

Nach Hrn. A. ist es unangenehm, dass, wenn man von Contraction spricht man darunter nur einen Muskelact verstehen kann. — Nun habe ich zur Befriedigung meines Gewissens verschiedene nupartheische Männer, deren Urtheil ich hochschätze gefragt, ob man wirklich diesen in aller Unschuld gebrauchten Ausdruck einen so colossal unangenehmen Sinn unterlegen könnte, habe aber von allen hierüber die beruhigendsten Versicherungen erhalten. Auch ist mein Buch von verschiedenen Seiten kritisiert und besprochen worden und man sollte wohl denken, dass eine so ganz und gar allen hergebrachten Ansichten widerstrebende Idee wenigstens irgend

Rückantwort an Hrn. Prof. Friedreich in Heidelberg.

schweben und so glaube ich mich mit vollster Befriedigung der Uebersetzung hingeben zu können, dass diese Uebersetzung eine bloss auf Hrn. A. beschränkte, demnach pathologische ist eine Idee in die er sich allmählich verhasst hat. Von ähnlichen Uebersetzungsweisen die wie die „Contraction der Arterien“ einmal durch den Usus sanctiorum sind, wenn man in die Medicin, keinem Menschen fällt es ein sie genau stricte

H. BAMBERGER.

Die Fortführung eines wissenschaftlichen Streites mit zu ausgeprägtem persönlichen Beigeschmack ist keine unangenehme Sache; indess bin ich doch genöthigt zur Herstellung des Sachverhalts der Antwort des Hrn. F. eine kurze Entgegnung folgen zu lassen. Den Vorwürfen beleidigender Ausfälle, leidenschaftlicher Erregung u. s. f. setze ich nur die Versicherung entgegen, dass es mir nie eingefallen wäre mich um Hrn. F. und die von ihm geschriebenen Bücher zu bekümmern, wenn er nicht in denselben mich in einer durchaus unverantwortlichen Weise provocirt hätte. Man kann Niemanden zumuthen sich es ruhig gefallen zu lassen wenn man ihm abgemackte und unsinnige Behauptungen andichtet und so hat Hr. F. die ganze Sache bloss sich selbst zuzuschreiben. Die Grenzen des Anstands habe ich übrigens meiner festen Ueberzeugung nach nicht verletzt und die in Gift und Galle getauchte Feder existirt nur in der Phantasie des Hrn. F.; ich glaube es wird auch den schärfsten Reactionen nicht gelingen etwas von diesen deletären Stoffen zu entdecken. Höchstens ist etwas erlaubte Ironie mit eingeflossen und so viel Entschiedenheit als nothwendig war um unberechtigte Prätensionen zurückzuweisen. Herr F. beginnt seine Entgegnung damit, dass er die lächerliche Behauptung ich hielte die Zusammenziehung der Arterien für einen Muskelact einfach und mit der grössten Bestimmtheit wiederholt. Weitere Beweise bringt er dafür nicht, es genügt ihm vollkommen dass ich die Worte „Contraction“, wiederholte Contraction der Arterien, Tonus der Arterien gebrauchte und bezüglich des Effects den Vergleich mit einem geschwächten Muskel anwende. Ich würde

