



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

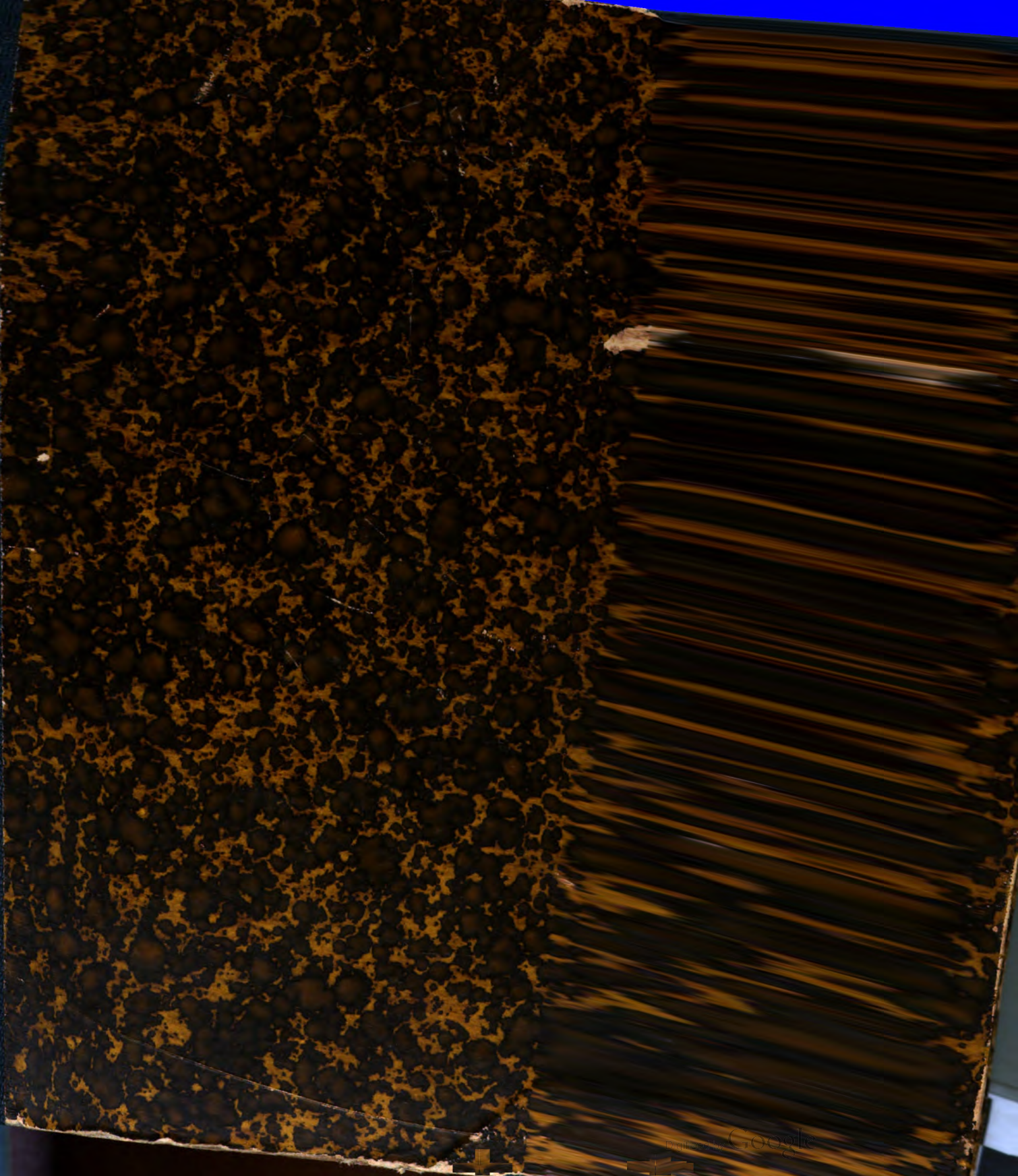
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



2695-



GIFT OF

The Faculty

TO THE

LIBRARY OF THE

MEDICAL DEPARTMENT

OF THE

UNIVERSITY OF CALIFORNIA



Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Göttingen. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1897.

Originalmittheilungen.

- Bähr, F.**, (Hannover). — Wolff's Transformationsgesetz und die Hüter-Volk-mann'sche Drucktheorie. No. 10. p. 276.
— (Hannover). — Zur Technik der Korsettherstellung. No. 21. p. 603.
- v. Barącz, R.**, Dr. (Lemberg). — Zur Ätiologie des Darmverschlusses nach der Resektion und totalen Ausschaltung des Dickdarmes und des Ileocoecum. No. 13. p. 369.
- Bayer, C.**, Prof. Dr. (Prag). — Zur Pneumopexie. No. 2. p. 37.
— Amputatio sub talo. No. 47. p. 1223.
- Beck, C.**, Prof. Dr. (New York). — Eine neue Methode der Hysteropexie. No. 33. p. 881.
- Beyer, J. L.**, Dr. (Dresden). — Silbergaze als Verbandstoff. No. 8. p. 220.
- Bier, A.**, Prof. Dr. (Kiel). — Operationstechnik für tragfähige Amputationsstümpfe. No. 31. p. 833.
- Borchard, Dr.**, Oberarzt (Posen). — Zur Symptomatologie und Therapie der Coxa vara. No. 25. p. 689.
- Braatz, E.**, Dr., Privatdocent (Königsberg). — Über das Offenerhalten von operirten Abscessen durch Drahhaken. No. 16. p. 461.
- Braun, Dr.**, Privatdocent (Leipzig). — Über Infiltrationsanästhesie und regionäre Cocainanästhesie. No. 17. p. 481.
— **H.**, Prof. (Göttingen). — Ein Fall von innerer Einklemmung nach Darmresektion mit Enteroanastomose. No. 8. p. 223.
— Über den Verschluss eines perforirten Magengeschwürs durch Netz. No. 27. p. 739.
- Briese, Dr.**, Assistenzarzt. — Ein seltener Fall von Fraktur der Tibia. No. 22. p. 633.
- Brunner, F.**, Dr., Chefarzt (Zürich). — Ein Fall von Hernia ventriculi inguinalis incarcerata. No. 34. p. 919.
- Büdinger, K.**, Dr., Privatdocent (Wien). — Zur Methodik der Nephropexie. No. 12. p. 355.
- v. Cačković, M.**, Dr. (Agram). — Ein Fall von postoperativem Tetanus. No. 26. p. 728.
- Cahen, F.**, Dr. (Köln). — Osteoplastische Freilegung der Augenhöhle zur Resektion des I. Trigeminusastes. No. 27. p. 737.
- Catterina, A.**, Prof. Dr. (Camerino). — Die Resektion des Handgelenkes nach meiner eigenen Methode. No. 4. p. 89.
- Cramer, K.**, Dr., Assistenzarzt (Köln). — Eine operative Behandlungsweise der hydronephrotischen Wanderniere. No. 21. p. 585.
- Credé, Hofrath Dr.** (Dresden). — Itröl (Arg. citr.) als Antisepticum. No. 8. p. 217.
- Eix, O.**, Dr. (Hildesheim). — Ileus in Folge von Hernia obturatoria incarcerata. Primäre Darmresektion nach Ullmann. Heilung. No. 43. p. 1131.
- Ewald, C.**, Dr. — Streifschuss des Herzens mit tödlichem Ausgang nach vier Wochen. No. 11. p. 328.

- Franke, F., Dr.** (Braunschweig). — Die Amputatio colli femoris als Ersatz der Exarticulatio coxae. No. 45. p. 1169.
- Freundenberg, A., Dr.** (Berlin). — Ein modificirter Bottini'scher Incisor. No. 29. p. 788.
- Gigli, L., Dr.** (Florenz). — Zur praktischen Verwerthung der Drahtsäge. No. 29. p. 785.
- Greiffenhagen, W., Dr.** (Reval). — Zur Technik der Splenopexis und Ätiologie der Wandermilz. No. 5. p. 124.
- v. Hacker, Prof.** (Innsbruck). — Exstirpation der kompletten seitlichen Halsfistel mittels Exaktion des oberen Stranges von der Mundhöhle aus. No. 41. p. 1073.
- Hansy, F., Dr.** (Baden bei Wien). — Zur Behandlung von Kieferfrakturen. No. 40. p. 1049.
- Hirschberg, M.** (Frankfurt a/M.). — Über die primäre Vereinigung breiter Wundflächen. No. 52. p. 1329.
- Honigsmann, F., Dr.** (Breslau). — Zur Lokalanästhesie. No. 51. p. 1305.
- Jonnesco, Th., Prof. Dr.** (Bukarest). — Totale und beiderseitige Resektion des N. sympathicus cervicalis Behufs Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie. No. 2. p. 33.
- Ein neues Verfahren der lumbalen Nephropexie. — No. 30. p. 809.
- Ein neues Verfahren der Radikalbehandlung der Leistenhernien. No. 12. p. 337.
- Juvara, E., Dr.** (Bukarest). — Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung. No. 20. p. 569.
- Kajser, F., Dr.** (Sundsvall). — Ein Fall von Implantation des Ureters in die Blase. No. 47. p. 1221.
- Kirsch, E., Dr.** (Stuttgart). — Hallux malleus (varus). No. 13. p. 390.
- Klemm, P., Dr.** (Riga). — Aseptische Operationskissen. No. 44. p. 1145.
- Ein Fall von Schussverletzung der A. et V. poplitea. No. 45. p. 1141.
- Koch, C. F. A., Prof.** (Groningen). — Eine modificirte Trendelenburg'sche Blasenspaltenoperation. No. 36. p. 953.
- Kocher, Prof.** (Bern). — Resultate der Hernien-Radikaloperation. No. 19. p. 529.
- Kofmann, S.** (Odessa). — Drainrohr als Trachealkanüle. No. 14. p. 415.
- Eine Modifikation der Pirogoff'schen Fußamputation im Sinne der konservativen Chirurgie, vorgeschlagen von Dr. Jusephowitsch. No. 23. p. 641.
- Kolb, K., Dr.** (Chefarzt (Darmstadt)). — Eine Struma exstirpation in Hypnose. No. 25. p. 701.
- Kölliker, Th., Prof.** (Leipzig). — Beitrag zur Differentialdiagnose von Gallensteinileus und Appendicitis. No. 42. p. 1112.
- Küster, Prof. Dr.** (Marburg). — Zur osteoplastischen Exartikulation der Fußwurzel. No. 28. p. 761.
- v. Langsdorff, (Baden-Baden).** — Zur Behandlung des chronischen Unterschenkelgeschwürs. No. 46. p. 1193.
- Lanz, O., Dr.** (Docent (Bern)). — Osteoplastische Unterschenkelamputationen. No. 48. p. 1233.
- Lauenstein, C., Dr.** (Oberarzt (Hamburg)). — Erfolgreiche Operation einer Speichelfistel in Folge querer Durchtrennung des Ductus Stenonianus in der Pars masseterica. No. 15. p. 446.
- Die präventive, temporäre Tamponade bei Operationen an den Hohlorganen des Unterleibes. No. 24. p. 665.
- Behandlung der Frakturen des Unterkiefers. No. 24. p. 667.
- Lennander, K. G., Prof. Dr.** (Upsala). — Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie. No. 22. p. 617.
- Loewy, H.** (Berlin). — Nabelbruchband mit regulirbarer Glycerindruckpelotte; Leistenbruchband mit regulirbarer Cylinderdruckpelotte. No. 9. p. 263.
- Majewski, B., Dr.** (Przemysl). — Zur Wundbehandlung. No. 14. p. 401.
- Meyer, C., Dr.** (Zürich). — Zur antiseptischen Kraft der Cr e d é'schen Silbersalze. No. 3. p. 60.

- Mikulicz, J.** (Breslau). — Das Operiren in sterilisirten Zwirnhandschuhen und mit Mundbinde. No. 26. p. 713.
- Mühsam, R.**, Dr., Assistent (Moabit-Berlin). — Osteoperiostitis eines Metatarsalknochens nach Typhus bei einem 5jährigen Kinde. No. 35. p. 939.
- Neugebauer, F.**, Dr., Primärarzt (Mährisch-Ostrau). — Zur osteoplastischen Behandlung der angeborenen Encephalocele. No. 46. p. 1203.
- Nicoladoni, C.**, Prof. Dr. (Graz). — Zur Naht bei Resectio recti. No. 35. p. 929.
- Niehans, P.**, Dr., Chefarzt (Bern). — Zur Technik der Arthrotomie, Arthrektomie und Resektion am Kniegelenk. No. 16. p. 457.
- v. Nissen, Dr.** (Wiesbaden). — Über Pflanzenfaserseife (»Ubrigin«). Ein Beitrag zur Desinfektion der operirenden Hände. No. 16. p. 470.
- Obaliński, A.**, Prof. Dr. (Krakau). — Zur Technik der Schädeltrepanation. No. 32. p. 857.
- Ein rationelles Verfahren bei lumbaler Nephropexie. No. 37. p. 977.
- Orlandi, E.**, Dr. (Turin). — Gelegentlich eines Artikels »Über Eiterung durch keimfreies Katgut« von Prof. Dr. P. Poppert. No. 6. p. 153.
- Perthes, G.**, Dr., I. Assistent (Leipzig). — Operationshandschuhe. No. 26. p. 717.
- de Quervain, F.**, Dr. (Chaux-de-Fonds). — Über Fremdkörpertuberkulose des Peritoneums bei unilokulärem Echinococcus. No. 1. p. 1.
- Riedinger, J.**, Dr. (Würzburg). — Anbildung und Schwund oder Erhaltung der Substanz und der Funktion? No. 10. p. 273.
- Die Mechanik des Fußgewölbes als Grundlage der Lehre von den Fußdeformitäten. No. 15. p. 434.
- Roesing, Dr.** (Hamburg). — Zur Nephropexie. No. 37. p. 978.
- Schanz, A.**, Dr. (Dresden). — Zur Messung von Skoliosen. No. 38. p. 1001.
- Schröter, P.**, Dr. (Pabianice). — Einige Worte zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen. No. 13. p. 373.
- Schürmayer, B.**, Dr. (Hannover). — Luxation der Strecksehne des Mittelfingers. No. 31. p. 846.
- Seldowitsch, J.**, Dr. (Petersburg). — Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae, Entstehung eines Myxödems nach Entfernung derselben. No. 17. p. 499.
- Settegast, Dr.** (Berlin). — Ein Apparat für Gewichtsextension. No. 31. p. 845.
- Sprengel, Prof. Dr.** (Braunschweig). — Jodoform-Kalomel in der Behandlung von Höhlenwunden. No. 5. p. 121.
- Stern, C.**, Dr. (Düsseldorf). — Ersatz einer exartikulirten Phalanx durch Osteoplastik. No. 6. p. 178.
- Sternberg, J.**, Dr. (Wien). — Über den Rectovaginalschnitt bei Mastdarmoperationen. No. 11. p. 305.
- Stendel, H.**, Dr. (Hannover). — Zur Mechanik des Fußgewölbes. No. 50. p. 1281.
- Trapp, Dr.** (Greifswald). — Ein Fall von Kopftetanus, geheilt unter Behandlung mit Antitoxin Tizzoni. No. 4. p. 110.
- Turner, H.**, Prof. (Petersburg). — Über eine technische Vereinfachung in der Herstellung von Gips-Hanfshienen. No. 21. p. 602.
- Vulpinus, O.**, Dr. Privatdocent (Heidelberg). — Zur Technik der Korsettherstellung. No. 25. p. 700.
- Zum Redressement des Gibbus. No. 49. p. 1257.
- Walter, G. Th.** (sGravenhage). — Hydroparasalpinx in einer Hernia inguinalis externa. No. 28. p. 771.
- Wildt A.**, Dr. (Köln). — Ersatz des harten Gaumens nach Oberkieferresektion durch Drehung der Nasenscheidewand. No. 18. p. 505.
- Wolff, O.**, Dr., Assistenzarzt (Köln). — Ein Operationsverfahren bei ausgedehnter Beckencaries nach Coxitis. Exartikulation des Oberschenkels mit der zugehörigen Beckenhälfte. No. 7. p. 185.
- v. Zajontschkowski, A.**, Dr. (Warschau). — Bakteriologische Untersuchungen über die Silbergaze nach Dr. B. Credé. No. 3. p. 57.
- Zehnder, Dr.** (Passau). — Über Schenkelhalsverbiegung. No. 9. p. 241.
- Zoege von Manteuffel, W.** (Dorpat). — Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis. No. 20. p. 553.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 28, welche den Bericht über den XXVI. deutschen Chirurgen-Kongress enthält.)

- A badié** 205 (Basedow'sche Krankheit).
Abbe 113 (Neuralgie der Rückenmarksnerven).
Abbot 578 (Antistreptokokkenserum).
Ackermann 647 (Perforirendes Magengeschwür).
Adenot 205 (Lufttröhrenfreilegung bei Schilddrüsenkrebs).
Afanasjew 859 (Infektion durch Granulationsgewebe).
Ahlenstiel 382 (Lebergeschwülste).
Ahlfeld 68 (Spiritusdesinfektion).
 — 590 (Desinfektion d. Hände).
Aievoli 671 (Panaritium).
 — 849 (Hygroma proliferans).
Alapy 1150 (Kathetersterilisation).
Albarran 208 (Nierenoperationen).
 — 973 (Nierentuberkulose).
 — 1037 (Katheterismus d. Ureteren).
 — 1163 (Nierenadenom).
Albert 312 (Specielle Chirurgie).
Alessandri 492 (Gewebeinpflanzung).
Alexander 596 (Nasenpolypen).
 — 1208 (Hermaphroditismus).
Allen 1246 (Narkose).
Allina 967 (Prostatahypertrophie).
Alsberg 213 (Darminvagination).
 — 472 (Magenkrebs).
 — 1130 (Angeborene Hüftverrenkung).
Alt 875 (Ohrleiden).
Altermatt 1068 (Skalpirung).
Åman 1079 (Gonorrhoeische Allgemeininfektion).
Ameisen 1166 (Incarceration d. Penis).
Anders 77 (Filzzubereitung).
Anderson 609 (Gesichtsplastik).
Andry 150 Tuberkulose, Elephantiasis, Ekzem).
D'Angerio 290 (Schilddrüse).
d'Anna 342 (Abhäutung d. Blutgefäße).
 — 1149 (Sublimat- und Chinininjektionen).
Anthony 1020 (Kreolinvergiftung).
Aquila 902 (Tripperinfektion).
D'Arcy Power 299 (Cystisches Lymphangiom).
 — 943 (Ptyalismus n. Trauma).
Ardouin 450 (Spina bifida).
Arloing 166 (Serumbehandlung).
Arnold 952 (Brustdrüsengeschwulst).
Aronson 165 (Antistreptokokkenserum).
Van Arsdale 27 Trepanation).
Arslan 903 (Syphilis).
Arulliani 985 (Ischias).
Asam 1090 (Serumtherapie d. Tetanus).
Ashoff 84 (Einklemmung in inneren Bauchfelltaschen).
 — 1051 (Bäderkuren).
Askanazy 704 (Darminhalt in der Bauchhöhle).
Assaky 48 Jodehinin bei Syphilis).
 — 734 (Blasen-Scheidenfistel).
Åtman 534 (Gonococcus).
Auban 1276 (Brustwunden).
Audain 1185 (Traumatisches Fibrom).
Audry 694 (Lupus d. Schleimhäute).
Auvray 73, 381 (Leberverletzungen).
 — 914 (Leberresektion).
 — 1291 (Wanderleber).
Azam 1158 (Defekt d. Mm. pectorales).
d'Azincourt 1278 (Pneumotomie).
Babacci 316 (Äther u. Chloroform).
Babes 248 (Tuberkelbacillenwirkung).
 — 900 (Darmsarkom).
Baccelli 1300 (Blutcyste d. Milz).
Baduel 1059 (Hämorrhagische Infektionen).
Bähr 981 (Transformationsgesetz).
 — 983 (Statische Beziehungen zwischen Becken und unterer Extremität).
 — 1096 (Berichtigung).
 — F. 176 (Radiusbruch).
 — 276* (Wolff's Transformationsgesetz und die Hüter-Volkmann'sche Drucktheorie).
 — 603* (Korsettherstellung).
 — 851 (Daumenverletzung).

- Ballance** 578 (Antistreptokokken-serum).
Balzer 535 (Phagedänischer Schanker).
Bamberger 398 (Missbildungen).
Bandler 1319 (Diabetes insipidus und Lues).
Bandter 396 (Narkose u. Leber).
Bantock 1289 (Bauchschnitt).
Banzet 1155 (Tuberkulöse Cystitis).
v. Barącz, R. 369* (Darmverschluss nach Resektion u. totaler Ausschaltung d. Dickdarmes u. d. Ileocoecum).
 — 400 (Resektion d. Hals-sympathicus).
Barbacci 816 (Perforationsperitonitis).
v. Bardeleben 1098 (Anatomie-Handbuch).
Bardenheuer 132 (Exarticulatio femoris im Sacroiliacalgelenk).
Barlow 1322 (Cystoskopie).
Barnick 1341 (Öhrblutungen b. Schädel-basisbrüchen).
Barozzi 1088 (Herpes d. Mundhöhle).
Barsis 550 (Bicepsriss).
Barth 886 (Knochenreplantation).
 — 1191 (Schnellendes Knie).
Bartha 998 (Aneurysma d. A. poplitea).
Barthe 1284 (Sterilisation).
Bartoloni 1212 (Schädel- und Hirn-verletzungen).
Bastianelli 733 (Gynäkologische Operationen).
Baumann 21 (Schilddrüse).
Bäumer 695 (Urticaria simplex et pigmentosa).
Baumgärtner 365 (Kieferankylose).
Baur 1296 (Bauchverletzungen).
Baurowicz 1273 (Laryngo-rhinologische Beobachtungen; Blutende Polypen der Nasenscheidewand).
Bawli 28 (Syringomyelie u. Unfall).
Bayer, C. 37* (Pneumopexie).
 — 348 (Trepanation).
 — 431 (Hodenanomalien).
 — 752 (Kolostomie).
 — 1223* (Amputatio sub talo).
Bazin 1294 (Wundkassuistik).
Bazy 519 (Hoher Blasenschnitt).
 — 521 (Pyelonephritis).
 — 800 (Prostatahypertrophie).
 — 808 (Hydronephrose).
 — 872 (Tetanus).
 — 972 (Ureteropyeloneostomie).
 — 975 (Blasen-Scheidenfistel).
Beach 85 (Verkalktes Meckel'sches Divertikel).
Beaver 335 (Anastomosennknopf).
Bebi 316 (Äther u. Chloroform).
Beck 197 (Subphrenische Abscesse).
 — 377 (Appendicitis).
 — 539 (Molluscum contagiosum).
 — 768 (Pyothorax).
 — 779 (Brustkrebs).
 — 881* (Hysteropexie).
 — 1116 (Gallensteinkrankheit).
 — 1321 (Prostatahypertrophie).
Behrend 151 (Pemphigus).
Belfanti 1334 (Antistreptokokken-serum).
Bellissent 562 (Osteomyelitis).
Benda 51 (Syphilophobie).
 — 356 (Einklemmungspräparate).
Benissowitsch 1230 (Dickdarmkrebs).
 — 1275 (Kehlkopfexstirpation).
Bennecke 15 (Trippergelenke).
Benzler 963 (Hodenentzündung).
Bérard 197 (Blinddarmbruch).
Berchoud 612 (Aneurysma d. Carotis).
Bereskin, Th. J. 42 (Krebsbehandlung).
Berger 209 (Hernien der Labien).
 — 301 (Speiseröhrenbruch).
 — 584 (Pseudarthrose d. Oberarmes).
 — 610 (Unterkieferosteom).
 — 877 (Hasenscharte).
 — 975 (Blasen-Scheidenfistel).
 — 995 (Schulterverrenkung).
 — 1201 (Gaumensegelgeschwülste).
Berger-Steiner 650 (Unterleibsbrüche).
Bergh 1016 (Weibliche Genitalien).
v. Bergmann 314 (Operationskurs).
 — 345 (Lepra).
 — 759 (Zwerchfellbruch).
 — 874 (Traumatische Cephalhydrocele).
 — 1044 (Gehirnchirurgie bei Tumor cerebri).
 — 1300 (Netzkystom).
Berkhan 1225 (Speiseröhrendivertikel).
Berkhoff 287 (Wirbelbrüche).
Berliner 580 (Morbus Basedowi und Alopecie).
Bernard 344 (Lupus).
Berndt 367 (Basedow'sche Krankheit).
Bernhardt 1345 (Pachydermie bei Gesichtsserysipel).
Betcke 1071 (Durchschneidung des N. medianus).
Beyer 220*, 455 (Silbergaze-Verbandstoff).
 — 497 (Aortenaneurysma).
Bezuchinski 23 (Bettnässen).
Bieber 396 (Gastroenterostomie).
Bieganski 266 (Behandlung von chirurgischen Hirnkrankheiten).
Bielsing 805 (Diphtherie mit Behring's Heilserum).
Bier, A. 833* (Amputationsstümpfe).
 — 1078 (Hyperämie-Heilwirkung).
Biggs 1029 (Diphtheriebacillen).
Binda 763 (Osteomyelitis).
Binder 365 (Zungenkrebs).
Binnie 711 (Gallenblasenoperationen).
Biondi 502 (Bericht).
Bircher 1052 (Handfeuerwaffen).
Bloch 902 (Syphilis).
 — 1038, 1162 (Nierenresektion).
 — 1186 (Torticollis).
Bloodgood 238 (Blasendrainage).
Boari 1114 (Leberaktinomykose).
Bobroff 70 (Appendicitis).
 — 1115 (Alveolärer Leberechinococcus).
Bocasso 610 (Rankenneurom des N. hypoglossus).

- Bode** 1058 (Hersverletzungen).
Boehr 684 (Invalidität durch Chloroformnarkose).
Boeninghaus 593 (Meningitis serosa).
 — 880 (Choanenverlagerung).
 — 931 (Resektion der Kieferhöhlenwand).
Boettiger 1135 (Trigeminusneuralgie).
Bogatsch 992 (Unfallsfolgen).
Boginski 1174 (Bakterien in Wunden).
Bogoras 780 (Ahre in den Luftwegen).
Bois 1328 (Bauchschnitt).
Bollinger 315 (Atlas der pathol. Anatomie).
Boltz, R. 45 (Blennorrhoebehandlung).
Bongartz 887 (Amyloform und Dextroform).
La Bonnardière 513 (Angeborene spastische Gliederstarre).
 — 1180 (Fußamputation).
Bonnier, P. 56 (Schwerhörigkeit bei Genitalstörungen).
Boppe 1164 (Fremdkörper in d. Blase).
 — 1212 (Hirnabscesse).
 — 1294 (Wundkasuistik).
Borchard 190 (Endarteriitis obliterans).
 — 689* (Symptomatologie u. Therapie der Coxa vara).
Borelius 125 (Prostatahypertrophie).
Borman 1274 (Blutcyten des Halses).
Born 1099 (Verwachungsversuche mit Amphibienlarven).
Börner 212 (Gastroenterostomie).
Borsuk 608 (Blutextravasat im Gehirn).
Botesco 922 (Zwerchfellbruch).
Botey 777 (Entzündung d. Stirnhöhlen).
 — 1342 (Schiefstand der Nasenscheidewand).
Bottini 630, 1037 (Prostatahypertrophie).
 — 937 (Chirurgie des Halses).
Bosc 466 (Salzlösungsinfusion).
Bosse 628 (Harnröhrenkrebs).
Bouchard 616 (Pleuritis).
Bouilly 203 (Uterusvorfälle).
Bourdette 1280 (Zungenbeweglichkeit).
Bovée 961 (Harnleiteranastomose).
Boyd 1067 (Instrumentenbehandlung).
Bozzi 818 (Plastik der Cardia).
Braatz, E. 461* (Operirte Abscesse, offen gehalten durch Drahtaken).
 — 528 (Verbesserte Messergriffe).
 — 987 (Fußbekleidung).
 — 1040 (Wundentherapie).
 — 1334 (Anästhesie).
v. Brackel 80 (Oesophagotomia ext.).
Bradford 107 (Ambulatorische Behandlung der Knochenbrüche).
Bramwell 336 (Lebersarkom).
Brasch 354 (Syringomyelie u. Trauma).
Brauer 903 (Syphilis).
Braun 47 (Lumbalpunktion).
 — 223* (Innere Einklemmung nach Darmresektion mit Enteroanastomose).
 — 481* (Infiltrationsanästhesie u. regionale Cocainanästhesie).
Braun 739* (Verschluss eines perforirten Magengeschwürs durch Netz).
 — 1136 (Myogene Kieferklemme).
Bräuninger 974 (Nierenchirurgie).
Brazis 952 (Lymphangiome der Brustwand).
Brenner 706 (Magenchirurgie).
Brentano 821 (Hernia retroperitonealis anterior sinistra).
Bret 663 (Leberechinococcus).
Breult 988 (Phagedänisches Tropengeschwür).
Brieger 360 (Lepra).
Briese 633* (Tibiafraktur).
Brindel 611 (Adenoide Vegetationen).
 — 614 (Kehildeckelcyste).
Bristow 1191 (Kniescheibendefekt).
Broca 448 (Otitis).
 — 872, 1090 (Tetanus).
 — 1190 (Hüftverrenkung).
 — 1214 (Hirngeschwulst).
Brocq, L. 52 (Dermatologie).
Brosch 708 (Vielfache krebsige Darmverengerungen).
Brown 771 (Nierentuberkulose).
Bruck 444 (Ozaena).
Brun 998 (Kniescheibenverrenkung).
v. Brunn 1336 (Hautanatomie).
Brunner 265 (Serumbehandlung bosartiger Geschwülste).
 — 919* (Hernia ventriculi inguinalis incarcerata).
Brünninger 681 (Jahresbericht).
Bruns 697 (Trichorrhexis nodosa).
 — 765 (Airolpaste).
 — 843 (Osteoplastische Fußresektion).
 — 1069 (Mundperr).
de Buck 1280 (Basedow).
Büdinge 355* (Nephropexie).
Bufnoir 837 (Wachstumsstörungen).
Bujwid 967 (Diphtheriebacillen im Harnsediment).
Bukovsky 897 (Bubonen).
Bum 105 (Massage u. Heilgymnastik).
Bunce 1069 (Gehirnschussverletzung).
Bunge 627 (Smegma-u. Tuberkelbacillen).
v. Büngner 9 (Neurofibrome).
Burci 818 (Darmnaht).
Burgsdorf 1320 (Psoriasis auf Syphilisnarben).
Burrage 1328 (Scheidenplastik).
Buscarlet 1091 (Multiple Abscesse bei Grippe).
Buschke 79 (Rotz).
 — 146 (Schankerububonen).
Bushnell 1033 (Lungenabscesse).
Bussenius 776 (Maul-u. Klauenseuche).
Byford 333 (Mastdarmexstirpation per vaginam).
Cabannes 452 (Kropf).
Cabot 1313 (Prostatahypertrophie).
v. Cačković, M. 725* (Postoperativer Tetanus).
 — 1166 (Prostatahypertrophie).

- Cahen 737* (Osteoplastische Freilegung der Augenhöhle sur Resektion des I. Trigeminusastes).
 Caillet 1296 (Bauchverletzungen).
 Calinescu 949 (Pleuritis).
 Calot 354, 613 (Pott'scher Buckel).
 — 1042 (Skoliosen, Malum Potti).
 Calzavara 240 (Gebärmutterkrebs).
 De la Camp 806 (Krebs).
 Campana 1084 (Tuberkulin b. Lupus).
 Campanini 683 (Jodkali gegen Tuberkulose).
 — 1219 (Ausschaltung v. Darmstrecken).
 Campbell 1328 (Bauchschnitt).
 Car 1320 (Fliegenlarve i. d. Harnröhre).
 Carbone 1280 (Exstirpation d. Thymusdrüse).
 — 1334 (Antistreptokokkenserum).
 Caro 1207 (Verletzungen; Rhabdomyoma dorsi-Präparate).
 Cartaz 944 (Gaumensegelabscess).
 Casati 568 (Gritti'sche Operation).
 — 854 (Kniescheibenverrenkung).
 — 1211 (Hirnschirurgie).
 Caspary 141 (Tertiäre Syphilis).
 Casper 889 (Gonorrhoe).
 — 1010 (Prostata).
 Casse 754 (Lähmung nach Chloroformirung).
 Casteret 1188 (Defekt der Mm. pectorales).
 Castex 204 (Nasenchirurgie).
 — 937 (Kehlkopftuberkulose).
 Catterina 89* (Resektion des Handgelenkes).
 Caussade 1225 (Magengeschwüre).
 Cavandoli 1185 (Tetanusbehandlung).
 Cazin 323 (Radikaloperation von Brüchen).
 — 1042 (Inguinalhernie, Radikalbehandlung).
 Chalot 233 (Uterusexstirpation).
 — 299 (Aneur. cirsoides d. Kopfes).
 — 1127 (Colostomie).
 — 1128 (Mastdarmexstirpation).
 v. Chamisso 1261 (Zungenkropf).
 Chaput 176 (Amputationstechnik).
 — 664 (Chirurgie der Gallenwege).
 — 1143 (Mastdarmoperationen).
 — 1168 (Darm-Scheidenfisteln).
 — 1229 (Darmkompressorium).
 Chatelain 183 (Krampfaderntherapie).
 Chauvillos 800 (Prostatahypertrophie).
 Chevassu 996 (Handrückenfibrom).
 Cheyne, W. 40 (Krebsbehandlung).
 Chiari 168 (Angiome d. Stimmbänder).
 — 182 (Kehlkopffibrom).
 Chipault 205 (Apophysäre Ligaturen).
 — 361 (Operationen bei Gehirnaffektionen).
 — 935 (Spondylitis).
 — 991 (Schleimbeutel- und Sehnen-scheidenerkrankungen).
 — 1195 (Hirngeschwülste).
 — 1216 (Wurzelnuralgie).
 Chirat 661 (Akute Darminvagination).
 Christ 681 (Jahresbericht).
 Chupin 1294 (Wundkasuistik).
 Cicognani 766 (Silberantiseptis).
 Ciechomski 300 (Speiseröhrenstriktur; Magenfistel).
 Cipriani 839 (Radiusbruch).
 Ciuti 829 (Anastomosennknopf).
 Classen 466 (Glutol u. Amyloform).
 Cohn 318 (Perityphlitis).
 — 449 (Pulsirender Exophthalmus).
 Cole 1227 (Appendicitis).
 Coley 673 (Serum bei bösartigen Geschwülsten).
 — 1142 (Radikaloperation d. Leistenbrüche).
 Colin 967 (Prostatahypertrophie).
 Colle 210 (Brucheinklemmung).
 Collis 583 (Akromegalie).
 Colombini 582 (Xanthom).
 Combe 204 (Kieferhöhlenentzündung).
 Comby 1086 (Toxische Parotitis).
 Commandeur 301 (Armmisbildung).
 Compaird 1349 (Ozaena).
 Condamin 332 (Bauchfelltuberkulose).
 Conitzer 524 (Prostatahypertrophie).
 Corazza 548 (Krankenberichte).
 Cornet 853 (Hüftresektion).
 Cornil 341 (Hämatome).
 Cornillon 359 (Trauma u. Gicht).
 — 915 (Gallensteine).
 Coronat 984 (Oberschenkel-exartikulation).
 Corson 1064 (Radiusbrüche).
 McCosh 923 (Magengeschwür).
 Costa 252 (Lokalanästhesie).
 Coste 725 (Verletzungen d. Unterextremitäten).
 Couillaud 1082 (Acanthosis nigricans).
 Coulhon 547 (Kniescheibenbruch).
 Courmont 166 (Serumbehandlung).
 Courtade 1350 (Gaumensegelgeschwulst).
 Courtillier 1067 (Klumpfuß).
 Courtin 1254 (Osteosarkom d. Schlüsselbeins).
 Cousin 583 (Schulterblattexstirpation).
 Cousins 854 (Knierektion).
 Coutts 47 (Syphilis der Kinder).
 Cramer 585* (Wanderniere).
 — 1140 (Knochenspaltungen).
 — 1348 (Augenhöhlenverletzung).
 Credé 217* (Itrol [Arg. citr.] als Antisepticum).
 — 1041 (Silberwundbehandlung).
 — 1057 (Wundbehandlung im Kriege).
 Cripps 72 (Gastro- u. Enterostomie).
 Crivelli 117 (Exostose d. Fossa iliaca ext.).
 Cumston 896 (Syphilis).
 Curchod 612 (Spina bifida).
 Czaplinski 1213 (Hirnabscesse).
 Czempin 1244 (Narkose).
 Czerny 871 (Karbonangrän).
 — 1035 (Ösophagus-, Pylorus- und Rectumoperationen).

- Czerny 1164 (Blasendivertikel).
 Czwiklitz 289 (Bösartige Kehlkopfgeschwülste).
 Dagron 446 (Schlüsselbeinbrüche).
 Dahlgren 363 (Thrombose im Sinus transversus).
 Damany 131 (Verbrennungen).
 Dana 11 (Kraniotomie).
 Danziger 767 (Perichondritis d. Nasenscheidewand).
 Darey 1320 (Krämpfe nach Vorhautverwachsungen).
 Darier 957 (Pseudoxanthom).
 Dasara 804 (Tuberkulose und Serotherapie).
 — 970 (Hoher Blasenschnitt).
 David 442 (Replantation trepanirter Knochenstücke).
 — 571 (Schädeloperationen).
 Davis 1055 (Schussverletzungen).
 Dayot fils 527 (Hydronephrose).
 Debains 970 (Pericystitis).
 Decoud 500 (Chirurgie).
 Delagénière 233 (Beckeneiterung).
 — 235 (Gebärmuttermyome).
 — 302 (Ischias).
 — 545 (Coxitis).
 Delanglade 849 (Kinderlähmung).
 Delatour 1069 (Fremdkörper in der Speiseröhre).
 Delbanco 1012 (Cystitis).
 Delbet 67 (Chirurgie).
 — 384 (Echinokokken des Bauches).
 — 906 (Appendicitis).
 — 1000 (Hallux valgus).
 — 1012 (Pyelitis u. Hämorrhagien).
 — 1120 (Cholecystoduodenostomie).
 — 1166 (Harnröhrenstriktur).
 Delelienne 755 (Schädelschuss).
 Delie 55 (Papillome im Rachen und Kehlkopf).
 Delorme 206 (Empyemoperation).
 — 1157 (Gelenkentzündung).
 — 1189 (Hüftverrenkung).
 — 1227 (Traumatische Zerreißung des Wurmfortsatzes).
 Demars 911 (Radikaloperation von Hernien).
 Demel 1350 (Retropharyngealfistel).
 Demosthen 949 (Pleuritis).
 Denissenko 43 (Krebsbehandlung).
 Denker 28 (Sinusphlebitis).
 Le Dentu 67 (Chirurgie).
 — 204 (Leukokeratose).
 — 353 (Leukoplasie u. Epitheliom).
 — 758 (Magenperforation).
 — 1019 (Perityphlitis).
 — 1037 (Elephantiasis des Hodens).
 — 1041 (Antiseptica).
 Diakonow 683 (Anatomische Zeichnungen mittels Röntgen).
 — 1162 (Nierenchirurgie).
 Deroque 828 (Anastomosenknopf).
 Deschin 1351 (Kieferplastik).
 Desnos 208 (Prostatakrebs).
 Deutsch 1312 (Bubonen).
 Djemil Pascha 616 (Pyopneumothorax).
 — 1034 Sarkom des Netzes und des Colon transversum.
 Dipper 578 Infiltrationsanästhesie).
 Dirhart 1155 (Hysterectomy abdominalis).
 Dittmer 301 Knochenbrüche.
 Dix 803 (Nosophen).
 Dock 1298 Magenkrebs).
 Dohi 582 (Rhinophyma).
 Dolega 1044 Skoliosen).
 Dollinger 945 (Lymphdrüsenexstirpation).
 Donnadieu 429 (Blasensteine).
 Donogány 792 (Nachweis von Blut im Harn).
 Dörfler 703 Penetrierende Bauchwunden).
 Dornblüth 1003 (Kochbuch).
 Dowd 116 (Spalthand).
 Doyen 206 (Magenchirurgie).
 — 231 (Beckeneiterung).
 — 233 (Retrodeviationen der Gebärmutter).
 — 235 (Abdominale Hysterektomie).
 — 1110 Perityphlitis).
 — 1123 (Pyloruskrampf).
 Drehmann 387 (Hüftverrenkungen).
 Dreysel 130 (Leukoderma syphiliticum).
 — 582 (Lichen ruber).
 Driessen 1211 (Schädel- und Hirnverletzungen).
 Drouard 386 (Verrenkung des N. cub.).
 Dubreuilh 344 (Lupus).
 Dubujadoux 535 (Schankerbubo).
 Dührssen 129 (Vaginale Laparotomie).
 Duke 803 (Nosophen).
 Dukeman 781 (Urethrotomia interna).
 Dumesnil 137 (Herpes zoster).
 Düma 115 Herzstörungen nach Kontusionen der Brustwand; Mastitis interstitialis).
 — 986 (Kniegelenksergüsse).
 Dumstrey 115 (Unfallkranke, Röntgen-Untersuchung).
 — 980 (Skiaskopie).
 — 1251 (Röntgenstrahlen).
 Dundore 803 (Nosophen u. Antinosin).
 v. Dungen 1116 (Cholecystitis typhosa).
 Dünge 137 (Ekzem).
 Duplay 323 (Radikaloperation von Brüchen).
 — 1042 (Radikalbehandlung von Inguinalhernie).
 — 1066 (Talgie).
 Dupont 755 (Schädelschuss).
 Dupraz 1314 (Prostata Sarkom).
 Durand 228 (Blasenschnitt).
 — 1178 (Subperiostale Hüftexartikulation).
 Duret 1161 (Nierensteine).
 v. Düring 133 (Polymorphe Exantheme).
 Dutkiewicz 1230 (Mastdarmschuss).

- Dzierzawski** 261 (Eukaïn in d. Zahnheilkunde).
 — 1173 (Infiltrationsanästhesie).
Ebert 826 (Magenepithel in der Speiseröhre).
McClellan 1218 (Hernie d. Proc. verm.).
Eckardt 992 (Nasen- u. Ohrverletzungen).
Edebohl 721 (Verkürzung der Ligamenta rotunda).
Edes 873 (Hyperostosis cranii).
Edmunds 1252 (Antistreptokokken-serum).
Edsall 1296 (Tuberculocarcinom der Speiseröhre).
Edwards 1231 (Mastdarmkrebs).
Ehlers 1339 (Mal de Meleda).
Ehret 120 (Fersenbeinbruch).
Ehrich 79 (Rotz).
Ehrmann 254 (Nervennaht).
Eichler 1054 (Schussverletzungen).
Eiermann 883 (Deciduoma malignum).
Einhorn 1148 (Orthoform).
v. Eiselsberg 144 (Autoplastik bei Tibiadefekt).
 — 660 (Jejunostomie).
 — 924 (Resektionen u. Anastomosenbildungen am Nahrungskanal).
 — 1033 (Darmausschaltung bei Strikturen d. Darmkanals u. der Kothfisteln).
 — 1256 (Schienbeindefektsheilung).
Eisner 1338 (Trichomykosis palmellina).
Eix 1131* (Ileus in Folge von Hernia obturatoria incarcerata).
Ekehorn 71 (Milchsäure bei Magenkrebs).
 — 968 (Prostatahypertrophie).
Elliot 1299 (Atresia recti).
Enderlen 7 (Hautpfropfungen).
Engelmann 1090 (Tetanus).
Englisch 1010 (Exstirpation d. Cowper-schen Drüsen).
Epstein 624 (Alkohol-desinfektion).
 — 1311 (Syphilis).
Escat 795 (Blasenentzündung).
 — 800, 1313 (Prostatahypertrophie).
 — 1163 (Blasendrainage).
 — 1197 (Durchleuchtung).
Etheridge 236 (Eierstocksabscesse).
Etienne 895 (Syphilis).
Eude 1296 (Bauchverletzungen).
Eulenburg 162 (Encyklopädische Jahrbücher).
 — 154 (Skiaskopie bei Geschossen im Gehirn).
 — 956 (Realencyklopädie).
 — 1002 (Allgemeine Therapie).
Eurén 31 (Prostatahypertrophie).
Evans 1079 (Chloroformtod).
Eve 1303 (Bauchoperationen b. Kindern).
Ewald 16 (Schilddrüse).
 — 328* (Streichschuss des Herzens mit tödlichem Ausgang).
 — 1349 (Gesichtsgeschwulst).
McEwan 477 (Prostatahypertrophie).
Fabrikant 1072 (Coxa vara).
Fabry 1085 (Lupus vulgaris).
Fahrenbach 271 (Hasenscharten).
Falcone 184 (Knöchelfraktur).
Fargas 1328 (Hysterektomie).
Faure 1065 (Fußamputation).
v. Fedoroff 819 (Rectoskopie).
Fedorow 79 (Serumbehandlung bösartiger Neubildungen).
 — 720 (Gebärmutterexstirpation).
 — 1220 (Rectoskopie).
Felch 213 (Darmkrebs).
Fenger 201 (Cholelithiasis).
 — 1023 (Harnleiterstriktur).
Fenwick 24 (Blasenleiden).
Féré 441 (Verrenkungen und Muskelschlaffheit).
 — 844 (Metatarsalgie).
 — 1255 (Palmarfascienschwund).
Ferrari 1301 (Wanderleber).
Ferraton 476 (Harnröhrenstriktur).
Fessler 1125 (Radikaloperation der Brüche).
Fetzer 1347 (Meningitis und Hirngeschwulst).
Feulard 535 (Syphilis).
Février 209 (Schlüsselbeinbrüche).
Fick 735 (Aneurysma ossificans).
 — 923 (Magenresektion).
Filatow 1192 (Wladimirow-Mikulicz-sche Operation).
Finckh 118 (Traumatische Epiphysenlösung am Oberschenkel).
 — 550 (Schulterverrenkung).
Finder 261 (Nasengeschwülste).
Finke 239 (Blasensteine).
 — 267 (Trepanation bei epileptiformen Krämpfen).
Finkelstein 683 (Bacillus pyocyaneus u. hämorrhagische Diathese).
Finny 910, 1217 (Perforationsperitonitis).
Finotti 87 (Pankreaszyste).
 — 1317 (Leistenhoden).
Fischer 8 (Malignes Lymphom).
 — 272 (Tuberkulose d. Rachenmandelhyperplasie).
 — 300 (Thymuspathologie).
 — 1070 (Intubator).
 — 1274 (Myxödem).
Fischl 1076 (Abkühlung u. Infektion).
Flexner 1301 (Leberabscess).
Floderus 828 (Perforationsperitonitis).
 — 1321 (Prostatahypertrophie).
Floersheim 521 (Prostatahypertrophie).
Flügge C. 1025 (Desinfektion).
Födel 1274 (Enchondrom der Halswirbelsäule).
Foges 379 (Appendicitis).
Foix 56 (Nervöse Aphonie).
Fontan 206 (Gastrostomie).
Forgue 119 (Skiaskopie bei Knieankylose).
 — 203 (Klumpfuß).
af Forselles 767 (Tamponade der Nasenhöhle).

- Le Fort** 408 (Anomalien des Penis).
Le Fort's Werke 66.
du Fougeray, H. 205 (Halsabszesse, Mittelohreiterungen).
 — 317 (Bromäthyl u. Chloroform).
Fournier 475 (Gallensteine).
Fowler 516 (Intrathoracische Tuberkulose).
 — 656 (Empyem des Wurmanhanges).
 — 1112 (Appendicitis).
Fraenkel 557 (Angiosklerose).
 — 806 (Dünndarmstrikturen).
 — 870 (Gaumenhochstand).
 — 938 (Kehlkopfkrebs).
Francke 994 (Schultergürtelentfernung).
Frank 129 (Blaseninfektion durch den Katheter).
 — 523 (Elastischer Katheter).
 — 661 (Darmnaht).
 — 1034 (Knopf für Darmoperationen).
Franke 98 (Magenadenom).
 — 145 (Sehnenüberpflanzung b. Kinderlähmung).
 — 286 Sehnenüberpflanzung).
 — 1141 (Radialislähmung).
 — 1143 (Künstlicher After bei Colica mucosa).
 — 1169* (Amputatio colli femoris).
 — 1279 (Pneumotomie).
Frankenberger 1253 (Karbologangrän).
Franz 992 (Röntgenphotographie bei Diagnose).
 — 1324 (Nierenverletzungen).
Frenkel, H. 20 (Schilddrüse).
 — M. 20 (Schilddrüse).
Freudenberg 127 (Prostatahypertrophie).
 — 788* (Bottini'scher Incisor).
Freund 993 (Simulation).
v. Frey 213 (Chronische Darmenge).
Freyhan 589 (Desinfektion d. Hände).
Frickner 830 (Fremdkörper im Magen).
Friedrich 453 (Fistelbildungen an den Lungen).
 — 1345 (Pachydermie bei Gesichtserysipel).
Fronhöfer 351 (Gesichtspalten).
Frassi 1149 (Chirurgische Tuberkulose).
Fuchs 1116 (Akute Cholecystitis).
Fuller 31 (Harnröhrenresektion).
Funke 708 (Mastdarmkrebs).
 — 783 (Nierengeschwülste).
 — 945 (Anomalie der A. ling.).
Fürbringer 589 (Desinfektion der Hände).
 — 645 (Peritoneale Verwachsungen).
Gabrysczewski 1167 (Lipome d. Samenstrangs).
Gade 78 (Falsche Geschwulstrecidive).
Gajkiewicz 258 (Trepanation b. Idiotismus).
Galewsky 157 (Alopecia areata).
Gallandet 947 (Wirbelbrüche).
Galliard 198 (Eingeweidetuberkulose).
Garceau 23 (Blasenleiden).
Garnault 595 (Taubheit).
Gärtner 1256 (Lux. tali).
Gasser 1200 (Angina Ludovici).
McFadden Gaston 1270 (Brusthöhlenöffnung).
Gatti 645 (Bauchfelltuberkulose).
 — 1325 (Nierenstruma).
Gaudeffroy 515 (Coxitis).
Gaudier 699 (Mastdarmkrebs).
Gauer, P. 52 (Gonokokkenbefund).
Gebert 148 (Extragenitale Syphilis).
Gérard 840 (Genu valgum).
Gérard-Marchant 1107 (Gallensteinoperationen).
Gerhardi 626 (Schleich'sche Infiltration).
Gerhardt 758 (Perityphlitis).
Gerota 398 (Beckenbruch).
 — 939 (Brustkrebs).
Gersteg 97 (Epilepsie).
Gerster 268 (Hirngeschwülste).
 — 745 (Epilepsie).
 — 1326 (Harnleiterchirurgie).
Gersuny 177 (Zerreißung der Achillessehne).
 — 378 (Appendicitis).
 — 660 (Kothgeschwülste).
 — 1040 (Nephrektomie).
Gesselewitsch 759 (Perforationsperitonitis bei Typhus).
Gessner 1207 (Bauchschnitt).
Geyer 1093 (Xanthoma tuberosum).
Ghetti 87 (Milzexstirpation).
Ghillini 282 (Experimentelle Knochen-
deformitäten).
Gibbs 579 (Chloroformanästhesie).
Gibelli 271 (Oberkieferosteom).
Gigli, L. 785* (Drahtsägeverwerthung).
Giglio 777 (Teratoma sacro-coccygeum).
Gilbert 475 (Gallensteine).
Ginestous 616 (Rippenpseudarthrose).
Girard 206 (Speiseröhrendivertikel).
Gluck 180 (Infektiöse Thromben).
 — 1137 (Maligne Larynxgeschwülste).
Glück 142 (Syphilis).
Glücksman 528 (Perforationsperitonitis).
Göbel 210 (Wurmfortsatz im Bruch).
Gocht 981 (Skiaskopie).
Göde 393 (Verschluckte Gebisse).
Goldberg 44 (Blennorrhoe).
Goldfarb 1253 (Airol).
Goldmann 21 (Schilddrüse).
 — 1004 (Bösartige Geschwülste).
Goldschmidt, A. 55 (Perichondritis laryngea).
Golebiewski 28 (Fall N).
 — 688 (Ruptur des M. erector trunci).
 — 1251 (Berufsgenossenschaftsbehandlung).
Goluboff 376 (Appendicitis).
Goris 945 (Kehlkopftuberkulose).
Gottstein 1134 (Aseptische Wund-
behandlung).

- Gouguenheim 449 (Sequester in der Nase).
 — 451 (Streptokokkenangina).
 — 1030 (Diphtherie bei Erwachsenen).
 Gourc 1350 (Rachenmandel).
 Gradenigo 767 (Stirnhöhlenentzündung).
 — 1113 (Hirnabscess).
 Graeve 828 (Eitrige Bauchfellentzündung).
 Graf 53 (Kehlkopfexstirpation).
 — 702 (Xeroderma pigmentosum Kaposi).
 Graff 334 (Anastomosennknopf).
 — 806 (Fremdkörper).
 Graham 1065 (Luxation d. Kniegelenkmenisken).
 — 1302 (Bronchobiliare Fisteln).
 Grahl 1349 (Speichelfistel).
 Grant 1275 (Stimmbandlähmung).
 McGraw 1298 (Chirurgie des Dickdarmes).
 Greene 55 (Syphilisbehandlung).
 Greiffenhagen 124* (Zur Technik der Splenopexis und Atiologie d. Wandermilz).
 Griffith 1254 (Osteopsathyrose).
 Griffon 148 (Gonorrhoe).
 — 398 (Gallensteine).
 Griner 1069 (Gaumenfistel).
 Groslik 1159 (Nierenblutungen).
 Grube 957 (Thiosavonale).
 Gruber 766 (Canalis caroticus).
 Grünbaum 1228 (Subphrenische Abscesse).
 Grüneberg 368 (Gekrösgeschwulst).
 Grunert 362 (Hirnabscess).
 Grünwald 168 (Kehlkopfkrankheiten).
 de Gueldre 1303 (Zwerchfellbruch).
 Guiard 1152 (Katheterismus; Nichtgonorrhoeische Urethritis).
 Guiart 14 (Schilddrüse).
 Guinard 207 (Laparotomie).
 — 353 (Aneurysma am Halse).
 — 644 (Bauchquetschungen).
 Guizzetti 774, 1272 (Noma).
 — 963 (Bacillus necrosans septicus).
 Guranowski 609 (Labyrinthnekrose).
 Gurlt 17 (Narkosenstatistik).
 Gutheil 130 (Argonin bei Tripper).
 Gutmann 867 (Holocain).
 Guyon 971, 1156 (Blasen- und Nierenblutung).
 Haasler 445 (Kiefergeschwülste).
 v. Hacker 326 (Gastrostomie).
 — 879 (Rhinoplastik).
 — 1073* (Exstirpation der kompletten seitlichen Halsfistel).
 Hadra 130 (Exstirpation der Nebenniere).
 Haedke 1212 (Meningitis bei Influenza).
 Hägler 681 (Jahresbericht).
 Hagopoff 1229 (Anastomosennknopf).
 Hahn 1205 (Leberverletzung; Darmchirurgie).
 Hajek 260 (Siebbeinknochenveränderungen).
 Halban 4 (Resorption der Bakterien bei lokaler Infektion).
 — 77 (Friedländer's Pneumoniebacillus).
 — 1185 (Tetanus).
 Hallager 96 (Epilepsie).
 Hamburger 1237, 1239 (Venöse Stauung gegen infektiöse Prozesse).
 Hämig 1262 (Basedow'sche Krankheit).
 Hamilton 1225 (Magengeschwüre).
 Hammer 552 (Gonococcus).
 Hammerschlag 324 (Magenkrebs).
 Hanke 965 (Peritheliom des Lides).
 Hankel 1332 (Anästhesie).
 Hanna 331 (Herzwunde).
 Hansberg 299 (Kehlkopfkrebs).
 Hansemann 489 (Bösartige Geschwülste).
 Hansy 1049* (Kieferfrakturenbehandlung).
 Hansson 927 (Aneurysma arteriae hepaticae).
 Hansteen 732 (Gonorrhoeische Drüsenvereiterung).
 Hare 1081 (Arzneiexantheme).
 de la Harpe 1021 (Jodoformvergiftung).
 Harrison 477 (Prostatahypertrophie).
 — 519 (Albuminurie).
 — 962 (Blasenspalte).
 Harte 551 (Oberschenkelepiphysenlösung).
 Hartmann 78 (Neurome).
 — 547 (Unterschenkelbruch).
 — 921 (Perforationsperitonitis).
 — 1158 (Hysterectomy abdominalis).
 — 1191 (Tibiabruch).
 Hartung 1008 (Quecksilberinjektionen).
 Haughey 647 (Bauchwundnaht).
 Hauser 522 (Ein römisches Militärlazarett).
 Havelburg 346, 1346 (Lepra).
 Hawkes 807 (Nephrektomie).
 — 921 (Appendicitis).
 Heath 1351 (Hypertrophie des Zahnfleisches).
 Hecht 932 (Elektrolyse in der Nase und dem Nasen-Rachenraum).
 Hecker 946 (Tracheotomie).
 — 831 (Angeborener Darmverschluss).
 — 949 (Verletzung der A. mamm. int.)
 Heddäus 944 (Tonsillitis).
 — 994 (Schultergürtelentfernung).
 Hedges 1177 (Ätiologie der Dupuytren'schen Kontraktur).
 Hegele 970 (Blasenverletzung).
 Heidenhain 101 (Akuter Darmverschluss).
 — 523 (Traumat. Wirbelentzündung).
 — 561 (Pruritus).
 — 842 (Plattfuß).
 — 928 (Gallenblasenkrebs).
 Heimann 534 (Gonococcus).
 — 900 (Operationsstatistik).
 Heinrichius 429 (Nierentuberkulose).
 — 917 (Pankreascyste).

- Heinsheimer 1228 (Funktionelle Operationserfolge am Magen).
 Heinz 1148 (Orthoform).
 Helfferich 119 (Prostatahypertrophie).
 — 314 (Knochenbrüche und Verrenkungen).
 — 1128 (Kyphose).
 Hellmann 942 (Papillom der Nasenschleimhaut).
 Hendelsohn 1216 (Ozaena).
 Henle 101 (Traumatische Wirbelerkrankung).
 — 1129 (Hämatomyelie).
 Hennequin 547, 1178 (Unterschenkelbruch).
 — 564 (Ambulatorische Frakturbehandlung).
 Herbart 808 (Varicocele utero-ovarica).
 Herbet 746 (Operationen am Ganglion Gasseri).
 Herhold 399 (Lipom des Knieses).
 — 807 (Prostatahypertrophie).
 Hermann 1189 (Coxa vara).
 Hermaut 1346 (Schädelbruch).
 Hermes 294 (Laparotomie; gonorrhoeische Infektion).
 Herrick 149 (Polymyositis acuta).
 Herrmann 993 (Leukämie).
 Hertoghe 18 (Schilddrüse).
 Herxheimer 135 (Pemphigus vegetans).
 — 582 (Impetigo contagiosa vegetans).
 — 903 (Syphilis).
 — 1337 (Psoriasis).
 Heryng 938 (Kehlkopfpapillome).
 Herzfeld, J. 48 (Nebenhöhleneiterung).
 Herzog 866 (Wiederbelebungsmethoden).
 Heubner 674 (Schilddrüse gegen Rachitis).
 Heusner 138 (Kniescheibenbrüche).
 Heuss 151 (Alopecie).
 Heydenreich 207 (Murphyknopf).
 Heymann 49 (Handbuch der Laryngologie).
 — 514 (Laryngologie und Rhinologie).
 Heyse 899 (Sterilisationsapparat).
 Hildebrand 52 (Caput obstipum).
 — 458 (Jahresbericht).
 Hildebrandt 20 (Schilddrüse).
 Hintner 581 (Multiple Hautgangrän).
 v. Hippel 1199 (Ranula).
 Hirsch 840, 1144 (Angeborene Hüftverrenkung).
 Hirschberg, M., 1329* (Wundheilung).
 Hirschfelder 1241 (Oxytuberkulin geg. Tuberkulose).
 Hoehenegg 657 (Sacrale Hernien).
 — 687, 688 (Fremdkörper in der Speiseröhre).
 Hodara 1094 (Neurolepiden).
 — 1336 (Muttermäler).
 Hoffa 37 (Röntgenstrahlen).
 — 67 (Verbandlehre).
 — 108 (Deformitäten nach Coxitis).
 — 288 (Spondylitis).
 — 512 (Skoliose).
 Hoffa 980 (Knochenbrüche und Verrenkungen).
 — 1190 (Hüftverrenkung).
 v. Hofmann 1297 (Hernien des Wurmfortsatzes).
 Hofmeister 33 (Röntgenstrahlen).
 — 134 (Coxa vara).
 — 157, 159 (Katgut).
 Hofmohl 212 (Kothtumoren).
 — 781 (Querspalte der Eichel).
 Hoegh 212 (Perforationsperitonitis).
 Högerstedt 238 (Harnblasenzerreißung).
 Holländer 24 (Blasenbruch).
 — 1046 (Heißblutkauterisation b. Lupus vulgaris).
 Honigmann 1305* (Lokalanästhesie).
 Honsell 1020 (Krebsbehandlung).
 Horvorka 1339 (Mal de Meleda).
 Hübener 865 (Jodoformresorption).
 Huber 1309 (Gonorrhoe).
 Hübacher 1249 (Perimetrie des Handgelenks).
 Hufschmid 181 (Aneurysma der Art. vertebralis).
 Hutinel 1011 (Cystitis).
 Ikawitz 710 (Leberwunde).
 — 1334 (Wunddrainage).
 Immelmann 132 (Radiusbrüche).
 Isaac 561 (Naphthalan).
 Israel 25 (Harnleitersteine).
 — 707 (Magenchirurgie).
 — 1039 (Nierenoperationen).
 Jaboulay 333 (Magenoperationen, Zwerchsackmagen).
 — 663 (Leberechinococcus).
 — 826 (Speiseröhrenenge).
 Jacob 578 (Tetanus).
 Jacobson 293 (Amput. fem. intercondylica).
 Jadassohn 140 (Medikamentöse Dermatose).
 — 142 (Tertiäre Syphilis).
 — 145 (Verrucae vulgares).
 Jaffé 669 (Synovialmembranveränderungen bei Blutberührung).
 — 988 (Speiseröhrenerweiterung).
 Jagerink 1022 (Rückgratsverkrümmung).
 Jakobi 495 (Katgut).
 Jakowski 760 (Aktinomykose).
 v. Jaksch 472 (Serumbehandlung).
 Jalaquier 996 (Luxation d. N. uln.).
 — 1111 (Appendicitis).
 Jankau 343 (Skiaskopie).
 Janotka 365 (Nasen-Rachenstein).
 Jarisch 143 (Colloidoma ulcerosum).
 — 144 (Summereruption).
 — 144 (Hydrocystoma).
 Jasiński 129 (Wundbehandlung).
 Jeanne 758 (Perforation d. Blinddarmes).
 Jebens 358 (Uterus duplex).
 Jemoli 1322 (Cystoskopie).
 Joachimsthal 38 (Röntgenstrahlen).
 — 104 (Selbstregulatorische Vorgänge am Muskel).

- Joachimsthal 183 (Thoraxhälfte und Handdefekt).
 — 440 (Skiaskopie).
 — 576 (Muskelformveränderungen).
 — 607 (Verbildungen extra-uterin gelagerter Föten).
 — 1022 (Rückgratsverkrümmungen).
 — 1205 (Ectopia vesicae).
 Joël 352 (Nasenhöhlenneubildungen).
 Joerß 173 (Brustkrebs).
 Jones 1274 (Streckung des Pott'schen Buckels).
 Jonnesco 1045 (Temporäre Hemikrani-
 ektomie).
 — 1046 (Resektionen bei Kropf und Epilepsie).
 — T. 33* (Resektion bei Behandlung
 des Morbus Basedowii und der Epi-
 lepsie).
 — 199 (Murphyknopf).
 — 259 (Resektion am N. trigeminus).
 — 347* (Leistenhernienradikalbehand-
 lung).
 — Th. 809*, 1040 (Lumbale Nephro-
 pexie).
 — 925 (Milzexstirpation).
 — 1034 (Splenektomie).
 Jordan 9 (Lupus u. Lymphangitis tuber-
 culosa).
 — 473 (Tubenschwangerschaft in einem
 Leistenbruch).
 — 1084 (Lymphgefäßtuberkulose).
 Joseph, M. 53 (Extragenitale Syphilis-
 infektion).
 — 132 (Lepra).
 Jotzkowitz 1322 (Trauma und Inconti-
 nentia vesicae).
 Jourdanet 735 (Osteotomia trochan-
 terica).
 Jullien 53 (Ano-rectalgonorrhoe).
 — 904 (Syphilis).
 Jundell 534 (Gonococcus).
 — 732 (Gonorrhoeische Metastasen).
 Junod 453 (Tracheotomie).
 Jürgens 13 (Sarkome).
 Justus 142 (Syphilis).
 Juvara 200 (Hämorrhoiden).
 — 259 (Resektion am N. trigeminus).
 — 569* (Aneurysma des Truncus tibio-
 fibularis).
 Kaarsberg 1143 (Invaginatio ileo-coe-
 calis).
 Kaczanowsky 612 (Blutcyste).
 Kader 815 (Caput obstipum).
 — 1036 (Magenoperationen).
 Kahn 943 (Adenoide Vegetationen).
 Kaijser, F. 974 (Nierengeschwülste).
 — 1221* (Implantation des Ureters in
 die Blase).
 Kandaratski 360 (Gangraena sponta-
 nea).
 Kane, O'Neill 744 (Aluminiumdraht
 zur Blutstillung).
 Kaposi 138 (Pemphiguslehre).
 Karewski 658 (Jejunostomie).
 — 907 (Appendicitis).
 Karfunkel 1253 (Kataphorese).
 Karström 900 (Deciduoma malignum).
 Katschanowski 27 (Kopfschuss-
 wunden).
 Katzenstein 167 (Autoskopie d. Nasen-
 Rachenraumes).
 — 289 (Exstirpation der Schilddrüsen-
 nerven).
 Keen 96 (Intrakranielle Geschwülste).
 — 112 (Operationen am Ganglion Gas-
 seri).
 — 1214 (Hirngeschwulst).
 — 1323 (Nierenverletzungen).
 Kehr 1139 (Ductus hepaticus).
 — 1293 (Gallensteine).
 Kelling 1224 (Ösophagoskop).
 Kellogg 150 (Lepra).
 — 1080 (Resorcin b. Hautkrankheiten).
 Kelly 1016 (Gebärmutterdislokation).
 Kennedy 753 (Nervenregeneration).
 Kern 1297 (Meckel'sches Divertikel).
 Kijewski 394 (Bauchverletzungen).
 — 950 (Lungenabscess).
 Kiliani 498 (Skoliose).
 Killian 1216 (Kommunicirende Stirn-
 höhlen).
 Kirchhoff 313 (Specielle Chirurgie).
 Kirmisson 203 (Klumpfuß).
 — 451 (Wirbelbrüche).
 — 731 (Bericht).
 — 1130 (Angeborene Hüftverrenkung).
 — 1144 (Mastdarmoperationen).
 Kirsch 390* (Hallux malleus [varus]).
 — 947 (Spondylitis).
 Kissel 1277 (Empyem).
 Kittel 841 (Uratablagerungen in d. Fuß-
 sohle).
 Kjar 1142 (Darmstein im Schenkelbruch).
 — 1191 (Luxation des Kniegelenkes).
 Klamann 1023 (Akute Nierenverlage-
 rung).
 Klecki 129 (Nieren bei Blutvergiftung).
 Kleinwächter 757 (Perityphlitis).
 Klemm 759 (Brucheinklemmung).
 — 872 (Tetanus).
 — 901 (Gefäßverletzungen).
 — 1145* (Aseptische Operationskissen).
 — 1181* (Schussverletzung der A. u.
 V. poplitea).
 Klien 899 (Sterilisationsapparat).
 Knauer 399 (Schienbeinverrenkung).
 Koch 249 (Erysipelimpfung).
 — 581 (Lupus erythematodes).
 — C. F. A. 953* (Trendelenburg'sche
 Blasenpaltenoperation modificirt).
 — 1102 (Otitischer Hirnabscess).
 Kocher 364 (Spastische Kiefersperre).
 — 529* (Hernienradikaloperation).
 Kofman, S. 415* (Drainrohr als Tra-
 chealkanüle).
 — 641* (Modifikation d. Pirogoff'schen
 Fußamputation).
 — 850 (Oberarmpseudarthrose).

- Köhler 416 (Geschosswirkung).
 — 628 (Prostatahypertrophie).
 — 1245 (Narkose).
 Kohlhardt 972 (Zottengeschwulst des Nierenbeckens und Harnleiters).
 Kolb 701* (Strumaexstirpation in Hypnose).
 Kolischer 524 (Papillom der Harnröhre).
 Kölliker 1112* (Differentialdiagnose von Gallensteinileus u. Appendicitis).
 Kollofrath 1278 (Fremdkörper im Bronchus).
 Koltachin 237 (Penisfistel).
 König 54 (Ersatz eines Trachealdefektes).
 — 440 (Gelenkentzündung).
 — 605 (Exstirpation der Thymusdrüse).
 — 606 (Knochencysten, Femursarkom).
 — 985 (Verletzungen des Kniestreckapparates).
 Kopp 580 (Multiple Angiome).
 Korłowski 997 (Aneurysma v. A. u. V. iliaca ext.).
 Körte 60 (Bauchfellentzündung).
 — 356 (Laparotomien).
 — 821 (Subphrenischer Abscess; Luxation der Hand).
 Koschier 182 (Lufttröhrengeschwülste).
 Kosiński 757 (Ösophagotomie).
 Kosłowski 829 (Laparotomien).
 Kossmann 159 (Katgut).
 Kousnetzoff 383 (Leberresektion).
 Kozerski 580 (Hautaktinomykose).
 Kramer 80 (Bauchwanddesmoide).
 — 850 (Epiphysentrennung und Luxation am Arm).
 Kranzfelder 251 (Skiaskopie).
 Kraske 912 (Mastdarmkrebs).
 Kraus 1166 (Blutung aus der Harnröhre).
 Krause 40 (Röntgenstrahlen).
 — 98, 1135 (Trigeminusneuralgie).
 — 976 (Gebärmuttervorfall).
 Krebs 261 (Kieferhöhlenpunktion).
 Krecke 1247 (Infiltrationsanästhesie).
 Kredel 1136 (Operation der medianen Nasenspalte).
 Krefting 1007 (Bubonen).
 Krehl 1186 (Neuritis).
 Crema 85 (Innere Einklemmung).
 Kretz 1192 (Unterschenkelgeschwüre).
 Kříž 474 (Darminvagination).
 Krogius 941 (Sinusthrombose).
 Kronacher 997 (Knocheneinheilung).
 Krönig 1027 (Desinfektion).
 Krönlein 45 (Rachencarcinom u. -Exstirpation).
 — 1059 (Pharynxkrebs).
 Krösing 541 (Trichophytosis).
 Krukenberg 1032 (Chirurgie b. Diphtherie).
 Krutowski 1187 (Schulterexartikulation).
 v. Kryger 1263 (Wirbelverletzungen).
 Kryński 228 (Ventrofixation der Harnblase).
 Krzyształowicz 1310 (Syphilis).
 Kudrajewski 695 (Lepra).
 Kuhn 1122 (Wundvorlage).
 Kumberg 779 (Polymastie).
 Kümmell 18 (Röntgenstrahlen).
 — 1019 (Perityphilitis).
 — 1092 (Gallensteine).
 Kummer 989 (Darmenge).
 — 1299 (Mastdarmexstirpation).
 Kuschev 1349 (Gesichtsaktinomykose).
 Küster 14 (Fibröse Ostitis).
 — 761* (Osteoplastische Exartikulation der Fußwurzel).
 — 1038 (Behandlung der Nierenneubildung).
 Küstner 231 (Suprasymphysärer Kreuzschnitt).
 — 432 (Myomverwachsungen).
 Küttner 44 (Zungenkrebs).
 — 113 (Darmstenosen).
 — 479 Tuberkulose der äußeren weiblichen Geschlechtsteile).
 — 959 (Lupus).
 — 1006 (Entzündung der Lymphangiome).
 Kutner 783 (Harnsteine).
 — 793 (Asepsis bei Harnleiden).
 — 899 (Sterilisationsapparat).
 Kuttner 299 (Chorditis vocalis).
 — 1124 (Verdaunungsstörungen bei Brüchen).
 Kuznitsky 151 (Psoriasis).
 Labbé 102 (Reiskörperchenentzündung der Gelenke).
 — 852 (Tuberkulöses Fibrom).
 — 903 (Syphilis).
 Lacar 997 (Knochensarkom).
 Lacour 1262 (Pharyngotomia subhyoidea).
 Lähr 30 (Syringomyelie und Unfall).
 — 512 (Lepra und Syringomyelie).
 Laforgue 272 (Parotitis).
 Lambret 770 (Spaltung der Nierenkapsel).
 Lammers 1142 (Traumatischer Bruch).
 Lancial 204 (Oberlippenkarbunkel).
 Lancry 472 (Magenkrebs).
 Landau 1165 (Blasenleiden).
 Landerer 828 (Perforationsperitonitis).
 Lang 965 (Lupus).
 Lange 677 (Pott'scher Buckel).
 — 1181 (Plattfußbehandlung).
 v. Lange 668 (Körpergröße).
 Langenbuch 1104 (Chirurgie d. Leber und Gallenblase).
 v. Langsdorff 1193* (Chronisch. Unterschenkelgeschwür).
 Lanin 1157 (Schulterblatthalsbruch).
 Lannelongue 117 (Angeborene Hüftverrenkung).
 — 752 (X-Strahlen).
 — 911 (Hernienradikaloperationen).

- Lanz, O. 1233* (Osteoplastische Unterschenkelamputation).
 Lapeyre 852 (Tuberkulöses Fibrom).
 Larrieu 1176 (Aneurysma des Truncus brachio-cephalus).
 Lazarew 1021 (Herzsyphilis).
 — 1187 (Polyarthritidis deformans).
 Lassar 53 (Eckzembehandlung).
 Lauenstein 446* (Speichelfistel-Operation).
 — C. 665* (Tamponade b. Operationen der Hohlorgane des Unterleibes).
 — 667* (Frakturen des Unterkiefers).
 — 705 (Magenchirurgie).
 — 758 (Perityphlitis).
 Lautmann 1086 (Ozaena).
 Lauwers 803 (Hysterectomy abdominalis).
 Laval 1055 (Geschossdeformation).
 Lazarus 145 (Gonorrhoe).
 Lecoeur 994 (Brustmuskelechinococcus).
 Ledermann 53 (Dermatitis papillaris capillitii).
 Leedham-Green 68 (Spiritusdesinfektion).
 Legueu 175 (Schlüsselbein-Sarkom; Schlüsselbeinexstirpation).
 — 749 (Appendicitis).
 — 1163 (Nierenkrebs).
 Lehmann 832 (Kolostomie).
 — 948 (Syringomyelie).
 — 1254 (Radialislähmung).
 Lehne 191 (Echinococcus).
 Lehner 897 (Bubonen).
 Leibold 688 (Ruptur des M. erector-trunci).
 Leichtenstern 503 (Akute Miliartuberkel der Haut).
 Leistikow 896 (Jodvasogen).
 Leitenstorffer 108 (Knochenhautentzündung bei Rekruten).
 Lejars 74 (Gallensteine).
 — 102 (Reiskörperchenentzündung der Gelenke).
 — 588 (Chirurgische Erkrankungen).
 — 1119 (Cholelithotomie).
 — 1157 (Perineumslipome).
 — 1242 (Infusion).
 Lémaitre 757 (Ösophagotomie).
 Lemon 526 (Hydronephrose).
 Lenhardt 1095 (Nasenverschluss).
 Lenhartz 805 (Krankenhaus-Mitteilungen).
 Lennander 617* (Sexuelle Operationen bei Prostatahypertrophie).
 — 960 (Harnröhrenzerreißung).
 — 972, 1160 (Nierensteine).
 Lennhoff 650 (Brüche d. Linea alba).
 Lernmoyes 1088 (Herpes d. Mundhöhle).
 Lesser 1004 (Spezielle Chirurgie).
 Lesin 808 (Nierensteine).
 Leser 1083 (Syphilis insontium).
 Leube 66 (Chirurgische Behandlung d. Magengeschwürs).
 Leutert 675 (Lumbalpunktion).
 Lévai 864 (Karbogangrän).
 Levau 959 (Katheterasepsis).
 Levy 34, 1048 (Röntgenstrahlen).
 Levy-Dorn 35 (Röntgenstrahlen).
 Lewschin 856 (Osteoplastische Verlängerung des Unterschenkels).
 Lexer 40 (Röntgenstrahlen).
 — 164, 670 (Osteomyelitis bei Kaninchen).
 Liaras 614 (Glottisödem).
 Lieblein 237 (Harnröhrensteine).
 Liermann 544 (Schenkelhalsbrüche).
 — 725 (Verletzungen d. Unterextremitäten).
 Ligouzat 1294 (Wundkassuistik).
 Lilienthal 268 (Hirngeschwülste).
 — 804 (Nosophen).
 Linda 877 (Neuralgie durch Zahnverlagerung).
 Lindemann 577 (Querbrüche d. Patella und des Olecranon).
 Lindfors 901 (Deciduoma malignum).
 Lindt jun. 598 (Rachenmandelbesichtigung).
 Link 831 (Radikaloperation freier Brüche).
 Linser 113 (Blutergelenke).
 Lipowski 410 (Harnabscesse).
 Lissenkow 723 (Schulterauslösung).
 Lissjanski 394 (Bauchverletzungen).
 — 1301 (Echinokokken).
 Lloyd 874 (Kleinhirngeschwulst).
 Lobstein 1143 (Mastdarmoperationen).
 Lockwood 211 (Eierstocksbruch).
 Loebowitz 538 (Airol).
 Loew 855 (Beinbrüche).
 — 1344 (Spiritusbehandlung).
 Loewy, H. 263* (Nabelbruchband; Leistenbruchband).
 Lohk 1339 (Lepra).
 Lohnstein 53 (Urethrophoritis chronica).
 Löhr 686 (Intubationen und Tracheotomien).
 Lommel 867 (Diphtherische Ohrleiden).
 Lomry 464 (Jodoform).
 Longard 10 (Amyloform).
 — 466 (Glutol und Amyloform).
 Longuet 74 (Angiocholecystitis).
 Lönnberg 900 (Deciduoma malignum).
 Lorenz 566 (Angeborene Hüftverrenkung).
 — 1140 (Hüftkontrakturen).
 — 1265 (Pott'scher Buckel).
 Lorentzen 1128 (Juvenile Kyphose).
 Lossen 66 (Allgemeine Chirurgie).
 Loumeau 208 (Vasektomie b. Prostatahypertrophie).
 Lotheisen 430 (Nierenoperationen).
 — 702 (Bauchverletzungen).
 — 843 (Osteoplastische Fußresektion).
 Luc 93 (Hirnabscesse).
 — 1162 (Otitische Pyämie).
 Lucas-Championnière 1042 (Abdominalhernien).
 — 1048 (Massage u. Frakturenbehandl.).

- De Luca 290 (Schilddrüse).
 Ludwig 1125 (Radikaloperation der Brüche).
 Lühe 1056 (Kriegschirurgie).
 Luithlen 1082 (Pempfigus vulgaris).
 Lukasiewicz 539 (Mycosis fungoides).
 Luria 915 (Murphyknopf).
 Lusić-Matković 966 (Melanom des Lides).
 Lwow 1024 (Gebärmuttermyom).
 Lyman 81 (Gastrotomie).
 Lympius 946 (Struma accessoria).
 Lyot 880 (Karotisaneurysma).
 Lyssenkow 744 (Encephalocele).
 Maas 412 (Eitrige Nierenentzündungen).
 — 606 (Oberschenkelarkom).
 Mackenzie 1032, (Graves'sche Krankheit).
 Madelung 318 (Bauchverletzungen).
 Madlener 1186 (Narkosenähmung).
 Magnan 598 (Hypertrophie d. Mandeln).
 Magrassi 1335 (Stichkanalleitung).
 Mainzer 409 (Cystoskopie).
 Majewski 401* (Wundbehandlung).
 Majocchi 897 (Jodolpflaster).
 Makletzow 748 (Durchlässigkeit des Darmes für Bakterien).
 Malherbe 203 (Geschwülste).
 — 930 (Otitis med. chron. sicca).
 — 965 (Hautsarkomatose).
 Manasse 879 (Nasenschleimhautgeschwülste).
 Mannheim 900 (Deciduoma malignum).
 Marçelié 657 (Zwerchfellbruch).
 Marchais 707 (Magenchirurgie).
 Marchant 746 (Operationen am Ganglion Gasseri).
 Marconi 1322 (Cystoskopie).
 Marcotte 594 (Temporäre Hemikrani-ektomie).
 Marcy 1120 (Choledochotomie).
 Margarucci 656 (Bauchfelltuberkulose).
 Marion 1198 (Zungensarkom).
 Marlier 1175 (Postoperative Psychose).
 Marmariau 517 (Kalte Abszesse am Brustkorb).
 Martens 876 (Oberkiefergeschwülste).
 Martin 1157 (Blasen-Scheidenfisteln).
 Marwedel 99 (Murphyknopf).
 v. Masek 827 (Eitrige Bauchfellentzündung).
 Massei 169 (Peritracheolaryngeale Abszesse).
 Matas 1247 (Chirurgische Eigenart d. Neger).
 Mathes 1327 (Harnleiterchirurgie).
 Matthes 1212 (Schädel- und Hirnverletzungen).
 Maydl 429 (Ectopia vesicae).
 — 1177 Coxa vara; (Arthritis deformans coxae).
 Mayer 116 (Verrenkung i. unteren Radio-Ulnargelenk).
 Mayo 656 (Fremdkörper i. d. Speiseröhre).
 Mehler 253 (Lokalanästhesie).
 Mehrer 78 (Melanotisches Sarkom).
 Melchior 793 (Bacterium coli, Leiden d. Harnwege).
 Ménard 1047 (Coxalgie).
 Mendes 209 (Bauchwunden).
 de Mendoza 1164 (Blasensteine).
 Meneau 957 (Arsenausschläge).
 Mérieux 192 (Antistreptokokkenserum).
 Merkel 486 (Topographische Anatomie).
 — 610 (Kiefergelenksankylose).
 — 1160 (Nephrorrhaphie).
 Mermet 997 (Knochensarkom).
 Methner 993 (Verkürzung d. unteren Extremität).
 Meudel 367 (Myxödem).
 Meyer, C. 61* (Antiseptische Kraft d. Credé'schen Silbersalze).
 — 128 (Septisches Hautexanthem).
 — 615 (Schilddrüsen-Adenom).
 — 803 (Verband- u. Instrumentenkasten).
 — 1013 (Harnleiterkatheterismus).
 Mibelli 698 (Hydroa vacciniforme).
 Michailow 783 (Harnsteine).
 — 982 (Unterbindung d. A. subclavia).
 — 1184 (Zweietagige Naht).
 — 1231 (Mastdarmvorfall).
 Michaux 376 (Peritoneale Septämie).
 — 1108 (Gallensteinoperationen).
 Michl 1034 (Hepatopexie).
 Miklaszewski 428 (Fractura penis).
 Mikulicz 69 (Chirurg. Behandlung d. Magengeschwürs).
 — 713* (Operiren in sterilisirten Zwirnhandschuhen u. m. Mundbinde).
 Milleken 640 (Sehnen- u. Muskelüberpflanzung).
 Miller 1148 (Wundbehandlung mit Schwefel).
 — 1175 (Knochenbrüche, Massage).
 Millet 1296 (Bauchverletzungen).
 Milton 1037 (Lithotripsie).
 Minard 837 (Wachstumsstörungen).
 Minervini 799 (Nierengeschwülste).
 Minir 1126 (Radikaloperation der Brüche).
 Minossi 684 (Echinokokken).
 Mintz 1225 (Speiseröhrenkrebs).
 Miot 1215 (Otitis media).
 Mirallié 599 (Wirbelsäulen-Gestaltsveränderungen).
 Molinié 1095 (Ozaena).
 Moll 1275 (Ictus laryngis).
 Möller 556 (Lungenembolien durch Quecksilberpräparate).
 Moltschanow 753 (Venenerkrankung nach Nervenleiden).
 Monari 323 (Cystocele inguinalis).
 — 363 (Resektion des Ganglion Gasseri).
 Monguiffi 851 (Handmissbildungen).
 Monod 208 (Bauchfelloperationen).

- Monod** 750 (Perforationsperitonitis bei Typhus).
 — 1109 (Gallensteinoperationen).
Montt-Saavedro 31 (Cystitis).
Moreau 428 (Harnröhrenresektion).
Morestin 871 (Karbolgangrän).
 — 994 (Brustumskel-Tuberkulose).
Morris 136 (Trichophyton).
Motta 855 (Mangel des Schienbeins).
Motz 799 (Prostatahypertrophie).
 — 1163 (Cystitis).
Moullin 477 (Prostatahypertrophie).
Moure 363 (Empyem d. Sinus maxillaris; Deformation d. Nasenscheidewand).
 — 1087 (Ozaena).
Mraček 147 (Ösophagus-Syphilis).
Mugnai 504 (Radikaloperation der Leistenbrüche).
Mühsam 163 (Eitrige Wundinfektion d. Kaninchen).
 — 298 (Gelenk- u. Knochen-Erkrankungen).
Mühssam, R. 939* (Osteoperiostitis eines Metatarsalknochens nach Typhus).
Mulder 473 (Magenincarceration in einen Bruch).
Mulert 941 (Endotheliome d. Kopfhaut).
Müller 118 (Leberchirurgie).
 — 144 (Osteoplastik).
 — 561 (Frostbeulen).
 — 685 (Klinischer Bericht).
 — 957 (Thiosavonale).
 — 1095 (Coxa vara).
 — 1142 (Darmresektion).
 — 1232 (Schenkelhalsverbiegung).
 — 1255 (Extremität-Missbildung).
Müllern-Aspegren 952 (Rippenchondritis).
Müncheimer 1310 (Syphilis).
Murio 946 (Kropfmetastase).
Murphy 467 (Gefäßresektion).
 — 745 (Gangl. Gasseri-Operationen).
 — 1042 (Gefäßnaht).
Murray 54 (Mastdarmgonorrhoe).
Muscatello 1217 (Peritonealverklebungen).
 — 1252 (Gasphegmonie).
 — 1269 (Resorption d. Pleura).
Muzio 1350 (Geschwulst des harten Gaumens).
Myach 398 (Missbildungen).
Nable 760 (Bauchbruch).
Nanotti 579 (Gonokokkenpyämie).
Nanu 990 (Darmsarkom).
Napalkow 1189 (Schenkelvenenunterbindung).
Narath 326 (Dünndarm-Genitalfisteln).
Nasse 606 (Aneurysma der Femoralis).
 — 888 (Gonorrhoe).
Naumann 320 (Bauchfelltuberkulose).
Naz 565 (Tuberculosis sacro-iliaca).
Nebel 936 (Korsettverbände).
 — 1203 (Pott'scher Buckel).
Negretti 629 (Prostatahypertrophie).
Neisser 140 (Merkurielle Exantheme).
 — 141 (Luesbehandlung).
 — 406 (Stereoskopischer Atlas).
 — 764 (Diphtheriebacillus).
Nélaton 1226 (Bauchfelltuberkulose).
van Nes 874 (Schädelbasisbrüche).
Neugebauer 976 (Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter).
 — F. 1203* (Angeborene Encephalocoele).
Neumann 139 (Hautaffektion [creeping eruption]).
 — 760 (Hautmyome).
 — 1206 (Herzbeutelverletzung; Loch in der Aorta abdominalis).
Newman 1009 (Harnröhrenstrikturen).
Nicodemi 1161 (Nierensteine).
Nicoladoni, C. 929* (Naht bei Resectio recti).
Niebergall 228 (Paranephritis).
Niehans, P. 457* (Arthrotomie).
Niemann 192 (Antistreptokokkenserum).
Niemer 1208 (Cystische Nierendegeneration).
Nielsen 540 (Melanosis et Keratosis arsenicales).
van Niessen 470* (Pflanzenfaserseife [Ubrigin]).
Nikolski 560 (Pemphigus foliaceus).
Nitze 525 (Harnleiterkatheter).
 — 1011 (Cystoskopischer Evakuationskatheter).
Noack 626 (Schleich'sche Infiltration).
Nodet 614 (Retrolingualer Abscess).
Noetzel 2 (Infektion granulirender Wunden).
Nogues 147 (Gonorrhoe).
 — 1155 (Blasenspülungen).
 — 1163 (Blasenentzündung).
 — 1165 (Blasenkrebs).
Nordmann 951 (Galaktocoele).
Northrup 1230 (Darminvagination).
Nöske 763 (Bacillus pyocyaneus).
v. Notthafft 580 (Blennorrhoe).
Noty 853 (Hüftankylose).
Nourrit 616 (Rippenpseudarthrose).
Obaliński 516 (Phlegmonen des hinteren Brustfellraumes).
 — 798 (Nierenchirurgie).
 — 857* (Technik d. Schädelreparation).
 — 977* (Lumbale Nephropexie).
 — 1230 (Darmausschaltung).
Oberst 106, 1134 (Röntgenstrahlen).
Ochsner 1319 (Symmetrische Lipome).
Oddo 849 (Kinderlähmung).
Odenius 449 (Makroglossie).
Oehler 479 (Nierenchirurgie).
Olgiati 76 (Milzexstirpation).
Ollier 109 (Tuberkulose des Schienbeins und der Fußwurzelknochen).
 — 722 (Knochenhöhlenverschluss).
 — 990 (Knochenregeneration).
Oppenheim 180 (Wirbelcaries).
 — 255 (Hirnabscess).

- Oppler 21** (Kathetersterilisation).
Ordin 1184 (Karbolkampher).
Orlandi 153* (Poppert's Artikel »Über Eiterung durch keimfreies Katgut«).
 — 358 (Streptokokkeninfektion).
 — 394 (Pneumatom des Darmes).
Orlow 608 (Arteriennaht).
Orlowski 1260 (Hasenscharte).
Ostermayer 1167 (Molluscum atheromatous am Scrotum).
Ostmann 268 (Ohrleiden).
Otto 86 (Chirurgie der Gallenwege).
Oświecimski 399 (Knieentzündung).
Ouvry 854 (Gelenkmaus).
- Paci 542, 543** (Angeborene Hüftverrenkung).
Paget, S. 50 (Chirurgie der Brust).
Palleroni 1159, 1325 (Doppelseitige Wanderniere).
Panse 999 (Verrenkung im Lisfranc'schen Gelenk).
Pantaleone 601 (Schilddrüsenverpflanzung).
Pantaloni 56 (Thyrotomie).
 — 1168 (Hysterektomie).
de Paoli 1201 (Tuberkulose d. Speicheldrüsen).
 — 1229 (Funktionelle Operationserfolge am Magen).
 — 1325 (Nierenchirurgie).
Parizeau 722 (Gonorrhoeische Gelenkentzündung).
Park 743 (Chirurgie).
Parona 366 (Wirbelsäulenchirurgie).
 — 431 (Hodenanomalien).
Parsons 113 (Knochenleiden nach Typhus).
Partsch 42 (Unterkieferresektion).
 — 524 (Blasenverletzung).
 — 932 (Tamponade).
Pasteau 967 (Prostatahypertrophie).
 — 970 (Pericystitis).
 — 1152 (Meatus urethralis).
 — 1155 (Blasenspülungen).
Patoir 1069 (Gesichtserysipel).
Patry 1114 (Hepatocele).
Paul 1027 (Desinfektion).
Pawlik 479 (Geschwülste der Nierengegend).
Péan 207 (Gastroenterostomie).
 — 776 (Knochenaneurysmen).
 — 849 (Neurom).
 — 975 (Komplizierter Dammriss).
Pelagatti 136 (Trichophyton).
 — 1236 (Blastomyceten und hyaline Degeneration).
Pensky 383 (Leberresektion).
Pepper 1296 (Tuberkulocarcinom der Speiseröhre).
Pénaire 996 (Hauthörner).
Perićić 142 (Syphilis).
 — 1094 (Keratom).
Perkins 32 (Nierenstein).
Perry 1006 (Bubonen).
- Perthes, G. 717*** (Operationshandschuhe).
 — 1090 (Septaemia haemorrhagica).
 — 1279 (Schussverletzung der A. pulm. und Aorta).
Peter 583 (Pemphigus neonatorum).
Peters 493 (Xerose- und Diphtheriebacillen).
 — 1248 (Oberarmbruch).
Petersen 144 (Trichorrhix nodosa).
 — 193 (Bösartige Geschwülste).
 — 387 (Vorderarmbruch).
 — 1236 (Staphyloomykosis).
Petit 850 (Carotisaneurysma).
 — 1164 (Blasenerreißung).
Petrini 143 (Lupus timidus; Hydroa).
Petruschky 249 (Erysipelimpfung).
Petroff 1034 (Krebs).
Pettavel 781 (Pneumothorax).
Peyrot 711 (Leberabscess).
Pfeiffer 782 (Harnsteine).
Pflanz 292 (Dermoidcysten des Media-stinum anticum).
Phedran 1303 (Pankreascyste).
Philippe 658 (Laparotomien).
Phocas 546 (Angeborener Kniescheibenmangel).
Photiadés 1342 (Empyem der Stirnhöhlen).
Piaget 1086 (Bakterien in der Nasenhöhle).
Pic 901 (Ostitis deformans).
Picard 1153 (Prostatakrankheiten).
Piering 395 (Nabelschnurbruch).
Pincus 284 (Myositis progressiva ossificans).
Pintor 1327 (Blasen-Scheidenfistel).
Piotrowski 1164 (Fremdkörper in der Blase).
Pisani 631 (Harnleitereinpflanzung in den Mastdarm).
Platt 1058 (Verletzungen der Luftwege).
 — 1126 (Radikaloperation der Brüche).
Plauth 1273 (Cystadenoma papilliferum).
Plehn 129 (Wundheilung b. d. schwarzen Rasse).
Pluder 272 (Tuberkulose der Rachenmandelhyperplasie).
Poirier 209 (Nekrose der Tibia).
 — 1196 (Resektion des Ganglion Gasseri).
Polaria 751 (Penistuberkulose).
Poliewktow 1253 (Antistreptokokkenserum).
Poller 934 (Wirbelsäulenbrüche).
Poliák 262 (Glossitis superficialis).
Pomeranzew 462 (Bromäthyl).
Poncet 205, 611 (Pseudoaktinomykose).
Ponfick 88 (Abdominale Fettnekrose).
Poppert 161 (Katgut).
 — 989 (Darminvagination).
Porges 211 (Magenkrebs).
Port 1055 (Kriegschirurgie).
 — 1122 (Bandeisenverbände).
Posadas 1254 (Extremitätentfernung).

- Posner** 129 (Blaseninfektion durch den Katheter).
 — 523 (Elastische Katheter).
Postnikow 777 (Spina bifida).
Potel 546 (Angeborener Kniescheibenmangel).
Pouillet 208 (Bruchheilung).
Poulsen 95 (Hirnerkrankung bei Otitis media).
Poupet 341 (Hämatome).
Powell 1297 (Bauchverletzungen).
Pozzi 208 (Blasenoperation).
 — 970 (Blasenspalte).
Preetorius 825 (Speiseröhrenenge).
Preobraschensky 258 (Fremdkörper im Ohr).
Price 332 (Darmperforation bei Typhus).
Proca 248 (Tuberkelbacillenwirkung).
Prochownik 475 (Tuberkulöser Mastdarmpolyp).
Prutz 117 (Ersatz des Sphincter ani).
Pupovac 451 (Halsteratom).
 — 991 (Kavernöse Muskelgeschwülste).
Putnam 873 (Hyperostosis cranii).
Prym 877 (Kieferknochengeschwülste).

Quahoubian 1165 (Fibrom der Blase).
Quénu 380, 1221, 1232 (Mastdarmkrebs).
 — 608 (Eventration).
 — 1157 (Tuberkulöse Epididymitis).
de Quervain, F. 1* (Fremdkörpertuberkulose des Peritoneums).

Radestock 1245 (Narkose).
Raffa 653 (Radikaloperationen von Brüchen).
Rajewski 1147 (Katgutsterilisation).
Ramserger 735 (Unterschenkelbrüche).
Ramsay 1113 (Hepatopexie).
v. Ranke 1195 (Lumbalpunktion).
Rapin 342 (Blutstillung).
Rasch 150 (Papillomatosis cutanea et vesicalis).
 — 359 (Elephantiasis).
 — 852 (Handmissbildungen).
 — 890 (Venerische Geschwüre).
 — 1022 (Blasenspalte).
Rasumowsky 869 (Nasen-Rachenpolypen).
Raugé 1351 (Laryngocele ventricularis).
Reclus 1184 (Transplantation).
Rehn 56 (Herzwunden).
Reichel 9 (Operationen-Nachbehandlung).
Reichenbach 764 (Staphylococcus pyogenes aureus).
Reichold jun. 926 (Leberechinococcus).
 — 1247 (Infiltrationsanästhesie).
Rein 1156 (Hydrocele).
 — 1213 (Epilepsie).
Reinbach 944 (Sublinguale Geschwülste).
 — 1127 (Hämorrhoiden).
Reinecke 528 (Operationstisch).
Reiner 442 (Blutcirculation im Gehirn).
Reinert 1270 (Traumen der Brustorgane).

Reinhardt 13 (Knochensarkome).
Rembold 1348 (Lumbalpunktion b. Meningitis).
Remlinger 549 (Erb'sche Lähmung).
Rémy 758 (Perforation des Blinddarmes).
Renkali 830 (Dickdarmkrebs).
Renshaw 1299 (Intussusception).
Réthy 271 (Nasenoperationen).
Reuter 69, 1253 (Jodoformin und Jodoformol).
Reverdin 204, 673 (Schwefelsaures Natron b. Blutungen).
 — 1091 (Multiple Abscesse b. Grippe).
Reynier 921 (Appendicitis).
 — 1109 (Gallensteinoperationen).
 — 1174 (Knochtuberkulose).
Reyt 1189 (Phlebitische Gangrän).
Ribary 260 (Rhinitis sicca).
Ribbert 39 (Entstehung d. Geschwülste).
Riborg 868 (Rhinitis).
Richardson 12 (Torticollis spasm.).
 — 1324 (Nierenverletzungen).
Richelot 1158 (Hysterectomy abdominalis).
 — 1269 (Tracheotomie).
Richerolle 170 (Lungenchirurgie).
Richter 54 (Jodmedikation).
Riedel 52 (Kiemengangfistel).
 — 55 (Strumitis).
 — 290 (Basedow'sche Krankheit).
 — 375 (Anleitung z. Operiren).
 — 700 (Gallensteinkrankheit).
Rieder 114 (Mastdarmstrikturen).
Riedinger 273* (Knochenbildung).
 — 434* (Fußdeformitäten).
 — 851 (Spalthand).
 — 1251 (Werth d. Finger).
Riegner 993 (Tuberkulöse Entzündung).
Rille 45 (Bartholinitis u. Leistendrüsen).
 — 146 (Bubonenätiologie; Hautaktinomykose).
Ripault 352 (Empyem des Sinus maxillaris).
 — 1069 (Gaumenfistel).
Rissler 832 (Querdarmerweiterung).
 — 969 (Prostatahypertrophie).
Rissmann 317 (Peritoneale Plastik).
Risso 1345 (Prurigo Hebrae).
Ritchie 607 (Osteomalacia carcinomatosa).
Rixford 964 (Neuropathischer Hautbrand).
Roberts 1249 (Radiusbruch).
Robinson 905 (Absorptionskraft des Bauchfells).
 — 1326 (Harnleiterchirurgie).
Robinson, B. 48 (Syphilitische Gelenkleiden).
Robson 1296 (Bauchverletzungen).
Rochard 449 (Sequester in der Nase).
 — 1180 (Unterschenkelbrüche).
Rochet 228 (Blasenschnitt).
Rochs 314 (Operationskurs).
Roesing 978 (Nephropexie).
Roger 711 (Leberabscess).

- Rohrbach 609 (Hirnerweichung).
 Rollet 927 (Leberechinococcus).
 Romme 46 (Tripperrheumatismus).
 — 797 (Blasenschnitt).
 Róna 794 (Para-urethrale Gänge).
 — 1094 (Urticaria).
 Roncali 886 (Krebsheilserum).
 Roos 20 (Schilddrüse).
 Rosa 662 (Dick- u. Dünndarmresektion).
 Rose 357 (Prostatahypertrophie; Fibula-
 defekt; Misshandlung durch Nacken-
 stöße).
 — 358 (Verengung der Lufttröhre).
 — 517 (Urinabfänger).
 — 860 (Starrkrampf).
 — 1322 (Cystoskopie).
 Rosenbaum 118 (Enchondrome am
 Oberschenkel).
 Rosenberg 119 (Fußtuberkulose).
 — 615 (Kehlkopfpapillome).
 — 1343 (Kropf).
 Rosenthal 54 (Erytheme b. Syphilis).
 — 138 (Pempiguslehre).
 — 1024 (Gebärmuttermyome).
 — 1123 (Traumatische Neurosen).
 v. Rosenthal 926 (Lebergeschwulst).
 Roser 852 (Angeborene Hüftverrenkung).
 Rostowzew 760 (Magenschuss).
 Rotgans 478 (Echinococcus zwischen
 Blase und Mastdarm).
 Roth 941 (Hirngeschwulst).
 Rotter 604 (Blasencarcinom).
 Routier 208 (Tuberkulöse Cystitis).
 — 528 (Pyelonephritis).
 — 1108 (Gallensteinoperationen).
 — 1229 (Darmresektion).
 de Rouville 807 (Prostatahypertrophie).
 Roux 1019 (Perityphlitis).
 Rovsing 385 (Tuberkulöse Knochen u.
 Gelenkleiden bei Kindern).
 — 1162 (Nierenresektion).
 — 1167 (Hodensarkom).
 Roxburg 583 (Akromegalie).
 Rudnew 640 (Aktinomykose).
 Ruge 137 (Leistendrüsenentzündung).
 — 485 (Präparirübungen).
 — 672 (Schleich'sche Anästhesie).
 — 1337 (Lichen tropicus).
 Rumpel 988 (Speiseröhrenverweiterung).
 Rumpf 805 (Diphtherie mit Behring's
 Heilserum; Krankenhausbericht).
 Ruotte 303 (Knöchelbruch).
 — 663 (Angiocholitis).
 Rushmore 71 (Appendicitis).
 de Ruyter 313 (Specielle Chirurgie).
 Rychliński 756 (Neubildungen des Ge-
 hirns).
 Rydygier 180 (Krebsserum).
 Sabanejew 1072 (Amputatio femoris).
 Sabourand 958 (Calvities).
 Sabrazès 452 (Kropf).
 Sacchi 1070 (Kehlkopfexstirpation).
 Sachs 97, 745 (Epilepsie).
 — 429 (Blasenphantom).
 Sachs 993 (Lähmungen).
 — 1272 (Tuberkulose von Nase und
 Kehlkopf).
 Sack 902 (Syphilis).
 Sackur 22 (Prostatahypertrophie).
 Saenger 778 (Basedow).
 — 870 (Sprachstörungen).
 — 995 (Anastomosierung zwischen N.
 rad. u. med.).
 — 1085 (Näseln).
 — 1250 (Nervenerkrankungen).
 Salinger 778 (Aneurysma d. Anonyma).
 Salomoni 629 (Prostatahypertrophie).
 Salzwedel 194 (Spiritusverbände).
 Samfirescu 727, 1180 (Osteoplastische
 Fußamputation).
 Samosch 453 (Schulterverrenkung).
 Samter 41 (Hasenschartenoperation).
 — 802 (Blasen-Scheidenfisteln).
 Samuel 1002 (Allgemeine Therapie).
 Sapeshko 747 (Gaumenbildung nach
 Kieferresektion).
 Sapiëjko 1260 (Uranoplastik).
 Sarremone 1196 (Nasenscheidewand-
 verbiegung).
 Sasse 680 (Brustdrüsenzysten).
 Sauer 705 (Prolaps eines Meckel'schen
 Divertikels).
 Saul 155, 160, 494 (Katgut).
 Schäffer 143 (Bakterienfärbung).
 — 158, 493 (Katgut).
 — 703 (Bauchschusswunden).
 Schally 503 (Aneurysmenbehandlung).
 Schamschin 685 (Arrodirung d. Carotis
 comm.).
 Schanz 28 (Wirbelsäulendeformität).
 — 450 (Meningocele spuria traum.
 spinalis).
 — A. 1001* (Skoliosenmessung).
 — 1071 (Multiple Kontrakturen).
 Scharff 518 (Anästhesierung der Harn-
 weg).
 Schauta 1024 (Ovariectomie).
 Scheier 595 (Röntgenstrahlen i. d. Rhino-
 Laryngologie).
 — 755 (Schädelschuss).
 Scheller 301 (Lux. humeri erecta;
 Halsrippe).
 — 367 (Brustschuss).
 Schenk 479 (Tuberkulose der äußeren
 weibl. Geschlechtsteile).
 Scheppegrell 1059 (Kehlkopftuber-
 kulose).
 Scherer 1252 (Malignes Ödem).
 Scheube 359 (Elephantiasis).
 Scheven 78 (Neurome).
 Schiff 131 (Filmogen).
 Schiller 474 (Darmoperationen).
 Schilling 735 (Knieverjauchung bei
 Lungentuberkulose).
 Schimmelbusch 163 (Eitrige Wund-
 infektion d. Kaninchen).
 Schindler 114 (Blutungen i. d. Rücken-
 markshäute).
 Schischa 898 (Bubonen).

- Schjerning 251 (Skiaskopie).
 Schleih 466 (Glutol und Amyloform).
 Schleicher 1197 (Ozaena).
 Schlesinger 11 (Sanoform).
 Schmidt 259 (Nasenscheidewandunregelmäßigkeiten).
 — 321 (Unterleibsbrüche).
 Schmiegelow 270 (Osteomyelitis des Oberkiefers).
 — 880 (Adenoide Vegetationen).
 — 1060 (Kehlkopfkrebs).
 Schmey 947 (Syngomyelie).
 — 1299 (Prolapsus ani).
 Schneider 751 (Diagnostik d. Magenkrankheiten).
 Schnitzler 442 (Blutcirculation im Gehirn).
 Schönwerth 83 (Magenkrebs).
 Schrader 823 (Appendicitis mit Torsion einer Parovarialcyste).
 — 926 (Lebergeschwulst).
 Schreiber 829 (Fremdkörper im Magen).
 Schröter, P. 373* (Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen).
 Schubiger 852 (Sklerodaktylie).
 Schuchardt 239 (Blasengeschwülste).
 — 480 (Paravaginale Operationen).
 Schüller 687, 688 (Fremdkörper in der Speiseröhre).
 — 723 (Gonorrhoeische Gelenkentzündung).
 — 1254 (Gelenkrheumatismus).
 af Schultén 214 (Darmchirurgie).
 — 283 (Knochenhöhlenfüllung).
 — 566 (Osteomyelitis d. Oberschenkels).
 — 922 (Bauchbrüche).
 Schulthess 49 (Skoliose).
 Schultz 1268 (Krup).
 Schulz 827 (Eitrige Bauchfellentzündung).
 — 938 (Basedow).
 Schulze 904 (Lungenembolie).
 — 1047 (Gesichtslupus).
 Schürmayer 846* (Luxation d. Streckersehne des Mittelfingers).
 Schuster 1309 (Gonorrhoe).
 Schütz 604 (Pendelapparate).
 — 694 (Lupus erythematosus).
 — 1324 (Nierenverlagerung).
 Schwab 820 (Mastdarmpolypen).
 Schwalbach 297 (Nervenerkrankungen nach Traumen).
 Schwalbe 171 (Lungenchirurgie).
 — 526 (Nierenverlagerung).
 Schwartz 996 (Luxation des N. uln.).
 — 1107 (Gallensteinoperationen).
 Schwarz 82 (Sanduhrmagen).
 — 362 (Hydrocephalocele).
 — 827 (Eitrige Bauchfellentzündung).
 — 875 (Trigeminusresektion).
 — 878 (Gesichtsaktinomykose).
 — K. 476 (Prostat hypertrophie).
 — V. 476 (Prostat hypertrophie).
 Schwendt 879 (Choanenverschluss).
 Schwertzel 1121 (Röntgenstrahlen).
 Schwimmer 142 (Zungenerkrankungen).
 Sebileau 748 (Appendicitis).
 Secchi 78 (Blastomyceten bei Keloïd-acne).
 Sée 533 (Gonococcus).
 Seefisch 1209 (Resektion der Flexura coli dextra wegen Krebs).
 Seganti 927 (Cholecystitis).
 Segond 720 (Gebärmutterexstirpation).
 Seiffert 850 (Luxationen).
 — 1327 (Harnleiterchirurgie).
 Selberg 965 (Hautcanroid).
 Seldowitsch 499* (Myxödem nach Entfernung d. Struma accessoria baseos linguae).
 Selenski 43 (Krebsbehandlung).
 Sematzki 1165 (Blasenschnitt b. Blasen-Scheidenfisteloperation).
 Semianski 1344 (Cysticerken d. Haut und Muskeln).
 Senator 733 (Intermittierende Gelenkwassersucht).
 Sandler 711 (Pankreaschirurgie).
 Sendziak 1060 (Kehlkopfkrebs).
 Senn 1312 (Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane).
 Serapin 615 (Kropfbehandlung).
 Séraud 611 (Epitheliom der Parotis).
 Serbanesco 838 (Störungen des Wachstums).
 Serenin 1160 (Nephrorrhaphie).
 Sergi-Trombetta 1124 (Radikaloperation bei Leistenbruch u. Hodenektomie).
 Settegast 845* (Gewichtsextensionsapparat).
 Severeanu 525 (Blasensteine).
 Sevestre 514 (Tracheotomie).
 Sewerin 1071 (Lungenabscesse).
 Seydel 1212 (Schädel- und Hirnverletzungen).
 Sheppard 270 (Mastoiditis u. Diabetes).
 Sherman 885 (Knochentuberkulose).
 Siek 995 (Anastomosierung zwischen N. rad. und med.).
 Siegel 1228 (Funktionelle Operationsfolge am Magen).
 Siegert 627 (Diphtherieheilserum u. d. Nieren).
 Sieven 1094 (Merkurialerkrankung).
 Silber 465 (Salubrol).
 Silex, P. 46 (Kongenitale Lues).
 Silvestrini 1089 (Hämorrhagische Infektionen).
 Simon 395 (Radikaloperation von Hernien).
 Simpson 1226 (Duodenalgeschwür).
 Sirleo 395 (Darminvagination).
 Slomann 1063 (Empyembehandlung).
 — 1067 (Sterilisationsapparat).
 Smith 112 (Wirbelcaries).
 Socin 681 (Jahresbericht).
 Sokolow 181 (Gelenkleiden bei Syngomyelie).
 — 399 (Epiphysenlösung).

- Sonnenburg 114** (Mastdarmstrikturen).
 — 295 (Mastdarmstrikturen; Entzündungen und Tumoren der Ileocoecal-
 - gegend).
 — 1020, 1110 (Perityphlitis).
 — 1137 (Lungenchirurgie).
Solomovici 727 (Osteoplastische Fuß-
 - amputation).
Soloweitschik 607 (Chloroform).
Sorel 752 (X-Strahlen).
Sotow 828 (Perforationsperitonitis).
Souchon 107 (Schulterankylose).
Southam 478 (Prostatat hypertrophie).
Spencer 1254 (Schlüsselbeinbruch).
Spengler 303 (Fußtuberkulose).
 — 1266 (Parachlorphenol).
Spiegel 964 (Follikulitis).
Spiegler 697 (Eczema marginatum).
 — 1338 (Trichorrhexis nodosa).
Spietschka 559 (Mikrosporon furfur).
 — 1309 (Gonorrhoe).
Spitzer 1344 (Geschwulstbildung).
Sprengel 121* (Jodoformkalomel in der
 - Behandlung von Höhlenwunden).
 — 1140 (Hüftgelenksresektionen).
Springer 838 (Wachstumsstörungen).
Spronck 1239 (Venöse Stauung gegen
 - infektiöse Prozesse).
Srebrny 272 (Sykose der Oberlippe).
Sriba 1048 (Endotheliome).
Ssalistschew 651 (Blasenbrüche).
Stabel 1209 (Hämatome).
 — 1211 (Krebs d. Ductus choledochus).
 — 1343 (Jodothyryl und Thyraden).
Stacke 349 (Freilegung der Mittelohr-
 - räume).
Staffel 1021 (Spondylitis).
 — 1250 (Plattfußstiefel).
Stark 1311 (Syphilis).
Steckmetz 428 (Peniskrankheiten).
Stein 1323 (Blasensteinoperationen).
Steinbrügge 269 (Cholesteatom des
 - Schläfenbeins).
Steiner 149 (Pigmentsarkom).
 — 822 (Polycystische Degeneration d.
 - Nieren u. d. Leber).
Steinschneider 887 (Gonorrhoe).
Steinthal 1290 (Leistenbrüche).
Stepp 1318 (Erkrankungen nach Eisen-
 - bahnunfällen).
Stern 178* (Phalanxersatz durch Osteo-
 - plastik).
Sternberg, J. 305* (Rektovaginalschnitt
 - bei Mastdarmoperationen).
Steudel 662 (Atresia ani).
 — 1281* (Mechanik d. Fußgewölbes).
Stewart 86 (Mastdarmstriktur).
 — 778 (Aneurysma der Anonyma).
Stialin 989 (Nabelfistel).
Sticker 1340 (Lepra).
Stieglitz 268 (Hirngeschwülste).
Stierlin 519 (Hoher Blasenschnitt).
Stinson 652 (Radikaloperation von
 - Brüchen).
 — 1014 (Nephropexie).
Stoll 584 (Bicepsriiss).
Stolper 592 (Geiststörungen nach
 - Kopfverletzungen).
 — 1044 (Traumatische Rückgratsblu-
 - tungen).
Störk 182 (Tracheotomie).
Strauch 211 (Magengeschwür).
v. Stubenrauch 226 (Festigkeit, Elasti-
 - cität der Harnblase).
Stüve 135 (Pemphigus vegetans).
Sudeck 807 (Hydronephrosen).
Sulzer 563 (Muskelatrophie).
Suvara 334 (Anastomosennknopf).
Svensson 654 (Mastdarmkrebs).
Sysak 1228 (Zweimaliger Vorfall der
 - Baucheingeweide).
Szumlański 756 (Kalkkonkremente im
 - Ohr).
Tachard 998 (Pseudarthrose).
Talamon 757 (Perityphlitis).
 — 817 (Appendicitis).
Tandler 560 (Pityriasis rosea).
Tarnowsky 893 (Syphilis).
Taruffi 856 (Metatarsalgie).
 — 1000 (Morton'sche Krankheit).
Taylor 843 (Eingewachsener Nagel).
 — 914 (Mastdarmkrebs).
Tédénat 209 (Orchidopexie).
Témoin 234 (Gebärmuttermyome).
Termet 1022 (Cavum Retzii).
Terrier 51 (Chirurgie der Pleura pul-
 - monalis).
 — 73, 381 (Leberverletzungen).
 — 171 (Lungenchirurgie).
 — 476 (Leberechinococcus).
 — 1291 (Wanderleber).
 — 1302 (Gastrocystenterostomie).
Thiem 114 (Erkrankungen der Rücken-
 - marksubstanz).
 — 136 (Schenkelhalsbruch).
 — 302 (Beckenbruch).
 — 1251 (Gynäkologische Unfallfolgen).
Thilo 675 (Übungen).
 — 990 (Krücken).
 — 1185 (Nervenerkrankungen).
Thomalla 466 (Glutol u. Amyloform).
Thomas 56 (Thyrotomie).
 — 453 (Tracheotomie).
 — 1214 (Hirngeschwulst).
Thomas-Thomescio 538 (Dermatose).
Thomson 81 (Magengeschwür).
 — 1300 (Echinokokken).
Thorn 251 (Ganglien).
 — 604 (Leistenbubonen).
 — 1320 (Bubonen).
Thost 515 (Trachealkanülen).
Tichow 943 (Nasen-Rachenpolyp).
Tietze 796 (Blasenspalte).
 — 1299 (Heus).
Tiffany 444 (Trigeminusresektion).
Tilger 683 (Silbersalze).
Tillery 210 (Bauchwunden).
Tilmann 635 (Klinischer Bericht).
Timmer 1266 (Krup).

- Tixier 302 (Radialislähmung).
 Todd 132 (Lepra).
 Toldt 1097 (Anatomischer Atlas).
 Tommasoli 1080 (Seruminjektionen bei Verbrennungen).
 Töpfer 1093 (Xanthoma tuberosum).
 de la Tourette 388 (Klumpfuß).
 Touton 145 (Neurodermitis).
 Trapp 110* (Kopftetanus, geheilt mit Antitoxin Tizzoni).
 — 654 (Verletzungen von Unterleibsorganen).
 — 1186 (Rückenmarkschirurgie).
 Trautenroth 627 (Smegma- und Tuberkelbacillen).
 — 927 (Cholangitis und Cholecystitis).
 Treer 1276 (Brustwunden).
 Treillet 1275 (Verrenkung des Brustbeins).
 Tricomi-Morello 80 (Aortenaneurysma).
 — 649 (Gastrostenoplastik).
 Trinkler 399 (Achillodynie).
 Trofimow 1192 (Wladimirow-Mikulicz'sche Operation).
 Trojanow 215 (Subphrenischer Abscess nach Leberzerreißung).
 Troje 1138 (Operation multipler tuberkulöser Dünndarmatenosen).
 Trzebicky 965 (Dermoideysten).
 Tscherniechowski 85 (Spontane Darmabstoßung).
 Tscherning 1068 (Instrumentenbehandlung).
 Tschmarke 743 (Verbrennungen).
 Tubby 1274 (Streckung des Pott'schen Buckels).
 Tuffier 206 (Pneumotomie bei Lungenechinococcus).
 — 526 (Hydronephrose).
 — 527 (Nierentuberkulose).
 — 707 (Magenchirurgie).
 — 971 (Blasenexstirpation).
 — 1017 (Lungenchirurgie).
 — 1023 (Nierentuberkulose).
 — 1039 (Nierenoperationen).
 — 1107, 1118 (Operationen b. Gallensteinen).
 Turazza 968 (Prostatahypertrophie).
 Turner 602* (Gips-Hanf schienen).
 Tyrrell 55 (Gonorrhoeische Gelenkentzündung).
 Ucke 863 (Erysipel).
 Ullmann 144 (Trichophytie).
 — 664 (Chirurgie der Gallenwege).
 — 831 (Herniotomie).
 Unna 54 (Piedra nostras).
 — 766 (Paraplaste).
 — 1081 (Trichophytonpilze).
 — 1341 (Filmogen).
 Urquhart 270 (Mastoiditis und Diabetes).
 D'Urso 397 (Lebergeschwülste).
 — 414 (Eierstocksgeschwülste).
 D'Urso 432 (Hydrocele spermatica).
 — 655 (Bauchfelltuberkulose).
 — 754 (Impftuberkulose der Hand).
 Vallas 302 (Osteomyelitis).
 — 583 (Amputation der oberen Gliedmaßen).
 — 611 (Epitheliom der Parotis).
 — 612 (Aneurysma der Carotis).
 Vámosy 866 (Anäsin).
 Vanderlinden 1280 (Basedow).
 Vanverts 381 (Leberverletzungen).
 — 452 (Tracheotomie).
 — 750 (Perforationsperitonitis bei Typhus).
 — 853 (Oberschenkelknochenbruch).
 Vaughan 1072 (Aneurysma der Art. femoralis).
 Vedel 466 (Salzlösungsinfusionen).
 Veis 597 (Lakunäre Mandelerkrankungen).
 Vestberg 900, 901 (Deciduoma malignum).
 Vilcoq 472 (Magenkrebs).
 Villard 452 (Tracheotomie).
 Vincent 472 (Spitalbrand).
 Vinci 626 (Eukaïn).
 Vitrac 946 (Kropfcysten).
 Vollbrecht 230 (Hydrocele bilocularis intraabdominalis).
 Vollmer 537 (Syphilis).
 — 1081 (Bäderkuren).
 de Voogt 679 (Schilddrüse).
 Voswinkel 966 (Dilatationsverweilkatheter).
 — 1277 (Empyem).
 Vujić 476 (Prostatahypertrophie).
 Vulpius 120 (Pes malleus valgus).
 — 700* (Technik der Korsettherstellung).
 — 935 (Traumatische Wirbelentzündung).
 — 990, 1139 (Celluloseverwendung in der Orthopädie).
 — 999 (Sehnentransplantation).
 — 1129 (Calot'sche Kyphose).
 — 1140 (Lähmungsdeformitäten des Fußes).
 — 1202 (Spondylitis).
 — 1257* (Redressement des Gibbus).
 Wachenhusen 13 (Wirbelresektion).
 Wachsmann 254 (Heftklammern).
 Wälich 541 (Trichophytosis).
 Waelsch 696 (Hyphomycosen; Pleomorphismus der Schimmelpilze).
 — 1091 (Infektiöse Hautangrän).
 Waganow 1153 (Erweiterung der Harnröhre).
 Wagner 632 (Grenzen der Nierenexstirpation).
 Walker 177 (Zerreißung der Quadricepssehne).
 Walliczek 879 (Nasenscheidewandpolypen).

- Walter 238 (Harnblasenzerreißung).
 — 340 (Bösartige Geschwülste).
 — G. Th. 771* (Hydroparasalpinx in einer Hernia inguinalis externa).
 Walther 633 (Leberabscesse).
 — 734 (Traumat. Oberarmepiphyseentrennung).
 Walton 12 (Torticollis spasm.).
 Walz 840 (Verletzungen des Kniestreckapparates).
 Wanach 759 (Perforationsperitonitis bei Typhus).
 — 1188 (Schultergürtelentfernung).
 Wardle 87 (Cholecystotomie).
 Warneck 656 (Bauchfelltuberkulose).
 Waterhouse 579 (Chloroformanästhesie).
 Watjoff 584 (Intra-uterine Knochenbrüche).
 Weber 69 (Oesophagotomia interna).
 — 784 (Nierensteine).
 — 801 (Phlegmonöse Perivaginitis).
 Weil 1296 (Bauchverletzungen).
 Weiland 212 (Angeborener Darmverschluss).
 Weill 878 (Noma).
 Weir 211 (Magengeschwür).
 — 987 (Hallux valgus).
 v. Weismayr 614 (Sklerom der Luftwege).
 Weissgerber 1215 (Sinusthrombose).
 Weissenstein 1261 (Rachentuberkulose).
 Welander 536, 1310 (Syphilis).
 Weljaminow 83 (Radikale Bruchoperation).
 Werckmeister 200 (Mastdarmstriktur).
 Werler, O. 45 (Behandlung der Blennorrhoe).
 Werner 891 (Syphilis).
 Westberg 147 (Pemphigus).
 Wichmann 947 (Syringomyelie).
 Vidal 454 (Schleimbeutelentzündung unter dem Deltoideus).
 Widenmann 1068 (Kriegschirurgisches).
 Wiener 1285 (Traumatische Knochen- und Gelenktuberkulose).
 Wikerhauser 397 (Leberzerreißung).
 — 528 (Sarkom der Adnexe).
 — 712 (Laparotomien).
 — 827 (Eitrige Bauchfellentzündung).
 — 1227 (Bauchfelltuberkulose).
 — 1304 (Ileus).
 Wildt 505* (Gaumenersatz nach Oberkieferresektion).
 Willett 1173 (Äthernarkose).
 Williams 332 (Appendicitis).
 — 1071 (Schussverletzung d. Herzens).
 Wilms 831 (Duodenumenge).
 Winckler 736 (Schnentransplantation).
 Witte 782 (Harnsteine).
 Wixel 608 (Gehirnblutung).
 Woinitsch-Sjanoschenski 1271 (Perikardotomie).
 Wolff 278 (Funktionelle Pathogenese d. Deformitäten).
 Wolff 439 (Skiaskopie).
 — 572 (Hasenschartenoperationen).
 — 574 (Gaumennaht; Strumektomie bei Morbus Basedowi).
 — 576 (Arthrolisis cubiti).
 — 577 (Hüftgelenkluxation).
 — 959 (Katheterasepsis).
 — 983 (Statische Beziehungen zwischen Becken und unterer Extremität).
 — 1168 (Eierstockcyste).
 — 1286 (Gelenkresektion).
 — O. 185* (Operationsverfahren bei ausgedehnter Beckencaries n. Coxitis. Exartikulation des Oberschenkels mit der zugehörigen Beckenhälfte).
 Wölfler 1052 (Operationshandschuhe).
 Wolters 1008 (Quecksilberinjektionen).
 Woltersdorf 616 (Hauttuberkulose).
 Wolynzew 193 (Asbest-Verbandstoff).
 Woolsey 1175 (Massage der Knochenbrüche).
 — 1214 (Epilepsie).
 Wörz 1020 (Epithelcysten).
 Woskressenski 119 (Lipoma arborescenz tuberculosum).
 Wossidlo 518 (Anästhesierung d. Harnwege).
 — 1313 (Harnröhrenstriktur).
 Wright 1299 (Intussusception).
 Wrzesniowski 266 (Chirurg. Behandlung von Hirnkrankheiten).
 Wunder 994 (Gangrän d. Thoraxweichtheile).
 Wunsch 118 (Abriss der Quadricepssehne).
 Wwedenski 1255 (Arteriitis obliterans).
 Wyeth 117 (Schulter- und Hüftexartikulation).
 — 997 (Oberschenkelexartikulation).
 Yvert 1296 (Bauchverletzungen).
 Zabudowsky 1047 (Massage).
 Zachrisson 32 (Blasendivertikel).
 Zagaro 81 (Laparotomie).
 Zahradnicky 1251 (Bakteriologisches).
 v. Zajontschkowski 57* (Bakteriologische Untersuchungen der Silbergaze nach Dr. Crédé).
 — 434 (Dr. Beyer's Aufsatz über Silbergaze).
 Zangemeister 765 (Röntgenstrahlen).
 — 801 (Periorchitis).
 Zarubin 552 (Schilddrüsenpräparate).
 Zaudy 262 (Tuberkulose der Alveolarfortsätze).
 Zehnder 241* (Verbiegung d. Schenkelhalses).
 Zeidler 783 (Nierenzerreißung).
 v. Zeissl 1316 (Blasenverschluss).
 Zeller 1347 (Osteoplastische Schädel-lückendeckung).
 Zenker 551 (Angeborene Hüftverrenkung).
 Zenoni 502 (Streptokokken).

- Ziegler** 503 (Stichverletzung der Arteria subclavia).
 — 928 (Pankreascysten).
 — 942 (Echinococcus der Orbita).
 — 1092 (Alopecia congenita).
 — 1188 (Stichverletzungen).
Ziehl 941 (Hirngeschwulst).
Ziematzky 103 (Gelenktuberkulose).
Zinn 678 (Kehlkopftuberkulose).
Zondek 825 (Deciduoma malignum).
v. Zoega-Manteuffel 116 (Bruch des Ellbogengelenks).
 — 553* (Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis).
Zuckerkancl 237 (Tödliche Harnröhrensondierung).
Zurakowski, W. 55 (Krebs des Zäpfchens).
Zydlowicz 889 (Gonorrhoe).
-

Sachverzeichnis.

Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 28, welche den Bericht über den XXVI. deutschen Chirurg-Kongress enthält.

- Abdominalhernien** 1042 (*Lukas-Cham-pionnière*).
Abhäutung der Blutgefäße 342 (*d'Anna*).
Abkühlung und Infektion 1076 (*Fischl*).
Abscess im Gehirn 1113 (*Gradenigo*).
 — im Hirn 362 (*Grunert*).
 — der Lunge 950 (*Kijewski*), 1033 (*Bushnell*), 1071 (*Sewerin*).
Abscesse im Hirn 1212 (*Boppe*), 1213 (*Czapliński*).
 — der Leber 663 (*Walther*), 711 (*Peyrot, Roger*), 1301 (*Flexner*).
 — kalte am Brustkorb 517 (*Marmariau*).
 — multiple, der Grippe 1091 (*Reverdin und Buscirlet*).
 — operirte, offengehalten durch Draht-haken 461* (*E. Braatz*).
 — peritracheolaryngeale 169 (*Massi*).
 — retrolingualer 614 (*Nodet*).
 — subphrenische 197 (*Beck*), 215 (*Trajanow*), 821 (*Körte*), 1228 (*Grünbaum*).
Absorptionskraft des Bauchfells 905 (*Robinson*).
Acanthosis nigricans 1082 (*Couillaud*).
Achillessehnenzerreißung 177 (*Gersuny*).
Achillodynie 399 (*Trinkler*).
Adenom der Nieren 1163 (*Albarran*).
 — der Schilddrüse 615 (*Meyer*).
Adnex-Sarkom 528 (*Wikerhauser*).
Ather und Chloroform 316 (*Babacci, Bebi*).
Äthernarkose 1173 (*Willett*).
After, künstlicher, bei Colica mucosa 1143 (*Franke*).
Ähre in den Luftwegen 780 (*Bogoras*).
Airol 538 (*Loebowitz*), 1253 (*Goldfarb*).
Airolpaste 765 (*Bruns*).
Akromegalie 583 (*Bozburgh, Collis*).
Aktinomykose 640 (*Rudnew*), 780 (*Jakowski*).
 — des Gesichts 1349 (*Kuschew*).
 — der Haut 580 (*Kozerski*).
 — der Leber 114 (*Boari*).
Aktinomykosis faciei 878 (*Schwarz*).
Albuminurie 519 (*Harrison*).
Alkoholinfektion 624 (*Epstein*).
Allgemeininfektion, gonorrhoeische 1079 (*Aman*).
Alopecia 151 (*Heuss*).
 — areata 147 (*Galewsky*).
 — congenita 1092 (*Ziegler*).
Aluminiumdraht zur Blutstillung 744 (*O'Neill Kane*).
Alveolarfortsatz, Tuberkulose des 262 (*Zaudy*).
Amphibienlarven, Verwachsungsversuche mit 1099 (*Born*).
Amputatio colli femoris 1169* (*F. Franke*).
 — femoris 1072 (*Sabanejew*).
 — intercondylica 293 (*Jacobson*).
 — sub talo 1223* (*C. Bayer*).
Amputation des Fußes 1180 (*La Bonnardière, Samfirescu*).
 — der oberen Gliedmaßen 583 (*Vallas*).
Amputationsstümpfe 833* (*Bier*).
Amputationstechnik 176 (*Chaput*).
Amyloform 10 (*Longard*), 466 (*Schleich, Thomalla, Classen, Longard*).
 — und Dextroform 887 (*Bongartz*).
Anäsin 866 (*Vámosy*).
Anästhesie 1332 (*Hanke*), 1334 (*Braatz*).
 — Schleich'sche 672 (*Ruge*).
Anästhesirung d. Harnwege 518 (*Scharff, Wossidlo*).
Anastomose der Harnleiter 961 (*Bovée*).
Anastomosenerweiterungen und Resektionen am Nahrungskanal 924 (*v. Eiselsberg*).
Anastomosennopf 334 (*Suvara, Graff*), 335 (*Beaver*), 828 (*Deroque*), 829 (*Ciuti*), 1229 (*Ilagopoff*).
Anastomosirung zwisch. N. rad. u. med. 995 (*Sick u. Sänger*).
Anatomie, Handbuch der 1098 (*v. Bardeleben*).
 — pathol., Atlas der 315 (*Bollinger*).
 — topographische 486 (*Merkel*).

- Aneurysma der Anonyma 778 (*Stewart, Salinger*).
 — der Art. femoralis 1072 (*Vaughan*).
 — poplitea 998 (*Bartha*).
 — arteriae hepaticae 927 (*Hansson*).
 — vertebralis 181 (*Hufschmid*).
 — von A. und V. iliaca ext. 997 (*Korlowski*).
 — der Carotis 612 (*Berchoud, Vallas*), 880 (*Lyot, Petit*).
 — cirsoides des Kopfes 299 (*Chalot*).
 — der Femoralis 606 (*Nasse*).
 — am Halse 353 (*Guinard*).
 — des Truncus brachio-cephalicus 1176 (*Larrieu*).
 — tibiofibularis 569* (*Juvara*).
 — ossificans 735 (*Fick*).
 Aneurysmenbehandlung 503 (*Schally*).
 Angina Ludovici 1200 (*Gasser*).
 Angiocholecystitis 74 (*Longuet*).
 Angiocholitis 663 (*Ruotte*).
 Angiome multiple 580 (*Kopp*).
 — der Stimmbänder 168 (*Chiari*).
 Angiosklerose 557 (*Fraenkel*).
 Ankylose der Hüfte 533 (*Noty*).
 — des Kiefers 365 (*Baumgürtner*).
 Ano-rectalgonorrhoe 53 (*Jullien*).
 Anomalie d. Art. ling. 945 (*Funke*).
 Anomalien d. Penis 408 (*Le Fort*).
 Anonyma-Aneurysma 778 (*Stewart, Salinger*).
 Antinosis 803 (*Dundore, Dix, Duke*), 804 (*Lilienthal*).
 Antisepticum, Itrol (Arg. citr.) 217* (*Credé*).
 Antistreptokokkenserum 165 (*Aronson*), 192 (*Mérieux, Niemann*), 578 (*Ballance, Abbot*), 1252 (*Edmunds*), 1253 (*Totiewktow*) 1334 (*Belfanti, Carbone*).
 Antitoxin Tizzoni, zur Heilung von Kopftetanus 110* (*Trapp*).
 Aorta abdominalis, Loch i. d. 1206 (*Neumann*).
 Aortaneurysma 80 (*Tricomi-Morello*), 497 (*Beyer*).
 Aorta- und A. pulm., Schussverletzung 1279 (*Perthes*).
 Aphonie, nervöse 56 (*Foiz*).
 Apparat für Gewichtsextension 845* (*Settegast*).
 — zum Urinauffangen 517 (*Rose*).
 Appendicitis 70 (*Bobruff*), 71 (*Rushmore*), 332 (*Williams*), 376 (*Goluboff*), 377 (*Beck*), 378 (*Gersuny*), 379 (*Foges*), 748 (*Sebileau*), 749 (*Legueu*), 817 (*Talamon*), 899 (*Middlesex-Hospital* (*John Murray*)), 906 (*Delbet*), 907 (*Karewsky*), 921 (*Hawkes, Reynier*), 1111 (*Jalaguier*), 1112 (*Fowler*), 1112* (*Köl liker*), 1227 (*Cole*).
 — mit Torsion einer Parovarialcyste 823 (*Schrader*).
 Argonin b. Tripper 130 (*Gutheil*).
 Armmissbildung 301 (*Commandeur*).
 Arrodring d. Carotis comm. 685 (*Scham-schin*).
 Arsenausschläge 957 (*Meneau*).
 Art. femoralis, Aneurysma 1072 (*Vaughan*).
 — ling., Anomalie d. 945 (*Funke*).
 — mamm. int., Verletzung 949 (*Hecker*).
 — poplitea, Aneurysma 998 (*Bartha*).
 — subclavia, Stichverletzung d. 503 (*Ziegler*).
 — Unterbindung d. 982 (*Michai-low*).
 — vertebralis, Aneurysma d. 181 (*Hufschmid*).
 — und V. iliaca ext., Aneurysma 997 (*Korlowski*).
 — poplitea, Schussverletzung 1181* (*Klemm*).
 Arteriennaht 608 (*Orlow*).
 Arteriitis obliterans 1255 (*Wwedenski*).
 Arthrolisis cubiti 576 (*Wolff*).
 Arthrotomie 457* (*P. Niehans*).
 Arthritis deformans coxae 1177 (*Maydl*).
 Arzneixantheme 1081 (*Hare*).
 Asbest-Verbandstoff 193 (*Wolynzew*).
 Asepsis bei Behandlung der Harnleiden 793 (*Kutner*).
 — d. Katheter 959 (*Levau, Wolff*).
 Aseptische Operationskissen 1146* (*P. Klemm*).
 Askariden 828 (*Sotow*).
 Atiologie d. Dupuytren'schen Kontraktur 1177 (*Hedges*).
 Atlas der pathol. Anatomie 315 (*Bol-linger*).
 — anatomischer 1097 (*Toldt*).
 — stereoskopischer 406 (*Neisser*).
 Atresia ani 662 (*Steudel*).
 — recti 1299 (*Elliot*).
 Augenhöhle, osteoplastische Freilegung der 737* (*Cohen*).
 Augenhöhlenverletzung 1348 (*Cramer*).
 Ausschaltung d. Darmes 1230 (*Obalinski*).
 — von Darmstrecken 1219 (*Campanini*).
 Autoplastik b. Tibiadefekt 145 (*v. Eisels-berg*).
 Autoskopie d. Nasen-Rachenraumes 167 (*Katzenstein*).
 Bacillus necrosans septicus 963 (*Guiz-zetti*).
 — pyocyaneus 763 (*Nüsseke*).
 — u. hämorrhagische Diathese 683 (*Finkelstein*).
 Bacterium coli 793 (*Melchior*).
 Bäderkuren 1081 (*Vollmer u. Aschoff*).
 Bakterien, Darmdurchlässigkeit für 748 (*Makletzow*).
 — i. d. Nasenhöhle 1086 (*Piaget*).
 — Resorption bei lokaler Infektion 4 (*Halban*).
 — in Wunden 1174 (*Boginski*).
 Bakterienfärbung 143 (*Schäffer*).
 Bakteriologisches 1251 (*Zahradnicki*).
 Bandisenverbände 1122 (*Port*).
 Bartholinitis und Leistendrüsens 45 (*Reille*).
 Basedow'sche Krankheit 205 (*Abadié*), 290 (*Riedel*), 367 (*Berndt*), 778 (*Saenger*),

- 938 (*Schulz*), 1262 (*Hämig*), 1280 (*Van-derlinden, de Buck*).
 Bauchbruch 760 (*Nable*).
 Bauchbrüche 922 (*af Schultén*).
 Bauechinokokken 384 (*Delbet*).
 Baueingeweide, zweimaliger Vorfall d. 1228 (*Sysak*).
 Bauchfell, Absorptionskraft 905 (*Robinson*).
 Bauchfellentzündung 60 (*Körte*).
 — eitrige 826 (*Graeve*), 827 (*Schwarz, v. Masek, Wikerhauser, Schulz*).
 Bauchfelloperationen 208 (*Monod*).
 Bauchfelltaschen, Einklemmung in inneren 784 (*Aschoff*).
 Bauchfelltuberkulose 320 (*Naumann*), 332 (*Condamin*), 645 (*Gatti*), 655 (*d'Urso*), 656 (*Margarucci, Warnek*), 1226 (*Nélaton*), 1227 (*Wikerhauser*).
 Bauchhöhle, Darminhalt i. d. 704 (*Askazy*).
 Bauchoperationen b. Kindern 1303 (*Eve*).
 Bauchquetschungen 644 (*Guinard*).
 Bauchschnitt 1207 (*Gessner*), 1289 (*Bantock*), 1328 (*Bois, Campbell*).
 Bauchverletzungen 318 (*Madelung*), 394 (*Lissjanski, Kijewski*), 702 (*Lotheissen*), 703 (*Schäffer, Dürfler*), 1296 (*Robson, Caillet, Millet, Weil, Yvert, Eude, Baur*), 1297 (*Powell*).
 Bauchwanddesmoide 80 (*Kramer*).
 Bauchwunden 209 (*Mendes*), 210 (*Tillery*).
 Bauchwundnaht 647 (*Haughey*).
 Becken u. untere Extremität, statische Beziehungen zwischen 983 (*Bähr, Wolff*).
 Beckenbruch 302 (*Thiem*), 398 (*Gerota*).
 Beckencaries, Operationsverfahren bei 185* (*O. Wolff*).
 Beckeneiterung 231 (*Doyen*), 233 (*Dela-génère*).
 Behandlung, chirurg. d. Magengeschwürs 66 (*Leube*), 69 (*Mikulicz*).
 — d. Knochentuberkulose 1174 (*Reynier*).
 Beinbrüche 855 (*Loew*).
 Beobachtungen, laryngo-rhinologische 1273 (*Baurowicz*).
 Bericht 502 (*Biondi*), 731 (*Kirmisson*).
 — klinischer 635 (*Tilmann*).
 Berichtigung 1096 (*Bühr*).
 Berufsgenossenschaft, Behandlung 1251 (*Golebiewski*).
 Bettnässen 23 (*Beztchinski*).
 Bicepsriss 550 (*Barsis*), 584 (*Stoll*).
 Blase, Ureter-Implantation i. d. 1221* (*F. Kayser*).
 Blasen- u. Nierenblutung 971 (*Guyon*).
 Blasenbruch 24 (*Holländer*).
 Blasenbrüche 651 (*Ssalitschew*).
 Blasendivertikel 32 (*Zachrisson*), 1164 (*Czerný*).
 Blasendrainage 238 (*Bloodgood*) 1163 (*Escat*).
 Blasenentzündung 795 (*Escat*), 1163 (*Noguès*).
 Blasenexstirpation 971 (*Tuffier*).
 Blasenfibrom 1165 (*Quahoubian*).
 Blasengeschwülste 239 (*Schuchardt*).
 Blaseninfektion durch den Katheter 129 (*Posner, Frank*).
 Blasenkrebs 604 (*Rotter*), 1165 (*Noguès*).
 Blasenleiden 23 (*Garceau*), 24 (*Fenwick*), 1165 (*Landau*).
 Blasenneubildungen 1156 (*Guyon*).
 Blasenoperationen 208 (*Pozzi*).
 Blasenphantom 429 (*Sachs*).
 Blasen-Scheidenfistel 734 (*Assaky*), 802 (*Samter*), 975 (*Bazy, Berger*), 1157 (*Martin*), 1327 (*Pintor*).
 — — — -Operation, Blasenschnitt b. 1165 (*Sematzki*).
 Blasenschnitt 228 (*Rochet, Durand*), 519 (*Stierlin, Bazy*), 797 (*Romm*), 970 (*Dassara*), 1165 (*Sematzki*).
 Blasenspalte 796 (*Tietze*), 962 (*Harrison*), 970 (*Tozzi*), 1022 (*Rasch*).
 Blasenspaltenoperation, modifizierte Trendelenburg'sche 953* (*C. F. A. Koch*).
 Blasenspülungen 1154 (*Noguès*), 1155 (*Pasteau*).
 Blasensteine 239 (*Finke*), 429 (*Donnadieu*), 525 (*Severeanu*), 1164 (*de Mendoza*).
 Blasensteinoperationen 1323 (*Stein*).
 Blasenverletzung 524 (*Partsch*), 970 (*Hegele*).
 Blasenverschluss 1316 (*v. Zeissl*).
 Blasenzerreißung 1164 (*Petit*).
 Blastomyceten 1236 (*Pelagatti*).
 — b. Keloïdakne 78 (*Secchi*).
 Blennorrhoe 44 (*Goldberg*), 580 (*v. Nott-hafft*).
 Blennorrhoebehandlung 45 (*R. Boltz, Werler*).
 Blinddarmbruch 197 (*Bérard*).
 Blinddarmpfektion 758 (*Rémy und Jeanne*).
 Blut im Harn 792 (*Donogány*).
 Bluteirkulation im Gehirn 442 (*Reiner, Schnitzler*).
 Blutcyste 612 (*Kaczanowsky*).
 — d. Halses 1274 (*Borman*).
 — d. Milz 1300 (*Bacelli*).
 Blutergelenke 113 (*Linser*).
 Bluterguss ins Gehirn, traum. 608 (*Borsuk, Witzel*).
 Blutgefäß-Abhäutung 342 (*d'Anna*).
 Blutstillung 342 (*Rapin*).
 — mit Aluminiumdraht 744 (*O'Neill Kane*).
 — durch Natr. sulfur. 673 (*Reverdin*).
 Blutung d. Blase u. Niere 971 (*Guyon*).
 — d. Harnröhre 1166 (*Kraus*).
 Blutungen i. d. Rückenmarkshäute 114 (*Schindler*).
 Blutvergiftung, Nieren b. 129 (*Klecki*).
 Bottini'scher Incisor 788* (*Freudenberg*).
 Bromäthyl 462 (*Pomeranzew*).
 — u. Chloroform 317 (*du Fougeray*).
 Bronchus, Fremdkörper i. 1278 (*Kollof-rath*).

