

11. Yu VL, Chiou CC, Feldman C, Ortvist A, Rello J, Morris AJ et al.: An international prospective study of pneumococcal bacteremia: correlation with in vitro resistance, antibiotics administered, and clinical outcome. *Clin Infect Dis* 2003; 37: 230–7.
12. Ruhe JJ, Hasbun R: Streptococcus pneumoniae bacteremia: duration of previous antibiotic use and association with penicillin resistance. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 1132–8.
13. Ewig S, Ruiz M, Mensa J, Marcos MA, Martinez JA, Arancibia F et al.: Severe community-acquired pneumonia – assessment of severity criteria. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 1102–8.
14. Lonks JR, Garau J, Gomez L, Xercavins M, Ochoa de Echaguen A, Gareen IF et al.: Failure of macrolide antibiotic treatment in patients with bacteremia due to erythromycin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *Clin Infect Dis* 2002; 35: 556–64.
15. Baddour LM, Yu VL, Klugman KP, Feldman C, Ortvist A, Rello J et al.: Combination antibiotic therapy lowers mortality among severely ill patients with pneumococcal bacteremia. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 440–4.
16. Paul M, Benuri-Silbiger I, Soares-Weiser K, Leibovici L: Beta lactam monotherapy versus beta lactam-aminoglycoside combination therapy for sepsis in immunocompetent patients: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2004; 328: 668–73.
17. Safdar N, Handelsman J, Maki DG: Does combination antimicrobial therapy reduce mortality in Gram-negative bacteraemia? A meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 519–27.
18. Chamot E, Boffi El Amari E, Rohner P, Van Delden C: Effectiveness of combination antimicrobial therapy for *Pseudomonas aeruginosa* bacteremia. *Antimicrob Agents Chemother* 2003; 47: 2756–64.
19. Mundy LM, Leet TL, Darst K, Schnitzler MA, Dunagan WC: Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Chest* 2003; 124: 883–9.
20. Annane D, Bellissant E, Cavaillon JM: Septic shock. *Lancet* 2005; 365: 63–78.
21. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, Wong CJ, Vandervoort MK, Feagan BG: A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. *JAMA* 2000; 283: 749–55.
22. Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS et al.: Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. *JAMA* 1998; 279: 1452–7.
23. Ewig S: Therapeutic failure in acquired ambulatory pneumonia. Causes and differential diagnosis. *Pneumologie* 2001; 55: 135–43.
24. Riquelme R, Torres A, El-Ebiary M, Puig de la Bellacasa, Estruch R, Mensa J et al.: Community-acquired pneumonia in the elderly. A multivariate analysis of risk and prognostic factors. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1450–5.

Anschrift für die Verfasser:
Prof. Dr. med. Santiago Ewig
 Thoraxzentrum Ruhrgebiet
 Evangelisches Krankenhaus Herne und
 Augusta-Kranken-Anstalt Bochum
 Bergstraße 26
 44791 Bochum
 E-Mail: ewig@augusta-bochum.de

Weitere Informationen im Internet: www.capnetz.de

MEDIZINGESCHICHTE(N) AUSGEWÄHLT UND KOMMENTIERT VON H. SCHOTT

Hirnpathologie Funktionale Betrachtung

Zitat: „Irgendein Schnitt durch das Großhirn zeigt uns, daß an jeder Rindenstelle Bahnen zu vielen anderen Teilen des Nervensystems und Verbindungsbahnen zu anderen Rindengebieten liegen. Jede Störung da könnte also durch irgendeine Fernwirkung einen ganzen Komplex von Bahnen unterbrechen oder doch beeinflussen.“

Auf diese Fernwirkungen, die er als Hemmung auffasst, hat Monakow [1] frühere Andeutungen von Goltz [2] geistreich durcharbeitend unsere Aufmerksamkeit gelenkt. Der Reiz einer Rindenstelle oder ihre Zerstörung hat eine Wirkung, die sich aufspaltet und weithin verbreitet. Diese ‚Diaschisis‘ ist Ursache, daß die Symptome uns so ausgedehnt erscheinen [. . .].

Es ist also Aufgabe der nächsten Zukunft, durch eine neue Sichtung der vorhandenen ungeheuren Kasuistik zu ermitteln, welche Symptome bei Ausfall eines Rindengebietes direkt, welche durch Fernwirkung erzeugt sind, und da es keine isoliert bleibenden Rindenteile gibt, wird diese Aufgabe auf direktem Weg kaum lösbar sein. Sicher müssen wir, wie vor alten Zeiten, die Rinde, sobald wir sie funktional betrachten, wieder mehr als zusammenhängendes Organ ansehen ohne dabei zu vergessen, daß die Anatomie ganz deutlich zeigt, wie an bestimmten Stellen Strahlungen aus ganz bestimmten Sinnesgebieten enden.“

Ludwig Edinger (1911), in: Gerald Kreft: *Deutsch-jüdische Geschichte und Hirnforschung*. Ludwig Edingers Neurologisches Institut in Frankfurt am Main. Frankfurt am Main 2005, Seite 91 f. – Edinger (1855–1918) arbeitete ab 1883 als Neurologe und Hirnforscher in Frankfurt am Main. 1896 erhielt er den Professorentitel und wurde 1914 persönlicher Ordinarius für Neurologie an der neu gegründeten Universität Frankfurt und offizieller Direktor des (von ihm selbst finanzierten) Neurologischen Instituts. Er wendet sich hier gegen eine allzu strikte Lokalisationslehre von Hirnfunktionen. – [1] Constantin von Monakow (1853–1930), Zürcher Neurologe und Hirnanatom. [2] Friedrich Goltz (1834–1902), Professor für Physiologie ab 1869 in Halle, ab 1872 in Straßburg.

Syphilis Entdeckung des Erregers

Zitat: „Fall 1: A. K., 25jähr. Mädchen, früher nie krank; seit 20.1.1905 harter schmerzloser Knoten am linken großen Labium [1], seit ca. 22.2. Ausschlag und Kopfschmerz.“

Befund am 3.3.1905: Papulo-squamöses Syphilid, allgemeine indolente Drüsenschwellung, gut mandelgroßer Primäraffekt am linken großen Labium und mehrere an der Oberfläche nur wenig erodierte Papeln an den Genitalien.

Es handelt sich demnach um eine etwa 2 1/2 Monate alte unkomplizierte Syphilis. Vor Beginn der merkuriellen Behandlung [2] wurde am 3. 3. 1905 eine linsengroße kaum erodierte Papel vom rechten Labium exziiert. In den Ausstrichen von der Basalfläche und aus der Mitte der Papel fanden sich ziemlich zahlreich Spirochaeten des blassen Typus [3] (etwa in jedem vierten Gesichtsfeld ein Individuum).“

Fritz Schaudinn und Erich Hoffmann: Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochaeten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen [vom 10. April 1905]. In: Erich Hoffmann: *Vorträge und Urkunden zur 25jährigen Wiederkehr der Entdeckung des Syphiliserregers (Spirochaeta pallida)*. Berlin 1930, Seite 41. – Der Zoologe Schaudinn (1871–1906) und der Dermatologe Hoffmann (1868–1959) entdeckten 1905 am Kaiserlichen Gesundheitsamt in Berlin den Syphiliserreger (*Spirochaeta pallida*). Das Zitat weist auf die erste diesbezügliche Krankengeschichte. – [1] Schamlippe. [2] Quecksilberbehandlung vor Einführung des Salvarsan 1910. [3] Gemeint ist der Syphiliserreger *Spirochaeta pallida*.