Nach Hrn. F. ist es ausgemacht, dass, wenn man von Contraction spricht man darunter nur einen Muskelact verstehen kann. — Nun habe ich zur Beruhigung meines Gewissens verschiedene unpartheiische Männer, deren Urtheil ich hochschätze gefragt, ob man wirklich diesen in aller Unschuld gebrauchten Ausdrücken einen so colossal unsinnigen Sinn unterlegen könne, habe aber von allen hierüber die beruhigendsten Versicherungen erhalten. Auch ist mein Buch von verschiedenen Seiten kritisirt und besprochen worden und man sollte wohl denken, dass eine so ganz und gar allen hergebrachten Ansichten widerstrebende Idee wenigstens irgend eine Bemerkung hätte hervorrufen müssen, allein nichts davon ist geschehen und so glaube ich mich mit vollster Beruhigung der Ueberzeugung hingeben zu können, dass diese Auffassung eine bloss auf Hrn. F. beschränkte, demnach pathologische ist, eine fixe Idee in die er sich allmählig verbissen hat. Von ähnlichen Bezeichnungen die wie die „Contraction der Arterien“ einmal durch den Usus sanctionirt sind, wimmelt ja die Medizin, keinem Menschen fällt es ein sie sensu strictissimo zu nehmen und da man ja eben doch den richtigen Begriff damit verbindet, wäre ein übertriebener Purismus nur lächerlich. Mit demselben Rechte könnte Hr. F. auch behaupten, dass ich die Schlagadern für luftführende Gefässe wie Erasistratus halte weil ich sie Arterien nenne. Das Unterhaltendste an der Sache aber ist, dass in demselben Satze in dem Hr. F. mir ganz trocken erklärt den Ausdruck „Contraction der Arterien“ könne man nur als eine Contraction der muskulösen Elemente deuten, er seinerseits sich mit der naivsten Unbefangenheit des Ausdrucks „Systole der Arterien“ bedient. Weiss Hr. F. nicht, dass Systole im Griechischen ganz auf ein Haar dasselbe wie Contraction im Lateinischen, und Zusammenziehung im Deutschen bedeutet? Also Hr. F. darf unbedenklich von Arteriensystole sprechen, keinem Menschen darf einfallen zu glauben, dass er hiebei an etwas der Herzsystole ähnliches denkt — aber wenn ich von Arteriencontraction spreche dann muss ich mich natürlich von Hrn. F. belehren lassen, dass die Arterien keine Muskeln sind. Welche Lächerlichkeit!

Bezüglich der Möglichkeit der Entstehung von Geräuschen durch abnorme Sehnenfäden weiss Hr. F. auch nicht den geringsten Grund anzugeben, den ich nicht schon früher widerlegt hätte. Dass er selbst Fälle wie die von mir angeführten in denen noch im Leben die Diagnose gestellt wurde, nicht beobachtet hat, ist weder überraschend, noch beweisend, dass abnorme Sehnenfäden bei Sectionen häufig, darauf bezügliche Auscultationserscheinungen selten gefunden werden, ist längst bekannt, dass im Beginne der Systole bei noch ganz gefüllter Kammer ein solcher Faden durch Spannung in tönende Schwingungen gerathen kann, ist keine

Sophistik wegzulängnen im Stande. Dass aber ein solches Geräusch in den *Beginn* der Systole fällt ist gewiss, auch der normale erste Klappenton fällt wie besonders die neuesten Untersuchungen von *Winterich* und *Spring* zeigen bloss in den Beginn der Systole und da ich nirgend behauptet habe, dass ein solches Geräusch länger sei als der oft ziemlich protrahirte erste Ton so ist nicht der geringste Grund vorhanden daran zu zweifeln, dass die eine wie die andere Erscheinung durch die beginnende Systole hervorgerufen werde und die Annahme, dass physikalische Gründe dies schwer begreiflich machen, ganz aus der Luft gegriffen. Wenn Hr. F. fragt ob bei den im Leben diagnosticirten Fällen zwischen Geräusch und Sehnenfaden auch wirklich ein causales Verhältniss bestand, so wird jeder Unbefangene, auch ganz abgesehen von dem Gewicht der citirten Autoritäten das den meisten Menschen doch bedeutender erscheinen dürfte als die vagen Zweifel des Hrn. F. unter den beschriebenen Verhältnissen wohl keinen Anstand nehmen dies zu bejahen. Was endlich den mir gemachten Vorwurf der Ungenauigkeit in der Bezeichnung der Erscheinung betrifft, so weiss jeder Sachkundige wie schwer und oft unmöglich es ist dieselben mit Worten genau zu beschreiben. Der leise Zweifel des Hrn. F. dass ich wohl auch mitunter solche Sehnenfäden bei Lebzeiten vermuthet hätte, wo sie sich nicht fanden, trifft zufällig nicht zu, wenn es aber auch der Fall wäre, würde es an der Sache gar nichts ändern. Nicht glücklicher ist Hr. F. in dem Versuche, seine barocke Ansicht: sichtbare systolische Erhebungen in der Magengrube könnten niemals durch das Herz bedingt sein, gegen meine Einwürfe zu halten. Die ganze Argumentation besteht aus den allerseichtesten Phrasen, denen jede logische Begründung fehlt, wie es eben unmöglich ist für eine an sich absurde Sache Gründe zu finden. Um das Ganze zu charakterisiren genüge es anzuführen, dass er endlich zum dem Schlusse kommt man könne solche Hervortreibungen vom Herzen im Epigastrium wohl fühlen, aber nicht sehen. Existirt auch nur ein Schatten eines vernünftigen Grundes warum man eine Erschütterung und Vortreibung die man fühlen kann, nicht unter Umständen auch sehen können, eben so wie dies beim normalen Herzstoss der Fall ist? Die Pulsationen der Bauchorta z. B. sind in der Regel sogar viel deutlicher sichtbar als fühlbar. Doch es dürfte wohl ganz überflüssig sein auf eine so verlorene Sache weiter einzugehen. Ich will nur noch bemerken, dass Hr. F. glaubt mich auf einem grössartigen Widerspruch ertappt zu haben, weil ich behaupte, dass sowohl eine systolische Elevation als Depression in der Magengrube durch die directe Thätigkeit des Herzens entstehen könne. Auf den Dank den er mir für die Lösung dieses Widerspruchs votirt, verzichte ich zwar, die Lösung aber