- Bruch des Beckens 302 (*Thiem*).
 — d. Ellbogengelenkes 116 (v. *Zoege-Manteuffel*).
 — d. Fersenbeines 120 (*Ehret*).
 — d. Knöchel 184 (*Falcone*), 303 (*Ruotte*).
 — des Oberarms 1247 (*Peters*).
 — d. Penis 428 (*Miklaszewski*).
 — des Radius 176 (*Bühr*), 839 (*Cipriani*), 1249 (*Roberts*).
 — des Schenkelhalses 136 (*Thiem*).
 — d. Schlüsselbeins 1254 (*Spencer*).
 — des Schulterblatt Halses 1157 (*Lamin*).
 — d. Tibia 633* (*Briese*), 1191 (*Hartmann*).
 — traumatischer 1142 (*Lammers*).
 — d. Unterkiefers 667* (*C. Lauenstein*).
 — d. Zwerchfells 657 (*Marčelić*).
 Bruchbehandlung, ambulatorische 564 (*Hennequin*).
 Brucheinklemmung 210 (*Colle*), 759 (*Klemm*).
 Bruchheilung 208 (*Pouillet*).
 Bruchoperation, radikale 83 (*Weljaminow*).
 Brüche der Bauchwand 922 (af *Schultén*).
 — d. Blase 651 (*Szalistschev*).
 — des Kiefers 1049* (*F. Hansy*).
 — d. Kniescheibe 138 (*Heusner*), 547 (*Coulhon*).
 — d. Linea alba 650 (*Lennhoff*).
 — Radikaloperation v. 323 (*Duplay, Cazin*), 652 (*Stinson*), 653 (*Raffa*), 831 (*Link*), 1125 (*Fessler, Ludwig*), 1126 (*Minir, Platt*).
 — d. Radius 1064 (*Corson*).
 — der Schädelbasis 874 (*van Nes*).
 — i. Unterleib 650 (*Berger-Steiner*).
 — d. Unterschenkel 735 (*Ramsperger*), 1178 (*Hennequin*), 1180 (*Rochard*).
 — Verdauungsstörungen bei 1124 (*Kuttner*).
 — d. Wirbel 947 (*Gallandet*).
 — der Wirbelsäule 934 (*Poller*).
 Brustbeinverrenkung 1275 (*Treillet*).
 Brust-Chirurgie 50 (*S. Paget*).
 Brustdrüsenzysten 680 (*Sasse*).
 Brustdrüsen geschwulst 952 (*Arnold*).
 Brusthöhlen-Eröffnung 1270 (*McFadden Gaston*).
 Brustkorb, Abscesse, kalte, am 517 (*Marmariau*).
 Brustkrebs 173 (*Joerss*), 779 (*Beck*), 939 (*Gerota*).
 Brustmuskel-Echinococcus 994 (*Lecoeur*).
 Brustmuskel-Tuberkulose 994 (*Morestin*).
 Brustorgan-Traumen 1270 (*Reinert*).
 Brustschuss 367 (*Scheller*).
 Brustwand-Kontusionen, Herzstörungen n. 115 (*Düms*).
 Brustwand-Lymphangiome d. 952 (*Brazis*).
 Brustwunden 1276 (*Auban, Treer*).
 Bubonen 897 (*Bubovsky, Lehner*) 898 (*Schischa*), 1006 (*Perry*), 1007 (*Krefting*), 1312 (*Deutsch*), 1320 (*Thorn*).
 Bubonen-Ätiologie 146 (*Rille*).
 Calvities 958 (*Sabourand*).
 Canalis caroticus 766 (*Gruber*).
 Caput obstipum 52 (*Hildebrand*), 815 (*Kader*).
 Carbolgangrän 864 (*Lévai*).
 Cardia-Plastik 818 (*Bozzi*).
 Carotis, Aneurysma der 612 (*Berchoud, Vallas*), 880 (*Lyot, Petit*).
 — comm., Arrodirung d. 685 (*Scham-schin*).
 Cavum Retzii 1022 (*Termet*).
 Cellulose in der Orthopädie 990, 1139 (*Vulpinus*).
 Cephalohydrocele 874 (v. *Bergmann*).
 Chinin-Injektion 1149 (*d'Anna*).
 Chirurgen-Kongress, franz. 202.
 Chirurgie 67 (*Le Dentu, Delbet*), 500 (*Decoud*), 743 (*Park*).
 — allgemeine 66 (*Lossen*).
 — specielle 312 (*Albert*), 313 (*de Ruyter, Kirchhoff*), 1004 (*Leser*).
 — d. Dickdarms 1298 (*McGraw*).
 — b. Diphtherie 1032 (*Krukenberg*).
 — d. Gallenwege 86 (*Otto*), 664 (*Ullmann, Chaput*).
 — d. Halses 937 (*Bottini*).
 — d. Harnleiter 1326 (*Gerster, Robinson*), 1327 (*Seiffert, Mathes*).
 — der Leber und Gallenblase 1104 (*Langenbuch*).
 — der Lungen 1017 (*Tuffier*), 1137 (*Sonnenburg*).
 — der Nieren 798 (*Obaliński*), 974 (*Bräuninger*), 1325 (*de Puoli*).
 — des Rückenmarkes 1156 (*Trapp*).
 — der Wirbelsäule 366 (*Paronä*).
 Chirurgische Erkrankungen 588 (*Lejars*).
 — Tuberkulose 1149 (*Frassi*).
 Chloroform 607 (*Soloweitschik*).
 Chloroformanästhesie 579 (*Waterhouse u. Gibbs*).
 Chloroformtod 1079 (*Evans*).
 Choanenverlagerung 880 (*Bünninghaus*).
 Choanenverschluss 879 (*Schwendt*).
 Cholangitis u. Cholecystitis 927 (*Trautenroth, Seganti*).
 Cholecystitis 927 (*Trautenroth, Seganti*).
 — akute 1116 (*Fuchs*).
 — typhosa 1116 (v. *Dungern*).
 Cholecystoduodenostomie 1120 (*Delbet*).
 Cholecystotomie 87 (*Wardle*), 900 (*Middlesex-Hospital*).
 Choledochotomie 1119 (*Lejars*), 1120 (*Marcy*).
 Choledochussteine 201 (*Fenger*).
 Cholesteatom d. Schläfenbeines 269 (*Steinbrügge*).
 Chorditis vocalis 299 (*Kuttner*).
 Cocainanästhesie, regionäre 481* (*Braun*).
 Colica mucosa 1143 (*Franke*).
 Colostomie 832 (*Lehmann*), 1127 (*Chalot*).
 Colloidoma ulcerosum 143 (*Jarisch*).
 Cowper'sche Drüsen, Exstirpation d. 1010 (*Englisch*).

- Coxa vara** 134 (*Hofmeister*), 689* (*Borchard*), 1072 (*Fabrikant*), 1095 (*Müller*), 1189 (*Hermann*).
 — und Arthritis deformans coxae 1177 (*Maydl*).
Coxalgie 1047 (*Ménard*).
Coxitis 545 (*Gaudeffroy*, *Delagenière*).
 — Deformitäten nach 108 (*Hoffa*).
Cystadenoma papilliferum 1273 (*Plauth*).
Cysten d. Bauchspeicheldrüse 917 (*Heinricius*), 928 (*Ziegler*).
 — der Brustdrüse 680 (*Sasse*).
Cysticerken d. Haut und Muskeln 1344 (*Senianski*).
Cystitis 31 (*Montt-Saavedro*), 1011 (*Hutinel*), 1012 (*Delbanco*), 1163 (*Motz*).
 — tuberkulöse 208 (*Routier*), 1155 (*Banzet*).
Cystocele inguinalis 323 (*Monari*).
Cystoskopie 409 (*Mainzer*), 1322 (*Jemoli*, *Marconie*, *Rose*, *Barlow*).
- Dammriss**, komplizierter 975 (*Péan*).
Darm-Pneumatom 394 (*Orlandi*).
Darm-Scheidenfisteln 1168 (*Chaput*).
Darmabstoßung, spontane 85 (*Tscherneckowski*).
Darmausschaltung 1230 (*Obaliński*).
 — bei Strikturen des Darmkanals und d. Kothfistel 1033 (*v. Eiselesberg*).
Darmchirurgie 214 (*af Schultén*), 1205 (*Hahn*).
Darmdurchlässigkeit für Bakterien 748 (*Makletzow*).
Darmeinklemmung 899 (*Middlesex-Hospital*).
Darmenge, chronische 213 (*v. Frey*), 989 (*Kummer*).
Darminhalt in der Bauchhöhle 704 (*Askanazy*).
Darminvagination 213 (*Alsberg*), 395 (*Sirleo*), 474 (*Križ*), 661 (*Chiriot*), 989 (*Poppert*), 1230 (*Northrup*).
Darmkanal- und Kothfistelstriktur 1033 (*v. Eiselsberg*).
Darmkompressorium 1229 (*Chaput*).
Darmkrebs 213 (*Felch*).
Darmnaht 661 (*Frank*), 818 (*Burci*).
Darmoperationen 474 (*Schiller*).
Darmperforation durch Askariden 828 (*Sotow*).
 — b. Typhus 332 (*Price*).
Darmresektion 1131* (*Eiz*), 1142 (*Müller*), 1229 (*Routier*).
 — mit Enteroanastomose 223* (*Braun*).
Darmsarkom 990 (*Babes*, *Nanu*).
Darmstein i. Schenkelbruch 1142 (*Kjar*).
Darmstenosen 113 (*Küttner*).
Darmstrecken-Ausschaltung 1219 (*Campanini*).
Darmverengerungen, krebserzeugend 708 (*Brosch*).
Darmverschluss, akuter 101 (*Heidenhain*).
 — angeborener 212 (*Weiland*), 831 (*Hecker*).
 — nach Resektion und Ausschaltung
- d. Dickdarmes und d. Ileocoecum 369* (*R. v. Baracz*).
Daumenverletzung 851 (*Bähr*).
Deciduoma malignum 825 (*Zondek*), 883 (*Eiermann*), 900 (*Karström*, *Vestberg*, *Lönnberg*, *Mannheimer*), 901 (*Lindfors* und *Vestberg*).
Defekt der Kniescheiben 1191 (*Bristow*).
 — der Mm. pectorales 1189 (*Azami*, *Casteret*).
Deformation der Nasenscheidewand 363 (*Moure*).
Deformitäten nach Coxitis 108 (*Hoffa*).
 — Pathogenese, funktionelle der 278 (*Wolff*).
Degeneration, cystische, der Nieren 1208 (*Niemer*).
 — hyaline 1236 (*Pelagatti*).
 — polycystische der Nieren, der Leber 822 (*Steiner*).
Deltoides, Abscess unt. d. 454 (*Widal*).
Dermatitis papillaris capillitii 53 (*Ledermann*).
Dermatologie u. Syphilis 51 (*Festschriften*), 52 (*L. Brocq*).
Dermatose 538 (*Thomas-Thomescio*).
 — medikamentöse 140 (*Jadussohn*).
Dermoidcysten 965 (*Trzebiński*).
 — d. Mediastinum anticum 292 (*Pflanz*).
Desinfektion 1025 (*C. Flügge*), 1027 (*Paul* und *Krönig*).
 — d. Hände 589 (*Fürbringer*, *Freyhan*), 590 (*Ahlfeld*).
 — d. operirenden Hände d. Pflanzenfaserseite 470* (*van Niessen*).
Dextroform 887 (*Bongartz*).
Diabetes 270 (*Urquhart*, *Sheppard*).
 — insipidus u. Lues 1319 (*Bandler*).
Diagnosen-Sicherstellg. 373* (*P. Schröter*).
Diathese, hämorrhagische 683 (*Finkelstein*).
Dickdarm, Chirurgie des 1298 (*McGraw*).
Dickdarmkrebs 830 (*Renkali*), 1230 (*Benissowsitch*).
Dickdarm-Resektion, Darmverschluss nach 369* (*v. Baracz*).
Dick- und Dünnarmresektion 662 (*Rosa*).
Differentialdiagnose von Gallensteinileus und Appendicitis 1112* (*Kölliker*).
Dilatationsverweilkatheter 966 (*Voswinkel*).
Diphtherie-Antitoxin 1031.
Diphtherie, chirurg. Behandl. 1032 (*Krukenberg*).
 — m. Behring's Heilserum 805 (*Rumpf*, *Bieling*).
 — b. Erwachsenen 1030 (*Gouguenheim*).
Diphtheriebacillen 1029 (*Biggs*).
 — i. Harnsediment 967 (*Bujwid*).
Diphtheriebacillus 764 (*Neisser*).
Diphtherieheilserum und d. Nieren 627 (*Siebert*).
Divertikel, verkalktes Meckel'sches 85 (*Beach*).
Drahtnaken b. operirten Abscessen 461* (*E. Braatz*).
Drahtsäge 785* (*Gigli*).

- Drainage d. Blase 1163 (*Escat*).
 Drainrohr als Trachealkanüle 415* (*S. Kofman*).
 Drüsenvereiterung, gonorrhoeische 732 (*Hanstean*).
 Ductus choledochus, Krebs d. 1211 (*Stabel*).
 — hepaticus 1139 (*Kehr*).
 — Stenonianus, Verletzung 446* (*Lauenstein*).
 Dünndarm-Genitalfisteln 326 (*Narath*).
 Dünndarmstenosen, sur Operation tuberkulöser 1138 (*Troje*).
 Dünndarmstrikturen 806 (*Fränkel*).
 Duodenalgeschwür 828 (*Landerer* und *Glücksman*), 1226 (*Simpson*).
 Duodenum-Enge 831 (*Wilms*).
 Durchleuchtung 1197 (*Bscat*).
 Durchschneidung d. N. medianus 1071 (*Betcke*).
 Echinococcus 191 (*Lehne*).
 — zwischen Blase und Mastdarm 478 (*Rotgans*).
 — d. Brustmuskel 994 (*Lecoœur*).
 — bei Fremdkörpertuberkulose 1* (*F. de Quervain*).
 — d. Leber 476 (*Terrier*), 663 (*Jaboulay, Bret*), 926 (*Reichold jun.*), 927 (*Rollet*), 1115 (*Bobrow*).
 — d. Orbita 942 (*Ziegler*).
 Echinokokken 684 (*Minossi*), 1300 (*Thomson*), 1301 (*Lisjanski*).
 — d. Bauches 384 (*Delbet*).
 Ectopia vesicae 429 (*Maydl*), 1205 (*Joachimsthal*).
 Eichel-Querspalte 761 (*Hofmohl*).
 Eierstocksabscesse 236 (*Etheridge*).
 Eierstockbruch 211 (*Lockwood*).
 Eierstockscyste 1168 (*Wolff*).
 Eierstocksgeschwülste 414 (*D'Urso*).
 Eigenart, chirurg., d. Neger 1247 (*Matas*).
 Eingeweidetuberkulose 198 (*Galliard*).
 Einklemmung in inneren Bauchfelltaschen 84 (*Aschoff*).
 — innere, nach Darmresektion mit Enteroanastomose 223* (*Braun*).
 Einklemmungs-Präparate 356 (*Benda*).
 Eisenbahnunfälle 1318 (*Stepp*).
 Eiterung durch keimfreies Katgut, Poppert's Artikel über 153* (*Orlandi*).
 Ekzem 137 (*Dünger*), 697 (*Spiegler*).
 Ekzembehandlung 53 (*Lassar*).
 Elektrolyse i. d. Nase u. d. Nasen-Rachenraum 932 (*Hecht*).
 Elephantiasis 359 (*Rasch, Scheube*).
 — d. Hodens 1037 (*Le Dentu*).
 Ellbogen-Ankylose 548 (*Corazza*).
 Ellbogengelenksbruch 116 (*v. Zoegemanteuffel*).
 Empyem 1277 (*Kissel, Vowinkel*).
 — d. Sinus maxillaris 352 (*Ripault*), 363 (*Moure*).
 — der Stirnhöhlen 1342 (*Photiades*).
 — d. Wurmanhanges 656 (*Fowler*).
 Empyembehandlung 1063 (*Slomann*).
 Empyemoperation 206 (*Delorme*).
 Encephalocele 744 (*Lyssenkow*).
 — angeborene 1203* (*F. Neugebauer*).
 Enechondrom der Halswirbelsäule 1274 (*Föderl*).
 Enechondrome am Oberschenkel 118 (*Rosenbaum*).
 Endarteriitis obliterans 190 (*Borchard*).
 Endotheliome 1048 (*Scriba*).
 — d. Kopfhaut 941 (*Mulert*).
 Entfernung der oberen Extremität 1254 (*Posadas*).
 Entzündung der Blase 795 (*Escat*), 1163 (*Nogués*).
 — d. Hoden 963 (*Benzler*).
 — d. Lymphangiome 1006 (*Küttner*).
 — d. Stirnhöhlen 767 (*Gradenigo*), 777 (*Botey*).
 — u. Tumoren d. Ileocecalgegend 296 (*Sonnenburg*).
 — tuberkulöse 993 (*Riegner*).
 Epididymitis, tuberkulöse 1157 (*Quénu*).
 Epilepsie 96 (*Hallager*), 97 (*Sachs, Gerstey*), 745 (*Sachs, Gerster*), 1046 (*Jonnesco*), 1213 (*Rein*), 1214 (*Woolsey*).
 — Sympathikusresektion bei 33* (*T. Jonnesco*).
 Epiphysenlösung, traumatische, a. Oberschenkel 118 (*Finckh*), 399 (*Sokolow*).
 Epiphysentrennung und Luxation am Arm 850 (*Kramer*).
 Epithelcysten 1020 (*Wörz*).
 Epitheliom d. Parotis 611 (*Vallas, Straud*).
 Erb'sche Lähmung 549 (*Remlinger*).
 Ergüsse i. Kniegelenk 986 (*Düms*).
 Erkrankungen n. Eisenbahnunfällen 1318 (*Stepp*).
 Ersatz d. Sphincter ani 117 (*Prutz*).
 — eines Trachealdefektes 54 (*König*).
 Erweiterung d. Harnröhre 1153 (*Waganow*).
 Erysipel 863 (*Ucke*).
 — d. Gesichtes 1069 (*Patoir*).
 Erysipelimpfung 249 (*Koch, Petruschky*).
 Erytheme b. Syphilis 54 (*Rosenthal*).
 Eukain i. d. Zahnheilk. 261 (*Deierzawski*), 626 (*Vinci*).
 Evakuationskatheter, cystoskopischer, 1011 (*Nitze*).
 Eventration 698 (*Quénu*).
 Exantheme, mercurielle 140 (*Neisser*).
 Exarticulatio coxae 1169* (*F. Franke*).
 — femoris im Sacroiliacalgelenk 132 (*Bardenheuer*).
 Exarticulation des Oberschenkels u. der Beckenhälfte 155* (*O. Wolff*).
 — d. Oberschenkels 984 (*Caronati*), 997 (*Wyeth*).
 — d. Schulter 1187 (*Krutowsky*).
 — d. Schulter u. Hüfte 117 (*Wyeth*), osteoplastische, d. Fußwurzel 761* (*Küster*).
 Exophthalmus, pulsirender 449 (*Cohn*).
 Exostose d. Fossa iliaca ext. 117 (*Crivelli*).
 Exstirpation d. Blase 971 (*Tuffier*).
 — d. Cowper'schen Drüsen 1010 (*Englisch*).

- Exstirpation der Gebärmutter** 720 (*Fedorow, Segond*).
 — d. Halsfistel 1073* (*v. Hacker*).
 — des Kehlkopfes 53 (*Graf*), 1070 (*Sacchi*), 1275 (*Benissowitsch*).
 — einer Lebergeschwulst 926 (*Schrader, v. Rosenthal*).
 — d. Lymphdrüse 945 (*Dollinger*).
 — d. Mastdarmes 1128 (*Chalot*), 1299 (*Kummer*).
 — der Milz 87 (*Ghetti*), 925 (*Jonnesco*).
 — d. Nebenniere 130 (*Hadra*).
 — d. Rachens 45 (*Krönlein*).
 — d. Schilddrüsenerven 269 (*Katzenstein*).
 — d. Thymusdrüse 605 (*König*), 1280 (*Carbone*).
Extremität, Entfernung d. 1254 (*Posadas*).
 — Missbildung der 1255 (*Müller*).
 — untere, statische Bezieh. zwischen Becken u. 983 (*Bähr, Wolff*).
- F**
Fall N. 28 (*Golebiewski*).
Femur-Sarkom 606 (*König*).
Fersenbeinbruch 120 (*Ehret*).
Fettnekrose, abdominale, 88 (*Ponfik*).
Fibrom d. Blase 1165 (*Qahoubian*).
 — d. Kehlkopfes 182 (*Chiari*).
 — traumatische 1185 (*Audain*).
 — tuberkulöses 852 (*Laureyre u. Labbé*).
Fibuladefekt 357 (*Rose*).
Filmogen 131 (*Schiff*), 1341 (*Unna*).
Filzzubereitung 77 (*Anders*).
Finger, Werthigkeit d. 1251 (*Riedinger*).
Fistelbildung, a. d. Lungen 453 (*Friedrich*).
Fisteln, bronchobiliare 1302 (*Graham*).
Flexura coli dextra, Resektion der 1209 (*Seefisch*).
Fliegenlarve i. d. Harnröhre 1320 (*Car*).
Follikulitis 964 (*Spiegel*).
Formol 1041 (*Le Dentu*).
Fossa iliaca ext., Exostose d. 117 (*Crivelli*).
Freilegung d. Mittelohrräume 349 (*Stucke*).
Fremdkörper 806 (*Graff*).
 — i. d. Blase 1164 (*Piotrowski, Boppe*).
 — i. Bronchus 1278 (*Kollofrath*).
 — im Magen 829 (*Schneider*), 830 (*Frickner*).
 — im Ohr 258 (*Preobraschensky*).
 — i. d. Speiseröhre 686 (*Mayo*), 687, 688 (*Hochenegg, Schüller*), 1069 (*Dela-tour*).
Fremdkörpertuberkulose des Peritoneums 1* (*F. de Quervain*).
Frostbeulen 561 (*Müller*).
Fußamputation 1065 (*Faure*), 1180 (*La Bonnadière, Samfirescu*).
 — osteoplastische 727 (*Samfirescu, Solomovici*).
 — Pirogoff'sche Modifikation d. 641* (*Kofmann*).
Fussbekleidung 987 (*Braatz*).
Fußdeformitäten 434* (*Riedinger*).
Fußgewölbe, Mechanik des 1281* (*H. Steudel*).
- Fu**
Fußresektion, osteoplastische 843 (*Bruns Lotheissen*).
Fusttuberkulose 119 (*Rosenberg*), 303 (*Spengler*).
Fußwurzelexartikulation, osteoplastische 761* (*Küster*).
- G**
Galaktocele 951 (*Nordmann*).
Gallenblasenchirurgie 1104 (*Langenbuch*).
Gallenblasenkrebs 928 (*Heidenhain*).
Gallenblasenoperationen 711 (*Binnie*).
Gallensteine 74 (*Lejars*), 398 (*Griffon*), 475 (*Gilbert, Fournier*), 915 (*Cormillon*), 1292 (*Kümmell*), 1293 (*Kehr*).
Gallensteinkrankheit 700 (*Riedel*), 1167 (*Pariser Chirurgen*).
Gallensteinileus u. Appendicitis, Differentialdiagnose v. 1112* (*Külliker*).
Gallensteinoperationen 1107 (*Tuffier, Schwartz, Gérard - Marchant*), 1108 (*Routier, Michaux*), 1109 (*Monod, Reynier*), 1116 (*Beck*), 1118 (*Tuffier*).
Gallenwege, Chirurgie d. 86 (*Otto*), 664 (*Ullmann, Chaput*).
Ganglien 251 (*Thorn*).
Ganglion Gasseri, Operationen 112 (*Keen*), 745 (*Murphy*), 746 (*Marchant, Herbet*).
 — Resektion d. 363 (*Monari*), 1196 (*Pairier*).
Gangraena spontanea 360 (*Kandaratski*).
Gangrän, phlebitische 1189 (*Reyt*).
 — d. Thoraxweichtheile 994 (*Wunder*).
Gasphlegmone 1252 (*Muscattello*).
Gastrocystenterostomie 1302 (*Terrier*).
Gastroenterostomie 72 (*Cripps*), 207 (*Péan*), 212 (*Börner*), 396 (*Bieber*).
Gastrostenoplastik 649 (*Tricomi*).
Gastrotomie 81 (*Lyman*), 206 (*Fontan*), 306 (*v. Hacker*).
Gaumenbildung nach Kieferresektion 747 (*Sapeshko*).
Gaumenersatz nach Oberkieferresektion 505* (*Wüldt*).
Gaumenfistel 1069 (*Griner, Ripault*).
Gaumen, Geschwulst des harten 1350 (*Muzio*).
Gaumenhochstand 870 (*Fraenkel*).
Gaumennaht, frühzeitige 574 (*Wolff*).
Gaumensegelabscess 944 (*Cartaz*).
Gaumensegel-Geschwulst 1350 (*Courtade*).
Gaumensegel-Geschwülste 1201 (*Berger*).
Gebärmutter, Retrodeviationen der 233 (*Doyen*).
 — Schussverletzung der schwangeren 976 (*Neugebauer*).
Gebärmutterdislokation 1016 (*Kelly*).
Gebärmutterexstirpation 720 (*Fedorow, Segond*).
Gebärmutterkrebs 240 (*Calzavara*).
Gebärmuttermyome 234 (*Ténoin*), 235 (*Delagénère*), 1024 (*Rosenthal, Lwow*).
Gebärmuttervorfall 976 (*Krause*).
Gebisse, Verschluckte 393 (*Güde*).
Gefäßnaht 1042 (*Murphy*).
Gefäßresektion 467 (*Murphy*).

- Gefäß-Stichverletzungen 1188 (*Ziegler*).
 Gefäßverletzungen 901 (*Klemm*).
 Gehirnaffektionen, Operation bei 361 (*Chipault*).
 Gehirn, Bluteirkulation im 442 (*Reiner, Schnitzler*).
 Gehirnehirnurgie bei Tumor cerebri 1044 (*v. Bergmann*).
 Gehirnneubildungen 756 (*Rychliński*).
 Gehirnschussverletzung 1069 (*Bunce*).
 Geistesstörungen nach Kopfverletzungen 592 (*Stolper*).
 Gekrösgeschwulst 368 (*Grüneberg*).
 Gelenke, Reiskörperchenentzündung der 102 (*Lejars, Labbé*).
 Gelenkentzündung, gonorrhoeische 55 (*Tyrrell*), 440 (*König*), 722 (*Parizeau*), 723 (*Schüller*), 1187 (*Delorme*).
 Gelenk- und Knochenkrankungen 298 (*Mühsam*).
 Gelenkleiden, syphilitische 48 (*B. Robinson*).
 — b. Syringomyelie 181 (*Sokolow*).
 Gelenkmaus 855 (*Ouvry*).
 Gelenkresektion 1286 (*Wolff*).
 Gelenkrheumatismus 1284 (*Schüller*).
 Gelenktuberkulose 103 (*Ziematzky*).
 Gelenk- und Knochentuberkulose, traumatische 1285 (*Wiener*).
 Gelenkwassersucht, intermittierende 733 (*Senator*).
 Genitalien, weibl. 1016 (*Bergh*).
 Genu valgum 840 (*Gérard*).
 Geschlechtsorgane, männl., Tuberkulose d. 1312 (*Senn*).
 Geschossdeformation 1055 (*Lavañ*).
 Geschosswirkung 416 (*Kühler*).
 Geschwulst der Brustdrüsen 952 (*Arnold*).
 — d. Gaumensegels 1350 (*Courtade*).
 — d. harten Gaumens 1350 (*Muzio*).
 — im Kleinhirn 874 (*Lloyd*).
 Geschwulstbildung 1344 (*Spitzer*).
 Geschwulstrecidive, falsche 78 (*Gade*).
 Geschwülste 203 (*Malherbe*).
 — bösartige 193 (*Petersen*), 340 (*Walter*), 489 (*Hansemann*), 673 (*Caley*), 886 (*Roncali*), 1004 (*Goldmann*).
 — mit Serumbehandlung 265 (*Brunner*).
 — Entstehung der 39 (*Ribbert*).
 — des Gaumensegels 1201 (*Berger*).
 — intracranielle 96 (*Keen*).
 — der Nasenschleimhaut 879 (*Mannasse*).
 — der Nieren 799 (*Minervine*), 974 (*Kajiser*).
 — d. Nierengegend 479 (*Pawlik*).
 — im Oberkiefer 876 (*Martens*), 877 (*Prym*).
 — sublinguale 944 (*Reinbach*).
 Geschwüre d. Magens 1225 (*Hamilton, Caussade*).
 — venerische 890 (*Rasch*).
 Gesichtstaktinomykose 878 (*Schwarz*), 1349 (*Kuschev*).
 Gesichtserysipel 1069 (*Patoir*), 1345 (*Friedrich, Bernhardt*).
 Gesichtsgeschwulst 1349 (*Ewald*).
 Gesichtslupus 1047 (*Schulze*).
 Gesichtsplastik 609 (*Anderson*).
 Gesichtsspalten 351 (*Fronhöfer*).
 Gewebsinpfanzung 492 (*Alessandri*).
 Gewichts-Extensionsapparat 845* (*Settegast*).
 Gibbusredressement 1257* (*O. Vulpinus*).
 Gicht u. Trauma 359 (*Carnillon*).
 Gipshanschienen 602* (*Turner*).
 Gliederstarre, angeborene spastische 513 (*La Bonnardière*).
 Glossitis superficialis 262 (*Poliák*).
 Glottisödem 614 (*Lsaras*).
 Glutol 466 (*Schleich, Thomalla, Classen, Longard*).
 Gonococcus 533 (*Sée*), 534 (*Jundell, Atman, Heiman*), 552 (*Hammer*).
 Gonokokkenbefund 52 (*P. Gauer*).
 Gonokokkenpyämie 579 (*Nannotti*).
 Gonorrhoe 147 (*Nogres*) 148 (*Lasarus, Griffon*), 887 (*Steinschneider*), 888 (*Nasse*), 889 (*Zydłowicz, Casper*), 902 (*Aquila*), 1309 (*Schuster, Huber, Spietschka*).
 Granulationsgewebe, Infektion des 859 (*Afanazjew*).
 Graves'sche Krankheit 1032 (*Mackenzie*).
 Grippe, multiple Abscesse d. 1091 (*Reverdin u. Buscarlet*).
 Gritti'sche Operation 568 (*Casati*).
 Gummihandschuhe i. d. chirurg. Praxis 553* (*Zoege von Manteuffel*).
 Hallux malleus (varus) 390* (*Kirsch*).
 — valgus 987 (*Weir*), 1000 (*Delbet*).
 Hals, Aneurysma am 353 (*Guinard*).
 Halsabscesse 205 (*Hamon du Fougeray*).
 Hals-Blutzysten 1274 (*Borman*).
 Halschirurgie 937 (*Bottini*).
 Halsfistel-Exstirpation 1073* (*v. Hacker*).
 Halsrippe 301 (*Scheller*).
 Halssymphathicus-Resektion 400* (*v. Barqcz*).
 Halsteratom 451 (*Pupovac*).
 Halswirbelsäule, Enchondrom der 1274 (*Föderl*).
 Hämatome 341 (*Cornil, Poupet*), 1209 (*Stabel*).
 Hämorrhagien 1012 (*Delbet*).
 Hämorrhoiden 200 (*Juvara*), 1127 (*Reinbach*).
 Hämotomyelie 1129 (*Henle*).
 Handfeuerwaffen 1052 (*Bircher*).
 Handgelenk, Perimetrie d. 1249 (*Hüb-scher*).
 Handgelenks-Resektion 89* (*Catterina*).
 Handmissbildungen 851 (*Monguidi, Riedinger*), 852 (*Rasch*).
 Handrückenfibrom 996 (*Chevassu*).
 Hände - Desinfektion 589 (*Fürbringer, Freyhan*), 590 (*Ahlfeld*).
 Harnabscesse 410 (*Lipowski*).

- Harnblasen-Festigkeit u. -Elasticität 226 (v. *Stubenrauch*).
 Harnblasen-Ventrofixation 228 (*Kryniski*).
 Harnblasenzerreißung 238 (*Walter, Ho-gerstedt*).
 Harnleiden 793 (*Kutner*).
 Harnleiteranastomose 961 (*Bovée*).
 Harnleiterschirurgie 1326 (*Gerster, Robin-son*), 1327 (*Seiffert, Mathes*).
 Harnleitereinpflanzung in den Mastdarm 631 (*Pisani*).
 Harnleiterkatheter 525 (*Nitze*).
 Harnleiterkatheterismus 1013 (*Meyer*).
 Harnleitersteine 25 (*Israel*).
 Harnleiterstriktur 1023 (*Fenger*).
 Harnröhre, Erweiterung der 1153 (*Wag-
anow*).
 — Fliegenlarve i. d. 1320 (*Car*).
 Harnröhren-Blutung 1166 (*Kraus*).
 Harnröhrenkrebs 628 (*Bosse*).
 Harnröhrenpapillom 524 (*Kolischer*).
 Harnröhrenresektion 31 (*Fuller*), 428 (*Mirreau*).
 Harnröhrensteine 237 (*Lieblein*).
 Harnröhrensondierung, tödliche 237. (*Zuckerkanth*).
 Harnröhrenstriktur 476 (*Ferraton*), 1009 (*Newman*), 1166 (*Delbet*), 1313 (*Wos-
sidlo*).
 Harnröhrenzerreißung 960 (*Lennander*).
 Harnsediment, Diphtheriebacillen im 967 (*Bojvid*).
 Harnsteine 782 (*Witte, Pfeiffer*), 783 (*Kutner, Michailow*).
 Harnverhaltensbehandl. durch Prostata-
hypertrophie 1037 (*Bottini*).
 Harnwege, Anästhesierung der 518 (*Scharff, Wossidlo*).
 — Leiden d. 793 (*Melchior*).
 Hasenscharte 271 (*Fahrenbach*), 877 (*Ber-
ger*), 1260 (*Orlowski*).
 Hasenschartenoperation 41 (*Samter*), 572 (*Wolff*).
 Hautaffektion 139 (*Neumann*).
 Hautaktinomykose 146 (*Rille*), 580 (*Ko-
zerski*).
 Hautanatomie 1336 (v. *Brunn*).
 Hautbrand, neuropathischer 964 (*Riz-
ford*).
 Hautcarcinoid 965 (*Selberg*).
 Hautexanthem, septisches 128 (*Meyer*).
 Hautgangrän, infektiöse 1091 (*Waelch*).
 — multiple 581 (*Hintner*).
 Hauthörner 996 (*Peraire*).
 Hautkrankheiten 1080 (*Kellogg*).
 Hautmyome 760 (*Neumann*).
 Hautpfröpfungen 7 (*Enderlen*).
 Hautsarkomatose 965 (*Malherbe*).
 Hauttuberkulose 616 (*Woltersdorf*).
 Haut- u. Muskel-Cysticerken 1344 (*Se-
miński*).
 Hoftklammern 254 (*Wachsmann*).
 Heilserum Behring's b. Diphtherie 805 (*Rumpf, Bieling*).
 — des Krebses 886 (*Roncali*).
 Heilung v. Schienbeindefekten 1256 (v. *Eiselsberg*).
 Heilwirkung d. Hyperämie 1078 (*Bier*).
 Heißluftkauterisation b. Lupus vulgaris 1046 (*Holländer*).
 Hemikraniektomie, temporäre 594 (*Mar-
cotte*), 1045 (*Jonnesco*).
 Hepatocele 1114 (*Patry*).
 Hepatopexie 1034 (*Mischl*), 1113 (*Ram-
say*).
 Hermaphroditismus 1208 (*Alexander*).
 Hernia diaphragmatica incarcerata 759 (v. *Bergmann*).
 — inguinalis externa 771 (*G. Th. Wal-
ter*).
 — retroperitonealis 704 (*Schulz*).
 — — anterior sinistra 821 (*Brentano*).
 — ventriculi inguinalis incarcerata 919* (*Brunner*).
 Hernie d. Proc. verm. 1218 (*Mc A. Eccles*).
 Hernien 549 (*Corazza*).
 — der Labien 209 (*Berger*).
 — Radikaloperation der 395 (*Simon*), 529* (*Kocher*), 911 (*Demars, Lannelongue*).
 — sacrale 657 (*Hoehenegg*).
 — d. Wurmfortsatzes 1297 (v. *Hof-
mann*).
 Herniotomie 831 (*Ullmann*).
 Herpes d. Mundhöhle 1058 (*Lermoyez u. Barozzi*).
 — zoster 137 (*Dumesnil*).
 Herzbeutelverletzung 1206 (*Neumann*).
 Herz-Schussverletzung 1071 (*Williams*).
 Herzsypphilis 1021 (*Lazarew*).
 Herzstörungen n. Brustwandkontusionen 115 (*Düms*).
 Herzverletzungen 1058 (*Bode*).
 Herzwunde 328* (*Ewald*), 331 (*Hanna*).
 Herzwunden 56 (*Rehn*).
 Hydrocystoma 144 (*Jarisch*).
 Hirnabscess 255 (*Oppenheim*), 362 (*Gru-
nert*), 1113 (*Gradenigo*).
 — otitischer 1102 (*Koch*).
 Hirnabscesse 93 (*Luc*), 1212 (*Boppe*), 1213 (*Czapliński*).
 Hirnchirurgie 1211 (*Casati*).
 Hirnerkrankung b. Otitis media 95 (*Poul-
sen*).
 Hirnerweichung 609 (*Rohrbach*).
 Hirngeschwulst 941 (*Ziel u. Roth*), 1214 (*Broca, Thomas, Keen*), 1347 (*Fetzer*).
 Hirngeschwülste 268 (*Stieglitz, Gerster, Lilienthal*), 1195 (*Chapault*).
 Hirnkrankheiten, chirurgische Behand-
lung v. 266 (*Bieganski, Wezesniowski*).
 Hirnverletzungen 1211 (*Driessen*), 1212 (*Matthes, Bartoloni, Seydel*).
 Hodenomalien 431 (*Parona, Bayer*).
 Hoden-Elphantiasis 1037 (*Le Dentu*).
 Hodenektopie, Radikaloperation b. 1124 (*Sergi-Trombetta*).
 Hodenentzündung 963 (*Benzler*).
 Hodensarkom 1167 (*Rovsing*).
 Höhlenwunden-Behandl. mit Jodoform-
Kalomel 121* (*Sprengel*).

- Holocain** 867 (*Gutmann*).
Hüftankylose 853 (*Noty*).
Hüftexartikulation, subperiostale 1178 (*Durand*).
Hüftgelenkresektionen 1140 (*Sprengel*).
Hüftgelenkluxation 577 (*Wolff*).
Hüftkontrakturen 1140 (*Lorenz*).
Hüftresektion 853 (*Cornet*).
Hüftverrenkung, angeborene 117 (*Lanne-longue*), 542 (*Paci*), 551 (*Zenker*), 566 (*Lorenz*), 840 (*Hirsch*), 852 (*Roser*), 1130 (*Alsberg*, *Kirmisson*), 1144 (*Hirsch*), 1190 (*Broca*, *Hoffa*).
Hüftverrenkungen 387 (*Drehmann*), 1189 (*Delorme*).
Hydroa 143 (*Petrini*).
 — vaccineiforme 698 (*Mibelli*).
Hydrocele 1156 (*Rein*).
 — bilocularis intraabdominalis 230 (*Vollbrecht*).
 — spermatica 432 (*d'Urso*).
Hydrocephalocele 362 (*Schwarz*).
Hydronephrose 526 (*Lemon*, *Tuffin*), 527 (*Dayot* *file*), 807 (*Sudek*), 808 (*Bazy*).
Hydroparaselphin in einer Hernia inguinalis externa 771* (*G. Th. Walter*).
Hygroma proliferans 849 (*Ajevohi*).
Hyperämie-Heilwirkung 1078 (*Bier*).
Hyperostosis cranii 873 (*Putnam*, *Edes*).
Hypertrophie d. Mandeln 598 (*Magnan*).
 — d. Prostata 476 (*V. Schwarz*, *K. Schwarz*, *Vujic*), 477 (*Mc Ewan*, *Har-rison*, *Moulin*), 478 (*Southam*), 799 (*Motz*), 800 (*Bazy*, *Escat*, *Chanillos*), 807 (*Heerhold*, *de Ranville*), 967 (*Pa-sseau*, *Colin*, *Allina*), 968 (*Turazza*, *Ekehorn*), 969 (*Riessler*), 1037 (*Bottini*), 1313 (*Escat*, *Cubot*), 1321 (*Beck*, *Flo-derus*).
 — d. Zahnfleisches 1351 (*Heath*).
Hypomykosen 696 (*Waelch*).
Hypnose bei Strumaexstirpation 701* (*Kolb*).
Hysterectomy abdominalis 803 (*Lawwers*), 1168 (*Hartmann*, *Diriart*, *Richelot*).
Hysterektomie 1168 (*Pantaloni*), 1328 (*Fergus*).
 — abdominale 235 (*Doyen*).
Hysteropexie 881* (*Beck*).
Ittus laryngis 1275 (*Moll*).
Idiotismus, Trepanation b. 258 (*Gajkiewicz*).
Ileocecalgegend, Entzündung und Tu-moren d. 296 (*Sonnenburg*).
Ileocecum-Ausschaltung, Darmverschluss nach 369* (*v. Baracz*).
Ileus 1299 (*Tietze*), 1304 (*Wikerhauser*).
 — in Folge von Hernia obturatoria incarcerata 1131* (*Eix*).
Impetigo contagiosa vegetans 582 (*Herz-heimer*).
Impftuberkulose der Haut 754 (*d'Urso*).
Incarceration d. Penis 1166 (*Ameisen*).
Incontinentia vesicae 1322 (*Jotkowicz*).
Infektion 1076 (*Fischl*),
 Injektion durch Granulationsgewebe 859 (*Afanasjev*).
 — gonorrhoeische 294 (*Hermes*).
 — granulirender Wunden 2 (*Noetzel*).
 — lokale, Bakterien-Resorption bei 4 (*Halban*).
 Infektionen, hämorrhagische 1089 (*Sil-vestrini* und *Baduel*).
 Infiltrationsanästhesie 578 (*Dipper*), 1173 (*Dzierzawski*), 1247 (*Krecke*, *Reischold*).
 — und regionale Cocainanästhesie 481* (*Braun*).
 Influenza 1212 (*Haedke*).
 Infusion 1242 (*Lejars*).
 Infusionen von Salzlösungen 466 (*Bosc*, *Vedel*).
 Inguinalhernie, Radikalbeh. der 1042 (*Duplay*, *Casin*).
 Innere Einklemmung 85 (*Krema*).
 Instrumentenbehandlung 1067 (*Boyd*), 1068 (*Tscherning*).
 Intubationen u. Tracheotomien 686 (*Laehr*).
 Intubator 1070 (*Fischer*).
 Intussusception 1299 (*Wright*, *Renshaw*).
 Invaginatio ileo-coecalis 1143 (*Kuarsberg*).
 Invagination des Darmes 989 (*Poppert*), 1230 (*Northrup*).
 Invalidität durch Chloroformnarkose 684 (*Boshr*).
 Ischias 302 (*Delagenière*), 985 (*Arulliani*).
 Itrol (Arg. citr.) Antisepticum 217* (*Credé*),
Jahrbücher, encyclopädische 162 (*Eulen-burg*).
Jahresbericht 488 (*Hildebrand*), 681 (*Socin*), 742 (*Christ*, *Brünniger*, *Hügler*).
Jejunostomie 658 (*Karewski*), 660 (*v. Eisels-berg*).
 Jodchinin bei Syphilis 48 (*Assaky*).
 Jodkali gegen Tuberkulose 683 (*Cam-panini*).
 Jodmedikation 54 (*Richter*).
 Jodoform 464 (*Lomry*).
 Jodoform-Kalomel in der Behandl. von Höhlenwunden 121* (*Sprengel*).
 Jodoformal 1253 (*Reuter*).
 Jodoformin, Jodoformol 69 (*Reuter*).
 Jodoformresorption 865 (*Hübener*).
 Jodoformvergiftung 1021 (*de la Harpe*).
 Jodolpflaster 897 (*Majocchi*).
 Jodothyren 1343 (*Stabel*).
 Jodvasogen 896 (*Leistikow*).
Kalkkonkremente im Ohr 756 (*Szum-lansky*).
Karbolgangrän 871 (*Morestin*, *Czerny*), 1253 (*Frankenberger*).
Karbolkampher 1184 (*Ordin*).
Kataphoresis 1283 (*Karfunkel*).
Katgut 155, 160 (*Saul*), 157, 159 (*Hof-meister*), 158 (*Schäffer*), 159 (*Kossmann*), 161 (*Poppert*), 493 (*Schäffer*), 494 (*Saul*), 495 (*Jakobi*).
Katgutsterilisation 1147 (*Rajewski*).
Katgutuntersuchungen 153* (*Orlandi*).

- Katheter, Asepsis der** 959 (*Levau, Wolff*).
 — Blaseninfektion durch d. 129 (*Posner, Frank*).
 — elastische 523 (*Posner, Frank*).
 — Sterilisation der 21 (*Oppler*).
Katheterismus 1152 (*Guiard*).
 — d. Harnleiter 1013 (*Meyer*).
 — d. Ureteren 1037 (*Albarran*).
Kathetersterilisation 1150 (*Alapy*).
Kehldeckelcyste 614 (*Brindel*).
Kehlkopfexstirpation 53 (*Graf*), 1070 (*Sacchi*), 1275 (*Benissowitsch*).
Kehlkopffibrom 182 (*Chiari*).
Kehlkopfgeschwülste, bösart. 289 (*Czwicklitzer*).
Kehlkopfkrankheiten 168 (*Grünwald*).
Kehlkopfkrebs 299 (*Hansberg*), 938 (*Fränkel*), 1060 (*Senzdick, Schmiegelow*).
Kehlkopfpapillome 55 (*Delie*), 615 (*Rosenberg*), 938 (*Heryng*).
Kehlkopftuberkulose 678 (*Zinn*), 937 (*Castex*), 945 (*Goris*), 1059 (*Scheppegrell*).
Keloidacne 78 (*Secchi*).
Keratom 1094 (*Peričić*).
Kieferankylose 365 (*Baumgürtner*).
Kieferfrakturen-Behandl. 1049* (*Hansy*).
Kiefergelenkankylose 610 (*Merkel*).
Kiefergeschwülste 445 (*Haasler*).
Kieferhöhlen-Punktion 261 (*Krebs*).
Kieferhöhlenentzündung 204 (*Combe*).
Kieferhöhlenwand-Resektion 931 (*Böninghaus*).
Kieferklemme, myogene 1136 (*Braun*).
Kieferplastik 1351 (*Deschin*).
Kieferresektion 747 (*Sapeshko*).
Kiefersperre, spastische 364 (*Kocher*).
Kiemengangfistel 52 (*Riedel*).
Kinder, tuberkulöse Knochen- u. Gelenkleiden bei 385 (*Rovsing*).
Kinderlähmung 849 (*Oddo u. Delanglade*).
Kleinhirngeschwulst 874 (*Lloyd*).
Klinischer Bericht 685 (*Müller*).
Klumpfuß 203 (*Forque, Kirmisson*), 388 (*de la Tourette*), 1067 (*Courtillier*).
Knie, schnellendes 1191 (*Barth*).
Knieankylose, Skiaskopie b. 119 (*Forque*).
Knieentzündung 399 (*Oświecimski*).
Kniegelenkmenisken, Luxation d. 1065 (*Graham*).
Kniegelenksergüsse 986 (*Düms*).
Kniegelenksluxation 1191 (*Kjar*).
Knielipom 399 (*Herhold*).
Knieresektion 854 (*Cousins*).
Kniescheibenbruch 547 (*Coulhon*).
Kniescheibenbrüche 138 (*Heusner*).
Kniescheibendefekt 1191 (*Bristow*).
Kniescheibenmangel, angeborener 546 (*Phocas, Potel*).
Kniescheibenverrenkung 854 (*Casati*), 998 (*Brun*).
Kniestreckapparat, Verletzungen d. 840 (*Walz*), 955 (*König*).
Knieverjauchung bei Lungentuberkulose 735 (*Schilling*).
Knochenaneurysmen 776 (*Péan*).
Knochenbildung (Anbildung u. Schwund, oder Erhaltung der Substanz und d. Funkt.) 273* (*J. Rüdinger*).
Knochenbruch am Oberschenkel 853 (*Vanverts*).
Knochenbrüche 301 (*Dittmer*).
 — ambulatoische Behandl. der 107 (*Bradford*).
 — intra-uterine 584 (*Watjoff*).
 — Massage der 1175 (*Miller, Woolsey*).
 — und Verrenkungen 314 (*Heiferich*), 980 (*Hoffa*).
Knochenzysten 606 (*König*).
Knochen deformitäten, experimentelle 292 (*Ghillini*).
Knocheneinheilung 997 (*Kronacher*).
Knochen- und Gelenkleiden, tuberkulöse bei Kindern 385 (*Rovsing*).
 — traumatische 1285 (*Wiener*).
Knochenhautentzündung b. Rekruten 108 (*Leitenstorfer*).
Knochenhöhlen-Füllung 283 (*af Schultén*).
Knochenhöhlen-Verschluss 722 (*Ollier*).
Knochenleiden n. Typhus 113 (*Parsons*).
Knochenregeneration 990 (*Olivier*).
Knochenreplantation 886 (*Barth*).
Knochensarkome 13 (*Reinhardt*), 997 (*Mermel, Lacar*).
Knochenspaltungen 1140 (*Cramer*).
Knochenstücke, Replantation trepanirter 442 (*David*).
Knochentuberkulose 885 (*Shermann*).
 — Behandlung der 1174 (*Reynier*).
Knöchelbruch 303 (*Ruotte*).
Knöchelfraktur 184 (*Falcone*).
Knopf bei Darmoperationen 1034 (*Frank*).
Kochbuch 1003 (*Dornblüth*).
Kolostomie 752 (*Bayr*).
Kongress der deutsch. Dermatologen 138.
 — XII. internat. medic. (Moskau) 1017, 1033.
Kontraktur, Dupuytren'sche, Ätiologie d. 1177 (*Hedges*).
Kontrakturen, multiple 1071 (*Schanz*).
Kopf, Aneur. circoides d. 299 (*Chalot*).
Kopfhaut-Endotheliome 941 (*Mulert*).
Kopfschusswunden 27 (*Katschanowski*).
Kopftetanus, geheilt unter Beh. m. Antitoxin Tizzoni 110* (*Trapp*).
Körpergröße 668 (*v. Lange*).
Korsetherstellung 603* (*F. Bähr*), 700* (*Vulpis*).
Korsetverbände 936 (*Nebel*).
Kothfistel 549 (*Corazza*).
Kothgeschwülste 660 (*Gersuny*).
Kothtumoren 212 (*Hofmohl*).
Krampfadertherapie 183 (*Chatelain*).
Krämpfe, epileptiforme 267 (*Finke*).
 — nach Vorhaut-Verwachsungen 1320 (*Darey*).
Kraniotomie 11 (*d'Ana*).
Krankenhausbericht 805 (*Lenhartz und Rumpf*).
Krebs 806 (*de la Camp*), 1034 (*Petroff*).
 — der Blase 604 (*Rotter*), 1165 (*Noguès*).

- Krebs der Brust** 173 (*Joerss*), 779 (*Beck*)
 939 (*Gerota*).
 — des Darmes 213 (*Felch*).
 — des Dickdarmes 1230 (*Beniesowitsch*).
 — d. Ductus choledochus 1211 (*Stabel*).
 — Flexura-Resektion weg. 1209 (*Seefisch*).
 — der Gallenblase 928 (*Heidenhain*).
 — der Harnröhre 628 (*Bosse*).
 — des Kehlkopfes 299 (*Hansberg*),
 938 (*Fränkel*), 1060 (*Senziaik, Schmiegelow*).
 — des Magens 211 (*Porges*), 324
 (*Hammerschlag*), 412 (*Vilcog, Lancry, Alsberg*), 1298 (*Dock*).
 — des Mastdarmes 380 (*Quénu*), 653
 (*Svensson*), 699 (*Gaudier*), 708 (*Funke*),
 912 (*Kraske*), 914 (*Taylor*), 1221 (*Quénu*),
 1231 (*Edwards*), 1232 (*Quénu*).
 — der Niere 1163 (*Legueu*).
 — d. Pharynx 1059 (*Krönlein*).
 — des Rachens 45 (*Krönlein*).
 — der Schilddrüse 205 (*Adenot*).
 — der Speiseröhre 1225 (*Mintz*).
 — des Zäpfchens 55 (*Zurakowski*).
 — der Zunge 44 (*Küttner*), 365 (*Binder*).
Krebsbehandlung 40 (*W. Cheyne, Bereskin*),
 43 (*Selenski, Denissenko*), 1020 (*Honsell*).
Krebsserum 180 (*Rydygier*), 886 (*Roncali*).
Kreolinvergiftung 1020 (*Anthony*).
Kreuzschnitt, suprasymphysärer 231
 (*Küstner*).
Kriegschirurgie 1055 (*Port*), 1056 (*Liche*),
 1068 (*Widenmann*).
Kropf 452 (*Sabrazès, Cabannes*), 1343
 (*Rosenberg*).
 — Resektion d. Halssympathicus 1046
 (*Jonnesco*).
 — der Zunge 1261 (*v. Chamisso*).
Kropfbehandlung 615 (*Serapin*).
Kropfeysten 946 (*Vitrac*).
Kropfmetastase 946 (*Murio*).
Krücken 990 (*Thilo*).
Krup 1268 (*Timmer, Schultz*).
Kyphose, juvenile 1128 (*Lorentzen*).
 — Pott'sche 677 (*Lange*), Calot'sches
 Verfahren bei 1128 (*Helferich*), 1129
 (*Vulpis*).
Labyrinthnekrose 609 (*Guranowski*).
Lähmung n. Chloroformirung 754 (*Casse*).
 — d. Narkose 1186 (*Madlener*).
 — d. Radialis 1254 (*Lehmann*).
 — d. Radius 302 (*Tixier*).
 — d. Stimmblätter 1275 (*Grant*).
Lähmungen 993 (*Sachs*).
Lähmungsdeformitäten d. Fußes 1140
 (*Vulpis*).
Laparotomie 81 (*Zagaro*), 207 (*Guinard*),
 294 (*Hermes*).
 — vaginale 129 (*Dührssen*).
Laparotomien 356 (*Körte*), 658 (*Philippe*),
 712 (*Wikerhauser*), 733 (*Bastianelli*),
 829 (*Koslowski*), 900 (*Middlesex-Hospital*).
Laryngocele ventricularis 1351 (*Rauge*).
Laryngologie, Handbuch der 49 (*P. Heymann*).
 — u. Rhinologie 514 (*Heymann*).
Larynxgeschwülste, maligne 1137 (*Gluck*).
Leber u. Narkose 396 (*Bandter*).
Leberabscess 711 (*Peyroff und Roger*),
 1301 (*Flechner*).
Leberabscesse 663 (*Walther*).
Leberaktinomykose 1114 (*Boars*).
Leberchirurgie 118 (*Müller*), 1104
 (*Langenbuch*).
Leberechinococcus 476 (*Terrier*), 663
 (*Jaboulay, Bret*), 926 (*Reichold jun.*),
 927 (*Rollet*).
 — alveolärer 1115 (*Bobrow*).
Lebergeschwulst-Exstirpat. 926 (*Schrader*,
v. Rosenthal).
Lebergeschwülste 382 (*Ahlenstiel*), 397
 (*D'Urso*).
Leberresektion 383 (*Kousnetzoff, Pensky*),
 914 (*Auvray*).
Lebersarkom 336 (*Bramwell*).
Leberverletzung 1205 (*Hahn*).
Leberverletzungen 73, 381 (*Terrier*,
Auvray), 381 (*Vanverts*).
Leberwunde 710 (*Ikanitz*).
Leberzerreißung 215 (*Trojanow*), 397
 (*Wikerhauser*).
Leistenbruch, Radikaloperation 1124
 (*Sergi-Trombetta*).
 —, Tubenschwangerschaft in einem
 473 (*Jordan*).
Leistenbruchband 263* (*H. Loewy*).
Leistenbrüche 1290 (*Steinthal*).
 — Radikaloperation der (Berichtigung)
 504 (*Mugnai*), 1142 (*Coley*).
Leistenbubonen 604 (*Thorn*).
Leistendrüsen 45 (*Rille*).
Leistendrüsenentzündung 137 (*Ruge*).
Leistenhernien - Radikalbehandlung 337*
 (*Jonnesco*).
Leistenhoden 1317 (*Finotti*).
Lepra 132 (*Todd, Joseph*), 150 (*Kellog*),
 345 (*v. Bergmann*), 346 (*Havelburg*),
 360 (*Brüger*), 695 (*Kudrjowski*), 1339
 (*Lohk*), 1340 (*Sticker*), 1346 (*Havelburg*).
 — u. Syringomyelie 512 (*Laehr*).
Leukämie 993 (*Herrmann*).
Leukoderma syphiliticum 130 (*Dreyse*).
Leukokeratose 204 (*Le Dentu*).
Leukoplasmie mit Epitheliom 353 (*Le Dentu*).
Lichen ruber 582 (*Dreyse*).
 — tropicus 1337 (*Ruge*).
Lid-Melanom 966 (*Lušić-Matković*).
Lid-Peritheliom 965 (*Hanke*).
Ligamenta rotunda, Verkürzung d. 721
 (*Edebohls*).
Ligaturen 205 (*Chipault*).
Linea alba, Brüche d. 650 (*Lennhoff*).
Lipom d. Knies 399 (*Herhold*).
Lipoma arborescens tuberculosum 119
 (*Woskressenski*).
Lipome d. Perineums 1157 (*Lejars*).
 — d. Samenstranges 1167 (*Gabryscewski*).

- Lipome, symmetrische 1319 (*Ochsner*).
 Lisfranc'sche Gelenk-Verrenkung 999 (*Panse*).
 Lithotripsie 1037 (*Milton*).
 Lokalanästhesie 252 (*Costa*), 253 (*Mehler*), 1305* (*Honigsmann*).
 Lues 1319 (*Bandler*).
 — kongenitale 46 (*P. Silex*).
 Luftröhre, Verengerung der 358 (*Rose*).
 Luftröhrengeschwülste 182 (*Koschier*).
 Luftwege, Ahre i. d. 780 (*Bogoras*).
 — Sklerom der 614 (*v. Weismayr*).
 — Verletzungen der 1058 (*Platt*).
 Lumbalpunktion 47 (*Braun*), 675 (*Leutert*). 1195 (*v. Ranke*).
 — b. Meningitis 1348 (*Rembold*).
 Lungenabscess 950 (*Kijewski*), 1033 (*Bushnell*).
 Lungenabscesse 1071 (*Sewerin*).
 Lungenchirurgie 170 (*Richerolle*), 171 (*Schwalbe*), 172 (*Terrier*), 1017 (*Tuffier*), 1137 (*Sonnenburg*).
 Lungenembolie 904 (*Schulze*).
 Lungenembolien durch Quecksilberpräparate 556 (*Möller*).
 Lungenfisteln 453 (*Friedrich*).
 Lungeninfarkt 759 (*Klemm*).
 Lungentuberkulose, Knieverjauchung b. 735 (*Schilling*).
 Lupus 344 (*Dubreuilh*, *Bernard*), 959 (*Küttner*), 965 (*Lang*).
 — erythematodes 581 (*Koch*), 694 (*Schütz*).
 — d. Gesichtes 1047 (*Schulze*).
 — u. Lymphangitis tuberculosa 9 (*Jordan*).
 — der Schleimhäute 694 (*Audry*).
 — Tuberkulin b. 1084 (*Campana*).
 — tumidus 143 (*Petrini*).
 — vulgaris 1046 (*Holländer*), 1085 (*Fabry*).
 Lux., humeri erecta 301 (*Scheller*).
 — Tali 1256 (*Gärtner*).
 Luxation am Arm 850 (*Kramer*).
 — d. Hand 821 (*Körte*).
 — d. Kniegelenks 1191 (*Kjar*).
 — d. Kniegelenkmenisk. 1065 (*Graham*).
 — d. N. uln. 996 (*Schwartz*, *Jalaguier*).
 — der Strecksehne des Mittelfingers 846* (*Schürmayer*).
 Lymphangiom, cystisches 299 (*D'Arcy Power*).
 Lymphangiome d. Brustwand 952 (*Brazis*).
 Lymphangiomen-Entzünd. 1006 (*Küttner*).
 Lymphangitis tuberculosa nach Lupus, 9 (*Jordan*).
 Lymphdrüsenexstirpation 945 (*Dollinger*).
 Lymphgefäßtuberkulose 1084 (*Jordan*).
 Lymphom, malignes 8 (*Fischer*).
 Magen, Fremdkörper im 829 (*Schneider*), 830 (*Frickner*).
 — funktionelle Operationserfolge a. 1228 (*Siegel*, *Heinsheimer*), 1229 (*de Paoli*).
 Magenadenom 98 (*Franke*).
 Magenchirurgie 206 (*Doyen*), 705 (*Lauenstein*), 706 (*Brenner*), 707 (*Tuffier* und *Marchais*, *Israel*).
 Magenepithel i. d. Speiseröhre 826 (*Ebert*).
 Magenfistel 300 (*Ciechowski*).
 Magengeschwür 81 (*Thomson*), 211 (*Strauch*, *Weir*), 923 (*McCosh*).
 — chirurgische Behandl. d. 66 (*Leube*), 69 (*Mikulicz*).
 — perforierend. 379, 647 (*Ackermann*).
 — Verschluss eines perforierten, durch Netz 739* (*Braun*).
 Magengeschwüre 1225 (*Hamilton*, *Causade*).
 Magenincarceration in einen Bruch 473 (*Mulder*).
 Magenkrankheiten, Diagnostik der 751 (*Schneider*).
 Magenkrebs 83 (*Schönwerth*), 211 (*Porges*), 324 (*Hammerschlag*), 472 (*Vilcoq*, *Lancry*, *Alsberg*), 1298 (*Dock*).
 — Milchsäure bei 71 (*Ekehorn*).
 Magenoperationen 333 (*Jaboulay*), 1036 (*Kader*).
 Magenperforation 758 (*Le Dentu*).
 Magenresektion 923 (*Fick*).
 Magenschuss 760 (*Rostowzew*).
 Makroglossie 449 (*Odenius*).
 Mal de Meleda 1339 (*Hovorka*, *Ehlers*).
 Malum Potti 1042 (*Calot*, *Jonnesco*, *Redard*).
 Mandel-Erkrankung, lakunäre 597 (*Veis*).
 Mandel-Hypertrophie 598 (*Magnan*).
 Mangel des Schienbeins 855 (*Motta*).
 Massage 1047 (*Zabludowski*), 1048 (*Lucas-Championnière*).
 — u. Heilgymnastik 105 (*Bum*).
 — bei Knochenbrüchen 1175 (*Miller*, *Woolsey*).
 Mastdarm, Harnleiter-Einpflanzung i. d. 631 (*Pisani*).
 Mastdarm-Operationen 1143 (*Lobstein*, *Chaput*), 1144 (*Kirmisson*).
 Mastdarrexstirpation 1128 (*Chalot*), 1299 (*Kummer*).
 — per vaginam 333 (*Byford*).
 Mastdarmgonorrhoe 54 (*Murray*).
 Mastdarmkrebs 380 (*Quénu*), 654 (*Svensson*), 699 (*Gaudier*), 708 (*Funk*), 912 (*Kraske*), 914 (*Taylor*), 1221 (*Quénu*), 1231 (*Edwards*), 1232 (*Quénu*).
 Mastdarmoperationen 305* (*Sternberg*).
 Mastdarmpolyp, tuberkulöser 475 (*Prochownik*).
 Mastdarmpolypen 820 (*Schwab*).
 Mastdarmschuss 1230 (*Dutkiewicz*).
 Mastdarmstriktur 86 (*Stewart*), 200 (*Werkmeister*).
 Mastdarmstrikturen 114 (*Rieder*, *Sonnenburg*), 295 (*Sonnenburg*).
 Mastdarmvorfal 1231 (*Michailow*).
 Mastitis interstitialis 115 (*Düms*).
 Mastoiditis und Diabetes 270 (*Urquhart*, *Steppard*).

- Maul- und Klauenseuche 776 (*Bussenius*).
 Meatus urethralis 1152 (*Pasteau*).
 Mechanik des Fußgewölbes 1281* (*H. Studel*).
 Meckel'sches Divertikel 1297 (*Kern*).
 Mediastinum anticum, Dermoideysten d., 292 (*Pflans*).
 Melanom d. Lides 966 *Lušić-Matković*.
 Melanosis et Keratosis arsenicalis 540 (*Nielsen*).
 Meningitis 1348 (*Rembold*).
 — u. Hirngeschwulst 1347 (*Fetzer*).
 — b. Influenza 1212 (*Haedke*).
 — serosa 593 (*Boenninghaus*).
 Meningocele spuria traum spinalis 450 (*Schanz*).
 Merkurialerkrankung 1094 (*Sieven*).
 Messergriffe, verbesserte 528 (*Braatz*).
 Metastasen, gonorrhoeische 732 (*Jundell*).
 Metatarsalgie 844 (*Féré*), 856 (*Taruffi*).
 Metatarsalknochen, Osteoperiostitis eines 939* (*R. Mühsam*).
 Mikrosporon furfur 559 (*Spitschka*).
 Milchsäure b. Magenkrebs 71 (*Ekehorn*).
 Miliumtuberkel, akute, der Haut 503 (*Leichtenstern*).
 Militärlazarett, römisches 522 (*Hauser*).
 Milzblutyste 1300 (*Bacelli*).
 Milzechinococcus 1300 (*Thomson*).
 Milzexstirpation 76 (*Olgiati*), 87 (*Ghetti*). 925 (*Jonnesco*).
 Missbildung d. Extremität 1255 (*Müller*).
 Missbildungen 398 (*Mysch, Bamberger*).
 — der Hand 851 (*Monguidi, Riedinger*), 852 (*Rasch*).
 Misshandlung d. Nackenstöße 357 (*Rose*).
 Mittelohrräume, Freilegung der 349 (*Stacke*).
 Mollusum atheromatosum am Scrotum 1167 (*Ostermayer*).
 — contagiosum 539 (*Beck*).
 Morbus Basedowi u. Alopecie 580 (*Berliner*).
 — — und der Epilepsie, Behandlung 33* (*T. Jonnesco*).
 — — Strumektomie b. 574 (*Wolff*).
 Morton'sche Krankheit 1000 (*Taruffi*).
 Mundhöhlen-Herpes 1088 (*Lermoyez und Barozzi*).
 Mundsperrer 1069 (*Bruns*).
 Murphyknopf 99 (*Marwedel*), 199 (*Jonnesco*), 207 (*Heydenreich*), 915 (*Luria*).
 Muskel, selbstregulatorische Vorgänge am 104 (*Joachimsthal*).
 Muskelatrophie 563 (*Sulzer*).
 Muskelformveränderungen 576 (*Joachimsthal*).
 Muskelgeschwülste, kavernöse 991 (*Pupovac*).
 M. erector trunci, Ruptur d. 688 (*Leibold, Golubiewsky*).
 Mm. pectorales, Defekt 1188 (*Azam, Casteret*).
 Muttermäler 1336 (*Hodara*).
 Mycosis fungoides 539 (*Lukasiewicz*).
 Myom d. Gebärmutter 1024 (*Rosenthal, Lwow*).
 Myome der Haut 760 (*Neumann*).
 — — Verwachsungen submuköser 432 (*Küstner*).
 Myositis progressiva ossificans 284 (*Pineus*).
 Myxödem 367 (*Meudel*), 1274 (*Fischer*).
 — — nach Entfernung von Struma accessoria basos linguae 499* (*Seldowitsch*).
 Nabelbruchband 263* (*H. Loewy*).
 Nabelfistel 989 (*Stialin*).
 Nabelschnurbruch 395 (*Piering*).
 Nagel, eingewachsener 843 (*Taylor*).
 Nahrungskanal, Resektionen und Anastomosen am 924 (*v. Eiselsberg*).
 Naht bei Resectio recti 929* (*Nicoladomi*).
 — — zweietagige 1184 (*Michailow*).
 Naphthalan 561 (*Isaac*).
 Narbenstenose d. Pylorus 549 (*Corazza*).
 Narkose 1244 (*Czempin*), 1245 (*Radestock, Köhler*), 1246 (*Allen*).
 — — und Leber 396 (*Bundter*).
 Narkosenlähmung 1186 (*Madlener*).
 Narkosenstatistik 17 (*Gurik*).
 Näseln 1088 (*Suenger*).
 Nase und Nasen-Rachenraum, Elektrolyse i. d. 932 (*Hecht*).
 — — und Ohrverletzungen 992 (*Eckardt*).
 Nasenchirurgie 204 (*Casterx*).
 Nasenhöhle, Bakterien i. d. 1086 (*Piaget*).
 Nasenhöhlen-Neubildungen 352 (*Jodé*).
 — — Tamponade 767 (*af Forselles*).
 Nasengeschwülste 261 (*Finder*).
 Nasen- und Kehlkopftuberkulose 1272 (*Sachs*).
 Nasenoperationen 271 (*Réthy*).
 Nasenpolypen 596 (*Alexander*).
 Nasen-Rachenpolyp 943 (*Trichow*).
 Nasen-Rachenpolypen 869 (*Rasumowsky*).
 Nasen-Rachenraum-Autoskopie 167 (*Katzenstein*).
 Nasen-Rachenstein 365 (*Janotka*).
 Nasenscheidewand, Deformation der 363 (*Moure*).
 — — a. Ersatz des harten Gaumens 505* (*Wildt*).
 — — Perichondritis d. 767 (*Danziger*).
 — — Unregelmäßigkeiten d. 259 (*Schmidt*).
 — — Verbiegung der 1196 (*Sarremone*).
 Nasenscheidewandpolypen 879 (*Walliczek*), 1273 (*Baurowicz*).
 Nasenscheidewandschiefstand 1342 (*Botey*).
 Nasenschleimhautgeschwülste 879 (*Manasse*).
 Nasenschleimhaut-Papillom 942 (*Hellmann*).
 Nasensequester 449 (*Rochard, Gouguenheim*).
 Nasenspalte, Operation d. 1136 (*Kredel*).
 Nasenverschluss 1095 (*Lenhardt*).
 Natron, schwefelsaures, bei Blutungen 204, 673 (*Reverdin*).
 69. Naturforscher- und Ärzte-Versammlung zu Braunschweig 1134.

- Naturforscher-Versammlung, Sektion f. Unfallheilkunde 1250.
- Nebenhöhlenerweiterung 45 (*J. Herzfeld*).
- Nebennierenexstirpation 130 (*Hadra*).
- Nekrose d. Tibia 209 (*Poirier*).
- Nephrektomie 807 (*Hawkes*).
- Nephropexie 1014 (*Stinson*).
- Methodik der 355* (*Büdinge*).
- lumbale 809* (*Th. Jonnesco*), 977 (*A. Obaliński*), 975* (*Roesing*).
- Nephrorrhaphie 1160 (*Merkel-Serenin*).
- Nervenerkrankungen 1250 (*Sänger*).
- Heilung von 1135 (*Thilo*).
- n. Traumen 297 (*Schwalbach*).
- Nervenleiden, Erkrankung der Venen nach 753 (*Moltschanow*).
- Nervennaht 254 (*Ehrmann*).
- Nervenregeneration 752 (*Kennedy*).
- N. cub.-Verrenkung 386 (*Drouard*).
- hypoglossus, Rankenneurom d. 610 (*Boccasso*).
- medianus - Durchschneidung 1071 (*Betcke*).
- rad. u. med., Anastomosierung zwisch. 995 (*Sick und Sanger*).
- trigeminus-Resektion 259 (*Jonnesco, Juvara*).
- uln.-Luxation 996 (*Schwartz, J. laquier*).
- Netzkystom 1300 (*v. Bergmann*).
- Netzverschluss eines perforierten Magengeschwürs 739* (*Braun*).
- Neubildungen, bösartige 79 (*Fedorow*).
- des Gehirns 756 (*Richliński*).
- Neuralgie der Rückenmarksnerven 113 (*Abbe*).
- d. Trigeminus 98 (*Krause*).
- durch Zahnverlagerung 877 (*Linda*).
- Neuritis 1186 (*Krehl*).
- Neurodermitis 145 (*Touton*).
- Neurofibrome 9 (*v. Büngner*).
- Neurolepiden 1094 (*Hodara*).
- Neurom 849 (*Péan*).
- Neurome 78 (*Scheuen, Hartmann*).
- Neurosen, traumatische 1123 (*Rosenthal*).
- Nieren b. Blutvergiftung 129 (*Klecki*).
- u. Diphtherieheilserum 627 (*Siegert*).
- Leber-Degeneration, polycystische 822 (*Steiner*).
- -Neubildung und ihre Behandl. 1038 (*Küster*).
- Nierenadenom 1163 (*Albarran*).
- Nierenbecken- und Harnleiter-Zottengeschwulst 972 (*Kohlhardt*).
- Nierenblutungen 1159 (*Grosalik*).
- Nierenchirurgie 479 (*Oehler*), 798 (*Obaliński*), 974 (*Bräuninger*), 1162 (*Dia-konow*), 1325 (*de Paoli*).
- Nierendegeneration, cyst. 1208 (*Niemer*).
- Nierenentzündungen, eitrige 412 (*Maass*).
- Nierenexstirpation, Grenzen der 632 (*Wagner*).
- Nierengegendgeschwülste 479 (*Pawlik*).
- Nierengeschwülste 783 (*Funke*), 799 (*Minnervini*), 974 (*Kaijser*).
- Nierenkapsel-Spaltung 770 (*Lambret*).
- Nierenkrebs 1163 (*Legueu*).
- Nierenoperationen 208 (*Albarran*), 430 (*Lotheissen*), 1039 (*Tuffier, Israël*), 1040 (*Jonnesco, D'Antona, Albarran, Gersuny, Kader*).
- Nierenresektion 1038 (*Bloch*), 1162 (*Bloch, Roesing*).
- Nierenstein 32 (*Perkins*).
- Nierensteine 784 (*Weber*), 809 (*Lesin*), 972, 1160, 1161 (*Lennander, Duret, Nicodemi*).
- Nierenstruma 1325 (*Gatti*).
- Nierentuberkulose 429 (*Heinricius*), 527, 1023 (*Tuffier*), 771 (*Brown*), 973 (*Albarran*).
- Nierenverlagerung 526 (*Schwalbe*), 1324 (*Schütz*).
- akute 1023 (*Klamann*).
- Nierenverletzungen 1323 (*Keen*), 1324 (*Richardson, Franz*).
- Nierenzerreißung 783 (*Zeidler*).
- Noma 774 (*Guizzetti*), 878 (*Weill*), 1272 (*Guizzetti*).
- Nosophen und Antinosen 803 (*Dundore, Diz, Duke*), 804 (*Lilienthal*).
- Oberarmbruch 1247 (*Peters*).
- Oberarmepiphyseentrennung 734 (*Walther*).
- Oberarmepseudarthrose 850 (*Hofmann*).
- Oberkiefergeschwülste 876 (*Martens*), 877 (*Prym*).
- Oberkieferosteom 270 (*Gibelli*).
- Oberkieferosteomyelitis 270 (*Schmiegelow*).
- Oberkieferresektion, Gaumenersatz nach 505* (*Wildt*).
- Oberlippenkarbunkel 204 (*Lancini*).
- Oberlippen-Syke 272 (*Srebrny*).
- Oberschenkel, traumatische Epiphysenlösung a. 118 (*Finckh*).
- Oberschenkel-Enchondrome 118 (*Rosenbaum*).
- Oberschenkel-Exartikulation 984 (*Coronat*), 997 (*Wyeth*).
- Oberschenkel-Sarkom 606 (*Maass*).
- Oberschenkel - Epiphysen - Lösung 551 (*Harte*).
- Oberschenkelknochenbruch 853 (*Vanverts*).
- Ödem, malignes 1252 (*Scherer*).
- Ohr, Fremdkörper im 258 (*Preobraschensky*).
- Kalkkonkremente im 756 (*Szum-laisky*).
- Ohrblutungen bei Schädelbasisbrüchen 1341 (*Bornick*).
- Ohrleiden 268 (*Ostmann*), 875 (*Alt*).
- diphtherische 867 (*Lommel*).
- Operation d. Blasensteine 1323 (*Stein*).
- nach Wladimirow-Mikulicz 1192 (*Trofimow, Filatow*).
- der medianen Nasenspalte 1136 (*Kredel*).
- multipler tuberkulöser Dünndarmstenosen 1138 (*Troje*).
- Operationen der Gallenblase 711 (*Binnie*).

- Operationen am Ganglion Gasseri 112
 (Keen), 745 (Murphy), 746 (Marchant, Herbet).
 — gynäkologische 733 (Bastianelli).
 — am Mastdarm 1143 (Lobstein, Chaput), 1144 (Kirmisson).
 — Nachbehandlung der 9 (Reichel).
 — sexuelle bei Prostatahypertrophie 617* (Lennander).
 Operations-Anleitung 375 (Riedel).
 Operationserfolge, funktionelle, am Magen 1228 (Siegel, Heinsheimer), 1229 (de Paoli).
 Operationshandschuhe 717* (G. Perthes), 1052 (Wülfiler).
 Operationskissen, asept. 1145* (Klemm).
 Operationskurs 314 (v. Bergmann, Rocks).
 Operationstatistik 900 (Heimann).
 Operationstechnik für tragfähige Amputationenstümpfe 833* (Bier).
 Operationstisch 528 (Reinecke).
 Operieren in sterilisierten Zwirnhandschuhen u. m. Mundbinde 713* (Mikulicz).
 Orbita-Echinococcus 942 (Ziegler).
 Orchidopexie 209 (Tédenat).
 Orthoform 1148 (Einhorn, Heinz).
 Orthopädie, Cellulose i. d. 990 (Vulpus).
 Ösophagoskop 1224 (Kelling).
 Ösophagoskopie 1138 (Gottstein).
 Ösophagotomie 757 (Lémaitre, Kosiński).
 Ösophagotomie ext. 80 (v. Brackel).
 — interna 69 (Weber).
 Ösophagusoperationen 1035 (Czerny).
 Ösophagus-Syphilis 147 (Mraček).
 Osteomalacia carcinomatosa 607 (Ritchie).
 Osteomyelitis 302 (Vallas), 562 (Bellissent), 670 (Lexer), 763 (Brinda).
 — b. Kaninchen 164 (Lexer).
 — d. Oberkiefers 270 (Schmiegelow).
 — d. Oberschenkels 566 (af Schultén).
 Osteoperiostitis eines Metatarsalknochens nach Typhus 939* (R. Mühsam).
 Osteoplastik 144 (Müller).
 — Phalanx-Ersatz durch 178* (Stern).
 Osteopsothyrose 1254 (Griffith).
 Osteosarkom des Schlüsselbeins 1254 (Courtin).
 Osteotomia trochanterica 735 (Jourdanet).
 Ostitis deformans 901 (Pic).
 — fibröse 14 (Küster).
 Otitis 448 (Broca).
 — media 1215 (Miot).
 — m. Hirnerkrankung 95 (Poulsen).
 — chron. sicca 930 (Malherbe).
 Ovariectomie 1024 (Schauta).
 Oxytuberkulin gegen Tuberkulose 1241 (Hirschfelder).
 Ozaena 444 (Bruck), 1086 (Lautmann), 1087 (Moure), 1095 (Mollin), 1197 (Schleicher), 1216 (Hendelsohn), 1349 (Compnaird).
 Pachydermie bei Gesichtserysipel 1345 (Friedrich, Bernhardt).
 Palmarfascie-Schrumpfung 1255 (Férel).
 Panaritium 671 (Aievoli).
 Pankreaschirurgie 711 (Sendler).
 Pankreaszyste 87 (Finotti), 917 (Heinricius), 928 (Ziegler), 1303 (Phedran).
 Papillomatosis cutanea et vesicalis 150 (Rasch).
 Papillom der Harnröhre 524 (Kolischer).
 — der Nasenschleimhaut 942 (Hellmann).
 Papillome des Kehlkopfes 938 (Heryng).
 Parachlorophenol 1041 (Le Dentu), 1266 (Spengler).
 Paraneuritis 228 (Niebergall).
 Paraplaste 766 (Unna).
 Para-urethrale Gänge 794 (Róna).
 Paravaginale Operationen 480 (Schuchardt).
 Parotitis 273 (Laforgue).
 — toxische 1086 (Comby).
 Parotis-Epitheliom 611 (Vallas, Séraud).
 Parovarialcyste bei Appendicitis 823 (Schrader).
 Patella und Olecranon-Querbrüche 577 (Lindemann).
 Pemphigus 147 (Westberg), 151 (Behrend).
 — foliaceus 560 (Nikolski).
 — neonatorum 583 (Peter).
 — vegetans 135 (Herzheimer, Stüve).
 — vulgaris 1082 (Luithlen).
 Pemphiguslehre 138 (Kaposi, Rosenthal).
 Pendelapparate 604 (Schütz).
 Penis, Incarceration d. 1166 (Ameisen).
 Penisfistel 237 (Koltzschin).
 Penis-Krankheiten 428 (Stechmetz).
 Penistuberkulose 781 (Polaria).
 Perforation des Blinddarmes 758 (Rémy und Jeanne).
 — des Magens 758 (Le Dentu).
 Perforationsperitonitis 212 (Hoegh), 816 (Burbacci), 828 (Landerer, Glücksmann, Floderus, Sotow), 910 (Finny), 921 (Hartmann), 1217 (Finney).
 — bei Typhus 750 (Monod u. Vanverts), 759 (Gesselwoitsch und Wanack).
 Perichondritis laryngea 55 (A. Goldschmidt).
 — d. Nasensecheidewand 767 (Danziger).
 Pericystitis 970 (Pusteau, Debains).
 Perikardotomie 1271 (Woinitsch-Sjano-szenski).
 Perimetrie d. Handgelenks 1249 (Hübscher).
 Periorchitis haemorrhagica 801 (Zange-meister).
 Peritheliom des Lides 965 (Hanke).
 Peritonealverklebungen 1217 (Muscatello).
 Perityphlitis 318 (Cohn), 757 (Kleinwüchler, Talamon), 758 (Gerhardt, Lauenstein), 1019 (Roux, Kümmel, Le Dentu), 1020 (Sonnenburg), 1110 (Doyen).
 — Pathologie u. Therapie 1110 (Sonnenburg).
 Perivaginitis phlegmonosa 801 (Weber).
 Pes malleus valgus 120 (Vulpus).
 Pflanzenfaserseife (Ubrigin) 470* (van Niessen).
 Phalanx-Ersatz durch Osteoplastik 178* (Stern).

- Pharyngotomia subhyoidea 1262 (*Lacour*).
 Pharynxkrebs 1059 (*Krönlein*).
 Phlegmonen d. hinteren Brustfellraumes 516 (*Obalinski*).
 Piedra nostras 54 (*Unna*).
 Pigmentsarkom 149 (*Steiner*).
 Pityriasis rosea 560 (*Tandler*).
 Plastik, peritoneale 317 (*Rissmann*).
 Plattfuß 842 (*Heidenhain*).
 Plattfußbehandlung 1181 (*Lange*).
 Plattfußstiefel 1250 (*Staffel*).
 Pleomorphismus der Schimmelpilze 696 (*Waelsch*).
 Pleura pulmonalis, Chirurgie d. 51 (*Terrier*).
 — Resorptionsbahnen d. 1269 (*Muscattello*).
 Pleuritis 616 (*Bouchard*), 949 (*Demosthen, Calinescu*).
 Pneumatom des Darmes 394 (*Orlandi*).
 Pneumoniebacillus Friedländer's 77 (*Halban*).
 Pneumopexie 37* (*Bayer*).
 Pneumothorax 781 (*Pettavel*).
 Pneumotomie 206 (*Tuffier*).
 Polyarthrits deformans 1187 (*Lasarew*).
 Polymastie 779 (*Kumberg*).
 Polymorphe Exantheme 133 (v. *Düring*).
 Polymyositis acuta 149 (*Herrick*).
 Polypen, blutende d. Nasenscheidewand 1273 (*Baurouicz*).
 — der Nase, des Rachens 869 (*Rasumovsky*), 943 (*Tichow*).
 — d. Nasenscheidewand 879 (*Walliczek*).
 Pott'scher Buckel 354, 613 (*Calot*), 677 (*Lange*), 1203 (*Nebel*).
 — Streckung d. 1265 (*Lorenz*), 1274 (*Jonas, Tubby*).
 Präparirübungen 485 (*Ruge*).
 Proc. verm., Hernie d. 1218 (*McC. Eccles*).
 Prozesse, infektiöse, gegen venöse Stauung 1237*, 1239 (*Hamburger, Spronck*).
 Prolaps eines Meckel'schen Divertikels 705 (*Sauer*).
 Prolapsus ani 1299 (*Schmey*).
 Prostata 1010 (*Casper*).
 Prostatahypertrophie 22 (*Sackur*), 31 (*Eurén*) 119 (*Helferich*), 125 (*Borelius*), 127 (*Freudenberg*), 357 (*Rose*), 476 (*V. Schwarz, K. Schwarz, Vujic*), 477 (*McEuan, Harrison, Moulin*), 478 (*Southam*), 521 (*Floerzeim*), 628 (*Kochler*), 629 (*Salomoni, Negretti*), 630 (*Bottini*), 799 (*Motz*), 800 (*Bazy, Escat, Chauillo*), 807 (*Herhold, de Rouville*), 967 (*Pasteau, Colin, Allina*), 968 (*Turazza, Ekehorn*), 969 (*Rissler*), 1166 (v. *Čučković*), 1313 (*Escat, Cabot*), 1321 (*Beck, Floderus*).
 — b. Harnverhaltung 1037 (*Bottini*).
 — sexuelle Operationen bei 617* (*Lennander*).
 Prostataskrankheiten 1153 (*Picard*).
 Prostatakrebs 208 (*Desnos*).
 Prostatasarkom 1314 (*Dupraz*).
 Prostatatuberkulose 524 (*Conitzer*).
 Prurigo Hebrae 1345 (*Risso*).
 Pruritus 561 (*Heidenhain*).
 Pseudarthrose 998 (*Tachard*).
 — des Oberarms 584 (*Berger*), 850 (*Kofmann*).
 Pseudo-Aktinomykose 205, 611 (*Poncet*).
 Pseudoxanthom 957 (*Darier*).
 Psoriasis 151 (*Kuznitsky*), 1337 (*Herzheimer*).
 — auf Syphilisnarben 1320 (*Burgdorf*).
 Psychose, postoperative 1175 (*Marlier*).
 Ptyalismus nach Trauma 943 (*d'Arcy Power*).
 Punktion der Kieferhöhle 261 (*Krebs*).
 Pyämie, otitische 1102 (*Luc*).
 Pyelitis und Hämorrhagien 1012 (*Delbet*).
 Pyelonephritis 521 (*Bazi*), 528 (*Routier*).
 Pyloruskrampf 1123 (*Doyen*).
 Pylorusoperationen 1035 (*Czerny*).
 Pyopneumothorax 616 (*Djémil-Pascha*).
 Pyothorax 768 (*Beck*).
 Quadricepssehnen-Abriß 118 (*Wunsch*).
 Quadricepssehnen-Zerreißen 177 (*Walker*).
 Quecksilberinjektionen 1008 (*Wollers, Harttung*).
 Quecksilberpräparate zur Injektion 556 (*Müller*).
 Querbrüche d. Patella und d. Olecranon 577 (*Lindemann*).
 Querdarm-Erweiterung 832 (*Rissler*).
 Querspalte der Eichel 781 (*Hofmohl*).
 Rachenkrebs u. Exstirpation 45 (*Krönlein*).
 Rachenmandel 1350 (*Gourc*).
 — Besichtigung der 598 (*Lindt jr.*).
 Rachenmandelhyperplasie 272 (*Plüder, Fischer*).
 Rachenpapillome 55 (*Delie*).
 Rachentuberkulose 1261 (*Weissenstein*).
 Rachitis, Schilddrüse gegen 674 (*Heubner*).
 Radialislähmung 302 (*Tizier*), 1141 (*Frankel*), 1254 (*Lehmann*).
 Radikaloperation d. Brüche 1125 (*Fessler, Ludwig*), 1126 (*Minir, Platt*).
 — freier Brüche 831 (*Link*).
 — von Brüchen 323 (*Duplay, Cassin*), 652 (*Stinson*), 653 (*Raffa*).
 — von Hernien 395 (*Simon*), 911 (*Demars, Lannelongue*).
 — bei Leistenbruch und Hodenektomie 1124 (*Sergi-Trombetta*).
 — der Leistenbrüche 1142 (*Coley*).
 Radio-Ulnargelenk, Verrenkung des 116 (*Mayer*).
 Radiusbruch 176 (*Bühr*), 839 (*Cipriani*), 1249 (*Roberts*).
 Radiusbrüche 132 (*Immelmann*), 1064 (*Carson*).
 Ranula 1199 (v. *Hippel*).
 Rankenneurom des N. hypoglossus 610 (*Bocasso*).
 Realencyklopädie 956 (*Eulenburg*).

- Rectoskopie 819 (*v. Fedoroff*).
 Rectovaginalschnitt bei Mastdarmoperationen 305* (*Sternberg*).
 Rectumoperationen 1035 (*Czerny*).
 Redressement d. Gibbus 1257* (*O. Vulpius*).
 Regeneration der Nerven 753 (*Kennedy*).
 Reiskörperchenentzündung der Gelenke 102 (*Lejars, Labbé*).
 Rektoskopie 1220 (*Feodorow*).
 Replantation der Knochen 886 (*Barth*).
 — trepanirter Knochenstücke 442 (*Davids*).
 Resectio recti, Naht bei 929 (*Nicoladoni*).
 Resektion d. Darmes 1142 (*Müller*), 1229 (*Routier*).
 — d. Dick- und Dünndarmes 662 (*Rosa*).
 — d. Flexura coli dextra weg. Krebs 1209 (*Seefisch*).
 — osteoplastische, am Fuß 843 (*Lotheissen, Bruns*).
 — d. Ganglion Gasseri 363 (*Monari*), 1196 (*Poirier*).
 — des Hals sympathicus 400 (*v. Baracz*).
 — d. Hals sympathicus bei Kropf und Epilepsie 1046 (*Jonnesco*).
 — d. Handgelenkes 89* (*Catterina*).
 — d. Harnröhre 31 (*Fuller*).
 — d. Hüfte 853 (*Cornet*).
 — d. Kieferhöhlenwand 931 (*Bünninghaus*).
 — am Knie 854 (*Cousins*).
 — d. Leber 914 (*Auray*).
 — d. Magens 923 (*Fick*).
 — am N. trigeminus 259 (*Jonnesco, Juvara*).
 — d. Niere 1038 (*Bloch*).
 — d. Trigeminus 875 (*Schwarz*).
 — d. I. Trigeminusastes 737* (*Cohen*).
 — totale und beiderseitige des N. sympathicus cervicalis 33* (*T. Jonnesco*).
 Resektionen und Anastomosenbildungen am Nahrungskanal 924 (*v. Eiselsberg*).
 — d. Hüftgelenkes 1140 (*Sprengel*).
 Resorcin b. Hautkrankheiten 1080 (*Kellogg*).
 Resorption d. Bakterien bei lokaler Infektion 4 (*Halban*).
 — von Jodoform 865 (*Hübener*).
 Resorptionsbahnen d. Pleura 1269 (*Muscatello*).
 Retropharyngealfistel 1350 (*Demel*).
 Rhabdomyoma dorsi, Präparate von 1207 (*Caro*).
 Rhinitis 868 (*Riborg*).
 — sicca 260 (*Ribury*).
 Rhinologie 514 (*Heymann*).
 — Handbuch der 49 (*P. Heymann*).
 Rhinophyma 582 (*Dohi*).
 Rhinoplastik 679 (*v. Hacker*).
 Rippen - Pseudarthrose 616 (*Ginestous, Nourrit*).
 Rippenchondritis 952 (*Müllern-Aspegren*).
 Röntgen zu anatom. Zeichnungen 683 (*Diakonow*).
 Röntgen-Photographie bei Diagnose 992 (*Franz*).
 Röntgen-Strahlen 18 (*Kümmell*), 33 (*Hofmeister*), 34 (*Levy*), 35 (*Levy-Dorn*), 37 (*Hoffa*), 38 (*Jochimsthal*), 40 (*Krause, Lezer*), 106 (*Oberst*), 765 (*Zangemeister*), 1121 (*Schwertzel*), 1251 (*Dumstrey*).
 — in der Rhino- u. Laryngologie 595 (*Scheier*).
 Röntgentechnik 1048 (*Levy*).
 Röntgen-Untersuchung b. Unfallkranken 115 (*Dumstrey*).
 Röntgenverfahren in der Chirurgie 1134 (*Oberst*).
 Rotz 79 (*Ehrich, Buschke*).
 Ruptur d. M. erector trunci 688 (*Leibold, Golebiewski*).
 Rückenmark-Erkrankung 114 (*Thiem*).
 Rückenmarkschirurgie 1186 (*Trapp*).
 Rückenmarkshäute, Blutungen i. d. 114 (*Schindler*).
 Rückenmarksnerven, Neuralgie der 113 (*Abbe*).
 Rückgratsblutungen, traumatische 1044 (*Stolper*).
 Rückgratsverkrümmung 1022 (*Joachimsthal, Jügerink*).
 Sacroiliacalgelenk, Exarticulatio femoris im 132 (*Bardenheuer*).
 Salubrol 465 (*Silber*).
 Salzlösungs-Infusionen 466 (*Bosc, Vedel*).
 Samenstrang, Lipome d. 1167 (*Gabrysczewski*).
 Sanduhrmagen 82 (*Schwarz*).
 Sanoform 11 (*Schlesinger*).
 Sarkom d. Adnexe 528 (*Wikerhauser*).
 — d. Darmes 990 (*Babes, Nanu*).
 — d. Hodens 1167 (*Rovsing*).
 — d. Knochen 997 (*Mermel, Lacar*).
 — d. Leber 336 (*Bramwell*).
 — melanotisches 78 (*Mehrer*).
 — d. Netzes u. d. Colon transversum 1034 (*Djamil Pascha*).
 — d. Prostata 1314 (*Dupraz*).
 — d. Schlüsselbeins 175 (*Legueu*).
 — d. Zunge 1198 (*Marion*).
 Sarkome 13 (*Jürgens*).
 Schädelbasisbrüche 874 (*van Nes*).
 — Ohrblutungen bei 1341 (*Barnick*).
 Schädelbruch 1346 (*Hermant*).
 Schädelrückendeckung, osteoplastische 1347 (*Zeller*).
 Schädeloperationen 571 (*David*).
 Schädelschuss 755 (*Delelienne, Schüer, Dupont*).
 Schädel-trepanation 857* (*Obaliński*).
 Schädel- und Hirnverletzungen 1211 (*Driessen*), 1212 (*Matthes, Bartoloni, Seydel*).
 Schanker, phagedänischer 535 (*Balzer*).
 Schankerbubo 535 (*Dubigadoux*).
 Schankerbubonen 146 (*Buschke*).
 Scheidenfisteln 802 (*Samter*).
 — d. Blase 1157 (*Martin*).

- Scheidenfisteln d. Darmes 1168 (*Chaput*).
 Scheidenplastik 1328 (*Burrage*).
 Scheitelbeinfraktur 548 (*Corazza*).
 Schenkelbruch 1142 (*Kjar*).
 Schenkelhalsbruch 136 (*Thiem*).
 Schenkelhalsbrüche 544 (*Liermann*).
 Schenkelhalsverbiegung 241* (*Zehnder*),
 1232 (*Müller*).
 Schenkelvenen-Unterbindung 1159 (*Napal-*
kow).
 Schienbeindefekts-Heilung 1256 (*v. Eisels-*
berg).
 Schienbein- u. Fußwurzelknochen-Tuber-
 kulose 109 (*Ollier*).
 Schienbeinmangel 855 (*Motta*).
 Schienbeinverrenkung 399 (*Knauer*).
 Schilddrüse 14 (*Guart*), 16 (*Escald*), 18
 (*Hertoghe*), 20 (*Hildebrandt*), 20 (*H.* u.
M. Frenkel, *Roos*), 21 (*Baumann*,
Goldmann), 290 (*De Luca*, *D'Angerio*),
 679 (*de Voogt*).
 — geg. Rachitis 674 (*Heubner*).
 Schilddrüsen-Adenom 615 (*Meyer*).
 Schilddrüsenkrebs 205 (*Adenot*).
 Schilddrüsennerven-Exstirpation 289
 (*Katzenstein*).
 Schilddrüsenpräparate 552 (*Zarubin*).
 Schilddrüsen-Verpflanzung 601 (*Panta-*
leone).
 Schimmelpilze, Pleomorphismus der 696
 (*Waelsch*).
 Schläfenbein - Cholesteatom 269 (*Stein-*
brügge).
 Schleich'sche Anästhesie 672 (*Ruge*).
 — Infiltration 626 (*Noack*, *Gerhardi*).
 Schleimbeutelentzündung unter d. Del-
 toides 454 (*Widal*).
 Schleimbeutel- und Sehnenscheiden-Er-
 krankungen 991 (*Chipault*).
 Schleimhaut-Lupus 694 (*Audry*).
 Schlüsselbeinbruch 1254 (*Spencer*).
 Schlüsselbeinbrüche 209 (*Février*), 446
 (*Dagron*).
 Schlüsselbeinexstirpation 175 (*Legueu*).
 Schlüsselbeinosteosarkom 1254 (*Courtin*).
 Schlüsselbeinsarkom 175 (*Legueu*).
 Schrumpfung d. Palmarfascie 1255 (*Féré*).
 Schulterankylose 107 (*Souchon*).
 Schulterauslösung 723 (*Lissenkow*).
 Schulterblattexstirpation 583 (*Cousin*).
 Schulterblattfraktur 1187 (*Lanin*).
 Schulterexartikulation 1187 (*Krutowski*).
 Schultergürtel-Entfernung 994 (*Francke*,
Heddius), 1188 (*Wanach*).
 Schulter- und Hüftexartikulation 117
 (*Wyeth*).
 Schulterverrenkung 453 (*Samosch*), 550
 (*Finckh*), 995 (*Berger*).
 Schuss i. d. Mastdarm 1230 (*Dutkiewicz*).
 Schussverletzung d. A. pulm. u. Aorta
 1279 (*Perthes*).
 — d. A. und V. poplitea 1181* (*P.*
Klemm).
 — des Gehirnes 1069 (*Bunce*).
 — des Herzens 1071 (*Williams*).
 Schussverletzung der schwangeren Ge-
 bärmutter 976 (*Neugebauer*).
 Schussverletzungen 1054 (*Eichler*), 1055
 (*Davis*), 1294 (*Chupin*, *Bazin*, *Ligou-*
zat, *Boppe*).
 Schusswunden des Magens 760 (*Rostow-*
zew).
 Schwerhörigkeit bei Genitalstörungen 56
 (*P. Bonnier*).
 Sehnenscheiden - Erkrankung 991 (*Chi-*
pault).
 Sehnentransplantation 736 (*Winckler*),
 999 (*Vulpis*).
 Sehnenüberpflanzung 286 (*Franke*).
 Sehnen- und Muskelüberpflanzung 640
 (*Milleken*).
 Sehnenüberpflanzung bei Kinderlähmung
 145 (*Franke*).
 Septämie, peritoneale 376 (*Michaux*).
 Septhaemia haemorrhagica 1090 (*Perthes*).
 Sequester i. d. Nase 449 (*Rochard*, *Gou-*
guenheim).
 Serum bei bösartigen Geschwülsten 673
 (*Coley*).
 Serumbehandlung 166 (*Arloing*, *Cour-*
mont), 472 (*v. Jaksch*).
 — bösartiger Geschwülste 265 (*Brun-*
ner).
 — Neubildungen 79 (*Fedorow*).
 Seruminjektionen b. Verbrennungen 1080
 (*Tommasoli*).
 Serumtherapie d. Tetanus 1090 (*Asam*,
Broca, *Engelmann*).
 Sicherstellung der Diagnose 373* (*P.*
Schröter).
 Siebbeinknochen-Veränderung 260
 (*Hajek*).
 Silberantiseptis 766 (*Cicognani*).
 Silbergaze, 454 (*v. Zajontschkowski*).
 — bakteriologische Untersuchung der,
 n. Dr. Crédé 57* (*v. Zajontschkowski*).
 — als Verbandstoff 455 (*B. L. Beyer*).
 — Verbandstoff 220* (*Beyer*).
 Silbersalze 683 (*Tilger*).
 — Crédé's, antiseptische Kraft der 61
 (*C. Meyer*).
 Silberwundbehandlung 1041 (*Crédé*).
 Simulation 993 (*Freund*).
 Sinus maxillaris, Empyem des 352 (*Ri-*
pault), 363 (*Moure*).
 — transv. Thrombose i. 363 (*Dahlgren*).
 Sinusphlebitis 28 (*Denker*).
 Sinusthrombose 941 (*Krogius*), 1215
 (*Weissgerber*).
 Skalpirung 1068 (*Altermatt*).
 Skiaskopie 251 (*Schjerning*, *Kranzfelder*),
 343 (*Jankau*), 439 (*Wolff*), 440 (*Jo-*
achimsthal), 980 (*Dumstrey*), 981 (*Gocht*).
 — b. Geschossen im Gehirn 184 (*Eul-*
enburg).
 — b. Knieankylose 119 (*Forgue*).
 Sklerodaktylie 852 (*Schubiger*).
 Sklerom d. Luftwege 614 (*v. Weismayr*).
 Skoliose 49 (*Schulthess*), 498 (*Kiliani*),
 512 (*Hoffa*).

- Skoliosen 1042 (*Calot*), 1044 (*Dolega*).
 — Messung 1001* (*A. Schanz*).
 Smegma- u. Tuberkelbacillen 627 (*Bunge*, *Trautenroth*).
 Spalthand 116 (*Dowd*).
 Spaltung d. Nierenkapsel 770 (*Lambret*).
 Speicheldrüsen - Tuberkulose 1201 (*de Paoli*).
 Speichelfistel 1349 (*Grahl*).
 — Operation 446* (*Lauenstein*).
 Speiseröhre, Fremdkörper i. d. 686 (*Mayo*), 687 (*Hochenegg*, *Schüller*), 688 (*dieselben*), 1069 (*Delatour*).
 — Magenepithel in der 826 (*Ebert*).
 — Tuberculocarcinom der 1296 (*Pep- per u. Edsall*).
 Speiseröhrendivertikel 206 (*Girard*), 1225 (*Berkhan*).
 Speiseröhrenenge 825 (*Prestorius*, *Jaboulay*).
 Speiseröhren Erweiterung 988 (*Rumpel*, *Jaffé*).
 Speiseröhrenkrebs 1225 (*Mintz*).
 Speiseröhrenstriktur 300 (*Cichomski*), 301 (*Berger*).
 Sphincter ani-Ersatz 117 (*Prutz*).
 Spina bifida 450 (*Ardouin*), 549 (*Corazza*), 612 (*Curchod*), 777 (*Postnikow*).
 Spiritusbehandlung 1344 (*Loew*).
 Spiritusdesinfektion 68 (*Leedham-Green*), 69 (*Ahlfeld*).
 Spiritusverbände 194 (*Salzwedel*).
 Spitalbericht 899 (*Middlesex-Hospital*).
 Spitalbrand 472 (*Vincent*).
 Splenektomie 1034 (*Jonnesco*).
 Splenopexis u. Wandermilz 124* (*Greiffen- hagen*).
 Spondylitis 288 (*Hoffa*), 935 (*Chipault*), 947 (*Kirsch*), 1021 (*Staffel*), 1202 (*Vulpius*).
 Sprachstörungen 870 (*Saenger*).
 Staphylococcus pyogenes aureus 764 (*Reichenbach*).
 Staphylomykosis 1236 (*Petersen*).
 Starrkrampf 860 (*Rose*).
 Stauung, venöse, gegen infektiöse Pro- cesse 1237, 1239 (*Hamburger*), 1239 (*Spronck*).
 Sterilisation 1284 (*Barthe*).
 Sterilisationsapparat 899 (*Heyse*, *Klien*, *Kutner*), 1067 (*Skomann*).
 Stichkanalleitung 1335 (*Magrassi*).
 Stich- u. Schnittverletzungen 1207 (*Caro*).
 Stichverletzung der A. subclavia 503 (*Ziegler*).
 Stichverletzungen 1188 (*Ziegler*).
 Stimmbandlähmung 1275 (*Grant*).
 Stimmbänder-Angiome 168 (*Chiari*).
 Stirnhöhlen, communicirende 1216 (*Kil- lian*).
 Stirnhöhlenempyem 1342 (*Photiades*).
 Stirnhöhlen-Entzündung 767 (*Gradenigo*), 777 (*Botey*).
 Streckersehnen, Luxation d. 846* (*Schür- mayer*).
 Streckung des Pott'schen Buckels 1265 (*Lorenz*), 1274 (*Jones*, *Tubby*).
 Streifschuss des Herzens 328* (*Bwald*).
 Streptokokken 502 (*Zenoni*).
 Streptokokkenangina 451 (*Gouguenheim*).
 Streptokokkeninfektion 358 (*Orlandi*).
 Striktur der Harnröhre 476 (*Ferraton*), 1313 (*Wossidlo*).
 — d. Harnleiter 1023 (*Fenger*).
 — des Mastdarmes 86 (*Stewart*), 114 (*Rieder*, *Sonnenburg*), 200 (*Werck- meister*).
 — d. Speiseröhre 300 (*Cichomski*, 301 *Berger*).
 Strikturen des Darmkanals u. d. Koth- fistel 1033 (*v. Eiselsberg*).
 — d. Dünndarmes 806 (*Fränkel*).
 — d. Harnröhre 1009 (*Newman*).
 Struma accessoria 946 (*Lympius*).
 — baseos linguae 499* (*Seldo- witsch*).
 — d. Nieren 1325 (*Gatti*).
 Strumaexstirpation in Hypnose 701* (*Kolb*).
 Strumektomie bei Morbus Basedowi 574 (*Wolff*).
 Strumitis 55 (*Riedel*).
 Sublimat-Injektion 1149 (*D'Anna*).
 Subphrenischer Abscess 826 (*Graeve*).
 Summereruption 144 (*Jarisch*).
 Sykose d. Oberlippe 272 (*Srebrny*).
 Sympathicus-Resektion bei Morbus Ba- sedowi und Epilepsie 33* (*T. Jon- nesco*).
 Symptomatologie und Therapie d. Coxa vara 689* (*Borchard*).
 Synovialmembran-Veränderungen 669 (*Jaffé*).
 Syphilis 142 (*Perićić*, *Glück*, *Justus*), 535 (*Feulard*), 536 (*Welander*), 537 (*Voll- mer*), 891 (*Werner*), 893 (*Tarnowsky*), 895 (*Étienne*), 896 (*Cumston*), 902 (*Sack*, *Bloch*), 903 (*Arslan*, *Labbé*, *Herzheimer*, *Brauer*), 904 (*Jullien*, *Schulze*), 1310 (*Müncheimer*, *Welander*, *Krzyształowicz*), 1311 (*Stark*, *Epstein*).
 — Erytheme b. 54 (*Rosenthal*).
 — extragenitale 148 (*Geberl*).
 — d. Herzens 1021 (*Lazarew*).
 — insontium 1083 (*Lesser*).
 — Jodchinin bei 43 (*Assaky*).
 — der Kinder 47 (*Contts*).
 — tertiäre 141 (*Caspary*, *Neisser*), 142 (*Jadassohn*).
 Syphilisbehandlung 55 (*Greene*).
 Syphilisinfektion, extragenitale 53 (*M. Joseph*).
 Syphilisnarben 1320 (*Burgsdorf*).
 Syphilophobie 51 (*Th. Benda*).
 Syringomyelie 947 (*Wichmann*, *Schmey*), 948 (*Lehmann*).
 — mit Trauma 134 (*Brasch*).
 — u. Unfall 28 (*Bawli*), 30 (*Lähr*), 181 (*Sokolow*), 512 (*Laehr*).

- Talgie** 1066 (*Duplay*).
Tamponade 932 (*Partsch*).
 — d. Nasenhöhle 767 (*af Forselles*).
 — b. Operationen d. Hohlorgane d. Unterleibes 665* (*C. Lauenstein*).
Taubheit 595 (*Garnault*).
Technik der Korsettherstellung 700* (*Vulpinus*).
Teratoma sacro-coccygeum 777 (*Giglio*).
Tetanus 578 (*Jacob*), 872 (*Bazy, Broca, Klemm*), 1090 (*Asam, Broca, Engelmann*), 1155 (*Halban, Cavandoli*).
 — postoperativer 728* (*M. v. Cackovic*).
Therapie, allgemeine 1002 (*Eulenburg, Samuel*).
Thiosavonale 957 (*Müller, Grube*).
Thoraxhälfte u. Handdefekt 183 (*Joachimsthal*).
Thoraxweichtheile, Gangrän der 994 (*Wunder*).
Thromben, infektiöse 180 (*Gluck*).
Thrombose im Sinus transversus 363 (*Duhlgren*).
Thymusdrüsen-Exstirpation 605 (*König*), 1280 (*Carbone*).
Thymus-Pathologie 300 (*Fischer*).
Thyraden 1343 (*Stabel*).
Thyrotomie 56 (*Pantalonì und Thomas*).
Tibiabruch 1191 (*Hartmann*).
Tibiadefekt 145 (*v. Eiselsberg*).
Tibiafraktur 633* (*Briese*).
Tonsillitis 944 (*Heddaeus*).
Torticollis 1186 (*Bloch*).
 — spasm. 12 (*Richardson, Walton*).
Trachealdefekts-Ersatz 54 (*König*).
Trachealkanülen 515 (*Thorst*).
Tracheotomie 182 (*Störk*), 452 (*Vanverts, Villard*), 453 (*Thomas, Junod*), 514 (*Sevestre*), 686 (*Löhr*), 946 (*Hecker*), 1269 (*Richelot*).
 — bei Polypen 869 (*Rasumowsky*).
Transformationsgesetz 981 (*Bühr*).
 — Wolf's u. die Hüter-Volkmann'sche Drucktheorie 276* (*F. Bühr*).
Transplantation 1184 (*Reclus*).
Trauma 1322 (*Jotkowitz*).
 — u. Gicht 359 (*Cornillon*).
 — Ptyalismus nach 943 (*D'Arcy Power*).
Traumen d. Brustorgane 1270 (*Reinert*).
 — Nervenkrankungen n. 297 (*Schoulbach*).
Trendelenburg'sche Blasenpaltenoperation, modificirt 953* (*C. F. A. Koch*).
Trepanation 27 (*Van Arsdale*), 348 (*Bayer*).
 — b. epileptiformen Krämpfen 267 (*Finke*).
 — des Schädels 857* (*Obulinski*).
 — b. Idiotismus 258 (*Gajkiewicz*).
Trichomykosis palmellina 1338 (*Eisner*).
Trichophytie 144 (*Ulmann*).
Trichophyton 136 (*Prelaggi, Morris*).
Trichophytonpilze 1081 (*Unna*).
Trichophytosis 541 (*Wüch, Krüsing*).
Trichorrhesis nodosa 144 (*Petersen*), 697 (*Bruhns*), 1338 (*Spiegler*).
Trigeminusneuralgie 98 (*Krause*), 1135 (*Boettiger, Krause*).
Trigeminusesektion 444 (*Tiffany*), 875 (*Schwarz*).
Tripper, Argonin b. 130 (*Gutheil*).
Trippergelenke 15 (*Bennecke*).
Tripperrheumatismus 46 (*Romme*).
Tropengeschwür, phagedänisches 989 (*Breult*).
Truncus brachio-cephalicus, Aneurysma 1176 (*Larrieu*).
 — tibio-fibularis, Aneurysma 569* (*Jucara*).
Tubenschwangerschaft in einem Leistenbruch 473 (*Jordan*).
Tuberculosis sacro-iliaca 565 (*Naz*).
Tuberkelbacillen 627 (*Bunge, Trautenroth*).
Tuberkelbacillenwirkung 248 (*Babes, Proca*).
Tuberkulin b. Lupus 1084 (*Campana*).
Tuberkulose d. Alveolarfortsätze 262 (*Zaudy*).
 — d. Bauchfelles 332 (*Condamin*), 655 (*d'Urso*), 656 (*Margarucci, Warnek*), 1226 (*Nélaton*), 1227 (*Wikerhauser*).
 — d. Brustmuskels 991 (*Morestin*).
 — chirurgische 1149 (*Frassi*).
 — der Eingeweide 198 (*Galliard*).
 — Elephantiasis, Ekzem 150 (*Andry*).
 — a. Fuß 119 (*Rosenberg*), 303 (*Spengler*).
 — d. männl. Geschlechtsorgane 1312 (*Sein*).
 — d. auß. weibl. Geschlechtsteile 479 (*Schenk, Küttner*).
 — der Haut 754 (*d'Urso*).
 — intrathoracische 516 (*Fowler*).
 — Jodkali gegen 683 (*Campanini*).
 — d. Kehlkopfes 678 (*Zinn*), 937 (*Caster*), 945 (*Goris*), 1059 (*Scheppegrell*).
 — der Knochen 855 (*Shermann*), 1174 (*Rynier*).
 — und Gelenke 1285 (*Wiener*).
 — u. Krebs d. Speiseröhre bei 1296 (*Pepper, Edsall*).
 — d. Lymphgefäße 1084 (*Jordan*).
 — von Nase und Kehlkopf 1272 (*Sachs*).
 — d. Nieren 771 (*Brown*), 973 (*Albarran*), 1023 (*Tuffier*).
 — Oxytuberkulin gegen 1241 (*Hirschfelder*).
 — d. Penis 781 (*Polaria*).
 — d. Prostata 524 (*Conitzer*).
 — d. Rachenmandelhyperplasie 272 (*Pluder, Fischer*).
 — d. Rachens 1261 (*Weissenstein*).
 — und Serotherapie 804 (*Dasara*).
 — d. Schienbeins u. d. Fußwurzelknochen 109 (*Ollier*).
 — d. Speicheldrüsen 1201 (*de Paoli*).
Tumor cerebri, Gehirnchirurgie b. 1044 (*v. Bergmann*).

- Typhus, Darmperforation b. 332 (*Price*).
 — Knochenleiden nach 113 (*Parsons*).
 — Osteoperiostitis nach 939* (*R. Mühsam*).
 — mit Perforationsperitonitis 750 (*Monod und Vanverts*).
 Übungen 675 (*Thilo*).
 Unfallsfolgen 992 (*Bogatsch*).
 — gynäkologische 1251 (*Thiem*).
 Unfallheilkunde auf d. Naturforscherver-
 sammlung 114.
 — Institutsbericht 992.
 Unfallkranke, Röntgen-Untersuchung 115 (*Dumstrey*).
 Unterbindung d. A. subelavia 992 (*Michailow*).
 — d. Schenkelvene 1189 (*Napalkow*).
 Unterextremitäten-Verletzungen 725 (*Liermann, Coste*).
 Unterkieferfrakturen 667* (*C. Lauenstein*).
 Unterkiefer-Osteom 610 (*Berger*).
 Unterkieferresektion 42 (*Partsch*).
 Unterleibsbrüche 321 (*Schmidt*), 650 (*Berger-Steiner*).
 Unterleibs-Hohlorganoperationen, Tam-
 ponade b. 665* (*C. Lauenstein*).
 Unterleibsorgan-Verletzung 654 (*Trapp*).
 Unterschenkelamputation, osteoplastische
 1233* (*O. Lanz*).
 Unterschenkelbruch 547 (*Hartmann, Hennequin*), 735 (*Ramsperger*).
 Unterschenkelbrüche, Behandlung 1178 (*Hennequin*), 1180 (*Rochard*).
 Unterschenkelgeschwür, chronisches 1193* (*v. Langsdorff*).
 Unterschenkelgeschwüre 1192 (*Kretz*).
 Unterschenkelverlängerung, osteoplastische 856 (*Lewschin*).
 Uranoplastik 1260 (*Sapijko*).
 Uratablagerungen in der Fußsohle 841 (*Kittel*).
 Ureter-Implantation in die Blase 1221* (*F. Kayser*).
 Ureteren-Katheterismus 1037 (*Albarran*).
 Ureteropyeloneostomie 972 (*Bazy*).
 Urethritis, nicht-gonorrhoeische 1152 (*Guisard*).
 Urethrophoritis chronica 53 (*Lohnstein*).
 Urethrotomia interna 781 (*Dukeman*).
 Urinauffänger 517 (*Rose*).
 Urticaria 1094 (*Róna*).
 — simplex et pigmentosa 695 (*Baumer*).
 Uterus duplex 358 (*Jebens*).
 Uterusexstirpation 233 (*Chalot*).
 Uterusvorfälle 203 (*Bouilly, Péan*).
 Varicocele utero-ovarica 808 (*Herbart*).
 Vasektomie 208 (*Louveau*).
 Vegetationen, adenoide 611 (*Brindel*), 880 (*Schmiegelow*), 943 (*Kahn*).
 Venenerkrankung nach Nervenleiden 753 (*Moltchanow*).
 Ventrofixation d. Harnblase 228 (*Kryniski*).
 Verband- und Instrumentenkasten 803 (*Meyer*).
 Verandlehre 67 (*Hoffa*).
 Verbildungen extra-uterin gelagert. Föten 607 (*Joachimsthal*).
 Verbrennungen 131 (*Damany*), 743 (*Tschmarke*), 1080 (*Tommasoli*).
 Verdauungsstörungen bei Brüchen 1124 (*Kuttner*).
 Vereinigung d. Chirurgen Berlins 294. 356. 416. 571. 604. 821. 1205.
 Verkürzung d. unteren Extremität 993 (*Methner*).
 — d. Ligamenta rotunda 721 (*Edebohls*).
 Verlagerung d. Choanen 880 (*Bünninghaus*).
 — d. Nieren, akute 1023 (*Klamann*).
 Verlängerung des Unterschenkels 856 (*Lewschin*).
 Verletzung d. A. mamm. int. 949 (*Hecker*).
 — d. Augenhöhle 1348 (*Cramer*).
 — am Daumen 851 (*Bühr*).
 — von Unterleibsorganen 654 (*Trapp*).
 Verletzungen des Bauches 702 (*Loth-
 eissen*), 703 (*Schäffer, Dörfler*).
 — der Gefäße 901 (*Klemm*).
 — des Kniestreckapparates 840 (*Wals*), 985 (*König*).
 — d. Luftwege 1058 (*Platt*).
 — d. Nieren 1323 (*Keen*), 1324 (*Richardson, Franz*).
 — d. Unterextremitäten 725 (*Liermann, Coste*).
 Verrenkung d. Hüfte 1189 (*Delorme*).
 — der Kniescheibe 854 (*Casati*), 998 (*Brun*).
 — i. Lisfranc'schen Gelenk 999 (*Panse*).
 — des N. cub. 386 (*Drouard*).
 — i. unteren Radio-Ulnargelenk 116 (*Mayer*).
 Verrenkungen 850 (*Seiffert*).
 — u. Knochenbrüche 980 (*Hoffa*).
 — u. Muskelschlaffheit 441 (*Féré*).
 Verruca vulgaris 145 (*Jadassohn*).
 Verschluss der Choanen 879 (*Schwendt*).
 Verwachsungen, peritoneale 645 (*Fürbringer*).
 Verwachsungsversuche mit Amphibien-
 larven 1099 (*Born*).
 Verwerthung der Drahtsäge 785* (*Gigli*).
 Vorderarmbrüche 387 (*Petersen*).
 Vorfall d. Mastdarmes 1231 (*Michailow*).
 Vorhaut- u. Eichel-Verwachsungen 1320 (*Darey*).
 Wachstumsstörungen 837 (*Minard und
 Bufnoir*), 838 (*Springer u. Serbanesco*).
 Wanderleber 1291 (*Terrier, Auray*), 1301 (*Ferrari*).
 Wandermilz 124* (*Greiffenhagen*).
 Wanderniere 585* (*Cramer*).
 — doppelseitige 1159, 1325 (*Palleroni*).
 Werke Le Fort's 66.
 Wiederbelebungsverfahren 866 (*Herzog*).
 Wirbelbrüche 287 (*Berkhoff*), 451 (*Kir-
 misson*), 947 (*Gallandet*).

- Wirbelcaries 112 (*Smith*), 180 (*Oppenheim*).
 Wirbelentsündung, traumatische 523
 (*Heidenhain*), 935 (*Vulpianus*).
 Wirbelerkrankung, traumatische 101
 (*Henle*).
 Wirbelresektion 13 (*Wachenhäuser*).
 Wirbelsäulenbrüche 934 (*Poller*).
 Wirbelsäulen-Chirurgie 366 (*Parona*).
 Wirbelsäulendeformität 28 (*Schanz*).
 Wirbelsäulen-Gestaltsveränderungen 599
 (*Mirallès*).
 Wirbelverletzungen 1263 (*v. Kryger*).
 Wladimirow-Mikulicz'sche Operation 1192
 (*Trofimow*, *Filatow*).
 Wundbehandlung 129 (*Jasiński*), 401*
 (*Majewski*), 1148 (*Miller*).
 — aseptische 1134 (*Gottstein*).
 — i. Kriege 1057 (*Credé*).
 Wunddrainage 1334 (*Ikawitz*).
 Wunde der Leber 710 (*Ikawitz*).
 Wundinfektion, eitrige d. Kaninchen 163
 (*Schimmelbusch*, *Mühsam*).
 Wundheilung 1329* (*M. Hirschfeld*).
 — bei der schwarzen Rasse 129
 (*Plehn*).
 Wundkasuistik 1294 (*Chupin*, *Bazin* und
 Ligouzat, *Boppe*).
 Wundvorlage 1122 (*Kuhn*).
 Wunden, Infektion granulirender 2
 (*Noetzel*).
 — inficirte 1040 (*Braatz*).
 Wundenbakterien 1174 (*Baginski*).
 Wurmanhangs-Empyem 656 (*Fowler*).
 Wurmfortsatz im Bruch 210 (*Göbel*).
 — traumatische Zerreißung d. 1227
 (*Delorme*).
 Wurmfortsatzes, Hernien des 1297 (*v.*
 Hofmann).
 Wurzelneuralgie 1216 (*Chipault*).
 X-Strahlen 752 (*Sorel* u. *Lannelongue*).
 Xanthom 582 (*Colombini*).
 Xanthomatuberosum 1093 (*Geyer*, *Töpfer*).
 Xeroderma pigmentosum Kaposi 702
 (*Graf*).
 Xerose- u. Diphtheriebacillen 493 (*Peters*).
 Zahnfleisch-Hypertrophie 1351 (*Heath*).
 Zahnheilkunde, Eukaïn i. d. 261 (*Dzier-*
 zowski).
 Zahnverlagerung 877 (*Linda*).
 Zeichnungen, anatom. mittels Röntgen
 683 (*Diakonow*).
 Zerreißung d. Achillessehne 177 (*Gersuny*).
 — d. Blase 1164 (*Petit*).
 Zerreißung d. Harnröhre 960 (*Lennander*).
 — d. Quadricepssehne 177 (*Walker*).
 — traumatische d. Wurmfortsatzes
 1227 (*Delorme*).
 Zottengeschwulst d. Nierenbeckens und
 Harnleiters 972 (*Kohlhardt*).
 Zungenbeweglichkeit 1280 (*Bourdette*).
 Zungen-Erkrankungen 142 (*Schwimmer*).
 Zungenkrebs 44 (*Küttner*), 365 (*Binder*).
 Zungenkropf 1261 (*v. Chamisso*).
 Zungensarkom 1198 (*Marion*).
 Zwerchfellbruch 657 (*Marčelič*), 759 (*v.*
 Bergmann), 922 (*Botesco*), 1303 (*de*
 Gueltre).
 Zwerchsackmagen 333 (*Jaboulay*).
 Zwirnhandschuhe, sterilisirte u. Mund-
 binde b. Operiren 713* (*Mikulicz*).

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin.

in Berlin.

in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1.

Sonnabend, den 9. Januar.

1897.

Inhalt: F. de Quervain, Über Fremdkörpertuberkulose des Peritoneums bei unilokulärem Echinococcus. (Original-Mittheilung.)

1) Reichel, Nachbehandlung nach Operationen. — 2) Longard, Amyloform. — 3) Schlesinger, Sanoform. — 4) Dana, Kraniotomie. — 5) Richardson und Walton, Torticollis spasm. — 6) Wachenhusen, Wirbelresektion. — 7) Guiart, 8) Ewald, 9) Hertoghe, 10) Hildebrandt, 11) H. und M. Frenkel, 12) Roos, 13) Baumann und Goldmann, Schilddrüse. — 14) Oppler, Sterilisation elastischer Katheter. — 15) Sackur, Prostatahypertrophie. — 16) Beztchinski, Bettnässen. — 17) Garceau, 18) Fenwick, Blasenleiden. — 19) Holländer, Blasenbruch. — 20) Israel, Harnleitersteine. — 21) Katschanowski, Kopfschusswunden. — 22) Van Arsdale, Trepanation. — 23) Denker, Sinusphlebitis. — 24) Golebiewski, Fall N. — 25) Schanz, Wirbelsäulen-
deformität. — 26) Bawil, 27) Lähr, Syringomyelie und Unfall. — 28) Fuller, Harn-
röhrenresektion. — 29) Eurén, Prostatahypertrophie. — 30) Montt-Saavedro, Cystitis.
— 31) Zachrisson, Blasendivertikel. — 32) Perkins, Nierenstein.

Über Fremdkörpertuberkulose des Peritoneums bei unilokulärem Echinococcus.

Von

Dr. F. de Quervain in Chaux-de-Fonds.

Als Folgen der Entleerung einer Echinococcuscyste in die Bauchhöhle, sei es in Folge von Spontanruptur, sei es bei Anlass eines operativen Eingriffes, werden gewöhnlich die drei folgenden angeführt: Peritonitis bei vereitertem Echinococcus, Intoxikationserscheinungen (Urticaria, epileptoide Anfälle und selbst Tod) bei Idiosynkrasie des Pat. gegen die Cystenflüssigkeit und multiple Neubildung von Echinokokken bei Vorhandensein von lebensfähigen Tochterblasen oder Brutkapseln in dem Cysteninhalte. Während über die beiden erstgenannten Folgen kein Zweifel besteht, so ist gegen die letzte von Lehne in einer aus dem Lubarsch'schen Institut stammenden Arbeit einige Opposition gemacht worden. Die von Volkmann, Lihozki, Krause u. A. mitgetheilten Beobachtungen von sekundärer Ent-

wicklung multipler Echinokokken scheinen uns jedoch klinisch zu beweisend, als dass man sie mit Lehne als multiple primäre Echinokokken auffassen könnte.

Andere Reaktionsformen des Peritoneums auf den Inhalt von Echinococcuscysten sind bis jetzt nicht eingehend beschrieben worden. Nur kurz erwähnt Lehné¹, dass Lubarsch in 2 Fällen von geplatzttem Leberechinococcus zahlreiche, um Echinococcumembranen gelegene Fremdkörpertuberkel gefunden habe, die schon mit bloßem Auge an der Leberoberfläche und dem Peritoneum wahrzunehmen gewesen seien. Eingehendere Mittheilung dieser Fälle wird in Aussicht gestellt.

Eine Bestätigung dieser Beobachtung bietet der im Folgenden mitzutheilende Fall, bei dessen Operation mir die Mittheilung von Lehné noch nicht bekannt war. Dr. Sandoz, mit dem ich den Pat. im hiesigen Spital operirte, hatte die Güte, mir seine Beobachtungen über denselben zur Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen, wofür ihm bestens gedankt sei.

Das Interesse der Beobachtung liegt darin, dass der Pat. wenige Wochen nach der Ruptur seiner Cyste zur Operation kam, so dass der Fall geradezu die Bedeutung eines Experiments hat.

Bevor wir jedoch unsere Beobachtung mittheilen, wollen wir noch kurz auf die Untersuchungen eingehen, welche bis jetzt über das Verhalten der Gewebe zu den Elementen des Echinococcus ausgeführt worden sind. Dieselben sind nicht sehr zahlreich und beziehen sich meist auf den multilokulären Echinococcus. Ohne irgend wie eine Zusammenstellung der diesbezüglichen Arbeiten geben zu wollen, fassen wir kurz die hauptsächlichen bis jetzt gewonnenen Resultate zusammen:

Morin² ist unseres Wissens der Erste, der in seiner unter Langhans ausgeführten Dissertation beim multilokulären Echinococcus Riesenzellen um den Parasiten gelagert fand. Guillebeau³ untersuchte den Echinococcus multilocularis des Rindes und des Menschen und fand, dass der Parasit die Neubildung von Zellen mächtig anregt. Eine rasche Zunahme der Gewebsspannung, durch Wachsthum des Parasiten einerseits und Bildung einer die Ausdehnung hindernden Bindegewebskapsel andererseits führt nach G. zum Absterben der anfänglich gebildeten Rundzellen und zur Entstehung von Riesenzellen. Diese legen sich mit ihrem kernlosen Pol an die Membran des Parasiten. An die Riesenzellen schließt sich eine Schicht von epitheloiden Zellen und sodann eine Schicht Rundzellen. Diese grenzt endlich an eine fibröse Umhüllung. Es finden sich also alle Elemente der infektiösen Granulationsgeschwülste vor. G. hält die Aufstellung besonderer Species für die beiden Echinokokkenformen für entbehrlich.

¹ Archiv für klin. Chirurgie 1896. Bd. LII. p. 590.

² Morin, Inaug.-Diss., Bern, 1876.

³ Virchow's Archiv Bd. CXIX. p. 106.

Bezüglich des unilokulären Echinococcus sind die Angaben der Lehrbücher spärlich. Ziegler (Lehrbuch Bd. II. 6. Aufl. p. 609) sagt, dass es in der Umgebung der Blasen gelegentlich zu Entzündungen komme. Die einzigen uns bekannten genaueren Untersuchungen stammen aus dem Institut von Prof. Lubarsch und wurden von Kruckmann⁴ und Lehne⁵ gemacht. Sie betreffen einen Fall von unilokulärem Echinococcus der Rückenmuskulatur, bei dem es in Folge eines Trauma zum Platzen des Sackes und zur Ausbreitung der Echinococcusmassen in das umliegende Muskelgewebe und in die Rückgrathöhle kam. Lehne erhob einen Befund, der mit demjenigen Guillebeau's völlig übereinstimmt. Überall, wo Echinococcusmembranen und Flüssigkeit hingelangte, kam es zur Ausbildung von Granulationsgewebe und großen Fremdkörperriesenzellen. Die letzteren lagen innerhalb des intermuskulären Bindegewebes hauptsächlich in den Lymphgefäßen. Bezüglich der Reihenfolge der Schichten kommt Lehne zum gleichen Resultat wie Guillebeau: Den Echinokokkenmembranen anliegend findet er Riesenzellen und epitheloide Zellen, um diese herum Granulationsgewebe mit vielen Leukocyten, und als peripherste Schicht ein zellärmeres Bindegewebe mit Blutgefäßen.

Bemerkt sei noch, dass Lehne in einzelnen Riesenzellen undeutliche, gefaltete, glänzende Streifen fand — anscheinend Membranschollen, die von den Riesenzellen eingeschlossen worden waren.

Der Vollständigkeit wegen sei noch erwähnt, dass ganz ähnliche Befunde beim Cysticercus des Menschen mehrfach gemacht wurden, so von v. Schröder und Westfahlen, Wagenmann, Dolina, Hirschberg, Stieda.

