practisch sehr bedeutungsvollen Wink über sogenannte Autotransfusion giebt) und mehrerer Anderer finden.

Es liegt nicht im Plan vorliegender Mittheilung auf alle diese Arbeiten hier näher einzugehen; mit Hinweis auf das nun gesammelte reiche wissenschaftliche Material drängt sich aber selbstverständlich dem pract. Arzte die wohlberechtigte Frage nach der Verwerthung desselben speciell für die Praxis auf.

Das Resultat der wissenschaftlichen Forschungen deckt sich aber nicht vollständig mit den practischen Erfahrungen und so lange die Praxis wenn auch nur einzelne aber sicher constatirte günstige Erfolge der Transfusion vorzuweisen im Stande ist, so lange ist das letzte Wort in dieser Angelegenheit noch nicht gesprochen, so lange darf die Hoffnung, dass diese Operation für bestimmte Fälle auch ihre volle wissenschaftliche Sanction bekommen werde, nicht aufgegeben werden. Deswegen verdienen aber gerade bei dem augenblicklichen Stande der Angelegenheit diese wenn auch relativ seltenen aber gut beobachteten Fälle von Transfusion mit evident günstigem Erfolge die allergrösste Beachtung. Als Beitrag nun zu letzterer mag die Mittheilung einer directen Lammbluttransfusion aus meiner Praxis hier seine Berechtigung finden.

Ed. Weiss, 22 Jahre alt, Kind gesunder Eltern, war in früher Jugend zwar gesund aber von zarter Constitution. Vom 3. bis 5. Lebensjahre trat häufig starkes Nasenbluten ein. Von Ausschlagskrankheiten wurden Windpocken, Masern, später im 13. Jahre der Scharlach leicht und ohne Hinterlassung von Nachkrankheiten durchgemacht. Im 10. Jahre soll nach Aussage des Patienten eine beginnende Herzerweiterung vom Arzte constatirt worden sein, die sich aber später wieder ganz verlor(?). Bis zum 16. Jahre kräftigte sich unter normaler Körperentwicklung offenbar die allgemeine Constitution, als plötzlich starkes Wachsthum eintrat und den Körper rasch und schwächig in die Höhe schiessen liess. Von der Zeit an datiren sich häufig recidivirende Lungenkatarrhe, die immer hartnäckiger wurden und immer mehr jeder Behandlung trotzten; gleichzeitig soll erhöhte Herzthätigkeit sich wieder geltend gemacht haben. Im 19. Jahre zeigten sich zuerst, bei bestehendem chronischem Lungenkatarrh, zeitweilig blutig gefärbte Sputa (in Form von feinen Streifen und Punkten) und wurde auf Rath des behandelnden Arztes ein längerer Aufenthalt in Görbersdorff mit im Ganzen günstigen Erfolge genommen. Im März 1873 zog sich Patient angeblich nach einer Erkältung, eine heftige rechtzeitige exsudative Pleuritis zu, während welcher er wochenlang eine tägliche Temperatur-Curve bis 40,0° C. gehabt haben soll. 4 Wochen nach Beginn der Krankheit stellte sich Haemoptoe ein, die während 8 Tage sich quantitativ immer mehr steigend, plötzlich nach einem letzten Blutsturz, wobei etwa 4 Wassergläser Blut ausgespien sein soll, aufhörte. Bei der nun eingetretenen Schwäche erfolgte langsame Reconvalescenz; auf gleichmässige Weise gefördert wurde dieselbe durch eine Cur in Soden im April, Sommeraufenthalt auf dem Lande, Montreux Ende October und Novemb. und endlich durch einen Winteraufenthalt 1873/74 in Mentone. Namentlich an letzterem Orte soll rasche Hebung der Kräfte und Resorption des bis dahin noch theilweise bestehen-

II. Zur Casuistik der directen Thierbluttransfusion.

Von

Dr. M. v. Cube,

practischem Arzte in Mentone.

Die Transfusionsfrage ist neuerdings, wie bekannt, unter lebhaften Discussionen in den Vordergrund getreten, die einschlägige Litteratur hat einen starken Zuwachs erhalten und sehen wir in derselben neben pract. Aerzten auch namhafte Gelehrte vertreten. Aus den letzten Arbeiten nun ergibt sich, dass die Behandlung der resp. Frage in eine andere Phase getreten. Den mehr practischen Boden, auf welchem sich früher grossentheils die Verhandlungen bewegten, hat man nothgedrungen mehr und mehr verlassen, nicht nur weil Vermuthungen, Hypothesen, ja mitunter auch Speculation unmöglich die Sache fördern konnten, es bot auch das aus der Praxis gelieferte Material, häufig in sehr ungenügenden Referaten, die sich widersprechenden Resultate, deren berechnete Verwerthung kaum mehr möglich war.