kann er finden, wenn er an der citirten Stelle meines Buches ein Blatt umwendet, er wird dann auf pag. 63 erfahren, dass wenn das hypertrophische die Magengrube berührende Herz eine starke Locomotion nach links macht, durch welche es aus dem Bereich der letzteren entfernt wird, eine systolische Depression, in allen anderen Fällen aber eine systolische Elevation entsteht. Es kommt demnach alles auf die Grösse der Locomotion, eines äusserst variablen Factors an. Nebenbei bemerke ich, dass unter den gedachten Verhältnissen nämlich bei querrer Lagerung und hypertrophischer rechter Kammer — die Locomotion meist sehr unbedeutend, häufig sogar gleich Null zu sein scheint, wesshalb auch hier das Verhältniss der systolischen Elevation weit häufiger als das Gegentheil vorkommt. Da ich übrigens kaum glauben kann, dass eine so nahe liegende Erklärung Hrn. F. nicht von selbst einfallen sollte, so halte ich den Einwurf nur für eine Art Advocatenkniff der aber höchstens bei ganz ungebildeten und urtheillosen Lesern verfangen könnte.

Sehr charakteristisch für die scharfe Logik die Hr. F. überall entwickelt, ist die fernere Argumentation über die systolischen Einziehungen am linken Sternalrande. Früher hat er gegen meine Erklärung, (dass sie durch Wegrücken eins in der Systole begriffenen Herztheils entstehen) eingewendet, dies sei unmöglich, weil an die Stelle des wegrückenden, ein anderer ebenfalls in der Systole begriffener Herztheil kommt; jetzt nachdem ich nachgewiesen, dass dies unrichtig ist, weil unter gewissen Verhältnissen der in der Diastole begriffene Vorhof an jene Stelle treten könne, ist dies eben so unmöglich und zwar gerade darum weil nun ein in der Diastole begriffener Herzabschnitt an jene Stelle tritt. Man sieht auf Hrn. F's. Bogen passen alle Pfeile.

Als Beweis wie Hr. F. die Begriffe zu escamotiren trachtet, um mir wo möglich einen Unsinn unterzuschleichen, den er selbst zu diesem Behüfe ausgeheckt hat, kann hiebei der folgende Satz gelten: Da aber der Vorhof wenn er in Diastole tritt, voluminöser ist als am Ende seiner vorausgegangenen Systole, so kann dadurch, wie die einfachste Anschauung der Verhältnisse lehrt, das Phänomen einer Einziehung unmöglich bedingt werden. Der Leser weiss nun, dass meine Erklärung folgende war: Wenn an die Stelle der Kammer die während der Systole eine Zunahme ihres Durchmessers von vorn nach hinten erfährt durch stärkere Locomotion des Herzens ein Theil der in der Diastole begriffenen Vorkammer tritt, so kann weil an die Stelle eines voluminöseren Körpers nun ein weniger voluminöser kommt, durch den äussern Luftdruck an dieser Stelle eine Einziehung erfolgen. Es handelt sich also hier um die Differenz zwischen dem durch die Systole vergrösserten diameter anteroposterior der Kammer