Wir kommen zu unserer Beobachtung:

Der 19jährige Pat. N. hatte den größten Theil seines Lebens, vom 5. bis zum 15. Jahr, in Bulgarien zugebracht. Seit dem 15. Jahre war er stets in der Schweiz. Von früheren Erkrankungen erinnert er sich, im 9. Jahr eine Pneumonie, im 16. Jahr Typhus durchgemacht zu haben. Ferner giebt er an, noch während seines Aufenthaltes in Bulgarien an einem 3 Tage dauernden Icterus gelitten zu haben. Über besonders intimen Verkehr mit Hunden weiß er nichts zu berichten. Im August 1896 bemerkte er eine gewisse Anschwellung des Abdomens, die ihm angeblich früher nie aufgefallen war. Gleichzeitig fing die Athmung an, etwas beeengt zu werden. Bei Anlass einer heftigen körperlichen Anstrengung fühlte er einen heftigen Schmerz und bemerkte kurz darauf den Ausbruch eines Urticariaausschlages am ganzen Körper; andere Symptome will er nicht beobachtet haben. Da die Schwellung des Abdomens und die Kurzatmigkeit stets zunahmen, so konsultirte er Anfangs September den Spitalarzt Dr. Sandoz und trat am 11. September in das Spital ein. Der damalige Status, wie er mir von Dr. Sandoz gütigst mitgetheilt wurde, war kurz folgender:

Der ziemlich abgemagerte Pat. zeigt eine auffallend bräunliche, fast bronzefarbene Haut. Keine Gelbfärbung der Bindehaut. Die Untersuchung der Thoraxorgane ergiebt normale Verhältnisse. Die Gegend des rechten Hypochondriums und Mesogastriums ist durch einen Tumor vorgewölbt, der bis in die Höhe der

⁴ Virchow's Archiv 1894. Bd. CXXXVIII. Suppl. p. 118.

⁵ l. c.

Spina ossis ilei ant. sup. reicht. Derselbe zeigt einen direkt in die Leberdämpfung übergehenden gedämpften Perkussionsschall. Bei der Palpation fühlt man Wellenschlag und hat den Eindruck einer ziemlich gespannten Cyste. Die Untersuchung der Bauchorgane ergab im Übrigen ein negatives Resultat. Temperatur und Puls waren normal. Dr. Sandoz stellte, besonders mit Rücksicht auf die vor 14 Tagen aufgetretene Urticaria, die Diagnose auf Leberechinococcus. Der Pat. blieb zwei Wochen in Beobachtung, während deren sich der Zustand nicht änderte. Von einer Probepunktion wurde abgesehen, da breite Eröffnung der Cyste vorhergesehen war. Am Morgen des Operationstages hatte sich das Bild völlig verändert. Der Tumor war geschwunden und hatte einer diffusen Resistenz im rechten Epigastrium Platz gemacht. Von einer einigermaßen gespannten Cyste war nichts mehr zu fühlen. Dagegen ließ sich ein Flüssigkeitserguss in der freien Bauchhöhle nachweisen. Der Echinococcussack war offenbar über Nacht geplatzt. Trotz der reichlich vorhandenen Resorptions Gelegenheit war diesmal keine Urticaria vorhanden. Erscheinungen von Peritonealreizung fehlten ebenfalls.

Die geplante Operation wurde nun ungesäumt ausgeführt, und zwar in Äthernarkose, unter Beobachtung reiner Asepsis. Schchnitt parallel dem Rippenrand, etwas nach rechts außen absteigend. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich das Netz und der Darm vielfach verklebt. Die stärksten Verwachsungen finden sich etwas rechts von der Gallenblase, wo Darm und Netz auch mit der Leberunterfläche verklebt sind. Nach vorsichtiger Lösung einiger Verwachsungen ergießt sich aus der Bauchhöhle eine große Menge — mehrere Liter — einer leicht trüben gallig-serösen Flüssigkeit. Das viscerele Peritoneum zeigt sowohl auf dem Darm, als am Mesenterium und Netz zahlreiche hirse- bis hanfkorngroße Knötchen. Die kleineren Exemplare sind graulich-transparent, die größeren weißlich-trüb. Wir hatten so ausgesprochen das Bild einer tuberkulösen Peritonitis vor uns, dass wir einen Moment an der Richtigkeit der früheren Diagnose zu zweifeln begannen. Allerdings stimmte die leicht grünliche Verfärbung der Flüssigkeit nicht mit der Annahme einer Tuberkulose, besonders da die Gallenblase völlig normal war. Wir lösten die Adhäsionen in der Lebergegend noch etwas, um die Diagnose zu sichern, und nun zeigte es sich, dass die Unterfläche der Leber einen schwappenden Sack darstellte. Eine Perforation desselben war, so weit die Verwachsungen gelöst waren, nicht ersichtlich. Es wurde deshalb eine Probepunktion ausgeführt, welche dieselbe leicht grünliche, schwach getrübbte Flüssigkeit ergab, wie der Inhalt der Bauchhöhle. Die Punktionsöffnung wurde erweitert, und nun konnte man sich mittels des eingeführten Fingers überzeugen, dass es sich um eine ausgedehnte, an der Leberunterfläche entwickelte Cyste handelte, in der man große gallertige Fetzen fühlte. Dieselben wurden nach vorsichtigem Schutz der offenen Bauchhöhle herausbefördert und stellten sich als Stücke einer charakteristischen, gallig imbibirten Echinococcusmembran dar. Die aus Leberserosa und bindegewebiger Kapsel bestehende Cystenwand wurde nun vorgezogen und erst durch eine fortlaufende Serosanaht, sodann durch eine Anzahl Muskel-Fascien-Knopfnähte in der Bauchwand fixirt. Sodann wurde nach genügender Erweiterung und nach möglichster Entfernung der Echinococcusmembran, die ausgedehnt abgelöst war, ein steriler Gazestreifen in die Cyste eingeführt, und schließlich die Hautwunde durch einige Knopfnähte verkleinert. — Zur histologischen Untersuchung wurden ein kleines, einige Knötchen enthaltendes Netzstück, so wie mehrere Stücke Echinococcusmembran entnommen.

Der Verlauf war während der ersten 14 Tage völlig normal und fieberfrei. Die Hautwunde verklebte, so weit sie genäht war, per primam intentionem. Die einzige Behandlung bestand in öfterem Wechsel der sterilen Gazetampons. Nach 2 Wochen stieg die Temperatur auf 38° an, und der bisher geruchlose, vom Tage der Operation weg rein gallige, ab und zu mit Echinococcusmembranen vermischte Ausfluss wurde übelriechend. Auf tägliche Ausspülung der Höhle mit 3%iger Salicyllösung hin ging die Temperatur zur Norm zurück, und der Ausfluss wurde wieder geruchlos.

Vom 20. November weg wurden die Ausspülungen der auf einen ca. 10 cm langen, ziemlich engen Fistelkanal reducirten Cystenöhle zu rascherer Vernarbung mit 1½%iger Chlorzinklösung ausgeführt. Gegenwärtig ist nur noch eine kleine, wenig Galle secernirende Fistel vorhanden. Das Allgemeinbefinden ist gut, die Hautfarbe ist weniger bronzefarben, Pat. sieht nicht mehr kachektisch aus. Die Stühle sind, wie von Anfang an, braun gefärbt. Die Untersuchung des Abdomens ergibt völlig normale Verhältnisse. Von einem Flüssigkeitserguss ist keine Spur vorhanden.

Die sowohl frisch, als nach Alkoholhärtung ausgeführte Untersuchung der Membran ergab folgendes Resultat: Die Membran ist sehr durchscheinend, gallig grün verfärbt, 3—4 mm dick, an der Außenfläche glatt, auf der Innenseite stellenweise von zahlreichen warzigen, 1—3 mm hohen Höckern von meist weißlicher Farbe besetzt. Dieselben imponirten als Brutkapseln. Auf zahlreichen Schnitten zeigte es sich jedoch, dass es sich nur um Verdickungen der Wand, stellenweise mit Kalkeinlagerungen, handelte. Zwischen den Schichten der Membran fanden sich an einigen Stellen linsenförmige, bis 1 cm messende, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Hohlräume, offenbar den Beginn der Bildung von Tochterblasen darstellend. Freie Tochterblasen fanden sich, wie schon bemerkt, nirgends vor. Die mikroskopische Untersuchung der Membran ergab die typische Parallelstreifung.

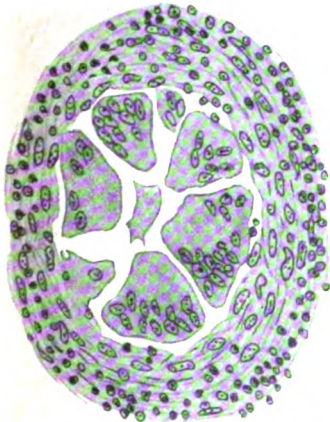


Fig. 1. (Winkel, Obj. 5, Ocul. 3.)

Kleines Knötchen ohne deutliche Echinokokkenmembran

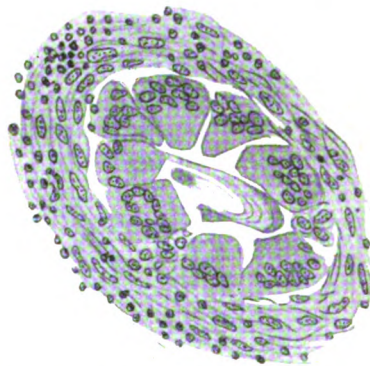


Fig. 2. (Winkel Objekt 5, Ocular 3.)

Kleines Knötchen mit einer etwas gestreiften Scholle, wahrscheinlich einem Stück Echinokokkenmembran, im Centrum.

Von ihrer Innenfläche waren nirgends Haken oder Scolices zu gewinnen. Dagegen fanden sich ziemlich zahlreiche Haken so wie einige schlecht erhaltene Scolices in einem der kleinen, in der Wand gelegenen Hohlräume.

Die Untersuchung des Netzstückchens wurde an Celloidinschnitten ausgeführt. Dieselben wurden theils ungefärbt, theils nach Färbung mit Hämatoxylin-Eosin untersucht. Das Objekt enthielt ein größeres, 1 auf 2 mm großes, makroskopisch weißlich aussehendes so wie eine Anzahl bedeutend kleinerer Tuberkelknötchen. Das große Knötchen, so wie einige der kleineren waren dem untersuchten Stück mehr oder weniger angelagert, während die größere Zahl der letzteren sich auf der ganzen Ausdehnung der Schnitte eingestreut fanden.

Das Grundgewebe ist ein sehr zellreiches Bindegewebe, das stellenweise stark vaskularisirt ist. Es handelt sich offenbar nicht um das normale Netzgewebe, sondern um das Resultat einer reichlichen Neubildung von Zellen. Nur an einer Stelle findet sich noch etwas Fettgewebe.

Wir beginnen mit der Beschreibung der kleinsten Knötchen. Dieselben bestehen aus wenigen — bisweilen nur 2 — Riesenzellen, um welche das zellreiche

Bindegewebe cirkulär angeordnet ist. Die Riesenzellen enthalten ziemlich viele — oft 30 und mehr — Kerne, welche meist den einen Pol der Zelle einnehmen, und zwar den peripheren. An diesem Pol sind die Kerne, wie sich aus tangential zum Knötchen fallenden Schnitten ergibt, oft ring- — oder besser gesagt — röhrenförmig angeordnet. In etwas größeren Knötchen finden sich zwischen den Riesenzellen, besonders nach der Peripherie hin, epitheloide Zellen, die bei einzelnen Knötchen auch als eine schmale Schicht die Riesenzellen umgeben. Die sich daran anschließende Schicht des cirkulär angeordneten Bindegewebes ist umgeben von einer mehr oder weniger dicht mit Rundzellen durchsetzten Zone. Von Fremdkörpern bzw. Echinococcusbestandtheilen ist in diesen kleinsten Knötchen nichts Sicheres zu finden (vgl. Fig. 1). Immerhin findet sich mehrfach im Centrum eine Protoplasma-masse, deren Färbung von derjenigen des Zellprotoplasmas etwas verschieden ist, und die ich geneigt wäre, trotz des Fehlens der charakteristischen Streifung, wenigstens bei einigen Knötchen als kleine, vielleicht in Resorption begriffene Stücke von Echinococcusmembran aufzufassen. Dazu berechtigt bei einzelnen

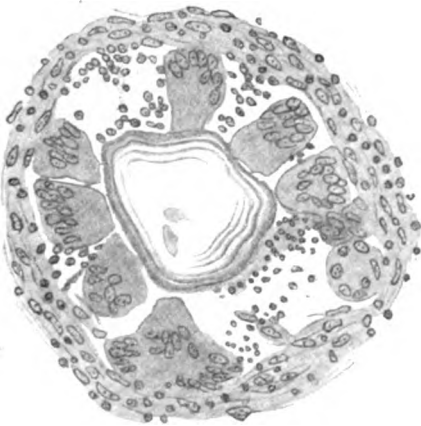


Fig. 3. (Winkel, Obj. 5, Ocular 3.,
Kleines Knötchen mit einer zu
einer Blase geschlossenen, deutlich
parallel-gestreiften Echinokokken-
membran im Centrum.

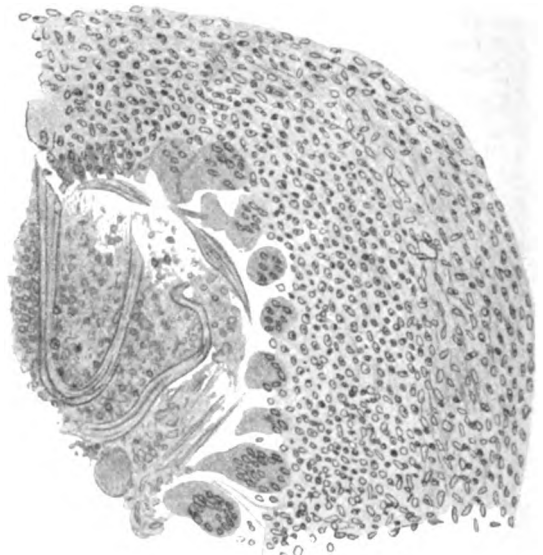


Fig. 4. (Winkel, Objekt 3, Ocular 3.)
Theil des großen Knötchens, im Centrum
Echinokokkenmembranen und meist abge-
storbene Zellmassen.

Knötchen die Bandform dieser Gebilde und ihr bisweilen starkes Lichtbrechungsvermögen, und noch mehr der Befund bei dem etwas größeren Knötchen. Dieselben bestehen nämlich ebenfalls aus den eben beschriebenen Elementen: Riesenzellen, epitheloiden Zellen und kleinen Rundzellen (Lymphocyten). Im Centrum findet sich aber ein deutlich als solches erkenntliches, fein gestreiftes Stück Echinococcusmembran (Fig. 2), an einer Stelle auch eine ca. 90 μ im Durchmesser haltende Blase (Fig. 3). Die Riesenzellen lagern sich mit ihrem kernlosen Pol direkt an diese Fremdkörper an, eben so bisweilen große epitheloide Zellen, deren Kern sich am entgegengesetzten Pol findet. Auch kleine Rundzellen gelangen zwischen den genannten Elementen in Zügen bis an die Echinokokkenmembran (Fig. 3).

Etwas anders gestalten sich die Verhältnisse bei dem großen, verkäst aussehenden Knötchen. Hier wird das 1100 μ lange, 400—600 μ breite Centrum von

einem Konglomerat von deutlichen Echinococcusmembranen und größtentheils abgestorbenem Zellmaterial gebildet.

Die Membranstücke sind bis zu $20\ \mu$ dick und bis zu $500\ \mu$ lang, deutlich parallelgestreift. Scolices oder Haken konnte ich nirgends finden. Die zwischen diese Membranen gelagerten Zellen sind größtentheils kleine Rundzellen, die den Membranen stellenweise in großen Mengen dicht anliegen. In viel geringerer Zahl sind spindelförmige Bindegewebszellen und epitheloide Zellen zu finden. Ein großer Theil dieser zwischen den Membranen liegenden Zellen hat die Färbbarkeit des Kernes mehr oder weniger vollständig verloren. An manchen Stellen bilden diese nekrotischen Zellen eine fast gleichmäßige Detritusmasse. Dieses Konglomerat von abgestorbenen oder absterbenden Zellen und von Echinococcusmembranen ist umgeben von einer Zone von Riesenzellen und epitheloiden Zellen, die sich völlig gleich verhalten, wie es bei der 2. Gruppe beschrieben worden ist. Daran schließt sich eine ca. $500\ \mu$ starke Schicht von zellreichem und von zahlreichen kleinen Rundzellen durchsetztem Bindegewebe an. Dasselbe ist im äußeren Drittel vaskularisirt und nimmt einen streifigen Charakter an, indem sich die Zellen concentrisch um das Knötchen lagern. In dieser streifigen Schicht ist die Einlagerung von kleinen Rundzellen geringer als in der Schicht, welche sich den Riesenzellen anschließt (Fig. 4).

Was endlich die Größe der Riesenzellen betrifft, so fand ich solche bis zu $100\ \mu$ größtem Durchmesser.

Wir haben also die ausgesprochenste Fremdkörpertuberkulose vor uns, wie sie von Guillebeau für den multilokulären und von Kruckmann und Lehne für den unilokulären Echinococcus beschrieben worden ist.

Die Echinokokkenmembranen sind offenbar in unserem Falle 4 Wochen vor der Operation bei der ersten Ruptur ins Peritoneum gelangt und haben dort die beschriebenen Veränderungen hervorgebracht, die sowohl makro- als mikroskopisch mit der bacillären Tuberkulose die größte Ähnlichkeit haben. Es ist hier nicht der Ort, auf die histologischen Unterschiede zwischen der bacillären und der Fremdkörpertuberkulose im gewöhnlichen Sinne des Wortes einzugehen. Einige Differenzen ergeben sich schon aus unserer Beschreibung.

Auffallend erscheint auf den ersten Blick die verschiedenartige Reaktion des Gewebes bei den kleinen und bei dem großen Knötchen. Während bei den ersteren sich dem Fremdkörper hauptsächlich Riesenzellen anlagern, und die Betheiligung der kleinen Rundzellen in den Hintergrund tritt, scheint im Gegentheil bei dem großen Knötchen zuerst eine intensive Einwanderung von Rundzellen stattgefunden zu haben. Diese massenhaft zugeströmten und wohl auch in loco vermehrten Zellen fanden aber keine Nahrung und starben eben so rasch ab, wie sie gekommen waren. Nur wenige persistiren und dringen stellenweise in die Membranen ein. Schließlich bilden Echinokokkenmembranen und abgestorbene Zellen zusammen ein Konglomerat, um welches sich nun allmählich Fremdkörperriesenzellen und dauerhafteres, vaskularisirtes Bindegewebe bilden.

Es liegt wohl am nächsten, diese Verschiedenheit der Reaktion aus einer Verschiedenheit des Reizes zu erklären. Eine ganze Flocke von Membranfetzen übt einen größeren Reiz aus als ein isolirtes

Membranstückchen. Diese Annahme würde der von Baumgarten⁶ für die Bildung der Tuberkelriesenzellen aufgestellten Ansicht entsprechen. Die von Baumgarten abweichende Erklärung Guillebeau's, der die Riesenzenen unter dem Druck der Gewebsspannung will entstehen lassen, scheint nach unseren Präparaten nicht so ganz zutreffend zu sein. Nach G. wäre die Riesenzenenbildung stets ein sekundärer Vorgang, dem Rundzellenbildung voranginge. Es scheint uns aber im Gegentheil, dass die Bildung von Riesenzenen (aus epitheloiden Zellen) eine der ersten und stellenweise die einzige Reaktionserscheinung sei. Nach Lubarsch treten z. B. schon 18 Stunden nach Einführung eines Fremdkörpers Riesenzenen auf, wo von einem durch neugebildetes Bindegewebe verursachten Gewebsspannung kaum die Rede sein kann.

Die Rolle, welche in unserem Fall Echinokokkenmembranen in der Bauchhöhle gespielt haben, kann auch anderen Fremdkörpern zufallen. So hat Hanau eine Fremdkörpertuberkulose des Peritoneums einmal durch Speisereste (nach Perforation eines Magengeschwürs und ein anderes Mal durch Cholestearinkristalle (nach Platzen einer Ovarialcyste) entstehen sehen⁷. Freilich sind solche Vorkommnisse selten, weil im Peritoneum nicht oft Gelegenheit zur diffusen Ausbreitung eines aseptischen Fremdkörpers gegeben ist.

Wir kommen zur klinischen Bedeutung der Echinokokkenfremdkörperperitonitis. Das Platzen auch des nicht vereiterten Echinococcus wurde von jeher als ein prognostisch ungünstiges Vorkommnis angesehen. Wenn nicht rasch — wohl in Folge des peritonealen Shocks — der tödliche Ausgang eintrat, so zeigten sich schwere Erscheinungen von Peritonitis. Ob die Flüssigkeit in allen derartigen Fällen aseptisch gewesen, das lässt sich nicht sagen. Vielleicht handelte es sich bisweilen um infektiöse Peritonitis. In anderen Fällen dürften die peritonitischen Erscheinungen auf eine Idiosynkrasie des Pat. zurückzuführen sein, gleich wie die Urticaria. In unserem Falle wurde der Erguss von Echinococcusflüssigkeit beide Male auffallend leicht vertragen. Das erste Mal fiel dem Pat. nur die Urticaria auf, und doch war der Flüssigkeitserguss reichlich genug, um die beschriebene Fremdkörperperitonitis hervorzurufen. Das zweite Mal fehlten ebenfalls peritonitische Erscheinungen. Ob sie noch aufgetreten wären, wenn der Erguss nicht sofort operativ entleert worden wäre, das lässt sich nicht entscheiden. Bemerkenswerth ist es immerhin, dass auch im weiteren Verlauf sich keine peritonitischen Erscheinungen zeigten, und dass sich kein Exsudat bildete.

Wenn wir trotz der kurzen Beobachtungszeit unseres Falles aus demselben einige Schlüsse auf das klinische Verhalten der Echinokokkentuberkulose des Peritoneums ziehen wollen, so dürfte in erster

⁶ Lehrbuch der pathologischen Mykologie Bd. II. p. 571.

⁷ C. Meyer, Über einen Fall von Fremdkörperperitonitis. Inaug.-Diss., Zürich, 1893.

Linie hervorgehoben werden, dass die genannte Affektion sich wohl nicht anders verhält wie jede aseptische Fremdkörpertuberkulose. Sie macht also, wenn wenigstens, wie in unserem Fall, nicht größere Fremdkörpermassen eingeführt werden, keine subjektiven Erscheinungen und verräth sich auch bei der objektiven Untersuchung des Pat. in keiner Weise. Im Gegensatz zu der Aussaat lebensfähigen Materials ist sie nicht progressiv. In wie weit das Peritoneum durch seine Zellthätigkeit im Stande ist, lebensfähige Keime, wie Scolices, Brutkapseln und vielleicht auch kleine Tochterblasen unschädlich zu machen, das lässt sich nach unserem Falle nicht entscheiden. Der einzige Umstand, welcher, so weit man aus einer einzigen Beobachtung schließen darf, klinische Bedeutung haben könnte, ist die Bildung von Adhäsionen. Thierversuche müssten entscheiden, in wie weit die Bildung von Verwachsungen im Bauchfell der Echinokokkenflüssigkeit als solcher und in wie fern sie der durch Membranfetzen bedingten Fremdkörperperitonitis zuzuschreiben sind. Eben so würde es sich durch das Thierexperiment entscheiden lassen, ob und in welcher Zeit diese Membranpartikel resorbiert werden. Wie sich die Verhältnisse gestalten, wenn nicht nur mikroskopische Flocken, sondern größere Stücke steriler Membranen in das Abdomen gelangen, darüber müssen ebenfalls weitere Erfahrungen belehren. So weit wir bis jetzt urtheilen können, ist die Echinokokkenfremdkörperperitonitis die gutartigste Folge der Cystenruptur, und für den Pat. wohl — in leichten Fällen wenigstens — bedeutungslos. Nicht ohne Bedeutung ist dagegen ihre Kenntniss für den Chirurgen in diagnostischer Hinsicht.

1) **P. Reichel.** Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1897.

Zu der Abfassung des vorliegenden umfangreichen Werkes hat sich R. durch den Umstand veranlasst gesehen, dass die gebräuchlichen Hand- und Lehrbücher der Chirurgie über den weiteren Verlauf nach Operationen nur selten hinreichend genaue Vorschriften enthalten, wie sie jüngere Assistenten an Kliniken und Krankenhäusern und praktische Ärzte für die Nachbehandlung Operirter bedürften. Es soll desshalb das Buch auch vornehmlich für diese in der Chirurgie noch nicht erfahrenen Ärzte bestimmt sein, und ist aus diesem Grunde in demselben vermieden, alle möglichen empfohlenen Verfahren und Rathschläge aufzuführen, sondern fast immer nur das von R. selbst sowohl in der Wund- und Nachbehandlung Operirter und Verletzter, als auch bei Störungen der Wundheilung und im Verlaufe nach Operationen als brauchbar und sicher Erprobte angegeben; dabei war es naturgemäß nöthig, das klinische Bild derartiger Komplikationen kurz zu skizziren

Wenn Ref. nun auch der Meinung ist, dass die Schilderung der Nachbehandlung von der der Operationen und Verletzungen selbst nicht getrennt werden dürfe, das volle Verständniss für erstere erst durch das genaue Studium der letzteren und durch praktische Erfahrung gewonnen werden könne, wenn er weiter glaubt, dass der praktische Arzt — und gewiss mit Recht — nur selten einmal in die Lage kommt, die meisten der Operationen, bezüglich derer die Nachbehandlung beschrieben wird, selbst anzuführen oder nach großen Operationen die letztere allein zu übernehmen, vielmehr dabei wenigstens für die erste Zeit den Rath des betreffenden Operateurs zur Seite haben dürfte, so ist er doch trotz dieses Standpunktes gern bereit, das von R. in seinem Werke Gebotene durchweg als vorzüglich anzuerkennen. Es fehlt in demselben nichts, worüber man sich für die Nachbehandlung nach Operationen und Verletzungen Rathes erholen wollte; es ist Alles — in der zweckmäßigen Form von Vorlesungen — klar und verständlich, ohne Weitschweifigkeit, aber erschöpfend geschildert, wo nöthig durch gute Abbildungen von Apparaten, Bandagen etc. erläutert, das Ganze sowohl im allgemeinen wie im speciellen Theil übersichtlich angeordnet, das Nachschlagen durch ein genaues Inhaltsverzeichnis und ein Register erleichtert. Dass die ertheilten Rathschläge und empfohlenen Methoden auch wirklich gute und brauchbare sind, versteht sich bei R. von selbst, eben so, dass Dieser mit seinen aus seinen früheren Arbeiten bekannten Ansichten, z. B. über die Zwecklosigkeit der Desinfektion inficirter Wunden, über die Beschränkung der Indikationen der Opiumdarreichung nach Laparotomien etc., nicht zurückgehalten hat.

So kann denn das auch schön ausgestattete, handliche Werk zur Ergänzung beim Studium der Lehre von den Operationen und Verletzungen und als Hilfsmittel nach der Ausführung ersterer namentlich jüngeren klinischen Assistenten empfohlen werden.

Kramer (Glogau).

2) C. Longard. Über den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.

(Therapeutische Monatshefte 1896. Oktober.)

Prof. Classen stellte eine chemische Verbindung des Formaldehyds mit Stärke her, welche er Amyloform nannte, und welche im lebenden Organismus ununterbrochen zerlegt wird unter Freiwerden von Formaldehyd und Abspaltung von Stärke. Dieses Amyloform ist ein Pulver von weißer Farbe, vollständig geruchlos und ungiftig; beim Verreiben in der Hand fühlt es sich etwas sandig an. Es ist in allen Lösungsmitteln unlöslich und hat eine so hohe Beständigkeit, dass selbst bei Temperaturen bis zu 180° keine Zersetzung eintritt. Mit Amyloform imprägnirte Gaze kann daher vor dem Gebrauch zur Wundbehandlung ohne Schaden in strömendem Dampf vollständig keimfrei gemacht werden.

L. hat dieses Präparat seit einigen Monaten bei einer großen Zahl poliklinischer und klinischer Fälle angewandt und bezeichnet dasselbe auf Grund seiner Erfahrungen als »ein energisch wirkendes, desodorirendes und sekretionshemmendes Antisepticum, welches neben seiner hohen Beständigkeit völlig reizlos und ungiftig ist und dem Jodoform in keiner Weise nachsteht«. Auch bei tuberkulösen Processen war er mit den Wirkungen des Amyloforms zufrieden und empfiehlt dasselbe zur Injektion in tuberkulöse Gelenke.

Willemer (Ludwigslust).

3) Schlesinger. Sanoform. Sterilisirbarkeit der Sanoformgaze.

(Therapeutische Monatshefte 1896. September.)

Sanoform stellt ein aus farblosen Nadeln bestehendes, völlig geruch- und geschmackloses, lichtbeständiges Pulver dar, welches zwar bei 110° schmilzt, sich aber bis 200° ohne Zersetzung erhitzen lässt. Es löst sich in etwa 200 Theilen kaltem und 10 Theilen heißem Alkohol, sehr leicht in Äther und Chloroform, beim Erwärmen auch gut in fetten Ölen und Vaseline, sehr schwer in Wasser und Glycerin. Bei seiner Anwendung als Pulver in Substanz resp. als Sanoformgaze und als Salbe (10%) in der chirurgischen Praxis soll sich das Mittel sehr bewährt und als ungiftig erwiesen haben. Die mit demselben hergestellte Gaze kann trocken oder mit durchströmendem Dampfe sterilisirt werden, ohne an ihrer Wirksamkeit Einbuße zu erleiden.

Willemer (Ludwigslust).

4) C. L. Dana (New York). Craniotomy for idiocy.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Januar.)

Über die Berechtigung eines operativen Eingriffs (Kraniotomie oder Kraniektomie) bei Idiotie gehen die Meinungen der Chirurgen gegenwärtig noch stark aus einander. Während namhafte Chirurgen die genannte Operation energisch verurtheilen, findet sie im anderen Lager verschiedene Anhänger. Aus der englischen Litteratur seien als Vertreter der letzteren Kategorie u. A. Horsley, Keen, Starr und Roswell Park erwähnt; die letzten Jahrgänge dieses Centralblattes brachten Referate von Arbeiten des verschiedensten Standpunktes.

D. hält die Frage noch nach keiner Richtung für geklärt und empfiehlt weitere Versuche mit der Operation, deren Gefährlosigkeit (5% Mortalität) er betont auf Grund von 12 eigenen Beobachtungen. Von diesen trat allerdings nur in 3 Fällen Besserung ein; 5 Fälle wurden nicht gebessert, 1 blieb zweifelhaft, 3 (!) starben.

Die Operation wurde meist in Form der lineären Kraniotomie ausgeführt, oft mit Hinzufügung seitlicher Schnitte. Die Kinder befanden sich im Alter von 2 $\frac{1}{2}$ —8 $\frac{1}{2}$ Jahren.

Behufs Feststellung der Indikationen zur Operation empfiehlt D. die Berücksichtigung folgender Momente:

*

1) Das Alter. Das Gehirn nimmt um ein Drittel an Gewicht zu während der ersten 3 Monate des Lebens. Um ein 2. Drittel wächst es in dem Zeitraum vom 10. Monat bis zur Mitte des 3. Lebensjahres; das letzte Drittel des Wachstums findet statt zwischen 2½ Jahr und dem erwachsenen Alter; der Hauptantheil der Zunahme fällt aber auf die Zeit bis zum 7. Lebensjahre. Die Kranio-
tomie lässt die besten Erfolge erhoffen im 2. Drittel oder im 1. Theil des letzten Drittels der Gehirnentwicklung. Nach den bisherigen Erfahrungen ist der günstigste Zeitpunkt für die Operation das Alter unter 4 Jahren.

2) Die Natur des Krankheitsfalles. Am meisten Aussicht auf Besserung durch die Operation besteht bei den einfachen Formen von Idiotie mit einem mäßigen Grade von Mikrocephalie. Kinder mit angeborenen Lähmungen oder mit hemiplegischer Epilepsie, beruhend auf sklerotischen Veränderungen im Gehirn, werden selten gebessert.

3) Vor der Operation muss entschieden werden, in wie weit Kretinismus im Spiele ist. In letzterem Falle tritt Schilddrüsenfütterung an Stelle der Operation.

4) In Fällen von hereditärer Syphilis muss vor irgend einem Eingriff ein Versuch mit Quecksilberbehandlung gemacht werden.

5) Bei Rachitis soll zuerst eine zweckmäßige Ernährung eingeleitet werden; eine absolute Kontraindikation für die Operation bietet diese Erkrankung nicht. Hingegen ist eine solche vorhanden bei bestehender Tuberkulose.

In manchen Fällen ist es von Vortheil, die Operation zu wiederholen; auch folgt die Besserung nicht immer der Operation auf dem Fuße.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

5) **M. Richardson and G. Walton.** Further observations on the treatment of spasmodic torticollis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Juli.)

Die Verff., bekanntlich eifrige Vertheidiger der Resektion des Accessorius beim Krampf der Kopfdreher, berichten in der vorliegenden Arbeit über den weiteren Verlauf früher mitgetheilte Fälle, so wie über einige neue Erfahrungen. Zuerst wird die schon früher von den Verff. geäußerte Vermuthung besprochen, dass Refraktionsanomalien (im Besonderen Hypermetropie und Astigmatismus) für die Kopfhaltung beim spastischen Schiefhals von Bedeutung sein könnten. Die Versuche, beim ausgebildeten Torticollis durch Korrektur der Refraktionsanomalien eine Besserung herbeizuführen, blieben jedoch erfolglos. Die Verff. sind nichtsdestoweniger der Ansicht, dass zwischen Anstrengungen des Sehapparates und den Halsmuskelkrämpfen ein Zusammenhang besteht, und dass der anhaltende, anstrengende Gebrauch selbst eines gesunden Auges den Anlass, wenn nicht die direkte Ursache zum spastischen Schief-

hals abgeben kann, und zwar besonders bei neuropathisch veranlagten Individuen.

Nach einer kurzen Begründung der operativen Behandlung schwerer Fälle von Torticollis spasticus berichten die Verff. über den weiteren Verlauf von 3 früher mitgetheilten Fällen. Bei einem derselben, so wie bei 3 neuen Pat. wurde eine Vervollständigung des Operationsverfahrens eingeführt, die günstige Resultate ergeben hat. Es wurde nämlich nicht nur die Resektion der Nerven, sondern gleichzeitig auch die Durchtrennung aller am Krampf beteiligten Muskeln vorgenommen. Die erste derartige Operation wurde im Januar 1895 ausgeführt. Es handelte sich um einen hauptsächlich die rechte Nackenmuskulatur betreffenden Krampf. Von einem die Protuberantia occipitalis externa mit dem rechten Sternoclaviculargelenk verbindenden Hautschnitte aus wurden sämtliche vom Krampfe befallenen Muskeln durchschnitten, ferner die hinteren Äste der 4 oberen Cervikalnerven durchtrennt und ausgerissen. Der Erfolg war vorzüglich. In einem zweiten Falle wurde zuerst der Accessorius resecirt und der Sternocleidomastoideus durchschnitten. Sodann wurde in einer zweiten Sitzung die Nackenmuskulatur durchtrennt und die 4 oberen Cervikalnerven durchschnitten und ausgerissen. Ein dritter Fall wurde ähnlich behandelt. Bei einem der früher mitgetheilten Fälle wurde ein nach Resektion des Accessorius aufgetretener Rückfall erfolgreich durch die Myotomie des Sternocleidomastoideus und die Ausreißung der Nerven behandelt.

Auf die theoretische Erklärung dieser Erfolge gehen die Verff. nicht ein.

Es sei nur noch bemerkt, dass die Durchschneidung sämtlicher vom Krampf befallener Muskeln als principielle Behandlung des spastischen Schiefhalses von Kocher schon seit 1884 mit bestem Erfolg geübt wird.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

6) Wachenhusen. Über Wirbelresektion bei spondylitischer Drucklähmung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1.)

Die nothwendige Basis für eine rationelle Indikationsstellung bildet eine klare Vorstellung über die Pathogenese der spondylitischen Drucklähmung. Die Ergebnisse der pathologischen und experimentellen Forschung lehren ziemlich übereinstimmend, dass die Lähmung nur selten Folge einer Spondylolisthesis sei, dieselbe vielmehr auf einer mechanisch erzeugten Cirkulationsstörung — sei es Lymphstauung, sei es Anämie — beruhe, dass ferner — und dieser Punkt ist von besonderer Wichtigkeit — diese Cirkulationsstörung längere Zeit bestehen kann, ohne irreparable Veränderungen im Mark zu hinterlassen.

Gestützt auf diesen Satz und 5 eigene Beobachtungen (3 Fälle von Czerny, 2 von Roser, Wiesbaden, operirt) und unter Heranziehung der Kasuistik kommt W. zu folgenden Ergebnissen:

I. In Fällen von Caries der Wirbelkörper erscheint

1) die Operation geboten: a. wenn die Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörungen zunehmen und zu Decubitus zu führen drohen, ferner wenn die Lähmung noch nicht so lange besteht, dass irreparable Veränderungen im Mark wahrscheinlich, b. wenn das Leiden sich auch bei wochenlanger orthopädischer Behandlung nicht bessert.

2) Kontraindicirt ist die Operation a) bei ausgebreiteter Tuberkulose und schwerem Decubitus, b. bei schlechtem Allgemeinzustand.

II. In allen Fällen von Caries der Wirbelbögen ist die Operation geboten.

Unter den 35 Fällen seiner Statistik zählt W. 15 dauernd Geheilte; bei $\frac{3}{4}$ aller Fälle (27) wurde durch die Operation eine Einwirkung auf die Lähmung erzielt, 8 starben im Anschluss an die Operation, zum Theil an Decubitus, zum Theil an ausgebreiteter Tuberkulose oder Komplikationen.

In den an diese statistischen Resultate geknüpften Erörterungen über die Bedeutung der operativen Therapie scheint Verf. die Leistungsfähigkeit der Extensionsbehandlung denn doch etwas zu gering anzuschlagen, wenn er derselben »nur einzelne« Heilerfolge zugesteht (vgl. dazu z. B. Reinardt, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIV), während andererseits darauf hingewiesen werden muss, dass eine auf Einzelpublikationen der verschiedensten Operateure aufgebaute Berechnung die Aussichten der Operation zweifellos in zu günstigem Lichte erscheinen lässt. (Ref.) _____ Hofmeister (Tübingen).

7) J. Guiart. Étude sur la glande thyroïde dans la série des vertébrés et en particulier chez les sélaciens.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896. 118 S.

G. behandelt in dem ersten Abschnitt seiner umfangreichen Doktorarbeit, die auf Anregung Gley's in dem zoologischen Laboratorium zu Roscoff angefertigt wurde, die Anatomie und vergleichende Morphologie der Schilddrüse beim Menschen, Säugethier, den Vögeln, Amphibien, Reptilien und Fischen. Beim Menschen aus 3 Lappen (2 lateralen und 1 medianen) bestehend, trifft man die Glandula thyreoidea in der Thierreihe rückwärts bei den übrigen Säugethieren allmählich als paariges Organ, indem der Mittellappen zum Isthmus zusammenschrumpft und schließlich verschwindet. Dieses Verhalten wird auch bei Vögeln und Batrachiern beobachtet. Weiter in der Wirbelthierreihe aufwärts ist die Schilddrüse ein unpaares, median gelegenes Organ geworden (Lacerten, Ophidien), das bei den krokodilartigen Thieren bereits eine Andeutung der Zweilappenbildung zeigt. Der primitive Zustand ist also das unpaarige Organ; dieses theilt sich sekundär, und bei den höheren Vertebraten tritt noch ein Mittellappen dazu. Eine weitere Veränderung, welche die Schilddrüse in der weiteren Entwicklung eingegangen ist, ist die Veränderung ihrer

Lage. Während sie bei den Teleostiern die Arteria branchialis (in der Nähe des Herzens) umschließt, rückt sie bei den Selachiern bis zur Bifurkation dieses Gefäßes vor und nähert sich allmählich dem Halse bei den höheren Wirbelthieren.

Der zweite Abschnitt ist der Histologie der Schilddrüse gewidmet und bespricht die Struktur des Drüsenparenchyms (Epithel und Colloidsubstanz), das bindegewebige Gerüst und die Gefäße. Im großen Ganzen ist die Histologie des Organs bei den Vertebraten durchgängig die gleiche; höchstens nehmen die mit Epithel ausgekleideten Drüsenbläschen an Größe zu und an Zahl ab, je weiter man in der Vertebratenreihe hinabsteigt. G. sieht die Schilddrüse histologisch als eine acinöse Drüse an, welche ihre Ausführungsgänge verloren hat. Sie ist indessen nicht ein bloßes Organe d'accumulation, sondern entleert ihren colloiden Inhalt in die Lymphwege, welche die Stelle des Ausführungsganges vertreten.

Im dritten Abschnitt (Organogénie) giebt Verf. in 3 Kapiteln (Schema der Entwicklung, accessorische Schilddrüsen, morphologische Bedeutung der Schilddrüse) einen kurzen Abriss der Ontogenie und der vergleichenden Histologie.

Im vierten, dem Hauptabschnitt der ganzen Arbeit, giebt G. einen Überblick über das große Gebiet der Untersuchungen von der Schilddrüsenfunktion, geht über die älteren Anschauungen in den Kapiteln: *Rôle glandulaire, Rôle mécanique, Période de transition* (v. Rapp, Bardeleben, Maigneu, Schiff, Milne-Edwards) schnell hinweg, um längere Zeit bei der neueren Periode, die mit Gull, Morvan, Ord, Charcot, Kocher, Reverdin u. A. ihren Anfang nahm, zu verweilen. Unter der Überschrift »*Les faits*« bespricht er die Kapitel: *Myxoedème et thyroïdectomie; Médication thyroïdienne; Goître exophthalmique; La glande thyroïde, organe autitoxique; La glande thyroïde, organe de la nutrition.*

Endlich bringt G. in einem Anhang seine eigenen Schilddrüsen-excisionsversuche, die er an 16 Haifischen vornahm. 8 Thiere gingen kurze Zeit nach der Operation zu Grunde; 8 Thiere überlebten die Operation; »sie befinden sich mit gut vernarbter Wunde vollkommen wohl«. Den Tod der 7 ersten Thiere schreibt G. dem Gebrauch der Karbolsäure bei der Operation zu; seitdem er aseptisch arbeitete, verlor er von 9 Thieren nur ein einziges nach 14 Tagen.

Da seine Resultate bezüglich eines Ausfalles der Schilddrüsenfunktion negativ sind, spricht Verf. — im Gegensatz zu Lanz (Beiträge zur Schilddrüsenfrage, Basel 1895) — zum Schlusse seiner Arbeit den Satz aus: Nichts beweist, dass die Schilddrüse bei den niederen Wirbelthieren eine eben so wichtige Funktion für die Ernährung erfüllt wie bei den höheren. Im Gegentheil, da die Veränderungen (sc. post thyroïdectomiam) bei ihnen weniger bedeutsam sind, so wäre es möglich, dass die Schilddrüse eine weniger wichtige Rolle spielte.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

8) **C. A. Ewald.** Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Kretinismus.

Wien, **Alfred Hölder**, 1896. 247 S.

Das vorliegende Werk bildet den I. Theil des XXII. Bandes der großen von H. Nothnagel herausgegebenen Speciellen Pathologie und Therapie. Es ist E. in ausgezeichnete Weise gelungen, das überall in der Litteratur zerstreut liegende Material zu einem einheitlichen Bau zusammenzufügen, in welchem die reichen, auf dem Gebiete der Schilddrüsenfrage in den letzten Jahren gehobenen Schätze in übersichtlicher Ordnung untergebracht sind.

Wenn der Schilddrüse früher eine mechanische, später eine rein physiologische Funktion im Haushalt unseres Organismus zugeschrieben wurde, so wird die Rolle dieses viel umstrittenen Organs gegenwärtig in einer wesentlich chemischen Wirkung gesucht.

Diese Erkenntnis so wie die Feststellung der Thatsache, dass Myxödem, kretinoide Zustände und Cachexia thyreopriva verwandte, in ätiologischer Hinsicht identische Zustände sind, beherrschen gegenwärtig die Forschung in allen Fragen des verwickelten Schilddrüsenproblems und bilden das Leitmotiv in der Darstellung der Erkrankungen der Schilddrüse. Auf dieser Basis ruht die E.'sche Monographie. Dieselbe bietet als einleitende Kapitel kurze Übersichten über die Anatomie und Physiologie der Schilddrüse, bespricht in der letztgenannten Rubrik die aktiven Leistungen der Schilddrüse, den Einfluss des Nervensystems auf die Absonderung der Drüse, die Folgen der Schilddrüsenexstirpation (nervöse Symptome, Ernährungsstörungen), ferner die Theorie der Schilddrüsenwirkung, welche sich besonders gut aus dem Erfolg der Substitutionsversuche ableiten lässt. Danach stehen sich gegenwärtig die Ansichten von der nutritiven und von der antitoxischen Funktion der Drüse gegenüber, und es handelt sich bei den Erscheinungen der Athyreosis und Ekthyreosis entweder um das Aufhören der Sekretion eines den Organen zufließenden und für den Organismus nothwendigen Stoffes oder um eine Autointoxikation des Organismus durch Anhäufung eines Stoffwechselproduktes, welches normalerweise in der Drüse zerstört wird. Gegenwärtig neigt wohl die Mehrzahl der Forscher der letzteren Annahme zu, und auch E. schließt sich derselben an.

Am Schluss des physiologischen Abschnitts wird kurz der spärlichen Resultate Erwähnung gethan, welche die Erforschung der Beziehungen zwischen Hypophysis cerebri und Schilddrüse bisher ergeben hat.

Der II. Hauptabschnitt des Buches enthält die Thyreoiditis acuta, die Struma maligna, den Echinococcus, die Syphilis und Tuberkulose der Schilddrüse, Kapitel, welche zusammen auf 20 Seiten abgehandelt werden, um im III. und IV. Hauptabschnitt der eingehenderen Darstellung von Kropf und Kretinismus und Myxödem und Cachexia strumipriva Platz zu machen.

Die Ätiologie des Kropfes anlangend, welche den Kernpunkt des ganzen Schilddrüsenproblems bildet, so hat sich gegenwärtig die allgemeine Anschauung der mikroparasitären Genese des endemischen Kropfes zugewendet »in dem Sinne, dass die Infektion durch einen organischen, an bestimmte tellurische Gestaltungen gebundenen und durch das Wasser dem Menschen übermittelten Krankheitskeim zu Stande kommt«. Für den endemischen Kropf als richtig zugegeben, bietet diese Theorie für den sporadischen Kropf keine Erklärung und besonders auch nicht für akut auftretende Kropfepidemien, wie sie z. B. in Kasernen, Pensionen, Seminarien und ähnlichen Orten mit größerer Menschenansammlung von Zeit zu Zeit vorkommen. Wie soll man sich z. B. auch erklären, dass bei einer Kasernenepidemie (im J. 1789. Ewald p. 58) nur die Gemeinen erkranken, während die Officiere, Sergeanten und Korporale, welche dieselbe Kaserne bewohnen und dasselbe Wasser trinken wie jene, davon verschont bleiben?

[Wenn es nach dem Stande unserer gegenwärtigen Kenntnis keinem Zweifel unterliegt, dass das Wasser das kropferzeugende Agens enthält, so scheint es nicht recht verständlich, warum von zahlreichen Forschern bestimmten tellurischen Gestaltungen eine Beziehung zum Kropfwasser und damit zum Kropf zugesprochen wird. Die Chemie der Gesteinsarten, denen die Quellen entstammen, hat nach übereinstimmendem Urtheil keinen Anhaltspunkt für die Entstehung des Kropfes ergeben. Nimmt man daher ein organisches Krankheitsgift an, so kann ein Zusammenhang zwischen diesem und dem dasselbe beherbergenden Boden oder Wasser doch kaum anders gedacht werden als derart, dass diese Faktoren einen günstigen Nährboden für das fragliche Contagium vivum abgeben, was wiederum die Frage auf chemisches Gebiet verlegen würde. In diesem Sinne fasst auch E. den Zusammenhang zwischen Boden und Kropf auf, wie aus der Bemerkung (p. 63) hervorgeht, »dass Kropf und Kretinismus in der That auf ganz bestimmte geologische Formationen beschränkt sind oder, um in dem obigen Vergleich zu bleiben, eines bestimmten Nährbodens bedürfen«. Eine ganze geologische Formation aber als guten Nährboden zu bezeichnen, ohne ihre chemische Zusammensetzung zu betonen, ist nicht angängig; dazu kommt, dass sich in den verschiedenen geologischen Formationen oft dieselben Gesteinsarten wiederfinden. Unter diesen schwierigen Verhältnissen sagten die Anhänger dieser Lehre, nicht die grob-chemische Beschaffenheit der Gesteine giebt den Ausschlag, sondern Beimengungen und Verunreinigungen des Gesteins. Damit ist aber nicht das Geringste gewonnen; denn wie sollen wir uns solche Beimengungen (offenbar organischer Natur), aus uralten Formationen stammend, mit pathogenen Eigenschaften begabt, ihrer Beschaffenheit und Wirksamkeit nach vorstellen? Gelingen diese Verunreinigungen aber nicht aus derjenigen Formation, welcher die Quelle entstammt, in das Kropfwasser, sondern erst, nachdem dieselbe zu Tage getreten,

so ist die Abhängigkeit des Kropfes von der geologischen Formation dahin. Ref.] E., welcher dieser Seite der Kropffrage ein großes Interesse entgegenbringt und die Arbeit Bircher's und der neueren Autoren eingehend erörtert, schreibt »dieser ganzen Frage nur noch ein sekundäres und gewissermaßen historisches Interesse zu, in so fern sie dazu beigetragen hat und noch beiträgt, das weite Feld der Kropf-ätiologie mit zwingenden Gründen auf das Wasser, als den Träger des Miasmas, einzuengen«. Besonders anziehend geschrieben ist das Kapitel »die Therapie des Myxödems und die Schilddrüsenbehandlung«. Wer die hierher gehörigen Arbeiten der letzten Jahre verfolgt hat, findet dieselben in klarer und kritischer Weise beleuchtet, von den eigenen werthvollen Erfahrungen des Verf. erweitert und ergänzt.

Die Aufgabe, die sich E. gestellt hat, den Stand der Schilddrüsenfrage »im gegenwärtigen Augenblick zu fixiren und mit möglichster Objektivität an sie heranzutreten«, ist in vorliegender Monographie glänzend gelöst. Die Erwartung E.'s, dass Erweiterungen und Beschränkungen dieses hochinteressanten Kapitels der Pathologie nicht ausbleiben werden, hat sich durch die Entdeckung Baumann's, die in einer Schlussanmerkung noch verwerthet ist, in gewissem Sinne schon erfüllt.

Wer das Werk E.'s fortsetzen will, muss mit dieser neuen, durch Baumann's Entdeckung eingeleiteten Epoche beginnen. Die Litteratur bis zur Gegenwart findet er am Schlusse des E.'schen Werkes, etwa 1400 (!) Arbeiten umfassend, zusammengestellt.

W. Sachs (Mühlhausen i/E.).

9) E. Hertoghe (Antwerpen). De l'influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux pelviens et thoraciques chez la femme.

(Extrait du Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1896. Mai 30.)

Verf., welcher in einer früheren Mittheilung an die kgl. belgische Akademie der Medicin den günstigen Einfluss des SchilddrüSENSaftes auf gewisse Formen der Verzögerung des Längenwachstums hervorhob, erweitert durch die vorliegende Studie den Kreis der durch SchilddrüSENtherapie beeinflussbaren Krankheiten um ein neues Gebiet. Er hat die Beobachtung gemacht, dass alle an Myxödem leidenden Frauen ohne Ausnahme an starken Menorrhagien leiden, die in Proportion stehen zu dem Grade der übrigen Erscheinungen der Athyreosis. Er fand ferner, dass unter dem Einfluss der SchilddrüSENtherapie die Menstruationen in jeder Beziehung normal wurden, ja, dass die menstruelle Blutung bei einer über das Bedürfnis hinaus fortgesetzten SchilddrüSENfütterung immer mehr abnahm und in seltenen Fällen ganz verschwand. Diese letztere Erscheinung konstatierte H. auch bei Frauen, die aus Furcht vor Fettleibigkeit SchilddrüSENSaft zu sich nahmen.

Eine dritte Thatsache, dass nämlich bei Frauen in der Laktation unter dem Einfluss der Schilddrüsenfütterung die Turgescenz der Brüste und die Milchproduktion zunahm, führte, in Verbindung mit den beiden obigen Beobachtungen, H. zu der Ansicht, dass das Thyreoidin eine herabsetzende Wirkung auf die Funktion der Beckenorgane des weiblichen Geschlechts und umgekehrt eine excitirende Wirkung auf die weibliche Brustdrüse ausübe.

Diese Ansicht scheint dem Verf. um so wahrscheinlicher, als auch normalerweise der Nerveneinfluss auf diese beiden Organgruppen ein umgekehrter ist (mangelnder Reiz der Milchsekretion ruft frühzeitiges Auftreten der Menstruation hervor; Wiedererscheinen der Menses hat in der Regel ein Versiegen der Milchproduktion zur Folge).

Verf. geht noch weiter und bringt die häufig beobachteten Erscheinungen im Beginn der Schwangerschaft (Abmagerung, Einfallen der Gesichtszüge, Verblühen des Teint, Unpässlichkeiten der verschiedensten Art) mit der meist zu derselben Zeit auftretenden Zunahme der Schilddrüse in Zusammenhang: Hyperthyreosis. Eine myxödematöse Frau, die H. beobachtete, zeigte während der Schwangerschaft und während der Laktationsperiode bedeutende Besserung in ihrem Zustande, ähnlich wie unter dem Einfluss des Thyreoidin.

Die kurze Zeit nach der Ausstoßung der Frucht auftretende starke Milchsekretion, die mit Fiebererscheinungen und Unwohlgefühl einhergeht (Milchfieber!), erklärt H. durch die relative Vermehrung des Thyreoidingehalts des Blutes der Mutter in Folge des Blutverlustes bei der Geburt.

Diese und ähnliche Reflexionen über den Zusammenhang zwischen Thyreoidingehalt des Blutes und Milchsekretion bestimmten H., einer trächtigen Kuh eine Hyperthyreosis zu erzeugen durch Verabreichung von täglich 18, später 36 Thyreoidintabletten und die Größe der Milchproduktion zu notiren. Vor dem Experiment lieferte das Thier 14 Tage lang im Mittel 11,50 Liter, die ersten 10 Tage während des Experiments 12,55 Liter, vom 10. bis 28. Tage 13,80 Liter.

Es lässt sich denken, das H. die hemmende Wirkung des Thyreoidin auf Uterinblutungen auch in Fällen erprobte, in denen kein Myxödem vorlag; wie er mittheilt, mit gutem Erfolge. So berichtet er im 2. Theil seiner Abhandlung von Heilungen und Besserungen in 2 Fällen von Menorrhagien ohne bestimmte Ursache, in 1 Fall, in dem Endometritis und Oophoritis zu Grunde lag, in 1 Fall mit Blutungen in Folge von Cancroid, von Blutung bei Myomen; überhaupt alle kongestiven Zustände der weiblichen Beckenorgane rath er dieser Behandlung zu unterwerfen. Er giebt von den Tabloids von Burroughs-Wellcome 1 Pastille täglich und lässt bis auf 3 Pastillen steigen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

10) **Hildebrandt.** Zur pharmakologischen Kenntniss des Thyrojodins.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 37.)

Die Resultate der mit dem »Thyrojodin«, jetzt »Jodothyrin« genannten Präparate an Hunden angestellten Versuche des Verf. lassen sich im Folgenden zusammenfassen.

Das Thyrojodin ist allein im Stande, die nach der Thyreoidektomie bei Hunden auftretenden Ausfallserscheinungen zu koupiren und die Thiere am Leben zu erhalten, es repräsentirt das wirksame Princip der Schilddrüsensubstanz. Die bei thyrektomirten Hunden unter Ausscheidung von Eiweiß und Zucker einhergehenden Anfälle scheinen unter Thyrojodindarreichung zu schwinden. Die aus der Therapie der Schilddrüsenerkrankungen bekannten Jodsalze können die Tetanie nach Schilddrüsenexstirpation nicht beeinflussen oder hintanhaltend. Das Thyrojodin wird, im Gegensatz zu einfacheren Jodverbindungen, leicht im Organismus zurückgehalten, und ist beim thyrektomirten Hunde nach Thyrojodinzufuhr kein Jod im Harn, auch nicht in organischer Verbindung, von H. nachzuweisen gewesen. Er schließt daraus, dass nicht bloß die Schilddrüse, sondern auch andere Organe die Fähigkeit zu haben scheinen, das Thyrojodin zurückzuhalten.

Gold (Bielitz).

11) **S. H. Frenkel und M. Frenkel.** Jod im Harn nach Einnahme von Thyreoidintabletten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 37.)

Bei einer 55jährigen, an schwerer Paralysis agitans leidenden Dame ordinirten Verf. durch einige Wochen hindurch täglich 1—2 englische Thyreoidetabletten ohne Einfluss auf die Krankheit. Bei der während dieser Medikation wiederholt angestellten Harnanalyse wurde einmal ohne Zweifel Jod im Harn nachgewiesen, ohne dass die sorgfältigsten Untersuchungen einen Aufschluss über den Ursprung dieses Körpers gegeben hätten. In den nach diesem Befund vorgenommenen Harnuntersuchungen konnte das Jod nicht wieder nachgewiesen werden. Die Verf. sind der Meinung, dass unter gewissen Verhältnissen bei Thyreoiddarreichung der Regel entgegen dennoch Jod im Harn erscheint.

Gold (Bielitz).

12) **E. Roos.** Zur Frage nach der Anzahl der wirksamen Substanzen in der Schilddrüse. (Aus dem chemischen Laboratorium des Herrn Prof. Baumann in Freiburg i/B.)

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 47.)

Die kurze Mittheilung bestätigt die bereits klinisch festgestellte Thatsache, dass das Fränkel'sche Thyreoantitoxin den Stoffwechsel in nennenswerther Weise nicht zu beeinflussen vermag, wogegen der letztere auf Darreichung von Jodothyrim durch Vermehrung der Stickstoffausscheidungen und Abnahme des Körpergewichts in typischer Weise reagirt.

Kramer (Glogau.)

13) **E. Baumann und E. Goldmann.** Ist das Jodothyryn (Thyroidin) der lebenswichtige Bestandtheil der Schilddrüse? (Aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium zu Freiburg i/B.)

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 47.)

In dieser Arbeit, der letzten des allzufrüh verstorbenen B., berichten die Verff. ausführlich über eine Reihe von Versuchen, in denen sie den Einfluss der Jodothyridarreichung auf die nach Exstirpation der Schilddrüsen bei Hunden auftretenden tetanischen Erscheinungen studirten. Die Ergebnisse dieser Experimente, die von B. bereits in einer früheren Abhandlung (dieses Centralblatt 1896 p. 723) kurz erwähnt und auch durch Hofmeister und Hildebrandt bestätigt worden sind, werden in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1) Bei schilddrüsenlosen Hunden treten tetanische Erscheinungen so lange nicht ein, als ihnen regelmäßig Jodothyryn (2 oder 3 bis 6 g) täglich zugeführt wird.

2) Wo die Tetanie überhaupt erfolgt, zeigt sie sich immer erst nach der Entziehung des Jodothyryns oder nach starker Reduktion seiner Zufuhr.

3) Zur Beseitigung der Tetanie thyreoidektomirter Hunde sind um so größere Mengen von Jodothyryn erforderlich, je heftiger der Anfall im Allgemeinen ist, und je später nach seinem Beginn das Mittel gegeben wird.

4) Der Organismus des schilddrüsenlosen Hundes besitzt nicht die Fähigkeit, das per os oder subkutan ihm zugeführte Jodothyryn zurückzuhalten, das als solches oder in Form einer anderen organischen Verbindung im Harn ausgeschieden wird.

Hiernach ist das Jodothyryn als der lebenswichtige Bestandtheil der Schilddrüse anzusehen und im Stande, die Funktion der fehlenden Drüse zu ersetzen.

Kramer (Glogau).

14) **C. Oppler.** Zur Sterilisation elastischer Katheter mittels Formaldehyddämpfen. (Aus der dermatologischen Abtheilung des Breslauer Allerheiligenhospitals.)

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 41.)

O. konnte durch lange Zeit hindurch ausgeführte Untersuchungen den sicheren Erfolg der Katheterdesinfektion mittels Formalin bestätigen; er fand hierbei, dass in 6 Stunden ein elastischer Katheter durch eine 0,2% des Rauminhaltes des Desinfektionsapparats entsprechende Menge Formalins sterilisirt werden, ein Pat. also bei 4maligem Katheterismus pro die mit 2 Kathetern bequem auskommen könne. Der von O. benutzte Apparat besteht in einem einfachen Blechkasten mit gut schließendem Deckel von etwas über Katheterlänge und von 10 cm Höhe; die Katheter werden auf ein parallel dem Boden eingelegtes Drahtnetz, das Formalin, in Lösung

oder als Steine (6 frische Steine = 10 ccm Formalinlösung) oder als Prioxymethylen (theuer und mehr Zeit zur Sterilisation erfordernd), unter dasselbe gebracht. Dem Weichwerden der Instrumente lässt sich durch gleichzeitige Verwendung von Chlorcalcium vorbeugen. Vor dem Gebrauch ist auf sorgfältige Spülung der Katheter mit sterilem Wasser und Abtrocknung zu achten. — Das sterilisirte Instrument lässt sich, z. B. auf Reisen, in einer einfachen, einen Formalith enthaltenden Pappschachtel unterbringen.

Kramer (Glogau).

15) Sackur. Kritisch-experimentelle Beiträge zur modernen Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Therapeutische Monatshefte 1896. September.)

Die vom Verf. im pharmakologischen Institut der Universität Breslau (Prof. Filehne) an Hunden etc. angestellten Versuche zur Herbeiführung einer Atrophie der Prostata verdienen auch jetzt noch Berücksichtigung, obwohl sie in manchen Beziehungen bereits durch die Resultate der klinischen Behandlung überholt wurden. Bei den zur Untersuchung benutzten Thieren kommt eine Prostatahypertrophie nicht vor; trotzdem glaubt Verf., dass die durch seine Versuche gewonnenen Resultate geeignet sind, einiges Licht auf die beim Menschen beobachteten Vorgänge zu werfen. Zunächst stellt er fest, dass auf doppelseitige Kastration stets eine makro- und mikroskopisch nachweisbare Schrumpfung der Prostata folgte. Im Gegensatz zu Griffith hält es der Verf. für zweifelhaft, ob der Schrumpfungsprocess wirklich durch eine aktive Proliferation der Epithelzellen eingeleitet wird, da er niemals Beweise für eine solche Proliferation fand. Nach der Operation bildet sich um die unveränderten Acini herum junges, zellreiches Bindegewebe, welches die Drüsenlichtung von allen Seiten her einengt und schließlich zum Verschwinden bringt. Ein Ersatz des Drüsengewebes durch Bindegewebe findet nicht statt, so dass schließlich in der geschrumpften Drüse nicht mehr Bindegewebe vorhanden ist als in der gesunden. Diese Vorgänge erklären es, dass bei einer gänzlich fibrös degenerierten Prostata die Kastration ohne Wirkung bleibt, während bei reichlich vorhandenem Drüsengewebe die Schrumpfung am deutlichsten hervortritt. Nach einseitiger Kastration konnte S. niemals eine Verkleinerung der Prostata nachweisen; der zurückgelassene Hoden hypertrophirte dann.

Doppelseitige Durchschneidung der ganzen Samenstränge hatte keine Gangrän der Hoden zur Folge; die Prostata schrumpfte wie nach der Kastration, aber nur wenn beide Samenstränge durchschnitten wurden. Doppelseitige Durchschneidung der im Samenstrange verlaufenden Nerven, so wie des Vas. deferens hatte im Allgemeinen dasselbe Resultat. Die deutliche Schrumpfung der Prostata trat indessen bei dieser Versuchsanordnung zeitlich etwas später ein als nach der Kastration. In einem Falle, in welchem

nach Durchschneidung resp. Resektion der Samenleiter sich die Hoden nach 2 Monaten nicht verkleinert hatten, fand S. beiderseits die Schnittenden der Samenleiter durch einen neugebildeten, sehr feinen Kanal vereinigt. Die Verkleinerung der Hoden trat überhaupt bedeutend später auf als die der Prostata.

S. hält es für möglich, dass im Hoden ein Stoff gebildet und auch resorbiert wird, dessen Ausfall die Verkleinerung der Prostata veranlasst, und will versuchen, wie weit es möglich ist, durch passende Verabreichung von Hodenmaterial den Folgen der Kastration resp. der Resektion der Samenleiter entgegen zu wirken.

Willemer (Ludwigslust).

16) S. Beztchinski. Traitement de l'incontinence nocturne d'urine par le massage.

(Ejenedelnic 1896.)

Verf. erzielte Heilung bei Enuresis nocturna durch Massage des Blasenhalses, welche er mit einem in den Mastdarm eingeführten Finger derart ausführte, dass er die Weichtheile fest gegen das Schambein vibrierend andrückte (*pressions vibratoires*). Jede Sitzung dauerte 3—5 Minuten und wird, um Ermüdung vorzubeugen, abwechselnd mit der rechten und der linken Hand ausgeführt. Nach 2—3 Massagen soll bereits wesentliche Besserung erzielt sein, zur völligen, dauernden Heilung sind jedoch 30—40 Sitzungen erforderlich, die zuerst täglich, später seltener vorgenommen werden sollen.

König (Wiesbaden).

17) Garceau. Some affections of the female bladder.

(Boston med. and surg. journ. Bd. CXXXV. p. 256.)

G. bespricht zunächst die Fortschritte, welche man durch die Anwendung von Kelly's Cystoskop in der Diagnose und lokalen Behandlung von Blasenleiden gemacht hat und hebt hervor, wie nützlich sich eine vorgängige Kathetereinführung in die Harnleiter bei schwierigen vaginalen etc. Exstirpationen des Uterus erweisen kann. Danu wendet er sich speciell zur Besprechung des so überaus qualvollen Zustandes von Blasenreizbarkeit, welchen er als »Hyperämie des Blasenhalses und des Trigonum« bezeichnet. Die unbefriedigenden Erfolge, welche bei diesem Leiden auch bei einer sehr aktiven Lokalbehandlung zu verzeichnen sind, machen es unter Umständen nothwendig, zur Erleichterung der Beschwerden eine Vesico-vaginal-fistel dicht oberhalb des Sphincter vesicae anzulegen. Zu erklären ist die Hartnäckigkeit in diesen Fällen dadurch, dass die Hyperämie des Blasenhalses nur Theilerscheinung einer Hyperämie aller Beckenorgane ist. Die Anwendung des faradischen Stromes soll manchmal große Erleichterung gewähren.

In der dem Vortrage folgenden Diskussion warnen Reynolds, Chadwick u. A. vor der allzu häufigen Anwendung des Cystoskops und vor Überschätzung der von demselben zu erwartenden Leistungen;

sie betonen, dass in vielen Fällen eine mehr allgemeine Behandlung der lokalen entschieden vorzuziehen ist. **Willemer** (Ludwigslust).

18) **Fenwick.** A lecture on the clinical significance of the simple solitary ulcer of the urinary bladder.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1845.)

F. entwickelt auf Grund seiner Erfahrungen in den letzten 8 Jahren und unter Mittheilung einzelner Krankengeschichten das klinische Krankheitsbild des einfachen solitären Geschwürs der Harnblase, dessen Kenntniss wir erst dem Cystoskop verdanken. Der gewöhnliche Sitz des Geschwürs ist die hintere Blasenwand zwischen den Einmündungsstellen der beiden Harnleiter. Meist werden junge Personen (ca. 20 Jahre alt) beiderlei Geschlechts ohne vorherige venerische Infektion von dem Übel betroffen. Plötzlich auftretendes und sich öfters wiederholendes Blutharnen, häufiger Drang zum Uriniren und sehr heftige Schmerzen in der Harnröhre (bei Männern in der Pars pendula derselben) sind die ersten Symptome. F. unterscheidet 3 Stadien der Krankheit. In dem ersten ist es noch nicht zum Auftreten einer Cystitis gekommen (Urin sauer, hohes spec. Gew.). Hier kann Spontanheilung eintreten. Im Übrigen soll die Behandlung eine medikamentöse (Ol. santali, Quecksilber in kleinen Dosen), roborirende kräftige Diät und nur in hartnäckigen Fällen eine operative (Ausschaben) sein. Im zweiten Stadium bedeckt sich das Geschwür mit phosphorsaurem Kalk, und es entwickelt sich eine mehr oder weniger schwere Cystitis. Hier hat medikamentöse Behandlung keinen Zweck, auch Ausspülungen mit Argentum nitric., welche im ersten Stadium namentlich die Schmerzen in hohem Grade lindern, helfen wenig. Das beste Mittel ist Auskratzen des Geschwürsgrundes, beim Manne nebst Ausführung der Sectio perinealis oder suprapubica, beim Weibe durch die erweiterte Harnröhre. In diesem Stadium entwickeln sich öfters bei Frauen an der gegenüberliegenden Wand Decubitalgeschwüre (contact ulcer). Das dritte Stadium zeigt alle Folgezustände einer lange anhaltenden Cystitis, doch machen schon vorher aufsteigende Processe meist dem Leben des Pat. ein Ende.

H. Stettiner (Berlin).

19) **E. Holländer.** Zur Frage der Blasenverletzung bei Bruchschnitt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 42.)

Durch die Erkennung der Lipocèle praevesicalis hat man den Blasenbruch frühzeitig zu diagnosticiren und so Blasenverletzungen zu vermeiden gelernt. Leider gilt dies nicht für alle Fälle. Die Blasenbetheiligung bei dem Eingeweidebruche in den bisher beschriebenen Fällen ist quantitativ und qualitativ verschieden, ihre Genesis und das weitere Verhalten verschieden genug, um hier principielle Unterschiede zu machen. Auf der Grundlage zweier Fälle von Hernien, welche H. zu operiren Gelegenheit hatte, giebt er in

seiner Abhandlung Aufklärungen über das Zustandekommen des Harnblasenbruches. Dieses beruht nach Güterbock hauptsächlich auf Ausdehnung, Erschlaffung und Dünne der Blasenwand. H. unterscheidet nun eine andere Gruppe, in welche er seine Fälle hineinreihet, deren charakteristische Sonderheiten darin bestehen, dass man bei der Operation überhaupt nichts Abnormes bemerkt, dass insbesondere die Lipocoele fehlt, dass erst später sich eine Fistel zeigt, aus welcher man die stattgehabte Verletzung diagnosticirt. Diese Fälle will H. von der Masse der übrigen getrennt wissen, hier handelt es sich nicht um einen Blasenbruch κατ' ἐξοχὴν, sondern um einen Blasenzipfel, welcher in den Bereich des Bruchsackhalses gelangt.

Die Vorbedingungen, die Genesis einer solchen Blasenverzerrung und die Möglichkeit ihrer Verletzung hat nun H. auf Grund seiner Beobachtungen zu studiren Gelegenheit gefunden. Durch frühere Bauchfellentzündungen entstehen Verwachsungen der Blase mit ihrer Umgebung. Bildet sich hier eine Hernie, so kann sich die fixirte Blase nicht retrahiren, es wird vielmehr bei jedesmaligem Bruchaustritte der benachbarte Blasentheil in die Nähe des Bruchsackes bezw. in denselben hineingezerzt, bei längerem Verweilen daselbst durch neue peritonitische Processe fixirt und bei der Herniotomie event. angeschnitten. Neben diesen peritonealen Verwachsungen spielt aber bei einer derartigen Zipfelbildung auch die ungeschwächte Muskelkraft der Blase eine Rolle; denn eine schlaife, wenn auch fixirte Blase folgt leichter einem konstanten Zuge und giebt eher die Unterlage zu einem echten Blasenbruche ab.

Die Diagnose dieser Sonderart von Blasenverzerrung ist nach H.'s Erfahrungen noch viel schwieriger zu stellen als beim eigentlichen Blasenbruche.

Die beiden diesbezüglich von H. mitgetheilten und genau beobachteten Krankheitsfälle mögen im Original eingesehen werden.

Gold (Bielitz).

20) J. Israel. Die Operation der Steinverstopfung des Ureters.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 38.)

Die Gründe für die noch in der Ausbildung begriffene Technik zur Entfernung von im Harnleiter steckenden Steinen liegen einmal in der Seltenheit dieses Vorkommnisses, in der Schwierigkeit, den Harnleiter operativen Eingriffen zugänglich zu machen, und endlich für die Mehrzahl von Fällen in der Unmöglichkeit, den Ort der durch den Stein bedingten Verstopfung zu diagnosticiren. I. führt nun 3 Fälle an, welche er nach einer von ihm angegebenen Methode erfolgreich operirte, wobei er den extraperitonealen Weg als den sichersten einschlägt, um den Harnleiter von der Niere bis zur Blase freizulegen. Sein Schnitt beginnt in dem Winkel, welcher die XII. Rippe mit dem Rückenstrecker bildet, um schräg nach vorn und unten zu verlaufen. Auf diese Weise gelingt es die Niere freizulegen, hervorzuziehen und den Ursprung des Harnleiters zugänglich

zu machen. Ein zweiter, nach abwärts durch die Bauchdecken laufender Schnitt, der sich bis zu einem 2 Querfinger breit medianwärts von der Spina anterior (superior gelegenen Punkte erstreckt, um von da parallel dem Ligamentum Poupartii bis zum äußeren Rectusrande zu verlaufen, ermöglicht die Verfolgung des Harnleiterverlaufes. Dieser Typus wird in speciellen Fällen Modifikationen weichen müssen, namentlich in solchen, wo es sich um eine große, weit medianwärts ausgedehnte Niere und um gleichzeitige Fettleibigkeit handelt. Hier empfiehlt I. einen Schnitt, dessen querschräger Schenkel die Niere, dessen Längsschenkel den Harnleiter freilegt. Liegt sein letzter Abschnitt zu tief, um mit Sicherheit von dem angegebenen Schnitte aus einzugreifen, so muss ein anderer Zugang gesucht werden u. z. einerseits durch Trennung der hinteren Beckenwand für die laterale Strecke dieses Harnleiterabschnittes, andererseits durch Vordringen vom Beckenboden aus für den medialen, der Blase benachbarten Theil. Von hinten her endlich gelangt man durch die parasacrale Methode zum Harnleiter.

Ist man nun auf einem dieser Wege zum Steine gelangt, so giebt es zwei Möglichkeiten zu seiner Entfernung. Am naheliegendsten wäre die Spaltung der Harnleiterwand mit nachfolgender Extraktion des Steines und Vernähung der Harnleiterwunde. Das Verfahren ist jedoch ungemein schwer und unsicher, wenn es sich um die tief im Becken liegenden Abschnitte des Harnleiters handelt. I. geht desshalb bei Steinen, welche nicht unverschiebbar fest im Harnleiter eingeklemt sind, in der Weise vor, dass er den Stein im Harnleiter aufwärts bis in das Nierenbecken schiebt und ihn aus demselben nach Spaltung seiner Wand oder des Nierenparenchyms vom konvexen Rande bis ins Nierenbecken extrahirt. Die so gesetzten Wunden sind leichter zu nähen und gestatten die Abtastung des Niereninneren Behufs Feststellung des eventuellen Vorhandenseins anderer Konkremeente.

Bezüglich der interessanten Krankengeschichten der von I. operirten 3 Fälle von Harnleitersteinen sei auf das Original hingewiesen und hier nur erwähnt, dass es sich einmal um einen Stein im Beckentheile des Harnleiters handelte, welcher nach Spaltung des Scheidengewölbes extrahirt wurde. Naht der Harnleiterwunde. Heilung p. p. int.

Im zweiten Falle bestand 6tägige Anurie durch Steinverstopfung des rechten Harnleiters bei rechtsseitiger Solitärniere. I. machte die Ureterotomie und Nephrotomie wegen anderer Konkremeente. Extraktion derselben. Heilung.

Noch augenscheinlicher tritt der lebensrettende Eingriff an dem 3. Falle hervor, in welchem die Steineinklemmung im Beckentheile des Harnleiters saß, und 6tägige Oligurie bestand. Die Operation wurde im Coma uraemicum ausgeführt, es trat Heilung ein.

Seine diesbezüglich gemachten Erfahrungen fasst I. in folgenden Sätzen zusammen.

»1) Bei Anurie durch Steineinklemmung kann eine selbst im Coma uraemicum unternommene Operation an Niere und Ureter noch lebensrettend wirken.

2) Es ist möglich, mit dem Extraperitonealschnitt einen Ureterstein in der Tiefe des kleinen Beckens aufzusuchen und in das Nierenbecken zurückzuschieben.

3) Ein fast gänzlich von der Niere abgerissenes Nierenbecken kann per secundam intentionem wieder anheilen.«

Schließlich giebt I. den wohlzubeherzigenden Rath, bei Anurie durch Steinverschluss nicht länger als 48 Stunden mit der Operation zu zögern und sich nicht durch scheinbares Wohlbefinden des Pat. über die Schwere seines Zustandes täuschen zu lassen. Eine über den genannten Zeitpunkt hinausgehende exspektative Behandlung erklärt I. direkt als einen Kunstfehler. Gold (Bielitz).

Kleinere Mittheilungen.

21) P. S. Katschanowski. Zur Kasuistik der Kopfschusswunden.

St. Petersburg, Druckerei des Marineministeriums, 1895. (Russisch.)

K., Konsultanthirurg am Kronstädter Seehospital, hat im Anschluss an 9 eigne Fälle 201 Fälle von Kopfschusswunden mit ihren mannigfaltigen Ausgängen zusammengestellt. Nach ihren Ausgängen zerfallen diese 210 Fälle in 3 Gruppen: 1) 71 Todte, 2) 121 Genesene und 3) 9 Verletzte, die längere Zeit mit ihren im Gehirn eingeheilten Geschossen gelebt, an anderen Krankheiten, welche mit der Verletzung nichts zu thun hatten, gestorben sind. Die erste Gruppe (Todesfälle) theilt K. wieder in 3 Gruppen, wobei die 3. der Gruppen diejenigen Fälle umfasst, welche erst erkrankten, nachdem die ursprüngliche Wunde geschlossen war.

An diese reiche Kasuistik knüpft der Verf. eine Reihe von Betrachtungen an. So erörtert er die Frage, woher bei eingeheilten Kugeln, die jahrelang sich ruhig und ohne Beschwerden zu erregen verhalten haben und dann plötzlich lebensgefährliche Symptome hervorrufen, die Mikroorganismen gekommen sind. K. schließt sich jener Annahme an, nach welcher diese Keime aus der Blutbahn stammen. Bei der Besprechung der Behandlung werden auch die Indikationen für Trepanationen und ihre verschiedenen Arten der Ausführung besprochen.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

22) Van Arsdale. The technique of temporary resection of the skull, with demonstration of a new set of instruments.

(Annals of surgery 1896. Oktober.)

Die vorliegende Arbeit, welche außerdem eine Reihe sorgfältig gesammelter historischer Notizen enthält, gipfelt doch vornehmlich in der Beschreibung einer neuen Säge zur (temporären) Resektion des Schädeldaches. Es ist dies eine durch Tretvorrichtung oder Elektromotor getriebene Kreissäge, die nicht einfach plan, sondern sphärisch gekrümmt und mit einer centralen Achse in der Gabel eines Handgriffes befestigt ist. Die Säge allein mit ihrer Achse würde eine entfernte Ähnlichkeit mit einem aufgespannten Regenschirm haben; die sphärische Krümmung hat den Zweck, auch das Sägen in krummer Linie in ausgiebiger Weise zu gestatten. Um eine Verletzung des Gehirns und seiner Häute zu verhindern, geht von der Unterseite des Handgriffes ein gebogener Stahlstab ab, tangential zur Sägenperipherie, zwischen den und die Säge der Knochen eingeklemmt wird. Behufs Anwendung wird mit einer Trephine zuerst ein Loch in das Schädeldach gebohrt, durch welches man den Führungsstab der Säge einführt. Die Krone der Trephine selbst ist aus

sehr dünnem Stahl gearbeitet, um eine die Anheilung des replantirten Knochenstückes sehr erleichternde, möglichst dünne Sägefurche zu erhalten. Um ein plötzliches Eindringen des Instruments zu verhindern, zieht man über die Krone Gummiringe von verschiedener Stärke, die beim Vordringen des Instruments allmählich komprimirt werden und so ein sehr gleichmäßiges Arbeiten gestatten.

(In Deutschland sind in manchen Kliniken ähnliche Instrumente in Gebrauch. Ref.) **Tietze** (Breslau).

23) A. Denker. Ein Fall von otitischer Sinusphlebitis und metastatischer Pleuritis purulenta, durch Operation geheilt.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. No. 9.)

Bei einem an chronischer Mittelohreiterung leidenden 7jährigen Knaben wurde wegen cerebraler Erscheinungen der Warzenfortsatz eröffnet. Statt des erwarteten duralen oder Hirnabscesses fand sich eine eitrige Thrombose des Sinus transversus. Dieselbe wurde nicht ausgeräumt. (Der Fall stammt aus 1893. Ref.) 3 Tage nach der Operation entwickelte sich eine eitrige Rippenfellentzündung, welche ihrerseits die Rippenresektion nothwendig machte. Es trat vollkommene Heilung ein, welche seit 3 Jahren Bestand hat.

Telchmann (Berlin).

24) Golebiewski. Der Fall N.

Berlin, Selbstverlag des Verf., 1896.

G. giebt in einer Entgegnung auf die Oppenheim'sche Broschüre (vgl. dieses Centralblatt 1896 No. 18) die möglichst aktenmäßige Darstellung des Falles N., die beweist, dass man über denselben mit Recht eine andere Ansicht haben kann wie Oppenheim. Für die Gewinnung eines richtigen Urtheiles ist desshalb die Kenntnis der G.'schen Broschüre nothwendige Bedingung. Auf den Inhalt kann hier nicht eingegangen werden; ich will aber nicht unterlassen, auf die Bemerkungen Mendel's zu dem Falle in der Deutschen med. Wochenschrift 1896 No. 37 hinzuweisen.

Bähr (Hannover).

25) Schanz. Zur Kenntnis der Wirbelsäulendeformitäten nach Unfällen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1896. No. 11.)

Pat. wollte einen großen Stein abhebeln. Die Brechstange glitt ab und entfiel seinen Händen. Durch die Wucht der Stange und durch das Bestreben, derselben auszuweichen, knickte Pat. mit dem Rumpf nach links ein. 2malige Beobachtung in einer Universitätsklinik ergab keine sichere Diagnose. Höchstwahrscheinlich habe ein Bruch eines Wirbelbogens vorgelegen. Nach wiederholter Behandlung und Begutachtung wird Pat. als Simulant erklärt. Nach 2½ Jahren kam Pat. in die Hoffa'sche Klinik. Objektiv bestand links konvexe Totalskoliose mit beträchtlicher Verschiebung des Oberkörpers nach links. Rechte Lendenmuskulatur straff gespannt, linke weich und schlaff. Aktive Bewegungen der Lendenwirbelsäule unmöglich. Die subjektiven Beschwerden waren Unmöglichkeit, sich gerade zu richten, Schmerzen in der Lendengegend, Druckempfindlichkeit der Lendenwirbelsäule, besonders aber der linksseitigen Lendenmuskulatur. Nach erfolgter Extension sinkt Pat. mit einem plötzlichen Ruck wieder in die alte Stellung zurück.

Es wird eine funktionelle Erkrankung angenommen, vielleicht in Verbindung mit einer vorausgegangenen schmerzhaften Läsion der linksseitigen Lendenmuskulatur. Pat. wird täglich mit glänzendem Erfolg eine halbe Stunde im Rahmen suspendirt, außerdem massirt und elektrisirt. Entlassung mit Hoffa'schem Korsett und 50% Rente.

Bähr (Hannover).

26) J. Bawli. Syringomyelie und Trauma.

Inaug.-Diss., Königsberg i/Pr., 1896.

Ein kräftiger junger Mann fiel von einer bedeutenden Höhe auf den Rücken und hatte unmittelbar darauf eine vollkommene Paraplegie der unteren Körperhälfte mit Blasen- und Mastdarmstörungen. Nach einem Monat Bettruhe ließ die

motorische Lähmung bedeutend nach, so dass der Kranke auf Krücken umhergehen konnte, dagegen blieb die Sensibilität vom Kreuz ab erloschen, Stuhl- und Harnentleerung wieder hergestellt. Nach 3monatlicher Behandlung mit Schwitzbädern und Elektrizität besserten sich auch die sensiblen Störungen, doch blieb noch in einem schwimmhosenähnlichen Bezirk Unempfindlichkeit zurück. Seit dem Fall bestand eine Vorwölbung einiger Wirbel, die nie Schmerzen bereitet habe. 2 Jahre nach dem Fall hörte beim Coitus die Ejaculatio seminis auf. Wieder 1 Jahr später stellten sich trophische Störungen am linken Fuße ein, die im fernerer Verlauf in den Vordergrund traten und den Kranken auch zum Aufsuchen der Klinik zwangen, Geschwürs- und Fistelbildung mit Sequestration im Fersenbein, später Ödem an beiden Beinen und am Unterleib, zuletzt auch Ascites. Es wurde ein operativer Eingriff vorgenommen, Exstruktion des Sequesters und Auskratzen der Höhle, ohne Heilung zu erreichen; nach etwa 3monatlichem Aufenthalt in der Klinik erfolgte der Tod unter zunehmendem Collaps 7 Jahre nach der Verletzung.

Die Sektion zeigte eine Hervorragung der oberen Lendenwirbel, Difformation des 1. Lendenwirbels durch verheilte Fraktur, welche bewirkte, dass die Hinterfläche desselben in den Wirbelkanal hineinragte und hier den Raum beengte; es bestand eine erhebliche Knickung, indem die Spongiosa zusammengepresst war. An entsprechender Stelle waren die Rückenmarkshäute fest mit einander verwachsen. Die Lendenanschwellung war etwas verbreitert bis zu 3 cm Durchmesser und in Ausdehnung von etwa 4 cm unter allmählicher Abnahme; man fühlte Fluktuation. Beim Einschnneiden in diese Anschwellung erschien eine 3 cm lange Höhle von einigen Millimetern Durchmesser und fast centraler Lage, um sie herum lag graue und weiße Masse. Die Medianfurche war im Bereich der Höhle etwas nach links verschoben. Bei Schnitten durch das Mark zeigte sich ein schmaler, grauer, den Goll'schen Strängen entsprechender Keil, den man auch äußerlich wahrnahm, und der sich bis in den oberen Theil des Dorsalmarks erstreckte. Von den übrigen Befunden ist, außer Atrophie der Hoden, noch Thrombose der Nierenvenen und Geschwürsbildung im Mastdarm zu erwähnen.

Bei der mehrere Jahre später vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung des in Müller'scher Flüssigkeit, dann in Alkohol gehärteten Rückenmarks findet sich, dass etwa von der Mitte der Höhle an neben ihr in den Vorderhörnern, weiter abwärts auch in den Vordersträngen eine größere Anzahl kleinerer Höhlen, Gewebslücken, vorhanden sind, so dass ein kavernöses Aussehen entsteht. Ferner fällt sehr in die Augen eine starke Vermehrung und Verdichtung des Gliagewebes und der Gefäßwandungen. Am Rande der Höhle liegen 2 kleine Knochenstücke in das Gewebe eingebettet, in der Nähe findet man kleine Mengen von Hämosiderin frei im Gewebe. Auch nach oben hin finden sich noch Spalten im Gewebe, der Länge nach von einem Blutgefäß durchzogen; die Gliawucherung nimmt allmählich ab.

Aus der Litteratur stellt nun Verf. von 267 Fällen von Syringomyelie, bei denen eine Anamnese vorliegt, 29 Fälle = 11% zusammen, bei denen sich die Erkrankung in Folge eines Traumas entwickelt hat. Bezeichnend ist in den Fällen mit Obduktion das Vorkommen von Höhlenbildung im Rückenmark, wie sie sich auch bei Thierversuchen herausgestellt hat, ohne dass jedoch unter den Experimentatoren eine Übereinstimmung über das Zustandekommen derselben erzielt worden ist. Im vorliegenden Falle dürfte dem Eindringen des im Innern des Rückenmarks vorgefundnen abgesprengten Knochenstückchen in dessen Substanz ein nicht unwesentlicher Einfluss zuzuschreiben sein. Dass Blutungen dabei stattgefunden haben, beweisen die gefundenen Hämosiderinmassen; ferner ist offenbar durch die Verschiebung der Wirbel auch eine Quetschung des Marks bewirkt worden, welche die peripheren Theile kaum an umschriebener Stelle zerstörte, meist aber die centralen Theile traf; eine Myelitis war wohl die Folge; auf sie weist die Verdickung der Glia und der Gefäßwandungen.

Die Frage, ob es sich auch klinisch um Syringomyelie und nicht um die Morvan'sche Krankheit gehandelt hat, glaubt Verf. bejahen zu dürfen. Ref.

möchte einen Zweifel äußern, ob nicht die kleinen Spaltbildungen um die Blutgefäße künstlich durch die Erhärtungsmethode herbeigeführt sein möchten; dass dagegen die große Höhle präexistirt hat, ist durch den bei der Obduktion bereits festgestellten makroskopischen Befund festgestellt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

27) M. Lähr. Beiträge zur forensischen Bedeutung der Syringomyelie.

(Charité-Annalen XX. Jahrg. p. 678.)

Immer mehr häufen sich Beobachtungen, welche auf Zusammenhang schwerer Rückenmarkserkrankungen mit Verletzungen hinweisen und welche nicht allein von allgemein pathologischem Interesse sind, sondern ihre hauptsächlichste Bedeutung in Hinsicht auf die Auslegung der Folgen eines Unfalls durch die ärztlichen Sachverständigen gewinnen. 2 hochinteressante Fälle der Art werden hier mitgetheilt.

In dem ersten derselben handelt es sich um einen Lastfuhrmann, welcher beim Aufladen von Lehm bei einem Bau eine Spontanfraktur des linken Radius im oberen Drittel erfuhr, aber nur mäßigen Schmerz dadurch empfand und seine Arbeit bis zum Abend fortsetzte. Der Arm war dann so stark angeschwollen, dass der Hemdärmel aufgeschnitten werden musste. Als unmittelbare Folge dieser Verletzung blieb zwar nur eine geringe Schwäche des linken Armes zurück, allein nach etwa 2 Jahren stellte sich Abmagerung und Verkrümmung der linken Hand ein, welche die Erwerbsfähigkeit des Kranken sehr beschränkte und von ihm als Folge jener Verletzung angesehen wurde. In Folge dessen erhob er Ansprüche auf eine Unfallrente, wurde aber abgewiesen, da der begutachtende Arzt einen Zusammenhang zwischen jener Verletzung und dem später sich geltend machenden Nervenleiden nicht annahm. Der Mann wurde nun zur Begutachtung der Nervenabtheilung der Charité überwiesen. L. nahm an, dass die Rückenmarkskrankheit schon vor dem Unfall bestanden habe und begründete dies damit, dass das Entstehen der Spontanfraktur an atypischer Stelle, so wie die spätere geringe Schmerzempfindung, welche den Kranken nicht zum Aufgeben seiner Arbeit zwang, auf das Vorhandensein eines krankhaften Zustandes des Armes hinwiesen. Auch eine Anzahl tiefer Hautnarben am Körper bezeugten, dass der Kranke mehrfach kleine Verletzungen erfahren und Geschwürsbildung zu überstehen hatte, welche ihm aber nur verhältnismäßig geringe Beschwerden gemacht hatten, so dass auch dieser Umstand zur Annahme eines gewissen Grades von Analgesie seit einer Reihe von Jahren drängte. Dagegen glaubte L. eine ungünstige Einwirkung der erlittenen Verletzung auf die Rückenmarkskrankheit nicht von der Hand weisen zu dürfen, nahm vielmehr an, dass »die Fraktur für die Weiterentwicklung und wohl auch die Lokalisation der Krankheitserscheinungen von schädigendem Einfluss gewesen« und somit »die augenblickliche, durch die Schwäche des linken Armes bedingte Arbeitsbeschränkung und wohl auch die im Laufe der nächsten Jahre zu erwartende weitere Zunahme derselben als eine mittelbare Folge der damaligen Verletzung zu betrachten sei.«

Das Reichsversicherungsamt trat dieser Beweisführung bei und setzte die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit auf $66\frac{2}{3}\%$ fest.

Ganz ähnlich verhielt sich ein weiterer Fall, dessen Beurtheilung noch besonders dadurch erschwert wurde, dass der Kranke seine Beschwerden sichtlich übertrieb, um eine möglichst hohe Rente herauszuschlagen. Auch hier wurde zwar angenommen, dass das Rückenmarkleiden schon vor dem Unfall — Verrenkung der Ulna mit Verletzung des Oberarmknochens in Folge eines Falles aus etwa $\frac{1}{2}$ m Höhe — bestanden habe, dass es aber durch denselben ungünstig beeinflusst worden sei. Auch in diesem Falle trat die Behörde dem Gutachten bei und erkannte dem Kranken eine Erwerbsunfähigkeit von $66\frac{1}{2}\%$ zu.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

28) **Fuller (New York).** Good results following urethral resection.
(Med. news 1896. Juli 25.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von ausgedehnter Resektion der verengten Harnröhre. Im 1. Falle handelte es sich um eine gonorrhöische Striktur, welche die vordere Hälfte der Pars membranacea, die ganze Pars bulbosa, so wie einen zolllangen Theil der Pars pendula einnahm. Der freilegende Schnitt erstreckte sich vom Umfang des Afters bis in die Pars pendula hinein, das Scrotum in 2 Hälften spaltend. Im 2. Falle waren durch Gangrän in Folge von Urininfektion $1\frac{3}{4}$ Zoll der membranösen und bulbösen Harnröhre verloren gegangen. In beiden Fällen gelang es, gute anatomische so wie funktionelle Verhältnisse wieder herzustellen.

Die Nachbehandlung wurde wesentlich dadurch erleichtert, dass nach Ausführung der Resektion von der tiefsten Stelle des Dammschnittes aus ein Verweilkatheter in die Blase geschoben wurde. Ein zweiter Verweilkatheter wurde durch die resecirte Partie hindurch bis gegen den ersten Katheter in die Harnröhre eingelegt und die Gewebe sorgfältig über ihm vereinigt. In 8 bis 10 Tagen erfolgte die Heilung ungestört um den Harnröhrenkatheter, während der Dammkatheter ohne Verschiebung des ersteren herausgenommen und wieder eingeführt werden kann.

Strauch (Braunschweig).

29) **A. Eurén.** Till behandling af prostatahypertrofi medels exstirpatio testis.

(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. I. p. 105.)

Verf. giebt zuerst eine kurze geschichtliche Darstellung der Theorien für die Ramm-White'sche Operation wegen seniler Dysurie und die Ausbildung der Operationsweise. Um einer psychischen Einwirkung des Wortes Kastration vorzubeugen, schlägt er für diesen Eingriff den Namen Exstirpatio testis vor. Nach einigen orientirenden Bemerkungen rücksichtlich der immer mehr heranwachsenden Litteratur über die Frage und die vorgeschlagenen Ersatzoperationen von Griffiths und Isnardi theilt Verf. in ausführlichen Krankengeschichten 8 von ihm operirte Fälle mit. Seine Pat. waren, 2 ausgenommen, alle über 70 Jahre alt; die Hoden zeigten sich in allen Fällen gesund. Die Indikation für die Operation war in 6 Fällen vollständige Retention; in 2 Fällen betrug der Residualharn 200 ccm. Komplikation lag nur in 1 Falle vor. In 4 Fällen wurde unilaterale, in 4 doppelseitige Ablatio vorgenommen. Die einseitige Operation blieb in einem Falle ohne Effekt, als aber auch der Hoden der anderen Seite exstirpirt wurde, zeigte sich die Operation völlig wirksam. Eine rasche und befriedigende Verbesserung der Harnretention wurde in allen Fällen erreicht. Die Krankengeschichten zeigen unzweideutig, dass die Verbesserung der Operation, nicht der gleichzeitigen Katheterbehandlung zuzuschreiben sei. Psychische oder körperliche Nebenwirkungen unangenehmer Art sind nicht vorgekommen. Im Gegensatz zu White, der in Fällen mit etwa 200 ccm Residualharn die Katheterbehandlung zuerst versucht haben will, ist Verf. der Ansicht, dass in allen den seinen ähnlichen Fällen die unilaterale Exstirpation zuerst versucht werden sollte. Weiteres Eingreifen würde dann vielleicht unnöthig bleiben. Seinen Kranken kam es wesentlich darauf an, so schnell wie möglich so weit zu gesunden, dass sie durch körperliche Arbeit ihren Lebensunterhalt verdienen konnten. — Die doppelseitige Exstirpation scheint Verf. für ältere Fälle zu passen, die durch Folgezustände heruntergekommen sind, und wo es sich um eine möglichst schnelle Verbesserung des Leidens handelt.

A. Hansson (Warberg).

30) **B. Montt-Saavedro.** Zwei Fälle von Cystitis mit Befund von Diplobacillus Friedländer.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. XX. No. 4 u. 5.)

2 der seltenen Fälle, in welchen der Friedländer'sche Diplobacillus in der menschlichen Pathologie als Krankheitserreger angetroffen wird, in einem übrigens mit dem Streptococcus vergesellschaftet, der zu allgemeiner Sepsis führte, welcher der Pat. erlag.

W. Hübener (Breslau).

31) **F. Zachrisson.** Ett fall af blådivertikel (dubbel blåsa?), som komplicerat en fimosis-operation.

(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. I. p. 199.)

Die Arbeit enthält zuerst eine ausführliche Krankengeschichte, einen Fall aus der Klinik Lennander's betreffend. — Ein 13¼-jähriger Knabe wurde wegen Phimosis operirt; nach der Operation trat Harnverhaltung ein, und diese veranlasste die Entdeckung einer Zweitheilung der Blase. — Verf. erörtert dann 10 ähnliche Fälle aus der Litteratur mit Duplicität der Blase und macht endlich einige epikritische Bemerkungen über den eigenen Fall. Von den Einzelheiten der Krankengeschichte verdienen folgende mitgeteilt zu werden.

Nach der Phimosenoperation wurde eine bedeutende Menge Harn mit Katheter entleert. Nur den nach der Operation folgenden Tag konnte Pat. spontan Harn lassen; nachher wurde Katheterisation nothwendig. Trotzdem nahm ihn die Mutter nach Hause. In den folgenden 3 Tagen floss der Harn nur tropfenweise ab, und die Blase wurde bis über den Nabel ausgedehnt. Als Pat. wieder in die Klinik gebracht wurde, konnte er nicht ohne Narkose katheterisirt werden. Danach wurde er von einer Blasenentzündung befallen, die zuletzt die Katheterisirung unausführbar machte, wesshalb Epicystotomie gemacht werden musste. Bei der Operation konstatarie man, dass die Blase durch eine sagittal gestellte Scheidewand in 2 Abtheilungen getheilt war, eine größere rechts und eine kleinere links. In der Scheidewand fand man ein Loch, das von einem Sphinkter umgeben war; die Öffnung war so groß, dass der Zeigefinger eingeführt werden konnte. (Das Verhalten der Einmündung der Harnleiter ließ sich leider nicht sicherstellen.) Die Blase wurde in die Hautöffnung eingenäht und ein Drain eingelegt. Nachdem Pat. eine interkurrente Lungenentzündung überwunden hatte, versuchte man die beiden Räume, die eine ungleiche Kontraktionsfähigkeit hatten, in dauernde Kommunikation mit einander zu setzen. Dies gelang auch nach wiederholten Operationen. Die Blasenentzündung besserte sich allmählich. Als Pat. nach 5 Monaten entlassen wurde, war Katheterisirung unmöglich; freilich konnte Pat. spontan den Harn lassen, ohne aber die Blase ganz zu entleeren. — Laut später eingelaufenen Nachrichten war nach 5 Monaten eine Fistel in der Narbe aufgebrochen, die aber bald heilte; 1½ Jahr nach der Operation bestand noch eine leichte Cystitis; Pat. aber konnte meistens den Harn ohne Schmerzen lassen und war lebhaft und munter.

A. Hansson (Warberg).

32) **Perkins.** Extraperitoneal exploration of the ureter followed by nephrolithotomy.

(Annals of surgery 1896. August.)

Die Anamnese des in Frage kommenden Pat., eines 48 Jahre alten Mannes, hatte das Vorhandensein eines Nierensteines wahrscheinlich gemacht; doch glaubte man in Folge eines konstanten Schmerzpunktes einige Centimeter oberhalb der Spina ant. sup., der etwa im Verlauf des Harnleiters zu suchen war, dass der Stein bereits das Nierenbecken verlassen habe und im Harnleiter stecken geblieben sei. Dieser wurde daher durch einen extraperitonealen Schrägschnitt im ganzen Verlauf freigelegt; der Stein fand sich aber schließlich thatsächlich im Nierenbecken und stellte ein Oxalat von relativ beträchtlicher Größe dar. Heilung.

Verf. erwähnt 9 Fälle von Ureterolithotomie aus der amerikanischen Litteratur (3 davon intraperitoneal). In sämtlichen hatte man zuerst die Niere freigelegt und hatte erst nachträglich den Stein im Harnleiter entdeckt.

Tietze (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser-Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2.

Sonntag, den 16. Januar.

1897.

Inhalt: I. T. Jonnesco, Totale und beiderseitige Resektion des N. sympathicus cervicalis Behufs Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie. — II. C. Bayer, Zur Pneumopexie. (Original-Mittheilungen.)

1) Ribbert, Entstehung der Geschwülste. — 2) Cheyne, 3) Bereskin, 4) Verschiedene, Zur Krebsbehandlung. — 5) Goldberg, Blennorrhoe. — 6) Rille, Bartholinitis und Leistenröden. — 7) Boltz, 8) Werler, Blennorrhoebehandlung. — 9) Romme, Tripperreumatismus. — 10) Silex, Kongenitale Lues. — 11) Coufts, Syphilis der Kinder. — 12) Robinson, Syphilitische Gelenkleiden. — 13) Assaky, Jodchinin bei Syphilis. — 14) Herzfeld, Nebenhöhlenentzündung. — 15) Heymann, Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. — 16) Paget, Chirurgie der Brust. — 17) Terrier, Chirurgie der Pleura pulmonalis.

18) Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. — 19) Murray, Mastdarmgonorrhoe. — 20) Tyrrell, Gonorrhoeische Gelenkentzündung. — 21) Greene, Syphilisbehandlung. — 22) Zurakowski, Krebs des Zäpfchens. — 23) Delle, Papillome in Rachen und Kehlkopf. — 24) Goldschmidt, Perichondritis laryngea. — 25) Foix, Nervöse Aphonie. — 26) Bonnier, Schwerhörigkeit bei Genitalstörungen. — 27) Pantaloni und Thomas, Thyrotomie.

Berichtigung.

I. Totale und beiderseitige Resektion des N. sympathicus cervicalis Behufs Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie.

Von

Prof. Dr. Thomas Jonnesco in Bukarest.

Die Versuche der theilweisen Resektion und der Durchschneidung des Sympathicus cervicalis Behufs Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie und die häufig konstatierten Läsionen des Sympathicus cervicalis in den beiden genannten Krankheiten bewogen mich, die gänzliche und beiderseitige Resektion dieses Nerven zu unternehmen.

Gegen die Epilepsie hat Alexander die doppelseitige Resektion des oberen Cervicalganglion sympathicum ausgeführt, Kummell die einseitige Resektion desselben Ganglions, Bogdanik die doppelseitige Resektion des mittleren Ganglion sympathicum; v. Jaksch die

Unterbindung des unteren Halsganglions, der Arteria vertebralis und die Durchschneidung des Sympathicusstranges oberhalb dieses Ganglions; Jaboulay die Durchschneidung des Sympathicusstranges.

Unter allen diesen Eingriffen sind die Resultate von Alexander die erfolgreichsten und sie zeugen für die Berechtigung dieses Eingriffes.

Gegen Morb. Basedowii hat Jaboulay im Jahre 1896 die Isolirung des mittleren Sympathicusganglions und die Durchschneidung des Sympathicusstranges oberhalb und unterhalb desselben ausgeführt. In dem von ihm operirten Falle erzielte er ein befriedigendes Resultat.

Meinen ersten Eingriff machte ich am 17. August 1896 bei einem Falle von Morb. Basedowii. Ich habe auf beiden Seiten das obere und mittlere Ganglion und den zwischen ihnen liegenden Sympathicusstrang resecirt. Der gute Erfolg, den ich erzielt habe (Verschwinden des Exophthalmus, Verminderung des Kropfes, Mangel an schweren Erscheinungen), bewog mich, diese Operation zu wiederholen und sogar die gänzliche Exstirpation des Sympathicus cervicalis, d. h. aller drei Ganglien zu machen.

Die von mir operirten Fälle belaufen sich auf 9, von denen 2 Morbus Basedowii, 3 genuine Epilepsie, 1 Chorea und Hysteroepilepsie, 1 Gehirntumor mit epileptiformen Anfällen, 1 Hysterie und 1 progressive Paralyse, der zur Zeit der Operation nichts als epileptische Anfälle darbot, betreffen.

Das Resultat des Eingriffes in diesen verschiedenen Fällen ist folgendes: In beiden Fällen von Morbus Basedowii erzielte ich das Schwinden des Exophthalmus und die Verminderung des Kropfes; das Verschwinden der Tachykardie in einem Falle, während im zweiten dieselbe fort dauerte. — In den 3 Fällen von genuiner Epilepsie ist die Besserung bis nun entschieden sichtbar: keiner der Kranken hat epileptische Anfälle mehr gehabt und nur einer von ihnen hat noch leichte, seltene und vorübergehende Schwindelanfälle. — In den anderen Fällen erzielten wir gar keinen Erfolg.

Den Vorgang der Operation können wir in folgende Abschnitte einteilen:

1) Der Hautschnitt. Derselbe beginnt am hinteren Rande des Processus mastoideus und erstreckt sich, entlang dem hinteren Rande des Musc. sterno-cleido-mastoideus, bis unterhalb des Schlüsselbeines. Man durchschneidet die Haut, das Platysma myoides, die Vena jugularis externa nach vorhergehender zweimaliger Unterbindung und die Äste des Plexus cervicalis superficialis.

2) Bloßlegung des hinteren Randes des Sterno-cleido-mastoideus. — Behufs dieses Vorganges muss man, entgegen der Ansicht von Alexander, die Äste des Plexus cervicalis superficialis und den äußeren Ast des N. spinalis durchschneiden, was keinen Schaden verursachen kann. Mit der Hohlsonde oder besser mit dem Finger trennt man das Bindegewebe entlang dem hinteren Rande

des Sternocleidomastoideus. Am oberen Ende der Wunde erheischt dieses Moment den Gebrauch des Bistouri oder der Schere, da die Gewebe dichter sind; am unteren Ende findet man den Omohyoideus, den man einwärts zieht oder durchschneidet, wenn er stört. Nachher applicirt man am inneren Rande der Wunde einen speciellen Haken von der Länge des Einschnittes und 3 cm breit und zieht mit ihm den Sternocleidomastoideus und das Gefäßnervenbündel nach innen.

3) Aufsuchen des Sympathicusstranges. Im mittleren Theile des Einschnittes suchen wir den Sympathicusstrang, der sich oft in der hinteren Wand der Scheide der Halsgefäße befindet. Mit der Hohlsonde zerreißt man diese Wand und man findet ihn leicht, durch seine innige Beziehung zur Vena jugularis interna und seine Lage nach außen vom N. vagus. Mitunter befindet er sich auf der Wirbelsäule, durch die Fascia praevertebralis zugedeckt. Man sieht ihn durchschimmern, und es ist leicht, ihn vom N. phrenicus zu unterscheiden, an dessen innerer Seite er sich befindet.

4) Resektion des oberen Halsganglions. — Mit der Pincette ziehen wir am Halsstrange und mit der Hohlsonde schälen wir ihn von dem ihn umgebenden Bindegewebe aus, bis zur Schädelbasis fortschreitend. Das spindelförmig erscheinende obere Halsganglion wird zuerst vorn, dann hinten bloßgelegt und so vom Gefäßnervenbündel und der Wirbelsäule abgetrennt, am liebsten mit dem Finger. Am oberen Ende des Ganglions angelangt, trennen wir mit einer speciell gekrümmten, stumpfen Schere die zu- und abgehenden Äste ab, so dass nur der Sympathicusstrang an seinem oberen Ende bleibt, den man im letzten Augenblick von vorn nach hinten, von innen nach außen und von oben nach unten durchschneidet, um nicht die umgebenden Organe zu verletzen.

Das Operationsfeld soll mittels Trennung einiger Occipitalinsertionen des Sternocleidomastoideus freigelegt werden und ein Haken von 4 cm Breite und 3 cm Länge in den oberen Wundwinkel eingelegt sein, um das Gefäßnervenbündel und den Sternocleidomastoideus nach innen zu ziehen.

5) Resektion des mittleren und unteren Ganglions. — Das mittlere Halssympathicusganglion fehlt oft, immer aber finden sich an der entsprechenden Stelle, die Art. thyroidea inf. umschlingend, zwei Sympathicusäste, die mit der Sonde zerstört werden müssen. In manchen Fällen war die Art. thyr. inf. so rigid, dass man sie zwischen zwei Ligaturen durchschneiden musste, um das mittlere Halsganglion oder den Plexus, der es vertritt, freizulegen. — Die Resektion des unteren Halsganglions ist der schwierigste Moment der Operation. Tief gelegen in einer Rinne zwischen dem Musc. scalenus post. und der Wirbelsäule, auf dem Halse der ersten Rippe, ist dieses Ganglion verdeckt durch die es direkt berührende Art. vertebralis und die V. vertebralis, deren Dimensionen so groß sind, dass sie die Scaleno-vertebral-Furche gänzlich ausfüllt und sowohl die genannte

Arterie wie das Ganglion verdeckt. Mitunter gesellt sich zu diesen Schwierigkeiten noch der Umstand, dass das Ganglion sich mit dem ersten, ja mit dem zweiten Thoraxganglion zu einer einzigen Masse vereinigt, die sich im Thorax entlang der Wirbelsäule erstreckt. Endlich steht der Pleuralsack, zumeist links, in einem mehr oder weniger innigen Zusammenhange mit dem unteren Ganglion und den Nachbarorganen, so dass er während der Operation geöffnet werden könnte. Ziehen wir endlich noch die enormen retroclaviculären venösen Zuflüsse und den Bogen der Art. subclavia in Betracht, der dieses Niveau erreichen kann, so sieht man, welche Schwierigkeiten dem Chirurgen in dieser höchst gefäßreichen Region begegnen können.

Nichtsdestoweniger ist die Exstirpation des unteren Halsganglions möglich, und ich habe dieselbe 12 mal ausführen können. Zu dem Zwecke setzt man den oben beschriebenen Haken ein und trennt einige Insertionen des Sternocleidomastoideus vom Schlüsselbein. Dann fasst man den Sympathicusstrang oberhalb des unteren Ganglions, befreit ihn von Vena und Art. vertebr. und zieht beide nach außen. Das so aufgedeckte Ganglion wird mit der Sonde von seiner Knochenunterlage gelöst; durch leichtes Zerren werden alle zu- und abführenden Äste sichtbar. Man durchschneidet dieselben, unter ihnen auch den Ramus vertebralis und die Rami cardiaci, und das Ganglion ist so exstirpiert. Wenn die Pleura hierbei geöffnet wurde, so wurde die Wunde schnell mit der Pincette geschlossen und unterbunden.

Das Ende der Operation bildet eine tiefe Naht, welche den hinteren Rand des Sternocleidomastoideus mit dem subkutanen Gewebe vereinigt. Die Haut wird durch Zwischenhautnaht geschlossen. Drainage ist nutzlos.

Die Dauer des Eingriffes ist verschieden. In manchen Fällen habe ich eine Sympathicusausschaltung in $\frac{3}{4}$ Stunden, in anderen in $\frac{1}{4}$ Stunde ausgeführt. Der post-operative Verlauf war sehr einfach, alle Wunden heilten per primam. Der einzige bemerkenswerthe Umstand war eine vorübergehende Röthung des Gesichts, Thränenträufeln, Nasensekretion und eine vorübergehende Pupillenverengerung.

Auf die erzielten Resultate mich stützend, und ohne schon ein Urtheil für die Zukunft abgeben zu wollen, traue ich mich, folgende Schlüsse zu ziehen:

- 1) Die gänzliche und beiderseitige Resektion des Sympathicus cervicalis kann ohne spätere Störungen ausgeführt werden.

- 2) Diese Operation, ohne leicht genannt zu werden, kann immer versucht werden.

- 3) Bei Morb. Basedowii, dessen Störungen größtentheils vom Sympath. cervic. herzurühren scheinen, ist die Resektion dieses Nerven absolut angezeigt, wenn sie auch durch Unterbindung der Art. vertebr. vervollständigt würde.

4) Bei Epileptikern beweisen sowohl die physiologischen Experimente, als auch die Beobachtung eines Anfalles während einer Hemikraniotomie (Doyen) das Vorhandensein einer Störung in der Gehirncirkulation, die mit dem Anfalle zusammenfällt. Die befriedigenden Resultate, die Alexander durch einen weniger radikalen Eingriff erzielt, wie auch die durch die neu von mir vorgeschlagene Operation erhaltenen Erfolge genügen, die Chirurgen zur Nachfolge auf diesem Wege aufzufordern, der zu einer sicheren Behandlung dieser Krankheit leitet, gegen welche die Kunst bisher erfolglos geblieben ist.

II. Zur Pneumopexie.

Von

Prof. Dr. Carl Bayer in Prag.

In der Société de biologie (Séance du 21^{me} novembre 1896)¹ machten Tuffier und Hallion darauf aufmerksam, dass es bei intrathorakalen Operationen zur Vermeidung eines Lungencollapses durch den unvermeidlichen Pneumothorax genügt, vor, während oder unmittelbar nach Eröffnung der Pleura die Lunge durch den Larynx oder durch die Trachea künstlich aufzublasen. Voraussetzung ist, dass die Lunge selbst nicht verletzt ist. Die an Hunden gewonnenen Resultate sind sehr aufmunternd. Ob dieses Verfahren beim Menschen eine Zukunft hat, muss erst die Erfahrung lehren; das isolirte Aufblasen einer Lungenhälfte dürfte jedenfalls nicht ganz einfach sein, auch wenn es nicht nöthig sein sollte, zu dem Zweck erst zu tracheotomiren.

Ich habe mir in einem recht schwierigen Falle von kindskopf-großem Sarkom der rechten Thoraxwand bei einem 13 Jahre alten Knaben, den ich im Prager Barmherzigenhospital zu operiren hatte, anders geholfen und möchte mir erlauben, da sich der einfache Kunstgriff, den ich gebraucht, bewährt hat, den Fall kurz mitzutheilen.

Die Geschwulst ging von der 8. rechten Rippe aus, und musste nach Bloßlegung derselben mittels eines großen, nach unten konvexen Hautmuskellappens zunächst die Rippe über und unter resecirt werden, um Platz zu gewinnen. Nach Trennung des Knorpelausatzes der kranken Rippe selbst ging dann die stumpfe Lösung der Geschwulst von der Pleura parietalis eine Strecke weit von innen nach außen ganz gut von statten, bis an einer Stelle, wo die Pleura fester adhärirte, diese plötzlich einriss. Tamponade des Risses, weitere Lösung; neuer Riss, Collaps. Sistirung der Operation, rasche Naht des einen großen Pleurarisses, Abtragung der auspräparirten Tumorhälfte, tamponirender Jodoformgazeverband der offen gelassenen Wunde. Pat. erholte sich rasch und konnte am 3. Tage darauf (3. November l. J.) wieder vorgenommen werden.

Es zeigte sich, dass der Tumor nach hinten innen bis fast zur Wirbelsäule reichte, und es riss bei der Herauswälzung dieses Theiles die Pleura neuerdings weit ein. Ich sah die Lunge ganz kollabiren und in der Tiefe versinken; Pat. verfiel abermals; da zog ich nun rasch den Oberlappen der Lunge mit

¹ Semaine méd. November 25. p. 480.

der Hakenpincette aus dem Cavum thoracis durch den breiten Pleuraspalt hervor und befestigte seinen unteren Rand durch drei ca. 3 cm von einander abstehende Nähte an das Periost der den Pleurarriss nach oben begrenzenden 6. Rippe. Sofort erholte sich Pat., und wir sahen die fixirte obere Lungenhälfte regelmäßig athmen; der Unterlappen blieb kollabirt, und ich nahm Abstand davon, ihn auch anzunähen, weil der tiefere, bei der ersten Operation entstandene Riss, der jetzt abgestopft erhalten wurde, etwas fibrinös belegt war, wesshalb es mir sicherer schien, diese Öffnung auch weiter noch als Drainage zu benutzen, um jede größere Ansammlung von Sekret im Pleurasacke zu verhüten.

Der Verlauf war ein ganz guter. Größere Dyspnoë trat nur in den ersten Tagen nach den wegen stärkerer Durchtränkung des Verbandes nothwendigen Erneuerungen desselben auf; ich hatte nämlich vorsichtshalber die große Wunde nicht genäht, sondern nach Abstopfung des unteren Pleuraloches den großen Lappen, mit Jodoformgaze unterfüttert, einfach angelegt. Die rechte Lunge athmete stets nachher von oben bis zur Mitte nach abwärts vorzüglich — d. h. in der ganzen Ausdehnung des Oberlappens, und hätte ich auch den Unterlappen fixiren können, so wäre damit wahrscheinlich auch seine sofortige Wiederausdehnung erzielt worden, und wir hätten keine Dyspnoë zurückbehalten. Für die Lunge selbst brachte die Naht keinen Schaden.

Während ich dies schreibe, befindet sich der Kranke ganz wohl; die Wunde ist mit tiefer Einziehung, entsprechend dem Defekte, in voller Heilung begriffen.

Ich theile den Fall jetzt schon desshalb mit, weil ich aus der Litteratur nicht den Eindruck gewinnen konnte, dass die Lunge Behufs Beseitigung eines operativ gesetzten Pneumothorax mit Erfolg fixirt worden wäre. Bislang wurden höchstens Lungenpartien, worin man Abscesse oder abgeschlossene Höhlen diagnosticirt hatte, vor ihrer Eröffnung an die bloßgelegte Pleura ringsum abgenäht, wenn sichere Adhäsionen fehlten, oder aber man fixirte verletzte Lungenränder in Thoraxwunden, um eventuellen Blutungen aus denselben in das Cavum pleurae oder ihrer intrathorakalen Gangrän und folgender Pleurainfektion vorzubeugen. Ob dabei je schon die Wahrnehmung gemacht und praktisch weiter verworther wurde, dass die fixirte Lungenpartie rasch sich wieder ausdehnt und dem Organismus als normal weiter funktionirend nützt, ist mir nicht ersichtlich gewesen.

Auf Grund der Beobachtung in unserem Falle glaube ich mit Recht annehmen zu dürfen, dass sich die Fixation der Lunge an den Thorax als ein gewiss sehr einfaches Verfahren empfehlen dürfte, um dieses lebenswichtige Organ rasch wieder in Funktion zu setzen, wenn bei ausgedehnter Verletzung der Pleura costalis keine Aussicht besteht, den Pneumothorax durch einfachen exakten Abschluss rasch zu beseitigen, so viele physiologische Mängel auch dem Verfahren anhaften mögen.

Prag, am 30. November 1896.

1) Ribbert. Zur Entstehung der Geschwülste.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 30.)

Die Arbeit bildet eine Ergänzung zu der ausführlichen, vom Ref. eingehend bereits in diesem Blatte besprochenen Abhandlung, welche R. 1895 in No. 1—4 der deutschen med. Wochenschrift veröffentlicht hat; R. erörtert einzelne allgemeine Gesichtspunkte noch etwas eingehender.

Nachdem er darauf hingewiesen, wie sehr die Proliferation der Zellen bösartiger Geschwülste die der Zellen normaler Gewebe übertrifft, hebt er hervor, dass die bisherigen Vorstellungen über die Genese der Geschwülste fast ausschließlich an ausgebildeten Geschwülsten gewonnen sind.

Auch die peripheren Abschnitte kleiner, erst seit Kurzem entstandener Geschwülste lehren aber nach R. in Wirklichkeit nichts Anderes als die Art und Weise, wie eine einmal entstandene Geschwulst aus sich heraus wächst; und dies geschieht ausschließlich durch Vordringen ihrer eigenen Bestandtheile gegen das umgebende Gewebe, nicht dadurch, dass sich dieses ganz oder theilweise auch in Geschwulstgewebe umwandelt. Besonders trifft dies, wie R. schon früher ausgeführt, auf das Carcinom zu.

In einem Falle von Magencarcinom, welches, das Netz infiltrierend, auf die Wand des Colon übergriff und von der Serosa gegen die Mucosa hin in dieselbe hineinwuchs, gelang es R. dieselben mikroskopischen Bilder zu erhalten, wie sie sonst an den Rändern des Magenkrebses vorhanden sind, obwohl hier nicht der geringste Zweifel über die Wachstumsrichtung des Carcinoms vorhanden sein konnte. Es fand sich neben einer Verdrängung von Drüsen durch die Geschwulstmassen in besonders typischer Weise eine Vereinigung von Krebszügen mit den Drüenschläuchen, die in ihrem oberen Theil wohl erhalten sein konnten, so dass bei einer bloßen Betrachtung des Präparates an sich unzweifelhaft jeder Begutachter auf ein Hervorgehen des Carcinoms aus einer Drüsenwucherung geschlossen haben würde.

Bei Carcinom der Brustdrüse ließ sich gleichfalls ein aufwärts gegen die Epidermis gerichtetes Wachstum nachweisen, dessgleichen in einem Falle, wo nach Exstirpation eines Hautcarcinoms ein sich entwickelndes Recidiv mit der darüber liegenden transplantierten Epidermis sich vereinigte, so dass fälschlich auf ein Tiefenwachstum des Epithels der Haut hätte geschlossen werden können. R. bestreitet daher, dass das Carcinom sich durch direktes Tiefenwachstum des Epithels verbreite, wie man bisher zumeist angenommen hat.

Fragt man sich nun, wie die ersten die Geschwülste bildenden Zellen in das Wachstum an atypischer Stelle gerathen sind, in jene lebhaft überall festzustellende Wucherung, so fand man bisher den Grund in einer abnormen Wachstumssteigerung und dadurch bedingten durchgreifenden Qualitätsänderung der Zellen; R. dagegen giebt, wie er in seiner früheren Arbeit ausführlich aus einander setzte,

eine andere Erklärung, welche in der Annahme gipfelt, dass die Grundlage der Geschwulstbildung in der Trennung der Zellen aus dem organischen Verbande besteht. Das Maßgebende ist nach ihm unter allen Umständen die den isolirten Zellen gegebene Möglichkeit, losgelöst von dem Einfluss des Körpers die ihnen innewohnende Proliferationsfähigkeit zur Geltung zu bringen. Die Zellen, welche aus dem organischen Zusammenhang getrennt wurden und der Herrschaft des Körpers nicht mehr unterstehen, sind, genügende Ernährung vorausgesetzt, stets ernährungskräftiger als alle im normalen Verbande befindlichen Gewebe.

R. ist mit seiner neuen geistreichen Hypothese bekanntlich bei vielen seiner speciellen Fachgenossen auf energischen Widerstand gestoßen.

Die nähere Begründung des hier nur kurz Wiedergegebenen findet sich außer in der früher referirten Arbeit besonders in R.'s Buche: Das pathologische Wachsthum Bd. 1896, auf das auch hier verwiesen sei.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

2) W. Cheyne. Lettsomian lectures on the objects and limits of operation for cancer.

(Delivered before the med. society of London 1896. Februar.)

(Brit. med. journ. 1896. No. 1833. 1834. 1836.)

Aus den sehr bemerkenswerthen Vorträgen sei Folgendes hervorgehoben:

I. Carcinoma mammae: C. operirt im Allgemeinen nach folgenden Grundsätzen: Wegnahme der Haut über dem hervorragenden Theil der Brustdrüse, der ganzen Brustdrüse mit Fascie und oberflächlicher Schicht des M. pectoralis major, sorgfältigste Ausräumung der Achselhöhle im weitesten Sinne, d. h. Entfernung des ganzen Fettgewebes und aller Drüsen im Bereich des Operationsfeldes vom Latissimus dorsi (Entfernung der Fascie des M. serratus) bis zur Mitte des Brustbeines und von den Bauchmuskeln bis hinauf zum Schlüsselbein, so dass nur die durch die Achselhöhle ziehenden Nerven und Gefäße übrig bleiben. Großen Werth legt C. auf die Entfernung des Ganzen in einem Stück (erleichtert die Ausräumung der Achselhöhle, verhindert eine Krebsimpfung durch Durchschneidung erkrankter Theile). Fortnahme des Pectoralis major oder seines sternalen Theiles in seiner ganzen Dicke hält C. nicht für nothwendig; quere Durchtrennung desselben mit späterer Naht ist oft rathsam. Selbst bei Erkrankung des Muskels entfernt er oft nur den sternalen Theil. Eine Ausräumung der Oberschlüsselbeingegegend hält C., falls die Drüsen noch nicht erkrankt sind, für überflüssig, falls sie bereits ergriffen sind, für zwecklos, da dann auch schon die längs der Vena subclavia in den Brustkorb führenden Lymphgefäße inficirt seien. Mit diesen seit 1890 befolgten Operationsgrundsätzen hat C. befriedigende Resultate erzielt, welche er in einer Tabelle älteren und neueren Statistiken englischer und deutscher Chirurgen

gegenüberstellt. Er hat 61 Fälle operirt, 1 ist in Folge der Operation gestorben, $39 = 63\%$ sind zur Zeit der Veröffentlichung frei von Recidiven oder Metastasen, $19 = 31\%$ sind wieder erkrankt (12 an Recidiven, 7 an Metastasen), 2 haben sich nicht wieder vorgestellt. Rechnet er die Operationen der letzten Jahre nicht mit und betrachtet mit Volkmann die Fälle als geheilt, welche 3 Jahre nach der Operation ohne Recidiv und Metastasen sind, so ergibt sich, dass von 21 Fällen $9 = 42,8\%$ wieder erkrankt sind (bei Halsted zählt er 54% Wiedererkrankungen) und $12 = 57\%$ geheilt sind (Halsted 36%). In allen Fällen ist die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung festgestellt; bei allen waren bereits die Achseldrüsen erkrankt. Von der Operation schließt er folgende 4 Gruppen aus: 1) Cancer en cuirasse; 2) Fälle, in denen die Nerven der Achselhöhle von den erkrankten Drüsen nicht isolirt werden können; 3) Fälle, in denen man große Drüsen in der Oberschlüsselbeingegegend fühlen kann; 4) Fälle mit Metastasen in anderen Organen.

II. Carcinoma und Sarcoma linguae, pharyngis, laryngis: C. erörtert im Anschluss an 12 von ihm operirte Fälle, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden, zunächst die Vortheile der vorausgeschickten Tracheotomie. Er will sie in allen Fällen, in denen die Zungenbasis und die tiefer gelegenen Theile miterkrankt sind, und zwar unmittelbar vor der Operation, nicht bereits einige Tage früher, gemacht wissen. Die Hahn'sche Tamponkanüle soll einige Tage liegen bleiben. Die Unterbindung der Art. carotis ext., so große Vortheile sie einerseits gewährt, kann er wegen der großen Gefahr der Nachblutung nicht immer empfehlen, sondern will lieber die einzelnen Gefäße unterbinden und die Arterie während der Operation komprimiren. Das Hauptaugenmerk ist auf die Entfernung aller Drüsen und des ganzen Fettgewebes im vorderen Halsdreieck und unter dem M. sternocleidomastoideus zu richten. (Schnitt längs des vorderen Randes dieses Muskels vom Proc. mast. bis zur Mitte des Schildknorpels.) Sind die Drüsen mit den Gefäßen verwachsen, so reseziert er ohne Bedenken die V. jugularis int. (was er oft auch bei Exstirpation tuberkulöser Halsdrüsen ohne Schaden gethan), während Unterbindung der Art. carotis communis oder interna fast stets Hirnembolie zur Folge hatte. C. hält also die Vergrößerung der Halsdrüsen nicht für eine Kontraindikation der Radikaloperation. Auch später auftretende Drüsenschwellungen im hinteren Halsdreieck lassen sich, rechtzeitig bemerkt, noch gut entfernen. Eine Ausführung der Operation in 2 Zeiten mit einem Zwischenraum von 6—10 Tagen hat einerseits ihre Vortheile (bei großer Schwäche des Pat., geringere Gefahr der Nachblutung aus der Carotis ext. und der septischen Infektion der Wunde vom Munde aus), andererseits ihre Nachtheile (Krebsinfektion der Wunde aus den durchschnittenen Lymphbahnen), so dass C. im Allgemeinen an die Drüsenexstirpation gleich auch die Entfernung der Geschwulst angeschlossen wissen will. Über das operative Vorgehen bei letzterer lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen.

Die Hauptsache ist, dass man sich das Operationsfeld gut zugänglich macht, wozu es nicht immer der Resektion des Kiefers bedarf, sondern oft auch schon die Durchschneidung des hinteren Bauches des *M. biventer mandibulae* und des *M. stylo-hyoideus* genügt. Vor der Pharyngotomia subhyoidea bevorzugt C. die laterale. Immer will er, wenn irgend möglich, auch hier wieder Alles in einem Stück mit Schere und Messer (nicht Galvano- und Thermokauter) entfernen. — Aus der Statistik, welche sich auf alle ihm zugänglichen Fälle erstreckt, sei Folgendes erwähnt:

A. Fälle, in denen zwischen der Wunde und der Mundhöhle keine Kommunikation besteht (23): gestorben 8,6%, kein Erfolg (baldiger Tod oder Recidiv) 30%, Erfolg (6 Monate nach der Operation noch gesund) 52%.

B. Fälle, in welchen die Wunde mit der Mundhöhle kommunizierte (91): gestorben 29%, kein Erfolg 54%, Erfolg 17%.

C. Fälle, in denen Rachen und Kehlkopf erkrankt waren: gestorben 55%, kein Erfolg 81%, Erfolg 12%.

Nicht mitgerechnet sind die Fälle, von denen der Verlauf der 6 ersten Monate nicht bekannt. Geheilt im Volkmann'schen Sinne sind aus allen 3 Abtheilungen zusammen nur 4 Fälle.

III. Carcinoma recti: C. betont auf Grund der Statistik die Berechtigung der Ansicht der englischen Schule, dass in allen Fällen, in welchen die Geschwulst schnell wächst, oder in welchen der Darm nicht mehr völlig frei beweglich ist, die Kolotomie der Radikaloperation vorzuziehen sei.

H. Stettiner (Berlin).

3) Th. J. Bereskin. Die Behandlung von Krebskranken mit Schöllkrautextrakt. (Aus der chirurgischen Abtheilung des Bachrucktinski'schen Krankenhauses zu Moskau.)

(Ärztliche Beiträge 1896. No. 11. [Russisch.])

B. gesteht, dass er nach allen den Enttäuschungen, welche die ganze Reihe der angeblichen Krebsheilmittel in der letzten Zeit gebracht habe, sich schon vorgenommen hatte, zunächst nicht weiter zu probiren und abzuwarten. Da erschienen die Veröffentlichungen von Denissenko, welche mit großer Lebhaftigkeit wieder ein neues Krebsheilmittel als durchaus wirksam empfahlen. An 9 Kranken hat B. den Schöllkrautextrakt versucht (8 Kranke waren stationäre, 1 ambulatorische), nachdem aus dem Laboratorium einer Apotheke 6 Pfund Extrakt verschrieben waren. Der Extrakt, auf dessen Beschaffenheit Denissenko den größten Werth legt, schien im Jahre 1895 bereitet zu sein. Die Kranken erhielten das Mittel innerlich, in großen Gesamtdosen. So verbrauchte die Kranke I in etwa zwei Monaten 90 g Extrakt innerlich. Außerdem bekam dieselbe Kranke noch 28 Einspritzungen. In keinem der behandelten Fälle war der geringste Heileffekt bemerkbar. B. fasst das Ergebnis seiner Beobachtungen in folgende Sätze zusammen.

1) Der Schöllkrautextrakt (*Extractum chelidonii majoris*) besitzt keinerlei spezifische Eigenschaften gegen den Krebs.

2) Er wirkt äußerlich nicht einmal auf solche Gebilde wie Warzen.

3) Die Einspritzungen sind äußerst schmerzhaft und rufen anhaltendes Brennen, entzündliche Reaktion in der Umgebung und sogar Absterben (Nekrose) in der Peripherie der Neubildung hervor.

4) Bei operirbaren Fällen die Zeit mit der Behandlung mittels Schöllkrautextrakt zu verlieren, ist geradezu schädlich. Selbst wenn es möglich wäre, in einigen Fällen kleinere Krebsgeschwülste auf dem Wege der Einreibung oder der Einspritzung zum Schwinden zu bringen, so ist trotzdem das operative Verfahren als zuverlässiger, schneller und weniger quälend vorzuziehen.

5) Man kann das *Extractum chelidonii majoris* innerlich ähnlich so geben, wie man auch *Tinct. cortic. condurango* giebt: *ut aliquid aegrotus habeat*. (Auch ich habe die Injektionskur mit Schöllkrautextrakt in einem Falle sehr quälerisch gefunden und vorläufig noch keinen Erfolg gesehen. Ref.)

E. Braatz (Königsberg i/Pr.)

4) Zur Behandlung des Krebses mit *Chelidonium majus*.

(Wratsch 1896. No. 40 u. 44. [Russisch.])

Selenski behandelte ein Carcinom der Ohrmuschel nach Denissenko mit Injektionen von *Chelidonium*extrakt. Die Reaktion war äußerst heftig, und mit großer Mühe gelang es Selenski, den Pat. aus der Synkope zu bringen. — Daher warnt Selenski vor dieser Gefahr und mahnt zur Vorsicht mit dem Mittel.

In der Sitzung der Gesellschaft russischer Chirurgen in Moskau am 12. Oktober 1896 wurde über dieselbe Methode diskutiert. Bereskin behandelte 9 Carcinomfälle und hatte bei keinem einzigen Besserung. Pomeranzew in 2 Fällen, Kusmin in 4 von 5 (1 *Ulcus rodens frontis* wurde geheilt), Fafins bei 1 Kranken. Einigen Erfolg in der gynäkologischen Praxis sahen Serenin, Wassilewsky und Kalabin.

In No. 45 bemerkt Denissenko, dass auch er im letzten Monat keinen Erfolg sah, was er der Qualität des Extrakts zuschreibt: die letzte Sendung desselben sei nicht so gut wie die früheren.

M. J. Kelber (Ibid. No. 46) wandte das Mittel bei 4 Uteruscarcinomen an. 2mal vorübergehende lokale Besserung. Wenn nach 4—5 Injektionen keine Wirkung bemerkbar wird, ist die weitere Anwendung nutzlos.

Denissenko (Ibid. No. 46) berichtet über einige Modifikationen in der Anwendungsweise. Er hat jetzt das Tamponiren und Bepinseln der Geschwüre verlassen und giebt das Mittel bloß per os und jede 2—5 Tage 1—2 Injektionen à 0,5 g *Extracti chelidonii, aquae aa*, 5—10 Minuten lang in einem Reagensröhrchen gekocht. Die Injektionen werden subkutan in der Nähe der Geschwulst applicirt, nicht in sie selbst, da in letzterem Falle starke Reaktion auftritt, in ersterem

nicht. Nach einiger Zeit kapselt sich die Geschwulst ab und lässt sich leicht stumpf ausschälen. Aus dieser Wirkung des Mittels bei Injektionen in einiger Entfernung von der Geschwulst folgert Denissenko, dass es eine gewisse Specificität besitzt. — Bei Ösophaguscarcinom giebt er das Extrakt durch den Mund als Mixtur, dann 1mal täglich eine Gelatinekapsel mit 2 Theilen Extrakt und 1 Theil Wasser gefüllt, so groß, dass sie die Strikturen nicht passieren kann. Vorher wird die Speiseröhre durch Schlucken von Sodälösung gereinigt. Die Kapsel wird aufgelöst, und das Extrakt wirkt lokal; wenn Schmerzen und Verengerungssymptome auftreten, wird das Mittel für einige Tage ausgesetzt. — Bei Uteruscarcinom injicirt Denissenko das Extrakt unter die Haut am Leibe. — Zum Schluss bemerkt Denissenko, er wolle mit seiner Mittheilung durchaus nicht etwas Neues, streng Wissenschaftliches und vollständig Bewiesenes bringen, sondern nur die Aufmerksamkeit auf das Mittel richten, da es zum Ziele zu führen scheine. **E. Gückel** (Barabulak, Saratow).

5) **B. Goldberg.** Über Albuminurie bei Blennorrhoe.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896. No. 8.)

Dass bei der Gonorrhoe Albuminurie vorkommt, ist eine längst bekannte Thatsache; aber auch in neuester Zeit sind von einem französischen Autor, Balzer, eingehendere Untersuchungen über diese Komplikation vorgenommen worden; in Deutschland ist meines Wissens G. der Erste, welcher sich mit dieser Frage an einem größeren Material beschäftigt hat. G. unterscheidet streng, durch stete Vergleichung des Eiter- und Eiweißgehaltes des Urins, die wahre von der falschen Albuminurie, welch' letztere nur durch die Beimengung des Eitereiweißes zum Urin zu Stande kommt, und er betont, gewiss mit Recht, die Nothwendigkeit einer solchen zahlenmäßigen Bestimmung des Eitergehaltes. Die Resultate, zu denen Verf. bei dieser Untersuchungsreihe gekommen ist, stimmen im Ganzen mit denen Balzer's gut überein: Die in etwa 12% der untersuchten Tripperfälle vorkommende Albuminurie kann höchstens in 2—3% auf eine Cysto-ureteropyelonephritis zurückgeführt, in etwa $\frac{5}{6}$ der Fälle muss sie als metastatische blennorrhische Nephritis angesehen werden, welche bakterieller — durch Metastase der Gonokokken — oder toxischer Natur ist. Die Bedeutung des Harndranges für das Zustandekommen der Albuminurie bei Tripper, wie sie von Ultzmann und Finger angenommen wird, bestreitet G. (in einer, wie der Ref. glauben möchte, zu kategorischen Weise; in einzelnen Fällen können Narkotica auch eine wahre Albuminurie bei Tripper zugleich mit dem Harndrang beseitigen). Die Prognose dieser Erkrankungen ist in der Regel gut; sie verschwindet meist nach einigen Wochen, doch kann sie mit der Gonorrhoe chronisch werden und dann minimal werden oder bleiben oder aber — in seltenen Fällen — unter dem Bilde chronischer Nephritis zum Tode führen. Therapeutisch kommt

— neben der Behandlung der Gonorrhoe — Schonung, Bettruhe, Diät, reichliche Zufuhr indifferenter Getränke in Frage.