Die resp. Frage einer für Theorie und Praxis befriedigenden Lösung entgegenzuführen, wurde hier in letzter Zeit grossentheils auf rein wissenschaftlichen Boden verpflanzt, unter streng wissenschaftlicher Disposition wurde dieselbe in ihre einzelnen Theile zerlegt und in ihren Cardinalpunkten bearbeitet. Auf diesem Wege fand neben der Erörterung der Hauptfragen auch manche hochwichtige Vorfrage ihre wissenschaftliche Erledigung, wie wir sie z. B. in den Arbeiten von Landois, Ponfick, Worm-Müller, Lesser (welcher letztere uns überdies einen

den Exsudates erfolgt sein. Eine zu der Zeit eingetretene geringe Lungencongestion hervorgerufen durch einen relativ zu anstrengenden Spaziergang wurde durch rechtzeitiges Einschreiten bald behoben. Im Frühjahr unternahm Patient eine Reise durch Ober-Italien, ging dann nach Bex und verbrachte den Sommer bei ziemlich gutem Allgemeinbefinden auf dem Lande. Eine um diese Zeit vorgenommene Untersuchung von Professor Wagner in Leipzig constatirte die wesentliche Besserung, die er so vorgeschritten fand, dass er die Wiederholung eines Aufenthaltes des Patienten in einem südlich klimatischen Curort für den nächsten Winter nicht mehr für absolut nothwendig erklärte. Darauf begab sich Herr Weiss aus Vorsicht Anfang October behufs einer Traubencur nach Gries, will aber bemerkt haben, dass die damals noch sehr warme und trockne Luft einen erschaffenden Einfluss auf ihn ausgeübt habe. Schon am 5. Tage nach seiner Ankunft trat Haemoptoe ein, die in wechselnder Stärke, bei mässigen katarrh. Erscheinungen seitens der Lungen, etwa 14 Tage anhielt, dann aber plötzlich in einen förmlichen Blutsturz ausartete, bei welchem Patient wiederum mehrere Gläser Blut verloren zu haben vorgeht. Zwar war damit die Blutung wieder abgebrochen, aber Patient kam vollständig von Kräften, erholte sich sehr langsam und kam in hohem Grade ermattet Ende Jan. in Mentone an, wo er sich mir den 3. Febr. 1875 in folgendem Stat. praes. vorstellte.

Körper lang, hager, Haare blond, allgemeine Decken auffallend blass, welk, Panic: adip. sehr mässig ausgebildet, Körperhaltung schlaff, Gesichtsausdruck müde, grosse nervöse Erregbarkeit; objective und subjective Dyspnoe, Schleimhäute der Mund- und Nasenhöhle stärker geröthet, etwas trocken; blasende Geräusche in den grösseren Halsvenen, Thorax lang, schmal; weite und stärker eingesunkene Intercosträume, Supra- und Infra-Clavicular-Gegend beiderseits etwas eingesunken, ausgeprägter R., hervorstehende Schulterblätter. Excursionen, namentlich in den oberen Brustabschnitten, auffallend gering¹⁾ und bleibt R.U. etwas zurück. Den Herzspitzenstoss sieht man im 5. Intercostralum, etwas nach aussen von der Mammillarlinie in sehr lebhafter Wiederholung. Das rechte Hypochondrium etwas hervorgewölbt. Der Respirationstypus costo-abdominal. Bei der Percussion erweist sich die rechte Lungenspitze etwas tiefer stehend, R.V.O. Dämpfung bis zur 3. Rippe, L.V.O. bis zum 2. Intercostralum. R.H.O. mässige Dämpfung in der Fossa supra-spinata; nach unten zu nur etwas kürzerer, hellerer Percussionston. L.H.O. leicht gedämpft mit etwas tympanitischem Beiklang. L.U.S.u.H. normal. Auscult. R.V.O. und R.H.O. unbestimmtes Respirationsgeschw. mit etwas verlängerter Expiration, zeitweilig schnurrende Geräusche. R.U.H. und V. deutliches Vesicularathmen, aber etwas schwach. L.V.O. neben undeutlichem Vesicularathmen fein- und mittelblasiges Rasseln und schwach bronchirtes Hauchen. In der Infra-Claviculargegend,