und jenen der diastolischen Vorkammer für eine bestimmte Stelle der Brustwand. Hr. F. aber sucht in einer Weise für die sich die richtige Bezeichnung nicht gebrauchen will, die Sache so darzustellen als ob es sich um die Differenz zwischen dem systolischen und diastolischen Durchmesser der an derselben Stelle verbleibenden Vorkammer handelt, während er doch in demselben Athem fragt ob sich mir die Grösse der Ortsveränderung der Vorkammer wirklich so bedeutend denke, mithin sehr genau weiss um was es sich handelt. Wen hofft wohl Hr. F. durch ein solches Manöver täuschen zu können? Auch diese letztere Frage übrigens „Glaubt denn Hr. B. allen Ernstes, dass sich der rechte Vorhof bis in den 4. und 5. Intercostalraum herabbewegen könne“ ist offenbar nur darauf berechnet solchen zu imponiren die von den gegebenen Verhältnissen gar keine Idee haben, denn wer diese nur einigermaßen kennt, wird über den Ernst dieser Frage höchstens lächeln müssen weil er weiss, dass die ganze Grösse der Loömotion von der hier die Rede ist einige Linien beträgt, nämlich die halbe Breite des Sternum und unter Umständen sogar noch weniger. Wenn die Herzspitze wie ja Hr. F. selbst in gefälliger Weise zugibt eine so bedeutende Excursion machen kann, wer wird die Vorkammer hindern sich an dieser Bewegung zu theilnehmen? Nur wer eine Loömotion des Herzens überhaupt leugnet, oder jenes Hypothese auf und für etwas Anderes habe ich meine Ansicht nicht ausgegeben — von vorn herein für unzulässig erklären. Ganz anders verhält es sich mit dem von Hr. F. von grösstem Interesse aber waren für mich die Aufklärungen die Hr. F. nun über seine Ansichten bezüglich des Venenpuls gegeben hat. Sie bestätigen nämlich in keiner Weise die durch gar nichts widerlegt werden kann, weil sie unmittelbar aus den nicht anders zu deutenden Worten desselben hervorgeht, meine schon früher ausgesprochenen Ueberzeugung, dass Hr. F. den eigentlichen Venenpuls gar nicht kennt und ihn nicht von andern Erscheinungen zu unterscheiden im Stande ist. Um zu derselben Ueberzeugung zu gelangen wollte der geneigte Leser die Auseinandersetzung des Hr. F. auf pag. 137 ausflüßig mit Aufmerksamkeit verfolgen. Es geht daraus unmittelbar folgendes hervor: Als Venenpuls lässt Hr. F. nicht nur jene wohlbekannt starke Pulsation an der V. jugul. int. gelten, sondern versteht darunter jede Bewegung an den Halsvenen, welche durch eine aus dem Thorax nach oben fließende centrifugale Blutwelle hergebracht wird. Diese Beobachtungen wiederholen und sorgfältig angestellten Beobachtungen haben ihm nämlich gezeigt, dass gerade an der V. jugul. externa ohne alle Tricuspidalaffection häufig Bewegungen vorkommen, welche entschieden durch eine rückläufige Blutwelle erzeugt werden. Comprimirt man in

solchen Fällen die Halsvenen oben in der Nähe des Unterkieferendes, so dauert die Bewegung fort und man kann sich deutlich überzeugen wie die Vene bei jeder Herzcontraction durch eine von unten aufsteigende Blutmasse immer aufs Neue wieder sich füllt und ausdehnt. Handelt es sich dagegen um intermittirende Stauungen des Blutes an den Halsvenenklappen oder nur von den Carotis aus der Vene mitgetheilte Undulationen so collabirt die Vene bei diesem Experiment und bleibt bewegungslos. Dies beweist also noch Hr. F., dass eine rückläufige Bewegung aus dem Thorax, also echter Venenpuls ohne alle Affection des Tricuspidalis vorkommt, und dass in meine Ansicht der echte Venenpuls findet sich nur bei Insufficienz dieser Klappe ganz falsch sei.