Jadassohn (Bern).

6) **J. H. Rille.** Bartholinitis und Leistendrüsen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Dass bei Abscessen der Bartholini'schen Drüsen auch Lymphdrüseneiterungen vorkommen, ist eigentlich a priori vorauszusetzen. Der Verlauf der von den berührten Organen ausgehenden Lymphgefäße ist etwas strittig, doch ist es nicht zweifelhaft, dass sie wenigstens bei manchen Individuen in die Leistendrüsen gehen. Eiternde Bubonen bei Bartholini'schen Abscessen sind bisher auffallenderweise nicht erwähnt; diese Lücke füllt der von R. beschriebene Fall — ein Streptokokkenabscess der Inguinaldrüsen nach Eröffnung eines Bartholini'schen Abscesses — aus. Schwellung und Empfindlichkeit der Leistendrüsen kommt bei den letzteren häufiger (der Verf. beschreibt 6 Fälle) vor.

Jadassohn (Bern).

7) **R. Boltz.** Über die Resultate der Blennorrhoebehandlung mittels Argonin.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896. No. 8.)

In der Engel-Reimer'schen Abtheilung in Hamburg hat das in großem Umfang geprüfte Argonin die Gonokokken durchschnittlich in 3 Wochen zum Verschwinden gebracht, in der nöthigen Concentration von 3—7,5% keine Reizerscheinungen hervorgerufen und beim blennorrhoeischen blutigen Blasenkatarrh eine rasch heilende Wirkung gehabt. Das Alter der Gonorrhoe bei Beginn der Behandlung hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Heilresultate gehabt; in einzelnen Fällen haben 5%ige Argoninstifte (mit Kakaobutter) einen günstigen Erfolg ergeben.

Jadassohn (Bern).

8) **O. Werler.** Das citronensaure Silber (Itrol) als Antigonorrhoeum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 37.)

W. hat das von Credé in die Praxis eingeführte Silbercitrat in einer Reihe von über 50 Fällen von Tripper mit sehr günstigen Erfolgen in Anwendung gebracht. Er betont die Wichtigkeit, die Injektionen der Itrolösung (von 0,025—0,05 : 200 ansteigend) möglichst schnell nach der stattgehabten Infektion vornehmen zu lassen, um den Gonokokken Zeit und Gelegenheit zu benehmen, der Fläche und Tiefe nach in die Schleimhaut vorzudringen. Das Ergebnis seiner Untersuchungen fasst W. dahin zusammen, dass das Itrol intensive gonokokkenzerstörende Wirkung besitzt, weder Reizerscheinungen an der Harnröhrenschleimhaut, noch Steigerung der Entzündungserscheinungen in nennenswerthem Maße hervorruft und energische Tiefenwirkung ohne Läsion der Schleimhaut hat. Es erfüllt alle an ein brauchbares Antigonorrhoeum gestellten Postulate

und verdient unter den bei der Heilung des Trippers bewährten Silbersalzen einen ehrenvollen Platz. Gold (Bielitz).

9) **Romme.** Traitement du rhumatisme blennorrhagique.

(Presse méd. 1896. No. 78.)

Die Arbeit bespricht eine Pariser Dissertation von Dezanneau, einem Schüler Balzer's. Zunächst muss bei gonorrhöischer Gelenkentzündung die Urethritis bekämpft werden durch täglich 2maliges Auswaschen der Harnröhre mittels Kal. permanganicum 1,0 : 4000,0 bis, allmählich gesteigert, 1,0 : 1000,0. Bei Frauen muss auch die Vagina und der Uterus ausgewaschen werden. Allein durch diese lokale Behandlung des ursprünglichen Herdes sind viele Fälle von Tripperrheumatismus geheilt worden; unterstützt soll dieselbe durch innere Mittel, wie Sandelöl, Copaiva, Opiate oder Salol werden.

Die lokale Behandlung des erkrankten Gelenkes besteht in Ruhigstellung desselben, Eisbeutel, resorbirenden Salben; dann aber nach Balzer's Vorschrift in Terpentinbädern. (Wässrige Emulsion von schwarzer Seife 100,0; Terpentinessenz 100,0.) Allgemeine Bäder sollen so warm als möglich sein (40—42°) mit einem Zusatz von 150—800 g jener Mischung, je nach der Empfindlichkeit der Haut, 10—20 Minuten lang. Besser sind lokale Bäder des einzelnen Gliedes, die noch wärmer sein können, bis 50°, mit einem Zusatz von 50—100 g. Diese Bäder dürfen erst nach dem Verschwinden der akuten Erscheinungen gegeben werden. Sie wirken theils durch die Wärme, theils durch Resorption und Ableitung. — Bei einer Mischinfektion, also bei eitriger Gelenkentzündung, muss das Gelenk breit eröffnet und mit Sublimat oder 5%iger Karbollösung ausgewaschen werden. Bei schweren, serösen Gelenkentzündungen nach Gonorrhoe kann man über einen chirurgischen Eingriff streiten; jedenfalls muss man eine Probepunktion vornehmen, eventuell mit Ausspülung durch eine antiseptische Flüssigkeit. Bei sehr hartnäckigen recidivirenden Fällen, Gefahr der Ankylose, Schmerzen und Atrophie kann ebenfalls eine Gelenkeröffnung noch Nutzen schaffen. Erst später kommen dann Mobilisation, aktive und passive Bewegungen in Betracht.

Tschmarke (Magdeburg).

10) **P. Silox.** Pathognomonische Kennzeichen der kongenitalen Lues.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 7—9.)

S. fasst als charakteristisch für angeborene Lues drei Veränderungen auf, für die er ausführliche Mittheilungen klinischer und historischer Natur giebt. Ein seltenes solches Zeichen ist eine der Förster'schen Chorioiditis areolaris ähnliche, besonders in der Gegend des gelben Fleckes ausgebreitete Veränderung des Augenhintergrundes. Das zweite Zeichen ist die an den beiden mittleren bleibenden Schneidezähnen auftretende centrale Erosion, von der Kaufläche beginnend und sich bogenförmig nach oben erstreckend,

in deren Ausdehnung der Schmelz verloren gegangen ist. Das dritte Zeichen wären strahlenartig von den Lippen nach allen Richtungen ausgehende runzelartige Furchen, welche etwa dem Verlaufe der Altersrunzeln entsprechen und oft auch weit vom Munde entfernt an den Wangen, der Stirn, in der Umgebung der Augen sich finden. Diese Runzeln sind äußerlich Narben sehr ähnlich, zeigen jedoch kein entsprechendes histologisches Bild. S. giebt von diesen Narben, resp. Pseudonarben, ein sehr charakteristisches, von der geschilderten Schneidezahnform ein in der Reproduktion fast unkenntliches Bild.

Kümmel (Breslau).

11) Coutts. The hunterian lectures on infantile syphilis.

(Delivered at the Royal college of surgeons of England.)

(Brit. med. journ. 1896. No. 1843.)

In 100 Familien aus der Praxis von C., in welchen die Mutter nicht syphilitisch war, kam es zu 653 Schwangerschaften mit 187 Aborten, 193 früh gestorbenen und 183 lebenden Kindern (Mortalität = 56,6%). In 100 Familien, in welchen die Mutter und meist auch der Vater syphilitisch erkrankt waren, kam es zu 539 Schwangerschaften mit 189 Aborten, 203 früh gestorbenen und 147 lebenden Kindern (Mortalität = 58%). Trotz dieses nicht sehr großen Unterschiedes des Mortalitätsprocentatzes ist C. doch mit den anderen Syphilidologen der Ansicht, dass väterliche Syphilis am wenigsten, mütterliche in höherem Grade, und Erkrankung beider Eltern am meisten gefährlich für die Nachkommenschaft ist. Für die Prognose der hereditären Syphilis nach richtig eingeleiteter Behandlung ist dieser Ursprung ohne Belang. Konzeptionelle Syphilis erklärt er als solche »by return shock« (Fournier: choc en retour). Eine Mutter, welche ein syphilitisches Kind geboren, kann immun gegen Syphilis sein, ohne eine Erkrankung durchgemacht zu haben, Dank der Resorption der vom Fötus erzeugten Antitoxine. Auf diese Weise erklärt C. auch die Abschwächung der syphilitischen Erscheinungen bei auf einander folgenden Schwangerschaften vom Abort bis zur Geburt eines gesunden Kindes, da bei der ersten Schwangerschaft die erst entstehenden Antitoxine noch nicht ihre immunisirende Kraft auch auf den Fötus übertragen konnten. (Ref. meint, dass der größere zeitliche Zwischenraum seit der Infektion des Vaters und die meist eingeleitete antisiphilitische Kur hierbei eine größere Rolle spielen.) Nach einer Schilderung der Symptome der ererbten und erworbenen Syphilis des Kindesalters, welche letztere sich von denen bei Erwachsenen hauptsächlich durch das schwächere Auftreten und meist schnelle Verschwinden des Hautausschlages und das frühe Auftreten von Kondylomen unterscheiden, geht C. noch auf die Frage der Infektiosität der hereditären Syphilis ein. Dieselbe sei zwar sicher vorhanden, werde aber meist im Vergleich zu der erworbenen überschätzt, der sie schon deshalb unterlegen sei, weil seit der Infektion (bei der Konzeption) längere Zeit verflossen sei. Das Colles-

sche Gesetz bestehe aus 2 Theilen: 1) Eine gesunde nährnde Mutter werde von ihrem kranken Kinde nicht, 2) eine gesunde Amme von dem kranken Säugling fast immer angesteckt. Letzteres finde nur selten statt und auch von dem ersten Theil seien sichere Ausnahmen festgestellt. C. steht, was die Ernährungsfrage anbetrifft, auf dem Henoch'schen Standpunkt, dass das Nähren sowohl durch die gesunde Mutter, als durch eine Amme statthaft sei, außer wenn Exkoriationen an der Brustwarze und krankhafte Erscheinungen an den Lippen und in der Mundhöhle des Kindes bestehen.

H. Stettiner (Berlin).

12) **B. Robinson.** Syphilitic joint disease in children.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1846.)

Syphilitische Gelenkerkrankungen bei Kindern treten in 4 Formen auf: 1) als Epiphysitis, 2) als symmetrische Gelenkergüsse (meist bei Kindern im Alter von 8—15 Jahren), 3) als Ostitis, 4) als primäre gummöse Synovitis. Die ersten beiden Formen kommen wesentlich bei angeborener, die dritte und vierte auch bei erworbener Syphilis vor. Die entzündlichen Prozesse der Epiphysenlinie, von welchen 4 Krankengeschichten mitgetheilt werden, geben eine gute Prognose, wenn nur ein Gelenk ergriffen ist. Die symmetrischen Ergüsse betreffen stets die Kniegelenke. Auch sie geben eine gute Prognose. Auch für die 3. und 4. Form werden einzelne charakteristische Beispiele gegeben. Bemerkenswerth ist in dem einen Falle die akute Entstehung eines Genu valgum, welche auf einen gummösen Process im Condylus externus femoris bezogen werden musste.

H. Stettiner (Berlin).

13) **Assaky.** Die therapeutische Wirkung des Jodchinins bei der sekundären Syphilis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896. No. 9.)

Mit dem in der Dosis von 2—3 g täglich, in Einzeldosen von 0,25 viertelstündlich (am Vormittag nüchtern) gegebenen Jodchinin hat der Verf. bei sekundärer und tertiärer Lues, welche in einer großen Zahl seiner Fälle mit Malaria kombinirt war, günstige Erfolge erzielt, dabei nur 1mal Jodismus, öfter Chininnachwirkungen beobachtet. Ob es allein zur Behandlung der Syphilis ausreicht, muss A. noch unentschieden lassen.

Jadassohn (Bern).

14) **J. Herzfeld.** Die Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 163. Leipzig, Breitkopf & Härtel.)

Der Vortrag, welcher mit einer klaren Darstellung der anatomischen Verhältnisse der Nasennebenhöhlen und der normalen und nicht selten atypischen Lage ihrer Ostien eingeleitet wird, giebt ein anschauliches Bild von der Entstehung, den Ursachen, Symptomen und Mitteln zur Diagnose der akuten und chronischen Eiterungen in jenen Höhlen. Bei der Wichtigkeit ihres Nachweises und der

Nothwendigkeit, dem Eiter aus ihnen guten Abfluss zu verschaffen zur Beseitigung der von dem Leiden ausgehenden lokalen und allgemeinen Beschwerden, so wie auch zur Verhütung ernsterer Folgezustände, wie vielleicht nicht so selten von jenen Eiterungsprocessen abhängiger cerebraler und sonstiger schwerer Komplikationen (Hirnabscess, Meningitis, Thrombose, Septicopyämie etc.), ist es für den rhinologisch nicht besonders geschulten Arzt nothwendig, dem vorliegenden Thema größere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Und hierzu erscheint H.'s in knappen Zügen entworfene, auch auf eigenen Erfahrungen beruhende Schilderung wohlgeeignet. Bei der kurzen Besprechung der Behandlung der Eiterungen in den Nasennebenhöhlen wird zwar von H. ausdrücklich hervorgehoben, dass in jedem Falle für guten Abfluss des Eiters gesorgt und die hierzu erforderlichen operativen Eingriffe (Trepanation der Stirnhöhle, Eröffnung der Kiefer- und Keilbeinhöhle) vorgenommen werden müssen, wird aber, und gewiss nicht mit Unrecht, in Anbetracht der oft bestehenden Unmöglichkeit, sämtliche Krankheitsherde, z. B. in den Keil- und Siebbeinhöhlen, aufzudecken und zu entfernen, und im Hinblick auf die außerordentlich langwierige, den Nerven der betreffenden Pat. nicht selten verhängnisvoll werdende Nachbehandlung und Schwierigkeit vollständiger Heilung, das Gebiet größerer Operationen sehr beschränkt.

Kramer (Glogau).

15) **P. Heymann.** Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. 2. Lfg. Bd. II. Hft. 1.

Wien, A. Hölder, 1896.

Mit vorliegendem Heft beginnt der den Erkrankungen des Rachens gewidmete Band des bereits von uns angekündigten Werkes. Es enthält die Anatomie, Physiologie und die Untersuchungsmethoden des Rachens. Die Anatomie und Entwicklungsgeschichte hat von Disse eine eben so knappe wie verständliche Darstellung erfahren, was bei der Complicirtheit der hier in Betracht kommenden Vorgänge und Strukturen besondere Anerkennung verdient. Mit der Physiologie des Rachens beschäftigt sich Einthoven etwas kurz, aber in sehr anregender Schreibweise. Die Untersuchungsmethoden werden von Spiess besprochen; seine Darstellung ist, auf reiche Erfahrung gestützt und von seinem Sinn für das Praktische geleitet, ein kleines Kabinettstück, das auch seine engeren Fachgenossen mit Vortheil lesen werden. Recht gelungen sind die Abbildungen in diesem Hefte, in ihnen sind mit den einfachsten Mitteln der Technik sehr gute, selbst in Bezug auf Farbengebung naturwahre Wirkungen erreicht.

Teichmann (Berlin).

16) **S. Paget.** The surgery of the chest.Bristol, **John Wright & Co.**, 1896. 462 S. 12 Tafeln.

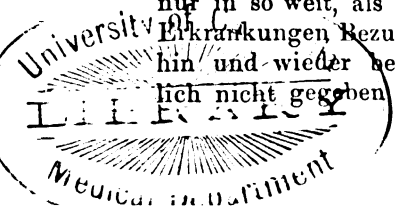
Das umfangreiche Werk verdankt seine Entstehung Litteraturstudien, zu denen Verf. durch mehrfache Publikationen eigener einschlägiger Fälle angeregt wurde. Es soll aus der Fülle des zur Zeit vorhandenen Materials eine zusammenfassende Bearbeitung der gesamten in das Gebiet der Chirurgie der Brust gehörigen Erkrankungen geben, den jetzigen Stand der chirurgischen Leistungen auf diesem Felde klarstellen und die Grundsätze chirurgischen Handelns, die mannigfachen Schwierigkeiten und Gefahren, welche dabei entstehen können, beleuchten und letztere zu vermeiden lehren. Um so nutzbringender hält Verf. ein solches Unternehmen, als sich jetzt die Anschauungen über die Zulässigkeit und die Aussichten chirurgischer Eingriffe auf diesem Gebiete bereits einigermaßen geklärt haben, und diese selbst, mächtig gefördert durch die Errungenschaften der Antisepsis, kaum mehr eine wesentliche Steigerung erwarten lassen. So soll sein Buch eine Lücke in der englischen Litteratur ausfüllen, die ein derartiges zusammenfassendes Werk über diesen Gegenstand noch nicht besitzt.

Man muss dem Verf. zugestehen, dass er der schwierigen Aufgabe, die er sich gestellt hat, durchaus gerecht geworden ist. Er giebt in klarer, anregender Darstellung eine ausführliche Bearbeitung des gesamten Stoffes.

Der Inhalt ist in der gebräuchlichen Weise eingetheilt.

Der erste Theil behandelt nach kurzen anatomischen Vorbemerkungen und flüchtiger Besprechung der angeborenen Missbildungen die Verletzungen der Brust; der zweite beschäftigt sich mit den entzündlichen Erkrankungen und den Geschwülsten. Letzterem ist ein Kapitel über subphrenische Abscesse und Echinokokken der Leber, so weit sie die Brustorgane in Mitleidenschaft ziehen können, angefügt. In einem Anhange giebt Verf. dann noch eine Übersetzung des Vortrages von Reclus vor dem französischen Chirurgenkongress von 1895 und den Bericht Bülow's über dessen Punktionsdrainage der Empyeme, dem die Urtheile mehrerer Autoren über das Verfahren beigelegt sind.

Die einzelnen Kapitel geben ein eingehendes, nach allen Richtungen hin ausgearbeitetes klinisches Bild der einzelnen Erkrankungen unter ausgiebiger Berücksichtigung der englischen und ausländischen Litteratur. Die verschiedenen Variationen und Komplikationen des Krankheitsverlaufes sind durch zahlreiche Krankengeschichten illustriert, die zum Theil dem eigenen Material des Verf., der großen Mehrzahl nach jedoch fremder Kasuistik entnommen sind. Einzelnen Kapiteln sind kurze historische Überblicke beigegeben. Die Diagnose ist stets nur in so weit, als sie auf die chirurgischen Stadien der besprochenen Erkrankungen Bezug hat, behandelt, die pathologische Anatomie nur hin und wieder berührt. — Etwas wesentlich Neues konnte natürlich nicht gegeben werden, so dass ein genaueres Eingehen auf den



Inhalt des Werkes, abgesehen davon, dass ein solches bei dem Umfang desselben über den Rahmen eines Referates hinausgehen würde, unzulässig erscheint. Zur näheren Orientirung ist die Lektüre des Buches, das warm empfohlen werden kann, unerlässlich. — Die Ausstattung des Werkes ist eine sehr gute. Die beigegebenen Tafeln sind klar und instruktiv.

Braem (Chemnitz).

17) Terrier (Paris). Chirurgie de la plèvre pulmonaire.

(Progrès méd. 1896. No. 43.)

T. giebt in dem von Raymond mitgetheilten klinischen Vortrag einen Überblick über die Entwicklung der Pleurachirurgie, d. h. der Chirurgie der Lungen. Er tritt bei Verwundungen für die Blutstillung durch Naht bei mehr peripherem Sitz ein, während bei Gefäßverletzungen am Hilus die Tamponade nach dem Vorgang von Michaux vorzuziehen. Bei offenem Pyopneumothorax ist breite Eröffnung durch Rippenresektion am Platze, eventuell ist das Loch im Bronchus zu vernähen. Bei tuberkulösem Empyem ist möglichst konservativ zu verfahren, immer ist die Art der Infektion der wesentlichste Faktor für die Prognose. Zuweilen gelingt die Abschälung der erkrankten Pleuraschwarte nach Delorme leicht. Ob beim interlobulären Empyem mit Durchbohrung des Lungengewebes oder nach den anatomischen Angaben von Rochard unter Aufsuchung des Sulcus zu operiren sei, muss erst die weitere Erfahrung lehren.

Roesing (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

18) Beiträge zu Dermatologie und Syphilis. Festschrift. Gewidmet Georg Lewin zur Feier seines 50jährigen Doktorjubiläums am 5. November 1895.

Berlin, S. Karger, 1896.

Am 2. November vorigen Jahres verschied in Berlin, der Stätte seiner langjährigen Wirksamkeit, Geheimrath G. Lewin. Kurz vorher hatte er noch sein 50jähriges Doktorjubiläum unter ehrenvoller Betheiligung zahlreicher Kollegen, Schüler und Fachgenossen gefeiert. Unter den Ehren dieses Tages nimmt die Festschrift, über welche wir hier berichten, nicht den letzten Platz ein. Sie wird vielmehr durch Bedeutung ihres Inhaltes und die Namen der Autoren noch in späten Tagen Zeugnis geben von der dankbaren Gesinnung der strebenden Mit- und Nachwelt gegenüber dem bis zu einem unerwarteten Hingang schaffensfreudigen Jubilar.

Es kann an dieser Stelle über die zahlreichen (21) Arbeiten, welche in dem schönen Bande vereinigt sind, nicht so eingehend berichtet werden, wie es des Ref. Wunsch wäre. Wir müssen uns mit einer kurzen Skizzirung des Inhalts begnügen.

1) Über Syphilophobie, eine Studie von Th. Benda.

Die Syphilophobie ist ein hypochondrisch-melancholischer Zustand, bei welchem die Syphilis den Hauptinhalt der Vorstellungen bildet, und die Vorstellungen selbst von lebhaftem Angstgefühl betont sind. Gleichwohl ist das Wesen derselben, trotz der gleichartigen Symptome, nicht immer dasselbe. Man beobachtet die Syphilophobie bei Individuen, die syphilitisch inficirt sind, als Symptom einer Hypochondrie, erwachsen auf dem Boden einer originären oder unter dem Einfluss

des syphilitischen Virus erworbenen Neurasthenie, sie kann aber auch als Zwangsvorstellung auftreten, verbunden mit dem *Délire de toucher*, bei Degenerirten, die nie syphilitisch inficirt waren. Sie tritt pathologisch motivirt auf als seelische Verstimmung bei aufgeklärten, ernst denkenden Männern, sei es dass dieselben inficirt sind, oder es nur zu sein glauben, sie kann als solche den Weg bahnen zu wirklicher geistiger Störung. Sie tritt schließlich als Vorläufer schwerer organischer Hirnerkrankungen auf. An einer Form der Syphilophobie, der berechtigten heilsamen Furcht vor syphilitischer Erkrankung, sollte eigentlich die ganze Menschheit krank sein. Die Erkenntnis der Tragweite syphilitischer Erkrankung, in weiten Volkskreisen verbreitet, dürfte sich schließlich als die beste Prophylaxe, als der trefflichste Schutz gegen Infektion erweisen.

2) *Le régime alimentaire dans les dermatoses.* Par L. Brocq.

Die Frage der Ernährungsweise in der Behandlung der Hautkrankheiten ist nach Ansicht des Verf. zu wenig gewürdigt. Als eine Anregung und als ein Beitrag zur Lösung der hier auftretenden Probleme erscheint die kleine Arbeit B.'s sehr beachtenswerth. Eine besondere Rolle scheint die diätetische Behandlung bei den Erythemen, den Urticariaformen, den vasomotorischen Neurosen, bei Acne und pruriginösen Affektionen zu spielen. Dabei ist theils die unmittelbare Wirkung der Ingesta durch Resorption, theils die reflektorisch-nervöse Wirkung, theils die kumulative Wirkung nach längerem Genuss der fraglichen Speisen und Getränke zu berücksichtigen.

3) Über Gonokokkenbefunde beim Weibe. Von P. Gauer.

Auf Grund einer sehr bedeutenden Anzahl diesbezüglicher Untersuchungen kommt G. zu dem Schlusse, dass die Gonokokkenuntersuchung bei Frauen für die Diagnose und Therapie ein gleich wichtiges Hilfsmittel ist und in der ärztlichen Praxis und Specialkrankenhäusern ausgiebig verwerthet werden sollte. Dagegen muss die Gonokokkenuntersuchung bei der sittenpolizeilichen Kontrolluntersuchung in so lange für undurchführbar erklärt werden, als nicht eine der Schwierigkeit der Untersuchung entsprechende große Anzahl von geübten Untersuchern den Polizeiarzten zur Verfügung steht.

4) Über ein der *Polyneuritis mercurialis* (Leyden) ähnliches, experimentell bei einem Kaninchen erzeugtes Krankheitsbild. Von J. Heller.

Der Inhalt ist in der Überschrift genügend angedeutet. Die Mittheilung ist geeignet, die Nachtheile einer übertriebenen und forcirten Quecksilberbehandlung für das Nervensystem zu illustriren.

5) Die Gummiknoten des Augenhintergrundes. Von J. Hirschberg.

Kasuistische Mittheilungen über Gummiknoten der Chorioidea und solche des Sehnervenkopfes, mit Betonung der diesen Lokalisationen entsprechenden Symptomatologie, welche bis jetzt von Ophthalmologen und Syphilidologen noch wenig gewürdigt ist.

6) Über das Vorkommen von Eiterstaphylokokken bei der Endometritis gonorrhoea. Von R. Immerwahr.

Verf. hat im Gegensatz zu Wertheim mehrfach im unmittelbaren Anschluss an akute gonorrhoeische Endometritis Eiterstaphylokokken sekundär in der Uterushöhle gefunden. Damit wird aber keineswegs in Abrede gestellt, dass die von Wertheim begründete rein spezifische Natur der ascendirenden Uterusgonorrhoe für die Mehrzahl der Fälle zu Recht besteht.

7) Über den Werth der Salbenbehandlung bei der chronischen Gonorrhoe. Von H. Isaac.

Empfehlung einer Modifikation der Tommasoli-Finger'schen Salbenbehandlung durch ein bequemer zu handhabendes Instrument und die Wahl weicherer Salbengrundlagen, denen Adstringentien inkorporirt sind.

8) Einige Untersuchungen über die Färbung und Konservirung organisirter Harnbestandtheile. Von P. Jakobsohn.

Die Färbung des sedimentirten Epithels der Schleimhaut ist weniger zur Stellung der Diagnose, als zur Beurtheilung der Intensität der Erkrankung von

Werth, und hat J. nach Gross als Färbungsmittel das alizarinsulfonsaure Natrium in 1%iger wässriger Lösung angewandt. Zur Konservierung des zu untersuchenden Harns für längere Zeit empfiehlt er die Einlegung eines kleinen Thymolkristalles in denselben. Zur Sedimentkonservierung ist die von Bohland angegebene Methode die leistungsfähigste. Für die Anfertigung gefärbter Trockenpräparate empfiehlt er die Lufttrocknung mittels der Centrifuge.

9) Über extragenitale Syphilisinfektion. Von M. Joseph.

Ein kasuistischer Beitrag über die Häufigkeit des Vorkommens extragenitaler Sklerosen mit Berücksichtigung der Lokalisation. Die extragenital erworbene Syphilis soll im Allgemeinen einen besonders schweren Verlauf nehmen. J. giebt dafür die Erklärung, dass solche Fälle häufig nicht früh genug erkannt und erst spät geeignet behandelt werden. Ref. möchte sich der Meinung des Verf. anschließen, dass die Lokalisation des Primäraffektes für den Verlauf durchaus irrelevant ist.

10) *Considérations à propos de la blennorrhagie ano-rectale chez la femme.* Par L. Jullien.

Die Ano-rectalgonorrhoe bei Frauen und speciell bei Prostituirten ist nach den Erfahrungen J.'s ein ungemein häufiges Vorkommnis. Das Leiden ist ungemein hartnäckig. In 4 frischen Fällen schwankte die Dauer zwischen 3 und 5 Monaten. Für die Diagnose von Wichtigkeit ist die Beschaffenheit des Sekretes (mikroskopische Untersuchung), ferner das Auftreten ulceröser Fissuren, und später Warzen, welche sich durch ihre Prominenz, durch ihren feuchten Glanz und eine ungemein weiche Beschaffenheit auszeichnen. Der Autor bespricht die Möglichkeiten von Mischinfektionen (weiches Schankergift und Syphilisvirus) und die ätiologische Bedeutung der Ano-rectalgonorrhoe für das Zustandekommen der meist als Syphilis angesprochenen, speciell bei Frauen häufigen Strikturen des Mastdarmes.

11) Über die Grundzüge der Ekzembehandlung. Von O. Lassar.

Das Ekzem als eine Krankheitseinheit aufzufassen, geht nicht länger an. So kann es auch kein einheitliches Schema der Ekzembehandlung geben. Für die Wahl der Methode ist die Ätiologie, in so weit sie eruirbar, und das Stadium der Erkrankung maßgebend. Der von L. empfohlene Gang der Behandlung eignet sich vorzugsweise für die Reiz-, Wund-, Infektions- und lymphangitischen Ekzeme und besteht in Folgendem: Erst Reinigung im Bade, dann Theereinpinselung jeder sichtbar oder fühlbar afficirten Stelle, in passenden Fällen partielle oder lokale Schweißeinpackung, endlich Imprägnation mit Theerschwefelpaste in geringer und Überstreichung mit Salicyl- oder Zinkölpaste in reichlicher Quantität, schließlich Verband oder Überpuderung mit großen Mengen indifferenten Streupuders.

12) Zur Histologie der Dermatitis papillaris capillitii. Von R. Ledermann.

Auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen, welche sich auf die verschiedenen Stadien dieser seltenen Dermatoze beziehen, schließt sich L. der Ansicht Kaposi's an, der dieselbe als eine »eigenthümliche, idiopathische, chronische Entzündung und Bindegewebsneubildung der Cutis« bezeichnet. Die papillären Wucherungen hält L. nur für ein Accidens und plaidirt für die Bezeichnung »Dermatitis keloidea nuchae«.

13) Zur Behandlung der Urethroprostatitis chronica. Von H. Lohnstein.

Für jene Fälle von Urethroprostatitis chronica, bei denen man mit den üblichen Methoden, Prostatamassage, heißen Lokalapplikationen, Ichthyolsuppositorien, Sondenbehandlung und Diday'schen Spülungen mit 0,5%iger Lapislösung nicht zum Ziele gelangt, empfiehlt L. die kombinierte Behandlung mit ausgiebiger Dilatation und medikamentöser Spülung. Der von L. angegebene Spüldilatator ist für diese Behandlung ein sehr zweckmäßiges Instrument.

14) Die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Quecksilberinjektionen. Von O. Mankiewicz.

Verf. giebt eine historische Darstellung der Syphilisbehandlung mittels subkutaner Quecksilberinjektionen. Unter den verschiedenen Methoden giebt er der Lewin'schen Sublimatinjektion den Vorzug.

15) Die hereditäre Syphilis in ihren Beziehungen zur Entwicklung von Krankheiten des Nervensystems. Von E. Mendel.

Gestützt theils auf eigene Beobachtungen, theils auf in der Litteratur mitgetheilte Kasuistik, vertritt M. die Ansicht, dass progressive Paralyse, Tabes und Spinalparalyse, vielleicht auch multiple Sklerose im jugendlichen Alter auf hereditär-syphilitischer Grundlage zur Entstehung gelangen kann.

16) Syphilis des Ösophagus. Von Prof. J. Neumann in Wien.

In der Klinik des Verf. wurden 2 Fälle dieser immerhin seltenen Lokalisation gummöser Syphilis beobachtet, deren Symptome und Verlauf hier in Kürze geschildert werden.

17) Kasuistische Mittheilungen. Von C. Posner und E. R. W. Frank.

Diese betreffen einen Fall von Blasenruptur bei progressiver Paralyse, einen Fall von Urethraldefekt in Folge eines phagedänischen Schankers, und einen Fall seltener Blasensteinbildung.

18) Beiträge zur Jodmedikation. Von Paul Richter.

Sehr beachtenswerth erscheint uns der von R. als Ersatz des Jodkaliums, sowohl als billige Medikation zu poliklinischen Zwecken, als auch dann, wenn durch Jodkalium Jodismus erzeugt wird, empfohlene, allerdings auch früher bereits verwendete interne Gebrauch von Tct. jodi, welche in allmählich steigenden, schließlich recht hohen Gaben (bis zu 3mal täglich 30 Tropfen), mit Wasser oder Wein diluirt, anstandslos vertragen wird.

19) Erytheme bei Syphilis. Von O. Rosenthal.

In einer Studie über das gelegentliche Vorkommen von Erythemen bei Syphilis betont R. zunächst die Differentialdiagnose gewisser, mit Röthung der Haut einhergehender Dermatosen und den Einfluss der syphilitischen Infektion auf das klinische Bild dieser Prozesse. In dieser Richtung werden speciell die Pityriasis rosea (Gibert) und das Eczema seborrhoicum (Unna) durchgesprochen. Eine dem klinischen Bilde des Erythema exsudativum multiforme entsprechende Dermatoze, die wahrscheinlich als Toxinwirkung aufzufassen ist, kommt innerhalb der sogenannten 2. Inkubationsperiode der Syphilis zur Beobachtung. Endlich sieht man zuweilen in den späteren Perioden der Syphilis, gleichzeitig mit großen Roseolaflecken, ein orbikulöses Erythem auftreten, welches durch die antiluetische Behandlung nur wenig beeinflusst wird. Gleichwohl hielt R. diese Neurosyphilide (Unna) für Äußerungen einer bereits abgeschwächten Syphilis.

20) Über Europen. Von E. Saalfeld.

Eine warme Empfehlung des Europen als Ersatzmittel des durch seinen Geruch vielfach missliebigen Jodoforms.

21) Zwei Fälle von Piedra nostras. Von P. G. Unna.

U. konnte im Vereine mit Herrn Dr. Trachsler bei vergleichender Untersuchung eines Falles eigener Beobachtung und des Behrend'schen Falles auf Grund der Züchtung der Parasiten auf künstlichem Nährboden Wachstumsdifferenzen, welche auch in Kulturserien konstant blieben, nachweisen; diese Differenzen bestimmen ihn, als Ursache der Piedra nostras außer dem Trichosporon ovoides (Behrend's) noch ein Trichosporon ovale (in seinem Falle) anzunehmen.

Kopp (München).

19) Murray. Gonorrhoea of the rectum.

(Med. news. 1896. No. 10.)

Der mitgetheilte Fall ist bemerkenswerth durch die Art und Weise der Übertragung. Eine gesunde Frau machte sich wegen chronischer Obstipation Darmläufe. Dasselbe Rohr wurde heimlicherweise vom Dienstmädchen, das an Gonorrhoe litt, zu Scheidenausspülungen benutzt. Die Mastdarmgonorrhoe war

eine sehr schwere, mit ruhrähnlichen Erscheinungen und Übergreifen der Gonorrhoe auf die Scheide.
Strauch (Braunschweig).

20) **Tyrrell**. Report of a case of gonorrhoeal arthritis in a new-born infant.

(Med. news 1896. No. 10.)

Die Mutter litt zur Zeit der Entbindung an florider Gonorrhoe. Trotz ausgiebigster Vorsichtsmaßregeln trat am 4. Tage eine heftige gonorrhoeische Augenentzündung auf. Am 8. Tage schollen beide Handgelenke an, die Haut war glänzend und roth. Das Kind schien lebhaften Schmerz in den Handgelenken zu empfinden. Die Schwellung dehnte sich schließlich von den Fingerspitzen bis zum Ellbogen aus. Allmählich trat Abschwellung ein, und nach 3 Wochen war der Process abgelaufen. Verf. glaubt die Entzündung mit Sicherheit als eine gonorrhoeische ansprechen zu dürfen.

Strauch (Braunschweig).

21) **Greene** (New York). The treatment of syphilis by means of the toxins of erysipelas and the bacillus prodigiosus.

(Med. news 1896. No. 15.)

Ausgehend von der bekannten Thatsache, dass syphilitische Hauterkrankungen zu verschwinden pflegen, wenn der Träger derselben zufällig vom Erysipel befallen wird, machte Verf. bei syphilitisch Erkrankten Einspritzungen mit dem Coley'schen Erysipel- und Bacillus prodigiosus-Toxingemenge, um die Wirkung desselben auf die Hauterkrankungen zu beobachten. Er fand, dass in fast jedem Falle Veränderungen an den Hauterkrankungen makroskopisch deutlich im Verlauf von 48—72 Stunden nach Beginn der Injektionen nachgewiesen werden konnten.

Es wurden allerdings im Ganzen nur bei 10 Fällen Einspritzungen gemacht, von denen 2 außerdem zugleich Jodkali nahmen. In 2 Fällen traten nach Aussetzen der Einspritzungen neue Eruptionen auf, ein Beweis, dass die syphilitische Allgemeininfektion nicht dauernd durch die Einspritzungen beeinflusst wird.

Strauch (Braunschweig).

22) **W. Zurakowski**. Ein Fall von primärem Krebs der Uvula.

(Kronika lekarska 1896. No. 2.)

Z. beobachtete bei einem 73jährigen Pat., welcher seit mehreren Monaten an Schluckbeschwerden litt, ein kleines Geschwür am linken Rande des auf etwa das Doppelte verdickten Zäpfchens. Die Ränder des Geschwüres waren scharf, sein Grund glatt. In der Submaxillargegend einige geschwollene Drüsen. Nach der Exstirpation wurde die auf Carcinom gestellte Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

König (Wiesbaden).

23) **Delie**. Un cas de végétations papillomateuses de l'isthme du gosier, du pharynx et du larynx chez un enfant de deux ans et demi.

(Revue de laryngol. 1896. No. 42.)

Ein wohl ausschendes und gut genährtes Kind zeigte seit mehreren Monaten eine Athmungsstörung, als deren Ursache sich papillomatöse Wucherungen der Gaumenbögen, der Mandeln, der seitlichen Rachenwände und der Taschenbänder des Kehlkopfes ergaben. Da das Kind im Alter von 3 Monaten an hartnäckigem Schnupfen gelitten hatte und bis zum Alter von 1½ Jahren sehr schwächlich geblieben war, da ferner die Mutter vor der Geburt dieses Kindes eine Frühgeburt durchgemacht hatte, und ein älterer Sohn an Kondylomen des Afters litt, so leitete D. eine antisiphilitische Behandlung des Kindes ein. Nach 2 Wochen begann die Athemnoth abzunehmen, und nach 4 Monaten waren die Wucherungen vollkommen verschwunden.

Teichmann (Berlin).

24) **A. Goldschmidt**. Zwei Fälle von primärer Perichondritis laryngea mit günstigem Ausgange.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. No. 9.)

In dem ersten der beiden Fälle, bei einer 45jährigen Frau, lag der Verdacht einer gleichzeitig bestehenden Syphilis nahe. Für die gleichwohl primäre Peri-

chondritis wird geltend gemacht, dass eine antisypilitische Behandlung derselben sich unwirksam erwies, und der Verlauf weit weniger stürmisch war als bei der syphilitischen Perichondritis gewöhnlich der Fall ist. 3—4 Wochen nach den ersten Erscheinungen entwickelte sich seitlich außen am Halse ein Abscess, nach dessen Eröffnung man in eine Abscesshöhle dicht hinter den Aryknorpeln gelangte. Darauf erfolgte glatte Heilung ohne andere Residuen als eine Verdickung des linken Aryknorpels. Im 2. Falle handelte es sich um einen akut entstandenen Abscess des Kehldeckels, welcher bei der tastenden Untersuchung mit dem Finger eröffnet wurde. Die Sonde drang in die Ausflussöffnung des Eiters etwa $1\frac{1}{2}$ cm tief ein. Der Eiter enthielt weder Tuberkelbacillen noch Streptokokken, meist Diplokokken. Ätiologisch war nichts zu ermitteln. **Teichmann** (Berlin).

25) **Foix.** Sur un cas d'aphonie nerveuse chez une tuberculeuse.

(Revue de laryngol. 1896. No. 37.)

Bei einer 19jährigen Pat. mit deutlichen Zeichen einer beginnenden Lungentuberkulose zeigte sich eine seit mehreren Monaten bestehende Stimmlosigkeit als Folge einer beiderseitigen Lähmung der Stimmbandadduktoren. Die Frage, ob diese Stimmbandlähmung das erste Symptom einer beginnenden Kehlkopftuberkulose oder eine nervöse Erscheinung darstelle, wurde durch Aufdeckung einer linksseitigen Hemianästhesie in letzterem Sinne entschieden, und der Erfolg der auf die Kehlkopfnerfen gerichteten Behandlung bestätigte die Richtigkeit dieser Auffassung. **Teichmann** (Berlin).

26) **P. Bonnier.** Sur une forme de surdité d'origine génitale.

(Revue de laryngol. 1896. No. 40.)

In 3 Fällen von hochgradiger, an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit bei anscheinend ganz normalem Hörapparat fand Verf. Störungen in der Genitalsphäre; bei einem 13jährigen Knaben einen linksseitigen Leistenhoden, bei einem Mädchen von 22 Jahren eine seit Jahren im höchsten Grade geübte Masturbation und bei einem 9jährigen Knaben Monorchismus. In allen 3 Fällen handelte es sich um eine psychische Taubheit in Folge fehlender Aufmerksamkeit, und durch methodische Übung und Anspannung dieser letzteren gelang es stets, in kurzer Zeit ein volles Hörvermögen zu erzielen. **Teichmann** (Berlin).

27) **Pantaloni et Thomas.** Thyrotomie, exstirpation d'une tumeur maligne de la corde vocale droite.

(Revue de laryngol. 1896. No. 42.)

Es handelte sich um ein Epitheliom, welches bei einem 55jährigen stark trinkenden und rauchenden Advokaten die vorderen $\frac{3}{4}$ des rechten Stimmbandes einnahm. Bei der Operation musste zur Einführung der Trendelenburg'schen Kanüle aus der verknöcherten Luftröhre ein Stück der Vorderwand reseziert werden. In Folge dessen war der Abschluss der Kanüle kein vollständiger, und drang während der ganzen Operation Blut in die Bronchien ein. Trotzdem war der Verlauf günstig; am 5. Tage konnte die Kanüle entfernt werden. 5 Monate später war die Heilung mit etwas rauher Stimme andauernd; eine genaue laryngoskopische Untersuchung wurde vom Pat. verweigert, wie schon bei der Entlassung aus der Klinik, mit den Worten: »Ich bin geheilt und brauche keine Untersuchung mehr.« Die 1 Jahr nach der Operation eingezogenen Nachrichten bestätigten die Fortdauer der Heilung. **Teichmann** (Berlin).

Berichtigung: In No. 45 p. 1080 Z. 31—36 v. o. lies: vor der Clavicularportion, von ihr durch ein Fascienblatt getrennt, verlief von oben außen her ein breiter flacher Muskel und setzte sich an der unten sehnigen Sternalportion an.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3.

Sonnabend, den 23. Januar.

1897.

Inhalt: I. A. v. Zajontschowski, Bakteriologische Untersuchungen über die Silbergaze nach Dr. B. Credé. — II. C. Meyer, Zur antiseptischen Kraft der Credé'schen Silbersalze. (Original-Mittheilungen.)

1) Le Fort's Werke. — 2) Lössen, Allgemeine Chirurgie. — 3) Le Dentu und Delbet, Chirurgie. — 4) Hoffa, Verbandslehre. — 5) Leedham-Green, 6) Ahlfeld, Spiritus-desinfektion. — 7) Reuter, Jodoformin und Jodoformol. — 8) Weber, Oesophagotomia interna. — 9) Bobrow, 10) Rushmore, Appendicitis. — 11) Ekehorn, Milchsäure bei Magenkrebs. — 12) Cripps, Gastro- und Enterostomie. — 13) Terrier und Auvray, Leberverletzungen. — 14) Lejars, Gallensteine. — 15) Longuet, Angiocholecystitis. — 16) Olgiati, Milzexstirpation. — 17) Anders, Filzzubereitung. — 18) Halban, Friedländer's Pneumoniebacillus. — 19) Secchi, Blastomyceten bei Keloïdace. — 20) Gade, Falsche Geschwulstrecidive. — 21) Mehrer, Melanotisches Sarkom. — 22) Scheven und Hartmann, Neurome. — 23) Fedorow, Serumbehandlung bösartiger Neubildungen. — 24) Ehrlich, 25) Buschke, Rotz. — 26) Tricomi-Morello, Aortenaneurysma. — 27) v. Brackel, Oesophagotomia ext. — 28) Kramer, Bauchwanddesmoide. — 29) Zagaro, Laparotomie. — 30) Lyman, Gastro- tomie. — 31) Thomson, Magengeschwür. — 32) Schwarz, Sanduhrmagen. — 33) Schön- werth, Magenkrebs. — 34) Wejlamnow, Radikale Bruchoperation. — 35) Aschoff, Einklemmung in inneren Bauchfelltaschen. — 36) Kroma, Innere Einklemmung. — 37) Tschern- schowski, Spontane Darmabstoßung. — 38) Beach, Verkalktes Meckel'sches Divertikel. — 39) Stewart, Mastdarmstriktur. — 40) Otto, Zur Chirurgie der Gallenwege. — 41) Wardle, Cholecystotomie. — 42) Ghetti, Milzexstirpation. — 43) Finotti, Pankreas- cyste. — 44) Ponfick, Zur abdominalen Fettnekrose.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Herrn W. H. v. Krajewski
am Kindlein Jesu-Hospital in Warschau.)

I. Bakteriologische Untersuchungen über die Silbergaze nach Dr. B. Credé.

Von

Dr. med. A. v. Zajontschowski.

Auf die Anregung des Herrn Dr. W. H. v. Krajewski, Primar-
arzt der chirurgischen Abtheilung am Kindlein Jesu-Krankenhaus in
Warschau, habe ich bakteriologische Untersuchungen über die Wir-
kung der Silbergaze unternommen.

Vor der Veröffentlichung meiner Arbeit in extenso erlaube ich mir hier die Resultate, zu denen ich auf Grund meiner Untersuchungen gekommen bin, mitzutheilen, und zwar in folgenden Thesen.

1) Die Silbergaze (sowohl weiß wie grau) erweist in sich die Anwesenheit der verschiedensten Bakterienarten — ist also nicht aseptisch.

2) Auf Nährboden unter gewöhnlichen aseptischen Kautelen geimpft, giebt die aus der Schachtel herausgenommene Silbergaze (sowohl weiß wie grau) keine Kulturen.

3) Dieselbe Gaze, geimpft ohne aseptische Kautelen (z. B. nach dem Abschneiden mit einer schmutzigen Schere und Impfung mit nicht geglühter Platinnadel), giebt immer die verschiedensten Kolonien, die die Gelatine immer verflüssigen.

Aus der Zusammenstellung von No. 1, 2 und 3 folgt, dass man der an und für sich nicht aseptischen Silbergaze gewisse entwicklungshemmende Eigenschaften für die in ihr sich normal befindenden Mikroorganismen zuschreiben kann, dass jedoch diese Eigenschaft für einen Überfluss von Bakterien fehlt.

4) Die Silbergaze, auf eine inficirte Agarschale nach Petri gelegt, bietet immer eine und dieselbe Erscheinung dar: rings um die Gaze entsteht ein reiner Raum (die »sterile Zone« nach Credé), anscheinend frei von Kolonien, und unter der Gaze auch ein Raum, anscheinend bakterienfrei. Die Zone um die graue Gaze ist breiter wie um die weiße.

5) Die freie Zone um die graue Gaze fängt nach ungefähr 3 Wochen an allmählich zu verschwinden in Folge der von außen heranwachsenden Kolonien.

Der unter der Gaze sich befindende Anfangs reine Boden erweist zu dieser Zeit bei der mikroskopischen Betrachtung der Schale (Leitz, Oc. 1, Obj. 3) die Anwesenheit von Kolonien, die einzelne Maschen der Gaze einnehmen. Makroskopisch erscheint der Nährboden auch jetzt rein.

6) Der reine Raum um die Gaze sowohl wie unter der Gaze ist nur anscheinend rein; denn eine Impfung von ihm auf einen frischen Nährboden giebt immer Kulturen, welche Anfangs nach 3mal 24 Stunden im Thermostat zu wachsen anfangen. Je länger die Gaze auf der Kultur liegt, desto früher fangen die Kolonien nach der Überimpfung vom anscheinend reinen Raum zu wachsen an.

Daraus folgt: die Silbergaze ist gar nicht baktericid, — sie schwächt nur die Wachsthumsergie der Bakterien, und das nur im Anfang. Die »sterile Zone« von Credé ist also gar nicht »steril«.

7) Wenn man nach 24stündlichem Liegen der Silbergaze auf einem inficirten Nährboden die Gaze entfernt und den reinen Raum unter ihr nochmals mit Bakterien inficirt, gedeihen die letzteren im Gegensatz zur Behauptung von Credé. Gleichfalls bekommt man Bakterienkulturen, wenn man den anscheinend reinen Raum, welcher

sogar einige Tage mit der Gaze bedeckt war, mit neuen Bakterien besät.

8) Wenn man einen Theil des inficirten und vorher durch Magnesia alkalisirten Agars mit einem Stückchen Silbergaze (weiß oder grau) bedeckt, reinigt sich der Raum unter ihr, und es bildet sich auch ein reiner Saum um sie. Aber dieser Zustand dauert viel kürzer wie bei einem normalen, neutral reagirenden Nährboden.

Die Wachsthumsenergie der Bakterien, die unter der Gaze gelegen, ist jedoch nicht abgeschwächt.

9) Wenn man auf einer schrägerstartten Gelatine eine Strichkultur von *Staphylococcus pyogenes aureus* oder *Bacillus pyocyaneus* macht und den Strich sofort mit einem Stückchen Silbergaze (weiß oder grau) bedeckt, dauert trotzdem das Wachsthum der Bakterien weiter. Die Gelatine wird verflüssigt und sammelt sich am Boden des Reagensgläschens.

10) Wenn man ein Stückchen Gaze (grau oder weiß) in einer sterilen Agarschale mit einer Strichkultur in einer Entfernung von ca. $1\frac{1}{2}$ cm von ihr umrandet, so wachsen mit der Zeit die Kulturen nicht nur nach außen hin, sondern auch centripetal selbst unter der Gaze, was durch Überimpfung auf frischen Boden bewiesen wird.

11) Die auf den Kulturen liegende graue Silbergaze ist immer mit der gegebenen Bakterienart imprägnirt, was sowohl durch Impfung der Gazestückchen, wie dessen, was sich von ihrer Oberfläche abstreichen lässt, bewiesen wird.

12) Wenn man einen Theil der Kultur mit immer frischen grauen Silbergazestückchen bedeckt, so schwinden schließlich thatsächlich die Bakterien sowohl unter ihr, wie in ihrer Umgebung.

13) Ein Stückchen gewöhnlicher sterilisirter Verbandgaze, auf eine inficirte Agarschale gelegt, bildet ganz eben so makroskopisch aussehende und anscheinend bakterienfreie Räume unter und um die Gaze, wie die Silbergaze.

14) Dasselbe — und im gleichen Grade — erhält man, wenn man auf die Schale ein Stückchen gewöhnliches Löschpapier legt, ja sogar

15) ein Stückchen gewöhnlicher, früher mit einer Staphylokokkenkultur inficirter Gaze giebt dasselbe Resultat.

Wenn man in der Mitte solcher Gaze ein Fenster heraus-schneidet und einen freien Raum lässt, wird derselbe sofort von den Bakterien eingenommen. Die Kulturen jedoch gelangen nicht unter die Gaze, selbst nach 1monatlicher Beobachtung solcher Schale.

Aus den NNo. 11, 13, 14 und 15 (besonders den letzteren) folgt klar, dass die Bildung der reinen Räume unter und um die Gaze ausschließlich auf der Imbibitionsfähigkeit der Gaze beruht und keinenfalls — wie Credé meint — auf der chemischen Wirkung des Actols.

16) Die antiseptische Kraft des Actols ist schwächer, wie sie Credé angegeben hat, denn eine wässrige 1 $\frac{0}{00}$ ige Lösung tödtet

nicht nur die Streptokokken binnen 5 Minuten nicht ab, sondern selbst nach $\frac{1}{2}$ stündiger Wirkung ist ihre Wachstumsenergie nicht abgeschwächt.

Dadurch wird erklärt, was sub NNo. 6, 7, 9 und 10 gesagt wurde, dass die Silbergaze keine baktericiden, sondern nur wachstumshemmende Eigenschaften besitzt.

17) Trockene Jodoformgaze, auf eine Kultur gelegt, macht makroskopisch denselben Effekt (d. h. reine Räume unter und in der Umgebung der Gaze), wie es bei der Silbergaze gefunden war, mit dem Unterschied, dass die Bakterien in ihrer Wachstumsenergie nicht abgeschwächt waren, was der natürliche Effekt des Mangels an baktericider Kraft des Jodoforms ist.

18) Jodoformgaze in einer Sublimatlösung 1:2000 aufbewahrt (so wie sie gewöhnlich in unserer Abtheilung gebraucht wird), auf eine inficirte Schale gelegt, bildet ebenfalls reine Räume unter und um sich, welche längere Zeit vollkommen steril bleiben.

Vom bakteriologischen Standpunkt aus muss man also der in Sublimat aufbewahrten Jodoformgaze vor der Silbergaze den Vorzug geben.

Was die klinischen Resultate anbetrifft, so behalte ich mir vor, sie nächstens zu veröffentlichen.

Die zu den Untersuchungen gebrauchten Bakterien stammten immer von frischen und akuten Fällen her.

Schließlich erlaube ich mir, Herrn Dr. W. H. v. Krajewski für das mir überlassene Material und die rege Theilnahme, die er an meinen Untersuchungen genommen hat, meinen tiefempfundenen Dank auszusprechen.

Warschau, den 19. December 1896.

(Aus dem hygienischen Institut in Zürich.)

II. Zur antiseptischen Kraft der Credé'schen Silbersalze.

Von

Dr. Carl Meyer in Zürich.

Der absolute Werth eines neuen Desinfektionsmittels muss unbedingt an resistentem sporenhaltigem Material geprüft werden. Indessen kommen bei einem Antisepticum, das speciell chirurgischen Zwecken dienen soll, in praktischer Beziehung besonders die Mikroorganismen der Wundinfektionskrankheiten, die Eitererreger, in Betracht, und kann ein Mittel, das in ungiftiger Koncentration und in kurzer Zeit diese zu vernichten im Stande ist, bei der Wundbehandlung, bei der sogenannten subjektiven und objektiven Desinfektion noch gute Dienste leisten.

Die von Credé in Dresden auf dem letzten deutschen Chirurgenkongress und in einer Broschüre »Silber und Silbersalze als Antiseptica« warm empfohlenen Silberverbindungen Itrol und Actol nach diesen beiden Richtungen zu prüfen war der Zweck dieser Arbeit.

Dr. Beyer, welcher auf Veranlassung Credé's die bakteriologische Untersuchung mit den Silbersalzen ausgeführt hat, giebt an, dass sich seine Resultate auf *Staphylococcus pyogenes aureus* und *albus*, *Streptococcus erysipelatis* und *pyogenes*, so wie Milzbrand beziehen¹. Er kommt zu dem Schlusse, dass Actol und Itrol Staphylokokken und Streptokokken in wässriger Lösung sicher innerhalb 10 Minuten abtödteten und, in einer Konzentration 1:80 000 im Nährboden enthalten, absolut entwicklungshemmend wirken². Ähnlich spricht sich Credé selbst aus. Er sagt p. 18, dass das milchsaure Silber in 1⁰/₀₀iger Lösung in 5 Minuten alle Spaltpilze abtödtet, in schwächeren Lösungen in entsprechend längerer Zeit, und weiter äußert er sich (p. 20) »citronens. Silber löst sich in Wasser und in den Gewebssäften im Verhältnis von 1:3800, also stark genug, um sofort nach seiner Anwendung hemmend auf die Entwicklung der Spaltpilze und in 10—15 Minuten tödtend auf sie einzuwirken. Im Blutserum besitzt es eine absolut hemmende Einwirkung noch in einer Lösung von 1:60 000«.

Zu meinen Versuchen mit sporenfreiem Material benutzte ich einen *Staphylococcus pyogenes aureus*, der aus dem Herzblute einer an Pyämie Gestorbenen kurz vorher in Reinkultur gezüchtet worden war, ferner einen *Bacillus pyocyaneus*, welcher frisch aus einem Abscess gewonnen war. Der *Streptococcus pyogenes* schien mir wegen der großen Empfindlichkeit und der Inkonstanz des Wachstums, die seine Kulturen auf den für unsere Zwecke benutzten Nährböden zeigen, für meine Versuche wenig geeignet. Das Sporenmaterial entstammte einem Milzbrand, dessen Sporensuspensionen in siedendem Wasser 8 Minuten lebensfähig blieben, und dessen mit Sporen imbibirte Fäden 12 Minuten strömenden Dampf ertrugen, ohne abgetödtet zu werden. Bis auf eine Versuchsreihe, bei welcher ich Sporenfäden benutzte, habe ich meine sämtlichen Untersuchungen nach Geppert'schen Angaben mit Sporensuspensionen ausgeführt. Als Antidot der Silberverbindungen konnte auf Anrathen von Prof. Carl Egli wie beim Sublimat Schwefelammonium benutzt werden, wodurch das Silber als unlösliches Schwefelsilber aus seinen Verbindungen ausgefällt wurde.

Mein Verfahren war in Kürze geschildert folgendes: Ich legte auf schrägerstarrem Agar Kulturen der zu untersuchenden Mikroorganismen an. Sobald dieselben die gewünschte üppige Entwicklung erreicht hatten, beim *Staphylococcus* und *Pyocyaneus* nach 24 Stunden, beim Milzbrand sobald im mikroskopischen Präparat

¹ p. 9. l. c.

² p. 15 l. c. Versuchsprotokolle liegen nicht vor.

die hellglänzenden Sporen in großer Masse zwischen ganz vereinzelt Milzbrandbacillenfäden nachzuweisen waren, wurden sie mit einer sterilen Flüssigkeit übergossen und durch Abschaben und Umrühren mit ausgeglühter Platinnadel innig damit vermischt. Die so gewonnenen Suspensionen wurden durch sterilisierte Glaswolle filtriert, so dass das Filtrat eine milchige Flüssigkeit ohne Beimengung von festeren Partikelchen darstellte. Davon wurde 1 ccm der Lösung des Antisepticums zugesetzt und durch Umschütteln gut darin vertheilt. Von dieser Mischung entnahm ich nach 5, 10, 15 Minuten resp. 1, 2, 3 Tagen etc. einen ca. 1 ccm fassenden ausgeglühten Platinlöffel voll und übertrug denselben in ein Reagensglas mit 5 ccm sterilen Wassers, dem 2 Tropfen einer Schwefelammoniumlösung zugefügt waren. Aus diesem Reagensglas wurde mit dem nämlichen Platinlöffel 1 ccm in ein weiteres Glas mit sterilem Wasser gebracht, und diese Procedur nochmals wiederholt, um das Schwefelammonium möglichst auszuwaschen, und erst aus dieser 3. Verdünnung wurden 2 bis 3 Platinösen entnommen und auf Agar übergeimpft.

Die Lösungen des Antisepticums wurden wegen der Zersetzbarkeit der Silbersalze stets für den Versuch frisch dargestellt und während der ganzen Dauer desselben vor Lichteinfluss möglichst geschützt.

Versuchsreihe I. 1 ccm einer mit sterilem Wasser hergestellten Staphylokokkensuspension wird 19 ccm einer gesättigten Itrollösung (1:3800) zugesetzt. Dadurch entstehen 20 ccm einer Itrollösung 1:4000 (aprox.).

Verbleiben im

Antisepticum: 5 Min. 10 Min. 15 Min. 30 Min. 45 Min. 1 Std. 2 Std.
Wachsthum auf

Glycerin-Agar: + + + + + — —

Versuchsreihe II. 1 ccm einer mit sterilem Wasser hergestellten Staphylokokkensuspension wird 20 ccm einer wässrigen Actollösung 1:2000 zugesetzt.

Verbleiben im

Antisepticum: 5 Min. 10 Min. 15 Min. 30 Min. 45 Min. 1 Std. 2 Std.
Wachsthum: + + + + — — —

Da Beyer annimmt, dass das milchsaure Silberoxyd mit Eiweißkörpern lösliche Verbindungen eingehe, welche antiseptisch wirken dürften, so habe ich, um diese Umsetzung vielleicht zu ermöglichen, zu weiteren Versuchen Eiweißlösungen verwendet. Als solche benutzte ich eine durch Chamberland-Filter durchgelassene Ascitesflüssigkeit, welche sich durch Kontrollversuch als steril erwiesen hatte.

Versuchsreihe III. 1 ccm einer Staphylokokkensuspension, welche mit steriler Eiweißlösung hergestellt worden, wird 19 ccm einer gesättigten wässrigen Itrollösung zugesetzt³.

³ Ich kann die Beobachtung Beyer's, dass schwache Silberlösungen bei gleichzeitiger Gegenwart von Eiweiß und Alkali in Lösung erhalten bleiben, ebenfalls bestätigen.

Entnahme aus dem Antisepticum

nach 5 Min. 10 Min. 15 Min. 30 Min. 45 Min. 1 Std. 2 Std.

Wachsthum

auf Agar: + + + + + + -

Versuchsreihe IV. 1 ccm einer mit Eiweißlösung hergestellten Staphylokokkensuspension wird 20 ccm einer Actollösung 1:2000 zugesetzt, bei welcher das Actol ebenfalls in der sterilen Ascitesflüssigkeit gelöst war.

Entnahme aus dem Antisepticum

nach: 5 Min. 10 Min. 15 Min. 30 Min. 45 Min. 1 Std. 2 Std. 6 Std.

Wachsthum: + + + + + + - -

Es erwies sich also die antiseptische Kraft des Itrols und Actols bei Gegenwart von Eiweiß herabgesetzt.

Versuchsreihe V. 1 ccm einer wässrigen Suspension von Milzbrandsporen wird 19 ccm einer Itrollösung 1:3800 zugesetzt.

Entnahme aus dem Antisepticum

nach: 30 Min. 1 Std. 13 Std. 24 Std. 2 T. 3 T. 4 T. 5 T. 6 T.

Wachsthum: + + + + + + + -

Von der Agarkultur, welche nach 4tägigem Aufenthalt im Antisepticum gewachsen war, wird eine Aufschwemmung gemacht und davon $\frac{1}{2}$ ccm einer Maus subkutan injicirt. Dieselbe stirbt nach 24 Stunden an Milzbrand.

Versuchsreihe VI. 1 ccm einer wässrigen Suspension von Milzbrandsporen wird zu 20 ccm einer Actollösung 1:1000 gefügt

Entnahme aus dem Antisepticum

nach: 30 Min. 1 Std. 13 Std. 24 Std. 2 T. 3 T. 4 T. 5 T.

Wachsthum: + + + + - + - -

Von der Kultur des 3. Tages wird wie oben eine Maus geimpft. Dieselbe stirbt innerhalb 24 Stunden an Milzbrand.

Versuchsreihe VII. Eine Anzahl Milzbrandfäden werden in eine Actollösung 1:1000 gelegt. Nach bestimmten Zeiten werden Fäden derselben entnommen, zuerst in eine dünne Schwefelammoniumlösung und hierauf in steriles Wasser gebracht und zuletzt auf Agar übertragen.

Entnahme aus dem Antisepticum

nach: 1 Std. 8 Std. 24 Std. 2 Tagen 3 Tagen 4 Tagen 5 Tagen

Wachsthum: + + + + + - -

Versuchsreihe VIII. Derselbe Versuch mit Milzbrandfäden in gesättigter wässriger Itrollösung.

Entnahme aus dem Antisepticum

nach: 1 Tag 2 T. 3 T. 4 T. 5 T. 6 T. 7 T. 8 T. 10 T.

Wachsthum: + + + + + + - -

Kontrollversuch mit Sporenfäden der nämlichen Milzbrandkultur in $1\frac{0}{00}$ Sublimatlösung:

Entnahme aus dem Antisepticumnach: 10 Min. 15 M. 20 M. 30 M. 45 M. 1 Std. $1\frac{1}{2}$ St. 2 St. 6 St.

Wachsthum: + + + + + - - -

Wachstumshemmungsversuche. I. 2 Theile Nährbouillon werden mit einem Theil der filtrirten Ascitesflüssigkeit vermischt, und dazu wird so viel einer Itrollösung hinzugefügt, dass das Silbersalz in einer Konzentration von 1:80 000, 1:40 000, 1:20 000 darin enthalten ist. Diese flüssigen Nährböden werden mit Spuren der Staphylokokkenkultur, welche mit der Platinnadel entnommen werden, geimpft.

In den Lösungen 1:80 000 und 1:40 000 wächst der Staphylococcus üppig. Auch Übertragungen aus denselben nach 2 Tagen auf Agar fallen positiv aus. Die Lösung 1:20 000 bleibt klar, und eine Abimpfung ergibt ein negatives Resultat.

II. Zu flüssigem Blutserum wird von einer Actollösung so viel zugesetzt, dass Konzentrationen von 1:10 000, 1:20 000, 1:40 000, 1:60 000, 1:80 000 entstehen. Diese werden mit Spuren einer Pyocyaneuskultur geimpft.

Nur in der Serumactollösung 1:10 000 ist das Wachstum vollkommen gehemmt. Dieselbe bleibt dauernd klar und unverfärbt. In sämtlichen übrigen Serumröhrchen entwickelt sich der Bacillus, in den konzentrierteren Lösungen allerdings etwas langsamer, doch ist in sämtlichen die Farbstoffbildung eine intensive.

III. Es wird flüssigem Blutserum Actol in folgenden Verhältnissen zugefügt:

1:80 000, 1:60 000, 1:40 000, 1:20 000, 1:10 000, 1:7500, 1:5000, 1:2500. Hierauf werden sämtliche mit Spuren einer sporenhaltigen Milzbrandkultur geimpft. Die Lösungen 1:80 000 bis und mit 1:10 000 weisen üppiges Wachstum von Milzbrand auf, die konzentrierteren bleiben steril. Abimpfungen aus dem Serum mit 1:10 000 Actol auf Agar ergeben noch nach 14 Tagen ein positives Resultat.

IV. Es werden Serumactollösungen 1:80 000, 1:60 000, 1:40 000, 1:20 000, 1:10 000 zubereitet und im Blutserumapparat zur Gerinnung gebracht. Die Impfung aller Röhrchen mit Milzbrand fällt positiv aus, doch ist hier eine Zersetzung des Actols durch die Hitze nicht ausgeschlossen.

Meine Resultate sind zusammengefasst folgende:

Der von mir benutzte Staphylococcus pyog. aureus wird in einer Itrollösung 1:4000 erst nach 45 Minuten, in einer Actollösung 1:2000 nach 30 Minuten abgetödtet⁴. Bei Eiweißgehalt der Silbersalzlösungen ist die bakterienvernichtende Wirkung eine noch langsamere. Milzbrandsporen wachsen, nachdem sie 5 resp 7 (Sporenfäden) Tage in gesättigter Itrollösung und 3 Tage in einer Actollösung 1:1000 gelegen, noch aus.

⁴ Nachträglich habe ich noch die Lebensdauer einer Suspension meines Pyocyaneus in Itrollösung 1:3800 geprüft. Die Bacillen wurden durch 2 $\frac{1}{2}$ stündiges Einwirken des Antisepticum noch nicht abgetödtet.

Die Wachsthumshemmung findet bei nicht sporenhaltigem Material (*Staphylococcus* und *Pyocyaneus*) bei einem Silber- salzgehalt des Nährbodens von 1:20 000 (*Ascitesbouillon*) resp. 1:10 000 (*Blutserum*) statt. Milzbrandsporen wachsen in Blut- serum, dem Actol bis zu einer Konzentration von 1:10 000 hinzugefügt worden ist, noch zu Fäden aus und bleiben darin längere Zeit lebensfähig.

Es stehen Actol und Itrol puncto Wachsthumshemmung dem Sublimat in Eiweißnährböden nahe⁵, während dieses in wässriger Lösung eine unendlich mächtigere antiseptische Wirkung entfaltet als die Silbersalze.

Gleichzeitig mit mir hat Dr. Conrad Brunner, Chefarzt des Kantonsspitals in Münsterlingen, eine Reihe von Kontrollver- suchen im dortigen Laboratorium angestellt. Über das Ergebnis dieser Versuche theilt er mir Folgendes mit:

»Unsere bakteriologische Nachprüfung erstreckte sich bis jetzt nur auf das citronensaure Silber (Itrol), welches von Credé in wässriger Lösung von 1:3800 zur Desinfektion der Hände, der Haut, Wunden, Körperhöhlen empfohlen worden ist⁶. Ich prüfte den anti- septischen Werth desselben an 3 frischen Reinkulturen von *Staphylo- coccus pyogenes aureus* verschiedener Provenienz. Sämmt- liche Versuche wurden nach Geppert's Vorschriften mit filtrirten Suspensionen und unter Anwendung von Schwefelammonium als Antidot (nach Vorschlag von Prof. Carl Egli) ausgeführt.

Zur 1. Versuchsreihe wurde ein *Staphylococcus pyogenes aureus* verwendet, welcher frisch aus dem Blute einer schweren Pyämie gezüchtet war. Die Kokken keimten nach 40 Minuten Einwirkung noch aus⁷.

Bei der 2. Versuchsserie kam ein *Staph. aureus* zur Ver- wendung, der aus dem Eiter einer akuten Parotitis stammte. Die Kokken wuchsen nach 15 Minuten noch aus, nicht mehr nach 20 Minuten.

Bei der 3. Serie benutzte ich einen *Staph. aureus*, der aus einer chronischen, nicht mehr fiebernden eitrigen Mastitis kultivirt worden war. Diese Kokken keimten schon nach 5 Minuten nicht mehr aus. Die letztere Versuchsreihe wurde 2mal mit demselben Ergebnisse ausgeführt.«

Diese letzteren Versuche dürften die großen Differenzen, welche zwischen den Untersuchungsergebnissen von Dr. Beyer und den mei- nigen bestehen, theilweise erklären.

⁵ Behring, Zeitschrift für Hygiene Bd. IX. 1890.

⁶ Vgl. die Gebrauchsanweisung für Itrol in dem Vortrag von Credé.

⁷ Über diese ersten Versuche hat Herr Dr. Wille, Assistenzarzt, am 1. Oktober 1896 im ärztlichen Verein Münsterlingia Mittheilung gemacht.

Den Herren Dr. Brunner, Prof. Egli und Dr. Silberschmidt spreche ich für ihren Rath bei Anstellung meiner Versuche und die gütige Kontrollirung meiner Untersuchungsergebnisse meinen besten Dank aus.

1) **L. le Fort.** Oeuvres publiées par le Dr. F. Lejars.
Tome troisième: Chirurgie.

Paris, **F. Alcan**, 799 S.

Der vorliegende, das Werk schließende 3. Band hat wesentlich chirurgischen Inhalt. Er vervollständigt das Bild des vielseitig gebildeten, als Praktiker, Gelehrter und Schriftsteller hochstehenden Mannes, der an seine Wissenschaft und deren Vertreter auch die höchsten ethischen Forderungen stellte, zu schöner harmonischer Vollendung. Welche gewaltige Arbeitskraft Le F. besaß, beweist das Verzeichniss jener großen Menge von Mittheilungen, kleineren Artikeln und größeren Abhandlungen, die in diese neue Ausgabe seines Werkes nicht aufgenommen sind und das ganze Gebiet der Chirurgie und Augenheilkunde umfassen. Le F.'s Andenken wird auch in Deutschland hoch gehalten.

Richter (Breslau).

2) **Lossen.** Lehrbuch der allgemeinen und speciellen
Chirurgie. I. Band 1. Theil.

Leipzig, **F. C. W. Vogel**, 1896.

Die neue, völlig umgearbeitete 7. Auflage des Hüter-Lossen'schen Lehrbuches erscheint dies Mal unter L.'s eigenem Namen, welcher dieses Recht, wohl ohne auf Widerspruch zu stoßen, für sich beanspruchen darf; ist er doch unermüdlich thätig gewesen, das ausgezeichnete Buch auf der Höhe der Zeit zu erhalten und den veränderten Anschauungen gemäß umzugestalten. — Vor liegt zunächst der 1. Theil der allgemeinen Chirurgie, umfassend die Lehre von der Verwundung, Entzündung, Fieber, Behandlung der Wunden, chirurgische Infektionskrankheiten, Geschwülste, Verletzungen und Erkrankungen der einzelnen Gewebe. — Das Buch ist zu bekannt, als dass eine detaillirte Charakteristik desselben nothwendig wäre. Die Darstellung ist kurz, klar und sachlich und bietet für den Anfänger sowohl wie für den Erfahrenen eine reiche Fülle von Belehrung und Anregung. Besonders dankbar zu begrüßen ist die ausführliche Schilderung der aseptischen Wundbehandlung, welche in Wort und Bild auch den praktischen Bedürfnissen des Arztes vollauf Rechnung trägt.

Tietze (Breslau).

3) **A. Le Dentu und P. Delbet.** *Traité de chirurgie clinique et opératoire. Tome III.*

Paris, **J. B. Baillière et fils**, 1896.

Tendenz und Anlage des ganzen Werkes sind an dieser Stelle schon in ihren allgemeinen Zügen besprochen worden. Auch über den vorliegenden 3. Band lässt sich nur »im Allgemeinen« berichten; es ist selbstverständlich, dass ein Lehrbuch von fast 1000 Seiten nicht Gegenstand eines detaillirten Referates sein kann. Der vorliegende Band hat zu Verfassern Cahier, P. Maucclair, A. Chipault, M. Gangolphe und C. Lyot und enthält die Krankheiten der Gelenke, Muskeln, Sehnen und Schleimbeutel. In der Lehre von den Gelenkerkrankungen werden ausführlich auch die Verletzungen, Distorsionen und Luxationen abgehandelt. Überall tritt bei der Bearbeitung auch hier wieder ein staunenswerther Fleiß und eine große Sachkenntnis der Autoren hervor, verbunden mit einer zum Theil sehr anziehenden Art der Darstellung. Besonders interessant wird für den deutschen Leser gewiss die Schilderung der neuropathischen Gelenkerkrankungen sein, ein Gebiet, auf dem wir zweifellos ja den Franzosen ganz besonders viel verdanken. Aber auch an keiner anderen Stelle erlahmt unser Interesse. Zu bedauern ist auch dies Mal die wenig gute Art der Abbildungen, die meist nur halbschematisch, manchmal auch nur mit großer Mühe zu verstehen sind. Immerhin liegt hier ein Werk vor, dessen Kenntnis auch für den deutschen Autor unentbehrlich erscheint.

Tietze (Breslau).

4) **A. Hoffa.** *Atlas und Grundriss der Verbandslehre für Studierende und Ärzte.*

Lehmann's med. Handatlanten 1896. Bd. XIII. Preis 7 Mk.

Als 13. Band von Lehmann's bekannter Sammlung medicinischer Handatlanten ist, ein treffliches Buch, H.'s Verbandslehre erschienen. Der Verf. hat sich in demselben rein praktische Aufgaben gestellt und erreicht dieselben in vollkommenster Weise. Es befähigt ihn dazu nicht nur die Fülle seiner sonstigen Erfahrungen, sondern auch eine langjährige Lehrthätigkeit gerade auf diesem Gebiete, welche ihn mit den Bedürfnissen des jungen Mediciners durchaus vertraut gemacht hat. Ein ganz besonderes Gewicht ist, seiner Tendenz nach, in dem Buche auf die Herstellung guter Abbildungen gelegt worden. Dieselben sind nach Photographien gemalt und dann erst reproducirt worden. Dadurch ist in der That eine Vollendung erreicht worden, wie wir sie kaum an anderer Stelle treffen werden. Modell hat zum Theil eine Reihe von Kollegen gegessen, unter denen wir manchen Bekannten finden. So sehr das Buch in künstlerischer Beziehung dadurch gewonnen hat — es sind prachtvollte Köpfe darunter — so hätte ich doch — man nehme mir diesen Einwurf nicht übel! — an mancher Stelle eine indifferente Persönlichkeit lieber gesehen. —

Naturgemäß werden zuerst die Binden- und Tücherverbände geschildert, unter diesen aber eine ganze Reihe zweckmäßiger Modifikationen der bekannten Typen. Sodann folgt — in sehr dankenswerther Weise — eine detaillirte Beschreibung der Wundverbände an den einzelnen Körpertheilen. Den Beschluss machen Schienen, Laden, Stützapparate etc. Wo es wünschenswerth ist, sind historische kurze Notizen in den Gang der Darstellung eingeflochten; letztere selbst ist knapp und präcis, so dass eine enorme Menge von Material in relativ engem Rahmen gegeben wird. Das Buch wird sich sehr bald zahlreiche Freunde erwerben.

Tietze (Breslau).

5) C. Leedham-Green. Versuche über Spiritusdesinfektion der Hände. (Vorläufige Mittheilung.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 23.)

Die Versuche wurden im Hospital zu Birmingham theils an Händen in normalem Zustande, theils an künstlich inficirten Händen vorgenommen. Die Hände wurden mit sterilisirter Seife und heißem sterilisirten Wasser gerieben, zur Beseitigung der Seife gespült und darauf mit Alkohol mittels einer Nagelbürste und einem Stückchen sterilisirten Lovschwammes oder Charpie abgerieben. Es wurde entweder reiner Alkohol oder denaturirter Spiritus benutzt. Nach dem Gebrauch des Spiritus wurden die Hände tüchtig mit heißem sterilen Wasser abgespült.

Dann wurde ein steriles Elfenbeinstückchen dem Versucher unter aseptischen Kautelen übergeben. Dieser rieb die rauhe Oberfläche mit seiner Hand und brachte die Kante unter den Fingernagel. Dann wurde das Elfenbein in eine Röhre fallen gelassen, die flüssiges Agar-Agar enthielt. Nach 3 Tagen wurden die Röhrchen auf etwaige Kolonien geprüft.

Ähnliche Versuche wurden mit Äther oder einer Mischung von Alkohol und Äther angestellt.

Fast stets wurden große Mengen von Kolonien gefunden, entgegengesetzt den Resultaten von Ahlfeld und Reineke. Eine zufällige Infektion seiner Röhren schließt L. aus, und zwar 1) weil kein Kontrollversuch Wachsthum entdecken ließ. 2) Wenn L. Versuche mit Rein-kulturen machte, abwechselnd den *Bacillus pyocyaneus* und den *Kartoffelbacillus* benutzend, fand er jedes Mal, dass der *Bacillus*, mit dem die Hand inficirt war, in solcher Zahl wuchs, dass es schwer war, den anderen zu erkennen. 3) Wenn das Elfenbeinstäbchen vorsichtig in die Röhre fallen gelassen wurde, und wenn das Agar-Agar durch Abkühlung gleich erhärtete, dann wuchsen die Mikroben an dem Ende des Stäbchens, das den Nagel gekratzt hatte und nur an dem Ende. 4) Die Anzahl der Kolonien stand in umgekehrtem Verhältniss zu der Zeit, während welcher die Hände gereinigt worden waren.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

6) **Ahlfeld.** Einige Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit des Herrn Dr. Leedham-Green.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 23.)

A., welcher es dahin gestellt lässt, ob nicht doch in der Versuchsreihe von Leedham-Green irgend wo ein Fehler mit untergelaufen ist, weist zur Entkräftung der von Jenem erhaltenen negativen Resultate auf die äußerst günstigen praktischen Ergebnisse der Heißwasser-Alkohol desinfektion in seiner Klinik hin. Von 50 Schülerinnen erlangten 46 durch die Alkohol desinfektion einen keimfreien Finger, die Anderen erreichten dies Ziel durch wiederholte Alkohol desinfektionen.

A. sowohl wie seinem Assistenten Dr. Kühne gelang die Keimfreimachung des in die Gebärmutterhöhle eingeführten Fingers allein mit der Heißwasser-Alkohol desinfektion vollständig, wesshalb A. bei seiner Empfehlung der Methode trotz L.'s negativen Ergebnissen verharret.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

7) **Reuter.** Die antibakteriellen Eigenschaften des Jodoformins und Jodoformols. (Aus dem hygienischen Institut in Bonn.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 30.)

Beide aus der Fabrik von Marquart in Bonn-Beuel stammende Präparate, welche den Geruch des Jodoforms nur in geringem Grade zeigen, wurden von R. auf ihre antibakterielle Wirksamkeit geprüft, wobei er zu dem Resultate kam, dass das Jodoformin in Versuchen mit Bakterien auf künstlichen Nährböden das Jodoform an entwicklungshemmender Kraft übertrifft, das Jodoformol wiederum das Jodoformin. Die von R. erhaltenen experimentellen Ergebnisse muntern in hohem Grade zur Vornahme klinischer Versuche mit beiden Substanzen auf.

Was die Giftigkeit der Präparate betrifft, so hält R. den Umstand, dass sie in allen Lösungsmitteln weniger löslich sind als Jodoform, für ihre relative Unschädlichkeit sprechend.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

8) **R. Weber.** Oesophagotomia interna. Eine historisch-kritische Studie.

Inaug.-Diss., Leipzig.

W. stellt alle bisher bekannten Fälle von Oesophagotomia interna seit 1861 zusammen. Es sind 23, resp. 25 an Zahl. Zwei davon sind bisher nicht publicirt und von Kölliker (Leipzig) operirt worden. Den ausführlicheren interessanten Krankengeschichten folgt eine Beschreibung der einzelnen zu dem Eingriff verwendeten Instrumente. Verf. verwirft von vorn herein die Instrumente, welche von oben nach unten, d. h. anterograd, die Narbe durchschneiden sollen, wie sie von Maisonneuve, Dolbeau, Studsgaard und

Lannelongue angegeben wurden. Bei diesen Verfahren weiß man nie mit Sicherheit, wohin das Instrument dringt. Dessgleichen hält W. das Ösophagotom von Le Dentu, das mit 6 Klingen versehen ist, für gefährlich. Man soll nur retrograd, d. h. beim Durchziehen von unten nach oben, die Narben durchschneiden. Am meisten empfehlenswerth erscheint W. das Schiltz'sche Instrument, bei dem die Schneide gedeckt durch die Striktur geführt und dann durch einen besonderen Mechanismus auf ein genau zu bestimmendes Maß hervorgedrückt werden kann.

Der Eingriff selbst ist ein einfacher. Man kann leicht die Länge der Striktur bestimmen und soll dann am besten mehrere seichte Incisionen machen statt einer einzigen tiefen. Bis zu 2 mm kann man ohne Gefahr einschneiden. Die Schnittrichtung ist belanglos. Die Operation ist hauptsächlich bei Ätzstrikturen, 3mal auch bei Speiseröhrencarcinom vorgenommen worden. Auch hierbei wurde kein nachtheiliger Einfluss konstatiert. Die Oesophagotomia interna soll die Sondenbehandlung wieder ermöglichen; indicirt ist sie namentlich bei tiefgelegenen, nur einen kleinen Theil der Speiseröhre einnehmenden Strikturen, die vom Halse aus nicht mehr erreichbar sind.

Siegel (Frankfurt a/M.).

9) **Bobroff.** Die Appendicitis und ihre Heilung.

Separatabdruck aus der med. Rundschau 1896. (Russisch.) 23 S. Mit 18 Abbildungen.

Zu diesem, man könnte fast sagen international wichtig gewordenen Thema liefert der bekannte Chirurg einen Beitrag auf Grund von 18 Fällen, deren jeder einzelne durch je eine entsprechende Abbildung verdeutlicht wird. Die Fälle stellen die meisten der überhaupt vorkommenden Arten dieser Krankheit dar. Bisher seien die russischen Chirurgen hier mehr zögernd vorgegangen. B. befürwortet ein aktiveres Vorgehen. Oft war der Wurmfortsatz unter das Colon zu liegen gekommen. B. hält dies wegen der dadurch gegebenen Möglichkeit, dass dann durch Verlöthung eine extraperitoneale Eiterung zu Stande kommen könne, für einen Vortheil, trotzdem das Auffinden des Gebildes dadurch erschwert wird.

Bei der Beantwortung der Frage: »Was kann in einem Falle von Appendicitis der Therapeut mit seinen Mitteln erreichen?« warnt auch B. besonders vor der Anwendung des Opiums. Eher schon seien leichte Abführmittel am Platze.

»Wann soll man operiren?« B. kennzeichnet seinen Standpunkt dahin, dass man mit der Operation nicht zögern soll, wenn nach Wiederholung einiger Anfälle eine Schmerzhaftigkeit oder eine gewisse Härte an der Stelle der Erkrankung zurückgeblieben ist. Öfter ist der Wurmfortsatz nur schwer aufzufinden. B. sucht sich dann zunächst nach dem Bauchschnitt über die Lage des Colons zu orientiren und verfolgt dann die Richtung der Tanie weiter, in deren Fortsetzung der Wurmfortsatz liegt. Findet man ihn auch dann nicht, so tastet man durch den Darm hindurch, ob man nicht einen

verdickten Strang unterhalb desselben fühlt. Trotz aller Mühe gelang es B. doch in 2 Fällen von tuberkulöser Entzündung nicht, den Wurmfortsatz in den außerordentlich dicken, zusammengebackenen Massen zu finden. Durch ihre große Mannigfaltigkeit der vorgefundenen anatomischen Verhältnisse und durch ihre genaue Bearbeitung bilden die beschriebenen Krankheitsfälle ein lehrreiches Material in einer Frage, in der noch viel zu lernen ist.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

10) Rushmore. Intestinal fistula following appendicitis.

(Annals of surgery 1896. Oktober.)

Auch in Fällen, wo ein brandiger Wurmfortsatz in der Wand eines perityphlitischen Abscesses liegt, eine Unterbindung oder Vernähung des Stumpfes aber unthunlich erscheint, braucht eine Kothfistel aus diesem Zustande nicht zu entstehen, im Gegentheil, die Natur besorgt die Demarkation des Erkrankten und den Verschluss der Darmwunde oft besser wie der Arzt, und in zwei vom Verf. mitgetheilten Fällen war die resultirende Darmfistel vielleicht die Folge eines zu radikalen Vorgehens. Wo allerdings ein genügend langer und anscheinend relativ gut ernährter Stumpf des Wurmfortsatzes bei einem ähnlichen Fall gefunden wird, da bevorzugt Verf., sobald dies technisch gut ausführbar erscheint, den künstlichen Verschluss der Appendix, und zwar durch einfache cirkuläre Umschneidung und Ätzung mit Karbolsäure. Eine schlecht angelegte Umschnürung, eine unaufmerksam vorgenommene Naht kann zur Darmfistel führen, eben so ein zu lange liegendes Drainrohr in Folge von Druckusur. In anderen Fällen tritt die Fistel ein ohne Verschulden des Arztes, und zwar durch ein auf der Schleimhaut der Appendix entstandenes Geschwür, das allmählich nach außen durchbricht. In vielen Fällen schließen sich diese Fisteln spontan, mit einer Operation warte man daher jedenfalls so lange, bis sich die Fistel nicht mehr verkleinert; erst wenn dieses Stadium erreicht ist, ist ein Eingriff, die Naht, angezeigt. Der beste Schutz gegen eine Fistel, die ja im Recidiv der Krankheit immer wieder eintreten kann, ist die Resektion des einmal erkrankt gewesenen Wurmfortsatzes »at the earliest possible moment«.

Tietze (Breslau).

11) G. Ekehorn. Bidrag till statistiken öfver mjölksyrejösningens betydelse och förekomst vid magkräfta.

(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. I. p. 496.)

Verf. liefert zuerst eine kurze Übersicht der Litteratur, welche das Vorkommen von Milchsäure beim Magenkrebs behandelt; er setzt dabei besonders die Empfindlichkeit und Brauchbarkeit der verschiedenen Reaktionsmethoden (Uffelmann, Boas) und die vorgeschlagenen Modifikationen derselben aus einander. Danach erörtert er die bisher gewonnenen statistischen Zahlen Betreffs der Häufigkeit der

Milchsäure beim Krebs und derjenigen bei relativ gutartigen Krankheiten des Magens und erwähnt die nothwendigen Vorbedingungen für das Auftreten derselben. Im letzten Theile der Arbeit theilt Verf. 81 von ihm im allgemeinen Krankenhause zu Hernösand auf Milchsäure und freie Salzsäure untersuchte Fälle mit. 28 von diesen stellt er in einer Gruppe zusammen. Diese Fälle scheiden sich durch ein fast konstantes Auftreten der Milchsäure deutlich von den 53 in einer zweiten Gruppe zusammengestellten. In 22 Fällen der erstgenannten Gruppe konnte Carcinom mit Gewissheit diagnosticirt werden (= 80%). Nur in 3 Fällen fand Verf. Krebs ohne Milchsäure. Mit wenigen Ausnahmen hat Verf. Uffelmann's Reaktion angewandt. In den 53 Fällen von anderen Magenkrankheiten gab die Milchsäurereaktion konstant negatives Resultat. Zuletzt werden ausführliche Krankengeschichten von 6 operativ behandelten Fällen (4 Probelaaparotomien, 1 Gastrektomie, 2 Gastroenterostomien — 1 Fall 2mal operirt) mitgetheilt. Die epikritischen Bemerkungen Verf.'s beziehen sich auf ähnliche Fälle aus der Litteratur.

Die Schlüsse, welche Verf. aus seinen Untersuchungen zieht, gipfeln in der Behauptung, dass man bei konstantem Auftreten der Milchsäure berechtigt sei, Probelaaparotomie und eventuelle Exstirpation zu machen, weil die Milchsäure erweislich schon in einem frühen Stadium der Krankheit vorkommt. In denjenigen Fällen, wo Verf. dieses werthvollen Frühsymptoms wegen den Bauch geöffnet hat, war immer ein — leider nicht immer entfernbare — Carcinom zu finden.

Die Untersuchungen Verf.'s liefern einen werthvollen Beitrag zur Beantwortung der Frage von der Bedeutung des Auftretens der Milchsäure für chirurgisch-therapeutische Zwecke.

A. Hansson (Warberg).

12) H. Cripps. A method of temporarily closing the opening after gastrostomy or enterostomy.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1849.)

C. verschließt die durch Gastrostomie oder Enterostomie gebildete Fistel, um zu verhindern, dass Magen- oder Darminhalt aus derselben heraustrete, auf folgende Weise. Er führt durch die Wundöffnung mit Hilfe einer Zange eine zusammengerollte runde Gummischeibe, welche an einem Faden hängt, dessen beide Enden nach außen geleitet werden, ein. Im Innern rollt sich nach Herausziehen der Zange die Scheibe von selber auf. Die beiden Fadenenden werden alsdann über einem Bausch derart geknüpft, dass die Scheibe die Fistel von innen verschließt. Je größer der Flüssigkeitsdruck im Inneren ist, desto fester wird die Scheibe an die Schleimhaut gedrückt, und so ein guter Verschluss erzielt.

H. Stettiner (Berlin).

13) **F. Terrier et M. Auvray.** Les traumatismes du foie et des voies biliaires. Première partie. Foie.

(Revue de chir. 1896. No. 10.)

Der vorliegende erste Theil der Abhandlung beschäftigt sich nur mit den Leberverletzungen, deren verschiedene Arten hinsichtlich des Mechanismus ihrer Entstehung theils durch Schuss-, schneidende oder stechende Waffen, bezw. Instrumente, theils durch Kontusion (Choc direct, Pression, Contrecoup) und in anatomischer und klinischer Hinsicht eingehend geschildert werden. So interessant und werthvoll dieser Abschnitt ist, so empfiehlt doch ganz besonders der folgende über die Behandlung der Leberverletzungen die Arbeit zu genauem Studium. An der Hand sorgfältiger statistischer Zusammenstellungen, die in Tabellen wiedergegeben sind, über die bei den einzelnen Kategorien von Leberverletzungen durch chirurgische Eingriffe erreichten Erfolge wird versucht, die Berechtigung möglichst frühzeitiger, eventuell explorativer Laparotomie für die Mehrzahl der Fälle mit Ausschluss solcher, wo das Fehlen einer äußeren Wunde, von Blutungs- und Collapserscheinungen eine abwartende Behandlung erlaubt, nachzuweisen und die operative Technik festzustellen. Aus den einzelnen Statistiken mit ihren Zahlenreihen ersehen wir, dass unter den bisher operativ behandelten 46 Fällen (20 Schnitt- und Stich- [5 †], 14 Schuss- [4 †] und 11 Kontusions- [5 †] etc. Verletzungen) 32 geheilt worden, 14 gestorben sind, und lässt sich vermuthen, dass die freilich sich nur auf nicht allzuschwere Verletzungen beziehenden günstigen Resultate bei frühzeitigerer Operation, welche den gefährlichen Blutungen zu begegnen und der lokalen und allgemeinen Bauchfellinfektion vorzubeugen erstrebt, vielleicht noch zahlreicher gewesen wären.

Was die Ausführung der Operation betrifft, so ist zunächst ein großer, am besten medianer Bauchschnitt, eventuell mit Rippenresektion nöthig, oder bei Verdacht auf gleichzeitige Brustfellverletzung der transpleurale Weg, mit jenem kombinirt, zu wählen, um die Leberoberfläche gut übersehen, besonders auch an ihrem konvexen Theil und am Hilus abtasten, so wie die übrigen Bauchorgane untersuchen zu können. Zur Blutstillung eignet sich nach den bisher operirten Fällen und nach experimentellen Untersuchungen der Verff. vor Allem — selbstverständlich, wo anwendbar auch die Gefäßligatur — die tiefe, breitfassende Naht des Leberparenchyms mittels nicht spitzer Nadeln und dicker Seide oder bei Unmöglichkeit ihrer Ausführung wegen zu tiefer Lage der Verletzung, oder wegen großer Brüchigkeit des Gewebes, die Gazetamponade für 2—4 Tage, eventuell nach Thermokauterisation des letzteren. Projektile und andere Fremdkörper dürfen nur dann, wenn es ohne Schaffung neuer Verletzungen geschehen kann, entfernt werden. Auch für stark zerquetschte Partien des Organs erscheint die Gazetamponade mit Drainage am zweckmäßigsten. Der Behandlung der Leberverletzung

ist die sorgfältige Säuberung der Bauch- bzw. Pleurahöhle von Blut, Galle, Gerinnseln etc. mittels Gazetupfern anzuschließen. Bei erst spät in Behandlung kommenden Fällen werden bestehende Komplikationen (Leberabscess, Peritonitis etc.) entsprechende Eingriffe erfordern. — Den Schluß der Arbeit bildet eine kurze Beschreibung der Art der Heilung von Leberwunden nach Terillon's Untersuchungen.

Kramer (Glogau).

14) **Lejars.** Contribution à l'étude des indications de la cholécystotomie et de la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire.

(Revue de chir. 1896. No. 9.)

Wenn auch die Abhandlung dem deutschen Chirurgen kaum etwas Neues bietet, so verdient sie doch wegen der klaren und einsichtigen Kritik der im Titel genannten Operationen und ihrer Indikationen an dieser Stelle erwähnt zu werden. Die Ausführungen von L. stützen sich sowohl auf die Erfahrungen und Urtheile Anderer, als auch auf eine Reihe eigener Beobachtungen von mit schönen Erfolgen operirten Fällen von Gallensteinkrankheit. Da letztere nur sehr selten von der Gallenblase selbst ihren Ausgang nimmt, werden von L. von vorn herein die Indikationen der Cholecystektomie sehr begrenzt, und die Cholécystotomie als die zumeist angezeigte Operation hingestellt, durch welche eine länger dauernde Ableitung von infektiöser Galle und von Steinen aus der Leber, der Katheterismus der Gallengänge ermöglicht und durch die Erhaltung der Gallenblase »la possibilité d'une dérivation ultérieure, cutanée, intestinale, ou stomacale, qui proviendrait la cholémie« gesichert werde. Die partielle oder totale Exstirpation der Gallenblase bleibt für die Fälle von schweren Veränderungen der Blasenwand und Sitz der Gallensteinkrankheit in der Gallenblase allein beschränkt und ist unter solchen Umständen ein nicht nur berechtigter, sondern durchaus nothwendiger Eingriff. Zur Illustration dieser Anschauungen dienen eine größere Anzahl von durch L. operirten Fällen.

Kramer (Glogau).

15) **L. Longuet.** Traitement chirurgical de l'angio-cholécystite (non calculeuse).

Paris, Société d'Éditions scientifiques, 1896.

In der sehr breit angelegten Arbeit giebt Verf. zunächst eine Übersicht über die bisherigen Operationen an den Gallenwegen, um dann die nicht durch Steine herbeigeführten Entzündungen derselben zu besprechen.

Die Angiocholecystitis ist infektiöser Natur, und zwar erfolgt die Infektion vorwiegend vom Darm aus durch den Ductus choledochus. In der Regel sind Kokken gefunden (Bacterium coli, Bacillus Eberth, Eiterkokken, Pneumokokken), selten war der Inhalt der

entzündeten Gallenblase steril. Die Zusammenstellung umfasst 70 Fälle, deren Krankengeschichten am Schluss ausführlich mitgeteilt werden. Die nach Quénu gegebenen Regeln zur Absuchung der Gallengänge enthalten nichts Neues. Die Angiocholecystitis non calculosa kann Kolikanfälle auslösen, welche denen der Steinkolik vollkommen gleichen.

L. theilt dann die Fälle nach einem sehr detaillirten Schema ein:

I. Infections de l'arbre biliaire principal. A. Infections radiculaires, Cirrhoses hypertrophiques, Hépatites infectieuses. B. Infections ramusculaires, Angiocholite. C. Affections tronculaires, Cholédochite.

II. Infections de l'arbre biliaire accessoire. A. Septicémies biliaires. B. Pyémies biliaires. C. Abscès froids biliaires.

Diese Eintheilung, welche noch in zahlreiche Unterabtheilungen zerlegt wird, erscheint gekünstelt, und die Fälle lassen sich nicht ohne Zwang in dieselbe einreihen.

Unter I. A. werden 7 Fälle beschrieben, wo wegen Hypertrophie und Cirrhose mit oder ohne Ikterus die Laparotomie gemacht wurde (Fälle von Segond, Terrier, Routier, Quénu); in 2 Fällen wurde eine Gallenblasenfistel angelegt, in den anderen bestand der Eingriff nur in Entleerung von Ascites, Trennung von Verwachsungen, Massage der Gallenblase etc. Ein Pat. starb an cholämischer Blutung. Bei den anderen folgte Heilung oder Besserung, 2mal blieb der Zustand unverändert. Es erscheint nicht sicher, dass es sich in allen diesen Fällen um »Infections radiculaires des voies biliaires« gehandelt hat.

Unter Angiocholite wird als einziger Fall der von Sandler angeführt, welcher nach der Mittheilung des Letzteren einen Leberabscess von nicht ganz klarer Ätiologie darstellt.

Der erweiterte, mit entzündlichem Material (ohne Steine) angefüllte Choledochus ist nach seinem Verfahren bisher 3mal eröffnet worden (ohne Erfolg).

Unter II werden die Infektionen der accessorischen Gallenwege behandelt. Als Septicémie biliaire beschreibt Verf. die Cholecystitis nach Typhus und Cholera; dieselbe neigt zu Durchbruch und consecutiver Peritonitis (Fall von M. Sheild geheilt, Lévine gestorben). Die Bezeichnung dieser Fälle als »septhämischer« ist zu beanstanden: Akute infektiöse Cholecystitis mit Perforation erschiene richtiger (Ref.). Eben so wenig erscheint es gerechtfertigt, unter Pyémie biliaire die Paracholecystitis suppurativa und fibrosa so wie die Cholecystitis suppurativa und fibrosa, zusammenzufassen. Sicherlich können die eitrigen Entzündungen der Gallenblase selbst, so wie die von ihr ausgehenden Abscesse in der Nachbarschaft zur Pyämie führen; es wäre auch denkbar, dass sie durch Pyämie entstünden, obwohl diese Ätiologie selten ist; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind es aber lokale Eiterungen der Gallenblase und Umgebung, welche man nicht als pyämisch

bezeichnen kann, so fern man wenigstens dem allgemeinen Sprachgebrauch zu Folge die Pyämie als eine Allgemeinkrankheit auffasst. — Vollends die fibrösen Entzündungen der Gallenblasenwand und Umgegend haben mit Pyämie nichts zu thun, sondern sind Folgen lokaler Reizung.

Mehrfache Wiederholungen sind die Folge der schematischen Eintheilung des Stoffes.

Die Beobachtungen sind zum größeren Theile der französischen Litteratur, zum kleineren Theile der englischen und deutschen entnommen. Die akuten entzündlichen Affektionen der Gallenwege ohne gleichzeitige Steinbildung stellen eine wichtige Indikation zu chirurgischen Eingriffen dar. So lange die Entzündung die extrahepatischen Gallenwege allein oder vorwiegend befallen hat, sind die Aussichten für den Erfolg gute. Ist die Infektion schon auf die intrahepatischen Gallengänge fortgeschritten, so sind die Aussichten für operative Heilung zweifelhafte. Es ist als ein Verdienst zu bezeichnen, dass L. die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf diese Erkrankungsformen hingewiesen und ein größeres Material zusammengestellt hat.

W. Körte (Berlin).

16) Olgiati. Indications de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate.

Paris, Société d'Éditions scientifiques, 1896.

Verf. theilt einen von Vinard mit Erfolg operirten Fall von hypertrophischer Malariamilz mit:

22jährige Frau, seit 14 Monaten große Bauchgeschwulst; häufige Malariaanfälle seit der Kindheit. Anämie, gelbblasser Hautfarbe. Die Geschwulst ist anfallsweise gewachsen, verursacht Schmerzen, besonders bei Bewegungen, sie nimmt vorwiegend die rechte Bauchseite ein, reicht vom Rippenrand bis zu dem kleinen Becken hinab, ist beweglich. Diagnose: Bewegliche Malariamilz. Keine Leukämie. Splenektomie 19. Oktober 1895. Das Organ wird leicht entwickelt, eine Netzadhäsion abgebunden. Stiel 15 cm lang, sehr breit, 2—3 cm dick, enthält sehr große Gefäße mit brüchigen Wandungen. Beim Versuch der Abbindung in Partien entsteht Blutung, daher Massenunterbindung, den Pankreasschwanz mit einschließend. Heilung. Mikroskopische Untersuchung: Atrophie der Malpighischen Körperchen, unregelmäßige Kongestion der Pulpa, wenig Pigment.

Außer diesem Falle hat Verf. 35 Fälle von Splenektomie wegen Malariamilz zusammengestellt mit 24 Heilungen, 12 Todesfällen. Unter den Heilungsfällen sind 9 von Wandermilz. Mit Hinzufügung von 11 derartigen Fällen aus der Arbeit von Lieftring erhält er 47 Fälle, 35 geheilt, 12 gestorben. Unter den 47 Geheilten sind 20 Fälle von Wandermilz. Die Hauptgefahr der Operation besteht in der Blutung. Die Gefäße sind sehr entwickelt und haben zerreißliche Wandungen. Das Parenchym ist sehr brüchig. Gefährlich sind auch flächenförmige Verwachsungen. Die Anämie der Malariker ist an sich ein ungünstiger Umstand für die Operation. Diese ist sehr eingreifend und disponirt an und für sich zum Shock.

Die Beschwerden bestehen in Schmerzen, welche die Arbeit hindern, und in Druck auf die Eingeweide. Ektopie der Milz vermehrt die Beschwerden. Mehrfach ist Ruptur der Malariamilz beobachtet. Verf. hält die Splenektomie in solchen Fällen für äußerst gefährlich. Die innere Medikation muss erst erfolglos erschöpft sein, ehe die Operation angezeigt ist. Die Folgen der Entfernung der Malariamilz waren bei den Überlebenden meist unbedeutend. Schutz vor neuer Malariainfektion giebt die Operation nicht.

Als Hauptkomplikationen für die Operation bestehen: Kachexie, Leukämie, zu großes Volumen des Organs, flächenförmige, ausgedehnte Verwachsungen. Die Leukämie und Adhäsionen geben verschiedene Kontraindikationen gegen die Operation ab.

Beweglichkeit der Milz — Wandermilz — erleichtert die Operation und giebt günstigere Aussichten. Stieldrehung der hypertrophischen Malariawandermilz erfordert sofortige Operation. — 36 Krankengeschichten sind im Anhang beigefügt.

W. Körte (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

- 17) **E. Anders.** Eine neue Bearbeitung des Filzes für Herstellung von Immobilisationsapparaten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

A. empfiehlt eine von ihm vielfach mit gutem Erfolge angewendete Methode der Filzsubereitung, wobei speciell auf die gute Durchtränkung des Materials mit einer Lösung Gummi lacca in tabulis in Spirit. vini rectificati gesehen werden muss. Die Methode ist an Ort und Stelle nachzulesen, da sie sich in einem kurzen Referat nicht übersichtlich wiedergeben lässt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

- 18) **J. Halban.** Beitrag zur Pathogenität des Friedländer'schen *Bacillus pneumoniae*.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 44.)

Im Anschluss an die wenigen in der Litteratur bekannt gemachten Fälle, wo Friedländer's Kapselbacillus als Erreger von Eiterung beobachtet worden ist, berichtet Verf. über eine einschlägige Beobachtung aus der Albert'schen Klinik. Es wurde nämlich der *Bacillus pneumoniae* in einem spontan vereiterten Hämatom des Hodensackes gefunden, wo er als offenbare Ursache der Infektion anzusehen ist. Es schloss sich auf dem Wege der Lymphbahnen an die Scrotaleiterung eine Peritonitis an, welcher der Kranke erlag. Es handelte sich um einen 53jährigen Kranken, welcher einige Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik eine leichte Quetschung des Hodensackes erlitten hatte. Vereiterung des Hodensackes und des linken Hodens, Peritonitis. — Die bakteriologische Untersuchung des aus einer Incisionswunde des Scrotums gewonnenen Eiters ergab im Deckglaspräparate wie in der Kultur das alleinige Vorhandensein des Kapselbacillus. Eben so erwiesen sich die Thierversuche für den Friedländer'schen *Pneumobacillus* als positiv. In Bezug auf die Frage, auf welchem Wege in diesem Falle die Vereiterung des Hämatoms zu Stande gekommen ist, entscheidet sich Verf. für die hämatogene Infektion schon im Hinblick darauf, dass der Friedländer'sche *Pneumobacillus* ein gar nicht so seltener Bewohner des ganz gesunden Menschen ist.

Hinterstolss (Tesch).

19) **T. Secchi.** Das Vorkommen von Blastomyceten bei der Keloïd-acne.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. No. 10.)

In der italienischen Litteratur spielen jetzt die Blastomyceten als Ursache von Geschwülsten eine ganz besonders große Rolle. Es ist nach den Beschreibungen der Autoren schwer, mit Sicherheit ein Urtheil über manche dieser Befunde zu fällen. Das trifft auch für die Mittheilung S.'s zu. Er hat in 2 Fällen sogenannter Keloïdace (ohne eine besondere Färbungsmethode, denn specifisch wirken die angegebenen Methoden keineswegs) runde Körperchen gefunden, die zum Theil von einer Art Kapsel umgeben sind, und die er eben so wie *Sanfelice* für Blastomyceten hält. (Nach der Beschreibung ähneln diese Gebilde *Russel'schen* Körperchen sehr — ausführlichere Mittheilungen bleiben abzuwarten. Ref.)

Jadassohn (Bern).

20) **Gade.** Falsche Geschwulstrecidive, verursacht durch Einheilung von aseptischen Fremdkörpern (Verbandstoffen).

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 27.)

Es handelte sich das eine Mal um ein Pseudorecidiv einer Knochentuberkulose des unteren Endes der linken Tibia, das andere Mal um ein eben solches nach Exstirpation einer erbsengroßen Geschwulst der Mundschleimhaut. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwülste durch zurückgebliebene Verbandstoffreste bedingte Entzündungsprodukte waren. Textilfasern waren nachweisbar; sie traten mikroskopisch nach Färbung mit *Löffler'schem* Methylenblau hervor.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

21) **H. Mehrer.** Ein Fall von hochgradiger allgemeiner Melanose bei melanotischem Sarkom.

(Wiener med. Presse 1896. No. 44.)

45jährige Kranke mit inoperablem, faustgroßem exulcerirten Melanosarkom der linken Schenkelbeuge. Infiltration der rechten Pleurahöhle. Jauchiger Zerfall in der Neubildung, Blutungen, Tod. Keine Sektion. Höchst merkwürdig war in diesem Falle die in den letzten Wochen auftretende, immer mehr sich steigende Dunkel-färbung des Gesichts, die am übrigen Körper nur kaum angedeutet war. Die Pigmentirung, so stark, dass Pat. den Eindruck einer Negerin machte, erstreckte sich auch auf die Bulbi und die Schleimhaut des Mundes. In den letzten Wochen auch ausgesprochene starke Melanurie.

P. Wagner (Leipzig).

22) **Scheven und Hartmann.** Zur Kenntniss der sekundär-malignen Neurome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1.)

S. und H. verfügen über je eine Beobachtung von Nervensarkom, welche der von *Garrè* aufgestellten Kategorie der »sekundär malignen Neurome« angehören.

In S.'s Fall zeichnete sich die Geschwulst durch einen hohen Grad lokaler Bösartigkeit aus; jede Operation war von einem rasch nachwachsenden Recidiv im Nervenstamm (*Medianus*) gefolgt. Die Sektion (Tod an Pneumonie) ergab an zahlreichen Nervenstämmen Zeichen einer kongenitalen Elephantiasis neuromatodes. In dem H.'schen Fall blieben lokale Recidive aus, die späteren Geschwülste entwickelten sich an verschiedenen Stellen des Nervensystems. Gemeinsam ist beiden Beobachtungen die Thatsache, dass das Auftreten funktioneller Störungen im Gebiet der befallenen Nerven mit dem Beginn der bösartigen Umwandlung zusammenfiel. Die histologische Untersuchung ergab in beiden Fällen Spindelzellsarkom.

S. glaubt zwischen den »primären Nervensarkomen« und den »sekundär-malignen Neuomen« als dritte jene Fälle einschieben zu sollen, wo eine seit Jahren bestehende Geschwulst plötzlich rasch zu wachsen beginnt, und wo im Übrigen keine Zeichen der Elephantiasis neuromatodes nachweisbar sind. H.

tritt in einem Anhang dieser Auffassung entgegen und hält mit Entschiedenheit an der Garré'schen Zweitheilung fest. Hofmeister (Tübingen).

23) S. P. Fedorow. Die Resultate der Serumtherapie bösartiger Neubildungen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1896. Hft. 5.)

8 Fälle aus Prof. Bobrow's Klinik in Moskau, 2 Fälle aus dem Golizyn'schen Hospital. Injicirt wurden Emmerich-Scholl's Streptokokkenserum (das mehrmals Streptokokken enthielt), selbstbereitetes Streptokokkenserum, nach Coley bereitetes Streptococcus prodigiosus-Serum, Serum nach Richet-Héricourt, Osteosarkomextrakt und Hundeserum nach Injektion von Sarkomextrakt. 9 Fälle von Sarkom, 1 Carcinom. In keinem Fall trat Heilung oder dauernde Besserung ein; nur 2mal wurde der Verlauf etwas aufgehalten. Vorhandene Schmerzen wurden mehrmals geringer oder schwanden für einige Zeit. Dafür wurden sehr oft bedeutende allgemeine Reaktion, mehrmals sehr schwere Respirationstörungen beobachtet. Die allgemeine Reaktion hängt nach F. von der Resorption der Zerfallsprodukte ab, die nach Injektion (besonders in die Geschwulst selbst) entstehen. Unentschieden bleibt die Frage, ob Toxin- oder Serumtherapie wirksamer ist. F. wendet diese Behandlungsmethode nur bei inoperablen Fällen an, um das Wachsthum aufzuhalten, hauptsächlich aber die Schmerzen zu lindern. S. Glückel (Saratow).

24) Ehrlich. Zur Symptomatologie und Pathologie des Rotzes beim Menschen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1.)

E. theilt einen Fall von akutem, tödlich verlaufendem Rotz mit, den er in der Rostocker chirurgischen Klinik bei einem 26jährigen Kunstreiter zu beobachten Gelegenheit hatte. Die genaue klinische Beobachtung sowohl als die eingehende anatomische, histologische und bakteriologische Untersuchung verleiht dieser kasuistischen Mittheilung einen besonderen Werth. Der Tod erfolgte am 20. Tage nach dem Beginn der Erkrankung. Als Besonderheit im Krankheitsbild sei hervorgehoben die starke Betheiligung der großen Gelenke in Form eitriger Entzündung (beide Knie-, beide Ellbogen-, ein Fußgelenk), während die sonst gewöhnlichen multiplen Abscesse, namentlich in den Muskeln, fehlten. Erscheinungen von Seiten der Nase traten erst 2 Tage vor dem Tode auf. — Auf Grund des klinischen Verlaufes und der anatomischen Untersuchung glaubt E. in seinem Fall einen Impffrotz der äußeren Haut annehmen zu müssen mit primärer Lokalisation am äußeren Knöchel des rechten Fußes. Hofmeister (Tübingen).

25) A. Buschke. Über chronischen Rotz der menschlichen Haut nebst einigen Bemerkungen über die Anwendung des Mallein beim Menschen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Neben dem akuten Rotz giebt es eine chronische Rotzinfektion des Menschen, über die in der Litteratur sehr wenig Material vorliegt. Der Fall, über den der Verf. aus der Greifswalder chirurgischen Klinik berichtet, ist dadurch ausgezeichnet, dass die Rotzgeschwüre ausschließlich an der rechten Hand lokalisiert waren. Diagnostisch wurde zuerst an Lues gedacht, da weder das Aussehen der Geschwüre noch die mikroskopische Untersuchung für Tuberkulose sprach; doch gab die antisypilitische Therapie keinerlei Resultate (übrigens im Gegensatz zu manchen anderen Erfahrungen, nach denen Quecksilber und Jodkalium auch bei Rotz Erfolge erzielt). Erst das Thierexperiment — die Injektion von Sekret in die Bauchhöhle von Meerschweinchen nach dem bekannten Strauss'schen Verfahren — ergab die charakteristische eitrige Entzündung der Tunica vaginalis und den Befund von Rotzbacillen. In wie weit der Nachweis von Kutscher, dass auch ein anderes rotzbacillenähnliches Bacterium die Hodenschwellung bedingen kann, den diagnostischen Werth der Strauss'schen Methode beeinträchtigen kann,

lässt sich zur Zeit noch nicht übersehen. Die Gram'sche Färbung und das Kulturverfahren müssen die letztere jedenfalls ergänzen. Die Geschwüre wurden dann unter Blutleere excidirt und mit dem Paquelin verschorft; der Pat. ist jetzt 1 Jahr und 8 Monate gesund; ob definitiv geheilt, das muss nach den Erfahrungen über einzelne Spätrecidive unentschieden bleiben. Jedenfalls spricht sich Verf. energisch für das angegebene operative Verfahren, wo es vollständig durchführbar ist — bei der häufigen Lokalisation an der Nasenschleimhaut ist das natürlich kaum der Fall — aus. Auf Grund der speciell thierärztlichen Literatur rath B. dann noch, das Mallein diagnostisch und event. prognostisch zu verwerthen. In dem beschriebenen Fall konnte es erst nach der Operation zur Anwendung kommen und ergab dann trotz großer Dosen weder allgemeine noch lokale Reaktion. Wie weit solche negative Resultate beweisend sind, kann erst später entschieden werden.

Jadassohn (Bern).

26) **Tricomi-Morello.** Aneurisma dell' aorta curato col metodo Baccelli.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1896. No. 122.)

Die von Baccelli (Rom) 1873 zuerst gefasste Idee, Aortenaneurysmen durch Einführung von Uhrfederspiralen zur Gerinnung zu bringen, wurde kürzlich von T. bei einem 39jährigen Schuhmacher mit ziemlich glücklichem Erfolge zur Anwendung gebracht. Das Aneurysma war bei dem Pat. im Anschluss an einen durch Fall mit dem Fahrrad verursachten heftigen Stoß gegen die Brust zur Entwicklung gekommen. Die Beschwerden bestanden in heftigen, nach Arm und Schulter ausstrahlenden Schmerzen, Kribbeln und Taubheit im Arme, lästiger Pulsation im 2. Interkostalraum und hinter dem Brustbein; Herzklopfen, Athemnoth, Ohrensausen, Schwindel; in Folge dessen völlige Arbeitsunfähigkeit. 53 Tage nach Vornahme des gänzlich reaktionslos verlaufenden Eingriffes konnte Pat. seiner Erwerbsthätigkeit zurückgegeben werden. Die ihm anempfohlene Enthaltsamkeit von Alkohol und sonstigen Schädlichkeiten wurde von ihm gänzlich außer Acht gelassen. Trotzdem hielt die Besserung längere Zeit Stand und berechnete bei erneutem Eintreten von Verschlimmerungen zu noch 2maliger Wiederholung des Eingriffes, der jedes Mal von Besserung gefolgt war. Jedenfalls beschleunigt durch die Unvorsichtigkeit des Pat., erfolgte der Tod am 400. Tage nach der 1. Operation. Bei der Autopsie fanden sich zwischen Fibrin- und Blutgerinnseln verschiedene Stücke von Stahlspiralen von zusammen 2,74 cm Länge.

Zur Einführung derselben hatte T. sich eines möglichst feinen Trokars bedient. Er hat bei den wiederholten Eingriffen weder Blutung noch erhebliche Schmerzen beobachtet.

W. Schultz (Hamburg).

27) **A. v. Brackel.** Zur Kasuistik der Oesophagotomia externa.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1896. No. 29.)

Einer der seltenen Fälle von Oesophagotomia externa beim Kinde; bisher nur 12 Fälle bekannt. v. B. operirte mit Glück ein 13 Monate altes Kind, 9 Tage nachdem es einen Knopf verschluckt hatte. Der Knopf saß 3 cm unterhalb des Ringknorpels. Es wird nichts genäht; Wunde tamponirt. Am 6. Tage hatte sich die Wunde in der Speiseröhre geschlossen.

Häckel (Jena).

28) **W. Kramer.** Beitrag zur Aetiologie und Operation der desmoiden Geschwülste der Bauchwand.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

K. veröffentlicht einen bisher einzig dastehenden Fall von angeborener Desmoidgeschwulst der Bauchfascie. Er glaubt danach, dass diese Geschwülste überhaupt im Keime vorhanden seien, und dass in Folge eines Stoßes, Falles oder durch muskuloaponeurotische Zerreißen während der Gravidität oder durch puerperale Entzündungen, namentlich aber durch die nach mehrfachen Entbindungen zurückgebliebenen Störungen in dem anatomischen Zusammenhang der Fascien, Sehnen- und Muskelgewebe der Leibeswand begünstigende Momente für

das Wachsthum dieser Geschwülste geschaffen werden. Verf. empfiehlt sorgsame Muskelnnaht und, wo diese wegen der Größe des Defektes Schwierigkeiten macht, Plastik durch Muskelverschiebung des Rectus abdominis. Bei einer Frau, bei welcher K. eine Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend exstirpirte, und bei der eine halbhandgroßer Bauchfelllücke bestand, verwandte er die Serosa eines gleichseitig bestehenden Leistenbruches zur Deckung mit gutem Erfolg. Diese Methode wird natürlich nur selten anwendbar sein. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

29) F. Zagaro. Laparotomia d'urgenza.

(Gazz. degli ospedali 1896. No. 122.)

Verf. berichtet über eine von ihm in der Landpraxis mit glücklichem Erfolge vorgenommene Laparotomie. Es handelte sich um ein 18 Monate altes Kind, dem die abgebrochene Hälfte einer rostigen Stricknadel in die Bauchhöhle gedrungen war. Der Fall dürfte in so fern von Interesse sein, als Verf. durch die Umstände genöthigt war, unter Entbehrung aller der Hilfsmittel zu operiren, die man in Krankenhäusern für unerlässlich zu halten sich gewöhnt hat. Er operirte ohne Chloroform, ohne jegliche Assistenz; der Verband musste mit ausgekochten Leinentüchern angelegt werden. An der Hand der Krankengeschichte muss unbedingt zugegeben werden, dass ein anderer Weg zur Erhaltung des Lebens nicht zur Verfügung stand. W. Schultz (Hamburg).

30) Lyman. Report of a case of gastrotomy for removal of a pedunculated carcinoma of the stomach.

(Annals of surgery 1896. September.)

Bei einem Pat., der die Erscheinungen eines Magencarcinoms dargeboten hatte, wurde die Laparotomie ausgeführt, um je nach dem Befund die Gastroenteroanastomose oder die Pylorusresektion daran anzuschließen. Man fand nun aber in der Vorderwand des Magens zahlreiche disseminirte Knötchen beziehungsweise anderenorts eine mehr diffuse Infiltration. Im Innern des Magens war dagegen, offenbar von der Hinterwand ausgehend, eine knollige, derbe Masse zu fühlen. Nach ausgeführter Durchtrennung der vorderen Magenwand zeigte sich eine fast apfelgroße, knollige, mit einem sollbreiten Stiel von der hinteren Magenwand entspringende Geschwulst, die sich später als Adenocarcinom erwies. Die Nachbarschaft war stark infiltrirt; die Geschwulst nicht exulcerirt. Die Entfernung ihres Ansatzpunktes vom Pylorus betrug $1\frac{1}{2}$ Zoll. Pat. genas von der Operation.

Verf. hat nur einen ähnlichen Fall in der Litteratur finden können.

Tietze (Breslau).

31) A. Thomson. Operative interference in perforated ulcer of the stomach.

(Reprinted from the Lancet 1896. Juli 4.)

Verf. giebt einen Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Perforation des Magengeschwürs. Wenn auch bei Pat., von denen man weiß, dass sie an Ulcus gelitten haben, in den meisten Fällen die Diagnose nicht schwer sein wird, so kommen doch Fälle vor, die zu den schwersten Zweifeln Veranlassung geben. Ein solcher Fall war Fall I: 27jähriges Mädchen, seit Jahren in wechselndem Maße an den Erscheinungen des Magengeschwürs leidend, bekommt plötzlich einen Anfall von heftigen Magenschmerzen, Collapse, Übelkeit ohne Erbrechen, stärkste Anspannung der Bauchmuskeln, fast vollständiges Verschwinden der Leberdämpfung. Die Diagnose lautete auf Perforatio ulceris ventriculi. Bei der Laparotomie fand sich das Bauchfell gesund, keine Perforation, an der Vorderfläche des Magens eine blasse, etwas adhärente Narbe. Die Erscheinungen hielten noch 4 Tage an, dann glatte Heilung. Das Verschwinden der Leberdämpfung war, nach T., möglicherweise durch eine starke Ausdehnung der Flexura coli hepatica verursacht. T. rath in diesen seltenen Fällen, nachdem Alles geschehen ist, die Diagnose zu sichern, lieber 1mal unnöthigerweise die Laparotomie zu machen, als Kranke mit

wirklicher Perforation ohne Hilfe zu Grunde gehen zu lassen. Er hält es nicht für unwahrscheinlich, dass Fälle, wie der geschilderte, als ohne Operation geheilt aufgeführt werden könnten. Die beiden anderen Fälle, in denen wegen Perforation eines Geschwürs operiert wurde, sind folgende: Fall II: 45jähriger Mann, seit 5 Jahren magenleidend. Operation etwa 6 Stunden nach dem Auftreten der Perforation. Gas im Peritonealraum. Es fand sich eine runde Perforationsöffnung vom Durchmesser eines gewöhnlichen Bleistifts an der Vorderfläche des Pylorus. Peritoneum mit Borsäurelösung ausgewaschen, Drainage nach der Nierengegend und dem kleinen Becken. Zunächst guter Verlauf, dann allmählich zunehmende Unregelmäßigkeit der Hersthätigkeit, Fieber, Kräfteverfall. Tod am 17. Tage p. op. Die Sektion ergab als Todesursache Pneumonie, im Bauche Alles in bester Ordnung. Das Geschwür war geheilt, aber eine nicht unerhebliche Enge des Pylorus entstanden.

Fall III betrifft einen 41jährigen Mann, der vorher keinerlei Zeichen eines Magenleidens dargeboten hatte, am 26. Februar 1896 plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leibe und Erbrechen erkrankt war und wegen vermeinter Darmverschluss ins Hospital geschickt wurde. Operation 24 Stunden nach dem wahrscheinlichen Termin der Perforation. Gas und Mageninhalt im Bauch. Dreipennstückgroße Öffnung der vorderen Wand. Verschluss der Öffnung, sorgfältige Reinigung. Gute Heilung, durch Bauchdeckenerweiterung etwas verzögert.

Aus den epikritischen Bemerkungen T.'s heben wir hervor, dass er nicht mit der Operation warten will bis zum Aufhören des Shocks, wie es von Vielen (auch in letzter Zeit auf der Naturforscherversammlung in Frankfurt, Ref.) empfohlen worden ist, sondern so rasch als möglich zu operiren rath, da die Operation »the logical treatment of the shock« sei.

H. Lindner (Berlin).

32) K. Schwarz (Agram). Ein Fall von Sanduhrmagen; zwei Laparotomien: eine Gastroanastomose, dann »Gastrolysis«; Heilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 25.)

Verf. schildert die Krankengeschichte einer 30jährigen Kranken, bei welcher ein Sanduhrmagen nach den im Titel angeführten Verfahren operiert worden. Vor 5 Jahren begann die Krankheit unter Symptomen eines Magengeschwürs, seit 1 Jahre Erscheinungen einer Magenstenose, tägliches Erbrechen, ununterbrochene Schmerzen, Magenerweiterung. Bei der ersten Laparotomie zeigte sich folgender Befund: Der Magen in der Mitte scheinbar eingeschnürt durch eine vom Ansatz des großen Netzes zum Zwerchfell ziehende bandartige Verwachsung, nach deren Durchtrennung sich jedoch zeigt, dass die eigenartige Magenform nicht durch besagten Strang bedingt war, vielmehr ein großer Cardiamagen und ein kleinerer Pylorusmagen bestand. Die große Curvatur zeigte normale Form, die kleine war nach links von der Mittellinie U-förmig gegen die große Curvatur zu eingezogen, so dass die größte Magenenge mit 2 Fingern umgreifbar war. Flächenhafte Verwachsungen der Magenoberfläche mit den Nachbarorganen. Gastroanastomose; 10 Tage nach derselben stellten sich neuerdings Stenosenerscheinungen ein. Die Kranke verfiel unter heftigen Schmerzen und häufigem Erbrechen. Bei jedem Athemsuge hatte sie Schmerzen an bestimmten Fixpunkten. Bei der zweiten, 17 Tage nach dem ersten Eingriffe ausgeführten Bauchhöhleröffnung fand man gerade an den Stellen, an denen die Pat. über Stechen beim Athmen klagte, hinter dem Proc. xypoid. und links hinter dem Rippenbogen, breite, straffe, zum Theil flächenhafte Verwachsungen zwischen Magen und Zwerchfell, welche theils zwischen Ligaturen durchschnitten, theils mit Paquelin durchtrennt wurden. Allerdings blieben wieder ausgedehnte Wundflächen zurück, deren Deckung unmöglich erschien. Mit dieser nach v. Hacker »Gastrolysis« bezeichneten Operation schwanden die Schmerzen. Verlauf fieberfrei, guter Appetit, kein Erbrechen, regelmäßiger Stuhl. Allerdings stellten sich in der weiteren mehrjährigen Beobachtungszeit minder intensive, 1- bis 2mal täglich auftretende Schmerzen ein, welche wohl auf die neugebildeten Verwachsungen zurückzuführen waren. Um diese zu dehnen, eventuell sogar zu zerreißen, wurde wiederholt der Magen nach

der Frerichs'schen Methode aufgebläht; jedes Mal wurde der Schmersanfall koupirt, und blieb Pat. 24 Stunden und länger schmerzfrei. Nach täglich systematisch vorgenommenen Magenaufblähungen erholte sich Pat. rapid und hatte im Verlaufe einer 2monatlichen Behandlungsdauer 12½ kg an Gewicht zugenommen.
Hinterstolss (Taschen).

33) **Schönwerth.** Zur operativen Behandlung des Magencarcinoms.
(Aus der chirurgischen Klinik zu München.)
(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 42—45.)

Verf. giebt zunächst einen Überblick über die von verschiedenen Chirurgen Billroth-v. Hacker, Czerny, Kocher, Krönlein, Mikulicz) mit der Pylorusresektion bei Carcinom erreichten Resultate. Es geht daraus hervor, dass fast die Hälfte sämtlicher Operirten den unmittelbaren Folgen des Eingriffs erliegen, dass die Mehrzahl der Geheilten unter den Erscheinungen des Recidivs zu Grunde gegangen, und noch kein einziger Fall (Kocher erwähnte auf dem letzten französischen Chirurgenkongress 3 solcher, Ref.) von endgültiger Heilung verbürgt sei. Wenn nun auch durch Einschränkung der Indikationen, durch Verbesserung der Technik und größere Übung der einzelnen Operateure die Resultate mit der Zeit etwas bessere geworden wären, so lasse sich doch erst von der Zukunft, wenn ein sicheres Mittel zur Frühdiagnose des Carcinoms gefunden sein werde, ein wesentlich günstiger Erfolg der Pyloroktomie erhoffen. Zur Zeit aber werde sie nur in einer geringeren Anzahl der Fälle zur Anwendung gelangen dürfen, übrigens durch die Gastroenterostomie, deren Sterblichkeitsziffer immer kleiner geworden, ersetzt werden müssen; zu dem gleichen Ergebnis kommt S. durch die Statistik auch bezüglich der bei gutartigen Pylorusstenosen in Betracht kommenden operativen Eingriffe, so wie durch die in der Münchener chirurgischen Klinik mit der Pyloroktomie und der Gastroenterostomie erreichten Resultate. Denn während von 6 Fällen der ersten Operation, die 3mal wegen Carcinom, 3mal wegen Narbenstenose ausgeführt worden, nur 1 (Pylorusresektion wegen Narbenstenose?) dieselbe überstand (+ 17 Monate später an Recidiv!), hatte die nach v. Hacker's Methode vorgenommene Gastroenterostomie unter 17 Fällen 9mal guten Erfolg (von den früher nach Wölfler operirten 6 Fällen war nur 1 davon gekommen), wenn auch die Beobachtungszeit p. op. sich nur auf wenige Monate erstreckt. Auf weitere Einzelheiten dieser Statistik aus der Münchener Klinik sei hier nicht näher eingegangen, in Bezug hierauf, wie auf die Operationsgeschichten der 29 Fälle auf das Original verwiesen.

Kramer (Glogau).

34) **N. A. Weljaminow.** Zur Kasuistik der Komplikationen bei radikalen Bruchoperationen.
(Wratsch 1896. No. 46. [Russisch.])

Im Juni vorigen Jahres kam zu W. ein 67jähriger Pat. mit beiderseitigem Leistenbruch, der sich leicht einklemmte. Operation nach Kocher mit Modifikation von Thiele; beiderseits Hydrocele, Operation nach Bergmann-Jaillard. Der Kranke hatte aber nicht angegeben, dass er noch an Urininkontinenz leide. Daher erwies sich bald der Verband durchnässt und Eiterung in der Wunde. Die Nähte gingen auf, die torquirten Bruchsäcke gangränescirten; 6—7 Tage nach der Operation kam Harn aus der Wunde. Nach Entfernung des nekrotisirten Gewebes zeigte sich eine Öffnung in der Harnblase, die sich durch partielle Nekrose der Wand gebildet hatte (eine Art Blasendecubitus von innen her). Ein Verweilkatheter konnte nicht eingelegt werden, da Pat. Prostatahypertrophie hatte, und sogar ein Nélaton nicht einging. — Der Pat. wurde 2—3 Monate lang 3—4mal täglich verbunden, da der Harn ins Scrotum gelangte. Zuletzt wurde er doch geheilt und verließ das Hospital im September völlig gesund. Nach W. steht der Fall einsig da, weil die Verletzung der Blase nicht während der Operation passirte.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

35) A. Aschoff. Zur Lehre von der Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen.

(Berliner Klinik 1896. Hft. 100.)

Verf. theilt in vorliegender Arbeit 4 von Körte operirte Fälle von innerer Einklemmung mit, die sowohl anatomisches als klinisches Interesse darbieten, letzteres um so mehr, als in 3 Fällen die Operation von Erfolg gekrönt war.

Der 1. Fall betrifft eine 48jährige Frau, welche seit 21 Tagen die Zeichen von Darmverschluss darbot. Die Symptome waren plötzlich aufgetreten, Stuhlgang erfolgte noch 2mal, Abgang von Winden angeblich gar nicht mehr. Bei der Aufnahme in das Spital war heftiges Kothbrechen vorhanden. Die Diagnose wurde bei der langen Dauer des Darmverschlusses mit Wahrscheinlichkeit auf carcinomatöse Striktur gestellt. Bei der Operation fand sich jedoch eine Hernie des Recessus retrocaecalis (Broesike). Die geräumige Tasche enthielt mehrere schlaffe Dünndarmschlingen. Der zuführende Dünndarmtheil zeigte eine Schnürfurche. Versenkung des Darmes. Glatter Verlauf. Die Vernähung der Tasche unterblieb, da bei dem elenden Zustande der Pat. rasch operirt werden musste. Ätiologisch ist in diesem Fall die (schon von Broesike hervorgehobene) Bedeutung von Schwangerschaft und Abmagerung in Betracht zu ziehen. (Pat. hatte in rascher Folge 8mal geboren und war stark abgemagert.) Als veranlassendes Moment könnte die Beugung des Oberkörpers beim Scheuern (wo Pat. den ersten Schmerz verspürte) zu dem von Jonnesco vermutheten Einklemmungsmechanismus geführt haben.

Im 2. Falle erkrankte ein an einer Leistenhernie leidender Mann nach Réposition des Bruches an Einklemmungserscheinungen. Réposition en bloc war beim Fehlen einer Geschwulst hinter der Bruchpforte nicht wahrscheinlich. Es wurde deshalb an Einklemmung durch Stränge an der inneren Bruchpforte gedacht. Die in der Mittellinie ausgeführte Laparotomie zeigte, dass es sich um Einklemmung des Darmes in einer in der Gegend des inneren Leistenringes in der Bauchwand liegenden Tasche handelte. Starke Schnürfurche, aber kontraktile Darm. Da die Tasche keine Beziehung zum Leistenkanal zeigte, wurde Réposition en bloc und properitoneale Hernie im gewöhnlichen Sinne des Wortes ausgeschlossen. Ob es sich um eine Bruchbildung in einer stark ausgebildeten Plica umbilicalis handelt, konnte Verf. nicht sicher entscheiden. Waldeyer hat schon auf die Möglichkeit der Hernienbildung an dieser Stelle hingewiesen. Der Fall ist ferner ähnlich einem von Linhart beschriebenen, bei dem einfach ein Divertikel des Bauchfells angenommen wird. Glatte Heilung.

Im 3. Falle handelt es sich um eine Kombination von Strangabklemmung und Taschenbildung. Der 10jährige Knabe wurde 11 Tage nach plötzlichem Auftreten der Einklemmungserscheinungen operirt. Da keine weiteren Anhaltspunkte vorhanden waren, so wurde einfach innere Einklemmung angenommen. Die Operation ergab folgendes Verhalten: Vom S romanum ging ein Strang zum Gekröse der untersten Dünndarmschlingen. Unter diesem Strang findet sich die Öffnung einer Tasche, die, auf dem Gekröse der untersten Dünndarmschlinge gelegen, sich gegen die Gekröswurzel hinzieht. Schnürfurche. Darm gesund. Gegend des Processus vermiformis normal. Versenkung des Darmes. Glatter Verlauf.

Im 4., 1894 der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins mitgetheilten, Falle handelte es sich um ein Meckel'sches Divertikel mit gleichzeitiger Taschenbildung. Pat. kam am 4. Erkrankungstage mit sehr schlechtem Allgemeinbefinden in chirurgische Behandlung. Ein faustgroßes Konvolut Dünndarmschlingen war in eine Tasche eingeschlossen, welche durch eine etwa handgroße Membran gebildet war. Diese letztere setzte sich als Mesenterium an ein Meckel'sches Divertikel und ging von da auf die Konvexität einer Dünndarmschlinge über. Sie stellte wohl nichts anderes dar, als ein abnorm großes Mesenterium des Meckel'schen Divertikels. — Tod einige Stunden nach der Operation.

Bei der Besprechung dieser Fälle kommt Verf. zu dem Schluss, dass von einer speciellen Diagnostik der Ätiologie und des Sitzes incarcerirter Hernien nicht die Rede sein kann.

Die Behandlung würde, wenn eine absolut sichere Diagnose möglich wäre, nur eine chirurgische sein. Da die Diagnostik des Darmverschlusses aber noch recht unsicher ist, so ist Verf. der Ansicht, dass bei »subakutem Ileus« (Fall 1 und 3) zunächst nur eine innere Behandlung erforderlich ist, erst bei Erfolglosigkeit derselben ein chirurgischer Eingriff. Bei Strangulationserscheinungen dagegen muss sofort operirt werden. Der operative Erfolg der beiden am 10. und 21. Tage der Erkrankung operirten Fälle scheint dieser Unterscheidung Recht zu geben. Immerhin dürfte Verf. noch etwas eindringlicher, als dies der Fall ist, auf die Unzuverlässigkeit der Unterscheidungszeichen zwischen den beiden Formen Darmverschluss hinweisen. So hat Ref. einen interstitiellen Leistenbruch 8 Tage nach dem Auftreten der Einklemmung operirt, bei dem es trotz der Symptome des »subakuten Ileus« zu Darmbrand gekommen war. Die Hernie war, weil äußerlich nicht sichtbar, vom Arzte übersehen worden. Zu bemerken ist ferner, dass die Erscheinungen des »subakuten Ileus« auch bei Darmwandbrüchen vorkommen, bei denen das eingeklemmte Darmwandstück strangulirt ist und durch Brand zum Tod führen kann. (Vgl. z. B. 2 von Borchard, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIII p. 240, mitgetheilte Fälle von Einklemmung von Darmwandbrüchen im Foramen obturatorium.) **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

36) **G. Krema.** Innere Incarceration durch den Processus vermiformis.