mehr zur Schulter zu, an begrenzter Stelle, grossblasiges bei In- und Expiration deutlich vernehmbares Rasseln. L.H.O. Respiration schwach bronchirt mit zeitweise mittelblasigem Rasseln; die linke untere Thoraxhälfte weist reines etwas verschärftes Vesicularathmen. Das Herz scheint in normalen Grenzen, anämische Herzgeräusche bei schwachen Klappen-tönen; 2. Pulmonalton etwas prononcirt. Herzbewegung auffallend lebhaft (während der Untersuchung über 140 in der Min.). Oberer Leber- rand am unteren Rande der 6. Rippe, der linke Leberlappen etwas vergrössert, gegen Druck empfindlich. Abdomen mässig gewölbt, nicht empfindlich gegen Druck. Körpergewicht 51,150 Grm. Spirometrische Messungen wurden aus gebotener Vorsicht bei vorangegangener Haemoptoe und grosser Schwäche des Patienten unterlassen.

Laryngoskopische Untersuchung. Die hintere Rachenwand etwas geröthet, trocken und leicht granulirt. Die Schleimhaut des Larynx-Innern deutlich anämisch; auf die Mesoarytänoidfalte 2 dicht neben einander liegende, jedes etwa 4—5 Mm. im Durchmesser haltende, oberflächliche Geschwüre, mit wenig gewulstetem, etwas geröthetem Rande und gelblichem, eitrigem Grunde, die übrigens Pat. absolut keine subjectiven Beschwerden bereiten, so dass er von der Existenz derselben gar keine Ahnung hatte. —

Der Husten ist ziemlich stark, tritt mitunter paroxysmenweise und mit ermüdender und schmerzhafter Erschütterung des Thorax ein. Expectoration verhältnissmässig leicht, Sputa meist klumpig, eitrig-schleimig und oft mit feinen Blutstreifen oder -Punkten durchsetzt.

Quantität nicht gross, gegen 150 Grm. in 24 Stunden. Schlaf meist ruhig, wenig erquickend, Appetit mässig, Stuhl meist regelmässig. Fieber fast täglich, aber mit sehr veränderlicher Curvenform und -Höhe, in der Acme oft 39,5° C. erreichend, während einzelne Tage fast fieberlos verliefen.

Obige Untersuchung ergibt zunächst mit Evidenz: Ergriffensein beider Lungen, R. einen offenbar älteren zum Theil abgelaufenen Process, wohl Pleuro-Pneumonie, während die Symptome L. auf einen floriden Entzündungsprocess der Lungen hindeuten und zwar in Form einer käsigen Pneumonie, wahrscheinlich mit multiplen disseminirten Heerden. Zugleich Affection der Leber (Fettleber?) und ausgesprochener Mitbetheiligung des Allgemeinbefindens.

Die Prognose musste zunächst als eine sehr ungünstige gestellt werden.

Die Verordnungen bezogen sich in der Hauptsache zunächst auf eine den klimatischen Verhältnissen genau angepasste Lebensweise neben dem innerlichen Gebrauche von Arsen und Eisen; gegen die Kehlkopf-affection: Tannin-Inhalationen in mässiger Lösung.

Ueber den weiteren Verlauf der Krankheit bis zur später erfolgten Transfusion gebe ich nur kurze Andeutungen.

Bis Mitte März etwa trat eine sehr langsam fortschreitende aber jedenfalls zu constatirende Besserung ein, namentlich hob sich das Allgemeinbefinden des Pat. Neben besserem Schlafe, besserem Appetit fühlte sich der Kranke auch subjectiv kräftiger. Der Husten wurde seltener,

¹⁾ Das Instrument, dessen ich mich fast ausschliesslich zu diesen Untersuchungen bediene und das ganz besonders dazu construirt und sehr empfindlich ist, zeigte in dem Querdurchmesser in der Höhe der Achselhöhlen eine Excursion von kaum $\frac{1}{2}$ Cm., an dem unteren Rippenbogen etwa $1\frac{1}{2}$ Cm.