Nun mag der genügende Leser der sich vielleicht um diese Detailverhältnisse weniger gekümmert hat und Hr. F. dies jedenfalls hätte thun sollen folgende Umstände berücksichtigen: Die V. jugul. externa die in der Gegend des Unterkieferwinkels entsteht, nimmt in ihrem weiteren Verlaufe noch zahlreiche Venenzweige, namentlich aus den Hals- und Nackengeflechten auf, deren Zahl und Grösse den verschiedensten Schwankungen unterworfen ist, was aber Hr. F. offenbar ganz unbekannt ist. In der Regel nun und bei normalen Kreislaufverhältnissen sind diese Zweige klein und die dadurch in die V. jugul. externa gelangende Blutmenge unbedeutend, so dass wenn man die Veine oben comprimirt sie mehr oder weniger, oft sogar ganz collabirt. Ganz anders verhält es sich aber wo es sich um bedeutende und lang dauernde Stauungen im venösen Kreislauf handelt, bei denen eben Hr. F. seine eben so interessante als neuen Beobachtungen angestellt hat. Hier sind diese Zweige oft in einem enormen Grade erweitert und führen grosse Quantitäten Blut in das Gefäss. In einem solchen Fall bleibt die Vene gefüllt, auch wenn man sie an ihrem Ursprung comprimirt weil sie eben von den zahlreichen und erweiterten Seitenästen noch immer grosse Mengen Blutes erhält. Wenn nun Hr. F. glaubt unter solchen Verhältnissen durch seine Compression am Kieferende die Vene zum Collabiren zu bringen, so befindet er sich ganz und gar in der Lage jenes Schwaben der, indem er die Donauquelle zustopfte, sich in Gedanken an der Ueberraschung, die Wien ergötzte, wenn plötzlich die Donau ausbleiben würde. — Neben dem aber machen sich nun an der Vene die längst bekannten von den Herzcontractionen abhängigen rhythmischen Anschwellungen geltend. Nämlich während der Herzdiastole entleert sich mit dem in die Kammer strömenden Blute die Vene mehr oder weniger, während der Dauer der Systole dagegen bei geschlossener Atrioventricularklappe staut sich das nachrückende Blut in den Venen wegen Ueberfüllung des Vorhofs. Es füllt sich demnach wie eben Hr. F.

bemerkt die Vene bei jeder Herzcontraction durch eine natürlichere Weise von unten aufsteigende — Blutmasse und hebt sich aus um bei der Diastole sich wieder zu entleeren. Wenn aber Hr. F. glaubt, dass es sich hierbei um eine Regurgitation aus dem Thorax handle, dass diese Erscheinung irgend etwas mit dem Zustande der Venenklappen zu thun habe, so befindet er sich eben in einem colossalen und unverzeihlichen, weit auf Mangel an Nachdenken beruhenden Irrthum. Dass diese Bewegung nicht im entferntesten selbst nicht nach der von Hrn. F. selbst gegebenen Definition als *Venenpuls* bezeichnet werden kann bedarf nun wohl keines weiteren Beweises, eben so wenig, als dass dadurch gar nichts gegen meine Ansicht über die Bedeutung des wirklichen Venenpulses bewiesen wird. Die Quelle des Irrthums ist nun allerdings sehr leicht zu erkennen, sie liegt in einer bedauerlichen Unkenntnis der anatomischen Verhältnisse. Hr. F. comprimirt die Jugularis externa am Kieferrande und weil er trotzdem am unteren Theile derselben Füllung und gewisse Bewegungen sieht, schließt er, dies könne nur durch Regurgitation aus dem Thorax geschehen, weil er nicht weiss, dass unterhalb jener Stelle noch viele Aeste in die Vene münden und an der auf diese Weise gefüllten Vene bei Blutüberfüllung des Vorhofs die systolischen Unterbrechungen des Abflusses als jedesmalige Anschwellung sich characterisiren. Und solche Beobachtungen sind es von deren außerordentlicher Sorgfalt und Genauigkeit Hr. F. wiederholt so viel Rühmens macht. Mit solchen Beobachtungen will Hr. F. Lehrsätze umwerfen und reformiren, die durch einen Mann von dem Scharfsinn und der Beobachtungsgabe *Shodals* in die Wissenschaft eingeführt und seitdem hundertfältig von guten und geübten Beobachtern bestätigt worden sind. In der That eine grossartige Verblendung und Selbstüberschätzung!