(Liečnicki viestnik 1896. No. 11.)

K. berichtet über einen von Wikerhauser operirten Fall einer inneren Incarceration, wo über 1 m Dünndarm durch den Processus vermiformis so eingeklemmt war, dass sich derselbe, mit dem proximalen Ende an seiner Basis wieder angewachsen, wie ein Ring um den Darm herumlegte. Das ganze gangränöse Darmstück und ein großer Theil eben solchen Gekröses wurde resectirt und eine Ileostomie angelegt. Der Kranke befand sich 2 Tage, bei guter Funktion des Kunststifters, ganz wohl, dann traten Schmerzen und Delirien auf und der Tod ein. Die Sektion zeigte fortschreitende Gangrän. **Cačković** (Agram).

37) **D. L. Tschernachowski.** Ein Fall von spontaner Abstoßung des größten Theiles des Coecum mit einem Theil des Dünn- und Dickdarmes durch den After.

(Moskauer chirurgische Gesellschaft, Sitzung vom 15. Oktober.)

Die Pat. hatte am 14. Juli 1896 Erbrechen mit Galle und Ascariden. Nach Santonin und Bilsenöl gingen 30 Würmer ab. Besserung. Bald aber wieder Blähung, Verstopfung und Kothbrechen. Diagnose: Darminvagination. Rechts Dämpfung. Nach 13 Tagen reichlicher blutiger Stuhl, der 7 Tage anhält. Am 3. August erschien eine Geschwulst aus dem After, die für das S romanum gehalten wurde, aber nicht reponirt werden konnte. Der Vorfall vergrößerte sich immer mehr und wurde in mit Sublimat getränkten Servietten gehalten. Am 7. August fiel er ab und erwies sich als Blinddarm. Darauf baldige Heilung. — Nach T.'s Meinung verursachte ein großer Knäuel von Ascariden durch Druck auf die Valv. Bauhini den Vorfall. — Die in der Sitzung anwesenden Chirurgen erklärten den Fall für ein Unicum in der Litteratur.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

38) **Beach.** Case of pelvic tumor formed by a calcified Meckel's diverticulum, uniting the ileum and bladder.

(Annals of surgery 1896. Oktober.)

Bei einer 62 Jahre alten Frau, die seit einer Reihe von Jahren an heftigen Schmerzen im Unterleibe gelitten hatte, stellte sich eine schwere Cystitis ein, bei welcher der sehr trübe Urin Speisetheile und Gasblasen enthielt. Bei der Untersuchung des Bauches fand sich eine derbe Resistenz in der Höhe und Gegend der linken Symphysis sacro-iliaca. Eine Diagnose wurde nicht gestellt. Erscheinungen von Darmverlegung waren niemals vorhanden gewesen. Es wurde die Laparotomie

vorgenommen, und dabei eine anscheinend verkalkte Geschwulst gefunden, die das untere Ende des Ileum — etwa 2 Fuß oberhalb des Blinddarmes — mit der Blase verband und, wie sich bei der Lösung herausstellte, mit beiden Organen offen communicirte. Exstirpation, Naht von Blase und Darm, Heilung.

Die Untersuchung ergiebt einen ovalen Sack, der ein Kothkonkrement von Taubeneigröße enthält. Die Wand des ersteren ist stark, aber unregelmäßig verkalkt, enthält aber stellenweise einen Überzug von Darmepithelien, so dass die Annahme eines mit der Blase entzündlich verlötheten und in dieselbe durchgebrochenen Meckel'schen Divertikels die am nächsten liegende ist.

Tietze (Breslau).

39) R. W. Stewart. Stricture of the rectum.

(Med. and surg. reporter 1896. No. 10.)

S. berichtet über einen Fall von Striktur des Mastdarms, wahrscheinlich auf syphilitischer Basis entstanden, bei dessen operativer Behandlung sich ungewöhnliche Schwierigkeiten boten. S. versuchte nämlich, da die verengernde Narbe ziemlich hoch lag, eine Anastomose der Flexura sigmoidea mit dem unterhalb der Narbe gelegenen Theil des Mastdarmes herzustellen; er bediente sich dazu des Murphyknopfes. Da nun aber der Pat. schon früher der Uterus sammt seinen Adnexen exstirpiert worden war, so fand sich die Blase mit der vorderen Mastdarmwand verwachsen, und beim Einschnneiden auf die eine mittels einer langen Zange im Mastdarm fixirte Hälfte des Murphyknopfes wurde die Blase verletzt, und es ergoss sich Urin in die Bauchhöhle. Die Blasenwunde wurde sofort genäht, eben so die schon für den Knopf gemachte Öffnung in der Flexur, da die Anlegung eines künstlichen Afters nicht ohne vorherige Erlaubnis der Pat. bewerkstelligt werden konnte. Dieselbe wurde am nächsten Tage unter Cocainanästhesie gemacht, und alsdann unter großen Schwierigkeiten eine Dehnung der Narbe von dem künstlichen After aus vorgenommen. Dieselbe erwies sich Anfangs nur für eine dünne Saite durchgängig, deren eines Ende nach Anwendung eines Abfuhrmittels unterhalb der Striktur zum Vorschein kam, während das andere mittels Heftpflaster an der Bauchwand befestigt war. Mit Hilfe dieser Saite wurden dann allmählich immer dickere Bougies hindurchgeführt, bis eine nahezu vollständige Durchgängigkeit erzielt worden war. Hierauf wurde der Kunstafter geschlossen, und mit der Bougierung vom After aus fortgefahren. Nach wenigen Monaten war völlige Heilung aller Beschwerden eingetreten.

S. Wolf (Straßburg i/E.).

40) Otto. Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege.

(Festschrift zum goldenen Jubiläum des St. Hedwig-Krankenhauses zu Berlin.

Herausgegeben von Dr. Rotter.)

Entgegen dem Vorschlage Riedel's, die Cholecystostomie zweiseitig zu machen, wurde im St. Hedwig-Krankenhaus 9mal die einseitige Operation mit Fistelbildung ausgeführt. Besonderes Interesse beanspruchen aus der Kasuistik von 12 Fällen folgende zwei, die auch anamnestische und diagnostische Schwierigkeiten boten, da beide Male die Krankheit ganz akut, ohne jede Vorboten einsetzte, unter Erscheinungen, welche auch eine andere Deutung zuließen. 1mal handelte es sich um einen Bauchdeckenabscess, nach dessen Spaltung Fisteln zurückblieben, die bei einer zweiten Operation ihren Ursprung von der mit Steinen gefüllten und entzündeten Gallenblase erkennen ließen. In dem anderen Falle trat im Anschluss an Typhus ein Gallenblasenempyem auf, das bei jeglichem Mangel eines Hinweises auf ein Gallenblasenleiden zunächst als Leberabscess gedeutet wurde. — Aber auch sonst bieten die Krankengeschichten manches Beachtenswerthe für den, der sich speciell für die Pathologie der Gallenblase interessiert. 3mal trat ein ungünstiger Ausgang ein: Eine 59jährige Frau mit Steinverschluss des Choledochus und starken Verwachsungen, derentwegen die Choledochotomie nicht ausführbar war, blieb nach der Operation dauernd ikterisch, die Fistel bestand fort; Tod nach $\frac{5}{4}$ Jahren an Lebereirrhose. Die anderen beiden Todesfälle betrafen 2 Frauen mit Cholangitis septica. — Die angelegten Fisteln

heilten durchschnittlich in 8—10 Wochen; nur 2mal, bei Steinverstopfung des Choledochus, blieben sie bestehen. Tschmarke (Magdeburg).

41) **M. Wardle.** A case of cholecystotomy: a remarkable gall stone.
(Brit. med. journ. 1896. No. 1833.)

Der bei der Operation gefundene Gallenstein, welcher ca. 30 Jahre Beschwerden verursacht hatte, war $2\frac{1}{2}$ Zoll lang, in seinem ganzen Umfang adhärent an der Gallenblase. Auch den Anfang des Ductus cysticus erfüllte und erweiterte der Stein. Trotzdem fand die Galle Abfluss, da der Stein am Übergang in die Cysticuspartie eine ihn rings umgebende Furche zeigte, welche sich nach dem Ende des Steines zu in eine Abflussfurche fortsetzte. Es war daher niemals bei der Pat. zu Ikterus gekommen. Zenker (Hamburg).

42) **A. Ghetti.** Splenectomy per cisti siero-sanguigna in milza mobile.
(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1896. No. 119.)

Indem Verf. eine zusammenfassende Übersicht über die Geschichte der Milz-exstirpationen bringt, kommt er zu dem Resultat, dass der von ihm zu berichtende Fall die erste wegen seröser Blutcyste in Italien vorgenommene Splenektomie darstellt.

Seine Pat., eine sonst gesunde 42jährige Bauersfrau, erkrankte 12 Tage nach einer Zwillingsgeburt im Mai 1895 an einem Schmerzgefühl im linken Hypochondrium. Der Schmerz trat 25 Tage hindurch Nachmittags auf und zwang sie jedes Mal, mehrere Stunden Bettruhe einzuhalten. $\frac{3}{4}$ Jahre später bemerkte sie beim Tragen eines schweren Kessels ein reißendes Gefühl in der linken Seite, wonach mehrere Monate hindurch ein unbestimmter Schmerz zurückblieb. Im Juli erhielt sie bei der Erntearbeit einen Stoß mit dem Stiele einer Heugabel in die linke Seite. Bald darauf bildete sich eine schmerzhaft Anschwellung, die von Tag zu Tag zunahm; am 23. August Aufnahme in das Krankenhaus von Recanati. Hauptpunkte des Befundes: An Stelle der Milzdämpfung tympanitischer Klang; im linken Hypochondrium eine länglichrunde, fluktuirende Geschwulst, leicht nach oben, nicht nach unten zu dislociren. Beim Versuche, dieselbe nach unten zu verdrängen, tritt Schmerz auf; man kann unter dem Rippenbogen deutlich einen von der Geschwulst schräg nach oben führenden Strang fühlen. Hydatidensistern fehlt; Urin völlig normal; Uterus mit Adnexen dessgleichen. Die Diagnose wird auf Wandermilz mit Cyste gestellt, in welche in Folge des erlittenen Stoßes eine Blutung stattgefunden habe.

Verf. beschreibt dann die am nächsten Tage vorgenommene Exstirpation, welche die Diagnose durchaus bestätigte. Die Milz hatte einen Durchmesser von 29 zu 23 cm und wog 1315 g. Aus der Cyste entleerten sich 950 g dunkler, ziemlich klarer Flüssigkeit, die zahlreiche rothe und weiße Blutkörperchen enthielt. Heilung per primam.

Die Blutuntersuchungen bestätigten die von anderen Autoren angegebenen Befunde: Während das Verhältnis der weißen zu den rothen Blutkörperchen vor der Operation 1 : 300 war, der Hämoglobingehalt 85%, stieg ersteres am 3. Tage nach der Operation auf 15 : 300, und der Hämoglobingehalt fiel auf 50%. Am 9. Tage war das Verhältnis noch 11 : 300, der Hämoglobingehalt 52%.

W. Schultz (Hamburg).

43) **Finotti (Graz).** Zwei Fälle von Pankreascyste; Operation und Heilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 15.)

Der 1. Fall betraf eine 52jährige Frau. Vor 12 Jahren »Gedärmentzündung«, in deren Folge zeitweilig Ikterus aufgetreten sei. Vor 1 Jahre plötzlich ohne Ursache Magenkrämpfe, profuses Erbrechen galliger Flüssigkeit, Anorexie. Vor 6 Monaten bemerkte Pat. stetige Zunahme des Bauchumfanges und entdeckte eine Geschwulst, die seitdem stets an Größe zunahm. Klinischer Befund: die obere Bauchgegend durch eine zum größten Theil in der linken Hälfte sitzende, wenig bewegliche Geschwulst kugelig aufgetrieben. Am linken unteren Rande der Ge-

schwulst das Colon transversum. — Laparotomie (Nikoladoni). Im unteren Wundwinkel das große Netz mit einem Theil des Quercolons, im oberen Wundwinkel der beinahe senkrecht gestellte Magen; hinter dem gespannten Lig. gastrocolicum die Geschwulst, welche als eine über mannskopfgröße fluktuirende Cyste des Pankreas erkannt wurde. Verkleinerung derselben durch Punktion (3 Liter einer braunen, alkalischen, peptonhaltigen Flüssigkeit, welche weder peptische noch amylolytische, noch triptische Eigenschaften zeigte). Befestigung der Cystenwand in der Bauchwunde. Nach 5 Tage breite Spaltung und Drainage der Cyste. Heilung.

Der 2. Fall, vom Verf. operirt, betraf eine 24jährige Frau, welche vor 14 Tagen unter Ileuserscheinungen erkrankt war; 8 Tage vor der Spitalsaufnahme bemerkte Pat. das Vorhandensein einer sehr druckempfindlichen, zusehends wachsenden Geschwulst in der Magengegend. Klinischer Befund: unterhalb des Schwertfortsatzes eine glatte, kugelige Geschwulst. Magen links und unterhalb derselben. Bauchschnitt; in die Wunde stellte sich der Magen so ein, dass seine vordere Wand den unteren Winkel einnahm, seine kleine Curvatur im oberen Drittel die Wunde querte, während im oberen Wundwinkel die kugelige, glatte Geschwulst zum Vorschein kam; sie war nach oben rechts und links frei; hinter dem Magen in die Tiefe ziehend, haftete sie am Sitze des Pankreas fest im Körper. Zweizeitige Operation. Fixirung der Cystenwand, Spaltung und Drainage derselben nach 6 Tagen, wobei man die Innenfläche der Cyste gut übersehen konnte; dieselbe war glatt. Vom oberen Pol der Höhle hing ein schwanzförmiges, weißes, 6 cm langes Gebilde herab, welches abgetragen wurde. Verlauf reaktionslos. Cysteninhalt alkalisch, enthielt nur wenig Eiweiß, besaß deutlich triptische Eigenschaften (Albuminverdauung); unmittelbar nach der Operation war die Sekretion stark, und besaß das Sekret noch die Eigenschaften des Pankreassaftes; nach der 2. Woche wurde die Sekretion geringer, wobei die spezifische Eigenschaft des Sekrets verschwand; das abgetragene Gewebstück erwies sich als nekrotisches Pankreasstück (Prüfung auf Mikroorganismen negativ).

Im 1. Falle handelte es sich um eine ältere Pankreascyste, deren Inhalt alle spezifischen Eigenschaften verloren hatte. Die zweite Cyste, jüngeren Datums, ist in kurzer Zeit unter stürmischen Erscheinungen entstanden (Nekrose des Schwanzes der Drüse), wobei ihr Inhalt noch die Eigenschaften des Pankreassaftes behalten hatte. Im 1. Falle saß die Cyste an typischer Stelle, im 2. Falle entfaltete sich dieselbe nach aufwärts im Recessus retroventricularis. In keinem Falle trat Zucker im Harn auf, weder vor noch nach der Operation, woraus zu schließen ist, dass die Erkrankung nicht die ganze Drüse zerstört hatte.

Hinterstolss (Teschen).

44) E. Ponflok. Zur Pathogenese der abdominalen Fettnekrose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 17.)

Nach kurzen, in der Intensität schwankenden Ileuserscheinungen gestorbener 43jähriger, korpulenter, bis dahin gesunder Mann, der eine relativ frische Fettnekrose des Pankreas mit Blutung in die Bauchhöhle und in das abdominale und retroperitoneale Gewebe hatte. In dem Gewebssaft eines solchen Herdes, der vor dem Körper des 2. Lendenwirbels saß, wurden durch die Kultur Bacillen nachgewiesen, welche dem *Bact. coli comm.*, bezw. der Sippe dieses Bacteriums, mindestens äußerst ähnlich waren. P. kommt zu dem Schluss, dass die an sich langsam und ohne besondere allgemeine Störungen ablaufende Fettnekrose erst durch das Hinzutreten eines neuen krankmachenden, wahrscheinlich parasitären, aus dem Darm stammenden Agens zu einer für das Leben gefährlichen Erkrankung wird. Er findet für diese Ansicht eine Stütze in dem erwähnten Fall. Die Virulenz der gefundenen Bakterien für Thiere war allerdings keine sehr große.

Kümmel (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. Sonntabend, den 30. Januar. 1897.

Inhalt: A. Catterina, Die Resektion des Handgelenkes nach meiner eigenen Methode.
(Original-Mittheilung.)

1) **Luc**, Hirnabscesse. — 2) **Poulsen**, Hirnerkrankungen bei Otitis media. — 3) **Keen**, Intracranielle Geschwülste. — 4) **Hallager**, 5) **Sachs** und **Gersteg**, Epilepsie. — 6) **Krause**, Neuralgie des Trigeminus. — 7) **Henle**, Traumatische Wirbelerkrankung. — 8) **Lejars** und **Labbé**, Reiskörperchenentzündung der Gelenke. — 9) **Ziematzky**, Behandlung der Gelenktuberkulose. — 10)—12) **Joachimsthal**, Selbstregulatorische Vorgänge am Muskel. — 13) **Bum**, Massage und Heilgymnastik. — 14) **Oberst**, Verwendung der Röntgen-Strahlen. — 15) **Souchon**, Schulterankylose. — 16) **Bradford**, Ambulatorische Behandlung der Knochenbrüche. — 17) **Hoffa**, Deformitäten nach Coxitis. — 18) **Leitenstorffer**, Knochenhautentzündung bei Rekruten. — 19) **Ollier**, Tuberkulose des Schienbeins und der Fußwurzelknochen.

Trapp, Ein Fall von Kopftetanus, geheilt unter Behandlung mit Antitoxin Tizzoni.
(Original-Mittheilung.)

20) **Keen**, Operationen am Ganglion Gasserii. — 21) **Smith**, Wirbelcaries. — 22) **Abbe**, Neuralgie der Rückenmarksnerven. — 23) **Parsons**, Knochenleiden nach Typhus. — 24) **Linser**, Blutergelenke. — 25) Naturforscherversammlung, Sektion für Unfallheilkunde. — 26) **Dumstrey**, Röntgen-Untersuchung bei Unfallkranken. — 27) **v. Zoega-Manteuffel**, Bruch des Ellbogengelenkes. — 28) **Mayer**, Verrenkung im unteren Radio-Ulnargelenk. — 29) **Dowd**, Spalthand. — 30) **Wyeth**, Schulter- und Hüftexartikulation. — 31) **Cri-velli**, Exostose der Fossa iliaca ext. — 32) **Lannelongue**, Angeborene Hüftverrenkung. — 33) **Rosenbaum**, Enchondrome am Oberschenkel. — 34) **Finckh**, Traumatische Epiphysenlösung am Oberschenkel. — 35) **Wunsch**, Abriss der Quadricepssehne. — 36) **Woskressenski**, Lipoma arborescens tuberculosum. — 37) **Forgue**, Skioskopie bei Knieankylose. — 38) **Rosenberg**, Fußtuberkulose. — 39) **Vulpius**, Pes malleus valgus. — 40) **Ehret**, Fersenbeinbruch.

Die Resektion des Handgelenkes nach meiner eigenen Methode.

Von

Dr. Attilio Catterina,

Professor der Chirurgie an der Universität in Camerino.

Mit Freuden begrüßte ich die klassische Abhandlung über Resektionen der Knochen und Gelenke des hochgeehrten Kollegen Prof. H. Lossen in Heidelberg, welche in der Deutschen Chirurgie (1894, Liefg. 29) veröffentlicht wurde.

Wir Chirurgen in Italien sind Herrn Prof. Lossen zu Dank verpflichtet, da er nach den in meiner Monographie »Delle resezioni della mano e del piede«, Padova, Prosperini 1893, gemachten Erhebungen in richtiger Weise das Verdienst feststellte, welches in der Chirurgie der Resektionen Severino, Larghi und Albanese haben.

So viel ich weiß, hat in der deutschen Litteratur, und zwar in dieser Zeitschrift (1894 No. 24), bloß Herr Dr. G. Bogdanik aus Biala einen Fall von Resektion des Handgelenkes nach meiner Methode beschrieben. In Italien wurde sie von Dr. Raffa in Vicenza, Prof. Caselli in Genova, Dr. Boari in Ferrara, Dr. Pezzè in Poppi ausgeübt.

In diesen Zeilen beabsichtige ich nun die von mir operirten Fälle mitzuthellen und eine ausführliche Beschreibung der Methode zu geben.

Methode.

1) Präventive Hämostasie nach Esmarch.

2) Bei der Operation an der linken Seite stellt sich der Operateur vor den Kranken, der Assistent tritt auf die äußere Seite der zu operirenden Hand und zieht den Ring- und Kleinfinger dieser nach außen; mit der anderen Hand stützt er den Vorderarm des zu Operirenden von unten. Der Operateur ergreift mit der linken Hand die anderen Finger und zieht dieselben nach innen. Bei der Operation auf der rechten Seite werden die Stellungen in entsprechender Weise geändert; die Hand des Kranken muss jedoch mit ihrer Volarseite immer nach unten sehen.

3) Man nimmt ein 15—18 cm langes und 10—12 mm breites Amputationsmesser und dringt von der Volarseite her, dasselbe senkrecht haltend, in den Winkel zwischen 3. und 4. Metacarpus ein, führt dann die Spitze desselben immer dicht an dem 4. Metacarpusknochen vorbei nach vorn und oben bis zu dem Punkte, wo man einen Widerstand von Seite des Vorsprungs fühlt, der auf der Radialseite der Basis des 4. Metacarpus sich befindet. Der Operateur dreht nun den Schaft des Amputationsmessers gegen sich zu und verlängert, indem die Hand gebeugt wird, den Schnitt auf der dorsalen Seite bis zu dem Punkte der Vereinigung des unteren mit dem mittleren Drittel des Vorderarmes, durchschneidet das Ligamentum dorsale carpi commune und dringt zwischen die Strecksehnen des 3. und 4. Fingers ein. Der Schnitt auf der Volarseite ist 5, der auf der Dorsalseite 15 cm lang.

Die Strecksehnen des Zeige-, Mittel-, Ring- und Kleinfingers werden aus ihrer Scheide herausgehoben und die ersteren nach der einen, die letzten beiden nach der entgegengesetzten Seite hin gezogen.

4) Mittels eines geraden Knopfbistouris und mit Hilfe einer Hakenpincette wird nun längs der Schnittlinie auf der Rückenseite das Periost des Radius und die Gelenkkapsel sammt ihren Hilfs-

bändern eingeschnitten, die Kapsel und das Periost werden von der dorsalen und dann von der ulnaren Seite her mittels eines Elevatoriums oder nach der Methode von Vogt, oder einfach mit dem Bistouri aufgehoben und losgelöst, und man dringt zwischen dem 3. und 4. Metacarpus in das Gelenk ein. An den Basen der betreffenden Metacarpalknochen werden die Sehnen der beiden *Mm. radiales* und des *M. ulnaris externus* an ihrer Insertionsstelle zur Hälfte abgelöst.

Dasselbe Manöver wird auf der lateralen Seite wiederholt; nur ist hier in der Nähe des *Os multangulum majus* etwas Vorsicht nothwendig (am besten ist es, wenn man mit dem Isoliren zuvor aufhört), um die *Arteria radialis* nicht zu verletzen.

5) Man ergreift nun die beiden Hälften der Hand, zieht sie langsam aus einander, dreht sie longitudinal in entgegengesetzter Richtung und senkt dieselben durch Beugung bis zur Berührung mit dem Vorderarm. Am Kadaver ist es besser, diese Bewegungen erst mit der ulnaren und dann mit der radialen Hälfte der Hand vorzunehmen. Mit der Spitze des Bistouri werden gleichzeitig die einzelnen Carpo-metacarpalgelenke von der Seite her eröffnet.

Beim Vorgehen in dieser Weise wird der tiefe Hohlhandbogen und der tiefe Ast des *Ramus volaris profundus* des *N. ulnaris* nicht gefährdet, noch weniger der *Arcus volaris superficialis*, was von großer Wichtigkeit ist.

6) Nachdem auf diese Weise die Knochen des Carpus bloßgelegt worden sind, ergreift man mittels der Langenbeck'schen Zange das *Os semilunare* und löst, indem man sich mit dem Bistouri hart an die Knochen hält, den ganzen Carpus los, so dass bloß das *Os multangulum majus* und das *Os pisiforme* an Ort und Stelle bleiben. Wenn man auch den ersteren dieser beiden Knochen exstirpiren will, so drückt man den Daumen sammt seinem Metacarpus nach oben und vorn, isolirt und schiebt die *Arteria radialis* bei Seite, ergreift das *Os multangulum majus*, trennt seine Verbindungen mit dem Zeigefinger und Daumen, dreht dasselbe, um die Sehne des *M. radialis internus* bei Seite zu schieben und den Knochen auf der volaren Seite von seinen Weichtheilen zu befreien. Das *Os pisiforme* kann durch Kreisschnitte unter Anwendung einer Hakenpincette von seinen Verbindungen gelöst werden.

7) Es folgt nun die Untersuchung und Exstirpation der Weichtheile. Man beginnt auf einer Seite und geht methodisch weiter.

8) Nun lässt man successiv die Basen des 4. und 5., dann des 3. und 2. Metacarpusknochen vorspringen, isolirt sie und sägt vertikal ab. Der 1. Metacarpus wird, wenn er krank ist, an seiner Basis ausgelöffelt und kann nöthigenfalls an den 2. Metacarpusknochen oder an den Radius fixirt werden. Hierauf werden die unteren Enden der Ulna und des Radius bloßgelegt, indem man die *Membrana sacciformis* exstirpirt und die Artikulationsflächen des Radius und der Ulna anfrischt; sodann werden dieselben schief, un-

gefähr mit einer Neigung von 45° , abgesägt, so dass der Sägeschnitt auf der Rückenseite 2—3 cm weit vom freien Ende der Knochen beginnt und 2—5 mm weit vom unteren freien Rande derselben aufhört.

9) An den Seiten des volaren Sehnenbündels hinter den Gefäßbogen werden auf der Palmarseite 2 Öffnungen gebildet zur Durchführung der Drainage. Die Hämostasie beschränkt sich eventuell auf die Arteria radialis auf der Dorsalseite, welche ohne Weiteres unterbunden werden kann. Die anderen Gefäße sind von sehr geringer Wichtigkeit.

10) Es werden sodann die beiden Hälften der Hand mit einander vereinigt, und zwar so, dass vorn bloß die Kapselbänder gefasst werden, während die Basen der Metacarpalknochen Behufs der Vereinigung mittels Bohrers durchbohrt werden können. Man vereinigt durch Suturen Ulna und Radius und fixirt schließlich mittels Metalldrähten oder Seide die Metacarpalknochen an die schiefe Ebene der unteren Enden derselben.

Wenn die Strecksehnen der Finger abgekürzt werden müssen, dann rathe ich, die überflüssigen Theile derselben ohne Weiteres abzuschneiden, nach vorheriger Anlegung einer Fadenschlinge, welche zur Vereinigung der zurückgebliebenen Stümpfe dient, die später, d. h. nach Entfernung der Drainage, welche quer unter den Sehnen verläuft und an den Enden der queren Hautsuturen herausgeleitet wird, ausgeführt werden soll. Es folgt sodann die Naht der Ligamente und Aponeurosen, dann die der Haut in Form eines L oder eines Kreuzes, abgesehen von den Fällen, in welchen man die Hohlräume tamponiren und die Haut erst später zunähen will.

Beim Verbinden wird die Extremität auf ein Zinkbrett gelegt, welches die dorsale Inklinatıon der Hand zulässt und dem Ellbogen entsprechend gebogen ist, so dass es bis zur Mitte des Oberarmes hinaufreicht. Nach Anlegung des Verbandes wird die Esmarchsche Binde entfernt. Bei partiellen Resektionen gestaltet sich die Operationstechnik viel einfacher; ich erachte es für überflüssig, darüber an dieser Stelle specielle Angaben zu machen.

Kasuistik.

I. Meine erste Kranke, A. M., 14 Jahre alt, Schneiderin, an der ich am 22. Februar 1893 die totale Resektion mit Unterbindung der A. radialis ausführte, litt an primärer Knochentuberkulose, die derartige Verwüstungen verursachte, dass sich scheinbar die Amputation als absolut nothwendig erwies. Die Kranke heilte vollständig, ihre Hand und Finger sind ganz gut gebrauchsfähig, so dass sie auch Strickereien auszuführen vermag.

II. M. S., 60 Jahre alt, Bäuerin, litt an Arthrosynovitis granulofungosa diffusa des Carpus; Totalresektion am 23. Juni 1895. Ich unterband die A. radialis auf der Dorsalseite; die Operation gelang technisch vollständig. Später aber traten in Folge von Marasmus Darmerscheinungen auf, und nach 10 Monaten musste die Kranke amputirt werden. Sie starb am 7. Juli 1896; bei der Autopsie konnten alte Verkäsungsherde an den Lungenspitzen und eine diffuse akute Milchartuberkulose nachgewiesen werden.

III. A. P., 51 Jahre alter Arbeiter, litt gleichfalls an einer schweren und diffusen Tuberkulose des Carpus mit vielen Fistelgängen; sein Allgemeinzustand war schlecht. Es wurde die typische Resektion ausgeführt mit Ligatur der A. radialis am 13. Februar 1896. Der Operirte verließ die Klinik in heilungsfähigem Zustande, starb jedoch nach einigen Monaten an Lungentuberkulose.

IV. G. D., 17 Jahre alter Bäcker, erlitt am 4. Juli 1895 durch Maschinenverletzung eine Quetschwunde der Vola manus d. mit Fraktur des 2., 3. und 4. Metacarpus. An dem der Verletzung folgenden Tage führte ich, weil eine Gangrän der Hand drohte, die partielle Resektion des Carpus nach meiner Methode aus und exstirpirte die frakturirten Metacarpalknochen. In der Folge mussten Transplantationen nach Thiersch an der Dorsalseite der Hand gemacht werden, weil ein Theil der Lappen gangränös wurde. Es erfolgte vollständige Heilung ohne Fieber und ohne Ankylose kurze Zeit nach der Operation. Dieser Fall wurde schon im *Giornale medico del R. Esercito* 1896 Januar publicirt.

V. B. B. aus Mori wurde im Spital zu Ala am 15. August 1896 wegen schwerer Tuberkulose des Carpus operirt; der Allgemeinzustand war ein ziemlich guter. Es wurde die totale Resektion mit Unterbindung der A. radialis auf der Dorsalseite ausgeführt. Der Verlauf war ein sehr guter, und es trat vollkommene Heilung ein.

VI. J. R., 26 Jahre alter Bauer, erlitt beim Losschießen eines Gewehres eine schwere Verletzung an der Rückenseite der linken Hand, und zwar des Zeige-, Mittel- und Ringfingers mit Fraktur der Knochen am 6. November 1896. 6 Tage nach der Verletzung suchte er unsere Klinik auf mit Fieber (39°) und drohender Gangrän der Hand. Trotz der sofort vorgenommenen Behandlung konnte die Infektion nicht beherrscht werden. Es wurde desshalb am 18. November die Exartikulation bzw. Resektion des Mittelfingers sammt Metacarpus gemacht, und zwar durch Schnittführungen, wie ich sie bei meiner Resektionsmethode zu üben pflege. Der Kranke ist auf dem Wege der Genesung, und die beiden Hälften der Hand sind im Begriff zusammenzuheilen.

Schlussfolgerungen.

- 1) Die oben genau beschriebene Methode ist sehr leicht auszuführen.
- 2) Die Methode ist nicht gefährlich, weil die Gefäßbogen erhalten bleiben, und hierdurch das Eintreten der Gangrän der Hand verhütet wird, auch dann, wenn die A. radialis auf der Dorsalseite unterbunden wird.
- 3) Die Methode ist bei jedweder Indikation der Handresektion (Tuberkulose, Traumen etc.) verwendbar.
- 4) Bei Erwachsenen ist die Prognose in Fällen von lokaler Tuberkulose und schlechtem Allgemeinzustand ungünstig, auch wenn die totale Resektion ausgeführt wird; in solchen Fällen ist eine Amputation des Vorderarmes indicirt.

Ich bin sicher, dass die angegebene Methode bald eine größere Verbreitung finden wird.

Camerino, November 1896.

- 1) **Luc.** Du diagnostie et du traitement de l'abcès encéphalique consécutif aux suppurations craniennes.

(Méd. moderne 1896. No. 70.)

L. knüpft an die Mittheilung von 3 selbst operirten tödlich endigenden und durch Sektion nachgeprüften Fällen Rathschläge für

die chirurgische Behandlung von Hirnabscessen, besonders im Anschluss von Ohreiterungen. Die operativen Eingriffe sind in Frankreich noch wenig geübt. Nach der Statistik von Körner wurden in England 24, in Deutschland 17, in Frankreich nur 2 Abscesse eröffnet. Verf. betont das häufige Fehlen von verwerthbaren Herdsymptomen; Aphasie und Hemianopsie sind in Folge der Somnolenz der Kranken nicht sicher zu konstatiren. Die konstant vorhandene Stauungspapille ist gegenüber der Meningitis differentialdiagnostisch nicht verwerthbar; dagegen sind die Hirnnerven weit seltener beim Abscess als bei jener gelähmt. Um so wichtiger ist es, sich an die Erfahrungen zu halten, welche gezeigt haben, dass die Infektion meist am Knochen oder an den Sinus entlang kriecht resp. nach Vereiterung der letzteren sich auf die Umgebung fortpflanzt. In der Nähe dieser Gebilde ist der Abscess demnach zu vermuthen. Die Eröffnung des Schädels soll nicht zu klein gemacht werden. Nach Spaltung und Zurückklappen der Dura, um durch das vorquellende Hirn den Subarachnoidealraum abzuschließen, wird mit Messer oder Trokar der Abscess aufgesucht. Es sind oft viele — bis zu 10 — Punktionen nöthig, auch darf man sich nicht scheuen, 5 und mehr Centimeter tief zu stechen, übrigens je nach der Lokalität. Der gefundene Abscess wird breit eröffnet, reichlich drainirt, nur einmal ausgespült mit schwachen Antiseptieis unter leichtem Druck. In der Nachbehandlung ist mit ausgiebiger Drainage lange fortzufahren, um Recidive und Durchbruch zu vermeiden. Gummidrains sind sicherer als Gazetamponade. Etwa entstehender Hirnvorfall ist konservativ zu behandeln. Es sollte bereits bei den ersten Hirnerscheinungen energisch eingegriffen werden, doch ist auch bei drohender Lebensgefahr der Versuch stets angezeigt, da er nicht mehr Schaden, aber ganz unerwarteten Erfolg haben kann.

Roesing (Hamburg).

2) K. Poulsen. Über cerebrale Erkrankungen bei der Otitis media.

(Langenbeck's Archiv, Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

P. hat sich der Mühe unterzogen, aus Krankenjournalen und Sektionsprotokollen von 25 Jahren die Erfahrungen über Gehirnabscesse, Sinusthrombosen, epidurale Abscesse und Meningiten zusammenzustellen, die in dem Kommunehospital in Kopenhagen nach Erkrankung des Mittelohres gemacht worden sind.

Unter 17 hierher gehörigen Gehirnabscessen findet er vornehmlich den Temporallappen als Sitz des Eiters. Von den Symptomen scheinen ihm die wesentlichsten die Drucksymptome, Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Pulsverlangsamung, Somnolenz; Stauungspapille fehlte häufig. Dazu ist meist ein Wechsel in der Intensität dieser Erscheinungen zu konstatiren und ferner auf den chronischen Verlauf bei der Diagnose Rücksicht zu nehmen. Indessen weist Verf. darauf hin, dass diese Symptome auch fehlen, der Abscess latent

verlaufen kann. Von den Fokalsymptomen ist bei linksseitigem Sitz des Abscesses sensorische Aphasie, bei Weiterverbreitung des Eiterprocesses Störung im motorischen Gebiete im Vordergrund stehend. Verf. weist aber darauf hin, dass diese Störungen keineswegs speciell charakteristisch für Abscess sind und zeigt, wie die Abscedirung schon mit Sinusthrombose, Meningitis und Typhus verwechselt ward. Ist einerseits die Diagnose eine oft sehr schwierige, manchmal wohl gar unmögliche, so muss andererseits die Prognose des Hirnabscesses als fast absolut tödlich angesehen werden, wenn nicht operativ vorgegangen wird. P. stellt also ebenfalls als Grundsatz beim Gehirnabscess sofortige Trepanation auf. Er spricht weiter über die Wahl des Ortes für dieselbe, empfiehlt Spaltung der Dura und dann Punktion mit Nadel oder Trokar, resp. Anwendung des Messers. Die Drainirung der Eiterhöhle soll möglichst lange dauern. Die Heilung erfolgt durch Schrumpfung des Hirnvorfalles und Granulationsbildung. Das Gehirn verträgt merkwürdigerweise die eingreifenden Maßnahmen gut. Von 5 seiner operirten Fälle von otitischem Hirnabscess genasen 3.

Ein 2. Abschnitt behandelt die Sinusthrombose. Ausführlich wird die Diagnose dieser Erkrankung auf Grund namentlich der anatomischen Verhältnisse besprochen, ihre Beziehungen zu subduralen Abscessen und zu pyämischer Durchseuchung des Körpers geschildert und der Behandlung eine eingehende Betrachtung gewidmet. P. ist entschieden für eine operative Therapie bei puriformer Thrombosirung des Sinus transversus, bestehend in Trepanation, Eröffnung des Blutleiters und eventueller Ausräumung der Thrombenmassen. Nach genauer Würdigung des »Für und Wider« entscheidet er sich gegen die Unterbindung der Vena jugularis interna, da sie absolute Garantie der Heilung nicht bietet, aber ab und zu schädlich wirken kann. Mit Körner aber wendet er sich energisch gegen diese Maßnahme bei der Osteophlebitis in den Diploëvenen, bei pyämischen Zuständen ohne Sinusthrombose. Interessante Krankenberichte dienen auch hier zur Grundlage der theoretischen Auseinandersetzungen.

Zum Schluss sind noch die Fälle von Meningitis aufgeführt, die sich direkt an das Ohrenleiden angeschlossen haben. Verf. bespricht nochmals die Schwierigkeit der Diagnose der verschiedenen Gehirnerkrankungen, die sich an Ohrerkrankungen anschließen können, und giebt einige hinweisende Winke zur Unterscheidung. Bei Vermuthung eines Hirnabscesses empfiehlt P. eine explorative Operation, bei der man methodisch untersuchend vom Processus mastoideus bis eventuell in das Temporal- und Kleinhirn vorgeht.

Ernst Siegel (Frankfurt a/M.).

3) **W. W. Keen** (Philadelphia). The surgical treatment of intracranial tumours.

(University med. magazine 1896. März.)

Die kleine Abhandlung beschäftigt sich vorzugsweise mit operativ-technischen Fragen, ohne auf die Kasuistik des Verf. im Einzelnen einzugehen. K. steht den operativen Eingriffen bei Hirngeschwülsten sehr sympathisch gegenüber, sowohl den radikalen mit Exstirpation der Geschwulst, wie auch den mehr oder weniger palliativen, d. h. der partiellen Entfernung großer Geschwülste, wie der bloßen Schädelresektion zum Zweck der Druckentlastung: Er hat mehrfach auch durch Eingriffe dieser Art bedeutende Besserung erzielt.

Bei Geschwulstexstirpationen sucht er, wenn eben möglich, ohne Drainage auszukommen. Er schließt dann die Dura durch Naht, oder wenn ein Stück Dura mit der Geschwulst entfernt werden musste, näht er zur Vermeidung eines Hirnvorfalles ein Stück Schädelperiost (mit der Außenseite dem Gehirn zu) auf den Defekt. So erzielte er 2mal gute Erfolge.

An Stelle des König'schen Haut-Periostknochenlappens zur sekundären Deckung der Knochenlücken schlägt er auf Grund eines günstig verlaufenen Falles vor, aus der Umgebung kleine Knochenstücke völlig abzumeißeln und dicht neben einander auf die Lücke zu legen. Er kam hierzu durch seine günstigen Erfahrungen mit Wiedereinpflanzung von austrepanirten Knochenstücken in etwa 15 Fällen, wo sie anstandslos wieder einheilten. Er will auf diese Weise die sekundäre Weichtheillappenbildung umgehen, da dieselbe bei dem König'schen Verfahren oft zu Wulstungen führe in Folge der Stieldrehung.

E. Martin (Köln).

4) **Hallager** (Viborg-Dänemark). De la nature de l'épilepsie.

Paris, Société d'éditions scientifiques, 1897. 182 S.

Weder die Theorie der primären Hirnanämie von Kussmaul-Tenner und Nothnagel, noch die sogenannte corticale Theorie von Jackson genügen völlig zur Erklärung des Zustandekommens des epileptischen Anfalles. Die Experimente von François Frank lehren, dass lokalisierte Rindenreizung Krämpfe der zugehörigen Muskeln bewirkt, die Gefäßspasmus in der Hirnrinde auslösen, gefolgt von allgemeinen Krämpfen, wenn der Reiz eine genügende Intensität hat. Bei den Reflexepilepsien wird diese Intensität erreicht durch Summierung oft wiederholter Reize derselben centripetalen Nervenbahnen. Denn die Reflexepilepsie ist gegenüber der corticalen nur qualitativ verschieden (par différence de degré).

Die Entstehung allgemeiner Krämpfe ist aber nur verständlich aus einer Anämie der Kernregion und so wenig diese gerade bei der Reflexepilepsie auch durch Experimente nachgewiesen werden konnte, so sehr ist sie doch allein im Stande, eine Erklärung zu geben. Die Rindenreizung vermag nur eine gesteigerte Thätigkeit (suracti-

vité!) der Kernregion zu erzeugen, nur diese ist die Ursprungsstätte der Konvulsionen und vermittelt deren allgemeine Ausbreitung«.

Als letzte Ursache dieser Erregung kann nur die Anämie gelten. Ihr folgt Überladung des Blutes mit Kohlensäure, Asphyxie. Diese beenden den Anfall durch Erschöpfung, die auch die postepileptischen Zustände erklärt. Die sogenannten »psychischen Äquivalente« lassen sich ungezwungen als die Folgezustände nicht beobachteter Anfälle auffassen. Die schwere Schädigung, welche auch durch nur kurz-dauernde Ernährungsstörungen die Hirnrinde erfährt, erklärt die lange Dauer postepileptischer geistiger Störungen.

Die Ursache dieser Anämie ist also ein Reiz, der ein mehr oder weniger reizbares Centrum trifft und je nachdem einen typischen Anfall oder nur einzelne Störungen hervorruft. Bei der Reflex-epilepsie kennen wir die Ursache der Reizbarkeit, bei der sogenannten idiopathischen nicht.

Die Begründung der mitgetheilten Hypothesen wird aus der mitgetheilten, in Tabellen übersichtlich geordneten Litteratur, der mehrere eigene Beobachtungen hinzugefügt werden, hergeleitet. In 4 großen Kapiteln werden die Ergebnisse der klinischen, pathologisch-anatomischen und experimentellen Forschung eingehend besprochen.

Roesing (Hamburg).

5) B. Sachs und A. G. Gersteg. Die operative Behandlung der partiellen Epilepsie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 35.)

Die Fälle partieller Epilepsie, welche die Verff. berücksichtigen, sind nicht nur solche traumatischen Ursprungs, sondern auch solche, in denen lokalisierte Krämpfe in Verbindung mit anderen chronischen Erkrankungen, speciell mit cerebraler Kinderlähmung, vorkommen. Auf Grund ihrer Erfahrungen glauben S. und G., dass die Epilepsie öfter durch Operation gebessert, manchmal geheilt werden kann. Von 3 Todesfällen bei 19 Operationen ist nur einer als Folge der Operation zu bezeichnen. Ein Pat. starb 2 Wochen nach der Operation erst in Folge einer gelegentlich eines Verbandwechsels erworbenen septischen Meningitis.

Aus den 19 ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten ergibt sich das statistische Resultat, dass 3 Fälle höchstwahrscheinlich geheilt sind, 2 bedeutend, 3 etwas gebessert, während 11 in keiner Weise durch die Operation günstig beeinflusst wurden. Diese letzteren Fälle beweisen deutlich, dass (was hervorragende deutsche Chirurgen schon früher festgestellt. Ref.) partielle Epilepsien, die schon jahrelang dauern, durch operative Eingriffe nicht zur Heilung zu bringen sind, gleichgültig ob Trepanation oder Narben-excision vorgenommen wird.

Am besten war das Resultat bei einem ein Jahr nach dem Trauma (Sturz vom Rade) operirten Mann, bei welchem die Entfernung

eines deprimierten Schädelstückes und Freilegung eines großen Areals genügte, um die Epilepsie zur Heilung zu bringen.

Die zum Schluss zusammengestellten Ergebnisse der Erfahrungen der Verff. sind folgende.

1) Zur Operation eignen sich solche Fälle partieller Epilepsie, wo höchstens 1 bis 3 Jahre seit dem traumatischen Insulte resp. der Entstehung der Krankheit verstrichen sind.

2) Bei Depression des Schädels oder bei sonstiger Schädelverletzung ist der chirurgische Eingriff auch nach Jahren noch gestattet. Die Aussicht auf Heilung ist jedoch weniger günstig, je mehr Jahre seit der ursprünglichen Verletzung vergangen sind.

3) Einfache Trepanation mag in manchen Fällen genügen, und ist dies besonders der Fall, wenn es sich um Schädelverletzung oder um Cystenbildung handelt.

4) Excision des corticalen Herdes ist anzurathen, wenn die Epilepsie erst kurze Zeit besteht und auf einen genau zu bezeichnenden Hirntheil hinweist.

5) Da solche corticalen Herde oft nur mikroskopisch nachweisbar sind, so soll die Excision auch dann vorgenommen werden, wenn der betreffende Theil makroskopisch normal erscheint. Nur soll man die größte Vorsicht anwenden, damit auch der richtige Hirntheil excidirt wird.

6) Chirurgischer Eingriff bei Epilepsie in Verbindung mit centraler Kinderlähmung ist gestattet, namentlich wenn solche nicht gar zu spät nach Eintritt der Lähmung in Behandlung kommt.

7) In veralteten Fällen von partieller Epilepsie, in denen höchstwahrscheinlich eine weit verbreitete Degeneration der Associationsfasern besteht, ist jeder chirurgische Eingriff vollständig werthlos.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

6) F. Krause (Altona). Die Neuralgie des Trigeminus nebst der Anatomie und Physiologie des Nerven.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1896. 260 S.

K. beginnt seine umfangreiche, mit großer Klarheit und umfassendster Litteraturkenntnis geschriebene Monographie mit einem kurzen historischen Überblick über die Kenntnis der Gesichtsnuralgien. Daran schließt er eine eingehende Schilderung der anatomischen Verhältnisse im Verlaufe des Nervus trigeminus von seinen Kernen an bis in die Peripherie. Klar werden unter Zugrundelegung von vielfach selbst gewonnenen Zeichnungen die topographischen Verhältnisse um das Ganglion Gasseri beschrieben, und für die Operationen an demselben wichtige Abnormitäten im Verlaufe der Carotis interna, A. meningea media angeführt. Dann wird das ganze Verzweigungsgebiet der 3 Trigeminusäste genau durchgesprochen und bis in die Abnormitäten der feineren Verästelung verfolgt. Bei der bis in die feinsten Details geprüften Physiologie des Trigeminus interessirt vornehmlich, dass die einzelnen Gebiete des Nerven auch

zum Theil von anderen Nerven ersetzt werden können, und dass der Umfang dieser Vertretung ein sehr wechselnder ist. Atrophien der einschlägigen Gebiete treten nach Exstirpation nicht auf, eben so wenig umfangreichere Schleimhautgeschwüre. Auch für das Auge werden durch den Trigeminausfall keine schweren Störungen herbeigeführt. K. konnte nur eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen infektiöse Processe und eine langsamere Heilung erkrankter Partien finden. Veränderungen an der Pupille treten nach Exstirpation des Ganglion Gasseri nicht auf, dagegen zeigt sich bei allen Fällen verminderte Thränenabsonderung, nach K.'s Ansicht in Folge von Verletzungen, welche der Nervus petrosus superficialis major erleidet, dessen vom Facialis- zum zweiten Trigeminasast ziehende Fasern ausgeschaltet werden. Die Gesichtshaut, die Schweißabsonderung und das Sehvermögen bleiben unbeeinflusst, in manchen Fällen treten dagegen mäßige Störungen des Gehörs auf. Die Geschmacks- und Geruchsempfindungen werden im Allgemeinen auf der operirten Seite herabgesetzt gefunden. Es lässt sich aber in einem Referat auch nicht annähernd die Vielseitigkeit der überall mit größter Sorgfalt peinlich durchgeführten Befunde wiedergeben, so interessant und wichtig speciell für die Physiologie der Geschmacksinnervation sie auch sind.

In dem Abschnitt über die pathologische Anatomie finden namentlich die Geschwülste Berücksichtigung, welche bei intracraniellem Sitz oft reine Neuralgie vortäuschen, nächst dem die entzündlichen Processe, die aus der Nachbarschaft fortgeleitet sind oder primär bei Infektionskrankheiten, Intoxikationen und Erkältungen auftreten. Von mikroskopischen Veränderungen werden die peripheren an den Nerven und Gefäßen erwähnt, ganz besonders aber wird auf die degenerativen Vorgänge an den Ganglienzellen des Ganglion Gasseri hingewiesen, die K. immer fand.

Nach einer dramatischen Schilderung der Schmerzanfälle mit Angabe der Schmerzpunkte und Verbreitung der Neuralgien werden die einzelnen Formen der Neuralgia ophthalmica, supra- und infra-maxillaris, die Diagnose, Prognose und Folgeerscheinungen erörtert, und das ganze zum Theil nur noch historisches Interesse bietende Arsenal therapeutischer Mittel vorgeführt, mit genauer Berücksichtigung der Ätiologie. Vor dem Morphinum warnt K. ganz besonders.

Bei der operativen Behandlung in der Peripherie sympathisirt Verf. mehr mit der Resektion der befallenen Nerven als mit der Methode von Thiersch, der Exstirpation. Die wichtigsten Operationsverfahren, die betreffenden Nerven peripher aufzusuchen, werden ausführlich beschrieben. Vorzügliche Abbildungen erleichtern die Übersicht des Textes. Die Neurotomie wird gänzlich verworfen. Von den extracranialen Operationen an der Schädelbasis empfiehlt K. vornehmlich die Methoden von Krönlein und Kocher, er bespricht ferner für specielle Fälle als geeignete Verfahren die von Salzer,

Mikulicz und die Madelung'sche Modifikation des letzteren. K. hat eine große Reihe dieser Operationen selbst am Lebenden ausgeführt, andere an der Leiche nachgeprüft.

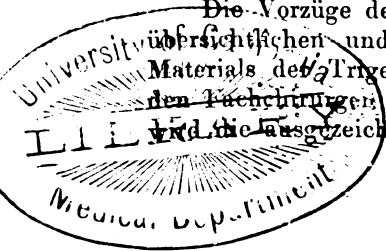
Schließlich kommt K. auf die Entwicklung der intracraniellen Operationen von William Rose an bis auf die von K. selbst methodisch ausgebaute Exstirpation des Ganglion Gasseri. Er zeigt, wie Recidive selbst nach intracranieller Resektion des Trigeminusstammes auftraten und so einen noch weiter gehenden Eingriff nöthig machten, den K. selbst zum 1. Male in typischer Weise am Lebenden ausgeführt hat. In ihren Hauptzügen dargestellt, verläuft die Operation folgendermaßen. Man bildet mit Messer und Kreissäge einen Haut-Weichtheil-Knochenlappen, dessen Basis über dem Jochbein liegt. Nachdem dieser nach unten geklappt ist, dringt man zwischen Knochen und harter Hirnhaut vor und unterbindet doppelt die isolirte A. meningea media. Bei stärkerer Blutung aus den Duralvenen und Emissaria Santorini wird vorübergehend tamponirt, darauf mit dem Elevatorium der 3. und der 2. Trigeminusast vom Ganglion bis zum Foramen ovale und rotundum freipräparirt; dann erst werden die Nerven und darauf das Ganglion Gasseri von der Dura und vom Knochen abgehoben. Nun fasst man mit der Thiersch'schen Zange das Ganglion am Übergang in den Trigeminusstamm, der 2. und 3. Ast werden an ihrer Austrittsstelle aus der Schädelhöhle durchschnitten, und darauf das Ganglion herausgedreht, wobei meist ein Stück des Stammes folgt. Nach Einlegung eines Drains in die Tiefe der Wundhöhle und Ausmeißelung eines kleinen Knochenstückes zu diesem Zweck wird der Haut-Weichtheil-Knochenlappen in seiner ursprünglichen Lage durch Naht fixirt.

Die Gefahren der Operation sind starke Blutung und Gehirnkompensation und wohl auch, was K. nicht erwähnt, bei der häufigen Läsion der harten Hirnhaut eine Meningitis.

K. zieht sein Verfahren dem W. Rose's, als dem gefährlicheren und weniger übersichtlicheren, und dem Doyen's, als dem eingreifenderen, vor. Von 12 Pat. hat K. nur einen einzigen verloren, einen 72jährigen Mann, der 6 Tage nach der Operation an einem Herzfehler starb. Recidive hat Verf. nicht erlebt. (Längste Beobachtungszeit $3\frac{3}{4}$ und $3\frac{1}{2}$ Jahre.) Selbst die elendesten Kranken erholen sich rasch nach dem Eingriff. Die Schädigungen durch die Operation, wie Lähmung der Kaumuskulatur, Ausfallserscheinungen, sind in Anbetracht der Schwere des Grundleidens nicht hoch anzuschlagen und sind auch von geringer Bedeutung.

Die K.'sche Operation ist erst dann indicirt, wenn die weniger eingreifenden Operationen erfolglos geblieben sind.

Die Vorzüge der K.'schen Monographie bestehen in der klaren, übersichtlichen und belebten Darstellung des ganzen bekannten Materials der Trigeminusneuralgie. Das Werk ist nicht allein für den Fachschriftsteller geschrieben; der interne Arzt wie der Physiologe und die ausgearbeitete Arbeit mit Genuss und Belehrung studiren;



der Operateur findet Alles zusammengestellt, was er bei den vielfach variirenden Eingriffen am Trigeminusgebiet wissen soll und muss. Es ist noch besonders lobend hervorzuheben, dass die zum Theil schwer zu behandelnde und darzustellende Materie trotz strenger Wissenschaftlichkeit sich spielend liest. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

7) **A. Henle.** Beitrag zu der Lehre von den traumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule. (Aus der königlichen chirurgischen Klinik in Breslau.)

(Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

Kümmell hat auf eine traumatische Erkrankungsform der Wirbelsäule hingewiesen, die noch wenig bekannt ist. Sie entsteht entweder durch direkte Gewalt oder durch Quetschung von Wirbelkörpern in Folge von Zusammenknicken des Oberkörpers. 2—8 Tage lang bestehen Schmerzen in der betroffenen Partie. Dann fühlen sich die Pat. wieder gesund, und oft erst nach mehreren Monaten stellen sich heftige Schmerzen in der Wirbelsäule ein mit Neuralgien, Motilitätsstörungen, wozu sich dann noch eine deutlich ausgeprägte Kyphose und ein Gibbus hinzugesellen. Gibbus und Beweglichkeit der übrigen Wirbelsäule charakterisiren diese Erkrankung gegenüber der Arthritis deformans. H.'s Fälle haben mit denen Kümmell's das gemein, dass abnorm lange nach Einwirkung des Traumas eine progredient bleibende Weichheit der Wirbelsäule an der betroffenen Partie auftritt, welche zur Gibbusbildung führt. Als Ursache sehen Kümmell und König durch die Verletzung entstandene Kompressionsfrakturen, Längsfissuren u. dgl. an. Die Dislokationen entstehen erst nach Belastung des noch weichen Callus. H. giebt 4 Krankengeschichten einschlägiger Fälle, von denen 3, wie alle bisher bekannten Fälle, die Rückenwirbel, einer die Halswirbelsäule betreffen. Die Schwere der Erscheinungen bei der betreffenden Erkrankung ist sehr verschieden, die Prognose oft sehr günstig, andererseits können dauernde Störungen zurückbleiben. Mikulicz hält eine chronisch-arterielle Hyperämie für die Ursache der Knochenerweichung. »Es ist wahrscheinlich, dass ein durch das Trauma gesetztes intra- resp. extradurales Hämatom den Anstoß dazu giebt. Es ist denkbar, dass dieses allmählich in die betreffenden Wurzeln und Spinalganglien diffundirt und so erst nachträglich in denselben Veränderungen setzt, die theils in trophischen, theils in Sensibilitätsstörungen zum Ausdruck kommen.« Für die Differentialdiagnose kommen in Betracht: Spondylitis tuberculosa, gummöse Wirbelp Prozesse, Gibbusbildungen durch Geschwülste. Das Trauma kann ein sehr leichtes gewesen sein und doch schwerste Erscheinungen herbeiführen. Die Behandlung besteht in Extension bei Rückenlage der Pat., eventuell wird man ein gut sitzendes und gut stützendes Mieder anwenden. Mit Massage und Gymnastik soll man sehr vorsichtig sein. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

8) **F. Lejars** et **M. Labbé**. Les arthrites à grains riziformes.

(Revue de la tuberculose 1896. No. 3.)

In der vorliegenden Arbeit suchen die Verff., auf Grund von 55 Fällen, das klinische Bild der Reiskörperchenentzündung der Gelenke zu entwerfen. Von den 25 Beobachtungen gehört eine den Verff. an, eine zweite stammt von Velpeau; die übrigen sind der deutschen Litteratur entnommen, die von den Verff. sehr eingehend berücksichtigt wird.

Der von den Verff. beobachtete Fall betrifft ein 34jähriges Individuum, hereditär mit Tuberkulose belastet, das seit 2 Monaten von einer schmerzhaften Schwellung des Knies befallen war. Dieselbe erstreckte sich hauptsächlich auf den Recessus und zeigte undeutliche Fluktuation mit ausgesprochenem feinen Reiben. Die Behandlung bestand in einer möglichst gründlichen Exstirpation der Synovialis von 2 Längsschnitten aus, wobei sich im Gelenk erbsen- bis kirschgroße Reiskörper fanden, theils frei, theils der Wand anhaftend. Der Heilungsverlauf war ungestört, Pat. erlag jedoch kurze Zeit darauf einer spondylitischen Paraplegie. Das mit einem Reiskörperchen und einem Stück Synovialis geimpfte Meerschweinchen ging leider nach einigen Tagen zufällig zu Grunde, die histologische Untersuchung der Kapsel ließ an der tuberkulösen Natur des Leidens keinen Zweifel aufkommen. Die Schnitte durch ein Reiskörperchen ergaben nur Bänder, die aus einer fibrinoiden Substanz bestanden, und dazwischen, in unregelmäßigen Lücken, fadiges Fibrin. Einlagerung von zelligen Elementen oder Tuberkelknötchen, wie sie von Garré, Riese und Goldmann mehrfach beobachtet wurden, fanden sich dagegen nicht vor, eben so wenig eine Andeutung von Blutgefäßen. Die Synovialmembran zeigte ausgesprochen tuberkulöse Veränderungen.

Bezüglich der Genese der Reiskörperchen fassen sich die Verff. kurz, indem sie der darüber herrschenden Diskussion keine besondere praktische Bedeutung beimessen. Ihrer Ansicht nach handelt es sich um eine fibrinoide Degeneration der Synovialmembran und nicht um Fibrinniederschläge aus der Gelenkflüssigkeit. Diese Ansicht wird wesentlich gestützt durch die Abbildung eines noch halb in der Synovialmembran sitzenden Reiskörperchens, dessen Entstehung sich wohl kaum anders als durch Degeneration der Synovialis erklären lässt. Die Hauptfragen, mit denen sich die Arbeit beschäftigt, sind mehr klinischer Natur und betreffen die Ätiologie, den Verlauf und die Therapie der Reiskörper-Gelenkentzündungen.

Bezüglich der Ätiologie wird in erster Linie festgestellt, dass die Reiskörperentzündung mit wenigen Ausnahmen eine tuberkulöse Affektion darstellt. Als Gelegenheitsursache wird oft ein Trauma angegeben.

Was die Erklärung der Ablösung der Reiskörper von der Synovialwand und die Stellung der Reiskörperentzündung zu den gewöhnlichen Formen von Gelenktuberkulose betrifft, so schließen sich die

Verff. hauptsächlich an die Ansichten von Schuchardt an. Der Krankheitsverlauf ist zwar langsam, aber in der Regel doch progressiv. Durch Punktion, Injektionen und ähnliche wenig eingreifende Behandlungsmethoden werden meist nur vorübergehende Erfolge erzielt, und das Endresultat ist, wenn nicht energischer vorgegangen wird, in der Regel eine gewöhnliche fungöse Arthritis. Für die Behandlung ergeben sich demnach folgende Regeln: Bei jungen Individuen Versuche mit Punktionen, Gelenkauswaschungen, Injektionen von Jodoform oder Chlorzink.

Bei ungenügendem Erfolg ist eine möglichst gründliche Exstirpation der Synovialis indicirt, mit der nicht zu lange gewartet werden soll. Allfällige Knochenherde sind auszulöffeln. Ist das Gelenk schwer erkrankt, so ist die Resektion angezeigt. Bei älteren Pat. ist eine gründliche Operation von vorn herein vorzuziehen.

Es ergibt sich hieraus, dass die Reiskörpertuberkulose der Gelenke trotz ihres langsamen Verlaufes keine anderen Indikationen hat als die gewöhnliche Gelenktuberkulose.

de Quervain (Chaux-de-Fonds.)

9) J. Ziematzky. Traitement des ostéoarthrites tuberculeuses au moyen des injections sous-périostales de la solution de chlorure de zinc, d'après la méthode sclérogène de Lannelongue.

(Revue de chir. 1896. No. 8.)

Z. beschreibt ausführlich auf Grund seiner an 40 Pat. gemachten Erfahrungen die Technik der Lannelongue'schen Chlorzinkeinspritzungen bei tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen und berichtet ganz kurz über die von ihm hierbei erreichten Resultate. Die Injektionen wurden in der Weise vorgenommen, dass in 1, 2 oder mehreren Sitzungen in Pausen von 3—7 Tagen von einer 10%igen Chlorzinklösung 7—10 Tropfen an 10—12 Stellen in der Peripherie des Krankheitsherdes — unter Schonung von Gefäßen, Nerven, Sehnen und des Gelenkes selbst — unter das Periost oder die Insertionen der Synovialis, centrifugal vom Gelenk, eingespritzt wurden, wobei strengste Asepsis beobachtet, in seltenen Fällen bei besonderer Schmerzhaftigkeit der Injektionen die Narkose angewendet wurde; nachher wurde die betreffende Extremität in einem aseptischen Verband oder ähnlich immobilisirt. Eine stärkere Reaktion als Folge der Einspritzung und dabei stattgehabte Infektion konnte Z. nur in der ersten Zeit der Anwendung letzterer bemerken, als er auch Tuberkulosen mit alten eiternden Fisteln der Behandlung unterwarf. Er hat deshalb letztere für solche Fälle, in denen auch keinerlei Erfolg erzielt wurde, ganz aufgegeben, verwirft die Injektionen auch bei bereits sehr heruntergekommenen Kranken und bei ausgedehnter Knochenzerstörung, also in all den Fällen, wo operative Eingriffe (Ausschaben, Resektion, Amputation etc.) indicirt erscheinen. Da-

gegen erscheint ihm die Methode für die Fälle kleinerer Knochenherde mit Abscessbildung nach Entleerung des Eiters und Jodoformbehandlung, vornehmlich aber für die beginnende Erkrankung, wo Operationen noch nicht in Betracht kommen, sehr geeignet. Von 17 solchen Pat. wurden 12 durch die Einspritzungen sicher geheilt, während bei den übrigen 5 das Resultat unbekannt geblieben, bei allen anderen Fällen Besserungen erzielt wurden.

Von der Kombination des Lannelongue'schen Verfahrens mit dem Bier'schen verspricht sich Verf. auf Grund einiger Beobachtungen besondere Erfolge.

Kramer (Glogau).

10) **G. Joachimsthal.** Über selbstregulatorische Vorgänge am Muskel.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. Bd. VI. Hft. 2.)

11) **Derselbe.** De l'adaption spontanée des muscles aux changements de leur fonction.

(Compt rend. de l'acad. des séances. 1896. April 20.)

12) **Derselbe.** Nouvelle adaption des muscles de la jambe après la guérison d'un pied bot.

(Ibid. September 14.)

In seinem grundlegenden Werke »Über die Transformation der Knochen« hatte J. Wolff, nachdem er den Beweis der Anpassungsfähigkeit nicht nur der inneren Architektur, sondern damit auch der äußeren Form der Knochen unter funktionell neuen Verhältnissen erbracht hatte, ausgeführt, dass dieses Naturgesetz auch auf alle anderen Gewebe des Lebewesens Anwendung finden müsse. Die Zweckmäßigkeit der Anordnung der Elemente in einzelnen Weichtheilen ist von verschiedenen Forschern bestätigt worden; es blieb noch der Nachweis zu liefern, dass zwischen der Form der Weichtheile und ihrer Funktion ein ursächlicher Zusammenhang bestehe, und auch eine zweckentsprechende Änderung der ersteren eintrete, sobald durch Strukturveränderungen irgend welcher Art eine Änderung der Funktion vor sich gegangen sei. Seine Untersuchungen stellte J. an den Muskeln der Wade an. Hier wirken die am Calcaneus ansetzenden Muskeln an einem Hebel, dessen Hypomochlion im Fußgelenk gelegen ist. Es ist klar, dass bei zunehmender Länge des hinteren Hebelarmes zur Erzielung des gleichen Effektes an der Fußspitze eine größere Exkursion an der Insertionsstelle der Achillessehne als früher erforderlich ist. Nach dem Wolff'schen Gesetz müsste sich die betreffende Muskulatur derartig veränderten Verhältnissen anpassen, d. h. es müsste bei Verlängern des Calcaneus nach hinten die Hubhöhe zunehmen und umgekehrt. Nun ist aber bekanntlich die Hubhöhe eines Muskels direkt abhängig von der Länge der kontraktiven Substanz, es müsste — die Richtigkeit der Theorie vorausgesetzt — sich also eine Verlängerung des muskulösen Theiles auf Kosten des sehnigen entwickeln. Thatsächlich

finden wir z. B. bei Negern dem langen Processus calcanei entsprechend eine schwächliche aber lange Wadenmuskulatur im Gegensatz zu dem kurzen dicken Muskel bei der weißen Rasse, deren Hackenfortsatz wesentlich kürzer ist. Experimentell hatte schon Marey diesen Verhältnissen nachgeforscht, indem er die Calcaneusfortsätze bei Kaninchen resecirte und nachwies, dass die Wadenmuskulatur an Dicke zugenommen und an Länge abgenommen hatte. J. setzte diese Marey'schen zum Theil diskutablen oder negativ ausgefallenen Versuche fort. Er resecirte aus dem Calcaneusfortsatz der einen Seite einer Katze ein 1 cm langes Stück und fand nach 9 Monaten auf der gesunden Seite eine schmale schlanke Sehne in Verbindung mit einem langgestreckten dünnen Muskel; die Muskelfasern endigen ca. 3,5 cm oberhalb des Hackenfortsatzes. Auf der operirten Seite hat die Sehne außerordentlich an Länge und Dicke zugenommen; die Muskelfasern endigen 5—7 cm vom Calcaneus entfernt. J. erwähnt noch eines Falles, wo bei einem 18jährigen Mädchen, dem J. Wolff in früher Jugend einen angeborenen Klumpfuß redressirt hatte, sich den experimentell erzeugten ähnliche Verhältnisse fanden. An dem früher kranken, übrigens jetzt tadellos funktionirenden Fuße konnte Verf. durch Photographie mittels X-Strahlen zeigen, dass einem in seiner größten Ausdehnung sehnenigen, sehr kurzen dicken Wadenmuskel eine kleine knopfförmige Hervorragung, welche den Fortsatz des Calcaneus darstellte, entsprach.

Für die Beurtheilung der peripherischen Muskelatrophien dürften sich aus diesen Untersuchungen neue Gesichtspunkte ergeben, wobei neben der verminderten Gebrauchsfähigkeit die veränderte Inanspruchnahme der Muskulatur gebührende Würdigung finden muss.

König (Wiesbaden).

13) **Bum.** Handbuch der Massage und Heilgymnastik.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1896.

Das Buch ist für den praktischen Arzt geschrieben und kann diesem auch warm empfohlen werden, da die Darstellung eine sehr klare und auf anatomische und physiologische Thatsachen und Principien begründete ist. Den allgemeinen Theil bildet eine Beschreibung der Technik und physiologischen Wirkung der Massage und der Heilgymnastik je in besonderen Kapiteln. Es ist dabei besonders wohlthuend, dass fast ausschließlich Maßnahmen geschildert sind, die mit den einfachsten Mitteln angewandt werden können. Die Zanderschen Apparate z. B. sind wohl auch erwähnt, aber nur der Vollständigkeit halber.

Der specielle Theil enthält die Erkrankungen der einzelnen Organe, die der genannten Behandlungsweise zugänglich sind.

Augen-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sind von Spezialisten dieser Fächer bearbeitet worden. Ein ausführliches Register über die umfangreiche Litteratur ist beigelegt.

Im Kapitel über physiologische Wirkung der Gymnastik finden sich Sätze, die in der Art, wie sie aufgestellt sind, bedenklich erscheinen. p. 111 heißt es gesperrt gedruckt: »Bei Widerstandsbewegungen ist der Druck der Gelenkkörper gegen einander = 0.« B. illustriert das an folgendem Beispiel: Bei Beugung und Streckung des Fußgelenkes ist, da bei jeder Bewegung Beugen und Strecken zusammenwirken (Duchenne), der Druck (D), den die Gelenkkörper erleiden, gleich dem Zug der Strecker (m) plus dem der Beuger (m'): $D = m + m'$.

Wird nun ein dem Zug der Strecker adäquater Widerstand (m') auf den Fuß in plantarer Richtung ausgeübt, und dadurch der Zug der Plantarflexoren ausgeschaltet, so fällt also m' weg, und es ist dann $D = m - m' = 0$. Das wäre richtig, wenn bei dieser Widerstandsbewegung in der That m' ausgeschaltet wird, was aber nicht bewiesen ist. — Anders ist es jedoch bei der entsprechenden, aber umgekehrten Widerstandsbewegung: Sucht der Pat. den Fuß plantar zu flektiren, und übt der Arzt einen Druck auf die Fußsohle in dorsaler Richtung aus, so findet keine Druckentlastung der Gelenkenden statt, sondern es bleibt die Gleichung bestehen $D = m' + m' = m' + m$. — Der angeführte Satz kann also nicht so allgemein ausgesprochen werden, wie es Verf. thut.

Eben daselbst sagt der Verf. über die von dem Pat. anzuwendende Kraft bei Widerstandsbewegungen: »Auch die für die Bewegung aufzubietende Kraft erfährt bei der Widerstandsbewegung eine sehr erhebliche Modifikation. Bei der aktiven Bewegung (des Fußgelenkes) hat die Kraftquelle zwei Muskelzüge zu versorgen, $K = m + m'$. Wird einer dieser Muskelzüge durch die äußere Kraft m" ausgeschaltet, so ist nur noch die Versorgung des anderen Muskelzugs nothwendig. $K = m$. Da ferner die excentrische Bewegung des Fußes von f' nach f (Plantarflexion) nicht mehr durch den Muskelzug m', sondern durch die äußere Kraft m" bewirkt wird, so ist für diese Bewegung $K = 0$.« Wenn $K = 0$ ist, so handelt es sich natürlich nicht mehr um eine passive Widerstandsbewegung, sondern um eine rein passive Bewegung. Das vom Verf. angeführte Beispiel will aber doch eine (passiv duplicirte) Widerstandsbewegung, bei welcher die Strecker (m) wirken und deshalb auch mit Kraft versorgt werden müssen.

Wenn diese Ausstellungen im Referat auch den größeren Raum beanspruchen, so verschwinden sie in Wirklichkeit doch fast ganz gegen die übrigen Vorzüge des Buches. Müller (Stuttgart).

14) Oberst (Halle). Ein Beitrag zur Frage der Verwendung der Röntgen'schen Strahlen in der Chirurgie.

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 41.)

Die Mittheilung erläutert an der Hand zahlreicher Abbildungen den Werth des Röntgen'schen Verfahrens für die Feststellung von

Knochenbrüchen, für den klinischen Unterricht bei Demonstration derartiger Fälle und für den Nachweis der Art ihrer Heilung. In erstgenannter Hinsicht weist O. darauf hin, dass durch die Röntgen'schen Strahlen ein Knochenbruch ohne jede schmerzhaft empfindung für den Verletzten diagnosticirt werden könne, in letzterer, dass nach seinen Untersuchungen die sogenannten idealen Heilungen der Frakturen viel seltener seien als bisher angenommen wurde, dass bei fast allen Knochenbrüchen mit schiefer Richtung der Bruchlinien die Heilung mit einer mehr oder weniger bedeutenden, durch Tastung oft kaum erkennbaren Verschiebung der Bruchstücke erfolge. Der wesentliche Werth dieser durch das Röntgen'sche Verfahren ermöglichten Feststellung liegt indess darin, dass in allen Fällen, in denen kurze Zeit nach vollendeter Konsolidation Beschwerden nicht mehr vorhanden waren, die tadellose — ideale — Heilung durch das Skia-gramm nachgewiesen, überall da aber, wo von sonst in ihren Angaben sicher zuverlässigen Kranken lange Zeit über mehr oder weniger heftige Beschwerden geklagt wurde, ohne dass die manuelle Untersuchung einen Anhaltspunkt für die Erklärung derselben fand, das Röntgen'sche Verfahren Verschiebungen der Fragmente aufdeckte.

Kramer (Glogau).

15) Souchon. Operative treatment of ankylosis of the shoulder joint.

(Annals of surgery 1896. Oktober.)

Ausgehend von einer eigenen Beobachtung (Ankylose nach einem Trauma, geheilt durch Resektion) bespricht Verf. sehr eingehend die verschiedenen Arten, Entstehungsweisen und Ausgänge der Schultergelenksankylosen, von denen er 29 verschiedene Varietäten aufzustellen weiß. Naturgemäß bietet die Arbeit nichts principiell Neues, sie sei aber hier erwähnt, weil ihre Kenntnis, namentlich auch wegen des angefügten Litteraturverzeichnisses, manchem sich für diese Frage speciell Interessirenden erwünscht sein wird.

Tietze (Breslau).

16) Bradford. Ambulatory treatment of fractures in children.

(Annals of surgery 1896. Oktober.)

Verf. vertritt in seiner Arbeit Principien, wie sie auch in Deutschland wohl durchaus anerkannt werden. Er betont die günstige Wirkung der ambulatorischen Behandlung der Frakturen auch im Kindesalter, glaubt, dass dieselbe, natürlich mit der entsprechenden Modifikation, für alle Fälle dienstbar gemacht werden könne, hält aber, speciell was den Oberschenkel anbetrifft, die Brüche im mittleren Drittel für die geeignetsten. Er lässt die Pat. in den ersten Tagen, passend geschient, das Bett hüten, und zwar um so länger, je größer die Deformität, je kürzer — am Oberschenkel — das obere Bruchstück ist. Dann erst kommt die nach bekannten Principien konstruirte Extensionsbandage. Verf. benutzt die der Bruns'schen ähnliche

Thomas'sche Schiene. Interessant ist ein von ihm mitgetheilter Vorschlag von Hall, eine solche Bandage einfach mit dem oberen Ende einer Krücke zu improvisiren, deren Achselstück gegen den Damm gestemmt wird.

Tietze (Breslau).

17) **A. Hoffa.** Die Nachbehandlung der nach Coxitis zurückgebliebenen Deformitäten.

Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 166. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1896.

Der Inhalt dieses von H. auf der Lübecker Naturforscherversammlung im Jahre 1895 gehaltenen Vortrages ist in einem Selbstbericht des Verf. bereits in diesem Blatte 1895 p. 945 wiedergegeben. Erwähnt sei nur noch der Hinweis H.'s auf die Nothwendigkeit, in Zukunft bei der Behandlung der floriden Coxitis mehr als bisher auf die Verhütung von Deformitäten hinzuwirken, und die präzisere Indikationsstellung der für die Beseitigung der letzteren in Betracht kommenden operativen Eingriffe, der Resektion bei Verdacht auf Fortbestehen der alten Erkrankung im Gelenk und der (event. nach offener Durchschneidung der Weichtheile) schiefen Osteotomia subtrochanterica zur Korrektur der falschen Stellung und Verlängerung des Beines nach vollständigem Erlöschen aller Krankheitssymptome. Die Operationsgeschichten der durch die letztgenannte, früher schon von König, Hennequin, Terrier, Landerer geübte Methode behandelten 3 Fälle H.'s werden kurz mitgetheilt, wobei Verf. hervorhebt, dass er dieselbe unabhängig von den genannten Chirurgen und ohne deren Arbeiten zu kennen in Anwendung gezogen habe. Die schiefe Osteotomie hat H. auch in 5 Fällen einseitiger angeborener Hüftverrenkung älterer Pat. bewährt gefunden.

Kramer (Glogau).

18) **Leitenstorfer** (Metz). Typische Knochenhautentzündung des Schienbeins bei Rekruten.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1896. Hft. 9 u. 10.)

L. hat gefunden, dass in den letzten 10 Jahren 101 Rekruten von Fußtruppen in seiner Garnison an einer eigenthümlichen Knochenhautentzündung am oberen Theil des Schienbeins erkrankten, welche nicht in Eiterung überging, sondern in der weitaus größten Zahl der Fälle in eine flache Knochenaufreibung an der vorderen Schienbeinfläche von der Größe eines Ein- bis Zweimarkstückes endigte. Meist ist der Lazaretaufnahme schon ein längerer Zeitraum leichteren Krankseins mit mehrmaliger Revierbehandlung vorausgegangen, und scheint Anfangs auch die Haut betheilt zu sein, welche mit dem unterliegenden Gewebe einen ödematösen Zustand zeigt. Die Schmerzen pflegen sich nur beim Gehen einzustellen, sind zuweilen so stark, dass sie zum Hinken zwingen; sie pflegen zuerst und am heftigsten an der inneren Schienbeinkante von der Grenze des oberen und

mittleren Drittels nach oben aufzutreten, welche stets eine langgestreckte rundliche Verdickung zeigt.

Die innere Schienbeinkante dient zum Ansatz nicht allein der *Fascia surae*, sondern auch des *Musc. soleus*, dessen freier oberer fibröser Rand von ihr und dem *Capitulum fibulae* entspringt (nach Luschka. Ref.), und dessen Leistungen beim Marschiren des Soldaten offenbar sehr stark in Anspruch genommen werden. Auch zieht Verf. noch in Betracht die Erhöhung der Fascienspannung, welche durch die rasche Volumszunahme der Wadenmuskulatur beim jungen Soldaten bewirkt wird.

Auch von anderen deutschen Militärärzten ist diese nur bei Rekruten auftretende Exerzierkrankheit beobachtet und von Laveran in Paris, so wie von Laub in Kopenhagen unter dem Namen *Periostite de fatigue* beschrieben worden. Übereinstimmend wird auch hervorgehoben, dass die Körperkonstitution keine Rolle bei Entstehung der Krankheit spielt, und dass auch die frühere berufliche Thätigkeit des Erkrankten nur in so fern in Betracht kommt, als es sich stets um Leute handelt, welche an andauernde Marschleistungen früher nicht gewöhnt waren. Jedenfalls ist diese Affektion nicht mit der Tarsalgie zusammen zu werfen, wie Laub will, wenn sie auch Verwandtschaft mit ihr zeigt. Es ist dies eine derjenigen Krankheitsformen, welche man aus Bequemlichkeit unter dem nichtssagenden Ausdruck des Hautödems am Unterschenkel zusammenzufassen pflegt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

19) Ollier. De la conservation du pied dans les cas d'ostéomyélite du tibia propagée à l'astragale et aux autres os du tarse.

(Revue de chir. 1896. No. 8.)

Der werthvollen Arbeit liegen 2 interessante Fälle zu Grunde, in denen O. bei einem 15- und einem 10jährigen Mädchen fast die ganze Tibia und den Talus, bei ersterem auch einen Theil des Malleolus ext. wegen akuter Osteomyelitis entfernt hatte, und vollständige Regeneration der Tibia nebst Herstellung eines festen und beweglichen Gelenkes zwischen dieser und dem Calcaneus mit vorzüglicher Funktion des (allerdings bei der letzteren Pat. um 4—5 cm verkürzten) Beins eingetreten war. O. hält hiernach derartige den Fuß erhaltende Operationen bei jenen ausgedehnten Erkrankungen jugendlicher Individuen vor beendetem Körperwachsthum für berechtigt und erörtert ausführlicher die Bedingungen, unter welchen so günstige Resultate, wie in obigen 2 Fällen, zu erreichen seien. Er empfiehlt hierzu, mit dem Periost, besonders in der Gegend der Epiphyse, auch noch die obersten Knochenschichten, selbst bei Infiltration derselben, sofern sie noch lebensfähig erscheinen, zu erhalten und. post op. die Wunde mit Gaze auszustopfen, um die Abstoßung nekrotischer Theile zu erleichtern und Recidiven vorzu-

beugen; nur da, wo absolut gesundes Periost zurückgeblieben war, dürfte die Wunde unter ausgiebiger Drainirung genäht werden. Zur Verhütung späterer Deviationen des Fußes, welche durch das Weiterwachsen der erhaltenen Fibula eintreten können, muss bei jungen Kindern außerdem noch eine theilweise Excision des Malleolus ext. oder eine Chondrektomie am unteren Fibulaende vorgenommen werden; eventuell wird eine derartige oder ähnliche orthopädische Operation noch später in Betracht gezogen werden müssen.

Wenn O. auch in einigen wenigen, ältere Individuen betreffenden Fällen von akuter Osteomyelitis der Tibia und des Talus etc. durch ausgedehnte Resektion der ersteren und Entfernung des letzteren Knochens gute Resultate erreicht hat, wobei freilich das Tragen eines Stützapparates nicht entbehrt werden konnte, so hält er doch nach beendetem Körperwachsthum und besonders in höherem Alter die Amputation des Beines für empfehlenswerther und meist für die einzige Möglichkeit zur Erhaltung des Lebens. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald [Prof. Helferich].)

Ein Fall von Kopftetanus, geheilt unter Behandlung mit Antitoxin Tizzoni.

Von

Dr. Trapp,

Assistenzarzt 2. Klasse im Füsil.-Rgmt. v. Gersdorff (hessischen) No. 80, kommandirt zur Klinik.

Der oben genannte Fall kam in den letzten Sommerferien zur Beobachtung und zur Behandlung, und seine Veröffentlichung war beschlossen schon vor Behring's kürzlicher Mittheilung über sein neues Tetanusantitoxin. Rein äußerliche Gründe haben die Publikation bis jetzt verschieben lassen. Der Fall charakterisirte sich als ein schwerer durch die kurze Inkubationszeit von nicht ganz 5 Tagen (in Behandlung gekommen am Abend des 8. Tages). Verwendet wurde Antitoxin Tizzoni, bezogen von Merck-Darmstadt. Dasselbe war in der Klinik vorrätbig; im Frühjahr war es für einen Tetanusfall, deren wir hier öfter welche haben, telegraphisch bestellt, aber schon zu spät angekommen. Wir haben den entschiedenen Eindruck gehabt, dass in dem letzten Falle der Kranke durch die Antitoxinbehandlung gerettet worden sei. Der Verlauf, die Zunahme der Krankheitserscheinungen waren langsamer, als bei der kurzen Inkubationsdauer erwartet werden konnte. Am 7. Behandlungstage (6. September) war der Zustand recht gefahrdrohend, doch trat ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung nicht ein. Es schien, dass die Macht des Krankheitsprocesses durch die Antitoxinbehandlung gebrochen sei. Um die Probe darauf zu machen, wurde nochmals telegraphisch Antitoxin bestellt. Dasselbe traf ein, als die Krankheit im langsamen Rückgange war. Der Einfluss zweier nun noch folgender Injektionen von je der halben Dosis auf die Krankheitserscheinungen, vor Allem den Trismus: starker Nachlass der Kieferklemme innerhalb einer Nacht, war sehr auffällig.

Am 30. August 1896 Nachmittags kam der 51jährige St. in die Klinik zur Aufnahme. Er war am 23. August Nachmittags rücklings von einem Baumstamme mit dem Kopf auf einen Haufen Steine gefallen und hatte sich eine stark blutende Kopfwunde zugezogen, welche sofort ärztlich behandelt wurde. Am 28. August

früh bemerkte er eine Spannung im Kiefergelenk und in der Nackenmuskulatur. Öffnung des Mundes war erschwert. Die Symptome steigerten sich bis zur Aufnahme rasch.

Aufnahmebefund: Kräftig gebauter, gut genährter Mann; Lungen und Herz ohne Veränderung. Gesichtsausdruck starr, maskenartig, Nasolabialfalten sehr ausgeprägt, Mundwinkel herabgezogen, Nasenflügel angehoben. Starker Trismus, Zahnreihen können kaum einen Millimeter von einander entfernt werden. Lippen beweglich, Sprechen gelingt noch bei geschlossenen Zähnen. Ernährung durch eine Zahnücke im Gebiete der Prämolaren möglich. Schlucken gut. Nackenstarre objektiv nicht nachweisbar, aber Klagen über Ziehen und Steifigkeit im Nacken. Beim Lidschluss bleibt links ein 5 mm breiter Spalt zwischen den Lidern. Rechter und linker Facialis sonst unversehrt. — Von der Haargrenze an der linken Stirnseite bis etwa zum linken Schenkel der Lambdanaht sieht eine unregelmäßige, gerissene, eiternde Lappenwunde der Galea mit vielfachen Buchten und Taschen, Knochen an thalergroßer Stelle freiliegend; in den Taschen graugelber, dünner Eiter.

Spaltung der Buchten und Taschen der Wunde, Säuberung derselben von Eiter, feuchter Sublimatumschlag, subkutane Injektion von 4,5 ccm Antitoxin Tizzoni in 75 ccm Aq. dest. steril. gelöst 2 Stunden nach Aufnahme.

An den beiden folgenden Tagen keine Änderung des Befindens.

2. September. Trismus und tetanische Starre der Lippenmuskulatur hat zugenommen, so dass zur Einführung der Schnabeltasse die Lippen mit den Fingern aus einander gehalten werden müssen.

5. September. Lippen und Zähne noch fester zusammengepresst. Der Reiz der Berührung beim Verbinden löst lokale Krämpfe der Lippenmuskeln aus. Das linke obere Lid bleibt beim Lidschluss noch mehr zurück als bisher.

6. September. Die ganze Gesichtsmuskulatur ist starr kontrahiert. Namentlich die hochgezogenen Nasenflügel sind auffällig. Der Krampf geht auf die Sternocleidomastoiden und das Platysma über. Bei Aufregung mehrfache deutliche Opisthotonusanfälle. Öfters tritt Schlucken und gewaltsames, würgendes Schlucken auf. Isolierung des Pat., der bis dahin in einem Zimmer mit Anderen zusammen gelegen hat.

9. September. Die Gesichts- und vordere Halsmuskulatur verhält sich wie bisher. Eine weitere Ausbreitung der Krämpfe und neue Opisthotonusanfälle sind nicht erfolgt. Pat. ist Nachts sehr unruhig, reißt sich mehrfach den Verband ab, deshalb Abends 2 g Kali bromat.

Vom 9. September ab beginnt ein ganz allmählicher Nachlass der Krampferscheinungen, indem zuerst Platysma und Sternocleido weicher werden, dann die Lippen ihre Beweglichkeit wieder erlangen. Das linke obere Augenlid schließt ebenfalls besser; es bleibt nur ein 4 mm breiter Spalt.

Am 12. September nochmalige Injektion einer halben Antitoxindosis (2,25 g), und am 17. September dieselbe Gabe, da der Trismus wieder stärker. Jedes Mal trat schon am Tage nach der Injektion ein deutlicher Nachlass der Krampferscheinungen, insbesondere des Trismus ein. Das linke obere Lid ist schon am 15. September völlig frei beweglich.

Am 21. September beträgt der Abstand der Schneidezähne eine Querfingerbreite; am 2. Oktober ist der Trismus völlig geschwunden. Pat. isst und kaut bequem, spricht normal. — Der Verlauf war afebril, mit Ausnahme von 1mal 38,5° am 14. Behandlungstage.

Am 8. Oktober mit großer, gut granulirender Kopfwunde häuslicher Verhältnisse halber vorläufig entlassen. 26. Oktober Wiederaufnahme und Sekundärnaht, die glatt heilte. Keine Spur mehr von Krampferscheinungen und Facialislähmung.

Bakteriologischer Befund: Mikroskopisch keine Tetanusbacillen nachweisbar; anaërobe Kultur ergab köpfchentragende Stäbchen.

Dem vorstehenden Berichte füge ich nur noch hinzu, dass der Kopftetanus als eine sehr ernste Erkrankung gilt. Der milde Verlauf bei so kurzer Inkubation

ist auffallend. Nach Brunner (Experimentelle und klinische Studien über den Kopftetanus, Bruns' Beiträge 9—12) ist von 10 Fällen mit einer Inkubation von 1—5 Tagen nur 1 genesen. Johnston (Cephalic tetanus; general tetanus associated with hemifacial paralysis; recovery, University med. magazine 1895. No. 9) hat 75 solche Fälle, darunter die Brunner'schen, zusammengestellt, die er in akute (Ausbruch vor Ablauf der 1. Woche) und chronische eintheilt. Von den 45 akuten sind nur 4 genesen.

Es ist sicher, dass man von dem hier berichteten Falle nicht sagen kann »post hoc ergo propter hoc«, indessen glauben wir doch, dass es sich für Kliniken und Hospitäler empfiehlt, Antitoxin vorrätig zu halten, um schleunigst eingreifen zu können. Ein schwerer Tetanusfall (ausgehend von Fußgeschwüren), der einige Tage nach dem obigen in unsere Klinik eingeliefert wurde, ist zu Grunde gegangen, ehe wir Antitoxin erlangen konnten. Seit 1. April 1898 haben wir hier 9 Tetanuskranken behandelt, darunter 2 Kopftetani; genesen ist von diesen nur der oben genannte.

20) W. W. Keen. Remarks on operations on the Gasserian ganglion, with a report of five additional cases.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Januar.)

K. schließt sich in der operativen Technik fast völlig dem von Krause aufgestellten Verfahren an. In Fällen, in denen beim Emporheben des Schläfenlappens und der Dura mater die A. meningea media dicht am Foramen spinosum einreißt, wie dies K. 2mal passirt ist, gelang es dem Verf., das Loch mit dem gekrümmten Ende des »blunt dissector« von Allis schnell zu verschließen. Danach hatte er Zeit, den Zeigefinger der linken Hand an Stelle des Instruments einzuführen und konnte dann mit der rechten Hand Jodoformgaze zur Tamponade an Ort und Stelle bringen. Diesen Tampon entfernte K. in seinen 2 Fällen, ohne Nachblutung zu erleben, am 3 Tage. In ähnlicher Weise ging Krause in einem solchen Fall vor (s. Chir.-Kongr. 1895). Vorläufige Unterbindung der Carotis externa hält K. nicht für nothwendig. In einigen Fällen war die Blutung bei Abhebung der Dura mater vom Knochen so profus, dass K. tamponiren musste und erst nach drei Tagen die Operation vollenden konnte. Dabei ertrug das Gehirn diese Tamponade erstaunlich gut, zu welcher einmal 222, ein anderes Mal sogar 322 Quadratzoll Gaze verwendet worden waren.

Die Technik der Entfernung des Ganglion beschreibt K. eingehend. Auch ihm gelang es, die motorische Wurzel bis zum Pons herauszureißen in Länge von 4 cm.

Die Erfolge nach der Operation betreffend, so traten im 1. und 2. Fall nach einiger Zeit leichte Schmerzanfälle auf; der 3. Pat. starb an septischer Meningitis; im 4. Fall kam es zu Nekrose des Knochens im Lappen, der Endeffekt aber war ein guter. Im 5. und 6. trat ebenfalls Heilung ein, begleitet jedoch von vorübergehender Geschwürsbildung auf der Hornhaut.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

21) N. Smith. The detection of spinal caries by the Roentgen process.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1849.)

S. theilt 2 Fälle mit. In dem einen handelte es sich um einen 5½ Jahre alten Knaben mit Caput obstipum, bei welchem S. den Verdacht hatte, dass noch nebenbei ein tuberkulöser Process der Halswirbelsäule bestehe. Die Durchleuchtung und Photographie mit Röntgen-Strahlen ergab, dass die Halswirbelsäule gesund war. In dem 2. Falle zeigte das Schattenbild der Halswirbelsäule eines 27 Jahre alten Mädchens, dass der 7., 6. u. 5. Halswirbel gesund, während von hier nach aufwärts die Schatten der Zwischenwirbelscheiben ganz verschwommen erschienen und so den Sitz des tuberkulösen Processes in diesem Theile der Halswirbelsäule erkennen ließen. Die beiden Abbildungen sind beigelegt.

H. Stettner (Berlin).

22) Abbe. Intradural section of the spinal nerves for neuralgia.

(Boston med. and. surg. journ. Vol. CXXXV. p. 329.)

Bei 3 Fällen von schweren Neuralgien des Plexus brachialis, welche auch den eingreifendsten Behandlungsmethoden unüberwindlichen Widerstand geleistet hatten, hat A. die intradurale Durchschneidung resp. Resektion der hinteren Nervenwurzeln vorgenommen, zuerst Anfang 1889, zuletzt im Juni 1894. Bei allen 3 Pat. waren schon mehrfache Operationen — Nervendehnungen und Resektionen — ohne jeden Erfolg gemacht, und zweien derselben war der schmerzhafte Arm in oder nahe der Schulter amputirt. Die Operation wurde von Allen gut ertragen, obgleich Temperaturerhöhungen bis 39,0 in den ersten Tagen beobachtet wurden. Die Technik wird folgendermaßen beschrieben: Langer Hautschnitt über die Dornfortsätze, rasches Abtrennen der Muskulatur von der Seitenfläche der Dornfortsätze mit 1—2 Schnitten, Zurückschieben der Muskulatur von den Wirbelbogen, Durchtrennung der Proc. spinos. an der Basis mit einer bajonettförmigen schneidenden Zange und Herüberdrängen derselben en masse nach der anderen Seite. Die Blutung bei diesem Vorgehen soll nicht bedeutend und leicht zu stillen sein. Dann werden die Wirbelbogen sorgfältig abgekniffen und die freigelegte Dura so weit wie es nöthig ist gespalten. Mittels der Dura kann das Rückenmark hin und her bewegt werden, ohne dass eine Berührung desselben nothwendig ist. Die hinteren Wurzeln werden mit stumpfem Haken vorgezogen und die Resektion eines $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Zoll langen Stückes vorgenommen. Nach Beendigung der Operation wird die Dura mit Katgut vernäht, da sonst noch mehrere Tage Liq. cerebrospinal. abfließt. Experimente und Erfahrungem in der Praxis haben gelehrt, dass man wegen der vielen Anastomosen außer der dem kranken Nerven entsprechenden Wurzel noch die zwei nächstoberen resequiren muss, um Anästhesie zu erzielen.

Der Erfolg des Eingriffes war im ersten Falle nicht ganz befriedigend. 7—8 Jahre nach der Operation nahm der Pat. noch täglich Morphinum wegen der ziehenden Schmerzen in den amputirten Fingern. Bei dem zweiten Kranken war das Resultat etwas befriedigender, obwohl auch er noch nach Jahren über anfallsweise auftretende Schmerzen klagte. Der Pat. zeigte 1 $\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation »erhebliche Besserung«.

Verf. hält den besprochenen Eingriff für angezeigt bei schweren Formen von Neuritis, auch bei den im Gefolge einer Hemiplegie auftretenden, ferner bei langdauernder, keiner anderen Behandlung weichender Neuralgie im Gefolge von Herpes zoster etc. so wie bei heftigen, durch Narbendruck nach Carcinomoperationen verursachten Schmerzen.

Willemer (Ludwigslust).

23) H. Parsons (Baltimore). Post-typhoid bone lesions.

(Johns Hopkins Hospital Reports Vol. V.)

Verf. berichtet über 6 im John Hopkins Hospital zu Baltimore im Laufe des Jahres beobachtete Fälle von Nekrose des Knochens nach Typhus. Die Zeit, in der die Erkrankungen auftraten, schwankte zwischen 1 bis 16 Monaten nach Nachlass des Fiebers. In 2 Fällen betrug sie 1 Monat, in 1 Fall 2 Monate, in einem anderen Fall 10 Monate und im letzten Fall 16 Monate. In 3 Fällen waren die Rippen befallen, in einem die Tibia, in einem anderen beide Tibiae, im letzten endlich der linke Radius und die rechte Tibia. Die ersten Anzeichen waren auftretende Schwellung, so wie bohrende Schmerzen ähnlich denen bei der Lues. Fieber bestand nie. Die bakteriologische Untersuchung ergab in 4 Fällen Reinkulturen des Typhusbacillus, im 5. Falle fand sich im Radiusherd der Typhusbacillus vermischt mit dem Staphylococcus pyogenes citreus, im Tibiaherd der Staphylococcus pyogenes aureus allein. Der 6. Fall gelangte nicht zur Eröffnung, sondern bildete sich von selbst zurück.

Strauch (Braunschweig).

24) Linser. Beitrag zur Kasuistik der Blutergelenke.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1.)

Den Anstoß zu der interessanten Arbeit gaben 2 Fälle von Blutergelenken, welche in der Bruns'schen Klinik zur Beobachtung kamen. Bei Gelegenheit der

Nachuntersuchung des Falles 2 wurde im Bruder des Pat. ein 3. Fall entdeckt. Die Pat., männlichen Geschlechts, waren 14½, 8 und 6 Jahre alt. In allen 3 Fällen befahlen die recidivirenden Gelenkschwellungen nach einander fast alle größeren Gelenke. Besonders folgenschwer zeigte sich die Erkrankung für den ersten Pat., bei welchem sich spitzwinklige Kontrakturen beider Kniegelenke (vgl. die beige-druckte Photographie) entwickelt hatten, welche der Therapie hartnäckig widerstanden und den Knaben fast jeder Ortsbewegung beraubten.

Aus statistischen Erhebungen schließt L., dass die Blutergelenke zu den häufigsten Erscheinungsformen der Hämophilie gehören. Die einzelnen Anfälle sind traumatischen Ursprungs, wenn auch nicht jedes Mal das Trauma nachweisbar ist. Eine große praktische Wichtigkeit besitzt die Kenntnis der Affektion hauptsächlich deshalb, weil die Erscheinungen in einem bestimmten Stadium so große Ähnlichkeit mit einem Tumor albus besitzen, dass sehr leicht folgenschwere diagnostische Irrthümer entstehen.

Sehr interessant sind auch die beigegebenen graphischen Darstellungen der Stammbäume der Pat., welche den eigenthümlichen Vererbungstypus der Hämophilie treffend klarlegen.

Hofmeister (Tübingen).

25) Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Frankfurt a/M. vom 21. bis 26. September 1896. Abtheilung für Unfallheilkunde und gerichtliche Medicin.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1896. No. 10.)

Thiem (Cottbus). Über einige durch Unfälle herbeigeführte Erkrankungen der Rückenmarksubstanz.

Enthält weitere Ausführungen zu seiner früheren Mittheilung (vgl. dieses Centralblatt 1896 No. 4 und Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 149) unter Beibringung neuer Kasuistik, so eines Falles von Seitenstrangsklerose nach Fall auf die linke Gesäß- und Rumpfsseite, zweier Fälle von äußeren Verletzungen, kombiniert mit Tabes.

Schindler (Berlin). Über Blutungen in die Rückenmarkshäute.

Der eine Pat. hatte beim Aufheben von 2 Centnergewichten ein Knacken im Kreuz gespürt; reißende Schmerzen in beiden Beinen und im Gesäß, nach anfänglicher Harn- und Stuhlverhaltung Inkontinenz, mäßige Reflexsteigerung, Anästhesie am Scrotum, Damm und Penis. Nach 14 Tagen Gehen und Stehen noch unmöglich, Muskelatrophie, Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit. Abgesehen von geringer Muskelatrophie und Schwäche der Beine Heilung nach 3½ Monaten.

Der 2. Pat. bot nur Reizerscheinungen, reißende Schmerzen im rechten Beine und der rechten Bauchhälfte. Pat. hatte beim Heben eines Fasses einen heftigen Schmerz im Kreuzbein verspürt. S. macht auf die Verwechslung solcher Fälle mit rheumatischen Affektionen aufmerksam. Im Gegensatz zu der bei diesen aktiveren Therapie sei bei Blutungen in die Meningen ruhige Bettlage etc. erforderlich.

Goldstein (Aachen). Arthropathia tabica und spontane Fraktur.

Neben allgemeinen Bemerkungen über die Tragweite des »Unfalles« bei bestehender Tabes wird ein Fall mitgetheilt, in welchem die wegen einer anscheinenden Geschwulst vorgenommene Resektion des Fußes zum Schlottergelenk zwischen Fußwurzel- und Mittelfußknochen geführt hatte.

Bum (Wien). Die Bedeutung der Initialbehandlung für das Schicksal des Unfallverletzten.

B. spricht zu Gunsten eines »Traitement mixte« (neben zweckentsprechender Fixation Massage und Bewegungen) namentlich bei der Behandlung von Knochenbrüchen.

Kaufmann (Zürich). Die Druck- und Zugkraft der Hand.

Demonstration eines Dynamometers von Ulmann in Zürich, der sich mehr als alle anderen zur Prüfung der Kraft der Hand eigne.

Becker (Berlin). Zur Begutachtung Unfallkranker mit inneren Verletzungen.

B. betont namentlich den Werth genauer anamnestischer Erhebungen. (Ausführlicher Bericht in der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung 1896. No. 20.)

Düms (Leipzig). Herzstörungen nach Kontusionen der Brustwand.

Vortr. verfügt über ein günstiges Material durch die Beobachtung an Soldaten, wo anderweitige Komplikationen — wie Gefäßveränderungen — in der Regel nicht vorliegen, und bestehende Herzleiden vorher durch die wiederholten Untersuchungen bis zu einer gewissen Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sind. Der Vortrag bildet einen sehr werthvollen Beitrag zu diesem Kapitel, muss aber im Original nachgesehen werden.

Staffel (Wiesbaden). Über Fingersteifigkeiten.

Giebt praktisch wichtige Winke über Behandlung und Untersuchung.

Riedinger (Würzburg). Über die Entstehung des Plattfußes, speciell des sogenannten traumatischen Plattfußes.

Unter Darlegung der Theorien über die Entstehung des erworbenen Plattfußes verwirft R. die Bezeichnung »traumatischer« Plattfuß. Derselbe ist ein statischer eben so wie der Plattfuß, welcher als Berufskrankheit auftritt.

Dittmer (Hannover). Über die Zweckmäßigkeit von speciell für Unfallverletzte einzurichtenden Arbeitsnachweisstellen.

D. verspricht sich von der Einführung solcher im Sinne Strümpell's u. A. wenig Erfolg.

Seydel (Königsberg). Über Petroleumvergiftung.

Brodnitz (Frankfurt a/M.). Zur Nachbehandlung geheilter Brandwunden.

Empfiehlt zum Schutze geheilter Brandwunden gegen Insulte Zinkleimverbände.

Düms (Leipzig). Ein Fall von Mastitis interstitialis beim Manne.

Stoß mit dem Bajonett gegen die rechte Brust. Nach anfänglicher Schmerzhaftigkeit wird nach 3 Monaten eine faustgroße Geschwulst konstatiert, die der angewendeten Behandlung trotzte. Nach weiteren 2½ Monaten Exstirpation. Die mikroskopische Untersuchung ergab die ausgeprägten Erscheinungen einer interstitiellen Entzündung.

Bähr (Hannover).

26) Dumstrey. Über die Bedeutung der Röntgen-Untersuchung für die Unfallheilkunde. Mit 1 Doppeltafel.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1896. No. 11.)

Verf. führt eine Reihe instruktiver Fälle an für die Bedeutung der X-Strahlen. Zum Beispiel: Bei einer Dame waren aus dem rechten Ohr eine größere Anzahl Nähnadeln, theils ganz, theils in Stücken entfernt worden. Die Nadeln lagen alle hinter dem Trommelfell mit der Spitze nach vorn; die erste hatte dasselbe perforirt. Nach einer schließlichen Masteotomie hatte man die Entfernung aller angenommen. Wie die Nadeln dahin gekommen, war nicht zu eruiren. Es bestanden aber immer noch Schmerzen. Das Skiagramm ließ mit Bestimmtheit auf die Anwesenheit einer weiteren Nadel schließen. — Besonders werthvoll sei die Durchleuchtung bei Gelenkverletzungen zur Konstatirung eventueller Frakturen. Bei einem Verletzten, der Mangels nachweisbarer objektiver Erscheinungen für einen Simulanten gehalten wurde, wies die Durchleuchtung auf eine Loslösung des inneren Gelenkkörpers im Kniegelenk hin.

Neben weiteren technischen Bemerkungen weist Verf. noch auf eine von ihm verwendete Röhre hin, die zwei Kathoden und eine große Anode hat. D. kam dazu, weil die Röhren mit zwei Kathoden und einer Anode leicht sprangen, wenn der Strom nur ein wenig zu stark war, und dann der Sprung immer in der Nähe der Kathode saß.

Bähr (Hannover).

27) v. Zoega-Manteuffel. Complicirte Fraktur des Ellbogengelenkes mit Verletzung, Lähmung und Neuralgie des Nervus radialis. Heilung.
(St. Petersburger med. Wochenschrift 1896. No. 31.)

Ein 11jähriger Knabe behielt nach complicirter Fraktur im Ellbogengelenk, Y-Fraktur des unteren Humerusendes und Bruch des Radiusköpfchens, Steifigkeit des Gelenkes und Lähmung des N. radialis zurück. Auf Massagebehandlung stellte sich Beweglichkeit des Gelenkes und Funktion des Nerven fast vollständig im Laufe der nächsten Monate wieder her. Dagegen traten nach $\frac{3}{4}$ Jahren im Nerven heftige Schmerzanfälle auf, die sich so steigerten, dass bei Wirkungslosigkeit aller sonstigen Therapie zur Operation geschritten wurde. Man vermuthete Verwachsung und Zerrung des Nervus radialis, da auf der Vorderfläche des Condylus lateralis humeri ein halbkirschengroßer Osteophyt zu fühlen war, über den der N. radialis hinsog.

Bei der Operation fand sich der Nerv in der That gegen den Knochenvorsprung befestigt und gabelig in 2 Äste gespalten, die 1 cm lang getrennt blieben und dann wieder zu einem Strom zusammenflossen. Der Nerv wird gelöst, der Osteophyt abgemeißelt. Heilung. Seitdem, seit 2 Jahren, kein Anfall mehr.

Haeckel (Jena).

28) Mayer. Recidivirende Luxation im unteren Radio-Ulnargelenk.
Ein Unfall.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1896. No. 22.)

Bei einer 20jährigen Dienstmagd entstand die Verletzung dadurch, dass Pat. beim Hineinspringen durch ein Fenster die ausgestreckte, pronirte, linke Hand auf einen Tisch derart stützte, dass einen Moment die ganze Körperlast auf der Hand ruhte. Dorsale Luxation der Ulna mit Zerreißung des inneren Seitenbandes. Auffallend war, dass die Schmerzen in die Gegend des 4. und 5. Metacarpophalangealgelenkes gelegt wurden, nicht in die Hand. Ausgleichung der Dislokation durch direkten Druck bei extremer Dorsalflexion. Heilung ohne Funktionsstörung. Nach $3\frac{1}{2}$ Monaten Recidiv beim Heben eines 80 Pfund schweren Fasses vom Boden. Dauernde Reduktion nicht mehr zu erreichen. Pat. erhielt ein stark federndes, innen gepolstertes, im Durchmesser etwa $\frac{5}{8}$ einer Ellipse darstellendes Armband, so angelegt, dass es auf der Radialseite offen bleibt, auf der Ulnarseite dagegen durch die Spannung der Feder einen steten Druck ausübt. Eine kreisrunde, auf- und abwärts verschiebbare Pelotte, deren Stiel den Stahl des Armbandes durchsetzt, lässt den Druck genau auf die gewünschte Stelle appliciren. Eine operative Fixation, wie sie gelegentlich wohl mit Erfolg gemacht wurde, wird nicht erörtert. Die Bedeutung als »Unfall« liegt in der Neigung zum Recidiv.

Auch hier handelt es sich um eine weibliche Pat., und es scheint mir, als ob bei der bei diesem Geschlecht relativ häufigeren Stellungsanomalie, nämlich dem Hervortreten des unteren Ulnaendes dorsalwärts, es sich um eine Prädisposition handle.

Bähr (Hannover).

29) Dowd. Cleft hand: A report of a case successfully treated by the use of periosteal flaps.

(Annals of surgery 1896. August.)

Die fragliche, an und für sich recht seltene Missbildung, in Bezug auf deren Entstehungsursachen Verf. sich der neuerdings namentlich von K ü m m e l vertretenen Ansicht anschließt (Bildung und Verwachsung mit amniotischen Strängen) wurde von ihm bei einem 13jährigen Kinde, und zwar in der Weise beobachtet, dass sich zwischen 3. und 4. Finger ein bis zur Mitte der (rechten) Hand reichender Spalt befand. Alle Finger waren — was eine Ausnahme darstellt — erhalten, der fünfte allerdings rudimentär, dagegen fehlte der 4. Metacarpus; 4. und 5. Finger saßen auf einem gemeinsamen, gabelförmig gespaltenen Mittelhandknochen. Dabei waren beide Finger stark ulnarwärts dislocirt, und zwischen 2. und 3., so wie zwischen

4. und 5. Finger befand sich eine ziemlich hoch hinaufreichende Schwimmhaut. Letztere beseitigte Verf. durch Lappenbildung in üblicher Weise. Die Adduktionsstellung des 5. Fingers ließ sich durch einfaches Redressement beheben, während zur Geradestellung des vierten eine keilförmige Osteotomie an dem zugehörigen Metacarpalknochen nöthig wurde. Schließlich wurde der Spalt durch Anfrischung und Naht der Ränder so wie Vereinigung von Periostlappen beseitigt, welche aus den einander zugekehrten Seiten des 3. und 4. Metacarpus gebildet wurden. In mehrfachen Sitzungen kam schließlich ein kosmetisch und funktionell befriedigendes Resultat zu Stande. **Tietze** (Breslau).

30) **J. A. Wyeth.** De la désarticulation exsangue de l'épaule et de la hanche.

(Revue de chir. 1896. No. 10.)

Das Princip der von W. zuerst im Jahre 1888 bei einer Exartikulation der Schulter angewandten und als »originale« bezeichneten Methode ähnelt dem früher schon von Trendelenburg zur Sicherung gegen Blutung für die Hüftexartikulation empfohlenen, indem 2 starke Stahlstäbe von 26 cm Länge oberhalb des Gelenkes durch Haut und Muskeln durchgestoßen und nach Armierung ihrer Spitzen mit Korkstücken um die Stäbe ein Gummischlauch in mehreren Touren fest umgewickelt wird, worauf die Exartikulation zur Ausführung kommt. Wenngleich also die Methode nicht neu ist, so ist es doch von Interesse zu hören, dass W. selbst dieselbe wiederholt mit vollem Erfolge angewandt, eben so wie sie auch sonst noch sich mehreren Chirurgen Amerikas vorzüglich bewährt hat. Die Exartikulation des Hüftgelenks hat Verf. nach jenem Verfahren 7mal (1 +), haben Andere 56mal (10 +) geübt, so dass über dasselbe bereits eine Statistik von 63 Fällen vorliegt, von denen 11, und zwar 5 ohne Zusammenhang mit der Operation an den Folgen schwerer Verletzung des Beines, tödlich verliefen; W. berechnet hiernach die Mortalität auf 10,3%. In keinem dieser Todesfälle war trotz des bestehenden Shocks vor der Operation eine Präventivinfusion mit Kochsalzlösung gemacht worden. Die tödlichen Ausgänge betrafen unter 36 wegen Sarkom Exartikulirten 4 und unter 22 wegen entzündlicher Affektionen der Knochen Operirten 3 (?), außer jenen im Shock nach Zermalmung des Gliedes Eingegangenen. Nur in 2 der Fälle ließ das Verfahren durch mangelhafte Technik im Stich.

Kramer (Glogau).

31) **Crivelli** (Melbourne). Observation d'un cas d'exostose de la fosse iliaque externe avec adhérence du nerf fessier supérieur ayant produit une déviation latérale du tronc.

(Revue de chir. 1896. No. 9.)

Die Ursache für die bei dem früher stets gesunden 33jährigen Manne etwa 3 Jahre nach einem Sturz zuerst aufgetretenen und allmählich immer größer gewordenen Beschwerden, für die heftigen Schmerzen im Bereich der linken Fossa iliaca externa, die Atrophie des linken Beines und der linksseitigen Gesäßmuskulatur, die Kontraktur der Rückenmuskulatur und starke Deviation der Wirbelsäule nach rechts wurde erst bei der Operation entdeckt; es fand sich am Rande des Foramen ischiadicum majus eine kleine, mit Muskeln, Gefäßen und Nerven fest verwachsene Exostose, welche unter Schonung jener Gebilde entfernt werden konnte. Während die früheren Schmerzen rasch verschwanden, blieb die auch in der Narkose nicht nachlassende Kontraktur der Rückenmuskeln noch längere Zeit bestehen; indess erfolgte schließlich vollständige Heilung. **Kramer** (Glogau).

32) **M. Lannelongue.** Sur la nature de la pathogénie des malformations de la hanche (luxations congénitales des auteurs).

(France méd. 1896. No. 12.)

Bereits im August 1895 auf dem Kongress in Bordeaux hatte L. die Hypothese vertheidigt, die Ursache der angeborenen Hüftverrenkung sei in einer Erkrankung des Centralnervensystems zu suchen, indem dieselbe Atrophie der Knochen

(Abflachen der Pfanne etc.) so wie mangelhafte Entwicklung der Muskulatur bedinge.

Diese lediglich auf klinischer Beobachtung beruhende Annahme glaubt L. jetzt durch einen Sektionsbefund stützen zu können. Es handelte sich um ein 9jähriges, mit doppelseitiger Hüftverrenkung nach hinten und oben behaftetes Mädchen. Die Obduktion ergab eine reichlich daumendicke Verbreiterung der Cervico-brachial-Anschwellung des Rückenmarks, während die Lumbalanschwellung eher etwas verschmälert erscheint. Beim Aufschneiden des Halstheils spritzt aus dem Centralkanal unter ziemlichem Druck eine geringe Menge klarer gelblicher Flüssigkeit. Die Nervenfasern dieser Stelle sind zarter als gewöhnlich, die graue Substanz aber sowohl in den Vorder- wie Hinterhörnern wohl erhalten.

König (Wiesbaden).

33) **P. J. Rosenbaum.** Zur Kasuistik der Enchondrome am oberen Femurdrittel.

(Medicinskoje Obosrenje 1896. No. 20. [Russisch.])

Der 63jährige Pat. bemerkte die Geschwulst vor einigen Monaten. Man hielt dieselbe, die, faustgroß, unbeweglich am Femur unter den Muskeln saß und keine Schmerzen verursachte, für ein Sarkom. Bei der Operation (Sabanejew, Odessa) erwies sie sich aber als reines Chondrom, das vom Trochanter minor mit knöcherner Basis abging und in die Bursa subiliaca hineingewachsen war; letztere war mit kleinen (bis nussgroßen) Knorpelkörperchen angefüllt, deren Centrum schleimig entartet war. Leichte Entfernung der Geschwulst, schnelle Heilung.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

34) **Finckh.** Ein Fall von doppelseitiger traumatischer Epiphysenlösung am unteren Ende des Femur.

(Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1896. No. 38.)

Ein 17jähriger Kutscher, welcher auf einem Fasse saß und seine Beine vorn über den Wagen herunterhängen ließ, kam dadurch zu Falle, dass der in schneller Bewegung befindliche Wagen gegen einen Baum anfuhr, und er durch das plötzliche Halten über den Wagen herabgeworfen wurde. Beide Beine wurden hierbei in aufrechter Stellung zwischen Wagen und Wagenscheit eingeklemmt, während der Oberkörper vorn überfiel, so dass das Gesicht beinahe den Boden berührte. Bei der Untersuchung standen beide Unterschenkel in leichter Beugstellung, die Kniegelenkgegend im Sagittaldurchmesser verdickt. Dicht oberhalb der zu Unterschenkel und Kniescheibe normal stehenden Kondylen findet sich eine tiefe Einsenkung, ebendasselbst abnorme Beweglichkeit und Krepitation. Da die Reposition nicht gelang, und operativer Eingriff verweigert wurde, trat Brand beider Unterschenkel und am 5. Tage der Tod an Sepsis ein. Die Sektion ergab, dass die oberen Bruchenden nach unten und hinten in die Kniekehlen dislocirt sind; links sind die Poplitealgefäße straff über den hinteren Rand des oberen Fragments gespannt und theilweise zerrissen, rechts zwischen die Bruchenden eingeklemmt und komprimirt.

König (Wiesbaden).

35) **Wunsch.** Ein Fall von Abriss der Quadricepssehne an der Patella. Operative Behandlung. Gutes funktionelles Resultat.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIII. p. 613.)

Die Verletzung entstand bei einem 55jährigen Arbeiter dadurch, dass derselbe, eine schwer beladene Handkarre schiebend, ausgeleitet mit der Außenseite des linken Knies gegen eine steinerne Schwellenkante aufschlug. Danach heftige Schmerzen, starke Knieschwellung durch Hämarthros, Unmöglichkeit aktiver Kniestreckung. 9 Wochen lang resultatlose Behandlung mit Eis und fixirenden Verbänden. Bei der Aufnahme in die Greifswalder Klinik ist in dem geschwollenen und fluktuirenden Knie zu fühlen, dass der Quadricepssehnenansatz von der Kniescheibe abgerissen ist. Der Sehnenstumpf liegt 3fingerbreit oberhalb der letzteren, an seinem lateralen Rande sitzt ein harter verschieblicher Körper von der

Gestalt einer großen Bohne. Analog findet sich auch an der Quadricepssehne des gesunden Knies ein ganz gleicher Körper. Bei der Operation wurde das Knie durch queren Bogenschnitt oberhalb der Kniescheibe geöffnet. Die Quadricepssehne lässt sich genügend herabsiehen, wird durch einen vertikal-frontalen Schnitt in eine vordere und hintere Schicht geteilt und diese auf dem oberen Kniescheibenrande reitend mittels 3 versenkter Silberdrahtnähte befestigt (s. Abbildung). Dann Hautnaht etc. Sehr gute Heilung mit befriedigender Kniefunktion — Beugung bis zum rechten Winkel, Streckung normal.

Der Fall ist der fünfte gleicher Art, welcher mit Erfolg operativ behandelt ist. Zur Erklärung des Verletzungsmechanismus könnte man an Wirkung einer bei dem Falle zu Stande gekommenen Hyperadduktion im Kniegelenk denken. Wahrscheinlich aber hat auch Zugwirkung durch den Quadriceps mitgewirkt; und dass die Kontinuitätstrennung gerade am Kniescheibenansatz der Sehne erfolgte, mag durch den als eine Exostosis tendinea deutbaren Knochen-Knorpelkörper in der Sehne zu erklären sein, durch welchen die Sehne abnorm widerstandsfähig und zerreißlich gewesen sein wird. Ein ähnlicher Befund ist in den früheren Fällen niemals beobachtet. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

36) **W. Woskressenski.** *Lipoma arborescens* als Form der Synovitis tuberculosa.

(Verhandlungen der Gesellschaft der Ärzte an der Universität Kasan 1895. II [Russisch].)

Der 22jährige Pat. leidet 6 Jahre; Ursache unbekannt. Rechtes Kniegelenk von *Lipoma arborescens* angefüllt; das excidierte Gelenk über 500 g schwer. Knorpel intakt. In den Lipomknoten — Tuberkel. Linkes Knie geschwollen, Jodoforminjektion. **E. Glückel** (B. Karabulak, Saratow).

37) **Forgue.** Application des rayons Röntgen à la détermination de la résection cunéiforme dans l'ankylose osseuse du genou.

(Revue de chir. 1896. No. 9.)

F. hat das von einer knöchernen Kniegelenksankylose gewonnene Skiagramm benutzt, um mittels eines Pappmodells vor der Operation die Größe des aus dem Knochen auszuschneidenden Keiles festzustellen. **Kramer** (Glogau).

38) **N. Rosenberg.** Zur Frage der Fußtuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Endresultate der Behandlung.

Inaug.-Diss., Bern, **S. Collin**, 1896. 39 S.

Die Arbeit bezieht sich auf 35 Fälle von Erkrankung einzelner Fußwurzelknochen (mit Ausnahme des Calcaneus), die von 1872 bis 1892 in der Kocherschen Klinik in Bern behandelt wurden. Von diesen Fällen werden fünf ausgeschieden, bei denen die Diagnose: »Tuberkulose« nicht sicher ist, und es sich wahrscheinlich eher um osteomyelitische (staphylomykotische) Erkrankungen handelte. Was die Häufigkeit betrifft, mit der die einzelnen Theile des Fußskeletts erkranken, so fällt — wenn man vom Calcaneus absieht — die Mehrzahl der Erkrankungen auf den Talus (10 Fälle, worunter 1 Osteomyelitis). Dem Os naviculare kommen 4 Fälle zu, dem Cuboideum 3 (1 Osteomyelitis), dem 1. Cuneiforme 1 Fall. 4mal saß der Herd in einer Phalanx (davon 1 Osteomyelitis) und 13mal in den Metatarsen (darunter 2 Fälle von Osteomyelitis). Bis auf 2 Fälle waren stets die anstoßenden Gelenke mit erkrankt. Die Therapie war, mit Ausnahme eines einzigen Falles, stets operativ. In 20 Fällen wurde die Excision des erkrankten Knochens ausgeführt. 11 derselben sind gegenwärtig lokal geheilt, 8 zur Zeit nicht mehr am Leben, einer unbekannt. 3mal wurde die Resektion ausgeführt. Einer der Resecirten ist — nach einer Recidivoperation — geheilt, einer hat eine Fistel behalten, einer ist seither gestorben. Von 4 mit Evidement behandelten Pat. sind 2 völlig geheilt. Einer musste später amputirt werden, einer ist gestorben.

Von den 3 mit Ignipunktur behandelten Fällen wurde einer geheilt, einer starb nach einigen Monaten an Lungentuberkulose, und von einem ist das Resultat unbekannt.

Was die Todesursache betrifft, so sei zuerst erwähnt, dass in keinem Falle die Operation an dem Tode Schuld trug. Nur 2 Pat. starben im 1. Jahre nach der Operation, beide an Lungentuberkulose. Die übrigen starben im 2.—16. Jahre nach der Operation, bis auf einen Fall sämtlich an Tuberkulose. In 5 von diesen Fällen blieb der operirte Fuß bis zum Tode gesund und brauchbar.

Besonderen Werth verleiht dem vorliegenden Material die lange Beobachtungszeit, die — mit Ausnahme eines nur während eines Jahres kontrollirten Falles — 6—22 Jahre beträgt. Das funktionelle Resultat ist bei allen Überlebenden, von denen Bericht zu erhalten (15 Fälle), gut.

Zu einer Vergleichung der verschiedenen Operationsmethoden ist das der Arbeit zu Grunde liegende Material nicht wohl geeignet, da das Evidement und die Resektion nur ausnahmsweise ausgeführt wurden. So viel lässt sich jedoch daraus entnehmen, dass die Erfolge der Totalexstirpation des erkrankten Knochens sowohl in Beziehung auf die spätere Funktion, als auch auf die Radikalheilung verhältnismäßig günstige sind. Von 20 in dieser Weise operirten Pat. sind 11 zur Zeit völlig geheilt. Unter den 8 Gestorbenen befanden sich 6 mit multipler Tuberkulose. Bei 3 derselben blieb der Fuß lokal geheilt, so dass sich eine Heilungsziffer von beinahe $\frac{3}{4}$ der Fälle ergibt.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

39) O. Vulpius. Ein Fall von Pes malleus valgus.

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 35.)

Der Fall ist dadurch besonders interessant, dass bei der 42jährigen Pat. in der frühesten Kindheit ein Klumpfuß bestanden hat und behandelt worden ist, und sich in Folge von Schmerzhaftigkeit am inneren Fußrande, vielleicht auch in Folge von Decubitus am selbigen während der Kur, eine Hammerzehe gebildet hatte, welcher wahrscheinlich das Hauptverdienst an der vorzüglichen Heilung des Klumpfußes zuzuschreiben war. Erst allmählich ist es dann zu Plattfuß gekommen. Die Hammersehendeformität betraf in diesem Falle die Großzehe und war außerdem durch eine Beugekontraktur im Mittelfußzehengelenk ausgezeichnet; der übrige Fuß war ein hochgradiger und knöchern fixirter Plattfuß, der Calcaneus kümmerlich entwickelt und in Spitzfußstellung stehend. — Erwähnenswerth ist noch, dass zwei Kinder der Frau angeborene Klumpfüße haben.

Kramer (Glogau).

40) H. Ehret. Zur Lehre vom Fersenbeinbruch.

(Archiv für Unfallheilkunde etc. Bd. I. p. 358.)

Unabhängig von früheren Beobachtungen giebt E. aus einer Serie von 47 Fällen eine klar geschriebene Monographie des Fersenbeinbruches. Auf 2016 Unfallverletzte kamen 2,33% Fersenbeinbrüche, 24 allein auf das Alter von 33—50 Jahren. Neu sind 2 Beobachtungen, in denen der plantare Fortsatz des Tuber gebrochen war, und die abgesprengten Stücke sowohl durch die Formveränderung als durch Tastung nachgewiesen werden konnten. Die Ätiologie war auch hier Fall auf die Füße. Ferner wird ein Fall von Bruch des Processus trochlearis, durch Ausgleiten entstanden, erwähnt, in welchem der Processus abgetragen wurde. E. ist der Ansicht, dass Theile aus der Außenwand herausgerissen werden können, ohne anderweitige Schädigung des Knochens; indess fehlen gerade für diesen Fall genaue anamnestische Erhebungen. Als lästigste Folge der Fersenbeinbrüche wegen der Unsicherheit und Schmerzhaftigkeit wird auch hier die Einschränkung bezeichnet, die den Fuß wegen der Versteifung des Talocalcanealgelenks hindert, sich genügend den Terrainunebenheiten anzuschmiegen. Wie Andere, betont E. die mangelhafte Kenntnis dieser wichtigen Verletzungen; war doch in den 47 Fällen die Diagnose nur 3mal vorher gestellt.

Bähr (Hannover).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5.

Sonnabend, den 6. Februar.

1897.

Inhalt: I. **Sprengel**, Jodoform-Kalomel in der Behandlung von Höhlenwunden. — II. **Greiffenhagen**, Zur Technik der Splenopexis und Ätiologie der Wandermilz. (Original-Mittheilungen.)

1) **Meyer**, Septisches Hautexanthem. — 2) **Kleckl**, Die Nieren bei Blutvergiftung. — 3) **Plehn**, Wundheilung bei der schwarzen Rasse. — 4) **Jasinski**, Wundbehandlung. — 5) **Guthell**, Argonin bei Tripper. — 6) **Dreysel**, Leukoderma syphiliticum. — 7) **Schiff**, Filmogen. — 8) **Damany**, Verbrennungen. — 9) **Todd**, 10) **Joseph**, Lepra. — 11) **v. Dürring**, Polymorphe Exantheme. — 12) **Herxheimer**, 13) **Stüve**, Pemphigus vegetans. — 14) **Pelagatti**, 15) **Morris**, Trichophyton. — 16) **Dumesnil**, Herpes zoster. — 17) **Dünges**, Ekzem. — 18) **Ruge**, Leistendrüsenentzündung.

19) Fünfter deutscher Dermatologenkongress. — 20) **Nogués**, 21) **Lazarus**, 22) **Griffon**, Gonorrhoe. — 23) **Gebert**, Extragenitale Syphilis. — 24) **Herrick**, Polymyositis acuta. — 25) **Steiner**, Pigmentsarkom. — 26) **Rasch**, Papillomatosis cutanea et vesicalis. — 27) **Andry**, Tuberkulose, Elephantiasis und Ekzem. — 28) **Kellogg**, Lepra. — 29) **Kuznitzky**, Psoriasis. — 30) **Heuss**, Alopecie. — 31) **Behrend**, Pemphigus.

XV. Kongress für innere Medicin.

I. Jodoform-Kalomel in der Behandlung von Höhlenwunden.

Von

Prof. Dr. **Sprengel** in Braunschweig.

Seit einer Reihe von Jahren verwende ich eine Mischung von Jodoform und Kalomel zu gleichen Theilen zum Einstreuen und Einreiben in solche Wunden, welche entweder ihrer Natur nach zur Zersetzung neigen, oder welche von anhaftenden pathologischen Massen nicht völlig befreit werden können. Zwei an sich völlig verschiedene Wunden bildeten ganz vorwiegend die Indikation für jenes Mittel, einmal die Tracheotomien und andererseits die wegen Knochen- und Gelenktuberkulose gemachten Eingriffe.

Bringt man die genannte Mischung auf eine frische, flächenhafte Wunde, so beobachtet man nach kurzer Zeit, dass dieselbe ein eigenthümlich graues Aussehen annimmt, das zweifellos einem sich

bildenden Ätzschorf entspricht. Im Verlauf weniger Tage sprießen aus dieser grauen Fläche Granulationen hervor, welche verhältnismäßig schnell in starke Wucherung gerathen und sich durch eine auffallend frische, gesunde und rothe Färbung auszeichnen.

Da ich zu der Verwendung des erwähnten Mittels zunächst rein empirisch gekommen war und nur wegen der eigenthümlichen hochrothen Färbung, welche die Mischung von Jodoform und Kalomel allmählich unter dem Einfluss des Lichtes annimmt, die Vermuthung gehegt hatte, es möchte sich um eine Jodquecksilberverbindung handeln, so bat ich Herrn Dr. Schweissinger in Dresden, die Mischung genauer zu untersuchen. Er hatte die Freundlichkeit, meinem Wunsche nachzukommen und theilte mir unter dem 10. Februar 1893 Folgendes mit:

»Die vor einiger Zeit bereitete Mischung von Jodoform und Kalomel hat sich nach kurzer Aufbewahrung an den Rändern roth gefärbt. Diese Röthung theilte sich bei einer länger aufbewahrten Mischung der ganzen Masse mit und ist wahrscheinlich auf die Bildung von Quecksilberjodid zurückzuführen. Unter dem Mikroskop sieht man vollständig ausgebildete quadratische Krystalle, welche mit dünner Jodkaliumlösung zuerst zu spießigen Krystallen ausschießen, sich darauf aber sofort in dem überschüssigen Jodkalium lösen. — Die am Lichte sich langsam vollziehende Zersetzung des Gemisches von Kalomel und Jodoform tritt unter dem Einfluss einzelner organischer Körper (Eiweißlösungen, Blut) schneller ein.«

Das Hydrargyrum bijodatum oder Deutojoduretum Hydrargyri, um dessen Entwicklung es sich bei der Anwendung der oben genannten Mischung handelt, wird als solches heut zu Tage selten in Anwendung gezogen. Abgesehen von der Veterinärmedizin, wo es noch gelegentlich benutzt werden soll, wird es wohl nur noch in Salbenform (0,1—1,0:10,0) bei syphilitischen Ulcerationen gelegentlich verwendet. Es ist mir nicht bekannt, ob aus den von mir angeführten Indikationen mit dem Quecksilberjodid Versuche gemacht sind. Ich selbst habe davon abgesehen, weil mir die Verwendung des nicht gleichgültigen Mittels in größeren Wunden bedenklich schien. Lässt man, wie ich es gethan habe, unter dem Einfluss der Gewebssäfte das Quecksilberjodid in der Wunde sich entwickeln, so hat man nach meinen Erfahrungen keine Gefahr zu befürchten. Ich habe die Mischung Anfangs in minimalen Quantitäten versucht und bin dann allmählich, als ich keinerlei Nachtheil sah, zu größeren Dosen übergegangen.

Die Applikation geschieht in der einfachsten Weise. Ich lasse mit einem scharfen Löffel unter leichter Erschütterung desselben das Pulver in die Wunde einstreuen und verreise es in derselben unter nicht zu starkem Druck mittels einer mit einem Gazebausch armirten Pincette oder Kornzange. Zuvor muss die Blutung möglichst sorgfältig gestillt werden. Das erfolgt bei Tracheotomien (ich ziehe, speciell bei Diphtheriestenosen, unbedingt die untere vor) nach

Eröffnung der Trachea bekanntlich fast von selbst. Gewöhnlich habe ich dann auch auf die Schleimhaut der Trachea die Kalomel-Jodoformmischung aufgetragen und eingerieben, in der bekanntlich auch von anderer Seite mehrfach und auf verschiedenen Wegen verfolgten Absicht, zwischen die erkrankten oberen Luftwege und die noch gesunden Theile der Trachea ein Gebiet einzuschalten, das für die Aufnahme und die kontinuierliche Fortleitung des diphtheritischen Virus weniger geeignet sein möchte als die intakte Schleimhaut. Ich lasse es dahin gestellt sein, in wie weit diese Absicht auf dem von mir eingeschlagenen Wege erreicht worden ist, zumal das Ätzmittel auf der feuchten Schleimhaut nur ganz oberflächlich wirken kann, und gebe gern zu, dass an den durchschnittlich sehr günstigen Heilungsziffern — ich hatte bei jährlich etwa 200 Tracheotomiefällen zwischen 45 und 60 % Heilungen — auch andere Momente betheiligt gewesen sind. Dagegen möchte ich den ausnahmslos günstigen Wundverlauf, das absolute Fehlen jeglicher diphtheritischer Wunderkrankung neben dem principiell geübten breiten Offenlassen und Tamponiren der Halswunde doch auch mit auf Rechnung des erwähnten Ätzmittels setzen. Jedenfalls hatten wir in den letzten Jahren niemals nöthig, irgend welche Änderung in der Behandlung der Tracheotomiewunden eintreten zu lassen, und die Frage der Intubation wurde bei den günstigen Resultaten für uns zu keiner dringenden.

Bei Operationen wegen Knochen- und Gelenktuberkulose pflege ich zur Blutstillung eine provisorische Tamponade von ca. 5 Minuten Dauer zu verwenden, nach welcher Zeit fast immer, eventuell unter Beihilfe vereinzelter Ligaturen, eine hinlänglich trockene Wundfläche erzielt werden kann. Handelt es sich dabei um ausgedehnte Erkrankungen mit sehr breiten Wundflächen, so habe ich mich bisher gescheut, auf die ganze Wundfläche das Mittel wirken zu lassen und mich darauf beschränkt, dasselbe auf denjenigen Theil der Wunde zu appliciren, von dem ich am wenigsten sicher war, alles Kranke entfernt zu haben. Dass nach der Anwendung der Ätzmischung die Wunde durch Tamponade offen zu halten ist, versteht sich von selbst. Als einen besonderen Vortheil des von mir empfohlenen Mittels möchte ich hervorheben, dass dasselbe die feste Verklebung des Tampons mit der Wundfläche verhindert. Der sich bildende oberflächliche Ätzschorf verhütet diese Verklebung, die bekanntlich die Entfernung des Tampons sehr oft zu einer äußerst schmerzhaften Manipulation macht, und bewirkt, dass die Gaze nach der gewöhnlichen Zeit von 3—4 Tagen ohne alle Schwierigkeit und ohne den geringsten Schmerz aus der Wunde gehoben werden kann. Ich habe das, namentlich bei operirten Kindern, aber auch bei Erwachsenen, immer als große Annehmlichkeit für Kranke und Operateur empfunden. Gewöhnlich findet man bei der Entfernung des Tampons den Ätzschorf an einzelnen Stellen noch der Wundfläche anhaften, an anderen ist er bereits durch Granulationen ersetzt, die dann

meist sehr schnell und in ganz besonderer Üppigkeit die Wunde erfüllen.

Die Menge des angewandten Mittels war nach dem Alter der Individuen und nach der Schwere der lokalen Erkrankung verschieden. Ich habe ohne Nachtheil etwa 1—1½ große scharfe Löffel von dem Mittel in den Wunden verrieben, etwa einem Gewicht von höchstens 4½ g entsprechend, und von dieser Dosis niemals einen Nachtheil gesehen. Eben so habe ich Stäbchen und Kügelchen, aus der Ätzmischung und Kakaobutter hergestellt, ohne jeglichen Nachtheil in Fisteln und Höhlenwunden eingeführt.

Auf eine Anführung von Krankenmaterial verzichte ich. Ich bin durchaus nicht der Ansicht, dass die Jodoform-Kalomelmischung bei der Tracheotomie die sonstigen Hilfsmittel und in der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose die gründliche Operation ersetzen kann. Die letztere wird immer die Hauptsache bleiben. Aber ich glaube mich überzeugt zu haben, dass es Fälle giebt, in denen ein leicht applicirbares, nicht zu tief wirkendes, pulverförmiges Ätzmittel vor anderen Kausticis gewisse Vorzüge hat und von größerem Vortheil sein kann als das sonst als specifisch gerühmte Jodoform, und glaube nach langer und gewissenhafter Beobachtung berechtigt zu sein, das obige einfache und unschuldige Mittel zu empfehlen.

II. Zur Technik der Splenopexis und Ätiologie der Wandermilz.

Von

Dr. W. Greiffenhagen in Reval.