Expectoration leicht, doch zeigten die Sputa zeitweilig noch immer Blutspuren. Die objective Untersuchung ergab nur sehr geringe Veränderung. So finde ich in meinen Krankheitsnotizen aus dieser Zeit nur Schwinden des tympanitischen Beiklages bei der Percussion L.H.O. Neben Fortbestehen mittel- und grossblasiger Rasselgeräusche etwas deutlicheres Vesicularathmen L. O. H. und V. Die Anämie bestand unverändert fort. Die Geschwüre im Larynx hatten aber eher zu- als abgenommen.

In der 2. Hälfte des März machte die Reconvalenscenz weiter keine Fortschritte, im Gegentheil. Patient fühlte sich matter, es traten häufiger Störungen im Schlaf, Appetit und Stühle ein, auch hatte das Fieber etwas zugenommen, ohne übrigens einen bedenklichen Typus zu zeigen.

Am 24. März wurde mir vom Vater des Patienten, auf Veranlassung des langjährigen Hausarztes der Familie Dr. C. Seyferth in Langensalza, dem ich einen kurzen Bericht über das derzeitige Befinden des Kranken auf Wunsch der Eltern gegeben, der Vorschlag gemacht die directe Lammbhut-Transfusion in diesem Falle zu versuchen, natürlich mit dem Vorbehalt, dass ich in diese Operation hier für indicirt halte. Nach kurzer Erwägung, bei welcher namentlich die Momente Berücksichtigung fanden, dass der entzündliche Process in den Lungen bereits bedenkliche Dimensionen angenommen und neuerdings allem Anscheine nach im Fortschreiten begriffen war, dem wie es schien weder durch klimatische noch pharmaceutische Mittel mehr Halt geboten werden konnte, ferner dass die sehr herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Organismus neben einer stark vorgeschrittenen Anämie fast jede berechnete Hoffnung auf wesentliche Besserung, resp. Genesung, illusorisch machte, erklärte auch ich mich für die Transfusion.

Es war in diesem Falle die Operation nicht allein gegen die Anämie, gegen die Bluteere, „Asphyxie“ der Gewebe gerichtet, sondern hier nahm ich die von Leisrink namentlich betonte Indication: „Die Transfusion ist indicirt bei allen denjenigen krankhaften Zuständen, wo das Blut sei es quantitativ, sei es qualitativ so verändert ist, dass es seine physiologischen Pflichten nicht mehr erfüllen kann“ als vollkommen berechtigt an.

Zur Ausführung der Operation selbst wurde Dr. O. Hasse aus Nordhausen nach Mentone beschieden, der auch die Freundlichkeit hatte sofort zu kommen und nachdem auch letzterer sich für die Transfusion ausgesprochen und ein 4monatliches, gesundes Lamm, aus einer Gebirgsheerde, zur Stelle geschafft worden, wurde die directe Lammbhuttransfusion an dem Patienten den 5. April 1875 vollzogen.

Derselben assistirte ausserdem der in Mentone zufällig anwesende Prof. Dr. Köbner aus Breslau.

Die Operation selbst beschreibe ich hier natürlich nur in ihrem unmittelbaren Einflusse auf den Patienten. Die Technik war genau die von Dr. O. Hasse a. a. O. beschriebene.

Nachdem Pat. und Lamm vorbereitet worden, begann die Transfusion genau 11 Uhr 40 Min. Vormittags und dauerte 305 Secunden. Der Puls des etwas aufgeregten Patienten vor Beginn der Transfusion war klein, dünn, mit etwa 132 Schlägen in der Minute. T. 37,8. R. 25. In den ersten 200 Secunden hatte Patient keine von der Norm abweichende Empfindung. Der Puls hielt sich auf 132. Nach 200 Sec. ging derselbe auf 120 herab und wurde voller. Der Kranke gah jetzt an, dass er ein eigenthümliches zum Kopfe aufsteigendes Gefühl verspüre. Nach 250 Sec. trat Gefühl von Völle in der Magengegend ein und bald darauf leichter Kreuzschmerz, Nach 300 Sec. leichte Beklemmung; Patient verrieth in seinem Ausdrucke eine grosse Aengstlichkeit. Nach 305 Sec. wurde die Transfusion desshalb unterbrochen.