Hr. F. ist nicht im Stande einzusehen warum ich bei dem Venenpulse auf die Stärke, das deutliche Fühlbarwerden desselben so grosses Gewicht lege. Ich will ihm den Grund anvertrauen. Ich thue es darum damit nicht Unerfahrene die an den Venen so häufig vorkommenden in ihrer Bedeutung für die Klappen ganz unwichtigen und ulirenden Bewegungen, die von den Respirations- oder den Herzbewegungen abhängenden rhythmischen An- und Abschwellungen der Venen mit dem wirklichen Venenpulse verwechseln, gerade so wie er es gethan hat. Denn nur eine solche Bewegung an der Vene, die in der That dem arteriellen Pulse ähnlich ist, verdient den Namen des Venenpulses, nur eine solche ist beweisend dafür, dass es sich wirklich um eine durch die Triebkraft der rechten Kammer zurückgeworfene Blutwelle handelt und beweist demnach Insufficienz der Tricuspidal- und Halssvenenklappen. Nebstdem wiederhole ich, dass der

wirkliche Venenpuls kaum jemals an der Jugularis externa sondern nur an der interna vorkommt.

Dass dagegen Insuff. der Tricuspidalis auch ohne Venenpuls vorkommen kann, bedarf gar nicht erst einer besonderen Erwähnung, da jedes einzelne Symptom bei Klappenaffectionen fehlen kann, es gibt Insufficienzen und Stenosen ohne Geräusche, ohne Herzhypertrophie, ohne secundäre Störungen und speciell der Venenpuls, der erst durch die allmählig erfolgende Insufficienz der Venenklappen zu Stande kommt; bedarf zu seiner Entstehung längere Zeit; es muss daher sogar nothwendigerweise die Affection der Tricuspidalis eine gewisse Zeit ohne Venenpuls bestehen. Letzterer gehört eben der vollkommen entwickelten Krankheit an und bleibt für die Diagnose dieser immer das werthvollste Zeichen. Für die nicht vollkommen entwickelte oder geringe Insufficienz gibt es aber überhaupt kein bestimmtes Zeichen, am wenigsten darf man sich auf die Geräusche verlassen. Beispielsweise erwähne ich übrigens, dass im letzten Wintersemester das sich durch eine ganz ungewöhnliche Frequenz von Klappenkrankheiten auszeichnete 5 Fälle von Insufficienz des Tricuspidalis auf meiner Klinik lagen, von denen 4 zur Section kamen. In keinem fehlte die Erscheinung des ausgeprägten Venenpulses. Die von Hr. F. angeführte Krankengeschichte beweist daher ausser einem bekannten Factum, dass Tricuspidalinsufficienz ohne Venenpuls vorkommen kann — nichts weiter als eine ohne alle Begründung gestellte Diagnose, denn dass der Venenpuls eher für relative als für wirkliche Insufficienz sprechen soll ist ganz unrichtig. In einem wie in dem andern Falle kommt es nur auf die Grösse der Regurgitation an; diese aber wird bei wirklicher Insufficienz mit bedeutender Alteration der Klappen viel beträchtlicher ausfallen, als bei der relativen, wo die Klappen intact bleiben und somit jedenfalls wenigstens den grössten Theil des erweiterten Ostium absperrn.

Bezüglich der Percussion des Herzens beschuldigt mich Hr. F. der Meisterschaft in der Kunst die Angaben Anderer zu verdrehen und zu entstellen, weil ich gesagt habe er suche durch seine Percussionsmethode die absolute Grösse des Herzens direct zu bestimmen. Diesen Vorwurf kann ich mir nur aus dem bekannten psychologischen Phaenomen erklären, dass man stets geneigt ist bei Anderen die Fehler voranzusetzen, deren man sich selbst bewusst ist. Der Percussionsmethode der Wien-Prager Schule gegenüber ist jene der französischen und englischen Schule, der Hr. F. folgt und zu folgen eingesteht, die Methode, welche die absolute Grösse des Herzens direct zu bestimmen trachtet und meine Verstandeskraftreichte reichen nicht aus um zu begreifen wie so hierin irgend eine Entstellung oder Verdrehung liegen soll. Dass Hr. F. bestimmte Theile des