Während die operative Fixation der Wanderniere schon seit längerer Zeit Gemeingut der Chirurgen und dem therapeutischen Schatz der medicinischen Wissenschaft dauernd einverleibt worden ist, weil sie sich durch die Ausführung einer großen Zahl von Operationen als brauchbar erwiesen hat, ist die Annäherung der Wandermilz bisher nur in vereinzelten Fällen versucht worden, und die Technik kann noch nicht als abgeschlossen gelten. Denn unter 5 mir aus der Litteratur bekannten Fällen von Splenopexis gleicht kein Fall dem anderen, und es ist nach vier verschiedenen Methoden operirt worden. Kouwer¹, der wohl als Erster die operative Befestigung der Wandermilz versuchte, hatte einen guten Erfolg durch Incision der Lumbalgegend und Andrücken der Milz in die Lumbalwunde vom Bauch aus (Tamponade). Die von ihm versuchte Naht der Milz missglückte wegen Zerreißlichkeit des Milzgewebes. Sein zweiter Fall gab einen Misserfolg, weil die Bauchtamponade entfernt

¹ Kouwer, Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1895. No. 15, citirt nach dem Centralblatt für Chirurgie 1896. p. 62 und Wiener klin. Wochenschrift 1895. No. 43 (Centralblatt für Chirurgie 1896. p. 368).

werden musste, da Ileuserscheinungen einsetzten. Rydygier² pflanzte die Wandermilz in eine künstlich angelegte Peritonealtasche in der Milzgegend dergestalt, dass die untere Hälfte der Milz in der Tasche und das Lig. gastro-lienale an den unteren Rand derselben befestigt wurde. Der Erfolg war 3 Monate nachher ein völlig zufriedenstellender. Bardenheuer³ operirte mit seinem extraperitonealen Thürflügelschnitt, dislocirte die Milz durch einen kleinen Peritonealschlitz, so dass sie extraperitoneal zwischen Bauchfell und Muskulatur der Bauchwand an der 10. Rippe fixirt wurde, und erzielte damit Heilung.

Giordano⁴ endlich fixirte die um das 4fache vergrößerte Wandermilz eines jungen Mädchens durch einen Bauchschnitt hoch oben zwischen Zwerchfell und seitlicher Bauchwand mit einigen Nähten. Der Erfolg war gut.

Alle übrigen Wandermilzen, die man operirt hat, wurden extirpirt (nach der Statistik von Sykoff⁵ ist die Wandermilz 30mal extirpirt worden). Von Lewschin stammt die Idee, die Wandermilz durch ein Gitterwerk von Katgut an den Bauchdecken zu fixiren. Einschlägige Versuche sind von Sykoff erfolgreich an Hunden ausgeführt worden, doch fehlt meines Wissens noch der Nachweis, dass sich die Operation am Menschen bewährt hat. Die spärlichen Versuche, die man bisher mit der Milznaht gemacht hat — wenigstens sind aus der mir zugänglichen Litteratur außer den 5 oben angeführten keine weiteren bekannt — und die zum Theil recht complicirten Methoden der Operationen lassen es vielleicht gerechtfertigt erscheinen, wenn ich über einen Fall von Splenopexis berichte, welche ich im Februar 1896 auszuführen Gelegenheit hatte:

Dem 34jährigen Fräulein S. M. wurden im August 1895 in ihrem Heimorte beide Wandernieren operativ fixirt. Die linke Niere am 1. August mit glatter Heilung p. pr. int., die rechte am 14. August mit Heilung per secundam, wobei zahlreiche Seidenligaturen während der Wundheilung ausgestoßen wurden. Auch links bildeten sich trotz anfänglich ganz normaler Heilung 3mal kleine Abscesschen, die nach Ausstoßung je einer Seidenligatur sich schnell spontan schlossen. Die Nieren waren mit tiefem Schrägschnitt freigelegt und die linke mit 7, die rechte mit 5 Silkwormnähten fixirt worden. — Im Januar 1896 konsultirte mich Pat., weil die Wunde rechts noch immer nicht verheilt sei. Ich glaubte in der Tiefe auf mehrere harte feine Stränge zu stoßen, welche ich für die Silkwormnähte hielt, eine Annahme, die mir um so berechtigter erschien, als ich kurz zuvor in der Lage gewesen war, einem von demselben Kollegen operirten Manne aus der monatelang granulirenden Bassini-Wunde 3 Silkwormnähte zu entfernen. — Die junge Dame gab anamnestisch an, dass sie seit Weihnachten 1895 unter

² Rydygier, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Centralblatt für Chirurgie 1895. Beilage zu No. 27 p. 106.

³ Plücker, Über Splenopexis bei Wandermilz. Centralblatt für Chirurgie 1895. p. 905.

⁴ Giordano, Sulla splenopessia. Riforma med. 1896. No. 32 (Centralblatt für Chirurgie 1896. p. 888).

⁵ Dr. W. Sykoff, Über die Behandlung der Wandermilz mit Splenopexie. v. Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie Bd. LI. p. 637.

dem linken Rippenbogen, namentlich dann, wenn sie sich aus der halbliegenden in die sitzende Stellung erhob, einen Schmerz verspüre und daselbst eine rundliche Geschwulst bemerkt haben wolle, die sie, um sich bequem hinsetzen zu können, erst unter den linken Rippenbogen reponiren musste. Die Palpation ergab tatsächlich beim tiefen Athemholen eine mit der Respiration schwankende, abgerundete Geschwulst von mäßig derber Konsistenz. Leider bin ich gar nicht auf den Gedanken einer Wandermilz gekommen, habe daher auch nicht die Milzdämpfung kontrollirt. Ich hielt den Tumor für den unteren Nierenpol und glaubte, die Wanderniere sei recidivirt. Demgemäß schlug ich der Kranken vor, nicht allein die Nähte aus der rechten granulirenden Wunde zu entfernen, sondern auch die Wiederannäherung der linken Niere zu versuchen.

Operation im Revaler Diakonissenhaus am 28. Februar 1896: Simon'scher Längsschnitt, welcher die alte Narbe in ihrem medialen Ende kreuzt. Nach Spaltung des tiefen Blattes der Fascia lumbo-dorsalis und Abhebung des M. quadrat. lumb. trifft man auf spärliches Fett. Die Incision der Fettschicht zwischen zwei Pincetten eröffnet aber sogleich das Peritoneum. Schon glaubte ich in den Fehler verfallen zu sein, den Schnitt zu weit nach außen verlegt zu haben. Beim genaueren Zusehen jedoch erweist sich die Niere an normaler Stelle als nicht vorhanden, dagegen findet der eingeführte Finger etwas nach unten lateralwärts einen glatten flachen Körper, der sich durch Druck vom Bauch aus in die Wunde drängen lässt und daselbst als Milz erweist. Ein weiteres Abtasten der Bauchdecken lässt nun den glatten abgerundeten Tumor unter dem linken Rippenbogen nicht mehr finden, dagegen weiter unten, etwa 2 Fingerbreiten nach innen und oben von der Spina ant. sup. lässt sich bei tiefem Druck eine ovale, fest-weiche Geschwulst abgrenzen, die offenbar der angenähten linken Niere entspricht. Von der Peritonealwunde aus wird diese Annahme bestätigt. Da es sich zweifellos um eine Wandermilz handelt, wird der Versuch der Milznaht gemacht: zunächst werden 2 Seidennähte durch die Muskulatur der Bauchwunde und das Peritoneum, dann tief durch das Milzparenchym und endlich wiederum durch Peritoneum und Muskulatur des anderen Wundrandes hindurchgeführt, aber noch nicht geknüpft. Die Blutung aus den Stichkanälen der Milz ist ziemlich lebhaft und bedarf einer längeren Kompression, ehe sie fast ganz steht. Nun wird das Peritoneum über der Milz mit einigen Knopfnähten völlig geschlossen. Die die Milz durchsetzenden, aber noch nicht geknüpften Fäden werden jetzt vorsichtig angezogen, so dass die Milz mit ihrer lateralen Fläche sanft ans Peritoneum herangezogen wird. In dieser Lage wird zwischen den beiden noch nicht geknüpften Fäden eine dritte Naht tief durch das Milzparenchym angelegt und gleich geknüpft. (Keine Blutung bemerkbar.) Die beiden noch offenen Fäden werden jetzt geknüpft, aber ohne jeglichen Zug. Schluss der Wunde durch tiefgreifende, versenkte und Hautnähte. (Seide, trockene Asepsis, keine Drainage.) Es folgte noch das Aufsuchen von 4 Silkwormnähten aus der rechten Nephrorrhaphiewunde, welche sodann mit Jodoformgaze tamponirt wurde.

29. Februar: Schmerzen im Epigastrium und links in der Wunde. Höchste Temperatur 38,0. Puls 96. 1. März: Starke Schmerzen links. Kopfschmerzen. Temp. 37,7. Puls 86. Phenacetin 0,8. 2. März: Euphorie. Temp. 37,7. Puls 88. 3. März: Stat. idem. Temp. 37,7. Lavement. Stuhl. 5. März: Links Prima intentio. Nähte entfernt. Rechts geringe Pyocyaneusinfektion. Temp. 37,6. Puls 86. 6. März: An der Kreuzungsstelle beider Narben ein empfindlicher Punkt. Stiche daselbst bei Bewegungen und Husten. 9. März: Keine Schmerzen. 17. März: Über der schmerzhaften Kreuzungsstelle bildet sich ein kleiner fluktuirender Abscess, der am 19. März aufbricht und einige Tropfen blutig-seröser Flüssigkeit entleert. Keine Ligatur sichtbar. Hier bleibt ein kleiner Granulationspfropf um eine feine Fistel. Auch rechts persistirt eine 1½ cm lange granulirende Wunde. Pat. hat am 24. März das Bett und am 3. April das Krankenhaus verlassen.

Anfang Mai wird, da noch beiderseits kleine Granulationspfropfe bestehen, nochmals in Narkose nach Nähten gesucht und rechts noch die fünfte Silkwormnaht, links an der Kreuzungsstelle der beiden Wunden, dort wo der Granulations-

pfropf sitzt, die starke Seidennaht gefunden, mit welcher die Milz nach Schluss des Peritoneums fixirt worden war. Dieselbe kommt als unversehrte Schlinge zum Vorschein, hatte also Milzgewebe und Peritoneum durchgeschnitten. Jetzt tritt in wenigen Tagen völlige und definitive Vernarbung beider Fisteln ein. Pat. stand außerdem wegen einer mobilen Retroflexio uteri in gynäkologischer Behandlung.

Im September 1896, also 7 Monate nach der Splenopexie, hatte ich Gelegenheit zur Nachuntersuchung, welche folgendes Resultat ergab: 3 glatte Narben, je eine in der Lumbalgegend schräg nach vorn verlaufend, und eine dritte, entsprechend dem Simon'schen Schnitt für die linke Niere. Die Milz unter dem Rippenbogen nicht mehr fühlbar, ihre Dämpfung an normaler Stelle nicht vorhanden. Subjektiv völliges Wohlbefinden bis auf interkurrente Schmerzen in der rechten Darmbeingrube (Druck der abnorm tiefen Niere?). Pat. kann gehen, stehen und sitzen ohne Beschwerden und ohne dass sich die Geschwulst unterhalb des linken Rippenbogens wieder gezeigt hätte.

Ich habe in diesem Falle dieselbe Methode versucht wie sie Kouwer auszuführen beabsichtigte (freilich ohne die Arbeiten über Splenopexie zu kennen; war ich doch überhaupt nicht auf die Milznaht vorbereitet). Principiell gleicht diese Nahtmethode den üblichen Grundsätzen über Fixation der Wanderniere und bietet keinerlei technische Schwierigkeiten. Wohl aber ist die Zerreißlichkeit des Milzparenchyms eine noch größere als die der Nierensubstanz. Man muss die Nähte tief durchs Parenchym führen und darf sie nicht stark ans Peritoneum anziehen. Ich glaube überhaupt, dass das Verfahren nur bei normal großer, d. h. einer Milz anwendbar ist, deren Gewicht kein großes ist. (Eventuell eignet sich die Methode z. B. bei Reposition einer traumatisch prolabirten Milz.) Bei hyperplastischer oder sonst aus irgend einem Grunde vergrößerter Milz wird diese Art der Befestigung nicht ausreichen. In solchen Fällen wird eine der oben erwähnten Nahtmethoden bessere Dienste thun, resp. die Splenektomie erforderlich sein.

Zum Schluss sei es mir gestattet, darauf hinzuweisen, dass sich bei meiner Pat. die Wandermilz möglicherweise deshalb ausbildete, weil ihr die normale Stütze genommen war. Die Milz ist ja überhaupt nicht reich an Befestigungsbändern. Nach Joessel⁶ besitzt sie deren eigentlich nur zwei: 1) das Lig. phrenico-lienale, welches einige festere Bindegewebszüge enthält und daher von Joessel als Lig. suspensorium lienis bezeichnet wird; 2) das Lig. phrenico-colicum, welches eine Bauchfelltasche bildet, die den unteren lateralen Milzpol stützt. Das Lig. gastro-lienale kommt als Befestigungsmittel nicht in Betracht, da es mehr dem leeren Magen als der Milz zur Stütze dient. »Die Superficies renalis ist dem Vertebralschenkel des Zwerchfells zu gerichtet und stützt sich auf den oberen Umfang der linken Niere. Der unterste Theil der Milz berührt die Niere nicht mehr, sondern tritt häufig mit der Cauda des Pankreas und regelmäßig mit der Flexura coli sinistra in Kontakt« (Joessel). Bei Dehnungen des Lig. phrenico-colicum kommt es nach Joessel

⁶ Joessel. Lehrbuch der topographisch-chirurgischen Anatomie p. 249.

leicht zu Verschiebungen der Milz. Wenn man bedenkt, dass in unserem Falle beide Nieren mobil waren und als Wandernieren tief unten (fast auf den Darmbeinschaufeln) fixirt wurden, so leuchtet ein, dass die Milz den wichtigen Stützpunkt ihrer *Superficies renalis* einbüßte. (Bis zur Nephropexie hatte Pat. Bandagen getragen, die zwar die Nieren zurückhielten, aber der Trägerin sonst Beschwerden verursachten.) Auch der zweite Stützpunkt, die *Flexura coli sinistra*, konnte durch den Tiefstand der Niere in diesem Sinne beeinflusst werden. Das *Lig. phrenico-lienale* hat dem ständigen Zug der tiefer sinkenden Milz allein nicht widerstehen können und hat sich entsprechend ausgedehnt.

Es wäre von Interesse zu erfahren, ob ähnliche Erfahrungen bei linksseitiger Wanderniere resp. Nephrorrhaphie auch von anderen Chirurgen gemacht worden sind. Ich selbst habe keine weitere Erfahrung gemacht und auch nichts darauf Bezügliches in der Litteratur finden können. Die relative Seltenheit linksseitiger Nephrorrhaphien und das durchaus gerechtfertigte Bestreben, die Niere möglichst an normaler Stelle (also nicht auf dem Darmbeinkamm resp. der Schaufel) zu befestigen, lassen mich vermuthen, dass eine derartige Ätiologie der Wandermilz wohl zu den Seltenheiten gehören wird. Immerhin berechtigt eine solche Erfahrung zu dem Hinweis, dass man bei linksseitiger Nephrorrhaphie ganz besonders bestrebt sein soll, die Niere in möglichst normale Verhältnisse zurück zu versetzen.

1) R. Meyer. Über ein metastatisches Hautexanthem bei Sepsis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

M. bespricht kritisch die aus der Litteratur bekannten Fälle metastatischer Hautexantheme bei Infektionskrankheiten akuter und chronischer Natur. Bei einer Gruppe von Fällen wurden in der Haut nicht die Infektionserreger selbst, sondern andere Bakterien, speciell Eitererreger gefunden. Die meisten der Fälle sind nicht einwandfrei. Von größerem Interesse ist die Gruppe, wo in den Pusteln der Haut dieselben Mikroorganismen gefunden wurden, welche die Grundkrankheit bedingen. Es sind dies die Fälle von Sepsis und Pyämie mit Hautmetastasen. Es wurden bei solchen Fällen in der Haut wie im Blute und in den inneren Organen Staphylokokken und Pneumokokken gezüchtet. M. fand nun selbst bei einem Pat., der von einem Furunkel an der Stirn aus septisch geworden war, sowohl in den inneren Organen, im Blute wie in den Petchien und Pusteln der Haut die gleichen Mikroorganismen, d. i. *Staphylococcus pyogenes aureus*. Verf. hält neben der Möglichkeit der bakteriellen Entstehung solcher Exantheme auch angioneurotische Einflüsse in Folge von Toxinwirkung für möglich und erwartet diesbezügliche weitere Untersuchungen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

2) **K. Klecki.** Über die Rolle der Nieren bei Blutvergiftung.
(Przegląd lekarski 1896. No. 45.)

Behufs Lösung der Frage, welche Rolle die Nieren bei Ausscheidung von ins Blut gelangten Bakterien spielen, injicirte Verf. Hunden Kulturen verschiedener Bakterien (*Pyocyaneus*, *Staphylococcus pyogenes aureus*) ins Blut und fand dieselben schon nach einigen Minuten im Harn ohne Rücksicht auf das injicirte Quantum. Das letztere war nur in so fern von Bedeutung, als nach Injektion geringer Quantitäten die Bakteriurie rasch (nach 20—30 Minuten) endete, während sie bei größeren Mengen injicirter Bakterien längere Zeit anhielt. Da jedoch noch lange nach völligem Schwinden der Bakterien aus dem Urin dieselben in verschiedenen Organen (Leber, Milz, Niere) und selbst im Blute nachweisbar sind, so schlägt Verf. den Werth der Nieren in Bezug auf Ausscheidung der Bakterien bei Blutvergiftung nicht besonders hoch an. **Trzebielky** (Krakau).

3) **A. Plehn.** Wundheilung bei der schwarzen Rasse.
(Aus dem Regierungshospital für Farbige in Kamerun.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 34.)

P. bringt sehr interessante Mittheilungen, die sich auf eine an einem großen Krankenmaterial erworbene Erfahrung gründen. Schwere Gelenkverletzungen, Bauchschüsse, z. Th. schwere Hiebverletzungen des Leibes, ein Fall von Basisfraktur heilten bei konservativer Behandlung ganz oder nahezu anstandslos. Zur Erklärung des auffallend günstigen Wundverlaufes zieht P. sowohl das Moment der besonderen Rasseeigenthümlichkeit heran, wie auch den Umstand, dass die specifischen Erreger der Wundinfektion in Kamerun äußerst selten zu sein scheinen, wofür das außerordentlich seltene Vorkommen von Panaritien und Phlegmonen auch bei vernachlässigten Geschwüren und Verletzungen sprechen würde.

Es wäre interessant, mit Rücksicht auf P.'s Erfahrungen nachzuforschen, ob ähnliche Verhältnisse der Wundheilung auch sonst in Afrika bei Schwarzen und event. Weißen sich feststellen ließen.
R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

4) **R. Jasiński.** Briefe über Wundbehandlung. (Silberantiseptis.)

(Gaz. lekarska 1896. No. 46—48. [Polnisch.])

Verf. spricht der von Credé eingeführten Silberantiseptis sehr warm das Wort, obwohl ihn ursprünglich die aus Chemnitz bezogenen Originalverbandstoffe wiederholt im Stiche gelassen haben, und er sich bemüßigt sah, sich in Warschau bereiteter Verbandstoffe zu bedienen, welche den an sie gestellten Anforderungen entsprachen.
Trzebielky (Krakau).

5) **Gutheil.** Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Argonin. (Aus Dr. M. Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 35.)

G. beobachtete bei der Anwendung des Argonins in 1—2%iger Lösung bereits nach 8—9 Tagen im Mittel ein Verschwinden der Gonokokken. In Folge des schnellen Verschwindens der Gonokokken kam es fast nie zu unangenehmen Komplikationen, wie Epididymitis, was G. für einen nicht zu unterschätzenden Gewinn in der ambulanten Praxis hält.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

6) **M. Dreysel.** Über das Leukoderma syphiliticum. (Aus der dermatologischen Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau. Primararzt Dr. Jadassohn.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 42.)

Die Deutung des klinischen Bildes dieser Pigmentanomalie ist trotz des großen Beobachtungsmaterials eine ganz verschiedene. Die Frage, ob die Hyperpigmentirung als das Wesentliche anzusehen, oder die Depigmentirung das primäre Moment sei, kann nur die klinische Beobachtung des Entstehens des Leukoderma syphiliticum entscheiden, welche zu dem Resultate führt, dass auf normal oder hyperpigmentirter Haut hellere Flecke entstehen, welche sich dann peripher ausbreiten. In Bezug auf die Frage, ob das Leukoderm als selbständige Erscheinung der Syphilis oder als Residuum eines vorausgegangenenluetischen Exanthems aufzufassen sei, konstatirt D., dass in einzelnen Fällen die Leukodermflecke im unmittelbaren Anschluss an papulöse Herde entstehen, dass aber auch andererseits in vielen Fällen Leukoderm auftritt, ohne dass an den sich entfärbenden Stellen syphilitische Efflorescenzen nachweisbar waren.

Für letztere wird man entweder voraussetzen müssen, dass die Roseolen am Halse häufiger sind, als sie beobachtet werden, oder man wird — und das ist die Ansicht D.'s und Jadassohn's — annehmen, dass bei frischer Lues Infiltrationsherde vorkommen, die, weil sie unsichtbar bleiben, klinisch nicht diagnosticirt werden können, aber zur Entstehung von pigmentären Flecken Veranlassung zu geben im Stande sind.

Auch die Histogenese des Leukoderms ist noch nicht aufgeklärt. Aus den diesbezüglichen Befunden D.'s geht hervor, dass die Leukodermflecke nicht absolute Depigmentirungen, im Vergleiche mit der idiopathischen Leukopathie, darstellen, sondern dass es sich hier nur um Pigmentverminderung handelt. Was den diagnostischen Werth des Leukoderms betrifft, so hat dagegen Lewin den stärksten Angriff gemacht, indem er sich auf eine Statistik bei 4800 anscheinend nichtluetischen Weibern stützte und konstatirte, dass bei etwa 4% sich Leukoderma fand. Dieses Resultat würde allerdings die diagno-

stische Bedeutung des Leukoderms wesentlich beeinträchtigen, doch erklärt D. Lewin's Abtheilungsmaterial, welches aus öffentlichen und geheimen Prostituirten und anderen Frauen bestand, welche schon durch das Vorhandensein lokaler venerischer Affektionen in Bezug auf ihre Anamnese nicht unverdächtig erscheinen müssten, für nicht einwandfrei. Die aus diesem Grunde angestellten Nachprüfungen der Lewin'schen Angabe durch Jadassohn ergaben bei 2018 Frauen, welche von vorn herein auf Lues nicht verdächtig waren und nicht an lokalen venerischen Krankheiten litten, nur in 0,15% also in nur 3 Fällen das Vorhandensein von Leukoderma. D. will nicht behauptet haben, dass es ein Leukoderm ohne Syphilis nicht giebt, er glaubt aber bewiesen zu haben, dass, wenn es überhaupt vorkommt, es zu den allergrößten Seltenheiten gerechnet werden muss und darum die diagnostische Bedeutung des Leukoderms für die Syphilis nicht einzuschränken vermag. In der Annahme der luetischen Natur der Affektion betont D. die Nothwendigkeit, damit behaftete Individuen wiederholt auf Lues zu untersuchen und auf die Wahrscheinlichkeit, dass sie syphilitisch sind, aufmerksam zu machen.

Gold (Bielitz).

7) E. Schiff. Eine neue Grundlage für die Applikation von Medikamenten auf die Haut.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896. No. 10.)

Der Verf. empfiehlt als einen sehr elastischen dünnen Firnis das »Filmogen«, eine Lösung von Cellulosenitrat in Aceton, die noch mit Öl verdünnt ist; in diesem Präparat löst sich Salicylsäure, Resorcin, Jodoform, Pyrogallol, Sublimat, Chrysarobin, Theer und Ichthyol in ziemlich hoher Kocentration; Schwefel, Zink, Bleijodid etc. lassen sich in ihm suspendiren. S. ist von der Anwendung dieses Firnisses sehr befriedigt gewesen.

Jadassohn (Bern).

8) Damany. Traitement des brûlures superficielles par l'acide picrique.

(Presse méd. 1896. No. 75.)

Als ganz besonders epidermisbildend wird die 1%ige Pikrinsäurelösung empfohlen bei Verbrennungen zweiten Grades. Dieselbe, in Form von feuchten Kompressen oder als Bad angewandt, ist ungiftig, nicht reizend, in gelöstem Zustand auch nicht explosibel. Aber sie färbt die Haut dauernd gelb. D. lässt daher entweder den Kranken selbst die Kompressen anfeuchten und auflegen oder den Arzt mit Gummihandschuhen arbeiten. Auch kann man die Hand mit Fett einreiben zur Vermeidung der Gelbfärbung. (Dem Mittel ist an sichtbaren Körpertheilen wohl ein aseptischer Jodoformmullverband vorzuziehen. Ref.)

Tschmarke (Magdeburg).

9) **E. Todd.** The influence of acute specific diseases on leprosy.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1851.)

T. konstatiert auf Grund der Statistik des Leprakrankenhauses Robben Island (Cap der guten Hoffnung), dass interkurrentes Auftreten von Erysipelas, Masern oder Syphilis keinen Einfluss auf das Fortschreiten der Lepra ausübt.

H. Stettiner (Berlin).

10) **M. Joseph.** Über Lepra.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 37.)

Auf Grund der Beobachtung eines Falles von Lepra tuberosa, welchen J. in ausführlicher Krankengeschichte schildert, und der nach mehreren Richtungen das Interesse erregen muss, weist J. darauf hin, dass bei Leprösen das Gesicht einen typischen Ausdruck zeigt, welcher schon auf den ersten Anblick die Diagnose auf Lepra stellen lässt. Ein weiteres frühzeitiges und charakteristisches Symptom ist das Ausfallen der Augenbrauen, Facialislähmung mit Schiefstellung des Mundes, Unvermögen, die Augen vollkommen zu schließen und Mutilationen der Finger. Eine genaue Beschreibung aller dieser Verhältnisse bei Leprösen ist an dieser Stelle unthunlich, es sei auf das interessante Original hingewiesen, welches überdies 7 sehr gelungene Photogramme enthält, welche zum Verständnis der gemachten Beobachtungen beitragen. — Es sei hier nur besonders hervorgehoben, dass J. bei seinem Falle 5 cm oberhalb des Orificium externum eine Striktur fand, welche für die Kuppe des Zeigefingers gerade noch durchgängig war. J. glaubt nach analogen Beobachtungen an anderen Organen zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass diese Striktur auf lepröser Basis beruhe. So hat Daniellsen in Bergen, welcher über ein reiches Lepramaterial verfügte, in einem Falle eine Kehlkopfstriktur als Folge von Narbenbildung nach Ulcerationen beschrieben. Im Übrigen erinnert J. daran, dass man mitunter bei Leprösen durch Vernarbungen und Schrumpfung an den Lippen Verengerungen verschiedenen Grades der Mundöffnung sieht. Auch in der Nase seines Kranken konnte er Verengerungen konstatieren, welche Athembeschwerden zur Folge hatten. Natürlich kann erst die Sektion und der Bacillenbefund diese Annahme durch sichere Aufschlüsse bestätigen.

Die Therapie der Lepra ist bisher eine sehr unbefriedigende. Die vielfach empfohlenen Mittel, wie die von Radcliffe Crocker angepriesene Quecksilberbehandlung u. A. haben sich nicht bewährt. Das einzige Mittel zur palliativen Therapie bleibt die Entfernung aus Lepragegenden und die möglichst kräftige Hebung der allgemeinen Ernährung; prophylaktisch erscheint die Isolirung des Kranken erforderlich wegen der auf der Hand liegenden Infektionsgefahr.

Bei dem Umstande, dass sich Lepröse aus Lepragegenden in Deutschland anzusiedeln beginnen, wünscht J., dass die Regierung,

um der drohenden Lepragefahr vorzubeugen, eine Leproserie in Deutschland errichte und andererseits eine internationale Regelung der Internirung Lepröser durchführe. Gold (Bielitz).

11) E. v. Düring. Beitrag zur Lehre von den polymorphen Erythemen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Heft 2 u. 3.)

Der Begriff der »Erytheme« ist, so viel er auch gebraucht wird, doch sehr wenig scharf umschrieben. Es ist gewiss an der Zeit, aus dieser nur aus Mangel an Besserem gebildeten Klasse einzelne scharf umschriebene Krankheitsbilder abzuheben. Das hat schon Ferd. Hebra gethan, indem er die Typen des Erythema exsudativum multiforme und nodosum aufstellte. Aber der dadurch angebahnte Fortschritt ist vielfach und, wie v. D. mit Recht hervorhebt, gerade von der Wiener Schule — und von den Franzosen — wieder aufgegeben worden.

Durch die Gunst seines Materials ist der Verf. der vorliegenden Arbeit in die Lage gekommen, eine große Anzahl von Fällen von Erythema exsudativum zu beobachten. Denn in Konstantinopel, dem Wirkungskreise v. D.'s, herrscht diese Krankheit in einem gewissen Grade endemisch, und zwar so, dass in den Herbst- und in den Frühjahrsmonaten die Fälle — speciell unter dem Militär — sich häufen. In sehr eingehender Weise schildert Verf. diese Krankheit, und zwar im Ganzen dem von Hebra gezeichneten Typus entsprechend. Die Lokalisation war fast immer an den Handrücken, nächst dem am häufigsten im Gesicht, Sternoclaviculargegend, Nacken, seitlichen Partien des Halses, Knien, Unterschenkel, Fußrücken, höchst selten am Thorax. Die Form ist meist die bekannte Papel mit centraler Abflachung und Lividfärbung, seltener Bildung von Gyri und Kokarden (»Erythema iris«) und Blasenformen. An den Unterschenkeln kommen große, weniger typische Infiltrate vor. Die Schleimhaut des Mundes ist in der Mehrzahl der Fälle, die des Rachens selten befallen; ihre Efflorescenzen sind erythematös, papulös (am häufigsten), vaskulös oder selten ulcerös. Fast regelmäßig ist eine Conjunctivitis — sehr häufig schon vor den Hauterscheinungen — vorhanden, welche meist beiderseitig, durch scharf begrenzte Injektionskegel mit kleinen Papeln oder Bläschen ausgezeichnet und ganz gutartig ist. Die Inkubationszeit verläuft ohne Symptome, die Invasionsperiode dauert 2 bis 3 Tage und geht mit den erwähnten Exanthemen, Temperatursteigerungen, Kopf-, Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit einher. Das Exanthem erscheint plötzlich, besteht 11 bis 12 Tage, Nachschübe kommen am 4. oder 5. Tage oder auch als Recidive nach Abheilung des ersten Exanthems vor. Das Fieber während des Bestehens der Krankheit ist, der Ausbreitung des Exanthems entsprechend, meist gering. Subjektive Symptome von Seiten der Haut fehlen meist, am häufigsten ist

noch Brennen und Spannung. Abgeschlagenheit und Schwäche sind oft beträchtlich, ein anämisches Aussehen hält vielfach auffallend lange an. Komplikationen fehlen so gut wie ganz; einen Zusammenhang mit Tuberkulose hat Verf. nicht auffinden können. Er hält die Krankheit für eine akute Infektionskrankheit spezifischer Art und bekämpft ausführlich die gegen diese Auffassung geltend gemachten Argumente. Das Erythema nodosum, von dem er nur eine geringe Anzahl von Fällen beobachtet hat, spricht v. D. als eine vom Erythema exsudativum scharf abzugrenzende eigene Infektionskrankheit an. Die anderen »polymorphen Erytheme« sieht er zu einem Theil als Angioneurosen, zum anderen als embolische Eruptionen bei anderen, meist septischen Erkrankungen an. Pathologisch-anatomisch rubricirt er das Erythema exsudativum und nodosum unter die infektiösen Entzündungen.

(Die Anschauung, dass das Erythema exsudativum und nodosum eigene Infektionskrankheiten, ist unter den deutschen Dermatologen weit verbreitet — vgl. die Diskussion auf dem IV. Kongress der deutschen Dermatologischen Gesellschaft, welche v. D. nicht erwähnt; — sie entspricht in der That den klinischen und epidemiologischen Thatsachen bei Weitem am besten; auch bei uns ist das gehäufte Auftreten dieser Krankheiten im Herbst und Frühjahr eine bekannte Thatsache. Das Krankheitsbild des Erythema exsudativum, wie es der Verf. zeichnet, weicht in einigen wesentlichen Punkten von dem ab, was wir jährlich von idiopathischem Erythem sehen: die Betheiligung der Schleimhäute, speciell der Conjunctiva ist bei uns wesentlich seltener; recidivartige Nachschübe kommen kaum vor; das Allgemeinbefinden ist in der Mehrzahl der Fälle überhaupt nicht gestört; die zurückbleibende Anämie fehlt fast immer. Diese Differenzen sind wohl auf den bekannten räthselhaften »Genius epidemicus loci« zurückzuführen. In der Differenzirung des Erythema nodosum vom multiforme stimmen wir v. D. vollständig bei, wenn auch zuzugeben ist, dass auch beim letzteren einzelne dem Erythema nodosum ähnliche Knoten vorkommen können. Auch unser Erythema nodosum ist meist ein weit leichter Process, als ihn v. D. nach seinen Erfahrungen in Constantinopel schildert. Die Eintheilung der »nicht idiopathischen Erytheme« stimmt mit der von Finger gegebenen überein, welcher die symptomatischen in autotoxische und embolisch-infektiöse sondert; für »autotoxisch« wird man wohl besser den allgemeineren Ausdruck »toxisch« setzen; un des ist zum mindesten höchst wahrscheinlich, dass es neben diesen beiden Gruppen auch noch »reflektorisch erzeugte« giebt. Ref.)

Jadassohn (Bern).

12) **K. Herzheimer.** Über Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die Natur der Langerhans'schen Zellen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVI. Heft 1 u. 2.)

13) **R. Stüve.** Stoffwechseluntersuchungen betreffend einen Fall von Pemphigus vegetans.

(Ibid. p. 190.)

Der Pemphigus vegetans ist eine seltene Erkrankung, welche mit Blasenbildung und Bildung frambösiartiger Vegetationen an der Stelle der geplatzten Blasen einhergeht. H. hat die Affektion in 3 Fällen, die zum Tode führten, eingehend zu beobachten Gelegenheit gehabt. Aus seinen klinischen Bemerkungen ist Folgendes hervorzuheben. Der von Köbner betonte regelmäßige Beginn der Krankheit an der Schleimhaut scheint H. nicht bewiesen; doch ist die Schleimhauterkrankung vor Allem differentialdiagnostisch von besonderer Bedeutung. Verwachsungen können vorkommen mit der Stomatitis epidemica, dem Erythema exsudativum, eventuell auch mit der Stomatitis mercurialis. Besonders charakteristisch sind aber die auch an der Stelle von Schleimhautblasen auftretenden Vegetationen, die bisher noch nicht beobachtet worden sind. Die Lokalisation zeigt eine große Vorliebe für Mundhöhle, Genitalien, Aftergegend und Nabel. Die Vegetationen der Haut sind denen der Syphilis oft sehr ähnlich; sie sind — nicht in allen Fällen und Stadien — durch einen Blasenkranz oder durch eine serpiginös fortschreitende Erosion ausgezeichnet. Autoinokulationen davon sind nicht geglückt. Der von Neumann als akut bezeichnete Verlauf ist das keineswegs immer oder auch nur in einer Mehrzahl der Fälle; die ersten Blasenruptionen können Jahre zurückliegen. Ausgesprochene entzündliche Vorstadien hat H. nicht gesehen und hält deshalb den Unna'schen Namen »Erythema bullosum vegetans« nicht für berechtigt. Auf Grund der eintretenden Schwäche, welche sich nach den Stoffwechseluntersuchungen Stüve's auf einen krankhaft gesteigerten Eiweißzerfall (unter dem Einfluss toxischer Substanzen) zurückführen ließ, traten fibrilläre Muskelzuckungen am ganzen Körper auf, die aber — da die histologische Untersuchung der Muskeln keine wesentlichen Veränderungen ergab — als funktioneller Natur aufgefasst werden. Eben so sind die von Weigert an dem Rückenmark eines Falles gefundenen Veränderungen nur auf die Anämie zurückzuführen, denn sie entsprechen ganz der von Lichtheim und seinen Schülern bei verschiedenen auszehrenden Krankheiten gefundenen Vermehrung der Neuroglia in den Hintersträngen. Die Streitfrage, ob der Pemphigus vegetans eine ganz eigene Krankheit oder eine Abart des Pemphigus vulgaris ist, entscheidet der Verf. nach der letzteren, besonders von Kaposi vertretenen Richtung; die Vegetationen kommen auch nach anderen Blasenaffektionen vor, sie scheinen auf toxischen Einwirkungen zu beruhen. H. ist geneigt, den Pemphigus für eine Infektionskrankheit

zu halten und führt einzelne Fälle an, in denen lange eine primäre Blase bestand, von der aus eine Generalisirung ausging. Über die Therapie können neue, günstige Erfahrungen nicht mitgetheilt werden.

Aus den histologischen Untersuchungen des Verf., bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss, sei hier als von allgemeinerem Interesse nur hervorgehoben, dass er die bekannten Langerhans'schen Zellen, deren nervöse Natur in letzter Zeit wieder mehrfach behauptet worden ist, als bindegewebig und als identisch mit den Chromatophoren auffasst. **Jadassohn** (Bern).

14) **M. Pelagatti.** Über die Trichophytonarten in der Provinz Parma.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896, No. 10.)

Die Untersuchungen P.'s ergaben zunächst das wichtige Resultat, dass in Parma das Mikrosporon Audouini, der Pilz der Hruby'schen Krankheit, nicht vorkommt. Von Trichophyton hat der Verf. 7 Varietäten gezüchtet (und zwar nach der Král'schen Methode wirklich rein gezüchtet) und berichtet über sie genauer. Diese Varietäten haben sich dauernd erhalten lassen, wenn sie sich auch naturgemäß unter dem Einfluss des Nährbodens, durch die Häufigkeit der Überimpfung etc. etc. verändern; durch Übertragung auf Kartoffeln lassen sie sich immer wieder zu ihrer ursprünglichen Form zurückzüchten. Den verschiedenen Varietäten entsprechen nicht, wie andere Autoren gemeint haben, verschiedene klinische Krankheitsformen; mikroskopisch sind die meisten derselben nicht zu unterscheiden; das Wachsthum der Pilze in oder außerhalb des Haares macht keinen principiellen Unterschied aus — das »keratolytische Vermögen« der einzelnen Arten ist wesentlich von der Virulenz und von der Dicke des Haares abhängig. **Jadassohn** (Bern).

15) **M. Morris.** Herpes tonsurans und die Trichophyten.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. No. 8.)

Bei der großen Complicirtheit, welche die Trichophytonfrage jetzt durch die Befunde außerordentlich zahlreicher Varietäten mit feinen Unterschieden gewonnen hat, berühren die bei Gelegenheit des internationalen dermatologischen Kongresses in London vorgetragenen Ausführungen eines bedeutenden englischen Dermatologen durch ihre Klarheit und Einfachheit sehr sympathisch. Er hat 126 Fälle von Herpes tonsurans des behaarten Kopfes von Kindern untersucht und hat in 116 Fällen den kleinsporigen Pilz (das Mikrosporon Audouini Sabourand's), nur in 10 Fällen den großsporigen Pilz gefunden; die Eintheilung in Ektothrix und Endothrix erkennt M. nicht an; die Sporengröße variirt sehr; die Kulturen beider Arten weisen feine Unterschiede auf. Die Absonderung des Mikrosporon aus den Trichophyten, die Sabourand vorgenommen, hält M. für klinisch bedeu-

tungslos; dagegen ist er überzeugt davon, dass manche Trichophyten nur Abarten des Favus sind. Die größere Hartnäckigkeit der auf der Infektion mit Mikrosporon beruhenden Formen erkennt auch M. an.
Jadassohn (Bern).

16) **O. Dumesnil** (St. Louis). A rapid and successful treatment of herpes zoster.

(St. Louis med. and surg. journ. 1896. August.)

Innerlich Arsenik, äußerlich Bedeckung der befallenen Hautgebiete mit antiseptischen Pulvern, Kampher und Bismuthum subnitricum soll den Herpes zoster sehr rasch heilen. Da aber die Krankheit immerhin 4—6 Tage nach Auftreten der Bläschen zur Heilung bedarf, so ist doch von einem abortiven Erfolg nicht die Rede. D. will von der arsenigen Säure in Pillen (asiatischen Pillen) bessere Wirkung gesehen haben als von der Fowler'schen Lösung.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

17) **Dünges**. Zur Behandlung des Ekzems im Kindesalter.

(Centralblatt für Kinderheilkunde 1896. No. 6.)

Das Ekzem der Säuglinge an Hinterbacken und Rückseite der Oberschenkel, das hauptsächlich auf Berührung der Haut mit Urin und Koth zurückzuführen ist und oft sich als recht hartnäckig erweist, behandelt D. erfolgreich folgendermaßen: Er giebt zunächst ein Bad von 27—28° R., trocknet vorsichtig die erkrankten Stellen mit Watte ab, streut ein indifferentes Pulver ein und — die Hauptsache — bedeckt die ganze ekzematöse Fläche mit Guttaperchapapier, welches durch eine Windel in seiner Lage erhalten wird und die schädliche Einwirkung jener reizenden Stoffe dauernd verhindert. Auf diese Weise wurde in zahlreichen Fällen rasch Heilung erzielt.

Grätzer (Sprottau).

18) **R. Ruge**. Die der Zanzibarküste eigenthümlichen klimatischen Leistendrüsenerkrankungen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. hat auf dem Blockadegeschwader, das im Jahre 1889 an der Küste von Ostafrika lag, 81 Fälle von Bubonen beobachtet, welche weder durch geschlechtliche Affektionen noch durch Verletzungen zu erklären waren, und welche er daher — wie vor ihm schon andere Autoren — auf klimatische Einflüsse bezieht; er stützt diese Anschauung auch damit, dass auf denselben Schiffen, nachdem sie die ostafrikanische Küste verlassen hatten, diese Erkrankung nicht mehr vorkam. Die eigentliche Ursache dieser Affektion ist unbekannt; Malaria ist jedenfalls auszuschließen; das klinische Bild dieser Bubonen unterscheidet sich nicht von dem der venerischen; Fieber von unregelmäßigem Typus kommt vor oder kann auch fehlen; die Schwellungen entwickeln sich schnell, können sich zurückbilden oder zur Eiterung kommen; die Behandlung war zuerst exspektativ; bei

Fluktuation wurde incidirt, nur selten exstirpirt. Weitere — vor Allem pathologisch-anatomische und bakteriologische — Untersuchungen dieser Affektion wären gewiss sehr erwünscht. Dass das gehäufte Auftreten »idiopathischer Bubonen« den Gedanken an eine spezifische Infektionskrankheit nahe legt, lässt sich nicht leugnen.

Jadassohn (Bern).

Kleinere Mittheilungen.

19) Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. V. Kongress. Herausgegeben von Jarisch und Neisser.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1896.

Da in den Berichten der deutschen dermatologischen Gesellschaft eine große Anzahl von Abhandlungen publicirt wird, welche anderweitig nicht erscheinen, seien hier die auch für den Leserkreis dieses Blattes interessanten Mittheilungen aus dem 616 Seiten starken und mit 20 Tafeln versehenen Bande kurz wiedergegeben.

Kaposi. Über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus.

Auf Grund eines außerordentlich großen Materials von im Ganzen etwa 400 Pemphigusfällen, die K. in Spital- und Privatpraxis in den letzten 35 Jahren gesehen hat, kommt er zu dem einen wesentlichen Schlusse, dass an dem, was Hebra und er über Pemphigus gelehrt haben, kaum etwas zu ändern ist. Für ihn ist diese Krankheit eine gut und scharf abgegrenzte, »ein klarer klinischer Begriff«; die Ätiologie ist uns nur sehr wenig bekannt; die verschiedenartigen Typen stellen eine und dieselbe Krankheit dar; die von Dühring aufgestellte Dermatitis herpetiformis gehört mit ihren chronischen, recidivirenden Formen zum Pemphigus, mit ihren akuten und benignen zum Erythema multiforme — K. kennt keinen Fall, in dem für ihn die Diagnose »Dermatitis herpetiformis« sich als eine Nothwendigkeit herausgestellt hätte.

Im Einzelnen führt der Redner aus, dass auch der Pemphigus vegetans nur eine »Verlaufs- und Entwicklungsvariante« des Pemphigus vulgaris ist, dass die Schleimhäute in nach keiner Richtung hin gesetzmäßiger Weise befallen werden, dass die typische Lokalisation des Erythema exsudativum (an den Handrücken) vor Verwechslungen dieses oft sehr pemphigoiden Processes mit dem Pemphigus schützen kann; dass die histologischen Verhältnisse keine strenge Differenzirung gestatten; dass der Befund der eosinophilen Zellen beim Pemphigus und bei der Dermatitis herpetiformis eher für eine Identität beider Prozesse spricht. (Diese Zellen können aber bei beiden Krankheiten unvermehrt, bei anderen Hautaffektionen stark vermehrt sein. Ref.) Die Prognose ist noch immer ungünstig genug (wohl in der Hälfte der Fälle tritt der Tod direkt in Folge des Pemphigus ein), trotzdem die Therapie im Einzelnen Fortschritte gemacht hat; auch schwere Fälle können ganz oder theilweise ausheilen; der Tod erfolgt in Folge von Erschöpfung, Amyloid, seltener durch Komplikationen von Seiten der Lunge und des Darmes. Die Annahme einer »nervösen« Ursache ist unbegründet.

O. Rosenthal. Über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus.

Ganz im Gegensatz zu Kaposi steht R. auf dem Standpunkt der Mehrzahl der modernen Autoren, dass der Begriff: »Pemphigus« ein Sammelname ist, dass er heute keine »Krankheitseinheit«, sondern nur »eine bestimmte elementare Form eines Hautausschlages« bezeichnet. Er theilt das Material ein: a. in solche Fälle, in denen irgend eine Dermatose einen pemphigoiden Charakter annimmt (Ekzem, Urticaria etc.); b. in solche, in denen die Blasen nur ein »Nebensymptom« darstellen; 1) bei Infektionskrankheiten, 2) bei Nervenverletzungen und -Entzündungen

(P. traumaticus, neuroticus etc.), 3) bei Arzneianwendung (Dermatitis bullosa toxica). Es sind ferner abzusondern: Der P. syphiliticus, leprosus, hystericus, das Erythema bullosum und der Herpes iris und circinatus (zum Erythema exsudativum gehörig), die Hydroa vacciniformis, die Epidermolysis bullosa hereditaria, die Dermatitis exfoliativa neonatorum, die Dermatitis herpetiformis (in ihren verschiedenen, speciell von Brocq abgegrenzten Formen), der Herpes gestationis, die Impetigo herpetiformis. Unter dem, was nach dieser Absonderung noch als Pemphigus übrig bleibt, ist zu unterscheiden: Der P. acutus (ein allem Anschein nach septämischer Process), der P. vulgaris (subacutus und chronicus), von dem der P. conjunctivae mit seiner Neigung zur Schrumpfung noch zu trennen ist, der P. foliaceus, der P. vegetans, endlich die — zweifellos eine vollständige Sonderstellung einnehmende — »Dermatite bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques«, eine kongenitale, sehr seltene Erkrankung. Es giebt endlich auch noch eine Anzahl von Übergangsformen zwischen den erwähnten Krankheiten unter einander und zu anderen Dermatosen.

Aus der Diskussion zur Pemphigusfrage hebe ich nur einige Äußerungen hervor:

Escherich erwähnt, dass er neben dem Pemphigus neonatorum, der übrigens keineswegs bloß in den ersten Lebenswochen vorkommt, den er für eine äußere Infektion hält, und in dessen Blasen er (wie der Ref.) nur Staphylokokken gefunden hat, die viel genannte und wenig bekannte Ritter v. Rittershainische Dermatitis exfoliativa 5mal gesehen habe; alle diese Fälle sind zum Tode gekommen, 4 davon sind mit Fieber verlaufen; diese Krankheit scheint in der That auf die Neugeborenen beschränkt zu sein. Es handelt sich weniger um Blasenbildung, als um eine eigenartige Verdickung der Epidermis mit stärkerer Faltbarkeit derselben und nachträglicher blasenähnlicher Abhebung.

Neisser tritt für die Absonderung der Dermatitis herpetiformis ein, glaubt, dass die verschiedenen Formen des Pemphigus wirklich verschiedene Krankheiten sind, möchte den Begriff »Pemphigus« gründen auf eine primäre Alteration im Epithel (im Sinne von Auspitz). Er empfiehlt endlich die Strychninbehandlung, durch die der Pemphigus in seinem Verlauf günstig beeinflusst zu werden scheint.

Kopp warnt vor Hg-Behandlung bei der leicht möglichen Verwechslung von primärem Schleimhautpemphigus mit syphilitischen Plaques.

Sachsälber stellt einen Fall von Pemphigus conjunctivae mit Schrumpfung vor.

Aus Eppinger's Untersuchungen »Zur pathologischen Anatomie des Pemphigus« ist hervorzuheben, dass er unter den Blasen keine Gefäßdilatation, im Gegentheil im Beginn Gefäßverengung und vor Allem, dass er in der Gegend der Blasen degenerative Veränderungen, Hämorrhagien und perineuritische Veränderungen um die Nerven der Haut regelmäßig gesehen hat. Im Rückenmark fand sich in 3 Fällen kalkige Infiltration der Ganglienzellen, resp. intermeningeale Hämorrhagie mit Kompression der hinteren Wurzeln, resp. kolossale Mengen von Corpora amylacea, hyaline Degeneration und Thrombose der Gefäße etc. Doch möchte er diese Befunde eben so wenig wie irgend welche anderen für die Ätiologie des Pemphigus verwerthen; er hält denselben noch am ehesten für eine Autointoxikation, die Blasen weniger für entzündliche als für nekrotische Läsionen.

Elschnig demonstrierte einen Fall und Präparate von dem von Jarisch als solches beschriebenen Haemangioendothelioma tuberosum multiplex vom Augenlid (bisher meist zu den Milien gerechnete gelbliche Knötchen) und weist nach, dass in diesem Falle die Endothelschläuche mit ihren cystischen Räumen in der That nicht, wie man früher angenommen, von den Lymph-, sondern von den Blutgefäßen ausgegangen sind.

Neumann. Über eine neue Hautaffektion.

Es handelt sich um einen sehr genau beobachteten Fall von »Creeping Eruption«: Auf der Haut eines Kindes zeigten sich gürlandenartige, 1 mm

hohe und breite Streifen, die unter dem Auge sich ausbreiteten, von Anfangs heller, später dunkler rother Farbe — das Thier, das diese »Unterminierungsarbeit« verrichtete, konnte bisher nicht gefunden werden —; der Process kam zum Abheilen, nachdem 2 thalergröÙe Stücke am Ende der Streifen excidirt waren. Welches Thier diese Erkrankung gemacht hat, kann noch nicht bestimmt werden. (Im Südosten Russlands sind solche Fälle ebenfalls beobachtet worden — v. Samson hat nach Petersen's Mittheilung in der Haut einer solchen Kranken eine Insektenlarve gefunden.)

Jarisch demonstrirt sehr schöne Präparate von sogenannten »Psorospermien« der »Darier'schen DermatoÙe« und weist nach, dass diese nur Degenerationsprodukte der Kerne sind.

Jadassohn. Zur Kenntniss der medikamentösen Dermatosen.

Der Ref. beschäftigt sich wesentlich mit der Frage nach der Bedeutung der Applikationsmethode für das Zustandekommen der medikamentösen Dermatosen. Bekanntlich sind die Dermatosen nach äußerem Gebrauch von Hg viel häufiger als die nach interner Verabreichung. Es giebt aber auch Fälle, in denen jede Verwendung von Hg eine Hautaffektion erzeugt. So sah J. in einem Falle nach grauer Salbe eine Dermatitis auftreten, nicht aber nach intra-urethraler, subkutaner und interner Medikation. In einem anderen Falle trat auf äußere Anwendung eine lokalisirte Dermatitis auf — nach deren Abheilen die interne Darreichung ein generalisirtes Erythem provocirte, von dem nur die Stellen verschont blieben, welche vorher die extern bedingte Dermatitis durchgemacht hatten. Diese erworbene lokale Immunität spricht in der That sehr für die Identität der extern und intern bedingten Hg-Dermatosen. Solche Beobachtungen haben praktisch eine große Bedeutung; denn es gelingt, wie auch Galewsky in einem in der Diskussion erwähnten Falle gezeigt hat, Pat. mit Hg-Idiosynkrasie durch interne Verabreichung des Hg an seine externe Verwendung zu gewöhnen — der erwähnte Pat. vertrug nach einiger Zeit, in der er Hg. oxydul. tann. intern bekommen hatte, auch graues Pflaster. Gewiss liegt es am nächsten anzunehmen, dass die Konzentration des mit der Haut in Berührung kommenden Hg's bei externer, resp. bei interner Applikation es bedingt, dass im ersteren Falle so oft, im letzteren nur selten, j. d. h. nur bei starker Idiosynkrasie die Hautaffektion auftritt.

Ganz anders verhält es sich beim Jodoform, dessen Eigenschaft, bei einzelnen Menschen Dermatitis hervorzurufen, diesem Präparat als solchem, nicht aber, wie sich durch Versuche erweisen ließ, seinem Jod- oder seinem CH₃-Gehalt zuzuschreiben ist (eben so wenig wie seine eigenartigen toxischen und antiseptischen Eigenschaften). 5 Pat. J.'s mit ausgesprochener Jodoformidiosynkrasie reagirten auf die externe Anwendung des Jodoforms, nicht aber auf interne oder subkutane Darreichung; ihre Schleimhäute erwiesen sich als immun, wenn die Haut vor Berührung mit dem Jodoform geschützt wurde, ja auch oberflächliche oder tiefere Wunden konnten ohne allen Schaden mit dem Pulver bestreut werden, wenn die Haut ganz frei davon blieb. Diese Thatsachen lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass in der That die Berührung der Haut mit dem unzersetzten Jodoform zur Auslösung der Dermatitis nothwendig ist; sie zeigen, wie groß die Differenzen zwischen der specifischen Empfindlichkeit der Haut und der Schleimhäute (im Munde erzeugen Brennesseln keine Urticaria) sind. In jedem Falle muss das Verhalten des Organismus gegenüber den »exanthematogen« wirkenden Stoffen besonders geprüft werden. (Es ist hier nicht der Ort, auf die theoretischen Deduktionen des Ref. einzugehen — auch die Wiedergabe des rein Thatsächlichen hat bei diesem spröden Stoff schon ungebührlich viel Raum in Anspruch genommen.)

Neisser. Über sogenannte merkurielle Exantheme.

N. macht darauf aufmerksam, dass merkurielle Exantheme bei interner und subkutaner Hg-Einverleibung und bei den gewöhnlichen Schmierkuren sehr selten sind, dass solche Dermatitis aber auffallend häufig vorkommen bei solchen Pat., welche sich wegen Phthirii selbst mit aus Apotheken oder Drogenhandlungen im

Handverkehr gekaufter grauer Salbe einreiben. Die Annahme, dass dieses Präparat im Gegensatz zu der in der Klinik verwendeten grauen Salbe häufig reizende Stoffe enthält, hat N. mit Hilfe von Bernhard Fischer als wahrscheinlich erwiesen. Denn die von den Pat. selbst gekauften Salben enthalten entweder reizende flüchtige Stoffe, speziell Terpentinöl oder Nitrobenzol oder stark saure Fettreste. Es ist also notwendig, diese schlechten Salben aus den Apotheken zu entfernen oder die volkstümliche Behandlung der Phthirii mit grauer Salbe zu bekämpfen und an ihre Stelle andere Methoden (mit Sublimatglycerin, mit Naphtholsalbe) zu setzen.

Aus der Diskussion über Arzneiexantheme möchte ich erwähnen die Bemerkungen Neisser's über erworbene Idiosynkrasie, z. B. gegen Jodoform und über Unschädlichmachung des Obstgenusses, der bei einem Mädchen immer ein Erythema bullosum hervorrief, durch gleichzeitige Einnahme von Natr. bicarbon., Galewsky's sehr interessanten Fall von Gewöhnung an Hg bei sehr starker Idiosynkrasie durch homöopathische Dosen, eine Beobachtung Touton's von erworbener Idiosynkrasie gegen Lysol.

Caspary. Zur Genese der tertiären Syphilis.

Der Redner ist im Allgemeinen ein Gegner der Fournier'schen chronisch-intermittirenden Behandlung der Syphilis. Er glaubt nicht, theils auf Grund eigener Erfahrungen, theils auf Grund einer kritischen Durcharbeitung der Fournier'schen Arbeiten, dass diese Methode sicher vor dem Tertiärismus schützt, und er glaubt nicht, dass sie unbedenklich ist; er hat gesehen, dass Hg vorübergehend oder auch für lange Zeit schadet, dass Keratitis profunda bei hereditärer Syphilis durch Inunktionen verschlechtert wird; er behandelt im Allgemeinen symptomatisch, nur bei Puellis publicis würde auch er die Fournier'sche Methode befolgen; und er verwendet sie bei schweren Recidiven und vor der Verheirathung inficirt Gewesener. Er hat endlich eine Reihe von Experimenten gemacht, um per analogiam die Schädlichkeit des Hg zu erweisen: er hat 6 von 12 Kaninchen 4 Wochen durch täglich $\frac{1}{2}$ mg Sublimat subkutan injicirt und dann alle 12 mit Tuberkulose inficirt; von den merkurialisirten Thieren sind 3 wesentlich intensiver an Tuberkulose erkrankt als die nicht merkurialisirten. Aus dieser Versuchsreihe will aber C. selbst bindende Schlüsse noch nicht ziehen.

Neisser. Über die ätiologischen Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode.

N. vertritt in 12 Thesen und in einem sich daran schließenden Vortrag im Wesentlichen den Fournier'schen Standpunkt, dass das wichtigste für den Tertiärismus prädisponirende Moment eine fehlende oder unzureichende Hg-Behandlung in der Frühperiode sei. Unter einer guten Behandlung versteht er eine solche, welche mindestens bei den ersten Allgemeinerscheinungen beginnt, bei welchen die erste Kur besonders energisch ist, und welche mit abwechselnd energischen und mildernden Kuren etwa bis ins 4. Jahr fortgesetzt wird (etwa 7 bis 8 Kuren). Vernünftig geleitete solche Kuren sind absolut unschädlich; das Jodkalium hat keine die Syphilisinfection selbst angreifende Wirkung. Die Statistiken über die Vorbehandlung tertiär-syphilitischer Erkrankter machen die Annahme, dass die mangelnde Hg-Behandlung die Ursache des Tertiärwerdens sei, zum mindesten sehr wahrscheinlich. Die tertiären Recidive an Stellen, die primär oder sekundär erkrankt waren, machen eine lokale Behandlung der Frühererscheinungen zur Pflicht; diese lokale Behandlung ist auch bei der Lymphadenitis von Bedeutung. »Ob sehr zeitiges Auftreten von tertiären Symptomen auch zeitiges Nachlassen von Infektiosität und Vererbungsfähigkeit bedeutet, ist unentschieden.« »Die maligne Syphilis ist nicht zu den tertiären Syphilisformen zu rechnen.«

Aus den einzelnen Ausführungen N.'s ist noch hervorzuheben, dass er bei einer Fortführung der Statistik über die Tertiärsyphilitischen die bisherigen Resultate bestätigt gefunden hat, dass er für energische Hg-Kuren (nicht interne Behandlung) eintritt, dass er speziell gegen die Bezeichnung und Behandlung

früher visceraler (besonders nervöser) Symptome als Tertiarius praecox Front macht, diese vielmehr als sekundäre Erscheinungen angesehen wissen will.

Jadassohn. Zur allgemeinen Pathologie und Statistik der tertiären Syphilis.

J. macht darauf aufmerksam, dass aus vielen — hier im Einzelnen nicht aufzuführenden — Gründen die zur Zeit beste Erklärung für die Differenzen zwischen Früh- und Spätsymptomen die Annahme sei, dass in den letzteren — in Analogie zum Lupus — die Zahl der Syphilismikroorganismen eine minimale sei; dadurch würde vor Allem die Nichtinfektiosität der tertiären Lues erklärt, zugleich aber würden Ausnahmen von diesem Gesetze wohl verständlich gemacht.

J. giebt dann einen Überblick über die von ihm und Raff aufgestellte Statistik über die Abhängigkeit des Auftretens der tertiären Lues von der Quantität der Hg-Behandlung bei nicht retrospektiv zusammengestelltem Material (ist inzwischen von Raff ausführlich publicirt und im Centralblatt referirt worden).

Aus der Diskussion ist hervorzuheben, dass sich die Herren Pick, Jarisch, Havas, Petersen, Mraček, Kaposi gegen die Fournier'sche Behandlung aus den verschiedensten Motiven aussprachen, während Finger, Petrini, Touton, Philippson für dieselbe eintraten. Schwimmer betonte die Nothwendigkeit der präventiven Hg-Behandlung (vor Eintritt der Allgemeinerscheinungen), C. Herxheimer die Möglichkeit, mit großen Jodkalidosen auch Frühererscheinungen der Syphilis günstig zu beeinflussen.

Perićić. Erfahrungen über die Syphilis nach Beobachtungen bei der Landbevölkerung in Dalmatien.

Aus den Mittheilungen des Redners ergibt sich, dass die Syphilis in Dalmatien — deren tertiäre Formen bekanntlich unter dem Namen »Sklerlievo« eine besondere Rolle gespielt haben — keineswegs besonders verbreitet ist, dass ihre Formen sich von denen in anderen Gegenden nicht unterscheiden, und dass speciell Tabes und Paralyse unter den Bauern Dalmatiens sehr selten sind.

Glück. Über die Behandlung der Syphilis mit hochdosirten intramuskulären Sublimateinspritzungen.

Die von Lassar und v. Lukasiewicz empfohlenen Injektionen von 5%iger Sublimatlösung haben G. bei schweren Fällen von sekundärer Syphilis sehr gute Dienste geleistet; er hat zuerst bei jedem Pat. schwächere, dann erst allmählich die starken Lösungen benutzt, überhaupt möglichst individualisirt, und unangenehme Folgeerscheinungen nicht beobachtet. (Ref. kann die günstigen Wirkungen dieser Methode bestätigen, doch schienen ihm Recidive nach solchen Kuren besonders schnell und häufig aufzutreten.)

Justus. Über die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht auf ihre diagnostische und therapeutische Bedeutung.

(Ist in Virchow's Archiv publicirt.)

Schwimmer. Über einige seltenere Erkrankungen der Zunge.

Die großen diagnostischen Schwierigkeiten der Zungenaffektionen rechtfertigen die zahlreichen kasuistischen Mittheilungen. Nach einigen allgemeineren Bemerkungen über die Differentialdiagnose maligner Tumoren undluetischer Affektionen (mit besonderer Betonung der Nothwendigkeit der Diagnose »ex juvenibus«) und über die idiopathische Leukoplakie theilt S. folgende Fälle (mit Illustrationen) mit:

1) Einen Fall von *Lymphangioma circumscriptum linguae* bei einem 12jährigen Knaben: starke, wulstige Schwellung der vorderen Zungenpartie mit vielen kleinen Knötchen (histologisch als Lymphangiom erkannt). 2) *Erythema* und *Herpes linguae* — zugleich mit *Herpes facialis*. 3) *Pemphigus linguae* — bei malignem Pemphigus der Haut — mit außergewöhnlich schön ausgebildeten Blasen auf der Zunge. 4) *Argyrosis linguae* — nach mehrjährigem Gebrauch von Lapis zur Behandlung plaqueverdächtiger Stellen an den Lippen zugleich mit

leichter Argyrie des Gesichts. 5) Einen besonders hochgradigen Fall von ulceröser Stomatitis mercurialis.

Die Mittheilungen von Finger: Endocarditis gonorrhoeica und Prostatitis follicularis und Schäffer: Demonstration von Gonokokkenkulturen auf verschiedenen Nährböden sind oder werden anderweitig publicirt.

Ullmann. Über einen seltenen Fall von multiplen syphilitischen Gummata der Haut und der Nasenschleimhaut (mit Abbildungen).

Bei einer 56jährigen Frau entwickelten sich multiple diffuse Schwellungen aus kleinen subkutanen Knoten, die nach längerer Zeit erweichten und durch kleine Fisteln eiterähnliche Flüssigkeit entleerten. Trotz des eigenartigen klinischen Bildes ergab die histologische Untersuchung ein durch die Gefäßveränderungen auf Syphilis sehr verdächtiges Bild; Bakterien wurden nicht gefunden; Jodkalium führte zur Heilung.

Veiel. Über Airol (Wismuthoxyjodidgallat).

Airol hat dem Redner bei Ulcera cruris, beim Clavus incarnatus, bei frischen Wunden, Erosionen, Pemphigusblasen, eiternden Wunden, lange bestehenden Schrunden, Lupusgeschwüren, Ulcera dura und mollia, Stomatitis mercurialis ulcerosa gute Erfolge ergeben; in vielen Fällen ist es dem Jodoform vorzuziehen.

Schäffer. Über eine neue Bakterienfärbung und ihre specielle Verwerthung bei Gonokokken.

Die Vorschrift lautet: Färbung der dünnen Ausstrichpräparate mit Karbol-fuchsin (Fuchsin 0,1, Alkohol 20,0, 5%iges Karbolwasser 200,0) 5—10 Sekunden lang, Abspülung, Nachfärbung mit einer hellblauen Äthylendiamin-Methylenblaulösung (2—3 Tropfen 10%iger konzentrierter wässriger Methylenblaulösung auf ca. 10 ccm 1%iges Äthylendiamin) ca. 40 Sekunden lang, Wasser, Trocknung. Die Gonokokken (u. a. sich tinktoriell gleich verhaltende Mikroorganismen) sind dann schwarzblau, die Kerne hellblau, das Protoplasma hellroth. Die tiefe Färbung der Bakterien erleichtert ihre Konstatirung; differentialdiagnostisch hat die Methode keine Bedeutung.

Petrini. Note sur un cas de lupus vulgaire épithéliomateux avec des bourgeons alvéolaires colloïdes du nez.

Der Fall, den der Vortr. ausführlich beschreibt, ist ein bei einer 30jährigen Frau aufgetretener Lupus tumidus, bei dessen histologischer Untersuchung sich neben colloïden Massen eine epitheliomatöse Wucherung fand. (Ob es berechtigt ist, diese Beobachtung als Kombination von Lupus und Epitheliom aufzufassen, ob es sich nicht bloß um starke atypische Epithelwucherung handelte, bleibt zweifelhaft. Ref.)

Jarisch. Demonstration eines Falles von Colloidoma ulcerosum.

Eine sehr eigenartige Affektion am Ohr, die mit der Bildung kleiner honigartiger Knötchen begann, zu oberflächlicher Ulceration führte und im Ganzen serpiginös sich ausbreitete, wurde auf Grund der histologischen Untersuchung von J. als Colloidmilium mit dem außergewöhnlichen Ausgang in Ulceration diagnosticiert. (In der Diskussion warf Neisser, welcher die Deutung des histologischen Befundes nicht angriff, die Frage auf, ob nicht doch Lues im Spiele sei — der klinische Befund erinnere so sehr an ein tubero-serpiginöses Syphilid, dass die Diagnose ex juvantibus zu Hilfe genommen werden sollte.)

Petrini. Note sur un cas de Colloid-Milium au cours d'un hydroa récidivant.

P. hat nach einer vesikulösen Erkrankung, die er als Hydroa bezeichnet (der erste Schub derselben macht am ehesten den Eindruck einer Impetigo contagiosa; die 2. Attacke könnte ein impetiginöses Ekzem gewesen sein), Milien beobachtet,

deren mikroskopische Untersuchung wesentlich eine cystische Dilatation mit hyaliner Entartung in den peripheren Theilen der Follikel und Knötchen von embryonalen Zellen ergab; in einem zum Vergleich untersuchten Fall von Milium bei Acne fand P. neben einer Hypertrophie der Talgdrüsen eine geringe colloide Degeneration des Bindegewebes. (Der 1. Fall gehört wohl sicher nicht zu dem Begriff des »Colloidmiliums«, das jetzt allgemein als eine colloide Cutisdegeneration aufgefasst wird; er ist ein Beispiel der Milien nach Blaseneruptionen, wie sie gelegentlich des Referats über die Arbeit Behrend's [cf. dieses Centralblatt] erwähnt und vom Ref. auch nach Impetigo contagiosa beobachtet worden sind; auch der 2. Fall ist zum mindesten kein typisches Colloidmilium.)

Jarisch's Fall zur Diagnose — mit lividen Knoten an Fingern, Füßen, Nase, Wange, Ohren etc. und diffuser Schwellung der Hände — der klinisch am ehesten dem »idiopathischen multiplen Pigmentsarkom« gleich, zeigte histologisch einen dem Lupus ähnlichen Bau und wurde von den Rednern der Diskussion theils für Lupus erythematoses, theils für die als »Lupus pernio« abgesonderte Form des Lupus tuberculosis gehalten.

Jarisch. Demonstration eines Falles von »Summereruption«.

Diese sehr eigenartige Erkrankung war bei dem jetzt 33jährigen Pat. im 10. Lebensjahre aufgetreten und war in ganz charakteristischer Weise immer im Winter zum Stillstand gekommen, um im Frühjahr, speciell unter dem Einfluss der Sonne, zu diffuser Entzündung, weißen Knoten, Blasen, Pusteln und kraterförmigen Narben zu führen. Die Hände waren nur wenig, vorzugsweise waren die Ohrmuscheln befallen, die durch die Krankheit eigenthümlich geschrumpft, wie abgegriffen aussahen. Die Affektion entspricht der von Bazin als Hydroa vaccini-forme beschriebenen.

Jarisch's Fall von Hidrocystoma.

Unter nervösen Störungen und vermehrter Schweißsekretion traten in sehr häufigen Anfällen im Gesicht einer 58jährigen Frau hirsekorngroße, blau transparente, nicht entzündliche, eine dünne, sauer reagierende, helle Flüssigkeit enthaltende Efflorescenzen auf, die nach 2—3 Tagen wieder spurlos verschwanden. Histologisch stellten sich diese Gebilde als Cysten im unteren Theil des Coriums dar, deren Zusammenhang mit den Schweißdrüsengängen zwar nicht sicher konstatiert werden konnte, aber kaum zu bezweifeln ist; die Affektion entspricht der Dysidrosis chronica faciei Rosenthal's; ihre Pathogenese ist noch sehr unklar.

Jarisch's Fall von multiplen Myomen ist ausgezeichnet durch die große Zahl der theils isolirten, theils mehr flächenhaft ausgebreiteten, histologisch typischen Myome im Gesicht eines Kretins — der Ausgangspunkt der Tumoren ließ sich nicht eruiere; sie bestanden seit der Kindheit und waren anfallsweise schmerzhaft.

Petersen. Über Trichorrhexis nodosa.

P. kommt auf Grund klinischer Beobachtungen und der Untersuchungen von Essen's (in diesem Centralblatt referirt) zu dem Resultat, dass die Trichorrhexis nodosa sehr häufig ist, besonders an lange nicht beschnittenen Haaren, und auf einer ungenügenden Ernährung der peripherischen Haartheile beruht, die unter Anderem auch durch verschiedene Mikroorganismen bewirkt werden kann.

In der Diskussion bestätigt Spiegler die Resultate Hodara's, der einen bestimmten Bacillus der Trichorrhexis gefunden hat, und betont die Schwierigkeit der Therapie, weil die Pilze auch im subepidermoidalen Theile der Haare sitzen. Veiel und der Ref. haben mit wässriger Pyrogalluslösung, resp. mit Pyrogallussalbe günstige Erfolge erzielt.

Krösing. Weitere Studien über Trichophytonpilze.

(Wird aus der ausführlichen Arbeit im Archiv für Dermatologie und Syphilis referirt werden.)

Ullmann. Über Trichophytie.

U. hat bei Herpes tonsurans maculosus sichere Pilzelemente nicht gefunden, wendet sich gegen die Auffassung dieser Erkrankung als eines Allgemeinleidens,

hält sie aber für identisch mit der Pityriasis rosea; er sah sie häufig kombinirt mit schon länger bestehenden mykotischen Hautleiden. Aus dem von ihm untersuchten Material von wirklichen Trichophytien hat der Votr. 3 morphologisch verschiedene Pilzgattungen gesüchtet, über die im Original nachgelesen werden muss; bei Thierversuchen ergaben diese verschiedenen Arten identische Krankheitsbilder.

Walsch. Mykologische Beiträge.

(Sind im Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV Hft. 1 ausführlich publicirt und im Centralblatt referirt.)

Touton. Über »Neurodermitis« circumscripta chronica (Brocq) — Lichen simplex chronicus circumscriptus (Casenave-Vidal). — Ein Fall von »Neurodermitis« linearis chronica (verrucosa).

Die ausführliche Arbeit T.'s über die Neurodermitis ist im Centralblatt referirt. Beim Kongress theilte er noch einen sehr interessanten Fall mit, den er zu den primär nervösen, sekundär durch Kratzen als Hauterkrankung sich manifestirenden Dermatosen zählt. Bei einem 16jährigen Mädchen heftige Juckanfalle am Malleolus internus; erst nach einem Jahre rauhe graurothe Knötchen, die sich allmählich unter intensivstem Jucken und Kratzen am Bein entlang ausbreiten, und zwar in der Voigt'schen »inneren Grenzlinie« der unteren Extremität; mikroskopisch Verlängerung der Papillen, Verdickung der Hornschicht, geringe Rundzellinfiltration, Verdickung der Blutgefäßwände. (Der Ref. hat diesen Fall als einen tardiven Naevus mit prodromalem Jucken auffassen zu müssen geglaubt — die Diskussion hierüber liegt dem Interessenkreise dieses Blattes wohl zu fern. Der Fall T.'s ist jedenfalls von höchstem allgemein-pathologischen Interesse.)

Schäffer. Über Desinfektionsversuche an Gonokokken.

(Ist in den »Fortschritten für Medicin« publicirt.)

Ledermann. Zur Histologie der Dermatitis papillaris capillitis.

Isaac. Über den Werth der Salbenbehandlung bei der chronischen Gonorrhoe.

(Sind in der Festschrift für G. Lewin publicirt.)

Dreysel. Pigment und osmirbare Substanzen in der menschlichen Haut.

(Hat rein histologisches Interesse.)

Jadassohn. Sind die Verrucae vulgares übertragbar?

Da der Volksglaube, dass die gewöhnlichen Warzen ansteckend sind, von den Einen als ganz unbegründet angesehen, von den Anderen aber aus klinischen Gründen getheilt wird, hat der Ref. zunächst auf Grund einiger klinischer Beobachtungen (plötzliche Ausbreitung von Warzen über den Rumpf bei juckenden Dermatosen) und einer bei sich selbst beobachteten Infektion — die als solche aufgefasst werden musste — die Übertragbarkeit der Warzen experimentell geprüft und hat bei 74 Inokulationen auf die Hände von 6 verschiedenen Personen 35 positive Resultate nach intraepidermoidaler Inokulation minimalster Warzenstückchen (von 4 verschiedenen Fällen) erzielt; die bisherigen Impfversuche waren — von 2 im letzten Jahre publicirten abgesehen — immer negativ ausgefallen. Inokulationen an den Armen ergaben kein Resultat. Besonders interessant ist die sehr lange Inkubationszeit (von 6 Wochen bis zu 8 Monaten!); eine besondere individuelle Disposition schien nicht notwendig zu sein, aber doch eine Rolle zu spielen. Die Frage, ob die bekannten planen von den papillomatösen Warzen verschieden sind, konnte noch nicht mit Sicherheit entschieden werden. Mikroparasitäre Elemente von irgend welcher Bedeutung hat Ref. nicht gefunden (auch die Kühnemannschen Bacillen nicht). Die Übertragbarkeit der Warzen — und damit wohl auch ihre infektiöse Natur — ist jetzt aber eben so entschieden, wie die des Molluscum contagiosum — »banale Reize« spielen bei ihrem Zustandekommen höchstens eine prädisponirende Rolle.

Buschke. Über die Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen.

Der Vortr. hat zuerst die Finger'sche Angabe, dass man mit beliebigen eitrigen Sekreten *Ulcerata mollia* erzeugen könne, mit Impfung von Reinkulturen pyogener Mikroorganismen und von Sekreten mit und ohne Antisepsis nachgeprüft — immer mit negativem Resultat; er hat bei allen typischen *Ulcerata mollia* die bekannten *Ducrey'schen Bacillen* gefunden, bei den Inokulationsulcera, die regelmäßig in charakteristischer Weise angingen, bald oder später in Reinkultur; auch B. kommt also zu dem Schluss, dass sie die Erreger des *Ulceris molle* sind. Es giebt jedoch, wie er in 2 Fällen konstatiren konnte, dem *Ulceris molle* außerordentlich ähnliche Processe, welche sich aber »durch die mangelnde Inokulationsfähigkeit und die mangelnde Neigung zur Progredienz« von ihm unterscheiden (*«Ulcerus genitale simplex»*); bei ihrer Diagnose ist, da die mikroskopische Differenzirung des *Ducrey'schen Bacillus* noch keine sichere ist, da Kultur- und Thierversuche auch B. misslungen sind, die Autoinokulation — leider! — noch nicht zu entbehren.

Bei seinen Untersuchungen über Schankerbubonen hat B. in 45 Fällen nie die gewöhnlichen Eitererreger gefunden. Er hält den Schankerbubo mehr für einen nekrotisirenden Process im Gegensatz zur gewöhnlichen Lymphdrüsenphlegmone. Wie vom eröffneten Furunkel, so kommen auch von dem offenen *Ulceris molle* aus pyogene Mikroorganismen im Allgemeinen nicht in die Lymphbahnen, wohl aber die spezifischen nekrotisirenden *Ulceris molle*-Bakterien, wie die des Milzbrand etc.).

Unter 44 Bubonen hat B. 10 virulente gefunden; er erklärt diese auffallend große Zahl damit, dass er bei der Eröffnung zwar streng aseptisch, aber gar nicht antiseptisch vorgegangen ist. Aus den im Einzelnen wiedergegebenen Krankengeschichten und Versuchen ergibt sich, dass der virulente Bubo und Bubonulus ohne jede Mitwirkung der gewöhnlichen Eitererreger durch die Einwanderung der *Ducrey'schen Bacillen* zu Stande kommt, dass die Umwandlung der Perforations- resp. Incisionswunde in ein Schankergeschwür ebenfalls ohne andere Bakterien durch die vor Eröffnung im Bubo vorhandenen *Ducrey'schen Bacillen* bedingt wird, dass das verspätete Schankröschen auf der Abschwächung dieser *Bacillen* — durch Stagniren im Eiter oder durch Antiseptica — beruht.

Bei der Untersuchung von nicht virulenten Bubonen hat B. ebenfalls nie die gewöhnlichen Eitererreger, dagegen 3mal inokulable *Ducrey'sche Bacillen* in Bubonen, die ohne Eröffnung zurückgingen, 1mal in einem solchen, der trotz Eröffnung nicht schankrös wurde, 1mal nicht inokulable, aber den *Ducrey'schen* gleichende *Bacillen*, 1mal zuerst virulente *Bacillen*, dann nach weiterer Vereiterung der Drüsen keine mehr gefunden. Aus diesem Material zieht der Vortr. den Wahrscheinlichkeitsschluss, dass auch der avirulente Bubo durch das Eindringen des spezifischen Virus in die Lymphdrüsen bedingt wird, und dass die verschiedenen klinischen Bilder der Bubonen »auf die Veränderung der Virulenz zurückgeführt werden können, welche die *Ulceris molle*-*Bacillen* unter dem Einfluss ungünstiger Lebensbedingungen in den Drüsen erleiden«.

Rille. Zur Ätiologie der Bubonen.

Auch R. hat im nichtvirulenten Buboeiter nie, im überimpfbaren immer die *Ducrey'schen Bacillen* gefunden; im nichtvirulenten fand er tinktoriell nie Mikroorganismen, kulturell (als zufällige Verunreinigungen?) *Staphylokokken*; vor der Eröffnung kann auch er ein differentialdiagnostisch verwertbares Untersuchungsmerkmal zwischen virulentem und avirulentem Bubo nicht angeben.

In der Diskussion theilte Raff denen Buschke's ungefähr analoge Befunde mit; Finger betonte den Standpunkt der Wiener Schule, dass das *Ulceris molle* für diese ein weiterer Begriff sei — für das typische *Ulceris molle* der Franzosen gebe er die spezifische Natur und den *Ducrey'schen Bacillus* als Erreger zu. (Damit ist dieser Streit wohl als beigelegt anzusehen.)

Rille. Über einen durch Jodkalium geheilten Fall von Hautaktinomykose.

Bei einer sehr ausgebreiteten, durch die mikroskopische Untersuchung als

solche erwiesenen Hautaktinomykose mit eigenthümlich bogenförmig angeordneten, hellrothen, teigigen, bis flachhandgroßen, nirgends perforirten Erweichungsherden brachte Jodkali in steigender Dosis von 2—12 g pro die (im Ganzen 318 g) eine fast vollständige Heilung. Nach einigen Monaten stellte sich ein leichtes Recidiv ein.

Galewsky. Zur Therapie der Alopecia areata.

Der Votr. hat bei einem seit 2 Jahren an totaler Alopecia des ganzen Körpers leidenden Pat. durch die von Leistikow empfohlene Chrysarobinbehandlung (2—3mal wöchentlich, weiterhin täglich Bepinselung mit dem 33%igen Chrysarobinsalbenstift) einen sehr günstigen Erfolg erzielt; nach 10 Wochen wuchsen die Haare ziemlich kräftig — die Behandlung war erst nur auf einer Seite begonnen worden und der Erfolg daher zunächst nur auf dieser vorhanden. Über die Dauer desselben vermag G. noch nichts anzugeben; doch betont er mit Recht, dass diese Heilung in jedem Falle für die parasitäre Natur auch der Alopecia areata universalis spricht.

Mraček. Syphilis des Ösophagus.

M. berichtet im Anschluss an eine kurze Litteraturübersicht über 2 Fälle von tertiärer Lues des Ösophagus, von denen der erste nicht bis zu Ende beobachtet werden konnte — im zweiten handelte es sich um eine maligne Lues, die 6 Jahre nach der Infektion, und nachdem schon tiefe Zerstörungen im Kehlkopf eingetreten waren, zu sehr starken Schlingbeschwerden Anlass gab — der Kranke starb an Inanition und disseminirter Tuberkulose. Im Ösophagus fand sich unter dem Ringknorpel eine durch die narbige Schrumpfung der Pharynxschleimhaut erzeugte Falte, welche dem Schlucken von Flüssigkeiten größere Schwierigkeiten entgensetzte als dem von festen Bissen, da sie durch die ersteren ausgebaucht werden musste.

Westberg. Beitrag zur Lehre vom Pemphigus.

Unter 8 benignen Fällen von Pemphigus (in der Form des P. vulgaris) (Material der Neisser'schen Klinik und Privatpraxis) war die Schleimhaut 7mal frei, 1mal wenig befallen; 3 Fälle hatten akuten, 5 chronischen Verlauf. Unter 15 malignen Fällen (10 P. vulg., 4 P. vegetans, 1 P. foliaceus) war die Schleimhaut primär erkrankt 6mal, früh erkrankt 5mal, spät 1mal, gar nicht 1mal; 5 Fälle waren akut, 10 chronisch, 5 nicht sicher als maligne oder benigne zu bezeichnen (4 P. vulg., 1 P. foliac.), primäre Schleimhauterkrankung bei 3 Fällen. Aus diesem Material ergibt sich, dass man mit Neisser bei Pemphigus am besten 2 Hauptgruppen unterscheidet, den P. benignus und malignus, und dass für den letzteren charakteristisch ist: zeitige, oft primäre Erkrankung der Schleimhaut und morphologische Abweichungen im Bilde des Pemphigus nach der Richtung des P. foliaceus und vegetans. Auffallend ist die große Zahl der semitischen Pemphiguspatienten. In dem Rückenmark von 2 an Pemphigus Verstorbenen fand W. nur recht geringfügige Veränderungen, wie sie sich auch bei vielen anderen schweren Erkrankungen finden; eine spezifische Bedeutung für den Pemphigus schreibt er ihnen nicht zu.

Jadassohn (Bern).

20) P. Nogués. De l'échec des lavages de formol dans le traitement des uréthrites à gonocoques.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1896. No. 9.)

Die antiseptischen Eigenschaften des Formols äußern sich am stärksten bei seiner Anwendung in Dampfform; die wässrigen Lösungen sind bedeutend weniger antiseptisch. Leider können aber bei der Therapie der Harnorgane nur die letzteren Anwendung finden.

Verf. hat in 7 auch bakteriologisch sichergestellten Fällen von Gonorrhoe Auswaschungen der Harnröhre mit wässrigen Formollösungen 1 : 4000—1 : 500 vorgenommen, aber in keinem Falle irgend einen Erfolg erzielt. Dieser Misserfolg, der übrigens auch von anderen Seiten Bestätigung erfahren hat, wiegt um so

schwerer, als Verf. nur ausgewählt »gute Fälle« dieser Behandlung unterworfen hat, d. h. solche, in denen das entzündliche, schmerzhaft Stadium bereits vorüber war.

P. Wagner (Leipzig).

21) **Lazarus.** Posticuslähmung bei Gonorrhoe.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Bei einem 32jährigen Manne trat im Verlauf einer akuten Gonorrhoe heftige Athemnoth auf, welche die Tracheotomie erforderte. Verursacht war sie durch Medianfixation beider Stimmbänder. Verf. hält diese für den Ausdruck einer Lähmung der Glottiserweiterer in Folge von gonorrhöischer Neuritis des N. laryngeus inferior.

Teichmann (Berlin).

22) **V. Griffon.** Arthrites suppurées à gonocoques chez un nouveau-né.

(Presse méd. 1896. No. 15.)

Im Anschluss an eine während der Geburt erworbene schwere eitrige doppel-seitige Conjunctivitis hatte sich eine eitrige Entzündung des rechten Hüft- und Handgelenkes entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung des Gelenkeiters ergab die Anwesenheit von Gonokokken.

König (Wiesbaden).

23) **E. Gebert.** Über eine Familienepidemie von extragenitaler Syphilis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 41.)

Die interessante Krankengeschichte, welche auf die Angehörigen von 3 Familien ausgedehnt werden konnte, zeigt, dass es sich in 7 Fällen um eine Ansteckung mit Syphilis auf extragenitalem Wege, und zwar 6mal durch den Mund und 1mal durch die Brustwarze handelte. Die Quelle der Infektion war ein 19-jähriges Mädchen, welches von seinem Verlobten genital inficirt worden war und zeitweise an »schlimmem Mund« litt. Die Untersuchung ihrer Geschwister im Alter von 8, 10 und 13 Jahren und ihrer noch nicht deflorirten 15jährigen Schwester ergab, dass diese per os syphilitisch inficirt waren. Wenn hier auch keine Reste eines Primäraffektes nachzuweisen waren, so war an der Infektion vom Munde aus um so weniger zu zweifeln, als nur die Mund- und Unterkieferdrüsen geschwollen erschienen. Ein zeitweise dieser Familie zur Pflege anvertrauter Säugling übertrug weiter die erworbene Lues per mamillam auf seine Mutter. Schließlich wurde noch ein 1½jähriges Kind, das gleichfalls der früher genannten Familie, in welcher nur ein Papploffel und ein Gummipfropfen verwendet wurde, zur temporären Obhut übergeben wurde, durch den Mund luetisch angesteckt. Ob jedoch damit die Zahl der Infektionen von der genannten Quelle aus erschöpft waren, entzog sich natürlich G.'s Nachforschungen. Derartige Epidemien kommen bei uns selten zur Beobachtung (Köbner und Krelling erwähnen 2 Familienepidemien in Deutschland, Fournier beschreibt eine in Frankreich); anders in Russland und Finnland, überhaupt bei Völkern von niedriger Intelligenz und Kulturstufe, wo die Syphilis namentlich auf dem Lande zum größten Theil auf extragenitalem Wege übertragen wird. Das Vorkommen derartiger Epidemien erklärt G. weiter durch die Unkenntnis der Erkrankung von Seiten der Pat., welche unbemerkt bei dem Einzelnen verläuft, unterdessen auf Andere übergeht. Sind die Wohnungsverhältnisse, unter denen ein solcher Kranker lebt, beschränkte, wohnen viele Personen gedrängt in kleinen Räumen, lässt die Sauberkeit bei der Zubereitung und der nöthigen Geräthe bei der Einnahme der Mahlzeiten viel zu wünschen übrig, so ist eine Verbreitung der Syphilis unumgänglich und sie wird zur Familienkrankheit. Auch spielt das Säugen der Kinder, das Küssen und Pappeln derselben, das Spielen unter einander hierbei eine große Rolle.

Zur Vermeidung solcher epidemischer Ausbreitung der Lues ist es, neben möglichster Verallgemeinerung und Befolgung der hygienischen Forderungen, dringend nöthig, das Publikum über das Wesen der Krankheit aufzuklären, damit es einsehen lerne, dass Lues auch auf extragenitalem Wege übertragbar ist; dann wird

die Syphilis auch aufhören, eine geheime Krankheit zu sein. Gründliche Ausbildung der Ärzte in der Dermatologie würde mit dazu beitragen, derartige Epidemien ganz zu verhüten.

Gold (Bielitz).

24) J. B. Herriek. Polymyositis acuta, with report of a case presumably of syphilitic origin (myositis syphilitica).

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. April.)

Der Fall, welcher H. Veranlassung bot zur Besprechung der Polymyositis acuta, ist kurz folgender: Bei einem 24jährigen syphilitischen Mädchen entwickelte sich plötzlich im Supinator longus eine empfindliche Schwellung; 2 Tage später wurden in ähnlicher Weise die rechten Wadenmuskeln, 3 Wochen später die linken, aber in mehr diffuser Weise, befallen. Schwellung, Schmerz, bretthähnliche Härte. Reflexe leicht erhöht; allgemeine Drüsenschwellung; keine Eruption, keine profusen Schweiße. In der Anamnese nichts von Verletzung oder Infektion außer Syphilis.

Die Untersuchung eines dem linken Gastrocnemius entnommenen Muskelstückchens ergab eine diffuse hämorrhagische Entzündung; keine Parasiten. Die einzige Therapie bestand in Einreibung mit Jodsalbe. Es trat erhebliche Besserung ein.

H. stellt am Ende seiner Besprechung folgende Schlusssätze auf:

1) Es giebt ein bestimmtes Krankheitsbild, bei welchem primär einige Muskelgruppen des Körpers befallen sind, das als Polymyositis acuta, Pseudotrichinosis oder Dermatomyositis beschrieben ist.

2) Entzündliche Schwellung der Muskeln, Exanthem, Milzschwellung, Ergriffensein der Schluck- und Athemmuskeln, Tod charakterisiren das Krankheitsbild in den typischsten Fällen.

3) Atypische und milder verlaufende Fälle sprechen dafür, dass entweder die Krankheit unter Umständen einen leichteren Verlauf nimmt, oder dass ätiologisch verschiedene Formen mit einander vermengt werden.

4) Trichinosis und Polyneuritis müssen immer ausgeschlossen werden.

5) Syphilis, welche ebenfalls viele Muskeln befällt, ähnlich wie die akute Polymyositis, muss ausgeschlossen werden.

6) Die Ätiologie ist noch unbekannt.

7) Drei Möglichkeiten sind denkbar: a. dass es sich um einen spezifischen Mikroorganismus, b. dass es sich um ein Toxin, c. um einen thierischen Parasiten (Gregarine) handelt.

8) In zweifelhaften Fällen sollte ein excidirtes Muskelstückchen nicht nur auf Trichinen und Bakterien, sondern, nach Specialmethoden, auch auf Protozoen untersucht werden.

9) Die syphilitische Myositis tritt auf als gummöse, diffuse und kombinierte Form.

10) Die diffuse syphilitische Myositis ist eine Späterkrankung; sie tritt ohne bestimmte Ursache auf, bevorzugt nicht bestimmte Muskelgruppen, kann der akuten Polymyositis ähnlich sein.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

25) Steiner. Zwei Fälle von Pigmentsarkom der Haut. (Aus der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde in Berlin. Prof. Israël.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 33.)

Ein 50jähriger und ein 72jähriger Mann wiesen diese seltene, zuerst von Kaposi beschriebene Krankheit auf. Befallen waren die Extremitäten, besonders Fuß, Unterschenkel und Hand. Während die Haut theilweise brettartig sklerotisch verdickt ist, befinden sich auf derselben papilläre Efflorescenzen kleineren und größeren Kalibers von blauröthlicher Farbe, mehrfach kompressibel und empfind-

lich. In dem einen Falle erreichten die kleinen Geschwülste sogar Apfelsinengröße. Auch die Umgebung der Geschwülste war vielfach ödematös und bläueröthlich verfärbt. Überzogen sind die Prominenzen mit verdünnter Epidermis. Das mikroskopische Präparat einer kleinen, kaum mit dem Auge erkennbaren Geschwulst zeigte kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefäße, einhergehend mit Gefäßneubildung und Hämorrhagien in das benachbarte Gewebe; der Process spielte sich hauptsächlich in den untersten Partien der Cutis ab; auch folgten die Infiltrationen offenbar den Lymphgefäßen.

Es hat sich bis jetzt in allen beobachteten Fällen mit einer einzigen Ausnahme stets um Personen gehandelt, welche bereits das 40. Lebensjahr überschritten hatten.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

26) **C. Rasch.** Ein Fall von Papillomatosis cutanea et vesicalis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXVI. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat in einem Fall von Blasenpapillomen an der Haut eine große Anzahl seniler Warzen und fibromatöse, papillomatöse und teleangiektatische Naevi (daneben auch gestielte papillomatöse Adenofibrome im Darm) gefunden. Er ist auf Grund dieses Befundes — zumal die histologische Untersuchung der Haut- und der Blasengeschwülste sehr analoge Bilder ergab — geneigt, die Blasenpapillome als »innere Naevi«, wie solche ja auch an anderen Schleimhäuten auftreten, aufzufassen und sie im Sinne der Cohnheim'schen Geschwulsttheorie auf spät entwickelte kongenitale Geschwulstkeime zurückzuführen. (Doch liegt bei der Häufigkeit von Hautgeschwülsten, wie es die beschriebenen waren, natürlich die Möglichkeit einer zufälligen Koincidenz sehr nahe. Ref.)

Jadassohn (Bern).

27) **C. Andry.** Allgemeine Tuberkulose und Elephantiasis-Dermatitis ekzematösen (seborrhoischen) Ursprungs.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. No. 9.)

Elephantiasis des Unterschenkels auf Grundlage eines sehr chronischen Ekzems, einige kalte Abscesse an anderen Körperstellen, eine beginnende Lungentuberkulose — das sind die neuen thatsächlichen Unterlagen für den Satz, dass bei Individuen mit schweren Hautleiden nicht tuberkulöser Natur eine allgemeine Tuberkulose zum Ausbruch kommen kann, dass diese von ersterer aber nur in so fern abhängig ist, als jene ihr den Boden vorbereitet — von allgemeinen Dermatosen haben wir das in einem gewissen Umfang immer vorausgesetzt; von lokalisirten ist es auch nach der Publikation des oben wiedergegebenen Falles sehr zweifelhaft.

Jadassohn (Bern).

28) **J. C. Kellogg** (New-Orleans). On the morbid anatomy of leprosy of the nerv trunks.

(St. Louis med. and surg. journ. 1896. November.)

K. hat Gelegenheit gefunden, in Unna's Laboratorium einen leprösen Nervus medianus zu untersuchen, welcher in Alkohol aufbewahrt war. Durch ein besonderes, im Original genau beschriebenes Verfahren konnte K., entgegen den Untersuchungen Lie's, feststellen, dass die Bacillenhaufen nicht intracellular gelagert waren, sondern den Bindegewebs- und namentlich den Nervenfasern nur dicht anlagen, letztere zu Atrophie bringend. Die »besonders langgestreckten« Bindegewebszellen Lie's fand er nicht. Es fehlten jede Zunahme der Bindegewebsfasern, so wie alle die zahlreichen Plasmazellen und isolirten Kerne, welche Unna als stets vorhanden bei Hautlepra beschreibt. Im Allgemeinen ist hier das Gesetz, dass die Bacillen in den Lymphräumen wachsen, noch mehr in die Augen springend als bei der Haut. Daher ist das Eindringen der Bacillen in den Medianus aufzufassen als eine bacilläre Atrophie des Nervs in Folge von Druck, aber ohne kompensatorische Hypertrophie des Bindegewebes.

Lilhe (Königsberg i/Pr.).

29) **M. Kuznitzky.** Psoriasis unilateralis und die Theorien über die Ätiologie der Psoriasis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. No. 8.)

Der Fall, den Verf. in der Straßburger dermatologischen Klinik beobachtete, ist dadurch interessant, dass die bei einem 20jährigen Manne im Anschluss an eine Verletzung aufgetretene Psoriasis vulgaris ausschließlich auf die rechte Körperhälfte lokalisiert war. Im Anschluss an diese Beobachtung versucht K. die neuropathische Ätiologie der Psoriasis gegenüber der parasitären zu vertheidigen; er sieht die Grundlage dieser Erkrankung in einem »angioerethischen Vorgang«, der auf der Basis einer leichten Erregbarkeit des Centralnervensystems zu Stande kommt. Auf eine Diskussion dieser Hypothese einzugehen ist hier natürlich nicht der Ort — aber wir können nicht zugeben, dass der »überhaupt auf schwachen Füßen stehenden« parasitären Theorie der Psoriasis durch die Beobachtung des Verf. der Boden ganz entzogen wird; diese Theorie erscheint uns noch immer als die bei Weitem wahrscheinlichste.

Jadassohn (Bern).

30) **E. Heuss.** Abnorme Fälle von Alopecie.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXII. Hft. 12.)

Das Kapitel der Alopecien ist nach vielen Richtungen hin noch so unaufgeklärt, dass sorgfältige kasuistische Mittheilungen mit Freuden zu begrüßen sind. Die sehr interessanten Beobachtungen des Verf. können hier natürlich nur in aller Kürze berichtet werden.

1) Alopecia universalis. Totale Alopecie, bei einem 56jährigen Manne ohne nachweisbare Ursache aufgetreten, mit eigenthümlichen Veränderungen (Trockenheit, Trübung, Furchung, Tüpfelung) aller Nägel.

2) Alopecia vitiligoides — Alopecia areata (auf neuropathischer Grundlage?) mit Weißbleiben der neugebildeten Haare — vermuthlich nur weil die Erkrankung schon in ein Alter (46 Jahre) fiel, in welchem die physiologische Canities einsetzt (»Alopecia areata mit physiologischer Canities«).

3) Vitiligo cum alopecia; es ist nicht sicher zu eruiern, ob die Vitiligo — zum Theil mit peripherer Röthung — und die Alopecia ätiologisch zusammengehören oder nur zufällig coincidiren. Das in der Litteratur vorhandene Material von Kombinationen zwischen Haarverlust und Pigmentverschiebung ist zu spärlich, um ein Urtheil über den Zusammenhang beider zu gestatten.

4) Pseudoalopecia atrophicans — ganz unregelmäßig begrenzte haarlose Stellen mit deutlicher narbiger Atrophie der Haut, nur an einer Stelle mit leichten entzündlichen Erscheinungen; die Haare selbst normal. Das von der Alopecia areata und syphilitica leicht abzugrenzende Krankheitsbild ist auffallenderweise von deutschen Autoren nicht beschrieben (dem Ref. ist ein Fall aus Russland und einer aus Deutschland bekannt); es gehört zu den von Besnier zusammengestellten »Alopécies innosumées«; bei der vollständigen Unkenntnis der Ätiologie ist der symptomatische Name: »Pseudoalopecia atrophicans« gewiss berechtigt; neben der nicht entzündlichen Form giebt es noch eine entzündliche (»Folliculite dépilante«) mit miliaren Abscessen, welche ihrerseits wieder große Ähnlichkeit mit einem als »Sycosis hepoides« bezeichneten Process im Barte haben, von dem H. ebenfalls einen Fall beschreibt. Alle diese Krankheitsformen verdienen ihres theoretischen und praktischen Interesses wegen eine größere Beachtung, als sie bei uns im Allgemeinen gefunden haben.

Jadassohn (Bern).

31) **M. Behrend.** Ein Fall von Pemphigus acutus mit Horncystenbildung.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Das Auftreten von milienähnlichen weißen Knötchen nach Abheilung von Pemphigusblasen ist eine in der dermatologischen Litteratur wohl bekannte Thatsache. Aber diese Gebilde haben bisher nur sehr geringe Beachtung gefunden. In dem an der Berner Klinik unter Lesser beobachteten Fall, der auch dadurch

interessant ist, dass er ein wirklicher Pemphigus acutus war — dessen Existenz F. Hebra bekanntlich bestritt —, konnte Verf. die Knötchen, welche übrigens später spontan vollständig schwanden, mikroskopisch untersuchen und fand, dass sie zum Theil von den Haarbälgen, zum Theil von den Schweißdrüsenengängen aus entstanden waren, wesentlich Hornmassen enthielten und theils in der Cutis, theils in der Epidermis lagen. Die Entstehung dieser Cysten erklärt sich B. durch Retention nach Verklebung der Gänge bei der Blasenbildung und nachträgliche Proliferationsvorgänge. (Ref. möchte erwähnen, dass er diese Horn-cystenbildung jüngst auch nach einer Impetigo contagiosa des Gesichts in ganz typischer Weise beobachten konnte.) **Jadassohn** (Bern).

Der XV. Kongress für innere Medicin

findet vom **9.—12. Juni 1897** zu **Berlin** statt. Die Abhaltung des Kongresses geschieht nur in diesem Jahre ausnahmsweise zu Pfingsten. Die Sitzungen finden im Architektenhause (Wilhelmstraße No. 92/93) statt, woselbst sich auch das Bureau befindet. Das Präsidium übernimmt Herr von **Leyden** (Berlin).

Folgende Thematika sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 9. Juni: **Die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus**. Referenten: Herr **Bäumler** (Freiburg) und Herr **Ott** (Marienbad).

Am zweiten Sitzungstage, Donnerstag den 10. Juni: **Epilepsie**. Referent: Herr **Unverricht** (Magdeburg).

Am dritten Sitzungstage, Freitag den 11. Juni: **Morbus Basedowii**. Referent: Herr **Eulenburg** (Berlin).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr **A. Fränkel** (Berlin) und Herr **C. Benda** (Berlin): Klinische und anatomische Mittheilungen über akute Leukämie. — Herr **v. Jaksch** (Prag): Klinische Beiträge zur Kenntnis des Kohlehydratstoffwechsels. — Herr **O. Liebreich** (Berlin): Die Ziele der modernen medikamentösen Therapie. — Herr **E. v. Leyden** (Berlin): Über die Prognose der Rückenmarkskrankheiten. — Herr **Martin Mendelsohn** (Berlin): Die klinische Bedeutung der Diurese und die Hilfsmittel ihrer therapeutischen Beeinflussung. — Herr **A. Baginsky** (Berlin): Zur Pathologie und Pathogenese der kindlichen Sommerdiarrhoen; mit Demonstration. — Herr **Emil Pfeiffer** (Wiesbaden): Zur Ätiologie des chronischen Gelenkrheumatismus. — Herr **Rumpf** (Hamburg): Neue Gesichtspunkte in der Behandlung chronischer Herzerkrankungen. — Herr **Fürbringer** (Berlin): Zur Klinik der Lumbalpunktion. — Herr **Jacques Mayer** (Karlsbad): Diabetes mellitus im jugendlichen Alter.

Weitere Anmeldungen von Vorträgen nimmt der ständige Sekretär des Kongresses, Herr **Emil Pfeiffer**, Wiesbaden, Friedrichstraße 4, entgegen.

Für Krankenvorstellungen und Demonstrationen ist eine ganze Nachmittags-sitzung vorbehalten; dieselben bedürfen vorheriger Anmeldung.

Mit dem Kongresse ist eine **Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten etc.**, verbunden. Auskunft über diese Ausstellung ertheilt der Vorsitzende des Ausstellungskomiteés, Herr Generalarzt **Schaper** in Berlin, Königl. Charité, oder der Schriftführer des Berliner Lokalkomiteés, Herr Priv.-Doc. **Martin Mendelsohn**, Berlin NW., Neustädtische Kirchstraße No. 9, an welche auch die Anmeldungen der Demonstrationen etc. zu richten sind. Die Ausstellung wird gleichfalls im Architektenhause (Wilhelmstraße No. 92/93) stattfinden. Das Festessen des Kongresses wird im Zoologischen Garten abgehalten werden.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. **E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 13. Februar. 1897.

Inhalt: Orlandi, Gelegentlich eines Artikels »Über Eiterung durch keimfreies Katgut« von Prof. Dr. Poppert. (Originalmittheilung.)

1) Saul, 2) Hofmeister, 3) Schäffer, 4) Hofmeister, 5) Kossmann, 6) Saul, 7) Poppert, Katgut. — 8) Eulenburg, Encyclopädische Jahrbücher. — 9) Schimmelbusch und Mühsam, Eitrige Wundinfektion der Kaninchen. — 10) Lexer, Osteomyelitis bei Kaninchen. — 11) Aronson, Antistreptokokkenserum. — 12) Arloing und Courmont, Serumbehandlung bösartiger Geschwülste. — 13) Katzenstein, Autoskopie des Nasenrachens. — 14) Grünwald, Kehlkopfkrankheiten. — 15) Chiari, Angiome der Stimmbänder. — 16) Massei, Peritracheolaryngeale Abscesse. — 17) Richerolle, 18) Schwalbe, 19) und 20) Terrier, Lungenchirurgie. — 21) Joerss, Brustkrebs. — 22) Legueu, Sarkom des Schlüsselbeines. — 23) Ders., Schlüsselbeinexstirpation. — 24) Bähr, Radiusbruch. — 25) Chaput, Amputationstechnik. — 26) Walker, Zerreißung der Quadricepssehne. — 27) Gersuny, Zerreißung der Achillessehne.

Stern, Ersatz einer exartikulirten Phalanx durch Osteoplastik. (Originalmittheilung.)
28) Rydygier, Krebsserum. — 29) Gluck, Behandlung infektiöser Thromben. — 30) Oppenheim, Wirbelcaries. — 31) Hufschmid, Aneurysma der Art. vertebralis. — 32) Sokolow, Gelenkleiden bei Syringomyelie. — 33) Chiari, Kehlkopffibrom. — 34) Störk, Tracheotomie. — 35) Koschler, Luftröhrengeschwülste. — 36) Joachimsthal, Defekt an Thoraxhälfte und Hand. — 37) Chatelain, Therapie der Krampfadern. — 38) Falcone, Knöchelfraktur. — 39) Eulenburg, Skioskopie bei Geschossen im Gehirn.
Berichtigung.

Gelegentlich eines Artikels »Über Eiterung durch keimfreies Katgut« von Prof. Dr. P. Poppert.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Gießen, Direktor Prof. Dr. Bosc. Siehe No. 48 der Deutschen med. Wochenschrift vom 26. November 1896.)

Von

Dr. Edmondo Orlandi in Turin.

In den Nrn. 14 u. 15 der Gazzetta medica di Torino 1895 veröffentlichte ich eine experimentelle Studie über die durch Seide und Katgut in den Geweben hervorgerufene Reaktion und wies auf verschiedene Erscheinungen hin, von denen einige, und zwar die wichtigsten (nämlich die sich auf das Katgut beziehenden) in einer vor Kurzem in der Deutschen med. Wochenschrift ver-

öfientlichten Arbeit von Prof. Poppert vollständig bestätigt und darauf mit großem Enthusiasmus in den Journalen besprochen wurden, gleichsam als handelte es sich um ganz neue Dinge, während doch für alle Fälle der sichere experimentelle Nachweis in meiner Arbeit schon erbracht worden war.

Die Erscheinungen, die beim Gebrauch von gehörig sterilisiertem Katgut auftreten können, von jenen unterscheidend, die sich beim Gebrauch von nicht vollkommen sterilem Katgut einstellen, konnte ich durch meine im pathologisch-anatomischen Institut zu Turin angestellten Experimente nachweisen, dass auch steriles Katgut in den thierischen Geweben folgende Erscheinungen hervorruft:

1) Eine schnell eintretende Reaktion, die von keiner großen Bedeutung ist, und die mit den Eigenschaften in Beziehung zu bringen ist, welche dem Katgut durch die verschiedenen chemischen Sterilisierungs- und Konservierungsmittel verliehen werden.

2) Eine Reaktion, die mit der Zubereitung und Sterilisierung nicht in Zusammenhang steht, sondern an die Anwesenheit von Bakterienkörpern oder deren Stoffwechselprodukten gebunden ist, die sich im Katgut schon vor seiner Zubereitung befinden und ihm ein so starkes chemotaktisches Vermögen verleihen, dass es zuweilen wirkliche Abscesse vortäuschende Leukocytenansammlungen hervorruft, während sie doch durchaus steril und gutartig sind.

Es gelang mir dies durch den Nachweis zu erhärten, dass man einem indifferenten thierischen Gewebe ein chemotaktisches Vermögen verleihen kann, wenn man es mit Bakterienkörpern oder -Produkten imprägnirt, auf welche keines der bei der Zubereitung des Katguts gewöhnlich angewendeten physikalischen und chemischen Sterilisierungsmittel einen Einfluss ausübt. Ich glaubte deshalb meine Aufmerksamkeit auf die ersten mit der Zubereitung des Rohkatguts verbundenen und vor dessen Bearbeitung zu chirurgischen Zwecken vorgenommenen Operationen lenken zu müssen, da ich nur dann eine Behandlung für möglich hielt, die dieses ihm von den Bakterienkörpern und -Produkten verliehene positive chemotaktische Vermögen herabzumindern im Stande wäre.

Bis dahin bin ich zu denselben Schlussfolgerungen gekommen wie Herr Prof. Poppert, oder um mich richtiger auszudrücken: bis dahin ist Herr Prof. Poppert fast 2 Jahre später zu meinen Schlussfolgerungen gekommen. Mir schien es schon damals nothwendig, festzustellen, ob bei zufälligem Stattfinden einer Infektion in einem sterilen Operationsfelde oder bei einem Individuum, bei welchem Katgut angewendet worden, die durch das Katgut an einer gegebenen Stelle hervorgerufene Reaktion die Wachstumsbedingungen oder die biologischen Eigenschaften der Infektionskeime zu verändern vermöge.

Ogleich meine diesbezüglichen Untersuchungen sich nur auf 2 Bakterienarten (*B. coli* und *Staph. pyog. a.*) und auf wenige Thiere beschränkten, um allgemeine Schlüsse für die Praxis ziehen zu

können, konnte ich, so lange das Katgut nicht vollständig absorbiert war, konstatiren:

1) Dass sich an den Stellen, an denen Katgut eingeführt worden war, leichter und schneller Abscesse mit Neigung zu schneller Nekrose bildeten.

2) Dass die Mikroorganismen weder in den Wachstumsverhältnissen noch in der Virulenz irgend eine Veränderung erfuhren.

3) Wurden statt der Katguteinführungsstellen die Thiere mit virulenten Kulturen intravenös geimpft, so fanden auch an den Katguteinführungsstellen Lokalisationen statt, was nicht geschah, wenn die Impfung subkutan an einer Stelle vorgenommen wurde, die mit jenen nicht in direkter Cirkulationsbeziehung stand oder ihnen nicht angrenzte.

Da mir auch diese letzteren Erscheinungen von höchstem Interesse scheinen, weil sie anderen ähnlichen, die in der Praxis angetroffen werden, entsprechen dürften, so wünsche ich mir, dass auch sie durch Herrn Prof. Poppert bestätigt werden könnten, dem es, wie ich hoffe, nicht unlieb sein wird, wenn er in der Erforschung und der Deutung der vorliegenden Frage dieselben Ziele und Anschauungen mit mir theilt.

1) E. Saul. Untersuchungen über Katgutdesinfektion. — Die Desinfektion mit siedenden Alkoholen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

Nach einem warmen Nachruf für Schimmelbusch, auf dessen Anregung die Arbeit entstanden ist, äußert sich S. dahin, dass bisher nur die v. Bergmann'sche Sublimat-Alkohol-desinfektion des Katguts der experimentellen Prüfung Stand hielt. Die lange Dauer der Präparation mache es wünschenswerth, andere Methoden zu besitzen, welche bei gleicher Sicherheit der Wirkung Ähnliches erzielten wie das siedende Wasser. Nun hätten Schimmelbusch und Brunner gezeigt, dass in anderen Substanzen als in Wasser, welches bei Siedehitze das Katgut zu Brei verwandle, letzteres seine Integrität bewahre auch bei Temperaturen, die weit über dem Siedepunkt des Wassers liegen. Aber solche Substanzen, wie Xylol, Anilin, Bergamott- und Nelkenöl, haben eine sehr geringe baktericide Wirkung. Darum sei man zuerst in allerdings ganz unbestimmt gehaltener Empfehlung von amerikanischer Seite auf die Verwendung des Alkohols gekommen. In Pasteur's Institut hat man dann gut entfettetes und entwässertes Katgut mit vulgärem Alkohol im Autoklaven bei einer Temperatur von 120° erhitzt, und so Milzbrandsporen nach $\frac{3}{4}$ Stunden getödtet gefunden.

S. bestätigt nun in der That, dass Rohkatgut im Autoklaven unter der Einwirkung des heißen Alkohols zerstört wurde, und zwar schon bei 95°, musste aber nicht der Temperatur, sondern nach seinen Versuchen der Drucksteigerung die Schuld beimessen.

Bei Ausschluss von Drucksteigerung bleibt Rohkatgut auch in dem bei 132° siedenden Amyl-Alkohol unversehrt. S. konnte sogar ohne Schädigung zu mischbaren Alkoholen bis zu 20% Wasser hinzufügen. Auch Karbolzusatz bis zu 10% erwies sich als unschädlich. Kombiniert man Alkohol mit Wasser und Karbolsäure, so sind die für Katgut zulässigen Grenzen Wasser 10% und Karbolsäure 5%. S. bediente sich nun eines von den Gebrüdern Lautenschläger angefertigten Apparates eigener Konstruktion, in dem er sowohl die Desinfektionskraft von Flüssigkeiten wie von Dämpfen prüfen konnte. Nach Beendigung seiner Versuche brachte S. die Versuchsobjekte jedes Mal direkt auf die Nährböden und stellte die mit den Versuchsfäden beschickten Bouillongläschen in den Brutschrank. Die Versuchsfäden wurden derart hergestellt, dass Katgutstückchen, im Heißluftsterilisator bei 150—160° keimfrei gemacht, in Bouillonkulturen von Milzbrand gelegt wurden; dann wurden sie auf 24 Stunden in den Exsiccator in sterilen Schälchen gebracht. Mit diesem Präparat wurden sehr zahlreiche, fleißige und gewissenhafte Versuche angestellt. Für die einzelnen verwendeten siedenden Alkohole von verschiedenen hohen Siedepunkten stellte sich nun heraus, dass Methylalkohol gar keine oder ungenügende Desinfektionswerthe lieferte; dabei aber erwies sich als beachtenswerth, dass dieser Alkohol in Kombination mit 10% Wasser und 5% Karbolsäure die Sporen in 2 Stunden tödtete, während der gewöhnliche unvermischte Methylalkohol in 3 Stunden eine Abtödtung nicht erzielte. Bei den übrigen geprüften Alkoholen fand sich die Wirkung dieser Mischung mit Wasser und Karbolsäure eben so, ja in noch gesteigertem Maße. Für den gewöhnlichen Äthylalkohol ergab sich, dass er in absolutem Zustande die Sporen gar nicht, in 90 %iger Lösung dieselben nach 3 Stunden, in 80 %iger Lösung nach 1 Stunde, dagegen in Kombination von 90% Alkohol und 5% Karbolsäure und 10% Wasser in 5 Minuten tödtete. Die übrigen geprüften Alkohole, der Propyl-, Isobutyl- und Amylalkohol ergaben ganz dem Äthylalkohol entsprechende Resultate mit geringen Variationen, d. h. mangelnde Desinfektionswerthigkeit des absoluten Mediums und wider alles Vermuthen günstige Desinfektionswerthe der oben beschriebenen Wasser-Karbolsäuremischung mit denselben (ausschließlich des mit Wasser nicht mischbaren Amylalkohols).

Die praktische Verwerthung der Versuche ergibt sich von selbst. S. konstruirte deshalb einen Apparat, welcher eine unveränderte Konzentration der Lösung beim Kochen und einen Ausschluss von Druckwirkungen garantirt. Das Rohkatgut wird, an Glasplatten befestigt, mittels eines Einsatzes in den Apparat gebracht und letzterer mit der Desinfektionslösung — Alkohol absolut. 850, Acid. carbolic. liquefact. 50, Aq. dest. 100 — gefüllt, so dass das Katgut ganz in dieselbe eintaucht. Der geschlossene Apparat wird auf 75° erhitzt, dann die Flamme reducirt durch Schrägstellung eines angebrachten Hahnes. Jetzt steigt die Temperatur langsam

zum Siedepunkt 78°—80° an, die man 15 Minuten einwirken lässt. Desinfektionsdauer 45 Minuten. Man kann das Katgut direkt aus der Lösung zum Gebrauch herausnehmen; v. Bergmann legt es in 90%igen Alkohol, der mit sterilem Wasser frisch bereitet wird.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

2) F. Hofmeister. Über Katgutsterilisation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVI. Hft. 3.).

Mit Recht stellt H. an eine Katgutsterilisationsmethode die Anforderung, dass sie nicht nur ihre absolute keimtödtende Kraft an Milzbrandsporenfäden erweist, sondern dass sie auch im Stande ist, alle im Rohkathgut gewöhnlich enthaltenen Keime sicher abzutöden. Von diesem Standpunkt aus hat er das Verfahren der Katgutsterilisation nach Saul (Kochen mit Karbolalkohol) geprüft, und dieser Kritik ist ein besonderer Theil der Arbeit gewidmet. Eine Thatsache, die er dabei gefunden hat, ist vor Allem praktisch wichtig, nämlich, dass Katgut verschiedener Provenienz der Sterilisation außerordentlich verschiedene Widerstände darbieten kann. So zeigte sich bei der Sterilisation des in der v. Bergmann'schen Klinik gebräuchlichen Kathguts »Marke Wiessner«, dessen Herstellung leider Fabrikgeheimnis ist, das Saul'sche Verfahren durchaus ausreichend, bei dem Genfer Kathgut der Tübinger Klinik dagegen keineswegs.

In der vorliegenden Arbeit beschreibt H. ferner genauer die technische Vervollkommung seiner eigenen Methode der Heißwassersterilisation des Kathguts. Er verwendet jetzt statt der Spulen zum Aufwickeln desselben Glasplatten von 5—6 mm Dicke (Format q:17 cm), welche an jedem kurzen Ende einen Wulst von etwa 1 mm Dicke haben, um das allseitige Eindringen der Flüssigkeiten zu erleichtern. Wie schon früher betont er, als besonders wichtig, die straffe Spannung des Fadens während der ganzen Procedur und die gründliche Entfernung des Formalins vor dem Kochen.

Was schließlich die Frage der Resorption des Formalinkochkathgut angeht, so fand H. bei einigen Thierversuchen, dass zwischen demselben und dem Sublimatkathgut 5 bis 6 Wochen nach der Einverleibung in den Thierkörper kein Unterschied besteht.

(Ref. möchte bei dieser Gelegenheit zur Illustration für die schwierige Sterilisirbarkeit des Kathguts, dieses enfant terrible der Aseptik, ein Ergebnis von Versuchen nicht unerwähnt lassen, die er vor 3 Jahren auf der Suche nach einer einfachen Methode zur raschen Desinfektion des Kathguts angestellt, aber wieder abgebrochen hat. Es konnte nämlich durch Kochen von Kathgutfäden (vom Apotheker Hansen in Trier bezogen), die mit sehr resistenten Milzbrandsporen inficirt waren, in 95% Alkohol bei 100° C unter Druck bis zur Dauer 1 Stunde keine sichere Sterilisation der Fäden erzielt werden.)

Schneider (Siegburg.)

3) R. Schäffer. Über Katgutsterilisation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 30, 31, 33 u. 34.)

S., welcher sich seit Jahresfrist mit Versuchen zur Sterilisirung des Katguts beschäftigt, bespricht in ungemein ausführlicher Abhandlung die bisher geübten und empfohlenen Methoden und Vorschläge der Katgutsterilisation und die denselben anhaftenden Vor- und Nachtheile, bezw. Mängel. Das von Saul angegebene Verfahren begrüßt S. als einen wesentlichen Fortschritt auf diesem Gebiete, doch erklärt er dasselbe für ungenügend, nachdem die Angabe Saul's, mit seiner Lösung in 5 bis 7 Minuten Milzbrandsporen abtöden zu können, durch die Kontrollversuche S.'s, welcher diese Abtötung selbst in 25 Minuten nicht mit Sicherheit ermöglichte, als unrichtig hingestellt wird. Die Nachprüfung hinsichtlich der Wirksamkeit der Saul'schen Lösung auf den Kartoffelbacillus ergab weiter, dass auch eine 30 Minuten lange Einwirkung der siedenden Lösung keine Abtötung herbeiführte. — Gleichzeitig mit diesen Versuchen wurden fast sämtliche der bekannten und empfohlenen Methoden der Katgutsterilisation einer verschärften Nachuntersuchung von Seite S.'s unterzogen. Dieselbe ergab Folgendes: 1) Die v. Bergmann'sche Methode hat zwar den Vortheil, dass das Katgut unter der Präparationsweise nicht leidet, andererseits erfordert die Präparation, wenn man sicher gehen will, wenigstens 3 Tage. 2) Die A. Martin'sche Methode schafft in der von ihm empfohlenen Weise keine zuverlässige Keimfreiheit. 3) Die von Kocher eingeführte Desinfektion durch Oleum juniperi erzielt in 48 Stunden Keimfreiheit, vorausgesetzt, dass man frisches Wachholderbeeröl, dem diese starken desinficirenden Eigenschaften zugeschrieben werden, in Verwendung nimmt. 4) Kossmann-Vollmer's Verfahren verbürgt in der empfohlenen Weise keine Sterilität des Katguts, möglicherweise ließe sich durch vorherige Entfettung in Äther oder Steigerung des Procentgehaltes an Formalin das gewünschte Ziel erreichen. 5) Die Trockensterilisation durch die Hitze und die Cumol-Sterilisation geben sichere Keimfreiheit, jedoch stehen nicht unerhebliche technische Schwierigkeiten der allgemeinen Verwendung entgegen. 6) Die Hofmeister'sche und Halban-Hlawacek'sche Methoden endlich bestehen aus einer Kombination zweier an sich unzureichender Verfahren und gefährden außerdem die Haltbarkeit und Verwendbarkeit des Katguts. Überdies weisen mit Ausnahme der Trockensterilisation und der Cumolpräparation alle übrigen Methoden den Nachtheil auf, dass sie eine mehrtägige Zeitdauer in Anspruch nehmen. Ein zweiter noch größerer Übelstand ist, dass die rein chemisch wirkenden Antiseptica in ihrer Wirkung sehr bedeutenden Schwankungen unterliegen, je nach der Beschaffenheit der Objekte, auf welche sie wirken sollen. — Mit Zugrundelegung des Saul'schen Principes stellte nun S. neuerdings Versuche an. Insonderheit waren es 3 Stoffe, die von ihm geprüft wurden: Formalin, Kalium aceticum und Antiseptica (Karbol, Aseptol und Sublimat) in alkoholischen

Lösungen. Die erzielten Resultate führten zu einem Sterilisationsverfahren, bei welchem eine $\frac{1}{2}$ %ige Sublimat-Wasser-Alkohollösung zur Anwendung kommt. Die ausführliche Beschreibung der Methode, so wie die Abbildungen des dafür ersonnenen Apparates mögen im Originale gelesen werden. Der Apparat ist vorrätzig in der Glaswaarenfabrik von Kachler und Martini, Berlin, Wilhelmstraße 50, zum Preise von 11 bis 16,50 \mathcal{M} . Die Vortheile der von S. vorgeschlagenen Sterilisation des Katguts fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

- 1) Die Desinfektion schafft möglichst absolute Keimfreiheit.
- 2) Die Haltbarkeit des Katguts wird nicht im geringsten gefährdet.
- 3) Die Sterilisation nimmt höchstens 30—40 Minuten in Anspruch.
- 4) Der Apparat ist so billig, dass seiner Anschaffung auch für die Privatpraxis keine Hindernisse im Wege stehen.

Gold (Bielitz).

4) **Hofmeister.** Erklärung zu dem Vortrag des Herrn Dr. R. Schäffer »Über Katgutsterilisation« in No. 30, 31, 33 u. 34 des Jahrgangs 1896 der Berliner klin. Wochenschrift.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 42.)

Um die Zweifel an der Zuverlässigkeit seiner früheren Angaben auf diesem Gebiete, welche die abfällige Kritik Schäffer's bei denjenigen Kollegen, welche sein Verfahren nicht aus eigener Anschauung kennen, geweckt haben müssten, zu beseitigen, stellte H. eine Katgutprobe dem Dr. Schäffer zur Disposition, welche eine volle Stunde in Wasser gekocht war.

Schäffer antwortete unter Anderem, dass die Methode H.'s hinsichtlich der Sterilität geradezu ideal erscheint, da dieser $\frac{1}{2}$ Stunde im Wasser koche, und dass ihn die absolute Festigkeit der übersandten Katgutprobe in der That in Erstaunen versetzt habe.

Im Übrigen versichert Schäffer, dass seine Kritik der Methode H.'s wesentlich anders ausgefallen wäre, wenn er dessen in den Beiträgen zur klin. Chirurgie Bd. XV u. XVI niedergelegten Mittheilungen über dieses Thema früher zu Gesicht bekommen hätte.

Gold (Bielitz).

5) **R. Kossman.** Über steriles Katgut.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 39.)

Eine Erwiderung auf den Aufsatz Schäffer's »Über Katgutsterilisation« in der Berliner klinischen Wochenschrift 1896 No. 30, 31, 33 u. 34. Auf den Vorwurf Schäffer's, dass K. die sterilisirende Wirkung seines Verfahrens nur an Streptokokken und Staphylokokken nachzuweisen suchte, entgegnet dieser, dass diese Bakterien doch die eigentlichen Feinde der chirurgischen Thätigkeit seien; ohne ihre Existenz würde kein antiseptisches Verfahren erdacht worden sein. Ein solches jetzt zu erdenken, um den außerordentlich widerstandsfähigen Kartoffel-

bacillus, von dem Schäffer selbst erklärt, dass er »nachgewiesenermaßen nicht pathogen« ist, abzutöden, erscheint K., so interessant es theoretisch ist, für die Praxis vollständig überflüssig. — Wenn Schäffer weiter auf den Milzbrandbacillus Bezug nimmt, dessen Sporen unter Umständen eine beträchtliche Resistenz zeigen, so entgegnet K., dass nur ein einziger Fall von Milzbrandinfektion durch Katgut in der Litteratur verzeichnet erscheint, wenngleich jährlich Unmassen von Katgut in den menschlichen Körper gebracht werden. In dieser Erwägung misst K. den Prüfungsmethoden mit schwer abtödtbaren, als Krankheitserreger aber nicht in Betracht kommenden Bakterien höchstens den Werth bei, dass sie das subjektive Gefühl der Sicherheit gegenüber den leichter abtödtbaren Bacillen erhöhen. Dieser zweifelhafte Vorthail darf aber nicht die Veranlassung geben, ein complicirtes Sterilisationsverfahren an Stelle eines einfacheren zu setzen. Als solches empfiehlt er seine Formalinsterilisation. Abgesehen davon erreicht K. aseptisches Material, Schäffer ein mit Alkohol und Sublimat getränktes Katgut.

K. betont schließlich noch, dass die Behandlung des Katguts nach seiner Methode während 24 Stunden den Bedürfnissen der Chirurgie genügt, ohne dass die Festigkeit des Materials hinter der durch die bisherigen Methoden erzielten zurücksteht.

Gold (Bielitz).

6) E. Saul. Zur Katgutfrage.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 42.)

Eine Erwiderung auf die Mittheilungen Hofmeister's und Schäffer's über Katgutsterilisation. Hätte Hofmeister die von Koch gegebene Vorschrift gewürdigt, bei Beurtheilung von Desinfektionswirkungen die Bezugnahme auf ubiquitäre Mikroorganismen zu vermeiden, so würde er vielen Schwierigkeiten entgangen sein. Nach Koch u. A. versteht man unter Desinfektion die Abtödtung pathologischer Mikroorganismen schlechtweg. Auf das Entgegenhalten der Kartoffelbacillen von Seiten Hofmeister's erwiedert S., dass ihre Berücksichtigung selbst bezüglich der Heißwassersterilisation zu ungeheuren Konsequenzen führen würde. Die Frage, dass bei praktischen Desinfektionsverfahren die Rücksicht auf den nicht pathogenen Kartoffelbacillus entfalle, kann seit der allgemeinen Annahme der Principien der Heißwassersterilisation nicht mehr als kontrovers erachtet werden. Hätte Hofmeister mit Katgut von Ligaturlänge gearbeitet, so würde er zu dem Resultate gelangt sein, dass sich ein Kartoffelbacillus unter 100 desinficirten Proben 1—2mal vorfindet. Im Übrigen giebt S. die Möglichkeit zu, dass höhere Resistenzen als die von ihm angegebenen gefunden werden können, behauptet aber, dass die seinigen mindestens einen Durchschnittswerth darstellen. — Die Behauptung Schäffer's, dass Bouillonkulturen ein ungenügendes Sporenmaterial liefern, erklärt S. als eine den Thatsachen widersprechende. Er hat

sich regelmäßig von der Fülle des Sporengehaltes überzeugt, ehe er die Fäden in die Kulturen legt, und dieselben erst dann entnommen, wenn sie total mit Anthrax umwuchert waren. In dieser Richtung erscheint S. die Behauptung Hofmeister's von der oberflächlichen Infektion der Testobjekte S.'s unverständlich.

Der Schäffer'schen Sublimatmodifikation wirft S. vor, dass sie ein aseptisches Verfahren in ein antiseptisches umwandelt. Den Angaben Schäffer's über damit erzielte energische Wirkungen tritt S. skeptisch entgegen, um so mehr, als er unterlassen hat, nach Geppert den Fadenversuch durch den Suspensionsversuch zu ergänzen. Was die praktische Seite des von Schäffer angegebenen Verfahrens und Apparates anlangt, so erscheint sie S. als ökonomischer Nachtheil, abgesehen davon, dass Sublimatdesinfektion vorherige Entfettung der Objekte erheischt, und die Unbeständigkeit des Sublimats zum öfteren Wechsel der Lösung zwingt.

Das Katgut verträgt nach S.'s Erfahrung lange dauernde Einwirkung von siedenden Lösungen, ohne Schaden zu leiden; nur aus schlechtem oder gar fauligem Material hergestelltes Katgut erscheint nach dem Kochen gekräuselt und verräth seine Herkunft durch den abscheulichen Geruch.

Gold (Bielitz).

7) Poppert. Über Eiterung durch keimfreies Katgut. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Gießen. Direktor Prof. Dr. Bose.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 48.)

P. weist auf die widersprechenden Resultate hin, welche einzelne Chirurgen bezüglich der Rolle, welche das Katgut bei Wundinfektionen spielt, erhalten haben. Dass in einzelnen Fällen schwere Phlegmonen, selbst allgemeine Sepsis vom Katgut ausgehen können, schien nicht mehr bestritten werden zu können. Daher die immer erneuten Versuche, keimfreies Katgut zu gewinnen.

Immerhin ist es nach P. nur ganz ausnahmsweise möglich gewesen, pathogene Eigenschaften der im Katgut enthaltenen Mikroben nachzuweisen. Verschiedene Theorien wurden aufgestellt, um eine Erklärung des Umstandes zu geben, dass bei anscheinend reiner Katguteiterung das benutzte Katgut sich als keimfrei erwies.

P. glaubt nun auf Grund seiner Untersuchungen eine plausible Erklärung für den zwischen den Ergebnissen der klinischen Beobachtung und der bakteriologischen Untersuchung bestehenden Widerspruch geben zu können.

Er beobachtete von der Zahl der Ligaturen abhängige Entzündungserscheinungen, welche nie einen progredient phlegmonösen Charakter hatten. Bei Öffnung der Wunde zeigte sich um jede Katgutligatur nur ein kleiner erbsengroßer Abscess. Das Katgut war in diesen Fällen stets nach Schede's Vorschriften in der Klinik selbst antiseptisch zubereitet worden.

Es ließ sich sogar nachweisen, dass mit Äther extrahirtes und tagelang der Einwirkung wässriger Sublimatlösung und Karbol-lösung ausgesetztes Katgut dennoch Eiterung erzeugten. Sterilisation mit trockener Hitze war gleichfalls erfolglos. Auch durch Desinfektion im strömenden Wasserdampf unbrauchbar gewordenes Katgut büßte seine eitererregende Wirkung im Thierkörper nicht ein. P. schloss daraus, dass entweder dem Katgut ein ungewöhnlich widerstandsfähiger Keim anhaften müsse, oder die Eiterung durch einen chemischen Körper bedingt würde.

Ersteres schließt P. des Weiteren aus; es gelang ihm aber der Nachweis des letzteren durch folgendes Experiment: »wurden kleine Stückchen Katgut unter den nöthigen Vorsichtsmaßregeln in die Bauchhöhle eines Kaninchens gebracht, so fand sich nach 4—5 Tagen um jeden Faden ein kleiner Eiterherd. (Der Eiter war von zäher schleimiger Konsistenz.) Bakterien ließen sich aber in demselben niemals nachweisen, und die Züchtungsversuche auf den gewöhnlichen Nährböden ergaben regelmäßig ein negatives Resultat. Somit musste also die Eiterbildung als eine chemotaktische aufgefasst, und als ihre Ursache ein chemischer, dem Katgut anhaftender Körper beschuldigt werden, mit welcher Annahme der stets gutartige Verlauf des Eiterungsprocesses in Einklang stände«.

Über die Natur des Körpers vermag P. noch nichts zu sagen.

Die Frage, ob bei dem Verbrauch größerer Mengen solchen Eiterung erregenden Katguts eine Intoxikation zu befürchten sei, glaubt P. verneinen zu können. Ein Schutz vor der Katguteiterung kann, da eine Befreiung des Katguts von dem chemotaktisch wirkenden Körper bisher nicht möglich ist, nur dadurch gewonnen werden, dass das Präparat vor seiner Benutzung durch den Thierversuch geprüft wird. Auch das eventuelle Eintreten von Stichkanaleiterung bei Hautnähten am Menschen kann eine Probe für die Verwendbarkeit zu Ligaturen abgeben.

P. fasst seinen Untersuchungsergebnissen gemäß eventuell bei Katgutgebrauch auftretende schwere progrediente Phlegmonen nicht als Folge der Katgutwirkung, sondern als zufällige bakterielle Wundkomplikationen auf. (NB. wenn das Katgut keimfrei war! Ref.) Die wahre Katguteiterung hat einen stets gutartigen Charakter.

Würden die P.'schen Resultate auch von anderer Seite bestätigt, und gelänge es, den eitererzeugenden Körper aus dem Katgut, ohne dieses unbrauchbar zu machen, zu eliminiren oder bei der Bereitung auszuschalten, so wäre dies zweifelsohne ein bedeutender praktischer Fortschritt.

R. Wagner (Mühlheim a. d. R.).

8) **A. Eulenburg.** Encyklopädische Jahrbücher. VI. Jahrg. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1896. 688 S.

Der VI. Band dieses alljährlich erscheinenden, der Encyklopädie E.'s sich eng anschließenden Sammelwerkes steht an Werth den vorangegangenen Bänden nicht nach. Auch in ihm werden in einer

Anzahl größerer Aufsätze zusammenfassend Tagesfragen von besonderem Interesse besprochen aus den verschiedensten Abschnitten der Medicin — ich weise z. B. hin auf die Artikel: Ablesen des Gesprochenen vom Gesicht, Autoskopie der Luftwege, Basedow'sche, Barlow'sche Krankheit, Diphtherieheilserum, elektrische Verunglückungen, Immunität, Lumbalpunktion, Phonendoskop, Schilddrüsentherapie, Syringomyelie, Aufsätze, in denen zusammengestellt ist, was bis in die neueste Zeit in den besprochenen Fragen geleistet worden; dann finden dieses Mal einzelne Kapitel der Lehre von den Hautleiden eine besonders ausführliche Behandlung, sind große Arbeiten dem Thema Krankenpflege und Krankentransport gewidmet, finden sich endlich in reicher Zahl kurze Angaben über Fortschritte, wenigstens Neuerungen aus dem Gesamtgebiet der Medicin. Wo es angebracht, werden gute erläuternde Abbildungen eingefügt. Das Geschick des Herausgebers wie die Tüchtigkeit der Mitarbeiter garantiren für den Werth des Gebotenen. **Richter** (Breslau).

9) **C. Schimmelbusch** und **Mühsam**. Über eine spontane eitrige Wundinfektion der Kaninchen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 3.)