Der aus der Glascanüle, welche in der Vene des Patienten gelegen hatte, hervorspritzende feine Blutstrahl lieferte in den folgenden 20 Sec. $= 9\frac{1}{4}$ Cc. Lammbhut. Die Quantität des übergeflossenen Blutes kann desshalb ungefähr gleichgesetzt werden

$$9\frac{1}{4} \times 15\frac{1}{4} = 141 \text{ Cc. } ^1)$$

Kurz nach Abbruch der Transfusion erfolgte Erbrechen des am Morgen genossenen Kaffee's. Wenige Minuten später war wieder subjectives Wohlbefinden eingetreten, nur leichte Eingenommenheit des Kopfes war noch vorhanden, dagegen giebt der Kranke an, dass er freier und leichter athme.

Um 12 Uhr 24 Min. (44 Min. nach Beginn der Transfusion) leitete sich das Froststadium des posttransfusionellen Fieber-Anfalls mit Gänsehaut ein.

12 Uhr 27 Min. klagte Patient über Frostrieseln in Armen und Beinen; Hände und Füsse wurden eiskalt.

12 Uhr 28 Min. erstes leichtes Schütteln.

12 Uhr 30 Min. starker Schüttelfrost.

12 Uhr 40 Min. leichte Cyanose. intermittirende Schüttelfröste.

¹⁾ Diese von Dr. Hasse angegebene Bestimmung für die Quantität der übergeführten Blutmenge ist zwar nicht ganz genau, wie die von Tappeiner und Anderen angestellten Untersuchungen ergeben haben, einen approximativen Werth aber dürfen sie jedenfalls beanspruchen, womit man sich in der Praxis ganz gut zufrieden geben kann.

12 Uhr 42 Min. Schüttelfrost weniger heftig; Patient erklärt, dass es ihm wohler werde und ist selbst zu Scherzen aufgelegt.

12 Uhr 50 Min. Schüttelfrost hat definitiv aufgehört; Hände und Füsse sind noch kalt.

1 Uhr 5 Min. P. 116, voll, Sprache kräftig, Kopf frei.

1 Uhr 30 Min. T. 37,6. R. 21. P. 120, kräftig. Hände und Füsse warm, allgemeines Wohlbefinden.

1 Uhr 40 Min. Durst (es wird Wasser getrunken).

3 Uhr 45 Min. T. 38,0. P. 120. R. 20.

4 Uhr 30 Min. T. 37,0. P. 120, kräftig. Schweiß trat nicht ein; häufiges Niessen; mit Appetit gegessen.

4 Uhr 40 Min. T. 37,2.

6 Uhr T. 37,5.

6 Uhr 25 Min. T. 37,1.

8 Uhr Abends T. 36,9, allgemeines Wohlbehagen.

6. April. Nacht sehr gut geschlafen. Morgens T. 37,2, R. 20, P. 115, ziemlich kräftig entwickelt. Der seit der Operation gelassene Urin erwies sich quantitativ und qualitativ vollkommen normal und bemerke ich gleich hier, dass derselbe auch späterhin bei wiederholten Untersuchungen vollkommen normal blieb, weder waren Spuren von Eiweiss, noch weniger Haemoglobin nachzuweisen.

Damit trat Patient in eine Reconvalenscenz, die durch ihr rasches ungetrübtes Fortschreiten überraschend war und manches Interessante darbot. Den weiteren Verlauf theile ich, um nicht zu ermüden, nur in den Hauptzügen mit.

Zunächst machte sich die Reconvalenscenz in dem vollständig veränderten Wesen des Patienten bemerkbar; er wurde theilnehmender, gesprächiger und war den ganzen Tag zu Scherzen aufgelegt, so dass die Eltern, wie sie mir sagten, ihren kranken Sohn garnicht mehr wiedererkannten. Es hatten sich aber auch die Krankheitssymptome und zwar fast unmittelbar nach der Transfusion ganz überraschend rasch und günstig geändert. So hatten Husten und Auswurf plötzlich fast ganz nachgelassen, namentlich zeigte letzterer keine Blutspuren mehr, Patient athmete entschieden freier und leichter; der Schlaf wurde tiefer und erquickend, der Appetit hob sich bedeutend. Die zeitweilig angestellten Temperaturmessungen zeigten nicht über 37,5° C.; Puls offenbar voller, kräftiger, schwankte zwischen 80—100; allmähig trat auch frischere Gesichtsfarbe ein. Am 5. Tage nach der Operation trat Urticaria ein, zunächst um die fast vollständig geheilte Arinwunde und sich von da über den ganzen Körper, namentlich über Gesicht und Extremitäten verbreitend; das Exanthem bestand 3 Tage, störte aber, abgesehen vor dem etwas lästigen Jucken, das Allgemeinbefinden fast garnicht.