Herzens aus mir unbekanntem aber auch gleichgiltigen Gründen, von dieser directen Bestimmung ausnimmt und sie nur nach links, nach oben und unten hin in Anwendung bringt ändert an der Sache gar nichts, er trachtet ja doch die absolute Grösse des Herzens zu bestimmen, natürlich so *weit er es für möglich hält* und sagt dies ja selbst ganz ausdrücklich. Was aber die Frage über die Vorzüglichkeit der einen oder der andern Percussionsmethode betrifft so habe ich bereits in meinem ersten Aufsätze gesagt und wiederhole es hier, dass ich keine Lust habe mich mit derselben zu befassen. Ich habe meine bestimmten und für mich sufficienten Gründe warum ich die eine der andern vorziehe und zwar nicht bloss am Herzen, sondern da Hr. F. es zu wissen verlangt eben so gut an der Leber, der Milz und allen analog gelagerten Organen. Allein des ist mir im höchsten Grade gleichgiltig, welcher Methode sich Hr. F. oder Andere bedienen. Nur wenn Hr. F. mir in freundlicher Weise ebenfalls die Fähigkeit und die hinreichende technische Uebung zugesteht um die Grenzen des von der Lunge bedeckten Herzens durch die Percussion zu bestimmen so muss ich in aller Bescheidenheit gestehen, dass er mir hier zu viel Ehre erweist. Nein ich besitze diese Fähigkeit leider nicht und kann ihn nur darum beneiden, wenn er sie besitzt oder zu besitzen glaubt.

Ich habe bei dieser Gelegenheit nur *dagegen* protestirt, dass Hr. F. die *Skoda'schen* Bezeichnungen des vollen und leeren, dumpfen und hellen Schalles in einem ganz falschen und gerade entgegengesetzten Sinne braucht. Und was entgegnet Hr. F. hierauf? Zunächst, dass die Schallreihen *Skoda's* von neueren Forschern vielfach angegriffen wurden. Nun gut, dann mag er sie fallen lassen, wenn er will aber nicht die Bezeichnungen beibehalten und ihnen einen ganz andern Sinn unterlegen. Ferner, dass *Conradi* den Ausdruck „Herzdämpfung“ in demselben Sinne gebraucht. Aber ich habe schon erwähnt, dass *Conradi's* Terminologie keinen weiteren Anklang gefunden hat, und dass es keine Entschuldigung ist einen Fehler zu wiederholen, den ein Anderer begangen hat. Endlich, dass daraus keineswegs, wie ich vermuthete Verwirrung hervorgehen könne. Auch hierin muss ich bei meiner Ansicht beharren. Wenn man plötzlich aus blosser Laune das einen dumpfen Schall nennt, was alle anderen als hellen Schall bezeichnen, so gibt dies nicht nur Anlass zur Verwirrung, sondern es ist auch unlogisch wenn man es nicht durch alle analogen Verhältnisse durchführt und dann musste Hr. F. ein für allemal erklären: Ich nenne überall und unter allen Umständen das einen dumpfen Schall was *Skoda* und seine Anhänger einen hellen Schall nennen und natürlich dann auch vice versa.

Schliesslich erklärt mir Hr. F. in der liebenswürdigsten Weise, dass die abgedroschenen Phrasen und Prahlerien mit dem grossartigen Mate-

riale der Prager und Wiener Krankenanstalten heutzutage nicht mehr zu imponiren vermögen. Indess warum ich in Fragen, die wesentlich nur durch Erfahrung und eigene Beobachtung entschieden werden können, nicht das Recht haben sollte mich darauf zu berufen, dass ich um so vieles mehr zu sehen und zu beobachten Gelegenheit hatte als Hr. F., kann ich durchaus nicht einsehen und glaube ich auch nicht, dass hierin eine Prahlerei liegt. Wenn aber Hr. F. seinen Lesern zu verstehen gibt, dass bei ihm die Qualität der Beobachtung hinreichend die mangelnde Quantität compensire und wenn man dabei die in dem Vorhergehenden näher beleuchteten Resultate in Augenschein nimmt, zu denen diese so äusserst sorgfältigen und exacten, wenn auch an Zahl geringen Beobachtungen geführt haben, so möchte ich wohl wissen wie dies etwa zu bezeichnen wäre.

Das Einzige, worin ich mit Hrn. F. übereinstimme, ist die Appellation an das Urtheil des sachverständigen Lesers. Denn wo das Substrat der Beurtheilung so klar vorliegt dürfte wohl jedes weitere Wort überflüssig sein. Ich von meinem Standpunkte aus betrachte daher die Discussion als geschlossen und werde mich auf keine weitere Entgegnung einlassen, da es für mich nicht verlockend ist Hrn. F. auf den von ihm eingeschlagenen Irrwegen sophistischer und unlogischer Argumentation zu folgen.