue, ev. den Patienten an dem Nerv von der Tischplatte abzuheben.

Das ist meine Nervendehnungsmethode. Sie ermöglicht es, in richtiger Konsequenz der Auffassung von der peripherneuritischen Genese der Tabes, die intradurale Resektion der hintern Wurzeln zu umgehen, den Sympathicus peripher durch die Ischiadici anzugreifen und die ganze Foerstersche Operation gegen die abdominalen Krisen der Tabiker völlig überflüssig zu machen, wenn sie nur frühzeitig genug ausgeführt wird.