8 Tage nach der Operation untersuchte ich den Patienten.

R. in den Lungen keine wesentliche Veränderung. L.O.V. und H. die Dämpfung weniger ausgesprochen, entschieden ohne tympanitischen Beiklang, Vesiculärathmen etwas deutlicher, fein- und mittelblasiges Rasseln garnicht mehr zu hören, während das grossblasige sich verringert hatte. Der Tasterzirkel zeigte im oberen Querdurchmesser (in der Höhe der Achselhöhlen) 1 Cm. Excursion und war das Athmen subjectiv freier und leichter. Die laryngoscopische Untersuchung des Kehlkopfes ergab, dass die beiden oben beschriebenen Larynx-Geschwüre zur Verheilung tendirten; die Ränder waren flacher geworden, der Grund bedeutend reiner und röther und konnte man deutlich einen feinen von der Peripherie aus vorgeschobenen Narbenrand unterscheiden. —

Bis zum 3. Mai, dem Tage der Abfahrt des Patienten aus Mentone, hatte die Reconvalenscenz keinerlei Störung erlitten; an diesem Tage ergab die schliessliche Untersuchung folgenden Befund:

Subjectives Wohlbefinden, frischer Blick, gute Gesichtsfarbe, Anämie überhaupt objectiv bedeutend geringer, sämmtliche physiologische Functionen in erwünschtem Gleichgewichte, so waren namentlich Appetit und Schlaf constant gut geblieben, wie auch die Verdauung; Fieberbewegung garnicht mehr vorhanden; Husten selten bei leichter Expectoration mehr schleimiger Sputa ohne Blutspuren. Athmen frei und leicht, subjectiv vollständig sufficient.

Die objective Untersuchung erweist nur noch geringe Dämpfung über den linken oberen Lungenlappen, Vesiculärathmen bedeutend deutlicher, nur zeitweilig von grossblasigem Rasseln begleitet. Herztöne kräftiger, anämische Geräusche nur sehr schwach wahrnehmbar (in den Halsgefässen deutlicher, aber auch hier schwächer, als bei der Aufnahme) Lebergrenzen unverändert. —

Ein Larynxgeschwür vollständig verheilt, das andere zeigt sich noch als kaum stecknadelkopfgrosse Excoriation.

Dem Patienten wurde der Rath ertheilt, nach kurzem Aufenthalt am Genfer See, als Zwischenstation, nach Bex zu gehen und dort die Zeit bis zum Hochsommer zu verbringen, neben Gebrauch von Salzbadern und kalten Abreibungen. —

In den ersten Tagen des August 1875, also 3 Monate nachdem Patient Mentone verlassen und circa 4 Monate nach erfolgter Transfusion,

erhielt ich vom Patienten einen Brief, aus welchem ich folgende, seinen damaligen Gesundheitszustand betreffende Stelle wörtlich wiedergebe:

Da das Wetter schön war, ging ich direct bis Bex und bezahlte den Klimawechsel nur mit ganz leichtem Schnupfen. Anfangs Juni besuchte ich Badenweiler, wo Dr. Siegel die Verheilung der Geschwüre und die normale Beschaffenheit des Larynx constatirte. Ende Juni traf ich glücklich hier (Langensalza) ein und befinde mich, wie ich zu meiner Freude sagen kann, in stetiger Besserung. Katarrh habe ich noch nicht ein Mal wieder gehabt, ebensowenig Katarrh der Nase, oder Heiserkeit des Halses, Athmung ist freier, Adern gut gefüllt, Anämie ist als gehoben anzusehen. Demgemäss ergab auch Dr. Seyfert's Untersuchung in Vergleich mit ihrem Briefe ein recht günstiges Resultat: Freisein der linken Lungenlappen, rechts hinten bedeutend gemildertes Infiltrat und chron. Katarrh. Mein Wohlbefinden ist relativ recht gut, d. h. Schlaf, Appetit und Verdauung gut, dagegen Muskelkräfte und Körperzunahme (51,500 Grms.) wie Sie voraussagten, noch gering. Schleimauswurf ist bei dem hiesigen feuchten Wetter gegen Mentone vermehrt, auch haben sich in circa 4 Sputis allerdings kaum bemerkbare Blutspuren, in Gestalt kleiner Fädchen gezeigt, die einer Erwähnung eigentlich nicht werth sind“.