Kaninchen sind für die Erreger der menschlichen Eiterung nicht empfänglich; trotzdem aber giebt es Wundinfektionen bei ihnen, wo allerdings weder die Staphylokokken noch Streptokokken wie beim Menschen vorhanden sind. Trauma und Ekzeme, letztere namentlich bei Krätze, begünstigen die Eiterung. Die Verff. fanden nun in einer Reihe von Fällen in dem Eiter einen Organismus, der als die Ursache der Eiterung anzusehen ist, und den sie als »Bacillus des Kanincheneiters« bezeichnen. Er ist ein häufiger spontaner Eitererreger beim Kaninchen, wenn auch nicht der einzige. Impfung mit den Kulturen dieses Bacillus bewirkte je nach der Empfänglichkeit des gewählten Ortes Abscessbildung oder Tod nach kürzerer oder längerer Frist. Der Eitererreger ist gegen Austrocknung sehr empfindlich. Temperaturmessungen ergaben beim Kaninchen keinen Aufschluss über den körperlichen Zustand des Thieres, dagegen geschah dies durch gleichmäßig angestellte Wägungen, welche eine ziemlich charakteristische Kurve ergaben. Die Bacillen sind hauptsächlich in der wässrigen Infiltration der Umgebung, weniger in dem dicken Eiter zu finden. Sie stellen sehr kurze Stäbchen dar mit abgerundeten Enden ohne Eigenbewegung. Daneben finden sich Kokken, jedenfalls Jugendformen der Organismen. Sie liegen in Haufen — doch fehlt die charakteristische Gruppierung der Staphylo- und Streptokokken — und wachsen auf Agar-Agar und in Bouillon, nicht auf Gelatine. Die günstigste Temperatur ist für dieselben 37°. Von den bisher bekannten für gewisse Thierarten specifischen Mikroorganismen unterscheidet sich der Kanincheneiterbacillus durch das klinische Bild, das er hervorruft, wie durch sein Verhalten in Kultur und Färbung.

*

Nach Ansicht der Autoren beruht der Werth ihrer Untersuchung darin, dass diejenigen, welche an Thierversuchen Eiterung und Wundinfektion studiren wollen, einen für die betreffende Thiergattung specifischen Erreger besitzen, da die für den Menschen pathogenen Mikroorganismen keine absoluten Schlüsse vom Thierexperiment auf den Menschen gestatten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

10) **E. Lexer.** Osteomyelitisexperimente mit einem spontan beim Kaninchen vorkommenden Eitererreger.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 3.)

Da die bisherigen Osteomyelitisversuche im Thierkörper der progredienten Eiterung und der schweren Folgen einer ausgedehnten Knochenkrankung entbehrten, nahm L. seine Versuche mit dem Kanincheneiterbacillus von Schimmelbusch und Mühsam vor, der als specifisch für das Kaninchen gelten kann. Nachdem Verf. herausgefunden hatte, dass man am zweckmäßigsten Kulturen vom 5. Tage verwendete, welche die Thiere frühestens in 8, spätestens in 39 Tagen tödteten, studirte er an über 150 Kaninchen zuerst die Frage, ob der Mikroorganismus fähig sei, sich aus dem Blute im Knochenmark, bzw. an den Knorpelfugen abzulagern und dort sein Zerstörungswerk zu beginnen. Er konnte auf dem Wege der Blutinfektion eine Knochenmarkeiterung nicht erreichen und ging nun daran, das Knochenmark direkt zu inficiren. Er erreichte durch Injektion geringer Kulturmengen in das Knochenmark zwar Eiterung, aber sie blieb meist ziemlich beschränkt und rief keine Reaktion des Knochengewebes hervor. Interessant ist, dass die Knorpelfuge nie gelöst oder gelockert wurde. Die schönsten Erfolge aber wurden sofort erzielt, wenn zu der Blutinfektion das Trauma hinzugenommen wurde, wenn man die Tibiakante beklopfte oder die Extremität auf kurze Zeit mit dem Gummischlauch umschnürte. Es wurde so eine Osteomyelitis erzeugt, die durch Fortschreiten der Suppuration, durch Übergreifen in die benachbarten Muskeln, durch Zerstörung des Periostes, manchmal auch der Epiphysenknorpelscheibe und die nachfolgende Nekrose des Knochens mit Neubildung einer Knochen-schale, also beginnender oder unvollständiger Sequestration eines Knochenabschnittes, ein osteomyelitisartiges Krankheitsbild lieferte. Außerdem fand L. wiederholt die an Markabscessen erkrankten Tibien um 1 bis 2 mm verlängert, durch Wucherungen der Knorpelfuge. Bei weiteren Versuchen über Mischinfektion konstatirte er ferner, dass die entzündlichen Veränderungen, die durch den Kanincheneiterbacillus bewirkt waren, begünstigend für die Ausdehnung einer Eiterung wirkten, nachdem dieselbe durch Lokalisation der Staphylokokken angeregt war.

Zum Schluss erwähnt L. noch angefangener Experimente, die Aufnahme der Mikroorganismen von den lymphatischen Apparaten des Rachens und der Tonsillen zu erproben. Einpinselungen an diesen Organen führten entweder schwere lokale Eiterung in der

Wangen- und Unterkinngegend und im Retropharyngealgebiet oder ohne nennenswerthe lokale Störungen Allgemeininfektion herbei. Auch von der Magenschleimhaut aus ließ sich Allgemeininfektion erzielen.

Die äußerst interessanten und schönen Versuche beweisen wieder, dass die Osteomyelitis jedenfalls auf Grund mannigfacher Mikroorganismenschädigung sich entwickeln kann und fördern im Wesentlichen das Studium der Lokalisation und Wirkungsweise der Erreger, wie der Entstehung der Krankheit überhaupt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

11) H. Aronson. Über Antistreptokokkenserum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 32.)

A., welcher sich mit experimentellen Untersuchungen über Gewinnung eines wirksamen Antistreptokokkenserums seit 1½ Jahren beschäftigte, theilt in vorliegender Abhandlung seine in dieser Richtung angestellten Laboratoriumsvorarbeiten in ausführlicher Weise mit und knüpft daran die dabei gewonnenen Erfahrungen. Wie aus seinen Ausführungen hervorgeht, besteht eine baktericide Wirkung des Serums gegenüber den Streptokokken bisher noch nicht. Auch ist die Entscheidung (der Frage nach dem praktischen Werth des Serums noch nicht möglich, in so fern die Prüfung desselben und die mangelnde Haltbarkeit der Antikörper Schwierigkeiten für die Lösung des Problems bereiten. Abgesehen davon, dass die Herstellung seines Antistreptokokkenserums kein Virus fixe giebt, ist auch die Werthbestimmung für dasselbe eine höchst unsichere und nicht im entferntesten an Genauigkeit mit der exakten Diphtherie-antitoxinbestimmung zu vergleichen,

A.'s Versuche verliefen also ziemlich ergebnislos. Filtrate (Pukal-filter) selbst der virulentesten Streptokokkenkulturen manifestirten sich so gut wie wirkungslos. Auch aus den Leibern der Streptokokken gelang es ihm nicht, ein tödliches Gift zu erhalten. — Zur Immunisirung größerer Thiere (Pferde, Esel) wurden nur lebende virulente Kulturen gebraucht. Um größere Mengen solcher zu bekommen, hat A. das ganze steril entnommene Herz eines Kaninchens, welches an den Folgen der Impfung mit Streptokokken verendet war, in einen Kolben Bouillon gebracht, welcher 24 Stunden im Brutschrank belassen wurde. Die Thiere wurden mit aufsteigenden Dosen dieser Kulturen subkutan geimpft. In einzelnen Fällen reagirten die Thiere Anfangs sehr schwach; wurde die Menge der Kulturflüssigkeit gesteigert, und war die angewandte Bouillon zufällig sehr virulent, so trat plötzlich eine intensive, manchmal in wenigen Tagen zum Tode führende Erkrankung auf. Bei dieser ungleichmäßigen Wirksamkeit des Toxins erscheint die Leitung der Immunisirung sehr schwierig und muss mit größter Vorsicht gehandhabt werden.

Der Vergleich des Serums A.'s mit dem Marmorek'schen ergab

die unerwartete und durch Versuche bestätigte Thatsache, dass das Serum aus dem Pasteur'schen Institute gegenüber den Streptokokken A.'s nahezu unwirksam war, während das A'sche die Versuchskaninchen schützte. Die Erklärung dafür fand A. darin, dass die Streptococcus-Antikörper wenigstens in dem mit 0,5% Phenol konservierten Serum nicht haltbar sind, dass schon nach 3 Monaten mindestens 90% der Antikörper des Serums zerstört worden. A. stellt über den Mechanismus der Immunisirung mittels des Antistreptokokkenserum und über die in der Praxis erzielten Resultate eine weitere Mittheilung in Aussicht. Im Übrigen rath er, alle bisherigen klinischen Berichte nur mit größter Vorsicht zu verwerthen, da man nicht weiß, von welcher Wirksamkeit das Serum war, welches von anderen Autoren zu Heilzwecken in der Praxis verwendet wurde.

Gold (Bielitz).

12) S. Arloing und J. Courmont. Sur le traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de sérum d'ane normal ou préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome.

(Province méd. 1896. No. 21.)

Richet und Héricourt hatten bei 50 Beobachtungen in $\frac{4}{5}$ der Fälle eine günstige Beeinflussung des Krankheitsbildes bösartiger Geschwülste durch Injektionen von Thierserum bemerkt, und diese Angaben waren von einer ganzen Zahl anderer Autoren, Boureau, Boinet, Fevré, Salvati, Gaetano im Wesentlichen bestätigt worden. Dem gegenüber haben die Autoren es sich zur Aufgabe gemacht, in einer Reihe von Untersuchungen jene Ergebnisse und Angaben zu kontrolliren. Sie studirten zu diesem Zweck ganz systematisch die Wirkungen der Injektionen von Krebs- bzw. Sarkomsaft auf Esel, beobachteten den klinischen Verlauf bei 8 Pat. mit bösartigen Geschwülsten verschiedenfachster Art unter entsprechender Therapie, speciell die Einwirkung sowie die lokale Reaktion an der Infektionsstelle und zum Vergleich auch die Wirkungsweise des Serums nicht geimpfter Esel auf Krebskranke. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Injektionen von Serum durch Krebssaftimpfung vorbereiteter Esel in der Umgebung bösartiger Geschwülste beim Menschen nicht im Stande sind, an sich diese Geschwülste zum Verschwinden zu bringen, noch ihre Allgemeinverbreitung im Körper oder den tödlichen Verlauf hintanzuhalten. Indessen können sie einen gewissen Nutzen haben, indem sie, wahrscheinlich durch Rückbildung einer peripherischen Entzündungszone um die Geschwulst herum, vorübergehend das Volumen derselben verkleinern, die Kompressionerscheinungen vorübergehend verschwinden machen (Schmerzen, Ödeme u. dgl.), für einige Wochen auch die Ausbreitung der Geschwulst im Körper aufhalten, ja indirekt auch die vorübergehende oder dauernde Heilung der Geschwulst vermitteln, indem

sie sie in operablen Zustand versetzen. Das Serum vorgeimpfter und natürlicher Esel verhält sich in so fern verschieden, als das erstere ausgesprochene toxische Symptome herbeiführt, welche durch Kumulation ausgelöst werden. Von gewisser Zeit an treten, wenigstens bei den Krebskranken, lokale und allgemeine Reaktionen auf, im Durchschnitt nach der 5. Injektion, und um so rascher nach der Injektion, je länger die Behandlung fortschreitet, lokal in der Umgebung oder entfernt von der Stichstelle in Gestalt von Ödem, Purpura, verschiedenfachen Eruptionen, welche nach wenigen Stunden oder Tagen wieder verschwinden, allgemein häufig mit Fieber, Anorexie, Schlaflosigkeit etc. Mehr wie 15 Injektionen lassen sich die Kranken nicht gefallen. Von diesen Symptomen scheint das Serum natürlicher Esel frei zu sein, während es in der Wirkung in Bezug auf Verkleinerung des Geschwulstbereiches gleichwerthig zu sein scheint. Nach diesen Ergebnissen könnte man also zum Zweck schärferer Begrenzung bösartiger Geschwülste, um diese für eine Radikaloperation handlicher zu gestalten, oder um Kompressions-symptomen, Schmerzen, Ödemen etc. zu begegnen, wohl zu einer derartigen Serumbehandlung in geeigneten Fällen seine Zuflucht nehmen; vorzuziehen wäre aber dann jedenfalls das normale Serum ungeimpfter Esel.

A. Frank (Berlin).

13) J. Katzenstein. Die Autoskopie des Nasenrachenraumes.

(Archiv für Laryngologie 1895.)

Die Besichtigung des Nasenrachenraumes mit bloßem Auge ohne Vermittlung eines Spiegels führt Verf. folgendermaßen aus: Der Kranke liegt auf dem Rücken mit hängendem Kopfe und zieht die Zunge, wie beim Laryngoskopiren, heraus. Nun wird ein dem Desmarres'schen Augenlidhalter ähnlicher Gaumenhaken hinter das Zäpfchen geführt und mit ihm der weiche Gaumen angezogen. Dann erscheinen der Reihe nach der Passavant'sche Wulst, die hintere Rachenwand, das Rachendach, die Tubenwülste, die Tubenöffnungen, die Plica salpingopalatina und salpingopharyngea, die Rosenmüller'sche Grube. Unsichtbar bleiben das Septum narium, die Choanen und die hinteren Muschelenden, »da wir bei der Rückenlage des Pat. nicht von hinten in den Nasenrachenraum sehen können« (was übrigens auch bei jeder anderen Lage seine Schwierigkeiten haben dürfte). Die Untersuchung kann mit jeder Beleuchtung ausgeführt werden, Cocainisirung soll unnöthig sein. Verf. empfiehlt diese Methode zur Operation von Nasenrachengeschwülsten und adenoiden Wucherungen unter direkter Führung des Auges und zum Katheterismus der Tuba Eustachii vom Nasenrachenraum aus, wo eine Leitung des Auges erforderlich ist.

Teichmann (Berlin).

14) L. Grünwald. Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten.

(Lehmann's Sammlung med. Handatlanten Bd. XIV. München, 1897.)

Mit dem vorliegenden Bande bringt die rührige Verlagsfirma den XIV. ihrer kleinen Bände, die trotz aller im Einzelnen von der Kritik an ihnen gemachten Ausstellungen eine starke Verbreitung gefunden haben; das spricht ja wohl am besten dafür, dass das Gebotene in den Kreisen der Praktiker gern aufgenommen ist, und dass diese bereit sind, über die mehr oder minder großen Mängel bei der ungemein billigen Preisstellung hinwegzusehen.

Das neue Bändchen ist von G. im Allgemeinen nach denselben Principien bearbeitet, wie der früher erschienene Atlas der Nasen-Rachenkrankheiten (Bd. IV der Sammlung). Nach einer durch einen Sagittalschnitt des Halses (Luschka) unterstützten kurzen Einleitung über Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes folgen Angaben über die Untersuchungsmethoden, unter denen auch der Kirstein'schen Spatellaryngoskopie nähere Erwähnung geschieht, und die üblichen »praktischen Winke«, und daran reiht sich ein kleines Kompendium der Pathologie und Therapie der Erkrankungen des Kehlkopfes in gedrängtester Form. Die nun folgenden 32 farbigen Tafeln, begleitet von kurzen erläuternden Krankengeschichten, geben eine große Reihe von Erkrankungsformen; was die Farbengebung betrifft, so kann man im Allgemeinen nur anerkennen, dass sich fast alle Bilder auf der Höhe der sonst bekannten — freilich viel theureren — Kehlkopfatlanten halten; nur die verschiedenen Geschwulstformen bleiben hier vielleicht etwas zurück; im Ganzen erfüllen die Tafeln, welche nach Skizzen und Präparaten G.'s vom akademischen Maler Keilitz ausgeführt sind, den beabsichtigten Zweck. Die verschiedenen Formen der Stimmbandlähmungen sind in nichtfarbigen Skizzen gegeben. Recht dankenswerth erscheinen die im Anschluss an die makroskopischen Abbildungen vorliegenden 13 Tafeln farbiger mikroskopischer Darstellungen; wenn auch hier bei einer Anzahl von Figuren eine distinktere Farbengebung sehr erwünscht wäre, so werden doch eine Reihe von pathologischen Zuständen in völlig ausreichender Weise zur Anschauung gebracht und ermöglichen so auch dem Praktiker gegebenen Falles eine Vergleichung, die bisher nur an der Hand weniger und viel größerer Publikationen, z. B. des Atlas von Seiffert-Kahn, möglich war.

Bachmann (Breslau).

15) O. Chiari. Über Angiome der Stimmbänder.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Die Angiome des Kehlkopfes sind im Ganzen selten; am häufigsten finden sie sich an den Stimmbändern, dann an den Taschenbändern; meist bei erwachsenen Männern, viel seltener bei Frauen. Am häufigsten handelt es sich um ein Kavernom, seltener um Angina simplex, nur ausnahmsweise um geschwulstartige Varicen; ein Lymphangioma

cavernosum wurde nur in 1 Falle, und zwar an der aryepiglottischen Falte beobachtet. Die Angiome entstehen langsam und sind gewöhnlich mit Hyperämie und chronischem Katarrh des Kehlkopfes verbunden. Die kavernösen Geschwülste bieten meist den Anblick von brombeerartigen, dunkelrothen oder blaurothen oder fast schwarzen Hervorragungen, erreichen auch oft die Größe von Brombeeren. Das Angioma simplex erscheint meist als flache Hervorragung, dessen Zusammensetzung aus feinen Gefäßen bei näherer Betrachtung deutlich wird. Der Varix bildet einen bläulichen Knoten. Verf. beschreibt 2 Fälle von Varixbildung und giebt von dem einen genaue histologische Untersuchungen. Die Therapie besteht in Entfernung der Geschwulst, am besten auf galvanokaustischem Wege, da die Blutung sehr stark werden kann. Es ist ein Fall bekannt, wo wegen der starken Blutung tracheotomirt werden musste, und trotzdem das Leben nicht zu erhalten war; allerdings handelte es sich dabei nicht um ein Angiom, sondern um ein sehr gefäßreiches Myxom. Recidive nach Angiomen scheinen selten zu sein. **Teichmann** (Berlin).

16) **F. Massei**. Der peritracheolaryngeale Abscess bei Kindern.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Bei der Behandlung akuter Kehlkopfengen im Kindesalter mittels der Intubation ist es dem Verf. wiederholt begegnet, dass er bei dem Versuch der Einführung des Röhrchens statt der erwarteten Pseudomembranen Eiter aus dem Kehlkopfinnern herausbeförderte. Seine auf die Herkunft dieser Eiterung gerichteten Studien haben ihn zu der Aufstellung eines neuen Krankheitsprocesses geführt, des peritracheolaryngealen Abscesses. Er besteht darin, dass die oberste Gruppe einer von Léval-Piquechef und Gougenheim genau beschriebenen, an der Luftröhre seitlich in nächster Nachbarschaft des N. recurrens sich hinziehenden Lymphdrüsenkette vereitert und durch ihre Anschwellung die nachgiebige Seiten- und Hinterwand der Luftröhre in der Höhe des obersten Trachealringes in die laryngotracheale Lichtung hervorwölbt. Es entsteht dadurch das Bild der akuten Kehlkopfstenose. Bei der Untersuchung sieht man die subglottische Schleimhaut vorgewölbt und sammetartig rothglänzend, bei Druck auf den N. recurrens auch Stimmbandlähmung. Zur Behandlung kann man die Intubation versuchen; wenn man aber den Abscess erkennt, sei es durch eine vorherige glückliche Beobachtung, sei es im Augenblick der Intubation, und die Röhre auf ein unüberwindliches Hindernis stößt, soll man sofort tracheotomiren. Ist dagegen der Abscess schon so weit vorgeschritten, dass die Schleimhaut darüber gespannt und dünn geworden ist, so wird man mit der Röhre leicht seine Eröffnung herbeiführen und damit eine kausale Behandlung vollführen können.

Teichmann (Berlin).

17) E. Richerolle. Chirurgie du poumon. Pneumotomie — Pneumektomie.

Paris, Société d'éditions scientifiques 1892. 95 S.

Nach kurzer Einleitung, in der Verf. nach einem Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Lungenchirurgie die Gleichartigkeit der für die Pneumotomie in Betracht kommenden Erkrankungen der Lunge mit denen anderer Organe, somit auch die Berechtigung einer gleichartigen chirurgischen Behandlung betont und auf die schlechten Resultate der Heilversuche durch Injektion verschiedener Substanzen in die Lunge hinweist, sucht er in seiner Arbeit den Nachweis für die Nützlichkeit und Überlegenheit der Pneumotomie über die anderen Behandlungsmethoden, die mit ihr konkurrieren, zu erbringen. Er bespricht in einzelnen Kapiteln diejenigen Erkrankungen der Lungen, welche eine Indikation zur Ausführung dieser Operation abgeben können, Abscess und Gangrän, Bronchiektasien, Fremdkörper, Aktinomykose, Echinokokken, Geschwülste etc. Nach kurzer Darstellung ihrer pathologisch-anatomischen und klinischen Eigenthümlichkeiten geht er unter sorgfältiger Berücksichtigung der Litteratur auf statistische Vergleiche über den Erfolg interner und chirurgischer Behandlung ein, an die er Betrachtungen über die Indikationsstellung für den chirurgischen Eingriff anschließt. Jedem Kapitel sind einige Berichte interessanter Fälle beigelegt, darunter 2 bis dahin noch nicht publicirte Fälle — ein Lungenechinococcus, von Polaillon mit Erfolg operirt, und eine Lungenhernie, von Tuffier durch Resektion geheilt.

Der 2. Theil der Arbeit — über Pneumektomie — enthält in der Hauptsache eine genaue Wiedergabe der Krankengeschichte des bekannten Tuffier'schen Falles von Resektion einer tuberkulösen Lungenspitze und des für solche Operationen von diesem Autor angegebenen Verfahrens.

Im Allgemeinen sind neue Gesichtspunkte für die chirurgische Behandlung nicht gegeben.

Der Standpunkt des Verf., der unter Tuffier's Leitung arbeitete, erhellt aus folgenden Schlusssätzen:

Die Pneumotomie ist absolut indicirt

- bei Lungenabscess,
- bei umschriebenen gangränösen Herden,
- bei Echinokokken.

Sie ist anzurathen

- bei circumscribten Dilatationen der Bronchien,
- bei sehr umfangreichen tuberkulösen Kavernen,
- bei Fremdkörpern, die zu Lungeneiterung geführt haben,
- bei der Aktinomykose, wenn sie absolut circumscribt auftritt.

Die Pneumotomie ist contraindicirt

- bei kleinen und zahlreichen Kavernen,
- bei diffuser Dilatation der Bronchien,

bei nicht circumscripiter Gangrän,
bei diffuser oder generalisirter Aktinomykose.

Die Pneumektomie, die ausgezeichnete Resultate im Experiment geliefert hat, scheint indicirt zu sein

bei Tumoren der Brustwand, die auf einen Abschnitt der Lunge übergegriffen haben,
bei irreponiblen Lungenhernien.

Betreffs der umschriebenen Lungentuberkulose ist mit Rücksicht auf die zu spärlichen Beobachtungen und den bis dahin einzigen Fall von Heilung Tuffier's noch kein sicheres Urtheil möglich.

Braem (Chemnitz).

18) J. Schwalbe. Pneumotomie, Pneumektomie.

(Aus der Realeneyklopädie der gesammten Heilkunde von A. Eulenburg. II. Auflage. IV. Bd. Wien, Urban & Schwarzenberg, 17 S.)

Verf. berichtet über die Erfolge der Lungenchirurgie in den letzten 5 Jahren. Er giebt zunächst eine Zusammenstellung der Kasuistik seines Berichtsgebietes aus dieser Zeit. Die Fälle sind in möglichster Kürze wiedergegeben. Er bespricht dann auf Grund dieser die Prognose, Indikation und Technik der Pneumotomie.

Die Prognose ist gut bei den akuten einfachen Abscessen. Die gangränösen akuten und chronischen Abscesse gehen einen großen Procentsatz völliger Heilung, aber auch einen großen Mortalitätsquotienten. Der erstere beträgt 50, letzterer 40%. Die chronischen einfachen Abscesse und Bronchiektasien geben zwar nicht viele Todesfälle, aber auch wenig völlige Heilungen, es überwiegen die Fälle unvollkommener Heilung resp. Besserung. Die schlechteste Prognose — 16% völlig geheilt, 41% gestorben — kommt den chronischen putriden Bronchiektasien und Fremdkörpereiterungen zu.

Demnach ergeben sich als Indikationen:

Die akuten einfachen Abscesse sollen operirt werden.

Auch bei den chronischen einfachen Abscessen, den chronischen einfachen und putriden bronchiektatischen Höhlen, sobald dieselben das Krankheitsbild beherrschen, den akuten und chronischen gangränösen Abscessen und den putriden Eiterungen nach Fremdkörpern ist die Operation zu empfehlen. Für die beiden letzteren Erkrankungen ist der Nachweis deutlich lokalisirter Höhlensymptome nothwendig. Multiple Bronchiektasien sollen nicht operirt werden.

Genaue Berücksichtigung aller für die Operation wichtigen Momente, möglichst exakte Feststellung der Diagnose ist unumgänglich erforderlich. Die Probepunktion soll möglichst beschränkt werden wegen Gefahr der Infektion der Pleura und eventueller Aspiration des Kavarneneiters mit folgender Pneumonie durch gesteigerten Hustenreiz.

Für die Technik der Pneumotomie wird als reguläre Operation breite Incision und Rippenresektion empfohlen. Die Operation soll erst nach Verwachsung der Pleurablätter an der Schnittstelle vor-

genommen werden. Die verschiedenen Verfahren, auf mechanischem oder chemischem Wege diese Verwachsung oder einen Abschluss der Pleurahöhle zu erzielen, werden kurz angeführt. Die Incision des Lungengewebes geschieht am besten mittels Thermokauters. Die Ausspülung der Höhlung ist zu vermeiden.

Die tuberkulösen Kavernen und die Lungenechinokokken werden gesondert besprochen. Sie sind dadurch ausgezeichnet, dass ihre Diagnose einfacher ist. In der Prognose unterscheiden sie sich wesentlich. Die Operation der Echinokokken führt fast ausnahmslos zur Heilung (nicht operirt 60% Mortalität), die der tuberkulösen Kavernen kann bestenfalls Besserung erzielen. Desshalb ist der Echinococcus unbedingt zu operiren. Bei tuberkulösen Kavernen sind die Ansichten der Autoren getheilt. Die Operation ist zum mindesten außerordentlich selten — nur in Ausnahmefällen — berechtigt. Im Allgemeinen ist kein Vortheil von ihr zu erwarten.

Bei der Pneumektomie ist die Art des Leidens, das die Operation veranlasst, ausschlaggebend für die Berechtigung der letzteren. Betreffs der Tuberkulose herrscht wohl heut zu Tage ziemliche Einigkeit darin, dass die Resektion tuberkulöser Lungenspitzen zu verwerfen ist. — Bei manchen Fällen von Lungentumoren, die nicht zu umfangreich, isolirt und oberflächlich gelegen sind, muss die Berechtigung der Operation zugestanden werden.

Braem (Chemnitz).

19) **Terrier** (Paris). La pneumotomie.

(Progrès méd. 1896. No. 48.)

T. bespricht in einem klinischen Vortrage Indikation und Operationsmethoden. Er verwirft die frühzeitige Methode, eben so wie die langsame Eröffnung durch Ätzmittel. Nur breite Eröffnung des Thorax mit entsprechender Rippenresektion, der sofortiges Eindringen in die Lunge bei bestehenden Adhäsionen, nach Anlegung einer Pleuranahrt, wo diese fehlen, folgen soll, ist am Platze. Bei tuberkulösen Kavernen ist längeres Zaudern zulässig, akute Abscesse, Bronchiektasien wie interlobuläre Empyeme, Gangrän und Hydatidencysten erfordern schnelle Hilfe. Je nach Beschaffenheit des Gewebes benutzt T. das Messer oder den rothglühenden Thermokauter. Jede Spülung ist zu unterlassen, ausgiebige Drainage einzuleiten. Fisteln bleiben nur bei ungenügendem Eingriff und sind durch Nachoperation zu beseitigen.

Roesing (Hamburg).

20) **Terrier** (Paris). Pneumectomie.

(Progrès méd. 1896. No. 50.)

In dieser dritten von Reymond publicirten klinischen Vorlesung über die Lungenchirurgie behandelt T. die Resektionen der Lunge. Nach historischer Einleitung und kurzer Mittheilung der günstigen Ergebnisse der Thierexperimente, vor deren einfacher Übertragung auf die Verhältnisse des kranken Menschen Verf. dringend warnt, bespricht er die Indikationen nach ätiologischer

Eintheilung. Es wurde operirt wegen Tuberkulose, Neoplasmen und Hernien resp. Vorfällen der Lungen.

Trotz der einzelnen günstigen Resultate der wegen Tuberkulose vorgenommenen Resektionen warnt T. dringend vor der ferneren Vornahme dieser Eingriffe. Eine Heilung könne nur erwartet werden, wo auch Spontanheilung eintreten würde; andererseits könne der schwere Eingriff das Ende nur rascher herbeiführen. Neubildungen seien bisher nur sekundärer Art behandelt, es ist auch nicht zu erwarten, dass primäre später öfter diagnosticirt werden würden. Nur ein Fall dieser Art — von Péan — ist bekannt. Die sekundären sind nur dann operativ anzugreifen, wenn sie als direkte Fortsetzung von der Brustwand primär aufsitzenden sich darstellen. Metastatische dagegen sind streng auszuschließen. Endlich sind Hernien und Vorfälle zunächst durch Reposition und Radikaloperation anzugreifen. Nur falls dieselben brandig sind oder inficirt, müssen sie abgetragen werden. Die Technik ist in allen Fällen die folgende: Mit langem Hautschnitt wird die Gegend freigelegt, die Muskeln stumpf bei Seite gezogen, so viel Rippen, wie nöthig erscheint, resecirt, und ohne Rücksicht auf entstehenden Pneumothorax die Lunge bloßgelegt und im Gesunden abgetragen. Gewöhnlich wird die freie Pleurahöhle dabei gar nicht eröffnet, da sie durch alte Verwachsungen abgeschlossen ist. Bei den Hernien und Vorfällen kommt man in der Regel ohne Resektion von Rippen aus; die Möglichkeit der Reposition ist nach denselben Regeln zu beurtheilen, wie bei Bauchhernien. Die Lungenwunde wird mit Katgut oder Seidennaht verschlossen, der Pleurasack vernäht resp. abgebunden, und die äußere Wunde ohne Drainage primär verschlossen. Zahlreiche Litteraturangaben sind beigelegt.

Roesing (Hamburg).

21) K. Joerss. Über die heutige Prognose der Exstirpation mammae carcinomatosae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 101.)

Die aus der Greifswalder Klinik stammende und mit Unterstützung von Helferich und L. Heidenhain verfasste Arbeit behandelt die anatomischen Begründungen und die bislang gesammelten klinischen Resultate der bekannten von Heidenhain eingeführten radikaleren Operationsmethoden des Brustcarcinoms. Heidenhain's Angaben über die anatomischen Verbreitungswege der Brustcarcinomrecidive insbesondere mittels der retromammären Lymphgefäße in der Fascia pectoralis und im retromammären Fettgewebe werden von J. rekapitulirt und sind von anderer Seite (Stiles) bestätigt. Über die Ausbreitungswege jenseits der ersten inficirten Achseldrüse und zwischen den einzelnen Drüsen aber ist fast nichts genauer bekannt, und darum hat J. in 8 Fällen das gleichzeitig mit einer krebsigen Brust entfernte, geschwollene Drüsen enthaltende Achselfett mikroskopisch durchforscht. Hierbei hat sich die vor-gefasste Meinung, das Achselfett würde ähnlich wie das retromammäre

Fett reichlich von Krebsmetastasen durchsetzt sein, nicht bestätigt. In einem Fall aber fanden sich im Inneren von Venen Krebszellenklümpchen, Krebsemboli (cf. 2 Figuren) und in einem anderen ein von Krebszellen vollkommen erfülltes Lymphgefäß; in den übrigen Fällen waren die Resultate im Wesentlichen negativ. J. neigt zur Ansicht, dass die Infektion von einer Drüse zur anderen embolisch erfolgt, und dass zur Erklärung mancher inneren Metastasen die Annahme eines Übertrittes von Krebstheilen in die Blutbahn nöthig sei. Dieser Übertritt wird vermuthlich in den zu- und abführenden Gefäßen inficirter Achseldrüsen am leichtesten erfolgen können, und dass dieser Weg nicht selten benutzt wird, dafür scheint zu sprechen, dass Pat. mit vorgeschrittenen Achseldrüsenkrebsen sehr oft an inneren Metastasen zu Grunde gehen, ohne Lokalrecidive zu bekommen.

Die gelieferte klinische Statistik der Operationsresultate aus der Helferich'schen Klinik umfasst 92 Fälle aus den Jahren 1885—1893, 57 davon vor Oktober 1890 nach älterer Methode, 35 später radikal nach Heidenhain'schen Angaben operirt. Bei Beurtheilung der Resultate ist zu berücksichtigen, dass die genannte Klinik zugehenden Mammacarcinome stets schon in vorgeschrittenen Krankheitsstadien stehen, 20% aller Pat. waren schon inoperabel und die noch operablen trugen große Geschwülste und stark inficirte Drüsen. Von den vor 1890 Operirten blieben 42,1% nach der ersten Operation ohne Lokalrecidiv, von den nach 1890 Operirten dagegen 60%, also 17,9% mehr, womit die Wirksamkeit des Heidenhain'schen Verfahrens bewiesen ist. Ein Einfluss auf größere Häufigkeit radikaler Heilung ist freilich in Greifswald noch nicht zu konstatiren. Von den vor 1890 Operirten sind 29,8% radikal Geheilte zu zählen, von den nach 1890 Operirten nur 28,5%. Doch kann dies nur darauf bezogen werden, dass die Kranken zu spät in Behandlung kamen, wie denn auch vor 1890 15,8%, nach 1890 25,7% der Fälle an inneren Metastasen gestorben sind. An anderen Orten lagen die Verhältnisse günstiger, wie aus den Berichten von Halsted, Rotter und Cheyne über ihre Operationen nach Heidenhain hervorgeht. Eine Tabelle, die Fälle dieser Autoren nebst denen von Helferich seit 1890 Operirten zusammenstellend (im Ganzen 76), ergibt, dass 42,1% der Operirten radikal (3 Jahr und länger) geheilt geblieben und 27,6% ohne Lokalrecidiv gestorben sind. Hiermit sind die Resultate der früheren Operationsmethoden weit überflügelt. Als die günstigsten Statistiken hierüber benutzt J. zum Vergleiche die von Hildebrand (König) und von Eichel (v. Bergmann), denen er die Helferich'schen Fälle aus der Zeit vor 1890 anreicht, im Ganzen 193 Fälle. Hiervon sind 18,8% radikal geheilt und 7,4% ohne Lokalrecidiv gestorben. Der Vergleich mit den analogen obigen Zahlen zeigt die Größe des gemachten Fortschrittes.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) F. Leguen. Des sarcomes primitifs de la clavicule.

(Archives des sciences médicales de Th. Jonnesco, Babès et Kalindero de Bucarest 1896. No. 1.)

23) Derselbe. De l'extirpation de la clavicule.

(Ibid.)

Verf. exstirpierte bei einem 22jährigen jungen Mädchen wegen eines im äußeren Drittel des Schlüsselbeines sitzenden Rundzellen-sarkoms das ganze Schlüsselbein. Das funktionelle Resultat war ein gutes; am 16. Tage konnte Pat. den Ellbogen bis zur Schulterhöhe heben, am 20. Tage sich allein kämmen. Eine schon vor der Operation bestehende Lungenaffektion vernichtete jedoch die Erwartungen auf eine längerdauernde Heilung. Auf Grund dieser Beobachtung unterzieht Verf. die einschlägige Litteratur sowohl in pathologisch-anatomischer Beziehung wie hinsichtlich der Wahl der Operation und des späteren funktionellen Resultates einer genauen Kritik. Er hat im Ganzen 35 Fälle von primären bösartigen Geschwülsten des Schlüsselbeines, welche er alle den Sarkomen zurechnen zu dürfen glaubt, gesammelt: 15 Männer, 10 Frauen; in 10 Fällen ist das Geschlecht nicht angegeben. Das Alter schwankte zwischen 6 und 66 Jahren, der Zeitraum von 12—20 Jahren war am meisten befallen (12 Fälle). Die rechte Clavicula ist häufiger befallen als die linke, das äußere Drittel mehr als das innere, die Sarkome der Diaphyse sind am seltensten; die vom Periost ausgehenden Formen sind wenig häufig. Eine genauere histologische Sonderung der einzelnen Formen wird nicht gegeben. Sodann bespricht Verf. die Symptomatologie, Diagnose und Prognose dieser Geschwülste. Die Therapie besteht entweder in einfachem Abtragen der Geschwulst (von Nélaton 1mal wegen eines mit dem Periost zusammenhängenden Sarkoms gemacht) oder partieller Resektion (6mal in vorantiseptischer Zeit, ohne genau bekanntes späteres Resultat am akromialen Ende des Schlüsselbeines, 6mal am sternalen ausgeführt), oder in Entfernung des ganzen Schlüsselbeines. Die letztere Operation, deren Schwierigkeit dadurch so erheblich wird, weil man nicht subperiostal operiren kann, ist 11mal ausgeführt. Nachdem des Genaueren die Technik beschrieben ist, werden die Resultate besprochen. Die Sterblichkeit beträgt 11%; das funktionelle Resultat ist in den meisten Fällen sehr gut. Fast alle Bewegungen können mit ungeminderter Kraft in der Schulter ausgeführt werden. Die Gestaltveränderung der Schulter ist gering. Man muss jedoch sorgfältig die Ansätze der benachbarten Muskeln schonen. Die therapeutischen Erfolge sind nach einer totalen Resektion des Schlüsselbeines quoad recidiv. zwar bessere, doch immer noch sehr schlechte. Bei dem günstigen funktionellen Resultat, bei dem besten therapeutischen Erfolg ist die totale Exstirpation bei Sarkom vorzuziehen.

Borchard (Posen).

24) F. Bähr. Bemerkungen zu den Frakturen der unteren Radiusepiphyse.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1896. No. 22.)

Verf. ist in seiner schon früher (Centralblatt für Chirurgie 1894) vertretenen und bereits von Hoffa, Helferich und Rieffel wiedergegebenen Ansicht, dass die Radiusfrakturen beim Fall auf die ausgestreckte Hand nicht bloß durch eine forcirte Anspannung des Lig. carpi volare, sondern eben so sehr durch das Anstemmen der Radiusepiphyse gegen die erste Karpalreihe bedingt werden, bestärkt worden durch die inzwischen mehrfach gemachte sichere Erfahrung, dass bei genanntem Mechanismus die Radiusepiphyse intakt bleiben und Frakturen der Handwurzelknochen auftreten können. Die Exkursionsfähigkeit des Handgelenks ist bei manchen Menschen eine so große, dass eine Anspannung des Lig. carp. volare besonders beim Fall auf die dorsal flektirte Hand gar nicht vorkommt. Es wird nur der Radius gegen die obere Karpalreihe angetrieben. Es können in Folge dessen bei diesem Mechanismus eben so gut die Karpalknochen wie der Radius frakturirt werden. Beides kommt in der That vor, nur ist letzteres das häufigere. B. will diese Art Frakturen analog den auf ähnliche Weise zu Stande kommenden Frakturen des Calcaneus als Kompressionsfrakturen oder nach dem Vorgange Golebiewski's bei Calcaneusfrakturen als Stauchbrüche bezeichnet wissen. Die Prognose dieser Stauchbrüche ist eine gute; sie heilen, wenn sie nicht zu lange festgestellt werden, meist mit guter Funktion. Bezüglich der von Anderen angegebenen günstigen Heilungsergebnisse bei typischen Radiusfrakturen, bei denen nach 18 Tagen schon eine vollkommene Funktion erzielt wurde, ist Verf. der Meinung, dass es sich gar nicht um »typische« Radiusfrakturen, sondern um diese Stauchbrüche gehandelt hat. Beide Arten von Brüchen gehen eben heute leider immer noch unter der Bezeichnung: »typische« Radiusfraktur. Dittmer (Sachsenberg i. M.).

25) H. Chaput. Nouveau procédé d'amputation.

(Extrait de la Presse méd., Paris, 1896.)

Als »Amputation discordante« beschreibt C. eine Methode der hohen Oberschenkelamputation, deren Hauptvorzüge in sehr geringem Blutverlust und Bildung eines vorzüglichen Stumpfes bestehen soll. Die Methode ist eine Kombination von Osteotomia subtrochanterica und tiefer Oberschenkelamputation und besteht aus 3 Zeiten:

1) Osteotomia subtrochanterica. Vertikale Incision unterhalb des Trochanters bis auf den Knochen; Durchschneidung des Femur mit dem Osteotom von MacEwen.

2) Cirkulärschnitt durch die Weichtheile im unteren Drittel des Oberschenkels, dicht über der Kniescheibe, mit Bildung einer langen Hautmanschette. Hierbei exakte Blutstillung.

3) Vereinigung des ersten Schnittes mit dem Cirkelschnitt durch

eine lange Incision an der Außenseite. Hierauf Absetzung des aus allen Verbindungen gelösten Gliedes.

Man kann dann nach Belieben Alles wieder vereinigen, oder Alles offen lassen, oder nur den Cirkelschnitt, oder nur den Außenschnitt nähen.

Dieselbe Methode lässt sich mit einer geringen Modifikation auch für die Exartikulation des Hüftgelenkes verwenden. Das Verfahren ist übrigens mit ganz geringen Abänderungen schon von Neudörfer (Wiener med. Wochenschrift 1891) beschrieben worden.

Jaffé (Hamburg).

26) J. B. Walker. Rupture of the quadriceps extensor muscle and its tendon above and below the patella.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Juni.)

Aus einer Analyse von 255 Fällen, denen eine große Anzahl von Publikationen aller Länder zu Grunde liegt, kommt W. zu folgenden Schlüssen:

1) In frischen Fällen ohne großen Erguss, ohne Eröffnung des Gelenkes, ohne hartnäckige Diastase der durchrissenen Sehnenenden ist die mechanische Behandlung (Annäherung und Fixirung der getrennten Theile durch passende Lagerung auf schiefer Ebene, später Massage, Elektrizität, passive Bewegungen) empfehlenswerth. Völlige Wiederherstellung in 9—12 Monaten.

2) Zu lange fixirende Verbände sind unzweckmäßig.

3) Wer die Asepsis beherrscht, kann in geeigneten Fällen die primäre Naht anlegen und seinen Kranken dadurch in 3—6 Monaten bereits herstellen.

4) Wenn die Diastase der Sehnenenden mehr als $1\frac{1}{2}$ Zoll beträgt, oder wenn unter der mechanischen Behandlung keine Heilung eingetreten ist, so ist die Naht indicirt. W. Sachs (Mülhausen i/E.).

27) R. Gersuny. Die subkutane Zerreißung der Achillessehne.

(Wiener med. Wochenschrift 1896. No. 39.)

G. hat 3mal die bezeichnete Verletzung selbst, 1mal ihre Folgeerscheinungen gesehen; 3mal kam sie durch Muskelzug, 1mal direkt durch Anstoßen einer Stiefelspitze gegen die gespannte Sehne zu Stande. Aus dem Symptomenbild interessirt neben der geringen oder fehlenden Schmerzhaftigkeit der Verletzung an sich und der erheblichen späteren Gehstörung die eigenthümliche Verdickung, welche beide Sehnenfragmente vom Muskelansatz und vom Knochenansatz an etwa nach 2—3 Wochen erleiden, so dass an der Rissstelle zwei an einander stoßende kugelförmige Gebilde tastbar sind, und welche erst im Verlauf von Monaten etwas zurückgeht, aber nach einem Jahr in einen definitiven und pathognostischen Zustand übergeht, gleichmäßige Verdickung der Achillessehne in ihrer ganzen Länge (gegenüber der gesunden etwa um die Hälfte), etwas Druckempfindlichkeit an ihrem oberen Ende und an der Rissstelle.

H. Frank (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem städtischen Barackenkrankenhaus in Düsseldorf.)

Ersatz einer exartikulirten Phalanx durch Osteoplastik.

Von

Dr. Carl Stern, dirigirender Arzt.

In No. 35 des Centralblattes für Chirurgie, 29. August 1896, berichtet Thiel über einen von Bardenheuer vorgenommenen osteoplastischen Ersatz einer Phalanx nach Exartikulation derselben wegen Spina ventosa.

Bardenheuer wandte eine von ihm neu ersonnene Methode an, um bei einem 12jährigen Kinde, welches am rechten Zeigefinger die Erkrankung hatte, die Amputation resp. Exartikulation des Fingers zu vermeiden. Der außerordentlich günstige Erfolg, den Bardenheuer nach besagter Mittheilung in seinem Falle erzielte, gab mir Veranlassung, in einem ähnlich gelegenen Falle die Methode zu versuchen. Über deren Erfolg möchte ich kurz berichten:

Der Fall wich in verschiedenen Punkten von dem Bardenheuer'schen ab.

Es handelte sich, kurz gesagt, um einen 4 Jahre alten Knaben, der seit 2 Jahren wegen multipler Knochentuberkulose in Behandlung war. Anderweitig war vorher schon an verschiedenen Gelenken operirt worden. Ich selbst hatte im August v. J. eine Nachrevision des tuberkulösen linken Ellbogengelenks vorgenommen und im September eine ausgiebige Revision des auch schon anderweitig mit Auskratzungen behandelten rechten Fußgelenks.

Über die in Frage kommende Erkrankung (Spina ventosa der Grundphalanx des rechten Daumens) ist zu berichten, dass dieselbe bereits über 2 Jahre bestand und anderweitig wiederholt mit Auskratzungen behandelt war. Der rechte Daumen des kleinen Pat. bot zur Zeit unserer Beobachtung die typische Erscheinung, fassförmige Auftreibung, Fistel an der ulnaren Seite mit entzündlichen Veränderungen an der Haut. Die Nagelphalanx war intakt, die Gegend der Grundphalanx aber weich, ohne Halt, mit Ausnahme einer kleinen, durch Palpation nachweisbaren Knochenspanne am radialen Rand. Die Größenverhältnisse übertrafen um mehr als das Doppelte die an der linken Hand. Gebrauchsfähigkeit war sehr gering.

Die Verhältnisse lagen also in so fern gleich dem Bardenheuer'schen Fall, als es sich, wollte man eine radikale Beseitigung des tuberkulösen Herdes anstreben, nur um eine Exartikulation des Daumens handeln konnte.

Da der Knabe durch die Ankylose im linken Ellbogengelenk schon ohnehin ganz gehindert war, so konnte ich mich selbstredend nicht entschließen, ihm den Daumen der rechten Hand zu exartikuliren, musste auf der anderen Seite aber danach streben, den Process zum Ausheilen zu bringen, weil der Krankheitsprocess dem distalen Ende des Metacarpalknochens bedenklich nahe zu kommen schien. Die Bardenheuer'sche Mittheilung kam mir daher sehr gelegen, und ich führte am 16. November die Operation in der von Bardenheuer angegebenen Weise aus.

Chloroformnarkose, Esmarch'sche Blutleere. Zunächst wurde die ulnarwärts gelegene Fistel excidirt. Dabei gelangte man schon in die Höhle des Knochens, und es zeigte sich, dass derselbe bis auf spärliche Reste an der radialen Seite völlig zerstört war. Eine eigentliche Knochenschale ließ sich an der Phalanx nicht mehr nachweisen. Es wurde dann an der radialen Seite des Daumens, beginnend an der Basis der Nagelphalanx, herabreichend bis zur Mitte des Metacarpalknochens, ein Schnitt geführt, die Reste der Daumengrundphalanx extirpirt und das distale Ende des Metacarpalknochens unter Schonung der Weichtheile und Sehnen bis zur Mitte cirkulär freigelegt. Dabei zeigte sich, dass an der volaren Seite des Metacarpalknochens weiche, grauröthliche Granulationen in Ausdehnung einer kleinen Erbse sich befanden, die mit dem Löffel entfernt werden

konnten. Der Knochen und die Gelenkfläche selbst erschienen makroskopisch intakt. Genau nach der Vorschrift von Bardenheuer wurde nunmehr ein Silberdraht von der ulnaren nach der radialen Seite des freigelegten Gelenkendes geführt und ulnarwärts geschnürt. Derselbe sollte als Achse dienen, um welche das zu translocirende Knochenstück gedreht werden sollte. Nachdem das Periost an der Volar- und Dorsalseite entsprechend der Mitte des Metacarpalknochens durchtrennt war, und die beiden Enden der Periostschnitte durch einen Schnitt an der Radialseite vereint waren, wurde mit schmalen Meißel das diesen Schnitten entsprechende Knochenstück abgetrennt, am distalen Ende noch etwas gelockert und nun um den Silberdraht als Achse so gedreht, dass das centrale Ende einen volarwärts gerichteten Bogen von 180° beschrieb. An dem vorher etwas angefrischten centralen Ende der Nagelphalanx wurde das translocirte Knochenstück mittels einer Periostkatgutnaht fixirt. Naht der radialen und ulnaren Wunden mit Silberdraht und Katgut; Jodoform; Verband mit sterilisirter Gaze; Fixation auf Schienen. Lösung des Schlauches. Eine Nachblutung erfolgte nicht.

Der Verlauf war absolut reaktionslos; keine Schmerzen, keine Temperatursteigerung. Erster Verbandwechsel am 10. Tage post operationem. Radiale Wunde linear verheilt. Nähte entfernt. An der ulnaren Seite eine kleine granulirende Fläche, etwa erbsengroß. Der Finger ist im Ganzen noch etwas verdickt. Beim 2. Verbandwechsel, 15 Tage post operationem, war die ulnare Wunde ebenfalls vernarbt. Der Silberdraht ohne Fistel reaktionslos eingeeilt. Der Finger noch im Ganzen etwas verdickt, jedoch schon wesentlich mehr der Norm genähert. Bewegungen im Metacarpophalangealgelenk gut möglich und schmerzfrei. Seit dem 3. December, an welchem Tage der Finger bereits wesentlich mehr dem anderen gleicht, passive Bewegungen und Massage. Das Kind gebraucht den Daumen beim Fassen und Spielen in normaler Weise.

Der mitgetheilte Fall unterscheidet sich von dem Bardenheuer'schen einmal durch das Alter des Kindes: 4 Jahre gegen 12 Jahre. Die Kleinheit der Verhältnisse in unserem Falle schien geeignet, die Operation und den Verlauf etwas zu erschweren. Erleichtert schien mir die Sache aber in unserem Falle dadurch, dass es der Daumen war, an dem zu operiren war, und dass als Ersatzmaterial der ziemlich voluminöse Metacarpalknochen zu Gebote stand. Der Umstand, dass es sich um ein mit multipler Tuberkulose behaftetes Kind handelte, konnte Befürchtungen bezüglich des Endresultates erwecken. Vor Allem war aber der Befund von Granulationen am Metacarpalknochen bei der Operation geeignet, die Erwartungen bezüglich des Dauerresultates herabzumindern.

Wenn die Befürchtungen bezüglich des Heilresultates sich durch den Verlauf als unbegründet herausgestellt haben, so beweist dies um so deutlicher die Leistungsfähigkeit der Methode. Sollte sich selbst herausstellen, dass das erzielte ausgezeichnete Resultat kein dauerndes bleibt, so liegt das nicht an der Methode zu operiren, sondern eben nur daran, dass das Ersatzmaterial vielleicht nicht mehr ganz intakt war.

Man wird für ähnliche Fälle den Grundsatz festhalten müssen, nicht zu lange Zeit mit Auslöfflungen zu verlieren, sondern lieber etwas zeitiger die radikale Entfernung der betreffenden Phalanx mit Ersatz in der angeführten Weise vorzunehmen.

Die von Bardenheuer ersonnene Methode erscheint dazu in ganz hervorragender Weise geeignet, und kann ich mich der von Thiel ihr mitgegebenen Empfehlung nur auf das lebhafteste anschließen. Das translocirte Knochenstück hat sich auch in unserem Falle in seiner ganzen Ausdehnung erhalten, wie dies palpatorisch deutlich nachweisbar ist; auch die Beweglichkeit beginnt sich in erfreulicher Weise wieder einzustellen, so dass dem Pat. sein rechter Daumen, der so gut wie verloren war, vorläufig wenigstens bewahrt geblieben ist.

28) **L. Bydygier.** Einige Bemerkungen über das Krebsserum von Emmerich und Scholl.

(Nowy lekarskie 1896. No. 10.)

Auf Grund eigener, an 3 inoperablen Fällen von Sarkom des Oberkiefers und Chondrosarkom des Beckens gesammelter Erfahrung spricht Verf. wohl mit vollstem Rechte dem Krebsserum von Emmerich und Scholl jeden kurativen Einfluss ab. (Die Erfahrungen des Ref. stimmen vollständig mit jenen R.'s überein.)

Trzebicki (Krakau).

29) **Gluck.** Beitrag zur chirurgischen Behandlung infektiöser Thromben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 38.)

G. ist bereits früher, zuerst 1881, für die Excision thrombotischer Venenbezirke nach vorausgegangener Ligatur der Hauptvenen bei thrombophlebitischen Processen und Phlegmonen eingetreten. Er berichtet jetzt weiter über 2 Fälle, von denen der eine eitrige Thrombophlebitis und periphlebitische Phlegmone der Vena saphena magna bei Ulcus cruris varicosum betraf. In Fall 2 handelte es sich um Thrombophlebitis der V. saphena magna und septische Phlegmone cruris sinistri, 7 Wochen nach einem Abort. Die Therapie bestand neben typischer Behandlung der Phlegmone in der Exstirpation der Venen mitsamt ihren Thromben nach vorausgegangener centraler doppelter Ligatur in Fall 1, seitlicher Unterbindung der V. femoralis communis in Fall 2. Beide Fälle sind definitiv geheilt. Ein weiterer Fall betraf einen Mann, der nach einem Panaritium eine schwere septische Phlegmone und Thrombophlebitis der Armvenen bekommen hatte. Zugleich bestanden Symptome schwerster Allgemeininfektion und Adynamie. Von der Ellbeuge bis zur Medianlinie des Brustbeines wurden sämtliche Weichtheile gespalten, die Mm. pectoralis maior und minor zum Theil excidirt, alle mit septischen Thromben auf der ganzen Strecke erfüllten Venen exstirpirt, und an die Vena brachialis axillaris und subclavia seitliche Ligaturen angelegt. Die Bloßlegung der Gefäße hat keine Nachblutung durch Usur veranlasst, auch die Venenexcision und die seitlichen Ligaturen verliefen tadellos. Der Erfolg war gut.

G. glaubt in einzelnen ähnlichen Fällen, z. B. von Phlegmonen der Regio axillaris und thoracica, durch Excision der Venenpakete nach centraler doppelter Ligatur Günstiges zu erreichen. Auch die seitliche Ligatur der Hauptvenen befürwortet er da, wo der Thrombus bis in diese hineinragt. So hat er einmal die ganze V. saphena magna inclusive eines in die V. femoralis hineinreichenden Thrombus exstirpirt und die letztere seitlich alsdann unterbunden.

Das Verfahren dürfte nach Ansicht des Ref. wohl immer nur auf einzelne Fälle zu beschränken sein, besonders auf solche, wo die Ausdehnung der Thromben sich leicht übersehen lässt. In anderen dürfte in der Unsicherheit, diese Ausdehnung genau zu bestimmen, eine Beschränkung der Indikation liegen.

B. Wagner (Mülheim a. d. R.).

30) **H. Oppenheim.** Ein Fall von Wirbelcaries mit ungewöhnlichem Verlauf.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 47.)

Es handelt sich um einen 15jährigen Knaben, welcher an den Folgen einer Spondylitis mit sekundärer Erkrankung des Rückenmarkes litt. Der eigenthümliche Verlauf der Krankheit beansprucht das Interesse. Gleichzeitig mit dem Entstehen der Deformität der Wirbelsäule entwickelten sich Lähmungssymptome, nämlich Sensibilitätsstörung, Blasenschwäche, Schwäche der Beine, welche schließlich vollständig gelähmt wurden. Diese letztere Lähmung bestand schon 5 bis 6 Jahre, als Pat. O. vorgestellt wurde. Ut aliquid fiat leitete dieser eine galvanische Behandlung ein, d. h. er applicirte den konstanten Strom an der erkrankten Partie der Wirbelsäule. Nach 14 Tagen kann Pat. zur großen Überraschung die Oberschenkel beugen; fortschreitende Besserung, so dass der Knabe schließlich

allein gehen und mit Hilfe eines Stockes größere Wegstrecken zurücklegen kann. Auch die Gefühlsstörung und Blaseschwäche sind zurückgegangen. Für die Erscheinung, dass eine nicht hysterische Lähmung, die 5—6 Jahre bestanden hat, noch zurückgeht, dürften nur sehr wenige Belege in der Litteratur zu finden sein. Freilich war, aus der Symptomatologie zu schließen, das Rückenmarksgewebe in der Höhe der Kompression nicht ganz zerstört, andererseits war zu erwarten, dass durch den langen Bestand dieser Kompression die geschaffenen Folgezustände definitive bleiben würden.

Die Thatsache, dass diese Besserung durch die Anwendung des konstanten Stromes herbeigeführt oder angeregt worden war, darf, wenn nicht ein eigenthümlicher Zufall hier gewaltet hat, nicht übersehen werden. Vielleicht bedurfte es nur einer geringen Veränderung in den mechanischen und nutritiven Verhältnissen des nicht völlig zerstörten Rückenmarkes, welche der galvanische Strom hervorzubringen vermochte. Bei aller Skepsis wünscht O., dass sein Fall die Anregung geben möge, diese zweifelhafte Frage aufs Neue und vorurtheilsfrei zu prüfen.

Berücksichtigenswerth erscheint O. die weitere Thatsache, dass die Besserung gerade in die Pubertätszeit fiel, zu der sich im Organismus und besonders auch in bestimmten Abschnitten des Rückenmarkes mächtige Wandlungen vollziehen, welche die Ernährungsverhältnisse dieses Organs in einer den Eintritt der Besserung begünstigenden Weise beeinflusst haben konnten. Gold (Bieltz).

31) K. Hufschmid. Ein Fall von nicht traumatischem Aneurysma der Arteria vertebralis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

H. beobachtete ein Aneurysma der Arteria vertebralis, das ohne Einwirken einer äußeren Gewalt entstanden war. Die Diagnose wurde schon vor der Operation präcis gestellt, da die Carotis externa über die Geschwulst hinwegzog, und ihre Kompression eben so wenig wie die der Carotis communis die bestehende Pulsation der Geschwulst ausschaltete. Mikulicz unterband nach einem neuen Verfahren, mittels dessen eine genaue topographische Übersicht erzielt wurde, die A. vertebralis an ihrem Ursprung aus der Subclavia. Er incidirte am hinteren Rand des Sternocleidomastoideus, von der Kehlkopfhöhe beginnend, weiter unten etwa fingerbreit abweichend nach der Fossa jugularis hin. Da die Freilegung des unteren Pols der Gefäßgeschwulst sammt dem Anfangstück der Arteria vertebralis Schwierigkeiten machte, wurde die Clavicularportion des Sternocleidomastoideus 3 cm über dem Schlüsselbein durchtrennt. Danach gelang die Unterbindung an dem Ursprung aus der Subclavia leicht.

Der Pat. wurde völlig geheilt und starb einige Monate nach der Operation ohne Recidiv an einer Hemiplegie. Die Aneurysmen der A. vertebralis sind öfters mit solchen der Carotis verwechselt worden. Wenn man die letztere von einer Seite zur anderen komprimirt (Kocher), wird man diesen Irrthum vermeiden aus leicht einsehbaren Gründen. Auffallend ist bei dem Pat. H.'s eine Verengerung der Pupille der erkrankten Seite und eine Verminderung der Accommodation auf Lichteinfall. Diese Veränderung, welche hier schon vor der Operation bestand, wurde von Alexander, v. Baracz und Jaksch auch nach der Unterbindung der Vertebralarterie gefunden, verursacht durch Schädigung der Sympathicusäste, welche vom Ganglion cervicale superius abstammen. H. bespricht noch die Operationsmethoden zur typischen Unterbindung der A. vertebralis nach Maisonneuve und Chassaignac und empfiehlt bei Fällen schwerer Orientirung die oben beschriebene Modifikation von Mikulicz mit darauffolgender Wiedervernähung des Muskels. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

32) N. A. Sokolow. Über Gelenkaffektionen bei Syringomyelie.

(Medicinskoje Obosrenje 1896. Hft. 18. [Russisch].)

Zu seinen 1891 veröffentlichten (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIV) Fällen bringt S. 7 neue mit 9 afficirten Gelenken. 5mal ist der Ellbogen betroffen,

2 mal das Handgelenk und je 1mal Schulter- und Sternoclaviculargelenk. 2mal war die Ulna gebrochen, 2mal wurde Gangrän der Haut über dem Ellbogenfortsatz beobachtet. Das Bild der Syringomyelie war in allen Fällen typisch, der Verlauf sehr chronisch. Trauma wurde fast ohne Ausnahme abgeleugnet. S. hält den ursächlichen Zusammenhang zwischen Syringomyelie und Gelenkleiden für erwiesen, doch wird letztere Affektion nicht durch mechanische Wirkung allein bedingt, da das taktile Gefühl gewöhnlich nicht herabgesetzt ist. Eine endgültige Antwort kann S. auf diese Frage noch nicht geben, eben so auf die weitere: warum verläuft der Process in den so leicht verwundbaren Geweben so gutartig? Oft heilen schwere Gelenkeiterungen spontan fast völlig, so dass das Glied arbeitsfähig bleibt. — 6 Lichtbilder, den Befund bei 3 Pat. erläuternd, sind den ausführlichen Krankengeschichten beigegeben. E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

33) O. Chiari. Über einen Fall von nahezu apfelgroßem, weichem Fibrom des Kehlkopfes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 35.)

Verf. extirpierte bei einem 61jährigen Pat., der seit 4 Jahren an Athembeschwerden und Heiserkeit litt, eine mächtige fibröse Geschwulst, die, quer über dem Kehlkopfengang gelagert, bis in die Luftröhre hinabreichend, an der rechten aryepiglottischen Falte vorn und beinahe am ganzen Taschenbände mit breitem Stiel befestigt war. — Tracheotomie, Einlegung einer Tamponkanüle, Laryngofissur, Abtrennung der Geschwulst mittels galvanokaustischer Platindrahtschlinge, Verschorfung der Ansatzstelle mit dem Paquelin. Einzelne Theile des Stieles und des verdickten rechten Taschenbandes mussten noch in späteren Sitzungen auf natürlichem Wege abgetragen werden. — Heilung.

Hinterstolsser (Teschen).

34) C. Störk. Tracheotomie. (Larynxcarcinome. — Die operative Behandlung. — Operationsstatistik. — Laryngoskopische Befunde bei Larynx- und Pharynxcarcinomen.)

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Der als Billroth's Arbeitsgenosse auf dem Gebiet der Kehlkopfexstirpation bekannte Wiener Kliniker berichtet in der vorliegenden Abhandlung über seine reichen persönlichen Erfahrungen in Bezug auf die operativen Eingriffe bei bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes. Ein Referat kann dem bedeutsamen Inhalt der Arbeit nicht gerecht werden, es sei deshalb das Nachlesen des Originals lebhaft empfohlen.

Teichmann (Berlin).

35) H. Koschier. Zur Kenntnis der Trachealtumoren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 24.)

Bei dem 46jährigen Pat. zeigte der erste Spiegelbefund (1893) 2 von der vorderen Luftröhrenwand ausgehende Geschwülste, von denen die eine haselnussgroße in der Höhe des 2. Luftröhrenringes links, die andere kleinere etwas tiefer rechts sich befand. Erst 2 Jahre nach der ersten Untersuchung fand sich Pat., dessen suffokatorische Beschwerden unterdessen bedeutend zugenommen hatten, wieder in der Klinik Störk ein. Die Geschwülste, beträchtlich gewachsen, zeigten eine grobhöckerige, blassrothe Oberfläche, waren beweglich, füllten nahezu die ganze Lichtung der Luftröhre aus. Vorerst wurde die tiefe Tracheotomie gemacht, wobei man sehen konnte, dass die rechts sitzende tiefere Geschwulst bis zum 4. Ringe reichte. Probeexcision. Histologische Untersuchung des abgetragenen Stückes ergab starke epitheliale Wucherung mit ausgebreiteter hyaliner Degeneration. Eine Woche danach Radikaloperation. Nach Einführung der Trendelenburg'schen Tamponkanüle wurde die vordere Luftröhrenwand vom 5. Ringe bis zum Ringknorpel gespalten; Abtragung der fast walnussgroßen Geschwülste; die Wundflächen wurden mit dem Thermokauter verschorft, die Luftröhre mit Jodoformgaze

tamponirt. Tamponade und Kandle konnten bereits nach 10 Tagen entfernt werden. Heilung. Die genaue histologische Untersuchung der Geschwülste zeigte, dass es sich um eine Neubildung epithelialer Natur, und zwar um ein Carcinoma cylindromatosum handle. Die Litteratur über die primären Neubildungen in der Luftröhre ist ausführlich mitgetheilt und in Vergleich gezogen.

Hinterstolsser (Teschen).

36) **Joachimsthal.** Über einen Fall von angeborenem Defekt an der rechten Thoraxhälfte und der entsprechenden Hand mit genauer Bestimmung der Knochenverhältnisse durch eine Röntgen-Aufnahme.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 36.)

Die Kombination einer Anomalie an der Hand mit einer Defektbildung an der vorderen Brustwand ist ein seltenes Vorkommnis und bisher nur 12mal beschrieben worden. Verf. giebt die diesbezügliche Litteratur in kurzen Skizzen wieder.

Die vorliegende Beobachtung betrifft ein 11jähriges, aus gesunder Familie stammendes Mädchen, bei welchem die abnorme Bildung der rechten Hand gleich nach der Geburt bemerkt wurde, während die Anomalie der Brust im Laufe der Jahre auffiel. Die Untersuchung der Pat. ergab eine starke Depression der rechtsseitigen Brustwandhälfte, welche theilweise in einer Abflachung und Einsenkung der Rippen, theilweise in den Verhältnissen der diese deckenden Theile, insbesondere aber im angeborenen Defekt der Sternokostalportion des Musculus pectoralis major und wahrscheinlich auch im Fehlen des Pectoralis minor ihren Grund hatte. Was die Gestalt des knöchernen Brustkorbes betrifft, nimmt J. mit früheren Beobachtern an, dass bei der konstatierten Abflachung, ja Depression des Brustkorbes an der Seite des Muskeldefektes ein formgestaltender Einfluss der Muskulatur auf die Ausbildung der normalen Brustkorbform nicht von der Hand zu weisen ist, um so weniger, als die betreffende Deformität im Laufe der Jahre augenfällig wurde. Bemerkenswerth ist ferner das konform mit anderen Mittheilungen konstatierte Fehlen wesentlicher Störungen in den Bewegungen des afficirten Armes, welche Dank der Hypertrophie des Deltoides ausführbar blieben. Ein neues Beispiel für das Eintreten gesunder Muskeln bzw. Muskelgruppen an die Stelle fehlender oder in der Funktion gehinderter. Bei der Betrachtung der Rückenfläche des Mädchens fiel eine leichte Lumbal- und Dorsalskoliose nach links, eine Cervikalskoliose nach rechts auf. — Überaus verbildet präsentirt sich die rechte Hand. Es würde zu weit führen, eine detaillirte Beschreibung dieser angeborenen Defekte an dieser Stelle zu geben, andererseits ist eine kurze Skizzirung derselben im Referate nicht möglich; es sei daher auf das Original hingewiesen, welches überdies eine instructive Photographie des Mädchens und seiner rechten Hand, so wie eine gelungene Röntgen-Aufnahme derselben bringt, welche über Zahl, Größe, Gestalt und Artikulationsverhältnisse nicht nur der Phalangen, sondern auch der Knochen der Mittelhand, der Handwurzel und des Vorderarmes vollste Klarheit schafft und auch die Epiphysenabgrenzungen auf das deutlichste an den einzelnen Knochen hervortreten lässt.

Die Beobachtung J.'s charakterisirt sich gegenüber den bisher vermerkten durch das Fehlen ganzer Finger an der Hand. **Gold (Bielitz).**

37) **A. Chatelain.** Traitement des varices et des ulcères variqueux par la ligature de la veine saphène interne.

Inaug.-Diss., Genf, **F. Taponnier**, 1896. 63 S.

Verf. giebt zuerst eine ziemlich eingehende Übersicht über die Pathologie und die bisherige Therapie der Krampfaderen und bespricht sodann insbesondere die von Trendelenburg zwar nicht erfundene, aber wieder zu Ansehen gebrachte Unterbindung der Vena saphena. Bezüglich der Dauererfolge werden die Angaben von Faiesst, Cordebart und Perthes angeführt. Die eigenen, sich auf 10 Fälle erstreckenden Beobachtungen, die Verf. im Genfer Kantonsspital machte, weisen

eine Beobachtungsdauer von höchstens einem Jahr auf, sind also für die Beurtheilung des Endresultates kaum zu verwerthen. So weit sich die Pat. verfolgen ließen, war der Einfluss der Operation sehr günstig, sowohl auf die Varicen und die damit zusammenhängenden Beschwerden, als im Besonderen auf den Heilungsverlauf der Unterschenkelgeschwüre. Nur 1mal wurde Recidiv des Geschwürs, 3 Wochen nach Entlassung der Pat., beobachtet. Verf. ist geneigt, diesen Misserfolg nach Faisst durch das Vorhandensein einer kollateralen Vena saphena zu erklären.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

38) **Falcone.** Un caso di lussazione tibio-tarsale isolata.

(Gazz. med. di Torino 1896. No. 35.)

Verrenkung nach außen ohne Knöchelfraktur durch Fall von einer Leiter, während der Fuß in den Sprossen hängen blieb.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

39) **Eulenburg.** Kugeln im Gehirn; ihre Auffindung und Ortsbestimmung mittels Röntgenstrahlen-Aufnahmen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 33.)

Es handelt sich um 2 von E. klinisch-diagnostisch untersuchte Krankheitsfälle, denen Schussverletzungen mit Eindringen des Geschosses in die Schädelhöhle zu Grunde liegen. Die Photographien rühren von dem kürzlich verstorbenen Prof. Buka in Charlottenburg her.

Die Krankengeschichten sind kurz folgende:

1) 18jähriger Mann; zufällige Revolverschussverletzung, Eindringen des Geschosses von der rechten Schläfe aus, vorübergehende Hemianopsia sinistra, dann cerebrale linksseitige Hemiplegie, die bis auf noch persistirende Beinlähmung in Zeit von 3—4 Wochen rückgängig wurde. Nachweis des Geschosses in der mittleren Schädelgrube rechts von der Medianlinie.

Der Sitz des Geschosses wurde auf Grund einer transversalen und einer sagittalen Durchleuchtung etwa 1 cm nach rechts von der Sagittallinie und 5½ cm unterhalb der Scheitelhöhe bestimmt.

2) 33jähriger Mann; vor 10 Jahren Selbstmordversuch durch Revolverschuss im unteren hinteren Theil der rechten Schläfengegend. Anfängliche Hirndrucksymptome; dann fast 4 Jahre hindurch nur geringe Beschwerden. Wiederkehrende Kopfschmerzanfälle, die den Kranken auf den Gedanken bringen, dass er noch ein Geschoss im Kopfe habe; er wird fast 5 Jahre in Irrenanstalten internirt, als ungeheilt entlassen. Zur Zeit wieder fast symptomlos. Nachweis des in der mittleren Schädelgrube hinter der rechten Fissura orbitalis superior liegenden Geschosses; dessen Lagebestimmung wurde in analoger Weise wie im vorigen Falle vorgenommen.

Beide Fälle zeigen, was die neue Methode sowohl für die Neuropathologie wie auch ganz besonders für geirnrchirurgische Eingriffe in Zukunft zu leisten vermag.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Berichtigung. Mehrfachen Interpellationen von Kollegen aus Deutschland zufolge habe ich auf meine Erkundigungen von der Firma Hanhart & Ziegler den Bescheid erhalten, dass die in No. 52 1896 beschriebene Spritze zur Zeit nicht in Deutschland verkauft werden darf, da eine ähnliche Spritze von Frankreich aus vorher dort patentirt wurde; auf dem Wege eines Vertrages soll dieses Hindernis beseitigt werden. — Ferner theilt mir die Firma mit, dass der Preis des jetzigen Modells je nach der Größe 6—12 Franks beträgt.

C. Haegler-Passavant.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 116), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7.

Sonnabend, den 20. Februar.

1897.

Inhalt: O. Wolff, Ein Operationsverfahren bei ausgedehnter Beckencaries nach Coxitis. Exartikulation des Oberschenkels mit der zugehörigen Beckenhälfte. (Orig.-Mittheilung.)

1) Borchard, Endarteritis obliterans. — 2) Lehne, Echinococcus. — 3) Mérieux und Niemann, Antistreptokokkenserum. — 4) Petersen, Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste. — 5) Wolynezow, Asbest als Verbandstoff. — 6) Salzwedel, Spiritusverbände. — 7) Beck, Subphrenische Abscesse. — 8) Bérard, Blinddarmbruch. — 9) Gaillard, Eingeweidetuberkulose. — 10) Jonnesco, Murphy-Knopf. — 11) Werckmeister, Mastdarmstriktur. — 12) Juvara, Hämorrhoiden. — 13) Fenger, Cholelithustheine.

14) 10. französischer Chirurgenkongress. — 15) Mendes, 16) Tillery, Bauchwunden. — 17) Colle, Brucheinklemmung. — 18) Gübel, Wurmfortsatz im Bruch. — 19) Lockwood, Eierstocksbruch. — 20) Strauch, 21) Weir, Magengeschwür. — 22) Porges, Magenkrebs. — 23) Börner, Gastroenterostomie. — 24) Hoegh, Perforationsperitonitis. — 25) Hofmaki, Kothtumoren. — 26) Welland, Angeborener Darmverschluss. — 27) v. Frey, Chronische Darmenge. — 28) Felch, Darmkrebs. — 29) Alsberg, Darminvagination. — 30) af Schultén, Zur Darmchirurgie. — 31) Trojanow, Subphrenischer Abscess nach Leberzerreißung.

26. Deutscher Chirurgenkongress.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals.
Geheimrath Prof. Bardenheuer.)

Ein Operationsverfahren bei ausgedehnter Beckencaries nach Coxitis. Exartikulation des Oberschenkels mit der zugehörigen Beckenhälfte.

Von

Dr. Oscar Wolff, Assistenzarzt.

Wenn man bei tuberkulösen Gelenkaffektionen durch die Resektion gute Resultate erzielen will, so gilt als wichtigster Grundsatz: Die gründliche Entfernung alles Erkrankten; und dann lässt sich eine dauernde Heilung ohne Fistel erreichen.

Gerade die Resektion des tuberkulösen Hüftgelenkes giebt in dieser Hinsicht die schlechtesten Resultate. Viel häufiger als bei

anderen Gelenken bleibt hier eine Fistel zurück. Das erklärt sich hauptsächlich durch die anatomischen Verhältnisse. Das Gelenk liegt tief unter einer dicken Muskelschicht verborgen; nur der periphere Theil desselben, der Oberschenkelkopf, lässt sich aus der Wundhöhle evirtiren und genau übersehen, während die recht häufig miterkrankte Pfanne in der Tiefe liegt und keine genaue Einsicht gewährt. Häufig bleibt der Process nicht auf den Bereich des Gelenkes beschränkt. Mit Vorliebe sind es der hintere obere Pfannenrand und das Os ilei, welche miterkranken, weniger oft, aber häufiger als im Allgemeinen angenommen wird, der absteigende Sitzbeinast; nächst ihm der horizontale Ast des Schambeines. Diese Herde können scheinbar unabhängig und getrennt vom Gelenkprocess existiren, makroskopisch lässt sich kein Zusammenhang erkennen. Es ist begreiflich, dass diese Stellen dem Operateur leicht entgehen, wenn nicht etwa Verdickung des Knochens, entzündliche Veränderung oder gar Fehlen des Periosts darauf hinweisen; eben so natürlich wird von hier aus die Störung der Ausheilung, eine Fistelbildung, zu erwarten sein.

Es ist nun nicht nöthig, dass nur einer der drei Beckenknochen, das Os ilei, das Os pubis oder nur das Os ischii sekundär ergriffen wird; bei längerem Bestehen der Coxitis können alle drei in großer Ausdehnung zusammen erkranken. Dann tritt der ursprüngliche Gelenkprocess in den Hintergrund, die Lage wird beherrscht von der Caries des Beckens. Von der Außenfläche der Knochen senken sich Abscesse zum oberen Drittel des Oberschenkels oder nach der Glutäalgegend; Granulationen durchbrechen die Pfanne. Der Eiter hebt den Ileopsoas ab, zieht unter dem Poupart'schen Bande nach der Innenseite des Oberschenkels, um an derselben Stelle zum Durchbruch zu kommen, wie die Kongestionsabscesse bei Caries der Lendenwirbelsäule; oder er verlässt die Beckenhöhle durch das Foramen ischiadicum majus und tritt unterhalb der Glutäen zu Tage.

Solche Fälle sind es, denen gegenüber der Chirurg sich ablehnend verhält. Eine ausgedehnte Resektion des Gelenkes kann im Allgemeinen bei der Ausdehnung des Processes nicht mehr in Frage kommen. Bei langdauernder Eiterung, bei bestehender Albuminurie oder relativ alten Leuten wird man die Totalresektion des Gelenkes sammt Pfanne nicht wagen dürfen. Bardenheuer geht indess auch hier bei etwas vorhandenen Kräften und selbst nicht zu starker Albuminurie so weit, die Resektion des Beckens auszuführen. In 2 Fällen, in denen post operationem ein Recidiv eintrat, schickte er der Resectio coxae et acetabuli die Resektion des ganzen Os ilei bis in die Synchrondrosis sacroiliaca nach, trotz bestehender Albuminurie. Das Resultat war ein gutes, sowohl bezüglich Erhaltung des Lebens als auch der Funktion des Beines. Beide Pat. sind heute, 3 Jahre nach der Operation, noch gesund, die Albuminurie ist geschwunden.

Die Exartikulation des Oberschenkels im Hüftgelenk genügt in den eben geschilderten Fällen nicht, um alles Kranke zu ent-

fernen. Nur die Entfernung des Beines mitsammt der ergriffenen Beckenhälfte kann hier Heilung bringen.

Indessen hält die Scheu vor der Größe des Eingriffes den Chirurgen ab, zumal wenn es sich um Pat. mit schlechtem Allgemeinbefinden handelt, wie die Natur der Sache es oft mit sich bringt. Ohne Operation sind derartige Kranke sicher verloren, sie gehen durch allmähliche Entkräftung, allgemeine Tuberkulose oder amyloide Degeneration der Organe einem langsamen, aber sicheren Tode entgegen. Und doch ist ein Theil von ihnen durch die Operation zu retten. Diese Möglichkeit wird durch nachstehenden Fall bewiesen, der Anfangs dieses Jahres von Bardenheuer mit Erfolg operirt wurde.

A. S., 46 Jahre alt, aus Geilenbach bei Burscheid, aufgenommen am 13. Januar 1897 in die chirurgische Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals. Pat. ist angeblich im 1. Lebensjahr an einem Hüftleiden erkrankt. Erst mit 4 Jahren hat sie auf Krücken gehen gelernt; das rechte Bein war kürzer als das linke — der Kopf habe nicht in der Pfanne gesessen — der Gang war hinkend. Im 10. Jahre ist an der Hinterfläche des rechten Oberschenkels eine Fistel aufgebrochen. Wie lange die Eiterung angehalten hat, lässt sich nicht eruiren. Das Hinken wurde mit den Jahren stärker, während Pat. die Krücken durch einen Stock, auf den sie sich beim Gehen stützte, zu ersetzen lernte. Alle paar Jahre haben sich im oberen Theile des rechten Oberschenkels Anschwellungen gezeigt, die aufbrachen und von der Kranken als Gichtknoten gedeutet wurden. Im September 1896 kam ein derartiger Knoten an der Innenseite des Oberschenkels zum Durchbruch. Seitdem ist die Frau bettlägerig. Zuletzt hat sich Anfangs Januar dieses Jahres ein großer Abscess oberhalb der rechten Leistenbeuge entleert. Sonst ist Pat. angeblich nie krank gewesen, besonders hat sie nie über Husten zu klagen gehabt.

Status präsens: Die Pat. sieht relativ gut aus. Lungenbefund normal. Die Leber überragt den Rippenbogen um Querfingerbreite. Milz nicht palpabel. Urin stark eiweißhaltig. Über dem rechten Poupart'schen Bande eine querverlaufende, 5 cm lange, 2 cm breite Fistel, die schmutzige Granulationen und starke eitrig-sekretion zeigt. An der hintern Seite des Femur, an der Grenze des mittleren und oberen Drittels, eine glänzende, weiße, eingezogene Narbe. An der Innenseite des Oberschenkels, im oberen Drittel, eine runde, stark secernirende Fistel. Die Fistel über dem Ligamentum Pouparti führt, wie die Sonde zeigt, zur Fossa iliaca hin. Die Fossa iliaca ist deutlich vorgewölbt, in der Tiefe Fluktuation nachweisbar. Das rechte Bein ist 12 cm kürzer als das linke. Beim Gehen wird der rechte Fuß in Equinusstellung gebracht, der Gang ist mit Hilfe eines Stockes stark hinkend. Die Spina ant. sup. dextra ist stark geneigt, dem entsprechend die Wirbelsäule skoliotisch. Der Oberschenkel ist am Becken fixirt in Flexionsstellung und Adduktion. Der Flexionswinkel beträgt etwa 110°. Dabei starke Innenrotation. Der Kopf steht 5 cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie auf der Darmbeinschaukel, unbeweglich.

Diagnose: Tuberkulöse Entzündung des rechten Hüftgelenkes mit Fistelbildung und Pfannenwanderung. Caries des Beckens, Durchbruch eines Abscesses in die Fossa iliaca. Atrophie und Wachstumsstörung des ganzen Beines. Amyloide Degeneration der Nieren, vielleicht auch der Leber.

15. Januar 1897. Operation in Chloroformnarkose. Unter Vermeidung der Fisteln wird ein großer äußerer Hautlappen, ein kleiner innerer mit dem Messer vorgezeichnet. Schrägschnitt oberhalb des Lig. Pouparti von der Spina ant. sup. nach dem horizontalen Schambein hin. Der Schnitt umkreist die in seiner Mitte liegende Fistel. Das Peritoneum wird vom Ileopsoas losgelöst, ohne lädirt zu werden. Dieser Akt ist wegen fester Verwachsungen nicht ganz leicht. Schwierig

gestaltet sich das Aufsuchen der Gefäße; sie sind durch den abgehobenen Psoas stark medianwärts verdrängt und schwer zu erreichen wegen der Flexionsstellung des Oberschenkels. Doppelte Unterbindung der Arteria iliaca externa und Durchschneidung derselben zwischen den Ligaturen, eben so der Arteria und Vena hypogastrica. Exartikulation des Oberschenkels im Hüftgelenk ohne nennenswerthe Blutung. Vom Foramen obturatorium aus wird der horizontale Schambeinast isolirt und mit Gigli'scher Säge ganz nahe der Symphysis ossis pubis durchtrennt, eben so der absteigende Sitzbeinast. Der Ileoosao wird theils scharf, theils stumpf vom Os ilei resp. von dem unter ihm liegenden Abscess abgelöst; die an den Cristae ilei ansetzenden Muskeln werden durchtrennt. Das Os ilei mitsammt den daran befestigten Theilen des Schambeines und Sitzbeines (Ramus horizontalis pubicus und descendens ossis ischii) wird unter Anwendung großer Gewalt aus der Synchondrosis sacro-iliaca herausluxirt. Der aufsteigende Ast des Os ischii zeigt sich bei der genaueren Besichtigung noch tuberkulös und wird noch nachträglich resecirt. Blutstillung, versenkte Muskelnah, Hautnähte, Drainage. Dauer der Operation 60 Minuten, Puls gut.

Die pathologische Untersuchung des gewonnenen Präparates ergibt, dass die ursprüngliche Pfanne sehr verflacht und von Granulationen ausgefüllt ist. Der Schenkelhals ist stark nach aufwärts gerichtet, cariös, der Schenkelkopf, konisch auslaufend, ebenfalls cariös. Cariöse Herde im Os pubis und ischii. In der Tiefe der alten Pfanne, oben und innen, unter dem Tuberculum ileo-pubicum hat eine Perforation in die Fossa iliaca stattgefunden; zwischen Beckenschaukel und Psoas besteht ein faustgroßer Abscess.

Reaktionsloser Verlauf bei normalen Temperaturen. Der 1. Verbandswechsel erfolgt am 18. Januar, nach 3 vollendeten Tagen bei einer Temperatur von 38,1°. Die Wunde sieht gut aus, scheint primär zu heilen. Wechseln der 3 Drainageröhren. Die Untersuchung des Urins ergibt nur noch Spuren von Eiweiß.

20. Januar. Urin eiweißfrei. Wundverlauf reaktionslos. Die Wunde ist der Heilung nahe.

Pat. ist jetzt — Mitte Februar — bis auf 2 thalergröße Granulationsstellen geheilt. Keine Albuminurie mehr.

Es handelte sich in diesem Falle um eine seit 45 Jahren bestehende tuberkulöse Coxitis in weit vorgeschrittenem Stadium. Für eine intensive Betheiligung des Beckens sprach die hochgradige Pfannenwanderung, die Fistelbildung über dem Poupert'schen Bande und vor Allem der Perforationsabscess in der Fossa iliaca. Die Ausdehnung des Processes, die Betheiligung des Beckens, das Alter der Pat., der große Eiweißgehalt des Urins ließen eine Resektion unthunlich erscheinen. Die Pat. durfte einem langen Heilungsprocess, wie ihn ja die Resektion hätte erwarten lassen, nicht ausgesetzt werden, sollte die amyloide Degeneration nicht fortschreiten. Nur von einer schnellen Beseitigung der Eiterung konnte Heilung erwartet werden. Dafür gab es nur ein Mittel, die Exartikulation des Beines mitsammt der erkrankten Beckenhälfte. Der Erfolg hat das Mittel gebilligt, es ist schon jetzt nahezu vollkommene Heilung eingetreten; nach 5 Tagen war der Urin eiweißfrei.

Bei der Ausführung der Operation muss der Blutverlust möglichst gering sein, da es sich stets um mehr oder weniger geschwächte Individuen handelt. Die vorherige Unterbindung der zum Oberschenkel und Becken gehenden Hauptarterien, der Arteria iliaca externa und hypogastrica, ist außerordentlich wesentlich. Im Allgemeinen wird die Unterbindung sich ohne besondere Schwierig-

keit mit Schonung des Peritoneums ausführen lassen. Im vorstehenden Falle wurde sie durch besondere Umstände erschwert: die Gefäße waren durch den unter dem Psoas gelegenen Perforationsabscess weit medianwärts gedrängt, der Zugang zu ihnen war durch die Flexionsstellung des Oberschenkels recht erschwert. Trotzdem gelang sie auch hier ohne Verletzung des Bauchfells. Die Unterbindung der zugehörigen Venen ist weniger wichtig, dürfte sich indessen zur Vermeidung des venösen Rückflusses auch empfehlen. Bei dieser Art des Vorgehens ist die Blutung ganz gering; nur wenige Arterien, aus denen das Blut nicht herausspritzt, sondern hervorsickert, brauchen mit Schiebern gefasst zu werden. Schwierig dürfte sich die Ligatur besonders dann gestalten, wenn sich in Folge der Entzündung tarre Schwarten um die Gefäße gebildet haben. Die anatomischen Verhältnisse sind dann kaum noch zu erkennen; es ist außerordentlich mühsam, die eingebetteten Gefäße zu isoliren.

Nach Unterbindung der Gefäße wird der Oberschenkel im Hüftgelenk in typischer Weise exartikulirt, mit Lappenbildung. Dann folgt als dritter und letzter Akt die Entfernung der erkrankten Beckenhälfte.

Der horizontale Schambeinast wird am inneren Rande des Foramen obturatorium mit dem Elevatorium freigemacht und mit der Gigli'schen Säge durchtrennt, eben so am unteren, äußeren Rande der absteigende Sitzbeinast. Dann wird der Ileopsoas von der Innenfläche des Darmbeines, theils scharf, theils stumpf, losgelöst, die an den Cristae ilei anhaftenden Bauchmuskeln in einem Zuge durchschnitten, so dass die Beckenhälfte nur noch an der Synchondrosis sacro-iliaca fixirt ist. Ein Assistent fasst mit voller Hand den Darmbeinrand zwischen Spina ant. sup. und inf. und bricht unter Anwendung möglichster Gewalt den Knochen nach hinten aus der Synchondrosis sacro-iliaca heraus. Das gelingt immer, wenn nicht einem Assistenten, so doch den vereinigten Kräften zweier. Eventuell durchtrennt man vorher die vor dem Gelenk liegenden Gelenkbänder.

Jeglicher Meißelschlag wird vermieden. Schwache Personen ertragen das Meißeln am Becken nicht; der Puls wird kleiner und schneller, schließlich setzt er aus. Ob es sich hier um Shockwirkung handelt, oder ob eine andere Erklärung zu Recht besteht für dies Phänomen, auf das auch Kramer in seinen »Resektionen am knöchernen Beckenring« (Chirurgenkongress 1895) hinweist, bleibe dahingestellt.

Von der betreffenden Beckenhälfte bleibt nur ein kleiner Theil des aufsteigenden Sitzbeinastes zurück. Dieser dürfte nur höchst selten vom Hüftgelenk aus afficirt werden.

Zuletzt erfolgt die Deckung der großen Wundfläche durch versenkte Muskel- und oberflächliche Hautnähte der Lappen und die Drainage. Zur Verhütung eines Bruches wird das periphere Ende des Psoas mit den erhaltenen Stümpfen der Adduktoren des

Oberschenkels vernäht. In Zukunft würde man auch die Glutäen erhalten und durch geeignete Naht das Peritoneum mit denselben überdecken.

Bei diesem methodischen Vorgehen verläuft die Operation schnell und wenig blutig. Dabei ist sie radikal und geeignet, auch solche Fälle von Beckencaries eventuell zur Heilung zu bringen, die in der Regel aufgegeben werden. Indicirt ist die Operation bei Coxitis, die das Becken mitbetheiligt hat, dann wenn die Resektion wegen zu großer Ausdehnung des tuberkulösen Processes, wegen hohen Alters der Kranken, wegen des schlechten Allgemeinzustandes nicht mehr möglich ist. Ferner in Fällen, wo nach vorausgegangener Hüftresektion die Ausheilung ausbleibt und stark eiternde Fistelgänge sowohl zum Oberschenkelschaft als auch zum Becken hinführen.

1) Borchard. Beiträge zur primären Endarteriitis obliterans.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 131.)

Die Arbeit basirt auf 6 einschlägigen Fällen, welche auf der Braun'schen Klinik in Königsberg behandelt sind, und bewegt sich wesentlich auf pathologisch-histologischem Gebiet, indem Verf. genau über die Befunde seiner mikroskopischen Untersuchungen an den Gefäßen der wegen Gangrän amputirten Extremitätentheile berichtet und die Ansichten anderer Autoren über den Gegenstand kritisch vergleichend durchspricht. Auf Details kann nicht eingegangen werden, doch ist hervorzuheben, dass Verf. im Gegensatz zu den Ausführungen von Weiss das Wesen der Erkrankung nicht in Thrombenbildungen, sondern in primären Veränderungen der Gefäßintima sieht. Die Arterienintima erleidet eine Verdickung, welche besteht in einer Wucherung der Endothelien und Bildung einer homogenen, derben, zellarmen Schicht zwischen Elastica und Endothel und auch in einzelnen Fällen jenseits derselben. Hierdurch allein kann schon völliger oder fast völliger Verschluss der Gefäßlichtung entstehen. Sekundär aber entstehen allerdings in den Nischen und Winkeln der Wucherung Blutstockungen und Gerinnungen, die später organisirt werden. Auch bilden sich in dem gewucherten Gewebe parallel der alten Blutbahn Gefäße neu, welche sich mit einer wohlausgebildeten Wand umgeben können, die aber oft nicht Stand halten, zu Blutungen geringeren und größeren Grades in die Umgebung und weiterhin zu Ablagerung von Blutpigment Veranlassung geben. Als Beweis für primäre Thrombosen, wie Weiss es wollte, können solche Blutpigmentbefunde in den obturirenden Massen nicht anerkannt werden. Folgezustände der Erkrankung sind ständige höchstgradige Kontraktion der Arterienmuscularis und verminderte Blutversorgung der peripheren Körpertheile, Verlangsamung des Blutstromes, gefolgt von Exsudation und Sklerosirung des umgebenden Gewebes. Die Gefäßmuscularis erfährt dabei anfänglich eine geringe Hypertrophie, später aber eine Degeneration.

Betreffs Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Krankheit sind des Verf. Ansichten der Hauptsache nach im Einklange mit denen der übrigen Autoren. Er hält für wahrscheinlich, dass stetig einwirkende Abkühlungen ursächlich wirken können, glaubt aber noch an andere disponirende Momente. Da das Leiden auffallend oft in den Ostseeprovinzen beobachtet ist, und mehrmals Geschwister einer Familie betroffen waren, scheinen anerbte oder durch die Lebensweise erworbene Dispositionen eine Rolle zu spielen. Da die fragliche Schädlichkeit stets den Gesamtorganismus und das ganze arterielle Gefäßsystem zu ergreifen scheint, ist vielleicht an ein chronisch einwirkendes Gift (wie Ergotin) oder an eine Dyskrasie (wie Gicht) zu denken.

Therapeutisch empfiehlt Verf. in den Anfangsstadien Jodkali, bei vollendeter Gangränbildung erkennt er an den unteren Extremitäten, um die es sich meist handelt, die Zweckmäßigkeit der von v. Zögemanteuffel empfohlenen Amputation nach Gritti an, hebt aber hervor, dass auch die weniger verstümmelnden Operationen nach Lisfranc und Pirogoff oder die Unterschenkelamputation zum Ziele führen können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

2) H. Lehne. Über seltenere Lokalisationen des unilokulären Echinococcus beim Menschen nebst Bemerkungen über die durch Echinokokken hervorgebrachten histologischen Veränderungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII.)

Auf Grund einiger Echinococcusfälle von seltener Lokalisation soll ein Beitrag zur Klärung der Frage geliefert werden, warum sich die Parasiten gerade an ganz bestimmten Orten ansiedeln.

L. schildert einen Fall von solitärem Echinococcus des Herzens und einen anderen, wo es sich um einen solchen Parasiten in der Rückenmuskulatur und im Medullarrohr handelt, ohne dass sonst im Körper Echinokokken gefunden wurden. Er fügt aus der Litteratur 24 ähnliche oder verwandte Fälle bei. Für den Herzechinococcus wird angenommen, dass der Transport durch die Coronararterien die größte Rolle bei den Echinokokken des rechten wie des linken Ventrikels spiele. Für die Lokalisation spielt nach L.'s Ansicht die Enge der Lymphgefäße und Kapillaren eine rein mechanische Rolle; ferner erkennt er einen Einfluss des Trauma an, indem er annimmt, dass durch die hervorgerufenen Cirkulationsstörungen die schon im Körper vorhandenen Tänienembryonen festgehalten würden und günstigere Ernährungsbedingungen fänden, oder dass sie durch die Verletzung weiter verbreitet würden. Eine nach Gravidität entstandene Echinococcusblase bestärkt ihn in dieser Ansicht.

Von histologischen Veränderungen war bisher wenig mehr bekannt, als dass namentlich in der Leber atrophische und entzündliche Prozesse auftreten, und dass man beim multilokulären Echino-

coccus an Tuberkel erinnernde Gebilde an den jüngeren Stellen findet. In seinen mikroskopischen Präparaten fand L. überall, wo Echinococcusmembranen oder -Flüssigkeit hinkam, Granulationsgewebe und Riesenzellen, letztere zum Theil in präformirten Hohlräumen. Dieselbe Zellenproliferation wie hier beim unilokulären fand Guillebeau beim multilokulären Echinococcus. Wo es zu einer stärkeren Verbreitung von Echinococcusmembranen kommt, pflügt sich also eine regelrechte Fremdkörpertuberkulose zu entwickeln. (S. auch de Quervain, Centralblatt für Chirurgie 1897 p. 1.) Weiter wird noch eine adenomähnliche Gallengangwucherung bei einer einfachen Echinococcusblase geschildert. Noch manche andere Fragen, wie Neoplasmenbildung neben Echinokokken in der Leber werden gestreift.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

3) C. Mérieux (Lyon) und F. Niemann (Berlin). Über Antistreptokokkenserum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 49.)

Bisher sind in den Handel 3 verschiedene Antistreptokokkenserum gebracht worden: Serum antistreptococcique d'après la Méthode de Mm. les Prof. Roger et Charrin, Paris, Sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur (Chaix et Remy), Paris, und Sérum antistreptococcique préparé par Mm. Mérieux et Carré, Lyon-Vaise. Die Prüfungen der beiden letzten Präparate durch Aronson und Petruschky haben ergeben, dass sie keine Schutzwirkung gegen die Infektion mit verschiedenen Streptokokkenstämmen zeigen. Die Versuchsergebnisse der Verff. nach dieser Richtung sind nun wesentlich andere und günstigere. Aus den mitgegebenen Tabellen entnimmt man zunächst einige Versuche mit dem Serum aus Lyon-Vaise, welche die Schutzwirkung desselben gegen die Infektion mit »Streptococcus Vaise« einwandfrei darstellen. Das Serum aus dem Institut Pasteur besitzt, wenn auch in geringerem Grade als das Serum Vaise, Schutzwirkung gegen den »Streptococcus Vaise«, dagegen zeigte sich das Serum von Roger und Charrin gegen diesen Streptococcus unwirksam. Verff. untersuchten des Weiteren, wie sich diese Sera gegenüber anderen Streptokokkenstämmen verhielten, nachdem die Unwirksamkeit der Sera aus Vaise und dem Institut Pasteur gegenüber einem Streptococcus mittlerer Virulenz von Aronson und gegenüber einem, von einem Falle menschlicher Sepsis stammenden Streptococcus von Petruschky festgestellt worden war. Sie benutzten hierbei einen Streptococcus, der von einem Scharlachfalle stammte und den Streptococcus Marmorek's. Das Ergebnis der Untersuchung lautet dahin, dass die Sera in der Dosis von 0,2 ccm gegen die Infektion mit dem 10fachen tödlichen Dosis des Streptococcus scarlatina schützen, dagegen bleibt das Serum von Roger und Charrin selbst bei Anwendung von 0,5 ccm unwirksam. Das Serum aus dem Institut Pasteur schützt schon in einer

Menge von 0,1 ccm gegen die 10fache tödliche Dosis des Streptococcus Marmorek, während das Serum von Vaise erst bei 0,2 ccm schützend wirkte, eine Schutzwirkung des Serums von Roger und Charrin auch hier nicht nachzuweisen war.

Auf Grund der mitgetheilten, mit günstigem Resultate angestellten Thierversuche mit dem Serum von Vaise und dem aus dem Institute Pasteur, empfohlen Verff. dieselben zu therapeutischen Versuchen an Menschen ohne Bedenken.

Gold (Bielitz).

4) Petersen. Über die Grundlagen und Erfolge der Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

P. hat auf Czerny's Veranlassung die obige Frage zum Gegenstand einer eingehenden und sorgfältigen Untersuchung gemacht, deren Resultate unter wohl abwägender Kritik verwerthet werden. Sein Gesammturtheil fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

- 1) Bei Carcinomen sind alle bisherigen Methoden aussichtslos.
- 2) Bei Sarkomen ist nur in ganz vereinzelten Ausnahmefällen ein Erfolg zu erwarten; die Ursachen dieser Sonderstellung einzelner Tumoren sind uns unbekannt, weitere Versuche sind zu beschränken auf inoperable Sarkome oder auf Prophylaxe nach Operationen.

3) Der Erfolg ist im Allgemeinen proportional der Stärke der allgemeinen (weniger der lokalen) Reaktion und damit zugleich der Gefährlichkeit. Es folgen sich nach ihrer Wirksamkeit geordnet: Einimpfung virulenter Streptokokken, das Mischkultursterilisat und das Prodigiosussterilisat, das Streptokokkenfiltrat und das Krebsserum. Die Wirkung des Mischkultursterilisates beruht zum weitaus größten Theil auf den Prodigiosustoxinen. Das Krebsserum entspricht in seinen Eigenschaften und seiner Wirkung einem verdünnten Streptokokkenfiltrat.

4) Die Wirkung der Toxine beruht auf der Allgemeinreaktion des Organismus (besonders dem Fieber) so wie auf der lokalen Reaktion der Tumoren (parenchymatöse Entzündung).

5) Den fraglichen Vortheilen stehen gegenüber die Gefahren einer Intoxikation so wie einer Beförderung des Geschwulstwachstums.

Hofmeister (Tübingen).

5) G. J. Wolynzew. Asbest als Verbandstoff und die Untersuchungsmethoden der physischen Eigenschaften der Verbandstoffe.

(Wratsch 1896. No. 34 u. 36. [Russisch.])

W. unternahm seine Arbeit auf den Vorschlag Djakonow's (Moskau). Er fand, dass die bisher geübten Untersuchungsmethoden sehr unvollkommen seien, was wegen der eminenten Wichtigkeit des Gegenstandes sehr zu bedauern. Der Hauptfehler aller Methoden

ist der, dass sie nicht am Kranken, sondern im Laboratorium angewandt werden. Verf. ersann daher eine neue Methode vergleichender Untersuchungen zweier Verbandarten am Menschen: 2 Verbände aus verschiedenen Materialien werden an demselben Versuchssubjekt angelegt, und nun die Veränderungen in beiden verglichen. — Im Übrigen benutzte W. die von Preobrashenski angegebenen Methoden. — So fand er, dass das spec. Gewicht des Asbests 2,7 beträgt (Watte 2,0, Gaze 1,7). Porosität: 100 Theile stark zusammengepressten Asbests enthalten 69% Poren (Watte 87%, Gaze 81%). Hyroskopische Eigenschaften: bei Einstellen eines gefüllten Röhrchens ins Wasser hält Asbest 86%, Watte 100% Wasser (mit dem Porenvolumen verglichen) zurück; bei Berieseln des Röhrchens von oben 79 resp. 86%, bei Benetzen von unten 67 und 83%. Durchgängigkeit für Flüssigkeiten: an einem Subject werden gleichzeitig ein Asbest- und ein Watteverband angelegt, deren untere Schicht mit gleichen Quantitäten Wassers befeuchtet sind; über der feuchten liegen 9 trockene Schichten, jede 1½ cm stark. Nach 2 Stunden hat die feuchte Watte 177 Gran verloren, davon sind 68 in den oberen Schichten; beim Asbest sind die betreffenden Quantitäten 122 und 104. Bei gleicher Versuchsanordnung wurden über der 7. Schicht Thermometer eingelegt. Bei der Watte betrug die Temperatur nach 1 Stunde 33,7°, beim Asbest 31,2°. Aufsaugen von Flüssigkeiten: Wasser wurde von Watte in 1 Stunde 558% eingesogen, von Asbest 433%. 5%ige Eiweißlösung in Wasser: Watte nach 1 Stunde 355%, nach 2 Stunden 370%, nach 24 Stunden 430%, Asbest: 560, 709 und 939%. — Verf. wandte Asbest auch am Krankenbett an. Dabei stellte sich heraus, dass die Gaze, die den Asbest umhüllte, den Eiter nicht durchlässt, so dass sich unter derselben eine dicke Eitermembran bildete. Verf. meint, dieser Übelstand ließe sich vermeiden, wenn langfaseriger Asbest direkt auf die Wunde gelegt würde. Zum Schluss stellt Verf. folgende 3 Fragen auf: Wie bald wird der Asbestverband feucht? Kann man langfaserigen Asbest direkt auf die Wunde legen? Wirkt der Asbest auf die Wundheilung besser als andere Verbandstoffe? Was den Preis des Asbests betrifft, so meint W., dass häufigerer Gebrauch den Preis herabsetzen wird; ferner kann der Asbest nach Reinigung wieder gebraucht werden.

E. Gückel (Saratow).

6) Salzwedel. Weitere Mittheilungen über dauernde Spiritusverbände.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 46 u. 47.)

S. machte bereits im März 1894 in der Sitzung der Berliner militärärztlichen Gesellschaft die Mittheilung, dass nach seiner Erfahrung Verbände mit Spiritus einen eigenthümlich heilenden Einfluss auf Phlegmonen und ähnliche Entzündungen ausüben (s. Ref. 1894 No. 45 dieses Centralblattes). Schmitt, Korsch, Pfuhl

haben seither die Methode S.'s in einschlägigen Fällen in Anwendung gezogen und bestätigen die günstige Einwirkung dieser Art Verbände.

Die Ausübung des Verfahrens hat seit der ersten Mittheilung S.'s keine principiellen Änderungen, wohl aber eine Vervollkommnung in technischer Beziehung erfahren. Der eigentliche Verband besteht aus 3 Schichten: einer 8fachen Lage von entfettetem Mull, der mit Spiritus so durchtränkt ist, dass er nicht mehr abtropft; sie wird mit einer 2 bis 3 cm hohen Schicht von reiner, trockener und lockerer Wundwatte bedeckt, und darüber eine Decke von perforirtem, undurchlässigem Stoff gebreitet, welche einerseits die Verdunstung des Alkohols regelt, andererseits eine längere Einwirkung desselben ohne Ätzung der Haut ermöglicht. Der Verband wird durch Mull- oder Cambrichinden fixirt. S. empfiehlt den rectificirten Spiritus von 96%. Schwächere Sorten können als Nothbehelf verwendet werden, stärkere sind erheblich theurer und bieten daneben keinen besonderen Vortheil. S. rechnet auf jeden Quadratcentimeter Verband etwa 0,05 g trockene Watte und 0,15 ccm Spiritus. Wo Wunden unter den Verband zu liegen kommen, erhalten sie zunächst eine besondere Bedeckung von Jodoformgaze oder trockenem sterilisirten Mull. Die Verbände bleiben gewöhnlich 24 Stunden liegen, nach 12 Stunden kann man etwas Spiritus in den Verband nachgießen. Bei richtiger Anwendung ist der auf die Alkoholwirkung zurückzuführende Schmerz gering und rasch vorübergehend. Der Erfolg des Verfahrens charakterisirt sich durch schnelles Verschwinden der Infiltration und rasches Reifen von Abscessen. Daran reiht sich das baldige Aufhören des Entzündungsschmerzes, die Besserung des Allgemeinbefindens. Gegenüber seinen ersten Mittheilungen berichtet S., dass bei großen und tiefliegenden Abscessen hohes Fieber mit dem von v. Volkmann und Genzmer geschilderten aseptischen Charakter andauert, aber trotzdem die Verbände ihre desinficirende Kraft in den Geweben ausüben. Weiter empfiehlt S., gebildete Abscesse erst zu eröffnen, »wenn sie ganz reif sind«, d. h. bis die Haut darüber eine leichte Fältelung zeigt, und die Fluktuation auf einen vollkommenen dünnflüssigen Inhalt deutet. Die Incision braucht dann nur so groß gemacht zu werden, dass sie dem Eiter freien Abfluss verschafft (oft genügt die Punktion mit dem Trokar); die Wunde wird durch Drainage offen gehalten. Störungen des Allgemeinbefindens, des Appetits, Auftreten neuer Schmerzstellen müssten natürlich zu einer frühzeitigeren Incision des Abscesses bestimmen, andererseits treten bei der Ungefährlichkeit des Abwartens die großen Vortheile der späten und kleinen Eröffnung hervor. S. betont, dass die Verbände groß ausfallen, mindestens bis über die nächste zugehörige Lymphdrüsengegend hinausgehen sollen. Bei Panaritien muss stets das untere Viertel des Vorderarmes mit eingewickelt werden, damit die Synovialscheiden der Beugesehnen in den Verband mit einbegriffen werden. Der Verband soll das be-

*

treffende Glied stets kreisförmig umschließen, nachdem es mit Ätherbäuschchen von dem Hautfett und Schmutz gereinigt wurde.

Die Frage nach der Wirkungsweise der Spiritusverbände beantwortet S. nach seinen Erfahrungen dahin, dass die durch die Verbände geschaffenen Temperatur-, Vergasungs- und Gasdruckverhältnisse dem Alkohol besonders geeignete Bedingungen schaffen, um in Gas- oder Dampfform durch die Epidermis zu dringen. Mit dem so diffundirten Körper sättigen sich zunächst die oberflächlichen Gewebsschichten bis zu einem gewissen Grade, dann geben sie denselben weiter in die Tiefe ab, von wo er in die Lymphkapillaren der Haut und der Fascien, also in das eigentliche Verbreitungsgebiet der phlegmonösen Infektion gelangt. — Die Verbände werden also nicht angelegt, um den Alkohol in flüssiger Form auf die Haut zu bringen, sondern um die Haut der erkrankten Gebiete mit einer Dunsthülle von Alkohol zu umgeben. S. hat dabei die Vorstellung, dass die Verbreitung des Alkohols in den Geweben nicht nach Art gelöster Flüssigkeiten, sondern in einer der Diffusion der Gase ähnlichen Weise erfolgt. — Über die Frage, ob es möglich sei, dass der Alkohol unter der Haut energischer antiseptisch wirke, als in Form von Flüssigkeit auf Wunden gebracht, haben Petri und Maasen theoretischen Aufschluss gegeben. Danach wäre die Möglichkeit vorhanden, dass der Alkohol aktiven Sauerstoff in den Geweben findet, mit welchem er der Reihe nach Acetaldehyd, Essigsäure, Methylalkohol, Formaldehyd, Ameisensäure, Kohlensäure und Wasser bildet. Der langsame, aber reichliche Verbrauch von Sauerstoffatomen seitens des zugeführten Alkohols muss auch eine entsprechend große Anzahl von Sauerstoffatomen der schnellen, die Entzündungshitze bedingenden Verbrennung in den Geweben entziehen, worauf ein wesentlicher Theil der antipyretischen Wirkung des Alkohols beruhen dürfte. Demnach liegt die Annahme nahe, dass auch der durch die Verbände lokal unter die Haut gebrachte Alkohol lokal antipyretisch wirkt, und so fände das rasche Verschwinden von Hitze, Röthe und Schmerz unter dem Verbande eine Erklärung durch die gleichzeitige antiseptische und antipyretische Einwirkung des Alkohols.

Der Nutzen und Werth der Methode S.'s liegt, abgesehen von der Abkürzung des Heilverfahrens, in dem ziemlich sicheren Aufhalten der Entzündung, insbesondere in der Beherrschung kleiner beginnender Entzündungen und in der Verhinderung tieferer und ernsterer Erkrankungen. Der Methode zugänglich sind zunächst alle entzündlichen Processe der Haut und der dicht unter ihr liegenden Gebilde, also die Phlegmonen, Lymphangitiden, Furunkel, Panaritien und Erysipel (Empfehlung älteren Datums). Gute Erfolge damit sah S. bei Bursitis praepatellaris, Entzündungen der Brustdrüse und der Lymphdrüsen, besonders bei Bubonen, annehmbare bei Carcinom, gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen und bei frischen, aber schon inficirten Wunden, oder solchen, bei welchen aus äußeren Gründen

nicht der ganze Apparat für die primäre Anti- oder Asepsis zu Gebote steht.

Das Studium des Aufsatzes im Original, welcher noch so manche interessante Einzelheiten enthält, sei den Lesern empfohlen. Andererseits wären Versuche mit der Methode, welche aufmunternde Erfolge aufzuweisen hat, und sich dabei durch Einfachheit und Billigkeit auszeichnet, angezeigt.

Gold (Bielitz).

7) C. Beck. Beitrag zur Litteratur der subphrenischen Abscesse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 3.)

B. hält für das werthvollste diagnostische Hilfsmittel beim subphrenischen Abscess die Probepunktion. Er weist darauf hin, dass man oft 10—12mal punktieren oder aspiriren muss, ehe man zu einem Resultat kommt. Ref. kann dies gerade für den subphrenischen Eiterherd bestätigen und zugeben, dass gerade hier der Eiter oft ein sehr dicker, schwer zu punktirender ist und rath daher, sich nicht abhalten zu lassen, bei negativem Erfolg der Punktion auf einen mit Sicherheit vermutheten Abscess loszugehen. Verf. hält, wie natürlich, nur chirurgische Therapie für indicirt. Er empfiehlt Rippenresektion und geht rücksichtslos durch die Pleura hindurch, da er die Gefahren dieses Vorgehens nicht für groß hält. Letztere Anschauung ist kaum in vollem Maße anzuerkennen, selbst von dem Standpunkt aus, dass man eine Verletzung der Pleura oft nicht vermeiden kann und darf. Man darf sich wohl auch nicht verhehlen, dass durch den jauchigen Eiter leicht eine eitrige Pleuritis im Anschluss an die Operation hervorgerufen werden kann. B. empfiehlt, entweder in der mittleren oder wo nöthig in der vorderen Axillarlinie und neben dem M. sacrolumbalis einzugehen. Großer Schnitt und ausgedehnte Resektion sind dringend anzurathen. Der Eiter muss langsam entleert werden. Von den fünf detaillirten Krankengeschichten interessirt am meisten der Fall, bei dem anscheinend ein auf cholangioitischer Basis entstandener subphrenischer Abscess erst in die Lunge und dann in die Pleura durchgebrochen ist. Von da wurde jedenfalls zum zweiten Mal das Zwerchfell perforirt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

8) L. Bérard. Hernie primitive du coecum à sac incomplet. (Pathogénie. — Traitement.)

(Province méd. 1896. No. 16.)

Das Verhalten des Blinddarmes zum Bruchsack bei unvollständiger Umhüllung durch denselben und seine Anheftung im Bruch hat bekanntlich verschiedene Deutungen erfahren, in Frankreich in letzter Zeit hauptsächlich durch Tuffier und Broca. Nach Tuffier liegt in jedem Fall eine angeborene Abnormität vor, wenn der Blinddarm nicht in ganzem Umfang von Bauchfell umgeben ist;

indess liegt, wie auch seine Injektionsversuche ergeben, dasselbe an den verschiedenen Partien verschieden dicht, bzw. trennbar an ihm. Unkomplizierte Blinddarmbrüche mit unvollständigem Bruchsack kann es also primär bei dem Fehlen eines Mesocolon überhaupt nicht geben; findet man einen solchen, so handelt es sich entweder um einen ursprünglichen Dickdarmbruch, oder der ursprünglich vollständige Bruchsack ist nur durch den nachsteigenden Dickdarm theilweise abgedrängt worden. Dem gegenüber hält Broca in Übereinstimmung mit neueren anatomischen Untersuchungen (Legueu, Pérignon, Testut, Jonnesco) an dem gelegentlichen Vorkommen eines Mesocolon fest und an der Möglichkeit eines primären Blinddarmbruches mit unvollständigem Bruchsack. Findet sich der Blinddarm allein und irreduktibel im Bruch, so ist er von der untersten Dünndarmschlinge heruntergenommen und dann wieder allein gelassen worden. Zu diesem, durch die natürliche Anheftung im Bruchlager gegebenen Hindernis der Reposition kommt aber noch ein zweites wesentliches, die Umkrümmung des Blinddarmes. Senkt sich letzterer in seiner natürlichen Stellung inmitten seiner peritonealen Umgebung, so bleibt der Grund und die Abgangsstelle des Processus vermiformis — wo der Bruchsack fehlt — unten. Anders ist es aber, wenn die untere Befestigung zurückbleibt, und die entsprechenden Darmtheile fixirt sind, während die oberen Partien weiter nachgeben. Dann kommt es zur Umkrümmung; Grund und Wurmfortsatz bleiben oben liegen, und die ursprünglich laterale hintere Partie tritt am tiefsten. Der Zurückbringung des Blinddarmes muss unter diesen Umständen eine Umwälzung des Blinddarmes vorangehen durch eine Bewegung von vorn nach hinten um den jetzt unteren Pol herum. Die Richtigkeit dieser Argumentirung erwies sich Jaboulay, welchem erst durch Anwendung der entsprechenden Handgriffe in einer ausführlich berichteten und durch gleichzeitige Appendicitis complicirten Operation die Reposition gelang.

H. Frank (Berlin).

9) Galliard (Paris). Formes cliniques de la tuberculose intestinale.

(Méd. moderne 1896. No. 17.)

G. glaubt, dass eine rationelle pathologisch-anatomische Einteilung der verschiedenen Formen der Eingeweidetuberkulose zur Zeit noch nicht wohl möglich ist, dagegen ist klinisch scharf zu sondern: die diarrhoische, dysenterische und koprostatistische Erscheinung der Krankheit.

Von diesen ist die erstere die gewöhnliche. Die zweite ist sehr selten und verläuft rasch tödlich. Beide sind nur intern zu behandeln. Bei der dritten entwickelt sich durch Narben- und Geschwürsbildung um die Blinddarmgegend eine große, die Darmlichtung verengende Geschwulst, die sehr oft als Carcinom angesprochen wurde. Diese Form ist durch Darmresektion chirurgisch anzugreifen.

Die bisherigen Resultate deutscher wie französischer Operateure sind durchaus ermuthigend.

Roesing (Hamburg).

10) Th. Jonnesco (Bucarest). Un nouveau procédé pour l'application du bouton de Murphy.

(Archives des sciences médicales. Publiées sous la direction de Th. Jonnesco, v. Babès et N. Kalindero de Bucarest. 1896. No. 1.)

Paris, Masson & Cie., 1897.

Verf. ist auf Grund zahlreicher Experimente zu der Überzeugung gekommen, dass der gewöhnlichen Anwendung des Murphy-Knopfes 2 Nachtheile anhaften: 1) Die im Darm zur Einführung des weiblichen oder männlichen Theiles des Knopfes angelegte Öffnung ist zu groß für das Kaliber des beide Theile verbindenden centralen Abschnittes. Man ist deshalb gezwungen, um das Zurückgleiten der Wundränder zu verhindern, eine Überwendlingsnaht anzuwenden. 2) Wegen der Dicke der Wandung besonders am Magen, wegen der Gefahr, durch zu starken Druck die Lebensfähigkeit der Gewebe zu sehr zu schädigen, ist es oft schwer, wenn nicht unmöglich, beide Theile des Knopfes auf einander zu passen. Die Folge hiervon sind die von mehreren Chirurgen beobachteten Ulcerationen der Intestinalwand einerseits oder Austritt von Darminhalt in die Bauchhöhle andererseits.

Verf. schildert dann das von ihm an 20 Hunden bei Gastroenterostomie erprobte neue Verfahren und erläutert den Text durch zahlreiche klare und leicht verständliche Abbildungen.

Die Operation beginnt am Magen mit einem 3 cm langen Einschnitt in der Nähe und parallel der Achse des Pyloruskanals. Durch diese Öffnung wird mittels einer Zange ein Theil des Knopfes (männlicher oder weiblicher) eingeführt und mit seinem Verbindungsstück gegen die Wand des Magens, etwa 2 cm von der ersten Öffnung entfernt, angedrückt, so dass die Kontouren außen sichtbar werden. Während der Assistent die erste Öffnung um die Branchen der Zange mit den Fingern schließt, macht der Operateur auf die Lichtung des sich deutlich abhebenden Verbindungsstückes einen kleinen kreuzförmigen Einschnitt und lässt durch eine leichte Drehbewegung der Zange dasselbe vortreten. Da die eng anliegende Manschette sehr große Neigung hat, durch Einreißen besonders der Magenwand sich zu vergrößern, so ist es unbedingt nothwendig, entweder mit einem Seidenfaden die Weichtheilmanschette auf den Cylinder festzubinden, oder aber mit einer Tabaksbeutelnaht von etwa 3 Stichen dieselbe zu schnüren. Die Zange, welche den Knopf eingeführt hat, bleibt vorläufig noch liegen, die Wände dieses ersten Einschnittes werden vorsichtig zusammengedrängt, und Alles mit Gaze bedeckt. Der Vorgang an der obersten Schlinge des Duodenum ist gerade wie am Magen. Nur wird hier der erste Einschnitt oberhalb des zweiten angelegt, um eine Verengerung des Magen-Darmkanals und den Durchtritt von Magen- oder Darminhalt in der Höhe der

Einschnitte zu vermeiden. Der Operateur führt dann durch die Bewegung der Zange den männlichen Theil in den weiblichen, nimmt die Zange ab, führt den linken Zeigefinger in die Magenöffnung, den rechten Daumen in die Darmöffnung und drückt beide Theile des Knopfes fest gegen einander, bis der Schluss erfolgt ist. Mit Lembert'scher Naht werden die Magen-Darmöffnungen geschlossen. Die an 20 Hunden mit gutem Erfolg ausgeführte Operation dauerte 10—15 Minuten.

Der Knopf wurde nach 10—20 Tagen entleert. Bei einem nach 3 Monate getödteten Hunde war die Incision, fast ohne Spur zu hinterlassen, verheilt.

Um möglichst die Verhältnisse der Wirklichkeit nachzuahmen, umschnürte J. bei seinen Experimenten den Pylorustheil des Magens mit einem Faden. Hierdurch glaubt er auch zu energische Kontraktionen des Pylorus im Duodenum, so wie das Rückfließen der Galle in den Magen zu verhindern und die zur Vermeidung dieses Übelstandes vorgeschlagene Duodeno-Jejunostomie absolut unnöthig zu machen.

Eine Verlängerung der Operationsdauer soll durch Anlegung der ersten Einschnitte nicht bedingt werden. **Borchard** (Posen).

11) **E. Werckmeister.** Zwei Vorschläge für die unblutige Behandlung der Stricture recti.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 2.)

W. empfiehlt für die Behandlung der Mastdarmstrikturen eine von ihm in einem Falle mit Erfolg erprobte Methode: 3mal täglich Einführung eines hohlen Bougies. Am Schluss der Applikation Injektion von 100 ccm einer 5%igen Borsäurelösung durch das hohle Bougie über die Striktur hinaus. In den Zwischenzeiten muss der Krauke ein 6—7 cm langes Gummidrainrohr im After tragen. W. will durch das letzte Verfahren die putriden Sekrete nach außen schaffen, die fortwährend nicht nur die Geschwürsflächen im Mastdarm reizen, sondern auch durch Resorption Fieber und Kopfschmerz erregen. W. glaubt, dass auch die günstigen Erfolge, die man bisher durch operative Eingriffe erzielt hat (Israël), hauptsächlich durch die Beseitigung der Reizung des Mastdarmes durch Koth und Sekrete bedingt seien.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

12) **E. Juvara.** Du traitement des hémorrhoides par le procédé de Whitehead à la clinique chirurgical du professeur Th. Jonnesco.

(Archives des sciences médicales de Th. Jonnesco, Babès et Kalindero de Bucarest. 1896. No. 2.)

Nach Beschreibung der verschiedenen Operationsverfahren Whitehead's, der Methode Quénu's, Lejars', Reclus' schildert Verf. ausführlich das Vorgehen Jonnesco's. Nach einer 8tägigen, sehr

sorgfältigen diätetischen (Milchdiät, salinische Abführmittel, Spülungen) und antiseptischen Vorbereitung wird in Chloroformnarkose unter strengsten antiseptischen Kautelen die Afteröffnung mit dem Trélat'schen Speculum erweitert, bis dieselbe von selbst offen bleibt und alle Knoten hervortreten lässt. Nach Anlegung von 4 Faszungen wird der After ca. 15—20 mm nach außen vom Übergang der Schleimhaut in die äußere Haut, um eine spätere Infektion der Nähte und Durchschneiden der Fäden möglichst zu vermeiden, umschnitten. Stumpfes Loslösen der Schleimhaut mit den erweiterten Venen bis in das Gesunde unter Leitung des in den Mastdarm eingeführten Zeigefingers der linken Hand. Hierbei kommt der Sphincter internus, der Sphincter externus nicht zu Gesicht. Nur nach vorausgegangener Entzündung muss das Loslösen der Schleimhaut mit dem Messer gemacht werden. Eine Unterbindung ist gewöhnlich nicht nothwendig, die Blutung steht auf leichte Compression. Abtragen der herabgezogenen Schleimhaut am Afterende, Naht mit Katgut. Die letztere wird so angelegt, dass die Nadel nicht senkrecht durch die Mastdarmschleimhaut gestochen, sondern längs derselben erst eine Strecke weit fortgeführt wird, um alle Buchten zu vermeiden und die Haltbarkeit der Naht zu sichern. Unter feuchtem Verbande ist die Heilung am 10. oder 15. Tage vollendet, am 4. oder 5. Tage erfolgt der erste Stuhl. Die Methode ist indicirt bei allen Hämorrhoiden, außer bei entzündeten und ulcerirten, derben und verwachsenen Knoten.

Sowohl während der Operation wie während der Nachbehandlung sind Blutungen nicht zu befürchten, Erschlaffung des Sphinkters tritt bei vorsichtiger Dehnung nicht ein, Stenose nur bei Infektion aller Nähte und weitem Zurückschlüpfen der Schleimhaut. Verf. hat das nie beobachtet.

Borchard (Posen).

13) **C. Fenger** (Chicago). Stones in the common duct and their surgical treatment. With remarks on the ball-valve action of floating choledochus-stones.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Februar—März.)

F. schildert, gestützt auf 5 von ihm operirte und ausführlich mitgetheilte Fälle, das Operationsverfahren der Choledocholithotomie, im großen Ganzen dem Vorgehen Courvoisier's folgend. In einem nicht operirten Falle von Icterus gravis, der zur Autopsie gelangte, beobachtete Verf. den Mechanismus des Gallenverschlusses, den er — nach Courvoisier — mit der Wirkungsweise eines Kugelventils (ball-valve) vergleicht; was jener Autor am Ductus cysticus beobachtete, beschreibt F. für den Ductus choledochus und stellt zur Illustration dieser Wirkungsweise an der Leiche folgendes Experiment an:

Eine Kanüle wurde ins Innere der Gallenblase eingeführt und durch diese Glycerin, welches ungefähr die Konsistenz der Galle



hat, injicirt. Es füllte sich die Gallenblase, der Ductus cysticus, der Ductus choledochus und schließlich der D. hepaticus, welcher letztere drei in dem in Rede stehenden Falle sämtlich erweitert waren. Der Ductus choledochus zeigte am distalen Ende eine sackartige Erweiterung kurz vor seiner Mündung in den Zwölffingerdarm. Der Stein, der 1 cm Durchmesser hatte, war frei beweglich (floating or swimming) in den drei Gallengängen. Wurde derselbe an irgend einen Punkt dieser Gänge gebracht, mit Ausnahme des untersten Endes des Ductus choledochus, so trat das Glycerin in kontinuierlichem Strahl in das Duodenum; lag aber der Stein in der Ausbuchtung des Ductus choledochus dicht über seiner Einmündung in den Darm, so konnte kein Tropfen Glycerin mehr austreten. Derselbe Mechanismus ließ sich nachweisen am Eingang des Ductus cysticus in die Gallenblase. Die letztere war bei der Autopsie leer, atrophisch und geschrumpft gefunden worden, ein Verhalten, das F. durch zeitweiliges Verlegen ihres Einganges und daher rührende mangelhafte Füllung zu erklären sucht. »Die Leichtigkeit, mit welcher ein verhältnismäßig kleiner Stein in den erweiterten Gängen sich hin- und herbewegt, ist bemerkenswerth; ein leichter Druck mit dem Finger oder der Sonde von außen auf den Gallengang genügt, um den Stein von einem Platz zum anderen zu verschieben. Da der Stein fast dasselbe specifische Gewicht hat wie die Galle, so ändert er bei der leichtesten Kontraktion der Gallengangswand oder bei Einwirkungen des Sekretionsstromes auf seine Oberfläche die Lage. So können auch Bewegungen des Körpers, welche Lageveränderungen der Leber, des Duodenum, des Colon transversum herbeiführen, eine Bewegung des Steines von einem Ort zum anderen bewirken.«

Die 3 Schlusssätze des Verf. lauten:

- 1) In der Mehrzahl der Fälle von Gallenstein im Ductus choledochus ist dieser erweitert, und der Stein schwimmt in ihm.
- 2) Die Choledochotomie ist die Operation der Wahl und sollte, wo immer möglich, ausgeführt werden, da sie allen anderen Methoden überlegen ist.
- 3) Die Choledochotomie ist in der großen Mehrzahl der Fälle von Gallenstein im Ductus choledochus anwendbar.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

14) Congrès français de chirurgie. Dixième session, tenue à Paris du 21. au 24. Octobre 1896.

(Revue de chir. 1896. No. 11.)

Aus dem vorliegenden, trotz der großen Knappheit der Referate über 100 Seiten umfassenden, in der Wiedergabe der in den Diskussionen zu Tage getretenen Anschauungen mehrfach unvollständigen Bericht sei bei der Fülle des Gebotenen nur das Wichtigere ganz kurz hervorgehoben.

Zur Hauptdiskussion standen:

1) Thérapeutique chirurgicale des pieds bots.

Der Ref. über dieses Thema, Forgue (Montpellier), empfahl die möglichst frühzeitige Behandlung des angeborenen Klumpfußes, und zwar bei Kindern bis zum 3.—4. Lebensjahre mittels des manuellen Redressements, eventuell unter Zuhilfenahme der Durchtrennung der Achillessehne und Fascia plantaris, mit nachfolgender Anlegung eines Gipsverbandes in korrigierter Stellung des Fußes. Bei älteren Kindern macht F. die Phelps'sche Operation mit einer von Kirmisson empfohlenen Modifikation, der Eröffnung des mediotarsalen Gelenkes. Bestehen irreduktible knöcherne Deformitäten, so führt F. Operationen am Knochen, aber nicht im vorderen Tarsus, sondern am Talus, dessen Kopf er entfernt, und am Calcaneus aus, aus dessen vorderem Abschnitt ein mit der Basis nach außen oben gerichteter Keil ausgeschnitten wird. Diese Eingriffe müssen so ausgiebige sein, dass sofort eine Überkorrektion erreicht wird.

Kirmisson (Paris) korrigiert bei Neugeborenen möglichst frühzeitig zuerst die Varusstellung des Klumpfußes, sucht die Retention durch Guttaperchaschienen zu erhalten und beseitigt erst danach die Equinusstellung, eventuell auch durch Tenotomie. Bei Kindern, die bereits gegangen sind, empfiehlt er das Redressement in Narkose mit nachfolgendem Gipsverband und mehrmonatlicher Massage, verwirft die Tarsoklasie als eine »blinde« Operation und macht da, wo ersteres nicht gelingt, die Phelps'sche Operation mit Eröffnung des mediotarsalen Gelenkes. Er hat dieselbe bereits 76mal bei 51 Pat., deren jüngster 15 Monate, deren ältester 19 Jahre alt war, bei 23 mit Achillotenotomie, mit sehr guten Resultaten ausgeführt. Nur ausnahmsweise sind auch Operationen am Knochen zulässig.

Aus der weiteren Diskussion, an der sich eine sehr große Reihe von namhaften Chirurgen beteiligten, sei erwähnt, dass, während von Einzelnen (Martin, Redard, Calot etc.) die konservative Methoden des langsam progressiven oder forcirten Redressements mit nachfolgender Anwendung von Massage und orthopädischen Maßnahmen gerühmt wurden, Andere neben diesen auch das Phelps'sche Verfahren, oder in schweren Fällen auch Tarsektomien (Deschamps, Jalaguier, Péan, J. Böckel, Bilhaut, Adenot, Ollier etc.) empfahlen, L. Championnière nur ausgedehnten Knochenoperationen und Doyen den sogenannten rapiden Methoden das Wort redete.

2) Le traitement des prolapsus génitaux.

Bouilly besprach die Entstehung und verschiedenen Grade der Vorfälle und die Bedingungen für den Erfolg der gegen dieselben empfohlenen Operationen, bei denen es oft weniger auf die besondere Methode, als auf die gute Ausführung ankomme. In schweren Fällen erreichte er mit der Resektion der hypertrophischen Vaginalportion und mit der nachfolgenden Kolpoperineorrhaphie sehr gute Resultate. Die Hysterektomie mit breiter Resektion der Scheide soll nur bei Frauen nach Eintritt der Menopause in besonders complicirten Fällen vorgenommen werden.

Péan empfahl bei einfachem Uterusvorfall Aluminiumpressare, bei Hypertrophie der Vaginalportion die Resektion mit Erhaltung der intra-uterinen Schleimhaut und Vernähung derselben mit der Scheide. Hysterektomie könne bei schwerer Endometritis, Metritis, interstitiellen Geschwülsten und Pelveoperitonitis in Frage kommen.

Die weitere, sehr lebhafte Diskussion ergab, dass die Alexander'sche Operation und Hysteropectie wenig Anhang bei den französischen Chirurgen gefunden haben, die meisten derselben den von Bouilly und Péan ausgesprochenen Ansichten nahestehen. Die Pathogenese der Genitalvorfälle wurde von Reynier, Boursier, Tuffier ausführlich erörtert.

Questions diverses.

Malherbe (Nantes). Du myélome des gaines tendineuses et des aponevroses.

M. hat Gelegenheit gehabt, eine Anzahl von kleinen, gelappten, gutartigen Geschwülsten, welche mit den Sehnnenscheiden der Finger oder Zehen, bezw. mit

der Aponeurosis palmaris zusammenhängen, zu untersuchen. Sie bestehen aus einem fast immer pigmenthaltigen Gewebe, dessen Zellen (Myeloplaxes, Cellules myeloides und Cellules connectives jeunes) sich auf Kosten der Cellules tendineuses entwickeln, und dessen Gefäße meist sklerotisch degenerirt sind. M. rangirt die Geschwülste zwischen die Fibrome und epiphysären Osteome und will sie von der Gruppe der Sarkome getrennt wissen.

Le Dentu (Paris). Nouvelles considérations sur la leucokératose.

Auf Grund mehrerer neuer Beobachtungen von Leukokeratose nimmt Le D. an, dass jede Leukoplasie ein Epitheliom werden könne, letzteres also nur als eine »Phase ultime« der ersteren anzusehen sei. Betreffs der klinischen Symptome solcher Epitheliome ist die geringe Neigung zur Drüseninfektion und zum Recidiv hervorzuheben, für die Behandlung die Exstirpation empfehlenswerth, sobald andere Mittel nicht zum Erfolg führen.

J. Reverdin (Genf). Du sulfate de soude comme hémostatique.

Bericht über mehrere Fälle von erfolgreicher Anwendung des schwefelsauren Natrons (10 cg stündlich) bei schweren kapillären Blutungen nach dem Vorgang Kussmaul's. R. nimmt an, dass das Mittel, innerlich gereicht besser als bei subkutaner Injektion wirke, raschere Blutgerinnung herbeiführe.

Reynier et Isch-Vall (Paris). Sur le plombage des os avec les substances antiseptiques.

In einer großen Reihe von Fällen hat sich das Salol zur Ausfüllung von Knochenhöhlen vorzüglich bewährt.

Calot (Berk-sur-Mer). Traitement des tumeurs blanches par les injections intra-articulaires.

C. empfahl die intraartikulären Injektionen von Naphtholcamphr — 8 Injektionen in Pausen von 2—3 Tagen — und Jodoformäther — 2—4 Injektionen nach Ersteren — beim Gelenkschwamm; nach Punktion des Gelenkes legte er einen Kompressionsverband an. In 22 von 24 sehr schweren, bisher nur zur Resektion geeignet erschienenen Fällen erfolgte vollkommene Heilung.

Tête et face.

Schwartz (Paris). Suture du sinus latéral déchirée par l'extraction d'un fragment osseux enfoncé et nécrosé en partie par un coup de pied de cheval dans la région temporo-pariétale. Guérison.

Der 1 cm lange Riss der Sinuswand wurde durch 2 Seidennähte geschlossen, und alsdann mit Jodoformgaze Kompression ausgeübt, worauf die schwere Blutung vollständig stand. Heilung.

Broca (Paris). Sur un abcès cérébral consécutif à une otite moyenne chronique.

Der Abscess lag im Schläfenlappen. Heilung nach Trepanation vom Warzenfortsatze aus und Drainage.

Lancial (Paris). Phlébite faciale et phlébite ophthalmique guéries par la section hâtive au thermocautère de la veine angulaire et des tissus sous-orbitaires.

L. hat in einem Falle von Oberlippenkarbunkel mit beginnender Phlebitis facialis und ophthalmica durch frühzeitige Durchtrennung der V. angularis und der infraorbitalen Weichtheile mittels Paquelin Heilung erzielt.

Castex (Paris). Chirurgie du nez.

C. empfahl für Fälle, in denen man ohne Schädigung der äußeren Form breiten Zugang zur Nase erreichen will, die untere quere Rhinotomie, d. h. einen Querschnitt unter den Nasenflügeln zwischen Nase und Lippe und Abtrennung des knorpeligen Septums mit nachfolgender Naht.

Combe (Paris). Sinusites maxillaires compliquées de tic douloureux. — Guérison par la trépanation et la résection de la paroi externe.

In den mit Tic douloureux complicirten Fällen von Kieferhöhlenentzündung

hat C. durch Resektion der vorderen Sinuswand, nachdem die vorherige Eröffnung von der Alveole des veranlassenden Zahnes nicht zum Ziele geführt, Heilung erreicht.

Larger (Maisons-Laffitte). Résultats obtenus par la nouvelle méthode de Cheiloplastie.

L. demonstrierte 2 nach einer neuen Methode der Cheiloplastik (Lappenbildung aus der gesunden Lippe) operirte Kranke, bei denen die Lippen so gut beweglich waren, dass die betreffenden Pat. blasen und pfeifen konnten; auch in kosmetischer Hinsicht waren die Resultate vorzüglich.

Cou et tronc.

Chipault (Paris). Les ligatures apophysaires.

C. hat jene Operation jetzt bereits in 13 Fällen — 4mal wegen traumatischer Affektionen, 6mal wegen Malum Pottii mit resp. ohne Lähmungen, und je 1mal wegen rheumatischer Arthritis der mittleren Halswirbel mit Torticollis, wegen rachitischer Lumbalkypnose und wegen schwerer rachitischer Skoliose — mit günstigen Erfolgen ausgeführt, die auch zum Theil seit längerer Zeit Bestand haben.

Hamon du Fougeray (Le Mans). Étude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.

H. lenkte die Aufmerksamkeit auf diejenigen phlegmonösen Prozesse und Abscesse am Halse, welche im Gefolge von Mittelohreiterungen entweder direkt auf dem Wege der Lymphbahnen oder indirekt durch Durchbruch des Eiters aus dem Warzenfortsatze, bezw. in Folge einer Thrombose des Sinus transversus und der V. jugul. int. entstehen.