Aus Obigem ergibt sich also, dass die Reconvalescenz bis hiezu nicht gestört worden. —

Der oben beschriebene Fall ergibt sowohl was den durch die Operation selbst bedingten unmittelbaren Effect auf den Patienten betrifft, als auch für den Gang der Reconvalescenz manches Wichtige und Interessante.

Entgegen den meisten Angaben über die Reactionserscheinungen von Seiten des Patienten (Blutempfängers) bei directer arterieller Thierbluttransfusion sehen wir hier zunächst die speciell vom Nervensystem abhängigen Symptome mit ganz geringer Intensität eintreten. Uebelkeit, Brechreiz, Kopfschmerz, Schwindel, Ohnmacht, Athem- und Pulsbeschleunigung (vagus) tritt bei unserem Patienten garnicht ein, nur Völle im Leibe, leichter Kreuzschmerz und Gefühl von Beklemmung; ferner haben wir ein nur wenig intensives und kurz andauerndes posttransfusionelles Fieber und schliesslich, was den Gegnern der directen arteriellen Thierbluttransfusion gegenüber eine ganz besondere Berücksichtigung verdient, das Ausbleiben jeder Nierenaffection. —

Wenngleich zugegeben werden muss, dass verschiedene Constitutionen möglicherweise auch wesentlich verschieden auf den Eingriff der Transfusion reagiren werden, so ist doch in unserem Falle wohl daran zu denken, die jedenfalls geringfügige Reaction bei dem gerade nervös sehr erregbaren und heruntergekommenen Kranken auch dem Umstande zuzuschreiben ist, dass eine relativ geringe Blutmenge übergeführt worden, eine Erfahrung, die für die Praxis bei ähnlichen Fällen, vielleicht namentlich bei Phthisikern, mir einer besonderen Beachtung werth zu sein scheint.

Was nun den Gang der Reconvalescenz betrifft, so überraschte sie ebenso sehr durch ihr promptes Eintreten fast unmittelbar nach der Transfusion, als auch durch ihr rasches und ungetrübtes Fortschreiten. —

Es wäre aber nun immerhin möglich, dass von mancher Seite der Einwurf gemacht würde, die Reconvalescenz, selbst möglicherweise eine eben so rasche, wäre auch ohne vorhergegangene Transfusion spontan eingetreten, wie man das ja bei Phthisikern, bei Zusammenwirken der für sie möglichst günstigsten Umstände, namentlich in klimatischen Curorten, mitunter zu beobachten Gelegenheit hat. Dieser Einwand nun wird in unserem Falle, abgesehen davon, dass er bei unserem Kranken schon in Berücksichtigung seines Zustandes kurz vor der Transfusion, die eine fortschreitende Verschlimmerung deutlich erkennen liess, keine Anwendung finden kann, in ziemlich bestimmter Weise beseitigt mit dem Hinweise auf den rasch günstigen Verlauf der Kehlkopfgeschwüre, die, wie oben angegeben, unmittelbar die Transfusion folgte. Auf diese, für die Frage der Transfusion gewiss sehr interessante Beobachtung, der ich in keinem der bis jetzt bekannt gewordenen Fälle Erwähnung finde, erlaube ich mir ganz besonders aufmerksam zu machen.

Diejenigen der Herren Collegen, denen ein grösseres Erfahrungsmaterial über phthisische Kehlkopfgeschwüre zu Gebote steht, werden zugehen müssen, wie schwer und im günstigsten Falle wie langsam letztere zur Verheilung kommen; mir ist wenigstens in den letzten 15 Jahren, in welchen ich fast ausschliesslich nur mit Lungenkranken zu thun gehabt habe, die ich principiell fast ohne Ausnahme laryngoscopirte, kein einziger Fall vorgekommen, in welchem Kehlkopfgeschwüre so rasch zur Verheilung gekommen sind und bin ich fest überzeugt, dass hier die Transfusion auf den Localprocess in der Schleimhaut des Larynx eine direct günstige Umstimmung hervorgerufen hat, wie es in ähnlicher Weise für den Lungenprocess angenommen werden muss. Wie? das ist eine weite Frage, deren detaillirte und exacte Beantwortung wohl noch einige Zeit wird auf sich warten lassen und der ich nicht ein Mal mit Vermuthungen vorzugreifen mich berechtigt fühle. —