Poncet. De l'actinomycose et des mycoses cervico-faciales (pseudo-actinomycose).

P. hat 3 Fälle von cervicofascialer Pseudoaktinomykose, d. h. einer Phlegmone mit Bildung gelblicher Körner im Eiter beobachtet, welche letztere aus Mycelien mit sehr langen verzweigten Pilzfäden ohne Keulen, keinem Strahlenpilz bestanden. Jodkali war ohne Wirkung, die nach P.'s Erfahrungen auch bei der wahren Aktinomykose ausbleibt. Reboul (Nîmes) hat 2 ähnliche Fälle gesehen, in deren einem das Jodkali gute Resultate gehabt zu haben schien.

Adenot (Lyon). Libération longitudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroïde.

A. und auch Poncet haben die longitudinale Freilegung der Luftröhre als Palliativmaßregel bei Krebs der Schilddrüse mit Erfolg angewandt, um die durch die Tracheotomie nicht zu beseitigenden irradiirenden Schmerzen, besonders im Nacken, und Dysphagie zu bessern und das Leben der betreffenden Pat. zu verlängern; auch die Athmung wurde durch die Operation freier, so dass die Tracheotomie vermieden werden konnte. Nöthigenfalls ist ein Theil der Geschwulst vor der Luftröhre mit zu entfernen. Die Erleichterung in den Beschwerden dauerte bei dem einen Kranken A.'s 8 Monate lang.

Abadié (Paris). Nature et traitement chirurgical du goitre exophthalmique.

A. sieht die Ursache für die schweren Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit in einer permanenten Reizung der vasodilatorischen Bahnen des cervicalen Sympathicus und empfiehlt deshalb die Durchtrennung dieses Nerven. Auch Jaboulay (Lyon) hat diese Operation mit Erfolg ausgeführt und die okulären Symptome sammt dem Exophthalmus dauernd verschwinden sehen, während die partielle Kropfexstirpation nichts nutzte, vielmehr ein neuer Kropf entstand. J. nimmt mit A. an, dass die Schilddrüsenhypertrophie nicht die Ursache des Morbus Basedowii, sondern die Folge der Reizung der vasodilatorischen Bahnen des Halssympathicus sei und führt die bisher beobachteten Erfolge der Kropfexstir-

pation bei der Basedow'schen Krankheit auf die bei dieser Operation gesetzten Durchschneidungen von Sympathicusfasern zurück.

Delorme (Val-de-Grâce). Du traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poudon.

D. hält die Decortikation der Lunge in allen Fällen für indicirt, wo nicht oberflächliche Kavernen das Organ durchsetzen, und glaubt, dass sie der Thorakoplastik im Allgemeinen vorzuziehen sei. Vor der Operation muss die Emphyemhöhle mehrere Tage lang gründlich ausgewaschen, der Eingriff zur Verminderung der Shockgefahr möglichst rasch und mit geringer Blutung ausgeführt werden. (Siehe p. 420 dieses Blattes 1894, Ref.) Die bisher operirten 20 Fälle ergaben in 30—40% Heilung.

Tuffier (Paris). Kystes hydatiques du poudon. Pneumotomie.

Unter 58 von T. gesammelten Pneumotomien bei Lungenechinococcus sollen 52 und unter 11 Pleurotomien 9 geheilt (2+) sein. T. berichtete dann ausführlich über einen Fall von centraler, nicht vereiterter Echinococcuscyste der rechten Lunge, der durch Pneumotomie geheilt wurde, und erörterte die Schwierigkeiten der Diagnose zwischen einem in die Bronchien durchgebrochenen Leber- und einem Lungenechinococcus, um für zweifelhafte Fälle einen schrägen thorakoabdominalen Schnitt am hinteren Rande der Axillarlinie zu empfehlen. Zur Operation hält er die Chloroformnarkose für besser als die Ätheranästhesie, rath eine breite Öffnung in der Cyste anzulegen und diese für lange Zeit tamponirt zu erhalten.

Appareil digestif.

Girard (Bern). Traitement des diverticules de l'oesophage.

G. besprach die verschiedenen operativen und nichtoperativen Behandlungsmethoden der Speiseröhrendivertikel und theilt danach 2 Fälle mit, in denen er durch Invagination des mittelgroßen Divertikels in die Speiseröhre und Obliteration des Sackes durch einige Etagnennähte vollen Erfolg erreichte. Der invaginirte Sack kam rasch zur Schrumpfung, so dass das Schlingen bald normal wurde; in den ersten Tagen wurde die Ernährung durch das Schlundrohr besorgt. G. hält das Verfahren jedoch nur für mittelgroße Divertikel für indicirt, für die umfangreichen und alten die Resektion für zweckmäßiger.

Fontan (Toulouse). Sur une nouvelle opération de gastrostomie (procédé valvulaire).

F. hat in einem Falle so operirt, dass er eine große Magenfalte in der Bauchwunde fixirte, darauf nach dem Mageninnern einstülpte, ihre beiden Flächen vernähte und schließlich durch ein an ihrem Grunde angelegtes Loch eine Kanüle einführte. Der Erfolg war ein guter.

(Das Verfahren scheint auf dasselbe hinauszukommen, wie es die Kadersee Modifikation der Witzel'schen Methode der Gastrostomie erstrebt. Ref.)

Doyen (Paris). Chirurgie de l'estomac.

D. erörterte besonders den Nutzen der Gastroenterostomie bei alten Magengeschwüren, derentwegen er in 55 Fällen operirt hat (20% Misserfolge). Er sprach sich dabei gegen den Murphy-Knopf aus und empfahl bei der Gastroenterostomie vor Allem auch auf eine richtige Lagerung der absteigenden Jejunumschlinge zum Magen zu achten.

Im Anschluss hieran berichteten Hartmann (Paris) über einen durch Gastroenterostomie geheilten Fall von Narbenenge des Pylorus nach Verbrennung (Salzsäure), Guelliot (Reims) über 2 Fälle von ausgelehnten Verwachsungen des Magens (xSymphyse de l'estomac), in denen durch Trennung der Verwachsungen, bezw. gleichzeitig durch Gastro- und Colopexie Heilung der hochgradigen Beschwerden erzielt wurde, und Chaput (Paris) über eine erfolgreiche Pylorektomie wegen beginnenden Krebses, in welchem Falle Magen und Duodenum nach der Resektion jedes für sich vernäht und eine Gastroenterostomie mittels eines Chaput'schen Knopfes hergestellt wurde.

Péan (Paris). De la gastrectomie.

P. hat bis jetzt wegen Krebs 12mal den Pylorus reseziert (4 †) und 3mal die Gastroenterostomie (1 †) ausgeführt, außerdem ohne Todesfall 4 Pyloroplastiken und 4 Excisionen von Geschwüren gemacht. Er empfiehlt, die Resektion nur bei jüngeren Kranken, bei kleiner, beweglicher Geschwulst und bei Fehlen von Drüsenerkrankung vorzunehmen und bei kachektischen Individuen sich auf die Gastroenterostomie mittels Murphy-Knopfes zu beschränken. Nach der Resektion des Pylorus erscheint ihm der Verschluss der Magenwunde und die Einnähung des Duodenums in den Magen Behufs Herstellung einer Gastro-Duodenostomie zweckmäßiger, als die direkte Vereinigung der Magen- und Duodenumwunde.

Guinard (Paris). De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen.

G. berichtet zunächst über 2 Fälle schwerer Bauchkontusionen, in denen er die Laparotomie — nach 36 Stunden — machte und hierbei Darmruptur mit Gas- und Kothaustritt fand; die Pat. starben. Eine Stichverletzung des Darmes, derentwegen er bald operiren und 2 Perforationen des Darmes vernähen konnte, heilte glatt. G. empfiehlt zur Diagnose der Perforation auf 2 Symptome, das Verschwinden der Leberdämpfung und die Kontraktion der Bauchmuskeln, zu achten, in zweifelhaften Fällen zunächst nur eine kleine Öffnung von 2 cm Länge anzulegen und erst, wenn sich Gas, Kothmassen oder reichliches Blut entleeren, den Schnitt zu vergrößern und die Perforationsstelle etc. zu suchen, während bei Fehlen jener Erscheinungen die Wunde sofort zu schließen sei; sie werde dem Pat. keinen Schaden bringen.

Demoulin (Paris) theilt danach einen Fall von erfolgreicher Laparotomie wegen einer unvollständigen Durchtrennung des Blinddarmes mit; die Bauchhöhle war mit großen Massen von Blutgerinnseln erfüllt.

Reboul (Nîmes) gab die Operationsgeschichte eines Falles von ausgedehntem Darm-, Netz- und Magenvorfall durch eine bei einem Sturz auf einen Flaschenscherben entstandene Bauchwunde; das 4jährige Kind wurde durch Laparotomie 1½ Stunden nach der Verletzung geheilt.

Demons (Bordeaux). Du Coprome infantile.

D. machte auf Grund einiger Beobachtungen auf die zu förmlichen Geschwülsten führende Koprostase bei Kindern aufmerksam. In einem Falle entleerte er nach mechanischer Zerkleinerung des im Mastdarm vorliegenden Kothes in einer Sitzung ca. 800 g, in weiteren noch große Massen, worauf die Geschwülste im Leibe verschwunden waren.

Heydenreich (Nancy). De l'emploi du bouton de Murphy.

H. besprach die von ihm und Anderen bisher mit dem Murphy-Knopf gemachten Erfahrungen und theilte die ungünstigen Folgen, die sich aus seiner Anwendung ergeben haben: 1) in solche, die dadurch bedingt waren, dass die in Kontakt zu bringenden Flächen nicht vollkommen an einander gebracht worden waren; durch die Anlegung einiger Lembert'schen Nähte nach Einführung des Knopfes lässt sich nach H. den aus jenen Fehlern der Technik erwachsenen Gefahren vorbeugen; 2) in die durch Behinderung des Durchganges festen Dickdarminhaltes durch den Knopf eingetretenen; die Verwendung eines Murphy-Knopfes mit weiter Öffnung und die Darreichung von Laxantien ist daher bei Operationen am Dickdarm notwendig, event. überhaupt bei letzteren von dem Gebrauch des Knopfes ganz abzusehen; 3) in die durch nachträgliche Perforationen am Darm in Folge von Fehlern in der Konstruktion des Murphy-Knopfes und 4) in die durch Zurückbleiben des letzteren im Magen-Darmkanal entstandenen. Alle diese dem Knopf anhängenden Nachtheile müssen durch Vervollkommen seiner Konstruktion, durch Herstellung leichterer, weniger voluminöser und resorbirbarer Knöpfe zu beseitigen gesucht werden, dürfen aber nicht die Veranlassung sein, den Knopf, der eine rasche Beendigung der Operation bei schwächlichen Pat. ermöglicht, zu verwerfen.

Pouillet (Lyon). Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse.

P. benutzte zum Verschluss der Bruchpforte ein langes Stück der Sehne des sich an der Spina inf. ant. ansetzenden M. quadriceps femoris und hat damit sehr günstige Resultate für die Heilung der Brüche gehabt.

Monod (Paris). Sur certaines cas d'hydrorrhée, consécutive aux opérations pratiquées sur les organes du petit bassin chez la femme, pouvant en imposer pour une fistule urinaire.

Nach verschiedenen Bauchfelloperationen im Bereich des kleinen Beckens der Frau wird manchmal längere Zeit hindurch Abfluss von heller Flüssigkeit, die nicht Urin ist, durch eine Bauch- oder Scheidenfistel beobachtet. Ohne sich über die Ursache dieser Hydrorrhoea peritonealis auszusprechen, empfiehlt M., sich in solchen Fällen mit besonderen Operationen nicht zu beeilen, da spontane Heilung erfolge.

Voies urinaires.

Albarran. Sur une série de quarante opérations pratiquées sur le rein.

A. hat 7 Nephrektomien (1 +), 1 partielle Nierenresektion, 24 Nephrotomien (2 +), 5 Nephrolithotomien (2 +), 23 Nephrorrhaphien (0 +), 4 Explorativ-Nephrotomien (0 +) ausgeführt und bespricht dieses operative Material des Näheren. Für die Nephrorrhaphie hebt er den Vortheil der Resektion eines Theiles der Capsula adiposa hervor; alle seine Fälle sind vollständig geheilt, und zwar mehrere seit längerer Zeit. — Auch Montprofit (Angers), Legueu (Paris), Mauny (Saintes), Pousson und Jonnesco (Bukarest) gaben Berichte über einzelne erfolgreiche Operationen an den Nieren (Nephrektomie wegen Ruptur durch Trauma, wegen Hydronephrose etc.; Nephropexie nach Guyon).

Routier (Paris). Traitement de la cystite tuberculeuse.

R. empfahl für die hartnäckigeren Formen der tuberkulösen Cystitis die Sectio alta mit nachfolgender Thermokauterisation von Ulcerationen; wenn die Öffnung gut funktioniert, sucht er durch Borausspülungen die Kapazität der Blase zu heben und nach 3—6 Monaten die Fistel zu schließen. Die erhaltenen Resultate waren sehr günstige.

Pozzi. Note sur le traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie.

P. hat in einem Falle mit vorzüglichem Erfolge so operirt, dass er nach Herstellung der vorderen Blasenwand aus 3 nach einwärts umgeschlagenen Hautlappen die Lücke der vorderen Bauchwand durch Ablösung der Mm. recti vom Schambein, durch Lappenbildung aus der hinteren Scheide derselben und durch Mobilisirung der Bauchhaut von 2 einwärts der Spinae ant. sup. ilei gemachten Schnitten aus deckte.

Loumeau (Bordeaux). Résection des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate.

In 4 Fällen von doppelseitiger »Vasektomie« hatte der Eingriff keinen Einfluss auf die Hoden, Prostata und Blasenfunktion, so dass sich die betreffenden Pat. weiter katheterisiren mussten, ohne sich dabei die früher häufige Komplikation einer Orchitis zuzuziehen. Dagegen führte die doppelseitige Kastration in 2 Fällen zu ausgezeichnetem Resultate.

Desnos (Paris). Opérations palliatives contre le cancer de la prostate.

Zur Linderung der nach dem Damm etc. ausstrahlenden heftigen Schmerzen, welche durch Druck der prostatistischen Neubildung auf die Nerven entstehen, hat D. bei 2 Kranken von einem Dammschnitt aus einen Theil der Geschwulst losgelöst und reseziert und dadurch wesentliche Besserung für einige Monate herbeigeführt.

Organes genitaux.

Tédenat (Montpellier). Ectopie inguinale du testicule; orchidopexie.

P. hat die Orchidopexie nach Art einer Inguinal-Hernien-Radikaloperation 10mal mit vollem Erfolge ausgeführt, in 3 Fällen ein Recidiv gesehen und 1mal danach die Exstirpation des schmerzhaften Hodens vornehmen müssen.

Berger (Paris). Sur les hernies vaginales et les hernies postérieures de la grande lèvre.

B. hob die diagnostischen Irrthümer hervor, welche Hernien der großen Labien und Scheide, zumal wenn sie gestielt werden und zwischen den Schenkeln herunterhängen, veranlassen können (Verwechslung mit Uteruspolypen etc.) und besprach die Behandlung dieser Brüche.

Membres.

Février (Nancy). Du traitement des fractures de la clavicule.

Bei Schlüsselbeinrücken mit erheblicher Dislokation, die zu schweren Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen geführt, hat F. mit mehr oder minder vollständigem Erfolge die Knochennaht gemacht und empfiehlt, dieselbe wegen der Schwierigkeit ihrer Ausführung in veralteten Fällen frühzeitig vorzunehmen; 44 der letzteren Art kamen zur vollständigen Heilung.

Delagénère (Le Mans). Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et la drainage trans-trochantérien.

Die im Titel angegebene Operation hat D. in 2 Fällen mit günstigem Resultate ausgeführt.

Poirier (Paris). Remplacement de la diaphyse tibiale par la diaphyse péronéale.

Die in Rede stehende Operation machte P. in 1 Falle von osteomyelitischer Nekrose der Tibia, und zwar in 2 Zeiten, so dass er zuerst die schräg unterhalb ihres Halses durchtrennte Fibula unter den Muskeln hindurchführte und an dem angefrischten oberen Tibiarest annähte, und 2 Monate später in gleicher Weise mit dem unteren Fibulaende verfuhr. Das Resultat war ausgezeichnet; 15 Monate später zeigte die Fibula das 3fache Volumen, das Kind ging und ritt ohne Störungen.

Auf dem 1897er Kongress sollen die Kontusionen des Bauches und die Indikationen und Arten der operativen Behandlung des Mastdarmkrebses diskutiert werden.

Kramer (Glogau).

15) P. Mendes (Bahia). Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

(Revue de chir. 1896. No. 10.)

Unter kurzem Bericht über 3 Fälle von perforirender Bauchverletzung mit Verletzung des Darmes, von denen der eine — starker intraabdomineller Bluterguss in Folge von Durchtrennung eines Astes der Art. mesent. und 9 Wunden am Dünndarm — durch Operation, die übrigen 2, bei welchen Blutentleerungen bei Stehlgang auf eine Darmverletzung hinwiesen, unter antiseptischem Verband, bei absoluter Ruhelage, flüssiger Diät und Morphin zur Heilung kamen, erörtert Verf. die Indikationen der abwartenden und der sofortigen oder späteren operativen Behandlung. Indem er bei ersterer die sorgfältige Überwachung des Verletzten, bei beginnenden peritonitischen Erscheinungen oder solchen, die auf zunehmende innere Blutung hinweisen, die Laparotomie durch einen in dieser Hinsicht erfahrenen Chirurgen empfiehlt, stellt er sich auf den Standpunkt, die Art der einschlagenden Behandlung von Fall zu Fall zu entscheiden. Kramer (Glogau).

16) Tillery. A case of gunshot wound of the intestine. Recovery without operation.

(Med. news 1896. No. 16.)

Ein 6jähriges Mädchen erhielt einen Gewehrschuss in den Rücken. Das Geschoss drang $1\frac{1}{2}$ Zoll rechts neben dem 1. bis 2. Lendenwirbel ein und kam in der linken Axillarlinie am Rande der Lunge wieder heraus. Ein $1\frac{1}{4}$ Zoll langes Stück Lungengewebe, welches aus der Ausschußöffnung herausging, wurde abgetragen, die Wunden verbunden. Am 4. Tage fand sich beim Verbandwechsel, aus der Ausschußwunde theilweise herausragend, ein 5 Zoll langer Spulwurm. Außer geringer Tympanie blieb dies das einsige Zeichen der Darmverletzung. Es erfolgte ungestörte Heilung.

Strauch (Braunschweig).

17) Colle. Déchirure et désinsertion du mésentère dans une hernie inguinale étranglée.

(Presse méd. 1896. No. 81.)

Fälle, bei denen im Augenblicke der Einklemmung eines Bruches das Gekröse einreißt, sind sehr selten. Verf. hat nur einen von Barwell im Lancet 1887 p. 521 angeführten in der Litteratur gefunden und theilt daher einen selbst beobachteten derartigen Fall mit: Ein 22jähriger Mann erwarb bei einer starken Anstrengung vor etwa 4 Jahren einen rechtsseitigen Leistenbruch; derselbe bot Einklemmungserscheinungen, wurde durch Taxis reponirt und durch ein Bruchband gut zurückgehalten, bis er im Januar d. J. wieder austrat und sofort Einklemmungssymptome hervorrief. Es wurden nur kurze Zeit mäßige Repositionsversuche gemacht, ohne Erfolg. Bei der Operation wurde als Inhalt des Bruches eine große, brandige Dünndarmschlinge und etwas frisches Blut gefunden, während die Schnürfurchen noch keine Spur von Brand zeigten; daneben ein transversaler Gekrösriß von mehreren Centimetern Länge, welcher weit nach oben hinaufreichte. Es musste deshalb die außerordentlich enge Bruchpforte gespalten werden; Laparotomie, Resektion von 60 cm Darm, sorgfältige, aber schwer auszuführende Blutstillung an dem eingerissenen Mesenterium, Vereinigung der Darmenden mit Murphy-Knopf, Schluss der Bauchhöhle bis auf den unteren Winkel zur Drainage. Reaktionslose Heilung; Abgang des Knopfes am 13. Tage p. op. — Wie ist diese merkwürdige Zerreißung zu Stande gekommen? Fortschreitende Gangrän lag nicht vor; die Einklemmung bestand erst wenige Stunden; Taxisversuche sollen sehr leicht und nur kurze Zeit gemacht worden sein. Auch ist es nach des Verf. Meinung nicht gut möglich, dass eine so geringe Gewalt den Gekrösriß hätte hervorrufen können. Es sei daher nur anzunehmen, dass die Abreißung erst im Augenblicke der Einklemmung selbst erfolgt sei; bei dem plötzlichen Austreten dehnte sich der Darm in dem großen Sacke frei aus; das Mesenterium aber, das nicht derartig verlängerns- oder ausdehnungsfähig ist, konnte nicht folgen und riss daher nach und nach weiter ab.

(Sollte der Riss nicht doch bei den vergeblichen Repositionsversuchen, welche sowohl vorher von einem Arzt als auch noch einmal kurz vor der Operation in Narkose vorgenommen wurden, entstanden sein? Ref.)

Tschmarke (Magdeburg).

18) Göbel. Kasuistischer Beitrag zur Frage des Vorkommens des Processus vermiformis im Bruchsack bei Kindern. (Aus dem neuen allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 29.)

Die beiden Fälle, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden, betrafen Kinder, welche gleichzeitig an Phimosen litten. Zum Verschluss der Bruchpfeiler wurde das eine Mal die Schede'sche Silberdrahtnaht, das andere Mal Juniperuskatgut benutzt. Der mit dem Bruchsack verwachsene Processus vermiformis wurde nicht resecirt. Dem von Sandler empfohlenen Jodoform-Kollodiumverband sieht G. einen aseptischen Gaze-Zinkpflasterverband vor.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

- 19) **Lockwood.** A case of hernia of the ovary in an infant with torsion of the pedicle.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1850.)

6 Monate altes Kind, vor 5 Tagen unter den Erscheinungen eines eingeklemmten Bruches erkrankt, Operation. Im Bruchsack befindet sich das Ovarium und die Tube, welche in Folge von Stieldrehung starke Stauungserscheinungen zeigen, so dass sie nicht mehr reponirt werden können. Daher Exstirpation und Unterbindung des Stieles. Heilung. **H. Stettiner** (Berlin).

- 20) **Strauch.** Operative Heilung eines frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventriculi.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 34.)

Die Operation betraf ein 18jähriges Mädchen, bei welchem die Perforation Morgens $\frac{1}{2}$ 9 Uhr eingetreten war, während die Laparotomie Nachmittags 5 Uhr gemacht wurde. Die an der vorderen Wand der Cardia nicht weit unter dem Zwerchfell liegende, etwa linsengroße Durchbruchsstelle, aus der sich beim Versuch, sie zugänglicher zu machen, gallig gefärbter Mageninhalt entleerte, wurde ovalär umschnitten, und die Magenwunde durch die Czerny-Lembert'sche Naht geschlossen. Eine Ausspülung der Bauchhöhle wurde, da noch keine Peritonitis bestand, nicht vorgenommen. Die Kranke wurde nach $3\frac{1}{2}$ Wochen und ungestörtem Verlaufe der Heilung aus der Klinik entlassen.

Der Fall reiht sich den von Hofmeister bis jetzt zusammengestellten 11 Heilungen unter 48 Operationen an. Frühe des Eingriffes und Füllungszustand des Magens bei der Perforation scheinen die Prognose zu bestimmen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

- 21) **Weir** (New York). The surgical treatment of round ulcer of the stomach and its sequelae.

(Med. news 1896. No. 17 u. 18.)

Verf. hat aus der amerikanischen, englischen, deutschen und französischen Litteratur eine Zusammenstellung aller mitgetheilten Fälle von perforirtem Magengeschwür, welche durch Laparotomie behandelt wurden, gemacht. Er fand insgesamt 77 Fälle. Einen weiteren glücklich verlaufenen, so wie einen mit unglücklichem Ausgang konnte er aus eigener Beobachtung hinzufügen.

82% der Fälle betrafen Frauen. Das Durchschnittsalter betrug bei den Frauen 25 Jahre, bei den Männern 39 Jahre. Der Sitz der Perforation war in 43 Fällen an der vorderen, in 11 Fällen an der hinteren Wand, in 6 Fällen an der kleinen Curvatur. 27mal war der Sitz nahe der Cardia, nur 9mal nahe dem Pylorus. In 16 Fällen wurde die Perforation bei der Operation nicht aufgefunden. Einen großen Einfluss auf den Ausgang hatte die Zeit, welche bis zur Operation verstrich. Bis zu 12 Stunden betrug die Sterblichkeit 39%, von 12 bis 24 Stunden 76%, über 24 Stunden 87%. Die Gesamtsterblichkeit betrug demnach 71%.

Von perforirten Duodenalgeschwüren konnte Verf. nur 9 Fälle zusammenstellen. 8 davon betrafen Männer. Der Sitz war in 7 Fällen an der vorderen Wand. Nur 1 Fall hatte einen glücklichen Ausgang. Ein 2. Pat. lebte 2 Monate und starb dann am Darmverschluss, herbeigeführt durch Verwachsungen an der Operationsstelle.

Strauch (Braunschweig).

- 22) **B. Porges.** Ein Fall von Carcinoma ventriculi, durch Resektion geheilt; seit 6 Jahren ohne Recidiv. (Operirt von Prof. Dr. Maydl.)

(Wiener med. Wochenschrift 1896. No. 36.)

Der Bericht betrifft einen bei der Operation 57jährigen Gastwirth, bei welchem ein 18 cm langes, 17 cm breites Stück Magen resecirt worden war. Die Geschwulst bestand mehr in einer carcinomatösen Infiltration der Magenwand und hatte nur an einer Stelle zur Verwachsung mit dem Pankreas, nicht zu Drüseninfektion geführt. Das Körpergewicht war von 54 kg bei grober Bauernkost auf 80 kg ge-

stiegen trotz erheblich verringerter Magenfläche. Entscheidend für die weitere Recidivbildung ist offenbar die Natur des Carcinoms.

Herm. Frank (Berlin).

23) Börner. Gastroenterostomie wegen gutartiger Pylorusstenose, Heilung. (Aus dem Borromäushospital in Leer.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 24.)

Es handelte sich um einen lange vergeblich mit Magenausspülungen behandelten Fall hochgradiger Magendilatation, dessen Ursache in einer Pylorusstenose bestehen musste. Der Grund der letzteren war vor der Operation nicht festzustellen. Letztere ergab eine starke narbige Schrumpfung des Pylorus, welche sich bis ins Duodenum hinein fortsetzte und nicht exstirpirbar war. Es wurde deshalb eine bequem liegende Dünndarmschlinge hervorgezogen und die Gastroenterostomie nach Lücke vorgenommen. Der stark tympanitische Darm bereitete dem Schluss der Bauchwunde nicht geringe Schwierigkeiten.

Der Erfolg war ein vorzüglicher. Das Gewicht des Pat. hob sich von 75 Pfund in 2 Monaten auf über 100 Pfund. Zugleich wurde die Funktion des Magen-Darmkanals allmählich eine völlig normale. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

24) Hoegh. Report of a case of perforative peritonitis from a foreign body in colon ascendens.

(Med. news 1896. No. 9.)

Kräftiger Mann klagte seit 1 Jahr über stechende Schmerzen in der rechten Bauchseite, für die ein Grund nicht aufgefunden werden konnte. Zeitweilig steigerten sich die Beschwerden so, dass Pat. mehrfach die Arbeit aufgeben musste. In den letzten Wochen traten die Erscheinungen einer schleichend verlaufenden, fieberlosen Peritonitis auf, der Pat. schließlich erlag. Da die Diagnose völlig unklar war, wurde von einer Laparotomie abgesehen.

Be der Sektion fand sich allgemeine eitrige Peritonitis. Der Ausgangspunkt war das Colon ascendens, das 3 feine Perforationen aufwies, herrührend von einem im Colon ascendens steckenden, in der Mitte geknickten Zahnstocher.

Strauch (Braunschweig).

25) Hofmohl. Über Kothtumoren.

(Wiener med. Wochenschrift 1896. No. 43.)

H. hat 2mal wegen Kothgeschwulst laparotomirt, da eine exakte Diagnose vorher nicht zu stellen war. In beiden Fällen hat er das Gersuny'sche »Klebesymptom« (Eindrücken der Schleimhaut in den mit dem Finger zusammengedrückten Kothballen und spontanes und dann fühlbares Ablösen der Schleimhaut aus der Delle durch Darmgase) nicht bestätigt gefunden, wie er meint, vielleicht weil die Vorbedingungen dazu, ein gewisser Grad von Trockenheit der Darmschleimhaut, von Eindrückbarkeit der Oberfläche der Kothgeschwulst und Bildung von Darmgasen, nicht vorhanden waren.

Herm. Frank (Berlin).

26) Weiland (Philadelphia). A case of congenital occlusion of the colon at the ileocecal valve.

(Med. news 1896. No. 2.)

Von einer gesunden Mutter wurde ein ausgetragener, anscheinend normal entwickelter Knabe geboren. Nach 24 Stunden erbrach das Kind eine bräunliche Flüssigkeit, und von da ab trat das Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme ein. Das Erbrochene wurde schließlich deutlich kothig. Aus dem Mastdarm wurde durch warme Seifeneingießungen nur etwas heller Schleim entleert. Nach 48 Stunden erfolgte der Tod.

Bei der Sektion fand sich der untere Theil des Dünndarmes stark ausgedehnt. Die untere Lippe der Ileocecalklappe fehlte vollständig, dagegen war die obere Lippe so stark entwickelt, dass sie sich quer durch die ganze Lichtung des Dickdarmes erstreckte und letzteren vollständig verschloss. Dicht oberhalb der Klappe begann das Quercolon, so dass ein Colon ascendens nicht vorhanden war. Der

Dickdarm war wenig entwickelt und auf eine Lichtung von 0,5 cm zusammengezogen. Er enthielt geringe Mengen farblosen Schleimes.

Da das Meconium gegen das Ende des 4. Monats im Darm auftritt, da ferner das Quercolon sich im 3., das Colon ascendens im 5. Monat entwickelt, so muss die Entwicklungsstörung im 4. Monat aufgetreten sein.

Strauch (Braunschweig).

27) v. Frey. Über chronische Darmstenose in Folge Abknickung der Flexura sigmoidea.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1.)

Bei dem 20jährigen Pat. ergab die von Wölfler vorgenommene Laparotomie als Ursache der Passagestörung eine scharfe Knickung der 45 cm langen, stark erweiterten Flexur an ihrem Übergang in den Mastdarm. Bei stärkerer Füllung der Flexur entstand eine Art Klappenverschluss mit Kompression des Mastdarmabschnittes. Durch Resektion von 17 cm der Flexur und Enteroanastomose nach Braun wurde völlige Heilung erzielt. 2 Monate später war Pat. völlig beschwerdefrei. Als Besonderheit sei noch erwähnt, dass die Stühle des Pat. völlig entfärbt waren, trotzdem keine Spur von Ikterus bestand (»Pseudoacholie«). Ätiologisch ist für die beschriebene Störung eine übermäßige Entwicklung der Flexur anzuschuldigen; außerdem wird das Herabsinken des Endtheils begünstigt durch eine starke Annäherung der Fußpunkte, welche ja auch das Zustandekommen des Volvulus besonders begünstigt. Neben der gleichmäßigen, sekundären Erweiterung der Flexur sind auch förmliche sackartige Divertikel von enormer Ausdehnung beobachtet.

Prof. Wölfler begleitet diese letzte Arbeit seines allzu früh verstorbenen Schülers mit einem tief empfundenen Nachruf, der auch den Fernstehenden ahnen lässt, wie viel die Wissenschaft und seine Freunde an dem Dahingeshiedenen verloren haben.

Hofmeister (Tübingen).

28) Felch. A case of intestinal obstruction. Operation, autopsy, and pathological report.

(Med. news 1896. No. 22.)

Bemerkenswerth an dem Fall ist nur, dass das im oberen Theil des Mastdarmes sitzende Carcinom, welches den Darmverschluss herbeiführte, bei einem 20jährigen Manne auftrat. Der Versuch, die Geschwulst durch Laparotomie zu entfernen, wurde aufgegeben.

Strauch (Braunschweig).

29) Alsberg. Zur operativen Behandlung der Darminvagination. (Aus der chirurgischen Abtheilung des israelitischen Krankenhauses in Hamburg.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 32.)

Nachdem A. auf die noch immer vorhandenen Schwierigkeiten der Diagnose des Ileus hingewiesen hat, betont er, dass gerade bei der Invagination, welche nach Leichtenstern 30% aller Ileusfälle umfasst, die Diagnose sich noch am leichtesten stellen lässt.

Die fast stets vorhandene wurstförmige Geschwulst, resp. der an der Stelle der Invagination vorhandene vermehrte Widerstand und leichte Dämpfung sichern die Diagnose, zumal wenn die Narkose angewandt wird.

Trotz der Möglichkeit frühzeitiger Diagnose ist die operative Behandlung bisher relativ sehr erfolglos gewesen, wie sich aus den Statistiken von Braun und Wichmann ergibt. Gleichwohl verneint A. die Frage, ob der Operation als solcher die hohe Sterblichkeitsziffer zur Last zu legen sei. Die Laparotomie bei Invagination ist, von sachkundiger Hand in einem frühen Stadium ausgeführt, keine schwere Operation. Die Desinvagination gelingt, frühzeitig ausgeführt, sehr leicht. Für die bisherigen schlechten Resultate der Operation ist die späte Ausführung derselben verantwortlich zu machen. Sind hohe Wassereingießungen erfolglos, so ist baldmöglichst zu laparotomiren, ähnlich wie man

nach vergeblichen Taxisversuchen bei Hernien ja stets zur sofortigen Herniotomie greift. Womöglich ist die Laparotomie zu machen, bevor heftige Einklemmungserscheinungen aufgetreten sind, da bei bestehender Verstopfung und hochgradigem Meteorismus die Aussichten der Operation ungünstigere geworden sind.

Zum Beweise der Richtigkeit seiner Anschauungen theilt A. die Krankengeschichten dreier von ihm operirter Fälle von Invagination mit, welche durch Laparotomie und Desinvagination geheilt wurden.

Es handelte sich immer um männliche Individuen im jugendlichen Alter. In 2 Fällen war ein Trauma vorangegangen. Der Stuhl war blutig; dem Erbrochenen war mehrfach Blut beigemischt. Stets war, allerdings zum Theil nur mit Hilfe der Narkose, eine wurstförmige Geschwulst nachzuweisen. Im günstigsten Falle, wo die Desinvagination am leichtesten gelang, bestand die Invagination schon 10 Tage. Im 2. Falle waren, obwohl schon 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung operirt wurde, die Ernährungsstörungen des Darmes und der Meteorismus relativ hochgradiger, die Desinvagination deshalb schwieriger. Am schwersten war der Zustand des Kranken im 3. Falle, wo erst 16 Tage nach Beginn der Erkrankung operirt wurde. Obwohl an der Spitze des Intussusceptums bereits eine völlige blutige Infarcirung des Darmes vorhanden war, gelang die Desinvagination merkwürdig leicht. Doch bestanden noch lange Blutabgang, Kolik, Erbrechen und starke Schwäche.

In allen diesen Fällen war der Meteorismus noch nicht hochgradig. Wo letzteres der Fall war, hält A. die Aussichten der Laparotomie für viel ungünstiger, event. sogar für das Ende beschleunigend. Auch hierfür führt er ein Beispiel an.

Von Kindern unter 10 Jahren ist nach A. kein einziges, bei dem die Desinvagination nicht gelang, noch geheilt worden. Auch bei älteren Individuen sind die Aussichten in akuten Fällen nur geringe. Die Resektion der ganzen Invagination, welche A. 1mal bei einem 72jährigen Manne ohne Erfolg ausführte, hält er für einen sehr schweren Eingriff. Er schlägt deshalb vor, wenn irgend möglich, noch mittels stumpfer Lösung der Verwachsungen die Desinvagination zu versuchen. Zeigen sich nach der Desinvagination einzelne Stellen der Darmwand verdächtig, so befürwortet er, dieselben extraperitoneal zu lagern und erst später die Darmresektion auszuführen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

30) M. W. af Schultén. Bidrag till bukhälans kirurgi.

(Finska Läkarsällskapets Handlingar Bd. XXXVII. p. 553 u. Bd. XXXVIII. p. 99.)

1) Ein Fall von Volvulus der Flexura sigmoidea, complicirt mit Striktur im Colon ascendens. — Laparotomie. — Enterokolostomie. — Heilung. — Nebst Bemerkungen über die Behandlung der Achsen-drehung der Flexur.

Pat. hatte schon lange, ehe er in die Klinik aufgenommen wurde, an unregelmäßiger Darmperistaltik gelitten. In den letzten 2 Monaten hatten die Entleerungen nur 1mal wöchentlich stattgefunden. Die Verschlusssymptome deuteten auf ein tief liegendes Hindernis im Darmkanal. Bei der Laparotomie zeigte es sich, dass die Flexura sigmoidea ein halbes Mal um die mesenteriale Achse gedreht war. Diese Darmpartie war ungewöhnlich lang, die beiden Schenkel lagen einander fast parallel an. Das Mesosigmoideum war sehr geschrumpft und straff. Der zuführende Theil zeigte sich durch ein derbes, querverlaufendes Band, wahrscheinlich scirröser Natur, hochgradig verengt, und da es überdies fest mit der hinteren Bauchwand verwachsen war, konnte dieses Band nicht entfernt werden. Die untere Abtheilung des Jejunum wurde deshalb mit dem abführenden Schenkel der Flexur anastomosirt. — Dadurch war nicht nur einer neuen Achsen-drehung des S romanum sicher vorgebeugt, sondern die chronischen Stenosebeschwerden wurden auch beseitigt, und für die rechtzeitige Entleerung der paralyisirten Darmpartie war gesorgt. — Pat. genas und hatte noch 6 Monate später täglich normalen Stuhl.

In den epikritischen Bemerkungen zu diesem Falle hebt Verf. hervor, dass außer den übrigen von Braun (cf. v. Langenbeck's Archiv Bd. XLIII. p. 164)

erörterten Symptomen von Volvulus der Flexur auch der Umstand zu bemerken sei, dass die Flüssigkeit, welche durch den After eingegossen werden kann, immer nur ein geringes Maß — 1 Liter oder weniger — beträgt. Die Furcht vor einer Überfüllung mit Koth in der ausgeschalteten Darmpartie, in diesem Falle das ganze Colon, scheint unnöthig gewesen zu sein.

2) Doppelte Darmresektion bei einem complicirten Anus praeter-naturalis.

Bei einem 26jährigen Arbeiter hatte sich etwa 7 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik ein widernatürlicher After ausgebildet dadurch, dass ein Leistenbruch eingeklemmt worden war. Bei der Operation, die am folgenden Tage von einem anderen Arzte gemacht wurde, zeigte sich die eingeklemmte Darmschlinge brandig, obschon der Bruch akut durch Tragen einer schweren Last entstanden war, und aus der tamponirten Wunde fing am 3. Tage an Darminhalt auszufießen. Seitdem hatte Pat. keinen Stuhl auf normalem Wege gehabt. Bei der Untersuchung des widernatürlichen After fanden sich 2 Öffnungen, je in eine Schlinge führend, und eine dazwischen liegende dünne Scheidewand, die für den Sporn gehalten wurde. Verf. legte eine Dupuytren'sche Darmschere ein, die eine beträchtliche Partie — 5 cm — der Darmwand fasste. Nach 4maliger Wiederholung dieser Behandlung war eine freie Kommunikation der beiden Lichtungen hergestellt. Dennoch ging der Koth immer nur auf dem widernatürlichen Wege ab. Eine vorgenommene Ätzung der Fistelränder blieb auch erfolglos. Die nun ausgeführte Laparotomie zeigte, dass zwei Darmschlingen an der Bildung des widernatürlichen After Theil nahmen, und zwar so, dass das zuführende Darmende der centralen Schlinge mit dem zuführenden Ende der peripheren communicirte. Das abführende Ende der letzteren, völlig obliterirt, hochgradig zusammengefallen, lag in unmittelbarer Nähe des widernatürlichen After; das der centralen Schlinge mündete in die durch das Enterotom hergestellte große Höhle. Die Öffnung dieser Darmschlinge war bei der Anlegung der Darmschere nicht getastet worden, und das Enterotom hatte folglich nicht den Sporn, sondern die zwischen den beiden zuführenden Enden liegenden Darmwandungen bearbeitet. Mit einiger Schwierigkeit wurden die resp. Darmenden cirkulär reseziert und in gewöhnlicher Weise vernäht. Pat. hatte am 9. Tage normalen Stuhl und wurde nach einem Monat geheilt entlassen.

Verf. giebt zuletzt eine Übersicht der wenigen in der Litteratur veröffentlichten Fälle, wo die periphere Darmschlinge nach der Bildung eines widernatürlichen After obliterirte. Einen dem seinigen ähnlichen Fall hat er aber nicht beschrieben gefunden.

A. Hansson (Warberg).

31) A. A. Trojanow. Zur operativen Behandlung des Abscessus subphrenicus (1 Fall von subkutaner Leberruptur mit Bildung eines Abscessus subphrenicus).

(Annalen der russ. Chirurgie 1896. Hft. 5.)

Der 20jährige Pat. fiel am 29. December 1895 von einer 2 m hohen Leiter auf eine Steinstufe. Der Stoß traf die Lebergegend. Die Schmerzen ließen bald nach. Nach 3 Stunden Dämpfung in der Ileocoecalgegend. Erst nach 50 Stunden Bauchfellentzündungssymptome, Schmerzen besonders am Blinddarm. Hier wurde eine Verletzung vermuthet. 31. December Laparotomie in der rechten Leistengegend. Darm gesund, in der Bauchhöhle gallig gefärbte blutige Flüssigkeit. 2. Schnitt unter den Rippen rechts. Ruptur der Konvexität in der Anheftungsstelle des rechten Lig. suspensorium, 10 cm lang. Gazetampons in den Leberriß, die das Blut zur Bauchwunde leiten. Naht der unteren Wunde. — Nachts große Schwäche, Injektion von NaCl-Lösung am nächsten Tage. 2. Januar 1896 Besserung. Vom 5. Januar ab Entwicklung des Abscesses. 11. Januar Probepunktion — Eiter. Operation: Resektion der 10. Rippe hinten, Vernähen der beiden Pleurablätter oben und unten, Schnitt dazwischen durch Diaphragma. Große Eiterhöhle. Starke Sekretion von Galle, daher 9. Februar Spülung mit Lugollösung. 9. Februar Pneumonia crouposa s., nach 5 Tagen kritischer Abfall des Fiebers. 1. März verließ Pat. das Bett.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Sechszwanzigster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

*Der sechszwanzigste Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom
21. bis 24. April d. Js.
in Berlin statt.*

Die Begrüßung der zum Kongresse sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag, den 20. April, Abends von 8 Uhr ab im Hôtel de Rome (Charlottenstraße No. 44/45).

Die Eröffnung des Kongresses findet Mittwoch, den 21. April Vormittags 10 Uhr in dem Langenbeck-Hause statt. Während der Dauer des Kongresses werden Morgensitzungen von 10—1 Uhr und Nachmittagsitzungen von 2—4 Uhr daselbst gehalten.

Für den ersten, zweiten und dritten Sitzungstag habe ich die Besprechung folgender Gegenstände auf die Tagesordnung gesetzt:

- 1) Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. Herr v. Leube (Würzburg) und Herr Mikulicz (Breslau) haben die Referate übernommen.*
- 2) Die Bedeutung der Röntgen-Strahlen für die Chirurgie. Herr Kümmell (Hamburg) hat den einleitenden Vortrag übernommen.*
- 3) Die operative Behandlung der Prostata-Hypertrophie. Herr Helferich (Greifswald) wird einen einleitenden Vortrag halten.*

Auf den Wunsch maßgebender Mitglieder wird die weitere Besprechung der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung von der Tagesordnung dieses Kongresses ausgeschlossen, da erst ausreichende Erfahrungen gesammelt werden sollen.

Die Nachmittagsitzung des Freitags hat den Charakter der Generalversammlung. In ihr findet statutenmäßig Rechenschaftsablegung über das Vermögen der Gesellschaft so wie die Wahl des Vorsitzenden für das Jahr 1898 statt.

Von auswärts kommende Kranke können im Königlichen Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße No. 5—9) Aufnahme finden; auch können Präparate, Bandagen, Instrumente etc. ebendahin gesandt werden. Wenn ausreichende Anmeldungen einlaufen, wird eine Ausstellung von Photographien chirurgisch wichtiger Fälle nach Röntgen's Verfahren stattfinden.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich so bald als möglich dem ständigen Schriftführer, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gurlt (Berlin W., Keithstraße No. 6) zugehen zu lassen. Beiträge zur Statistik der Narkosen sind ebendahin zu richten.

Herr Anders ist beauftragt und ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeck-Hauses, Zuwendungen für die Bibliothek, so wie die regelmäßigen Zahlungen der Mitglieder entgegen zu nehmen.

Tübingen, Januar 1897.

*Prof. Dr. P. Bruns,
Vorsitzender für das Jahr 1897.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8.

Sonnabend, den 27. Februar.

1897.

Inhalt: I. **Credé**, Itröl (Arg. citr.) als Antisepticum. — II. **Beyer**, Silbergaze als Verbandstoff. — III. **Braun**, Ein Fall von innerer Einklemmung nach Darmresektion mit Enteroanastomose. (Originalmittheilungen.)

1) **v. Stubenrauch**, Festigkeit und Elasticität der Harnblase. — 2) **Kryński**, Ventrofixation der Harnblase. — 3) **Rochet** und **Durand**, Blasenschnitt. — 4) **Niebergall**, Paranephritis. — 5) **Vollbrecht**, Hydrocele bilocularis intraabdominalis. — 6) **Küstner**, Suprasymphyärer Kreuzschnitt. — 7) **Doyen**, 8) **Delagénère**, Beckenentleerung. — 9) **Doyen**, Retrodeviationen der Gebärmutter. — 10) **Chalot**, Uterusexstirpation. — 11) **Témoin**, 12) **Delagénère**, Gebärmuttermyome. — 13) **Doyen**, Abdominale Hysterektomie. — 14) **Etheridge**, Eierstocksabscesse.

15) **Zuckerkandl**, Tödliche Harnröhrensondirung. — 16) **Koltschin**, Penisfistel. — 17) **Lieblein**, Harnröhrensteine. — 18) **Walter**, 19) **Högerstedt**, Harnblasenzerreißung. — 20) **Bloodgood**, Blasendrainage. — 21) **Finke**, Blasensteine. — 22) **Schuchardt**, Blasengeschwülste. — 23) **Calzavara**, Gebärmutterkrebs.

I. Itröl (Arg. citr.) als Antisepticum.

Von

Hofrath Dr. Credé,

chirurgischem Oberarzt am Carolahause zu Dresden.

In No. 3 dieses Blattes vom 23. Januar 1897 befindet sich ein Aufsatz aus dem hygienischen Institut in Zürich von Dr. Carl Meyer über die antiseptische Kraft der Credé'schen Silbersalze Itröl (Arg. citr.) und Actol (Arg. lact.).

Dem Verf. dieser eben so gründlichen als wissenschaftlichen Arbeit bin ich außerordentlich dankbar dafür, dass er sich einer Nachprüfung meiner und Dr. Beyer's Untersuchungen unterzogen hat. Wenn eine neue Methode gut ist, so muss sie die strengste Kritik aushalten können; denn nur durch eine solche ist ihr Werth oder Unwerth festzustellen. Eben so kann kein neues Verfahren von vorn herein tadellos sein; nur durch Mitwirken vieler Kräfte wird es reif und möglichst vollkommen. Ich erinnere dabei nur an das älteste Lister'sche Verfahren und seine Umwandlungen. Bei einer

neuen Methode ist die Hauptsache, dass die Grundzüge derselben als richtig erkannt werden.

Herrn Dr. Meyer bin ich daher auch deshalb besonders dankbar, dass er durch seine umfangreichen Versuche im Laboratorium meine Behauptung vollkommen bestätigt hat, dass Itrol und Actol ganz hervorragend starke Antiseptica sind, die in Bezug auf ihre Wirkung in eiweißhaltigen Flüssigkeiten dem Sublimat ungefähr gleichstehen. In Ascitesbouillon heben sie nach ihm das Wachsthum von Bakterien in einer Lösung bis 1:20 000, im Blutserum bis 1:10000 auf. Sie besitzen daher nach Meyer's Versuchen den todten Eiweißlösungen gegenüber eine baktericide Kraft, die viel größer ist, als sie jemals gebraucht wird.

Für die Zwecke des Klinikers kommt nichts dabei heraus, wenn ich auf die Einzelheiten der Meyer'schen Untersuchungen eingehe, namentlich nicht darauf, dass er die antiseptische Kraft meiner Salze viel kleiner gefunden hat, als sie Beyer in meinem Laboratorium ermittelte. Ich will zugeben, dass Meyer unter ungleich günstigeren äußeren Verhältnissen in seinem hygienischen Institut seine Versuche anstellen konnte, als es uns, die wir klinisch überbeschäftigt waren, in unserem kleinen Untersuchungszimmer möglich war, und dass deshalb seine Resultate jedenfalls einen großen Werth haben. Aber ich möchte doch einwenden, dass gerade bei Prüfungen antiseptischer Mittel in Bezug auf ihre baktericide Kraft sich sehr häufig die einzelnen Forscher in Bezug auf dasselbe Mittel in großen Meinungsverschiedenheiten befanden. So z. B. behaupten auch Behring, Flüge u. A. eben so wie ich, dass die Silbersalze eine viel energischere antiseptische Kraft im Blutserum besitzen, als Sublimat, und wird man wohl diese Gelehrten als kompetent in dieser Frage erachten. Es kommen bei diesen Untersuchungen so viele Faktoren in Betracht, die vorläufig noch ganz unberechenbar sind, z. B. die verschiedene Virulenz eines und desselben Mikroorganismus, dass gleichgeübte Forscher doch leicht zu verschiedenen Resultaten in derselben Sache kommen können. Meyer benutzt ferner zur Darstellung der Bakterienaufschwemmungen sterile Flüssigkeiten, von denen er nicht angiebt, ob destillirtes Wasser oder nur abgekochtes dabei benutzt wurde. Sollte letzteres der Fall gewesen sein, so würden die vorhandenen Chloride einen Theil des Silbersalzes neutralisirt haben, und die Resultate dadurch herabgedrückt worden sein. Dem Meyer'schen Aufsatz sind 3 Beobachtungen von Dr. Brunner über dasselbe Thema beigefügt; bei zweien war die baktericide Kraft des Itrol schwächer als ich sie angab, bei der 3. Beobachtung gewann er dasselbe Resultat wie Beyer. Man kann also gleich hieraus ersehen, wie schwierig solche Untersuchungen sind, und wie vorsichtig man sein muss, Schlüsse daraus zu ziehen, ganz abgesehen davon, dass theoretische, im Laboratorium gewonnene Resultate durchaus nicht ohne Weiteres auf den lebenden Körper übertragbar sind. Auch andere Faktoren,

wie die Chemotaxis, sind zu berücksichtigen. Als ich meine Arbeit veröffentlichte, musste ich Begründungen geben und konnte sie nur so geben, wie sie mir thatsächlich vorlagen.

Die Hauptsache und der einzige entscheidende Punkt von Bedeutung für mein System der Silber-Wundbehandlung bleibt der Umstand: ist Itrol wirklich ein so starkes Antisepticum, wie wir es allen Eventualitäten gegenüber brauchen, oder nicht? Diese Frage ist auch von Dr. Meyer zu Gunsten des Itrols entschieden worden; denn es wirkt auch nach ihm im Blutserum ungefähr eben so stark wie die Krone der baktericiden Mittel, wie das Sublimat, und mehr ist gewiss nicht nöthig. Dass es in wässrigen Lösungen schwächer sein soll, ist ganz gleichgültig, denn in dieser Form kommt es bei der Wundbehandlung sehr wenig in Betracht. Wo wir zu Spül- und Waschwässern nicht Sublimat nehmen wollen, seiner großen, immer mehr anerkannten Giftigkeit wegen, sondern ein Silbersalz, so habe ich ja für diesen Zweck Actol (Arg. lact.) ausdrücklich vorgeschlagen, weil es sich im Gegensatz zum schwerlöslichen Itrol schon 1:15 in Wasser löst und daher in so starken Lösungen benutzt werden kann, wie der jeweilige Zweck es erfordert. Die Firma von Heyden bringt eigens um dieses Bedürfnis zu decken an Stelle der Sublimatpastillen anzuwendende Actoltabletten in den Handel. Herr Dr. Meyer hat Actollösungen nur bis zum Verhältnis von 1:1000 geprüft. Ich bedaure, dass er nicht auch stärkere Lösungen mit Sublimatlösungen von 1:1000 (welches doch wohl die stärkste anzuwendende Sublimatlösung ist) verglichen hat; er würde dann nach Maßgabe seiner anderen Resultate vielleicht gefunden haben, dass eine Actollösung von 1:300—500 gleichwerthig mit einer Sublimatlösung von 1:1000 ist. Einer Anwendung dieser concentrirteren Lösung steht bei der Ungiftigkeit meiner Mittel gar nichts im Wege, wenn ich auch für fast alle Fälle die Anwendung einer Actollösung von 1:1000—8000 für vollkommen ausreichend halte.

Nun aber noch ein sehr wichtiger Punkt! Ob Sublimat etwas stärker desinficirt oder nicht, hat doch nur eine theoretische Bedeutung; denn seine Benutzung am thierischen Körper selbst ist, abgesehen von Spülungen etc. mit dünnen Lösungen, doch so gut wie ausgeschlossen. In die thierischen Gewebssäfte darf es gar nicht hineingebracht werden. Für den praktischen Arzt, speciell für den Chirurgen, giebt es thatsächlich kein wirksames Antisepticum, welches ohne Nachtheil für den Kranken in größerer Menge angewandt und dem Körper einverleibt werden kann. Meine Silbersalze, speciell Itrol, ermöglichen dies und füllen demnach eine große Lücke aus. Durch sie wird eine viel größere Sicherheit des chirurgischen Handelns erzielt, als es bisher der Fall war. Auf Grund meiner fortschreitenden Erfahrungen bin ich immer mehr überzeugt, dass wir in demselben ein Antisepticum von eminenter Kraft, vollständiger Reizlosigkeit und gänzlicher Ungiftigkeit besitzen, welches kreisend im thierischen Körper — und darin befinde ich mich in

Übereinstimmung mit Behring — noch eine viel größere Kraft entwickelt als den todtten Eiweißlösungen gegenüber. Es sind dies natürlich noch nicht zu beweisende Behauptungen, doch haben wir für sie anerkannte Analoga, wie z. B. das ganz schwache Antisepticum Jodoform, welches, tuberkulösen Herden einverleibt, zweifellos eine auch noch nicht erklärte mächtige Wirkung hat.

Wenn daher auch Herr Dr. Meyer glaubt, bei dem Itrol und Actol eine geringere antiseptische Wirkung gefunden zu haben, als ich, so stellt er es doch dem Sublimat in Bezug auf seine Wirkung in den thierischen Gewebssäften an die Seite, und dieses Ergebnis seiner Untersuchungen befriedigt mich als Praktiker vollkommen und giebt mir ein weiteres Recht, diese Mittel zu empfehlen.

II. Silbergaze als Verbandstoff.

Von

Dr. med. J. L. Beyer in Dresden.

An allen großen Krankenhäusern der Jetztzeit herrscht bezüglich der Wundbehandlung zur Zeit das Bestreben, die fast ausschließlich geübte Methode der Asepsis auch für die allgemeine Praxis zugänglich und durchführbar zu machen. Aber den Vorzügen der Asepsis, dass die Wunde von keinem Reiz getroffen wird, dass kein unter Umständen giftig wirkender Stoff in Berührung mit den Geweben komme, steht ein großer Nachtheil gegenüber. In nicht zu seltenen Fällen bleiben nämlich die großen Opfer an Zeit, Geld und Mühe, welche das Verfahren erfordert, unbelohnt und gewähren nicht den erwünschten Erfolg, weil es nicht durchführbar war.

Dieser Umstand veranlasst Viele, an der Antiseptis festzuhalten, die für die ärztliche Praxis leichter handlich ist, und man riskirt sogar, da sie eine größere Garantie für den Erfolg verbürgt, die Gefahren, die eine Anwendung von Karbol, Sublimat, Jodoform etc. mit sich bringen kann.

Ein Verfahren, welches die Reizlosigkeit der Asepsis mit der Sicherheit und ausgedehnten Anwendbarkeit der Antiseptis verbindet, ist das von Credé angegebene Silberverfahren.

Die zweifellos feststehende und von vielen Forschern bestätigte Thatsache, dass metallisches Silber im Stande sei, in seiner Umgebung Bakterienwachsthum zu verhindern, führten ihn dazu, neben Anderem auch eine Gaze darstellen zu lassen, der metallisches Silber beigefügt ist.

Er rath, dieselbe in der Wundbehandlung speciell bei aseptischen Fällen anzuwenden, während in nichtaseptischen Fällen noch eine Desinfektion mit Itrol (*Argentum citricum*) vorausgehen muss, die auch bei aseptischen nichts schadet.

War die Wunde nicht inficirt, so bleibt die Gaze völlig indifferent liegen; stellt sich Bakterienwachsthum ein, so entfaltet sie

ihre desinficirenden Eigenschaften und wirkt wie ein Sicherheitsventil in der Stunde der Gefahr.

Analog verhält sich auch das Silber im Naht- und Unterbindungsmaterial, und wenn sich ein Skeptiker scheuen würde, auf die im Laboratorium gefundenen Thatsachen hin, das Verfahren in der Praxis anzuwenden, so kann ihm jetzt auch die Antwort werden, dass tausendfältige Erfahrung am Menschen die Theorie bestätigt hat. Theoretischer Natur sind auch die Einwände, die Herr Dr. v. Zajontschkowski in Warschau in No. 3 dieses Blattes gegen die Wirksamkeit der Credé'schen bezw. Arnold'schen Silbergaze macht.

Wenn ich zunächst diejenigen seiner Versuche hervorheben darf, die zu Gunsten des Credé'schen Verfahrens sprechen, so sind dies folgende:

»2) Auf Nährböden unter gewöhnlichen aseptischen Kautelen« — das ist ins Praktische übersetzt: mit desinficirten Händen — »geimpft, giebt die aus der Schachtel herausgenommene Silbergaze keine Kulturen.«

»4) Die Silbergaze, auf eine inficirte Agarschale nach Petri gebracht, bietet immer eine und dieselbe Erscheinung dar: rings um die Gaze entsteht ein reiner Raum, anscheinend frei von Kolonien, und unter der Gaze ein Raum, anscheinend bakterienfrei.«

»6) Die Silbergaze schwächt die Wachstumsenergie der Bakterien.«

»12) Wenn man einen Theil der Kultur mit immer frischen grauen Silbergazestückchen bedeckt, so schwinden schließlich hauptsächlich die Bakterien sowohl unter ihr, wie in ihrer Umgebung.«

Dagegen führt er an:

»1) Die Silbergaze sei bakterienhaltig¹.« Diese These steht in einem gewissen Widerspruch zu No. 2.

»6) Die Silbergaze sei nicht baktericid.« Da nicht angeführt ist, mit welcher Art von Spaltpilzen dieser Versuch angestellt wurde, so war mir eine Kontrolle desselben nicht möglich. Bei meinen Versuchen, die ich mit Staphylokokken, Streptokokken und Milzbrandbacillen anstellte, fand ich die Keime in der sterilen Zone auf künstlichen Nährböden nicht fortpflanzungsfähig.

»5) Die freie Zone um die graue Gaze fängt nach ungefähr 3 Wochen an zu verschwinden in Folge der von außen heranwachsenden Kolonien.«

Bezüglich dieser Beobachtung befindet sich v. Zajontschkowski im Gegensatz mit einer Anzahl eigener Versuche, deren Ergebnis er, obwohl er sich dadurch in Widerspruch zu sich selbst setzt, in anerkennenswerther Objektivität der Kritik des Lesers unterbreitet.

v. Zajontschkowski fand nämlich sterile Gaze, gewöhnliches Löschpapier, ja sogar inficirte sterile Gaze auf Agarschalen gelegt,

¹ Ein Beweis hierfür ist nicht angegeben.

weit wirksamer als Silbergaze; denn während unter dieser nach 3 Wochen die Staphylokokken wuchsen, zeigten jene noch nach einem Monat dieselbe Breite der Zonen wie vorher.

Es ist nun schwer verständlich, aus welchem Grunde sich die Silbergaze so wesentlich anders verhalten sollte als selbst inficirte Gaze, da sie doch im Grunde nichts Anderes darstellt als eine gewöhnliche Gaze, der nur mechanisch Silberstäubchen beigemischt sind.

Übrigens habe ich bei einer Nachprüfung dieser Versuche ein durchaus anderes Ergebnis erhalten: die Staphylokokken wucherten durch die sterilisirte Gaze und unter und um das Löschpapier, ohne auch nur die geringste Andeutung einer Wachsthumshemmung zu zeigen.

Wenn ferner v. Zajontschkowski der in Sublimatlösung aufbewahrten Jodoformgaze vom bakteriologischen Standpunkt aus den Vorzug vor der Silbergaze giebt, so hat dies wohl seinen Grund darin, dass dieselbe in Sublimat 1:2000 aufbewahrt wird und mit eben so viel Recht als Sublimatgaze zu bezeichnen wäre.

Bei wiederholten Prüfungen der von der Arnold'schen Fabrik in den Handel gebrachten Silbergaze auf Bakteriengehalt, die durch Legen eines Gazestückes in Nährlösung angestellt wurden, fanden sich niemals Spaltpilze, noch viel weniger pathogene Keime in derselben.

Wer aber Bedenken trägt, die Gaze anzuwenden, wie sie aus der Fabrik kommt, dem bleibt es unbenommen, dieselbe zu sterilisiren. Ihre specifische Wirksamkeit wird dadurch in keiner Weise geändert.

Es ist möglich, dass die Versuche, die v. Zajontschkowski anstellte, etwas anders ausfallen konnten als unsere, für den Fall, dass er noch alte Arnold'sche Gaze benutzt hat.

Bis vor etwa 6 Monaten wurde dieselbe in anderer Weise dargestellt als jetzt. Damals wurde das auf mechanischem Wege gewonnene Silbermehl der Gaze aufgestreut, und um dasselbe fester anhaften zu lassen, machten sich Fixirmittel nothwendig. Von diesen erfüllten einige ihren Zweck sehr wenig, so dass sehr wohl derjenige Arzt, der mit solchem das Silber leicht ausfallen lassenden Präparat zu thun hatte, weniger wirksame Gaze finden konnte, abgesehen davon, dass damals eine völlig gleichmäßige Vertheilung des Silbers schwer möglich war.

Die Gaze wird deshalb seit September 1896 mittels einer Methode dargestellt, die eine sehr feine und gleichmäßige Vertheilung des Silbers ermöglicht, dasselbe fest anhaften lässt und eines Bindemittels nicht bedarf.

Diese Gaze sieht im Gegensatz zu der früheren dunkler aus und führt den Namen Silbergaze, nicht wie bis dahin grauer Silberverbandstoff. Versuche, die mit dieser angestellt sind, müssen zu Resultaten führen, wie sie von mir angegeben worden sind.

Obige kurze Mittheilungen, die ich Platzmangels wegen nicht

ausführen kann, dürften wohl erweisen, dass die Untersuchungen des Herrn Dr. v. Zajontschkowski in mehrfacher Beziehung anfechtbar und durchaus nicht im Stande sind, meine seit jener Zeit oft und stets mit demselben Resultate wiederholten Versuche zu widerlegen.

Nach wie vor muss ich behaupten: die Silbergaze ist ein baktericider Verbandstoff, selbstverständlich nur so lange, als ein Silber-vorrath in ihr vorhanden ist. Will man eine Wunde länger keimfrei erhalten, so muss man eben die Gaze öfter erneuern bezw. der Wunde Itrol (*Arg. citricum*) aufstäuben.

III. Ein Fall von innerer Einklemmung nach Darmresektion mit Enteroanastomose.

Von

Prof. H. Braun in Göttingen.

Die meisten Operateure verzichten, wie mir aus den verschiedenen Publikationen hervorzugehen scheint, in denjenigen Fällen, in denen sie nach Ausführung der Darmresektion die Vereinigung der beiden Darmenden durch Anastomosenbildung vornehmen, darauf, die durch die Abbindung des Mesenteriums entstandene Öffnung mittels einer besonderen Naht zu schließen. Ich selbst hatte dies seither auch nicht gethan, in der Annahme, dass die in Folge der Operation entstehende Reizung des Peritoneums zu einer Verklebung der Mesenterialränder mit der Umgebung führen würde. Dass aber nicht mit Sicherheit auf einen derartigen Verschluss der Mesenterial-lücke zu rechnen ist, sondern dass derselbe offen bleiben und zu einer inneren Einklemmung Anlass geben kann, zeigt der Verlauf des folgenden Falles.

Bei einem 38 Jahre alten Manne hatte ich in der Königsberger chirurgischen Klinik wegen einer gangränösen Hernie einen widernatürlichen After angelegt und diesen 9 Tage später, am 23. Februar 1892, durch Darmresektion mit nachfolgender Enteroanastomose wieder geheilt¹. Nach dieser Operation traten bei dem Kranken im Anschluss an Diätfehler wieder Beschwerden auf, die nicht wie früher in der Magengegend, sondern im Bereich der Narbe lokalisiert wurden. Diese Anfälle wiederholten sich alle $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Jahr, dauerten einige Stunden bis 1 oder 2 Tage; Erbrechen und Stuhlverstopfung sollen dabei nie aufgetreten sein. Im Mai 1896 trat ein solcher, einige Stunden dauernder Anfall ein, dem erst am 30. August wieder ein solcher nach reichlichem Mittagessen folgte. Dies Mal entstanden Schmerzen links unten vom Nabel, die allmählich zunahmen und krampfartig waren; zugleich erfolgte Erbrechen und hörte der Abgang von Flatus und Fäces auf. Am 1. September sistirte das Erbrechen, aber die Schmerzen nahmen sehr erheblich zu, der Leib wurde allmählich mehr aufgetrieben und Pat. sehr matt, so dass er sich am 2. September wieder in die chirurgische Klinik in Königsberg i/Pr. aufnehmen ließ.

Der bei der Aufnahme konstatierte Status ergab, dass es sich um einen äußerst abgemagerten, sehr elend aussehenden Mann handelte, der große Unruhe

¹ H. Braun, Über die Behandlung der Kothfistel und des widernatürlichen Afters. Archiv für klin. Chirurgie 1896. Bd. LIII. p. 418 (Fall XI) und Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1896. Bd. II. p. 389 (Fall XI).

weit wirksamer als Silbergaze; denn während unter dieser nach 3 Wochen die Staphylokokken wuchsen, zeigten jene noch nach einem Monat dieselbe Breite der Zonen wie vorher.

Es ist nun schwer verständlich, aus welchem Grunde sich die Silbergaze so wesentlich anders verhalten sollte als selbst inficirte Gaze, da sie doch im Grunde nichts Anderes darstellt als eine gewöhnliche Gaze, der nur mechanisch Silberstäubchen beigemischt sind.

Übrigens habe ich bei einer Nachprüfung dieser Versuche ein durchaus anderes Ergebnis erhalten: die Staphylokokken wucherten durch die sterilisirte Gaze und unter und um das Löschpapier, ohne auch nur die geringste Andeutung einer Wachsthumshemmung zu zeigen.

Wenn ferner v. Zajontschkowski der in Sublimatlösung aufbewahrten Jodoformgaze vom bakteriologischen Standpunkt aus den Vorzug vor der Silbergaze giebt, so hat dies wohl seinen Grund darin, dass dieselbe in Sublimat 1:2000 aufbewahrt wird und mit eben so viel Recht als Sublimatgaze zu bezeichnen wäre.

Bei wiederholten Prüfungen der von der Arnold'schen Fabrik in den Handel gebrachten Silbergaze auf Bakteriengehalt, die durch Legen eines Gazestückes in Nährlösung angestellt wurden, fanden sich niemals Spaltpilze, noch viel weniger pathogene Keime in derselben.

Wer aber Bedenken trägt, die Gaze anzuwenden, wie sie aus der Fabrik kommt, dem bleibt es unbenommen, dieselbe zu sterilisiren. Ihre specifische Wirksamkeit wird dadurch in keiner Weise geändert.

Es ist möglich, dass die Versuche, die v. Zajontschkowski anstellte, etwas anders ausfallen konnten als unsere, für den Fall, dass er noch alte Arnold'sche Gaze benutzt hat.

Bis vor etwa 6 Monaten wurde dieselbe in anderer Weise dargestellt als jetzt. Damals wurde das auf mechanischem Wege gewonnene Silbermehl der Gaze aufgestreut, und um dasselbe fester anhaften zu lassen, machten sich Fixirmittel nothwendig. Von diesen erfüllten einige ihren Zweck sehr wenig, so dass sehr wohl derjenige Arzt, der mit solchem das Silber leicht ausfallen lassenden Präparat zu thun hatte, weniger wirksame Gaze finden konnte, abgesehen davon, dass damals eine völlig gleichmäßige Vertheilung des Silbers schwer möglich war.

Die Gaze wird deshalb seit September 1896 mittels einer Methode dargestellt, die eine sehr feine und gleichmäßige Vertheilung des Silbers ermöglicht, dasselbe fest anhaften lässt und eines Bindemittels nicht bedarf.

Diese Gaze sieht im Gegensatz zu der früheren dunkler aus und führt den Namen Silbergaze, nicht wie bis dahin grauer Silberverbandstoff. Versuche, die mit dieser angestellt sind, müssen zu Resultaten führen, wie sie von mir angegeben worden sind.

Obige kurze Mittheilungen, die ich Platzmangels wegen nicht

ausführen kann, dürften wohl erweisen, dass die Untersuchungen des Herrn Dr. v. Zajontschkowski in mehrfacher Beziehung anfechtbar und durchaus nicht im Stande sind, meine seit jener Zeit oft und stets mit demselben Resultate wiederholten Versuche zu widerlegen.

Nach wie vor muss ich behaupten: die Silbergaze ist ein baktericider Verbandstoff, selbstverständlich nur so lange, als ein Silber-vorrath in ihr vorhanden ist. Will man eine Wunde länger keimfrei erhalten, so muss man eben die Gaze öfter erneuern bezw. der Wunde Itrol (Arg. citricum) aufstäuben.

III. Ein Fall von innerer Einklemmung nach Darmresektion mit Enteroanastomose.

Von

Prof. H. Braun in Göttingen.

Die meisten Operateure verzichten, wie mir aus den verschiedenen Publikationen hervorzugehen scheint, in denjenigen Fällen, in denen sie nach Ausführung der Darmresektion die Vereinigung der beiden Darmenden durch Anastomosensbildung vornehmen, darauf, die durch die Abbindung des Mesenteriums entstandene Öffnung mittels einer besonderen Naht zu schließen. Ich selbst hatte dies seither auch nicht gethan, in der Annahme, dass die in Folge der Operation entstehende Reizung des Peritoneums zu einer Verklebung der Mesenterialränder mit der Umgebung führen würde. Dass aber nicht mit Sicherheit auf einen derartigen Verschluss der Mesenterial-lücke zu rechnen ist, sondern dass derselbe offen bleiben und zu einer inneren Einklemmung Anlass geben kann, zeigt der Verlauf des folgenden Falles.

Bei einem 38 Jahre alten Manne hatte ich in der Königsberger chirurgischen Klinik wegen einer gangränösen Hernie einen widernatürlichen After angelegt und diesen 9 Tage später, am 23. Februar 1892, durch Darmresektion mit nachfolgender Enteroanastomose wieder geheilt¹. Nach dieser Operation traten bei dem Kranken im Anschluss an Diätfehler wieder Beschwerden auf, die nicht wie früher in der Magengegend, sondern im Bereich der Narbe lokalisiert wurden. Diese Anfälle wiederholten sich alle $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Jahr, dauerten einige Stunden bis 1 oder 2 Tage; Erbrechen und Stuhlverstopfung sollen dabei nie aufgetreten sein. Im Mai 1896 trat ein solcher, einige Stunden dauernder Anfall ein, dem erst am 30. August wieder ein solcher nach reichlichem Mittagessen folgte. Dies Mal entstanden Schmerzen links unten vom Nabel, die allmählich zunahmen und krampfartig waren; zugleich erfolgte Erbrechen und hörte der Abgang von Flatus und Fäces auf. Am 1. September sistirte das Erbrechen, aber die Schmerzen nahmen sehr erheblich zu, der Leib wurde allmählich mehr aufgetrieben und Pat. sehr matt, so dass er sich am 2. September wieder in die chirurgische Klinik in Königsberg i/Pr. aufnehmen ließ.

Der bei der Aufnahme konstatierte Status ergab, dass es sich um einen äußerst abgemagerten, sehr elend aussehenden Mann handelte, der große Unruhe

¹ H. Braun, Über die Behandlung der Kothfistel und des widernatürlichen After. Archiv für klin. Chirurgie 1896. Bd. LIII. p. 418 (Fall XI) und Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1896. Bd. II. p. 389 (Fall XI).

hatte und von beständigem Singultus gequält wurde. Puls 120, ganz gut, Temperatur normal, Respiration beschleunigt. An den Brustorganen nichts Besonderes nachweisbar. Bauch im Niveau des Rippenbogens mäßig gespannt, überall laut tympanitisch, kein freier Erguss nachweisbar. Im Bereich der dunkelpigmentirten Narbe großer Bauchbruch, Muskulatur und Fascie klaffen etwa 4 Finger breit. Die ganze dünne Narbe ist vorgewölbt durch eine Darmschlinge, an der man von links oben außen nach rechts unten innen ablaufende peristaltische Bewegungen sieht. Diese stark geblähte, bei Perkussion tympanitisch klingende Schlinge verändert während der Beobachtungszeit ihre Lage gar nicht. Am übrigen Abdomen nichts Besonderes. Die Palpation ergibt einen Druckschmerz links unten vom Nabel, keine Resistenz.

Auf Eingießung von 1 Liter lauwarmen Wassers werden nur einige Kothpartikel entleert. Die Schmerzen nehmen zu, eben so die Unruhe. Die Peristaltik der sichtbaren Schlinge wird immer geringer, schließlich erfolgt nur noch anfallsweise ein Aufrichten der ganzen Schlinge, deren Blähung unter heftigen Schmerzen zugenommen hat. Abends 9 Uhr reichliches fäkalentes Erbrechen (nach 24stündiger Pause), Puls 124, kleiner. Durch eine Magenausspülung wird viel fäkalenter Inhalt zu Tage gefördert. Um 10 Uhr wurde wegen des bestehenden Ileus und der zunehmenden Entkräftung des Pat. die Laparotomie von Herrn Dr. Prutz² vorgenommen.

Narkose mit Billroth'scher Mischung, 10 cm langer Schnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts. Es entleeren sich ungefähr 100 ccm sanguinolenten, geruchlosen Exsudates; eine gewaltig geblähte, dunkel violetterothe, stark injicirte, mit mattglänzender Serosa überzogene Dünndarmschlinge liegt vor, die sich nur mit Schwierigkeit entwickeln lässt und links fixirt scheint. Die eingeführte Hand fühlt unter ihr weitere geblähte Schlingen in der Tiefe, dicht vor der Wirbelsäule; etwa in der Höhe des Promontoriums eine querstehende, glatte, wurstförmige Geschwulst. Querschnitt durch den linken Rectus und die innere Hälfte der alten Narbe. Hier strangförmige, federkieldicke, ca. 3 cm lange Verwachsung zwischen dem Scheitel der zuerst theilweise entwickelten Schlinge und der Narbe. Durchtrennung des Stranges zwischen 2 Ligaturen, dicht am Darm, Übernähung der Schnittfläche am Darm mit 3 Serosanähten. Nun lässt sich der stark geblähte, hochrothe Dünndarm auspacken. Das Darmkonvolut wird nach links herübergeschlagen, und nun gelangt man bei Verfolgung der untersten Schlinge an einen quer über diese ziehenden Mesenterialrand. Dieser wird nach unten verfolgt, und man gelangt an ihm an den erwähnten wurstförmigen Tumor, der durch die früher ausgeführte Darmanastomose gebildet wird. Die Darmenden liegen auf gut 10—12 cm an einander, die beiden blind geschlossenen Enden, deren Mesenterium verschmälert und verlängert ist, sind frei beweglich. Auf eine ziemlich weite Strecke finden sich zahlreiche, eingekapselte, durch die kaum getrübbte Serosa deutlich zu erkennende Seidenligaturen. Nun wird leicht links vom ausgepackten Darmkonvolut der andere Mesenterialrand gefunden. Entsprechend der Anastomose besteht ein großer Mesenterialschlitz, durch den von rechts (oben) her ein etwa 2—2½ m langer Theil des Dünndarmes durchgekrochen ist und um ca. 180° gedreht erscheint. Eine Schnürfurche ist an dem aus dem Schlitz hervorgezogenen Darm nicht zu erkennen. Nachdem die Därme bis auf die Anastomose in die Bauchhöhle reponirt sind, zeigt sich der Mesenterialschlitz glattrandig und so weit, dass eine ziemlich große Faust bequem durchgeht; er stellt ein spitzwinkliges Dreieck dar, die Spitze gegen die Radix mesenterii gerichtet, die beiden mesenterialen Ränder je ca. 12 cm lang. Von dem gegen die Radix mesenterii gelegenen Ende her wird der Schlitz erst von links, dann von rechts durch fortlaufende Naht geschlossen. Legt man die Mesenterialränder aber bis dicht an den Darm an einander, so wird die Anastomose (in der Längsachse des Darmes) abgelenkt. Es muss dann zunächst am Darm eine dreieckige Lücke

² Für die mir überlassenen Notizen über den Status und den Befund bei der Operation danke ich Herrn Dr. Prutz bestens.

gelassen werden, über die dann die freien Enden der Darmanastomose herübergelegt werden. Auf diese Art ist der ganze Schlitz von beiden Seiten geschlossen. Naht der Bauchwunde in 3 Etagen mit Seidennähten.

Der Verlauf nach der Operation war ein vollkommen glatter, so dass der Kranke am 29. September das Bett und am 1. Oktober das Krankenhaus geheilt verlassen konnte.

Bei diesem Kranken war nach Ausführung der Enteroanastomose in den unverschlossen gebliebenen Mesenterialsplatt wohl öfters ein Durchtritt von Eingeweiden mit leichter Achsendrehung erfolgt, durch welche die manchmal auftretenden Beschwerden im Leib ihre Erklärung finden, bis auf einmal, fast 5 Jahre nach der Operation, eine stärkere Achsendrehung eines langen Dünndarmabschnittes erfolgte, die dann zu einem das Leben bedrohenden Ileus führte. Eine ganz analoge Beobachtung wurde kürzlich durch Heidenhain³ aus der Greifswalder Klinik veröffentlicht, nur war da die Achsendrehung mit nachfolgendem Ileus schon 7 Wochen nach Ausführung der Enteroanastomose aufgetreten. Heidenhain leitete aus seinem Falle die Regel ab, dass man nach Ausführung der wegen Exstirpation des Coecums ausgeführten Enteroanastomose den Mesenterialsplatt schließen müsse, wie dies Körte⁴ schon empfohlen habe. Durch die so eben von mir mitgetheilte Beobachtung wird man aber unbedingt die Forderung aufstellen müssen, dass in allen Fällen, in denen nach Darmresektion die Enteroanastomose gemacht wird, eben so wie dies bei der cirkulären Darmnaht geschieht, jedes Mal der Schlitz im Mesenterium vollkommen geschlossen werden muss, um der Möglichkeit einer inneren Einklemmung an dieser Stelle vorzubeugen. Der Verschluss dieses Mesenterialsplattes wird gewiss immer ausführbar sein, wenn er auch in verschiedener Weise wird gemacht werden müssen. Nur ausnahmsweise wird man die freien Ränder des dicht am Darm abgelösten oder in Keilform ausgeschnittenen Mesenteriums direkt mit einander vereinigen können, weil dadurch meistens eine Knickung des Darmes entstehen würde, sondern man wird sich anders helfen müssen, wie dies auch Prutz und Heidenhain gethan haben. Manchmal wird man die beiden Platten des Mesenteriums auf einander nähen, manchmal den freien Mesenterialrand an den Darm befestigen müssen. Vor kurzer Zeit fixirte ich bei einem Kranken, dem wegen gangränöser Hernie ein 17 cm langes Stück Dünndarm resecirt werden musste, nach Ausführung der Enteroanastomose das dicht am Darm abgelöste Mesenterium an die mit einander vereinigten, quer geschlossenen Darmenden.

³ L. Heidenhain, Ein Fall von innerer Einklemmung mit Achsendrehung des Darmes nach Dickdarmresektion wegen Carcinoma coeci. Centralblatt für Chirurgie 1896. No. 49. p. 1153.

⁴ W. Körte, Zur chirurgischen Behandlung der Geschwülste der Ileocoecalgegend. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1895. Bd. XL. p. 541.

1) **L. v. Stubenrauch.** Untersuchungen über die Festigkeit und Elasticität der Harnblase mit Berücksichtigung der isolirten traumatischen Harnblasenzerreißung.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LI. Hft. 2.)

In der drei Abschnitte umfassenden Arbeit hat sich Verf. die Aufgabe gestellt, auf experimentellem Wege die Kenntnis von den physikalischen Verhältnissen der Harnblase zu fördern. Der 1. Abschnitt befasst sich mit Untersuchungen über die Festigkeit der Harnblase. Um dieselbe ermitteln und berechnen zu können, wurden an frischen Leichen kurz nach dem Tode (vor Eintritt der Starre) Sprengungsversuche mit Wasser vorgenommen. Zur Ausführung der Experimente (bezüglich deren Details auf die Originalarbeit zu verweisen ist) diente ein eigens konstruierter Apparat, zur Messung des Zerreißungsdruckes ein in die Leitung eingeschaltetes Kontrollmanometer; die Messung des zur Organzerreißung nöthigen Wasserquantums wurde am Wasserreservoir vorgenommen, dessen Inhalt unter dem Drucke einer komprimierten Luftsäule stand. Der Werth für die Festigkeit der Blasenwand berechnet sich nach des Verf. Ermittlungen zu annähernd 1,5 kg.

Der 2. Abschnitt ist Untersuchungen über die Elasticität der Harnblase gewidmet. Dieselben kamen verschiedentlich zur Ausführung, meist aber derart, dass eine Anzahl frischer Harnblasen (eben geschlachteter Thiere) mit bestimmten Mengen warmer physiologischer Kochsalzlösung gefüllt und nun beobachtet wurde, welche Flüssigkeitsmengen das Organ vermöge seiner Elasticitätskraft auspressen im Stande war.

v. S. kommt hierbei zu folgenden Schlüssen:

Die Elasticität der im frischen postmortalen Zustande untersuchten Harnblase ist sehr unvollkommen. Durch geringe Gewichtsbelastung wird die Blase gleich Anfangs stark gedehnt, doch geht diese Dehnung sehr bald in eine annähernd gleichmäßige über bis zu einem gewissen Punkte, welcher der Elasticitätsgrenze wirklich elastischer Körper ungefähr entspricht. Von diesem Punkte, dem Überdehnungspunkte an erfolgt eine ungleichmäßige, aber sehr starke, bis zur Zerreißung fortdauernde Dehnung. Bei länger dauernder Einwirkung derselben Belastungsgröße finden elastische Nachwirkungen (wie beim willkürlichen Muskel) statt.

Den vorstehenden Resultaten möchte Verf. nicht jene Bedeutung beilegen, wie den Resultaten der Festigkeitsversuche, da bei den Untersuchungen über Elasticität nur der postmortale Zustand des Organs berücksichtigt werden konnte, mit Aufhören des Lebens die Elasticität verloren geht im Gegensatze zur Festigkeit, welche Eigenschaft der Körper auch unmittelbar nach dem Tode (bis zum Eintritt der Zersetzungsvorgänge) noch in gleichem Maße wie im Leben besitzt. Die Elasticität der lebenden Blase darf als vollkommen bezeichnet werden.

Im 3. Abschnitt der Arbeit werden die Resultate der Rupturversuche mit den Beobachtungen traumatischer Harnblasenzerreißungen am Lebenden verglichen, zum Vergleiche aber nur jene Fälle aus der Litteratur berücksichtigt, in welchen durch Operation oder Obduktion die Verletzung sichergestellt war.

Außer den Fällen Bartels' sind sämtliche neuere einschlägige Fälle gesammelt und in einer Tabelle am Schluss der Arbeit zusammengestellt. Die Ergebnisse der vergleichenden Betrachtungen werden nun vom Verf. in folgende Sätze zusammengefasst:

1) Zur Entstehung einer isolirten traumatischen Harnblasenruptur ist zunächst nöthig, dass eine Kraft von genügender Intensität auf das Organ wirkt.

2) Dieser Kraft muss ein gewisser Füllungsgrad des Organs gegenüberstehen, wenn die Gewalt eine Zerreißung herbeiführen soll.

3) Im Allgemeinen ist die Art der Gewalt und der Ort der Gewaltwirkung für das Zustandekommen einer Blasenzerreißung von untergeordneter Bedeutung. So kann die Kraft in der Blasegegend selbst wie auch entfernt von dieser (Fall auf das Gesäß etc.) angreifen.

4) In der größten Mehrzahl der Fälle wird die Berstung der Blase durch Überdehnung des mit Flüssigkeit gefüllten Organs herbeigeführt. Nur in seltenen Fällen kann eine Abreißung (Zerreißung) der Blase in der Nähe gewisser Fixationspunkte (Ligg. pubo-prostatica) durch direkte Gewaltwirkung erfolgen.

5) Am häufigsten reißt die hintere obere Wand der Blase ein (in 154 Fällen 70mal, siehe Tabelle).

6) Die früher vertretene Ansicht, dass für die Prävalenz der hinteren Risse der Druck des Promontoriums und die longitudinale Faserung der Muskulatur der Hinterwand zu beschuldigen ist, kann nicht aufrecht erhalten werden. Lückenbildung zwischen den Längsmuskeln scheint die Widerstandsfähigkeit der Blasenwand in ihren hinteren und oberen Partien zu verringern. Andererseits können Reibungen der Blasenwand mit festeren Partien der Umgebung (Bauchwand, Symphyse, Wirbelsäule, gefülltes Rectum) die Widerstandsfähigkeit der betreffenden Blasenwandtheile (vordere Wand, hintere untere Blasenwand) erhöhen.

7) Die Berstung kann mehrere Stellen der Blase gleichzeitig treffen.

8) Form und Richtung der Risse hängen nicht von einem bestimmten Modus der Gewaltwirkung, sondern von der Anordnung der Muskulatur ab.

9) Die Blasenrisse können vollständige und unvollständige sein. Die langsamere Gewaltwirkung im Versuch erklärt den Umstand, dass hier häufiger als am Lebenden unvollständige (subperitoneale) Risse vorkommen.

10) Die unvollständigen wie auch die mehrfachen (theils vollständigen, theils unvollständigen) Risse beweisen, dass beim Akte der

Organzerreißung zuerst die Schleimhaut, dann die Muscularis und schließlich des Peritoneum einreißt.

A. Schmidt (München).

2) L. Kryński. Ventrofixatio vesicae urinariae.

(Przegląd lekarski 1896. No. 50. [Polnisch.])

Verf. rath, bei Prostatikern die Hebung des Blasengrundes Behufs Beseitigung der retroprostatistischen Bucht (Residualharn) durch Fixation der vorderen Blasenwand in einer kleinen, mehrere Centimeter oberhalb der Symphyse angelegten Laparotomiewunde mittels Naht auszuführen. (Der Zukunft muss es jedoch vorbehalten bleiben, ob sich die theoretischen Raisonsnements des Verf. für die Praxis bewähren werden. Ref.)

Trzebiecky (Krakau).

3) Rochet et Durand (de Lyon). Cystotomie et cystostomie périnéales. Drainage direct du bas fond vésical par le périnée.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 489.)

An Stelle der Cystostomia suprapubica empfehlen die Verff. in Fällen, in denen eine ausgiebige Drainage der Harnblase erwünscht sei, namentlich bei Prostatahypertrophie, auf Grund anatomischer Untersuchungen und Experimente an der Leiche die Eröffnung der Blase oberhalb der Prostata vom Damm aus. Trotz der weiten Entfernung des Dammes von der Harnblase gelingt diese Eröffnung doch bei exaktem präparirenden Vorgehen sicher ohne Nebenverletzung. Sie dringen nicht, wie dies schon Lewin empfahl, seitlich, sondern in der Medianlinie in die Tiefe mittels eines H-(grotesque!) förmigen Hautschnittes, dessen seitliche Schenkel vorn ziemlich weit auf den Hodensack übergreifen. Durch Mobilisirung der so entstandenen vorderen und hinteren Lappen lässt sich die Haut nach Eröffnung der Blase bis an die Schleimhaut heranbringen, und damit der tunnelartige Kanal völlig mit Haut auskleiden. Der Vortheil der Methode läge in der Drainage am tiefsten Punkte der Blase. Erst klinische Erfahrungen werden über ihre Brauchbarkeit ein definitives Urtheil erlauben. Die näheren Details über die in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse müssen im Original nachgelesen werden.

Reichel (Breslau).

4) Niebergall (Halberstadt). Die primären und sekundären Eiterungen in dem die Nieren umgebenden Fettgewebe (primäre und sekundäre Paranephritis).

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1896. August u. Oktober.)

Hinsichtlich der Nomenklatur stellt N. zunächst fest, dass der Name Perinephritis von den pathologischen Anatomen für die Entzündung der fibrösen Nierenkapsel angewendet wird, das Wort Paranephritis aber sehr treffend für die Entzündung des neben der Niere liegenden Fettgewebes zu verwenden sei. Dieselbe kann

nun primär in diesem Fettgewebe auftreten oder sekundär sich in dasselbe von Nachbarorganen aus fortpflanzen. Beide Formen entstehen vorwiegend durch Traumen und sind selten doppelseitig, im kräftigen Mannesalter häufiger als bei Kindern.

Von der ersteren Form, dem primären paranephritischen Abscess, bringt N. 3 eigene Fälle, denen er theils aus deutschen Garnisonlazaretten, theils aus der Litteratur noch weitere 7 Fälle beifügt. Theilweise nachweisbar nach Trauma, theilweise ohne bekannte Veranlassung tritt Schmerz in der Lendengegend auf, dann entwickelt sich eine Anschwellung daselbst, welche nicht selten auf einen periostitischen Abscess an der Darmbeinschaukel bezogen wird. Schließlich wird dann ein Einschnitt gemacht, meist nach vorausgegangener positiver Probepunktion, und hierdurch eine Eiterhöhle eröffnet, in welcher man die Niere abtasten kann, ohne jedoch auf Knochen zu gelangen. Übrigens scheinen nur die unter 6, 7 und 8 aufgeführten Fälle zu der zweiten Gruppe, derjenigen der sekundären Paranephritis, zu gehören. Denn dem in Fall 6 und 7 sich entwickelnden paranephritischen Abscess war eine Nierenerkrankung, 1mal sogar mit urämischen Erscheinungen, vorausgegangen, im Fall 8 hatte er sich an eine Pleuropneumonie angeschlossen, und kann der zwischen beiden Krankheiten liegende Zeitraum doch wohl kaum an dieser Ansicht etwas ändern.

Die als Ursache angesehenen Traumen sind nicht immer heftiger Art, sondern es sind auch Fehlritte mit dem Fuß, Anstrengungen beim Graben, anhaltendes Stampfen mit den Füßen bei der Arbeit, Heben und Tragen schwerer Lasten auf dem Rücken, anhaltendes Fahren in stoßendem Wagen, Reiten. N. glaubt, dass durch derartige Veranlassungen zunächst kleine Blutungen in das pararenale Zell- und Fettgewebe entstehen möchten, welche dann durch Einwanderung von Entzündungserregern vom Blut oder vom benachbarten Darm aus in Eiterung und Jauchung übergehen.

Für die 10 Fälle der zweiten Gruppe, wovon 2 eigener Beobachtung, ist meist der Ausgangspunkt der Paranephritis die Niere, doch können auch in sämtlichen anderen Nachbarorganen die Sitze der primären Entzündungen sein.

Was die Erscheinungen betrifft, so hat das Fieber nichts Charakteristisches, häufig war hartnäckige Verstopfung vorhanden. Der Schmerz lokalisiert sich zunächst in der Lendengegend oberhalb des Hüftbeinkammes, neben der Wirbelsäule oder auch unter den Rippen, er wechselt oft in der Intensität. Bewegungen pflegen sehr schmerzhaft zu sein, und in die Nachbarschaft ausstrahlende Schmerzen zu bestehen. Charakteristisch ist besonders eine mehr oder weniger ausgeprägte Beugungskontraktur des Oberschenkels. Auch im Verhalten des Urins findet sich wenig Konstanz; bei der sekundären Form ist es natürlich bedingt durch das gewöhnlich zu Grunde liegende Nierenleiden.

Nur selten entstehen Senkungsabscesse nach der Darmbeingrube

bis unter das Ligam. Poupartii, nach der inneren Seite des Schenkels, in den Schenkelring und zu der Plica ani, ja auch in die Scheide des Psoas. Dass die Krankheit als eine schwere anzusehen, ist selbstverständlich, die frühzeitige Eröffnung allein kann vor bedrohlichen Folgen bewahren. Diese Eröffnung hat am besten durch einen retrolumbalen Schnitt stattzufinden, von größter Wichtigkeit ist danach die hinreichende Ableitung des Eiters, namentlich aus allen Taschen.

Auch tuberkulöse Herde in der Niere können in das paranephritische Fettgewebe durchbrechen. In solchen Fällen, wie überhaupt bei schweren, auf andere Weise nicht heilbaren Nierenkrankheiten kann die Nephrektomie in Frage kommen.

Die Heilung des Abscesses erfolgt auch bei genügender Drainage meist erst nach längerer Zeit. Die entstandene ausgedehnte Narbe verursacht gern Bewegungsstörungen, die die militärische Dienstbrauchbarkeit des Kranken aufheben.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

5) Vollbrecht. Über Hydrocele bilocularis intra-abdominalis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 2.)

Unter obiger Erkrankung versteht man eine abgekapselte Flüssigkeitsansammlung in zwei mit einander kommunizierenden Säcken, von denen der eine im Bauch, der andere in der Leiste oder im Hodensack liegt. Es sind bisher 24 Fälle bekannt, zu denen V. einen neuen hinzufügt. Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Im 16. Jahre bemerkte Pat. zuerst in seiner linken Scrotalhälfte die Geschwulst, welche verschwand, wenn er sich zu Bett legte. In den nächsten 3 Jahren Zunahme der Geschwulst und Hervorwölbung der linken Bauchseite. Seit 2 Jahren besteht die Geschwulst in ihrer jetzigen Größe. Bei der Aufnahme ist die linke Seite des Bauches und die linke Scrotalhälfte von einer großen birnförmigen Geschwulst ausgefüllt. Sie erreicht in der Medianlinie Nabelhöhe. Durch Druck auf die scrotale Hälfte lässt sich ein Theil der Geschwulstflüssigkeit in den Bauchtheil nach oben drängen. Hoden fühlbar am unteren Pol des Hodensackes. Schall überall leer. Diagnose: Hydrocele bilocularis intra-abdominalis sinistra (rechts gleichzeitig Hydrocele vaginalis). Stumpfe Ausschälung der serösen auskleidenden Membran nach Spaltung der Cyste und Schließung des erweiterten Leistenkanals nach Bassini. Operateur: Mikulicz.

Die bilokularen Hydrocelen sind meist sehr groß; ihre Lage ist eine properitoneale. Kocher sah 2mal dabei Kryptorchidie, 1mal bestand Retentio testis, 2mal bösartige Erkrankung des Hodens. Es entstehen leicht Blutergüsse in den Sack der Hydrocele hinein, entweder durch traumatische Einwirkung oder durch die Behandlung, Punktion etc. Die Hydrocele bilocularis kann verwechselt werden mit einem properitonealen Leistenbruch, zumal auch oft die klinischen Erscheinungen des ersten Leidens unter Einklemmungserscheinungen exacerbiren. Was die Entstehungsweise der Hydrocele bilocularis betrifft, so hält V. die Auffassung des Auftretens durch eine mechanische Druckwirkung oder auch eine properitoneale Divertikel-

bildung des Processus vaginalis peritonei für unhaltbar. Dagegen hält er die Entstehung aus einer Entwicklungsanomalie des Giralaldès'schen Organs für außerordentlich wahrscheinlich und fasst seine Ansichten folgendermaßen zusammen:

1) Gewisse pathologische Zustände im Gebiet der männlichen Geschlechtsorgane weisen unverkennbar darauf hin, dass ein Theil des Giralaldès'schen Organs, nämlich seine Schläuche, nicht immer spurlos zu Grunde gehen, sondern persistiren und alsdann Anlass zur Entwicklung eben jener pathologischen Processe geben können.

2) Dass einige, besonders die seltenen Formen von Hydrocele auf eine kongenitale Anlage und am zwanglosesten auf eine Entwicklungsanomalie des Giralaldès'schen Organs zurückzuführen sind.

Therapeutisch sind kleine Hydrocelen mit Punktion und Injektion von Jodtinktur erfolgreich behandelt worden; sonst kann man den ganzen Sack oder — wie Mikulicz — bloß die seröse Auskleidung exstirpiren. Letzterer verschloss auch noch den Leistenkanal nach Bassini, um der Bildung einer Hernie vorzubeugen.

E. Stiegel (Frankfurt a/M.).

6) O. Küstner. Der suprasymphysäre Kreuzschnitt, eine Methode der Köliotomie bei wenig umfänglichen Affektionen der weiblichen Beckenorgane.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 3.)

K. empfiehlt, zur Vermeidung der Bauchnarbe bei Laparotomien den Hautschnitt in das Bereich der Pubes oder dicht darüber quer anzulegen. Der Schnitt sei 7—8 cm lang und soll durch Haut und Unterhaut bis auf die Fascie dringen. Dann wird er diagonal aus einander gezogen und die Bauchwand »sagittal« (soll wohl heißen: »vertikal«. Ref.) in der Linea alba weiter durchtrennt. Man erhält dann Raum genug, um Retrofixationen und entzündete Adnexe aus ihren Verwachsungen zu trennen, bezw. den Uterus ventral zu fixiren. Die Operation eignet sich nach K. besonders für fixirte Retroflexionen mit und ohne chronische Adnexerkrankungen. Die Bauchfell-Muskel-Fascienwunde wird durch Katgut-, Seidenknopfnähte wieder vereinigt, und darüber zum Schluss der Bauchschnitt, wobei man, um todte Räume zu vermeiden, die Nadel im Grunde durch die Fascie mitführt.

K. hat diese Methode 8mal angewendet und Schwierigkeiten in der Heilung bisher nicht beobachtet.

Jaflé (Hamburg).

7) E. Doyen (Reims). Traitement des suppurations pelviennes.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 565.)

Zur Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Beckeneiterungen benutzt D. bald die einfache Incision der Eiter-säcke von der Scheide aus oder mittels Laparotomie, bald die Ex-

stirpation der Uterusanhänge mittels Bauchschnitt, bald die Entfernung des Uterus und seiner Anhänge von oben oder häufiger von der Scheide aus, die von ihm sogenannte »totale Kastration«. Die einfache Eröffnung der periuterinen Eiterhöhlen von der Scheide aus bezeichnet er als Methode der Wahl für eine gewisse Zahl wohl bestimmter Fälle bei jungen Mädchen und Frauen, bei denen die Totalkastration erst als letztes Hilfsmittel in Betracht käme. Er hat danach Schwangerschaft mit normalem Verlauf beobachtet. — Für die Incision von der Bauchhöhle aus verwirft er die Trendelenburg'sche Hochlagerung, weil sie Gefahr bringe, dass ausfließender Eiter die höher gelegenen Abschnitte der Peritonealhöhle inficire. — Am häufigsten müsse die totale Kastration ausgeführt werden. Das von Péan-Segond empfohlene Morcellement sei zu verwerfen. Weit einfacher, vollständiger und minder gefährlich sei das von ihm angegebene Verfahren: D. eröffnet zunächst mit Scherenschlägen das Cavum Douglasi, tastet mit dem in dasselbe eingeführten Zeigefinger das Becken genau aus, um erst von diesem Befunde das weitere Vorgehen abhängen zu lassen. Glaubt er zur »totalen Kastration« schreiten zu müssen, so trennt er mit dem Zeigefinger sogleich alle retrouterinen Verwachsungen so hoch hinauf wie nur möglich. Nun umschneidet er mit der Schere rasch seitlich und vorn von der Portio die Scheidenschleimhaut, löst die Blase und Harnleiter möglichst weit nach oben und seitwärts ab, durchtrennt nun die Vorderwand der Cervix in der Medianlage mit der Schere, eröffnet dabei das Cavum vesico-uterinum, verlängert den Medianschnitt bis nahe an den Fundus des Uteruskörpers, der nun einem stetigen Zuge gut folgt und sich bis in die Vulva vorziehen lässt. Mit einer Zange zieht er darauf auf der am leichtesten zugänglichen Seite die Uterusanhänge der einen Seite vor, während ein in die Bauchhöhle hoch hinauf geführter Finger Schritt für Schritt, aber rasch alle Adhäsionen löst, und legt nun seitlich der luxirten Adnexe von oben nach unten eine das ganze breite Mutterband fassende Klemme an, schneidet vor derselben durch und entfernt dann in der gleichen Weise die Anhänge der anderen Seite. Zwischen die 40 Stunden liegen bleibenden Klemmen schiebt er sterile Gazekompressen. Andere Ligaturen legt er überhaupt nicht an. Lassen sich die Eitersäcke wegen ihrer Größe nicht vorziehen, so incidirt er sie erst. Fast immer gelang ihm so die vollständige Entfernung. Die durchschnittliche Dauer der Operation beträgt 15 bis 20 Minuten, in einfachen Fällen selbst nur 3 bis 5 Minuten. Seine Sterblichkeit betrug bis zum Jahre 1893 7,5%, seitdem nur 2,1%.

Der übrige Theil der umfangreichen Abhandlung läuft auf einen wenig erquicklichen Streit mit Péan und Segond heraus, denen er ungenaue Statistik vorwirft, deren Operationsmethode er für schlecht erklärt und denen gegenüber er auch die Priorität des Verfahrens der Uterusexstirpation zur Behandlung von Beckeneiterungen für sich in Anspruch nimmt, da er diese Operation be-

reits im December 1887 zum ersten Male ausgeführt habe. Wer sich hierfür interessirt, sei auf das Original verwiesen.

Reichel (Breslau).

8) **H. Delagénère** (Le Mans). Indications de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de supurations pelviennes. 10 observations.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 639.)

Neben der Eröffnung von der Scheide aus, neben der vaginalen Hysterektomie und der einfachen Laparotomie hält D. für die Behandlung gewisser Fälle von Beckeneiterung die totale Kastration vom Bauch aus als vollauf berechnete Operationsmethode angezeigt. D. wählt den abdominalen Weg in allen Fällen, in denen eine Unsicherheit in der Diagnose besteht nicht nur bezüglich der Doppelseitigkeit der Erkrankung, sondern auch bezüglich der Natur des Leidens selbst; ferner wenn es zweifelhaft erscheint, ob der Uterus mit entfernt werden muss; endlich wenn irgend ein Hindernis von Seiten der Scheide besteht (Atresie, Hymen, Schwierigkeit den Uterus herabzuziehen etc.). — Von 10 Operirten starben 2, doch handelte es sich um besonders schwere Fälle. Die Endresultate waren bei den 8 Überlebenden ausgezeichnet.

Reichel (Breslau).

9) **Doyen** (Reims). Traitement chirurgical des rétro-déviation utérines.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 537.)

D. kombinirt zur Heilung schmerzhafter Retrodeviationen des Uterus die Alexander'sche Operation mit einer Verkürzung der Vorderwand der Gebärmutter. Die Portio wird kräftig nach abwärts gezogen, die Scheidenschleimhaut im vorderen Gewölbe incidirt, die Blase wie bei der Hysterektomie abgelöst, dann das Cavum vesicouterinum eröffnet. Sogleich führt D. in dieser Höhe quer durch die oberflächliche Schicht des Uteruskörpers einen Seidenfaden, dessen anderes Ende durch den unteren Abschnitt des supravaginalen Theiles der Cervix gelegt wird. Darüber kommt eine zweite Verstärkungsnaht. Die Scheidenwunde wird mit Silkworm geschlossen, dann die Alexander'sche Operation hinzugefügt. — Die Resultate bezeichnet D. als ausgezeichnet.

Reichel (Breslau).

10) **Chalot** (Toulouse). La transplantation systématique des deux uretères et la ligature préventive des deux artères iliaques internes pour extirpation large du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen.

(Indépendance méd. 1896. No. 38.)

Den in der Überschrift angedeuteten Weg empfiehlt Verf. zur Exstirpation von vorgeschrittenen Uteruscarcinomen. Durch die Unterbindung der beiden Arteriae iliacae internae will er die Blut-

stirpation der Uterusanhänge mittels Bauchschnitt, bald die Entfernung des Uterus und seiner Anhänge von oben oder häufiger von der Scheide aus, die von ihm sogenannte »totale Kastration«. Die einfache Eröffnung der periuterinen Eiterhöhlen von der Scheide aus bezeichnet er als Methode der Wahl für eine gewisse Zahl wohl bestimmter Fälle bei jungen Mädchen und Frauen, bei denen die Totalkastration erst als letztes Hilfsmittel in Betracht käme. Er hat danach Schwangerschaft mit normalem Verlauf beobachtet. — Für die Incision von der Bauchhöhle aus verwirft er die Trendelenburg'sche Hochlagerung, weil sie Gefahr bringe, dass ausfließender Eiter die höher gelegenen Abschnitte der Peritonealhöhle inficire. — Am häufigsten müsse die totale Kastration ausgeführt werden. Das von Péan-Segond empfohlene Morcellement sei zu verwerfen. Weit einfacher, vollständiger und minder gefährlich sei das von ihm angegebene Verfahren: D. eröffnet zunächst mit Scherenschlägen das Cavum Douglasi, tastet mit dem in dasselbe eingeführten Zeigefinger das Becken genau aus, um erst von diesem Befunde das weitere Vorgehen abhängen zu lassen. Glaubt er zur »totalen Kastration« schreiten zu müssen, so trennt er mit dem Zeigefinger sogleich alle retrouterinen Verwachsungen so hoch hinauf wie nur möglich. Nun umschneidet er mit der Schere rasch seitlich und vorn von der Portio die Scheidenschleimhaut, löst die Blase und Harnleiter möglichst weit nach oben und seitwärts ab, durchtrennt nun die Vorderwand der Cervix in der Medianlage mit der Schere, eröffnet dabei das Cavum vesico-uterinum, verlängert den Medianschnitt bis nahe an den Fundus des Uteruskörpers, der nun einem stetigen Zuge gut folgt und sich bis in die Vulva vorziehen lässt. Mit einer Zange zieht er darauf auf der am leichtesten zugänglichen Seite die Uterusanhänge der einen Seite vor, während ein in die Bauchhöhle hoch hinauf geführter Finger Schritt für Schritt, aber rasch alle Adhäsionen löst, und legt nun seitlich der luxirten Adnexe von oben nach unten eine das ganze breite Mutterband fassende Klemme an, schneidet vor derselben durch und entfernt dann in der gleichen Weise die Anhänge der anderen Seite. Zwischen die 40 Stunden liegen bleibenden Klemmen schiebt er sterile Gazekompressen. Andere Ligaturen legt er überhaupt nicht an. Lassen sich die Eitersäcke wegen ihrer Größe nicht vorziehen, so incidirt er sie erst. Fast immer gelang ihm so die vollständige Entfernung. Die durchschnittliche Dauer der Operation beträgt 15 bis 20 Minuten, in einfachen Fällen selbst nur 3 bis 5 Minuten. Seine Sterblichkeit betrug bis zum Jahre 1893 7,5%, seitdem nur 2,1%.

Der übrige Theil der umfangreichen Abhandlung läuft auf einen wenig erquicklichen Streit mit Péan und Segond heraus, denen er ungenaue Statistik vorwirft, deren Operationsmethode er für schlecht erklärt und denen gegenüber er auch die Priorität des Verfahrens der Uterusexstirpation zur Behandlung von Beckeneiterungen für sich in Anspruch nimmt, da er diese Operation be-

reits im December 1887 zum ersten Male ausgeführt habe. Wer sich hierfür interessirt, sei auf das Original verwiesen.

Reichel (Breslau).

8) **H. Delagénère** (Le Mans). Indications de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de supurations pelviennes. 10 observations.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 639.)

Neben der Eröffnung von der Scheide aus, neben der vaginalen Hysterektomie und der einfachen Laparotomie hält D. für die Behandlung gewisser Fälle von Beckeneiterung die totale Kastration vom Bauch aus als vollauf berechnete Operationsmethode angezeigt. D. wählt den abdominalen Weg in allen Fällen, in denen eine Unsicherheit in der Diagnose besteht nicht nur bezüglich der Doppelseitigkeit der Erkrankung, sondern auch bezüglich der Natur des Leidens selbst; ferner wenn es zweifelhaft erscheint, ob der Uterus mit entfernt werden muss; endlich wenn irgend ein Hindernis von Seiten der Scheide besteht (Atresie, Hymen, Schwierigkeit den Uterus herabzuziehen etc.). — Von 10 Operirten starben 2, doch handelte es sich um besonders schwere Fälle. Die Endresultate waren bei den 8 Überlebenden ausgezeichnet.

Reichel (Breslau).

9) **Doyen** (Reims). Traitement chirurgical des rétro-déviation utérines.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 537.)

D. kombinirt zur Heilung schmerzhafter Retrodeviationen des Uterus die Alexander'sche Operation mit einer Verkürzung der Vorderwand der Gebärmutter. Die Portio wird kräftig nach abwärts gezogen, die Scheidenschleimhaut im vorderen Gewölbe incidirt, die Blase wie bei der Hysterektomie abgelöst, dann das Cavum vesicouterinum eröffnet. Sogleich führt D. in dieser Höhe quer durch die oberflächliche Schicht des Uteruskörpers einen Seidenfaden, dessen anderes Ende durch den unteren Abschnitt des supravaginalen Theiles der Cervix gelegt wird. Darüber kommt eine zweite Verstärkungsnaht. Die Scheidenwunde wird mit Silkworm geschlossen, dann die Alexander'sche Operation hinzugefügt. — Die Resultate bezeichnet D. als ausgezeichnet.

Reichel (Breslau).

10) **Chalot** (Toulouse). La transplantation systématique des deux uretères et la ligature préventive des deux artères iliaques internes pour extirpation large du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen.

(Indépendance méd. 1896. No. 38.)

Den in der Überschrift angedeuteten Weg empfiehlt Verf. zur Exstirpation von vorgeschrittenen Uteruscarcinomen. Durch die Unterbindung der beiden Arteriae iliacae internae will er die Blut-

stillung bei der totalen Ausräumung des kleinen Beckens erleichtern; durch die Durchtrennung eines oder beider Harnleiter mit nachfolgender Einpflanzung derselben in die Blase resp. den Darm wird die Exstirpation der Geschwulst auch dann noch möglich gemacht, wenn das untere Ende der Harnleiter untrennbar in die Geschwulst aufgegangen ist.

Die Einpflanzung der Harnleiter wird mit einem vom Verf. angegebenen Tube anastomotique, vorgenommen, einem kleinen kupfernen Rohr, auf dessen eines Ende der Harnleiter aufgebunden, dann mit dem Rohr in den geöffneten Darm eingeführt und durch einige seromuskuläre Nähte befestigt wird. C. berichtet über 2 so operirte Fälle, von denen der erste in Folge einer gewaltigen venösen Blutung aus den Beckengefäßen auf dem Tisch blieb, der andere geheilt wurde. Es wurde hier die Einpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm vorgenommen, da dieselben sich an die Blase nicht heranziehen ließen. In der ersten Zeit traten Diarrhöen auf (3—4 in der Stunde), die nach einigen Wochen sehr nachgelassen haben sollen. Der letzte Bericht über die Pat. datirt von der Zeit 6 Wochen nach der Operation.

E. Martin (Köln).

11) D. Témoïn (Bourges). Ablation des fibromes par la voie abdominale avec conservation partielle ou totale de l'utérus.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 419.)

Der totalen, abdominalen wie vaginalen, Uterusexstirpation, wie der typischen Myomotomie mit Zurücklassen eines Uterusstumpfes zieht Verf. bei der operativen Behandlung der Fibromyome die Enukleation der Geschwülste mit theilweiser oder völliger Erhaltung vor. Nach Vorziehen des Uterus durch die Bauchschnittwunde durchtrennt er die beiden breiten Mutterbänder zwischen Ligaturen, führt dann einen ziemlich tiefen Längsschnitt über die ganze Länge der Geschwulst, dringt mit dem Finger zwischen sie und ihre Hülle ein und schält sie schnell aus ihrem Bett stumpf aus. Die große rückbleibende Wundfläche verkleinert er durch Resektion der überschüssigen Theile der Höhlenwand und verschließt die Höhle nun exakt durch eine dreihige Katgutnaht, deren erste Etage die ganze Dicke der Wand durchdringt, deren zweite die Wundränder adaptirt und deren dritte darüber das Peritoneum vollständig vereinigt. Es folgt eine Auswaschung der Bauchhöhle mit gekochtem Wasser, von welchem ziemlich viel schließlich zurückgelassen wird; es sollen dadurch die geschwächten Pat. wieder belebt, und der sonst so heftige Durst in den folgenden Stunden gemindert werden. — Das Verfahren sei durchaus nicht gefährlicher wie die anderen Methoden, habe vor ihnen den Vortheil der Schnelligkeit und Leichtigkeit. Von 36 Operirten starb nur eine, bei der der Eingriff in extremis gemacht wurde, innerhalb 30 Stunden an operativem Shock. — 26 Krankengeschichten werden kurz mitgetheilt.

Reichel (Breslau).

12) **H. Delagénière** (Le Mans). Hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes. Troisième série de 10 nouveaux cas.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 653.)

D. berichtet über seine 3. Serie von je 10 abdominalen Total-exstirpationen des Uterus wegen Fibromyomen und die dabei in Anwendung gezogenen Modifikationen seiner Operationstechnik. Den Hauptwerth legt er auf 3 Punkte, 1) die Vorbereitung der Kranken, bestehend in häufigen, ziemlich lange vorher begonnenen desinfectirenden Ausspülungen der Scheide, gefolgt von lockerer Tamponade mit Jodoformgaze, 2) exakte Blutstillung, 3) die Nachbehandlung. — Um die Blutung zu stillen, bildet er 4 Stiele, entsprechend den 4 Hauptarterien; den die Art. uterina enthaltenden Stiel bildet er aber nicht mehr, wie früher, gleich im Beginn der Operation, da die früh angelegten Ligaturen leicht abgleiten, das Operationsfeld verengen und die Isolirung des Uterushalses erschweren, sondern erst am Schlusse. Er fasst die spritzenden Gefäße während der Ablösung der peritonealen Manschette und stillt die Blutung definitiv durch eine durch die Seitenwand der Scheide tief durchgeführte Naht. Die Blutung aus dem vorderen und hinteren Scheidenschnitt ist dann gering und steht, so wie die Scheide mit dem Bauchfell vorn und hinten durch je 3 Nähte vereinigt ist. Die Peritonealhöhle wird durch Serosanaht von der Scheide abgeschlossen. In die Beckenhöhle legt D. vom unteren Winkel der Bauchwunde einen dicken Gummidrain, kein Glasrohr, da dieses in einem Falle zu einer Kompression des Mastdarmes Anlass gegeben hatte. Das Drainrohr wird nach 48 Stunden entfernt, der Scheidentampon schon einige Stunden nach der Operation, und in den folgenden 5—6 Tagen täglich einmal erneuert; dann soll man mit antiseptischen Ausspülungen beginnen. (Sollte ein so häufiger Tamponwechsel wirklich vortheilhaft sein? Ist das nicht unnöthige Polypragmasie? Ref.) — Unter seinen 30 Operationen zählt D. 2 Todesfälle.

Reichel (Breslau).

13) **E. Doyen** (Reims). Hystérectomie abdominale totale.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 624.)

Die von ihm im September 1892 (cf. Centralblatt für Chirurgie 1893 p. 663) angegebene Methode der Uterusexstirpation mittels Laparotomie hat D. in den letzten Jahren folgendermaßen modificirt:

Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung. Die Geschwulst wird vorgewälzt und event. mit dem Reverdin'schen Elevator hoch gehalten. Das hintere Scheidengewölbe wird vom Cavum Douglasi aus eröffnet, durch die Öffnung die Portio uteri angezogen, mit 2 Scherenschlägen ihre seitliche Befestigung durchtrennt, nun die vordere Lippe gefasst, die Scheidenschleimhaut vorn durchschnitten und jetzt unter starkem Anziehen der Gebärmutterhals stumpf von unten nach oben vorn von der Blase gelöst. Darauf wird der linke Zeigefinger vom Bauch aus unter dem rechten Ligamentum latum

nach dem Schambein zu geführt, der Gefäßbogen zwischen Art. uterina und spermatica interna vom Uterus isolirt und das Ligament zwischen beiden durchschnitten. Sogleich wird die Geschwulst nach links, der Seite des Operateurs, kräftig angezogen und aus der peritonealen Hülle stumpf ausgeschält, dann das linke Mutterband in der gleichen Weise durchtrennt. Jetzt erst, nach Entfernung des Uterus, werden die spritzenden Gefäße gefasst; meist genügen 4 Ligaturen, inbegriffen die Ligatur der Ovarialstiele, die nach Resektion der Anhänge nach der Scheide zugezogen werden. Irgend welche präventive Blutstillung verwirft D. principiell; er glaubt durch rasches Operiren ohne vorgängige Unterbindung mehr Blut zu sparen als nach vorausgeschickten Unterbindungen. Die etwas blutende Wundfläche zwischen Peritoneum und Scheide wird durch eine überwendliche Naht, dann die Peritonealhöhle durch eine zweifache tabakbeutelartige Naht abgeschlossen. — Machen subseröse oder intraligamentäre Fibrome das hintere Scheidengewölbe unzugänglich, so werden sie vorher schnell enukleirt. — Unter 35 derart operirten Frauen verlor D. eine einzige, bereits 62jährige Pat. an Pneumonie. Das Verfahren ist bereits von verschiedenen Chirurgen nachgeahmt — freilich haben die Meisten der Durchschneidung der Ligamente eine Ligatur vorausgeschickt — und ergab unter 147 Fällen nur 7 Todesfälle, d. h. 4,7%. Die Mehrzahl derselben wurde von Snégiroff in Moskau operirt, 82 Operationen mit 4maligem tödlichen Ausgang.

Reichel (Breslau).

14) J. H. Etheridge. Pneumococcus-abscess of the ovary, with report of three cases.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. April.)

Im Anschluss an drei von ihm operirte Fälle von Ovarialabscess, in welchen der Fränkel-Weichselbaum'sche Pneumococcus im mikroskopischen Präparat, in Kultur so wie in Schnitten der Abscesswand nachgewiesen wurde, macht E. einige Bemerkungen über die Art des Zustandekommens der Infektion.

Drei Wege sind möglich: a. von den äußeren Genitalien aus; b. vom Darm aus; c. auf dem Wege der Cirkulation.

Der Pneumococcus wurde als Ursache von Endometritis und Salpingitis von Weichselbaum nachgewiesen; auch in der erkrankten Scheide wurde er gefunden; er kann von der letzteren durch Uterus und Tube leicht zum Ovarium gelangen.

Der Weg vom Darm, in welchem die Pneumokokken sehr häufig vorkommen, zum Ovarium ist für diese Mikroben wohl nicht schwieriger wie für die Tuberkelbacillen, welche bei Darmtuberkulose auch auf die Tuben übergingen. E. stellt sich vor, dass die geplatzen Graaf'schen Follikel bequeme Eintrittsstellen für solche im Peritonealraum befindliche Eitererreger abgeben.

Die Möglichkeit einer Invasion auf dem Blutwege muss nach Analogie anderer Organeiterungen zugegeben werden.

Je nach dem einen oder anderen Invasionsmodus muss der Abscess natürlich entweder in der Rinde oder dem Parenchym seinen Sitz haben; die mikroskopische Untersuchung der Abscesswand kann darüber in so fern Aufschluss geben, als sich in dem einen Falle (Infektion des Graafschen Follikels) in der Wand charakteristische »Luteal«-Zellen (Langer) finden, in dem anderen Falle (Infektion des Parenchyms auf dem Wege der Cirkulation) solche fehlen werden. E. fand in 2 von seinen 3 Fällen die genannten (polygonalen) Zellen, in einem wurden sie vermisst.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

15) O. Zuckerkandl. Letaler Ausgang nach Sondirung der verengten Harnröhre.

(Wiener med. Presse 1896. No. 45.)

Bei dem 34jährigen Kranken hatte Z. vor 2 Jahren eine im membranösen Theile der Harnröhre gelegene ringförmige Striktur mit Erfolg der Dilatation unterworfen. 1 Jahr später wieder Harnbeschwerden. Die von einem Arzte und vom Kranken selbst vorgenommenen Sondirungen blieben zum größten Theil erfolglos, führten zu lebhaften Blutungen und zu häufig wiederkehrenden fieberhaften Reaktionen. Nach einem weiteren Jahre sah Z. den Kranken wieder. Verhältnismäßig gutes Allgemeinbefinden. Lokalbefund in der Harnröhre vollkommen verändert. An der engen Striktur angelangt, verließ die Sonde die Wand der Harnröhre und drang in verschiedenen Richtungen in das Gewebe der Corpora cavernosa ein. Vorsichtiges Einführen einer Metallsonde bis in die Striktur, die nur kurze Zeit liegen blieb; danach geringe Blutung. Kurze Zeit darauf Übelkeiten, Schüttelfrost, profuse Diarrhöen; 6 Stunden nach der Sondirung Tod im Collaps. Die Sektion ergab eine ausgesprochene fettige Degeneration des Herzmuskels. Der Kranke war also in Folge der bestehenden organischen Veränderungen des Herzmuskels dem ersten Anprall der schweren, wahrscheinlich durch das Bacterium coli bedingten Allgemeininfektion erlegen.

P. Wagner (Leipzig).

16) P. Koltschin. Ein Fall von Fistula penis congenita.

(Annalen der russ. Chirurgie 1896. Hft. 5.)

Fall von Prof. Rasumowski in Kasan. Früher Hernia ing. d., operirt Cryptorchismus duplex. Am Dorsum penis, 2 cm von der Harnröhrenmündung, beginnt eine 13 cm lange Fistel mit 2 cm langer und 1 cm breiter Öffnung. Keine Gonorrhoe. Excision des 9 cm langen Stückes bis zur Symphyse, Ätzung des Restes mit Chlorsink. Volle Heilung. — Mikroskopisch ist die Fistelschleimhaut mit mehrschichtigem Plattenepithel bedeckt und hat keine Drüsen.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

17) Lieblein. Zur Kasuistik der Harnröhrensteine und speciell der Divertikelsteine der Harnröhre.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1.)

L. will den Ausdruck »Urethralstein« nur auf solche Konkreme angewendet wissen, welche in der Harnröhre selbst entstanden oder, wenn von oben eingewandert, längere Zeit daselbst liegen geblieben sind und sich vergrößert haben. Von dieser Definition ausgehend, lässt er unter den zahlreichen Beobachtungen aus der Litteratur nur 54 als echte Harnröhrensteine gelten. Eine besondere Prädisposition für die Steinbildung liefern die Divertikel der Harnröhre, die angeborenen

sowohl als die erworbenen. Aus der Litteratur konnte L. 8 Fälle von Steinbildung in erworbenen Harnröhrendivertikeln zusammenstellen, denen er eine Beobachtung aus Wölfler's Klinik anreicht. In diesem Falle wies der spontan durch das Scrotum perforirte Stein die gewaltigen Dimensionen von 5,6:4,3:3,3 cm auf. Schließlich werden noch 2 Fälle von Urethralstein aus Wölfler's Klinik kurz mitgetheilt. Hofmeister (Tübingen).

18) K. A. Walter (Petersburg). Zwei Fälle von traumatischer intra-peritonealer Blasenruptur.

(Wratsch 1896. No. 46. [Russisch.])

Während der letzten 10 Jahre wurden im Obuchowschen Hospital 9 Fälle beobachtet, 8 davon operirt. 7 starben nach 2—7 Tagen an Peritonitis; 2 genasen (beide 1896). Den ersten operirte Trojanow 14 Stunden nach der Verletzung (der 44jährige Pat. fiel im Rausche aufs Pflaster). Riss an der Hinterwand 5 cm weit. Naht nach Lambert-Czerny, Harnröhrenschnitt am Perineum, Verweilkatheter für 14 Tage. Heilung. Der 2. Pat., 48 Jahre alt, wurde 30 Stunden nach der Verletzung (wie in Fall 1) von W. operirt. Serosariss an der Hinterwand 12 cm groß, Schleimhaut- und Muscularisriss bloß 6 cm. Die Ränder, stark gequetscht, wurden theilweise angefrischt und in 2—3 Etagen vernäht. Verweilkatheter in die Harnröhre auf 3 Tage, Bauchwunde nur verkleinert, Tampon in das Becken. Nach 5 Tagen Verband von Urin durchnässt (Fistel in der Tiefe, die sich bald schloss). Heilung. Harnentleerung 3—4mal täglich, schmerzlos. Der erste Pat. hält 300 ccm Harn gut zurück.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

19) Högerstedt. Zur Kenntniss der traumatischen, intraperitonealen Ruptur der Harnblase.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1896. No. 30.)

Einer der sehr seltenen Fälle, in denen erst mehrere Tage nach dem Trauma Symptome der Blasenverletzung auftraten. Ein 33jähriger Mann glitt auf ebener Erde aus und fiel zu Boden; 3 Tage danach, als er harnen wollte, spürte er plötzlich einen heftigen, schneidenden Schmerz in der Blasenegend und konnte keinen Urin entleeren. Katheter fördert 500 ccm Harn mit vielen rothen Blutkörperchen. Da in den ersten Tagen die Harnentleerung absolut ungestört war, so nahm man an, die Blutung rühre von einer Neubildung in der Blase her. Der Harn kann auch fernerhin nicht spontan gelassen werden. Es entwickelt sich Peritonitis, die am 10. Tage nach dem Sturz zum Tode führt. — Der Fall ist diagnostisch von Wichtigkeit; es braucht eine Blasenruptur nicht sofort Erscheinungen zu machen. Man muss annehmen, dass der Riss in der Blasenwand ursprünglich ein unvollständiger war, d. h. nicht bis ans Bauchfell reichte; an der Rissstelle entwickelten sich entzündliche Gewebsveränderungen, so dass durch den Binnendruck des Harns der Riss mit der Zeit zu einem vollständigen, perforirenden wurde.

Häckel (Jena).

20) Bloodgood (Baltimore). A new apparatus for immediate and permanent drainage of the urinary bladder after suprapubic cystostomy.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1896. No. 61.)

Beschreibung eines neuen Apparates, welcher nach der hohen Eröffnung der Blase eine sofortige dauernde Drainage der Blase gestatten soll unter gänzlicher Vermeidung einer Beschmutzung der Wunde so wie der Umgebung derselben durch den Urin. Dies wird erreicht, indem statt des üblichen T-Rohres ein einfaches Gummirohr eingeführt wird, welches in einer Entfernung von 1,5 cm von dem in die Blase einzuführenden Ende eine mit 4 Löchern durchbohrte kleine Metallplatte trägt. Nachdem die Spitze des Rohres bis zu dieser Platte in die Blase eingeführt ist, wird die Wunde mittels 4 die Blasenwand bis auf die Schleimhaut durchfassenden Nähten unter Benutzung der Löcher der Metallplatte

eng an letztere befestigt. Es wird so ein sicherer Verschluss der Blasenwunde um das Rohr erzielt. Der prävesikale Raum wird locker tamponirt, die Hautwunde zum Theil vernäht. Das äußere Ende des Gummirohres wird hierauf in einen flachen Gummibeutel, der zur Aufnahme des Urins um den Leib geschnallt wird, geleitet.

In einer Reihe von Fällen, in denen dieser Apparat angewendet wurde, wurde jedes Lecken der Blase neben dem Rohr vermieden. Etwa 8 Tage, bis zum Durchschneiden der Fäden, kann so ein völliges Trockenhalten, auch im Umhergehen, erzielt werden. Es ist dann die Wunde mit Granulationen bedeckt und die Blase durch Verwachsung fixirt, so dass nun ein einfaches Katheterrohr eingelegt werden kann. — Auch in 3 Fällen von Cholecystostomie wurde der Apparat mit Erfolg angewendet.

Strauch (Braunschweig).

21) Finke. Blasen-Scheidenfistel und Blasensteine, veranlasst durch Fötusknochen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 33.)

Es handelt sich um die Reste von Schädelknochen, die von einem im 6. Monate künstlich zur Welt gebrachten Fötus, dessen Schädel im Mutterleibe zurückgeblieben war, stammten; dieselben hatten Veranlassung zur Steinbildung gegeben. Die Knochenstücke waren vom Uterus durch die Scheide auf dem Wege der Blasen-Scheidenfistel in die Blase gelangt. R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

22) K. Schuchardt. Über gutartige und krebsige Zottengeschwülste der Harnblase nebst Bemerkungen über die operative Behandlung vorgeschrittener Blasenkrebs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

S. meint, dass in der Auffassung der Zottengeschwülste der Harnblase noch eine ziemliche Verwirrung herrsche. Er selbst unterscheidet mit Orth die gutartigen Zottengeschwülste von den papillären Krebsen oder krebsigen Zottengeschwülsten. Den sicheren Beweis vom Übergang eines einfachen Papilloms in Carcinom sieht er als noch nicht erbracht an. Nach Semon's Sammelstatistik ergab sich für die Kehlkopfgeschwülste, dass unter 10744 Fällen nur 12 einigermaßen als sicher für die bösartige Umwandlung einer gutartigen Geschwulst gelten können. S. giebt die ausführlichen Krankengeschichten dreier Fälle von Harnblasengeschwülsten mit Schilderung genauer mikroskopischer Befunde. Im 1. Falle handelt es sich um eine noch von Volkmann operirte Zottengeschwulst der Blase mit theilweiser Abtragung der Geschwulst von einer Boutonnières-Wunde aus. Es trat danach Besserung des Befindens ein. Der Kranke starb 15 Jahre nach Beginn seines Leidens. Bei dem 2. Pat. bestanden gutartige Papillome der Harnröhre und ein großer Zottenkrebs der Blase. S. entfernte letzteren durch Laparotomie. Ein Recidiv trat nicht auf. Tod $\frac{3}{4}$ Jahr später. Die Harnröhrenpapillome zeigten krebsige Degeneration. Drittens handelt es sich dann noch um einen kolossalen Zottenkrebs der Harnblase. Der größte Theil der Blase wurde extirpirt, der rechte Harnleiter in den Blasenrest eingenäht. Nach 10 Tagen Tod.

S. kommt dann auf die Behandlung der Harnblasenkrebs zu sprechen, bei denen die Neubildung bereits die ganze Dicke der Blasenwandung durchsetzt, ja auch die Umgebung in Mitleidenschaft gezogen hat. Er bringt sämtliche Fälle aus der Litteratur, in denen radikale Behandlung versucht und ausgeführt wurde, so von Sonnenburg, Kümmell und Bardenheuer, ferner von Küster, der, wie bekannt, Blase, Prostata und Samenbläschen extirpirt und die Harnleiter in den Mastdarm einnähte. Letzteres Verfahren, die gleichzeitige Prostataktomie, ist wichtig, weil beim Manne die Blasenkarzinome meist von der Prostata ausgehen. S. fand gegenüber der partiellen Resektion der Symphyse von Credé zur Erleichterung der Zugänglichkeit des Operationsgebietes und gegenüber Helferich's Methode an der Leiche, dass der beste Zugang erzielt wird, wenn man auf beiden Seiten die absteigenden und horizontalen Schambeinäste in einiger Entfernung von

der Symphyse durchsägt und diesen Theil des Beckenringes nach unten klappt. Er empfiehlt ferner, bei vorgeschrittenen Blasenkrebsen die ganze Blase zu entfernen. Die Harnleiter müssen dann natürlich in Scheide oder Mastdarm eingepflanzt werden. Die Gefahr peritonealer Infektion vermeidet man, wenn man das Peritoneum der vorderen Bauchwand mit dem der hinteren Blasenwand vernäht, wie dies S. 3mal gethan hat. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

23) C. Calsavara (Padova). Su di un caso di metastasi linfatica retrograde alla vagina da adeno-carcinoma dell' utero.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1896. No. 110.)

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten und operirten Fall von Metastase einer bösartigen Gebärmuttergeschwulst nach der Scheide, also in einer dem normalen Lymphstrom entgegen gesetzten Richtung. Es handelte sich um eine 53jährige Frau, die seit 3 Monaten die typischen Symptome eines Gebärmutterkrebses aufwies. Bei der bimanuellen Untersuchung fanden sich gleich hinter dem Scheideneingange symmetrisch zu beiden Seiten der Scheide 2 haselnussgroße, feste, unbewegliche Geschwülste, die von völlig unverletzter, glatter Schleimhaut bedeckt waren. Die Gebärmutter war ums Doppelte vergrößert, bei normaler Länge des Inneren, ziemlich weich, durchaus frei beweglich; aus dem Muttermunde starker jauchiger Ausfluss. Die mikroskopische Untersuchung einiger durch Ausschabung gewonnenen Stückchen bestätigte die auf Krebs der Gebärmutter gestellte Diagnose.

Verf. sucht nun auf ausschließendem Wege die Art des Zusammenhanges zwischen der Gebärmuttergeschwulst und den beiden erwähnten Knoten in der Scheide festzustellen. Gegen einen entzündlichen Process spricht das Fehlen erheblicher Schmerzhaftigkeit, so wie der Mangel an Drüsen oder anderen geeigneten Ausgangspunkten. Die Annahme selbständiger Geschwülste wird durch das doppelte, symmetrische und gleichartige Auftreten unwahrscheinlich gemacht, Umstände, die vielmehr auf einen gemeinsamen Ursprung deuten. Gegen eine Übertragung von der einen Seite der Scheide auf die andere durch Berührung spricht mit Sicherheit der durchaus unverletzte normale Schleimhautüberzug. Auch die Annahme einer direkten Kontinuitätsverbindung mit der Hauptgeschwulst kann nicht aufrecht erhalten werden, da in dem dazwischen liegenden Gewebe sich nicht die geringsten Veränderungen finden. Es bleibt also nur die Möglichkeit einer Verbreitung durch die Blut- oder Lymphbahnen. Da das arterielle Gebiet nur ausnahmsweise bei Einbruch von Geschwulstelementen in eine Arterie die Verbreitung im Körper übernimmt, und in diesem Falle eine allgemeine Carcinomatose zu entstehen pflegt, die hier nicht vorhanden war, da ferner eine Ausbreitung durch die Venen der Stromrichtung entgegen allenfalls bei besonderen durch Herz- oder Lungenerkrankungen geschaffenen Vorbedingungen, die aber hier auszuschließen waren, geschehen könnte, so bleibt in der That als wahrscheinlichste die Erklärung übrig, dass es sich um Ausbreitung durch die Lymphwege, und zwar dem Lymphstrom entgegen handelte.

Verf. hat in der Litteratur keinen entsprechenden Fall gefunden. Bei einer Reihe ähnlicher Fälle deutscher Autoren fehlte der unverletzte Schleimhautüberzug; auch breiteten sich die Metastasen nicht von der Tiefe gegen die Oberfläche, sondern in umgekehrter Richtung aus.

Es folgt nun die Beschreibung der von der Scheide aus vorgenommenen Totalexstirpation der Gebärmutter, so wie der Entfernung der beiden Knoten, deren mikroskopische Untersuchung ihre völlige Übereinstimmung mit der Gebärmuttergeschwulst ergibt (4 Abbildungen). Der Wundverlauf war ein ungestörter, die Pat. nach mehreren Monaten recidivfrei. W. Schultz (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

VON

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9.

Sonnabend, den 6. März.

1897.

Inhalt: Zehnder, Über Schenkelhalsverbiegung. (Originalmittheilung.)

1) **Babes** und **Proca**, Tuberkelbacillenwirkung. — 2) **Koch** und **Petruschky**, Erysipel-impfungen. — 3) **Thorn**, Ganglien. — 4) **Schjerner** und **Kranzfelder**, Skiaskopie. — 5) **Costa**, 6) **Mehler**, Lokalanästhesie. — 7) **Wachsmann**, Heftklammern. — 8) **Ehrmann**, Nerven-naht. — 9) **Oppenheim**, Hirnabscess. — 10) **Gajkiewicz**, Trepanation bei Idiotismus. — 11) **Proobraschensky**, Fremdkörper im Ohr. — 12) **Jonnesco** und **Juvara**, Resektion am N. trigeminus. — 13) **Schmidt**, Unregelmäßigkeiten der Nasenscheidewand. — 14) **Ribary**, Rhinitis sicca. — 15) **Hajek**, Veränderungen der Siebbeinknochen. — 16) **Finder**, Nasengeschwülste. — 17) **Krebs**, Punktion der Kieferhöhle. — 18) **Dzierzawski**, Enkain in der Zahnheilkunde. — 19) **Zaudy**, Tuberkulose der Alveolarfortsätze. — 20) **Polyák**, Glossitis superficialis.

Loewy, Nabelbruchband. — Derselbe, Leistenbruchband. (Originalmittheilungen.)

21) **Brunner**, Serumbehandlung bösartiger Geschwülste. — 22) **Biegański** und **Wrzesniowski**, Chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. — 23) **Finke**, Trepanation bei epileptiformen Krämpfen. — 24) **Stieglitz**, **Gerster** und **Lillenthal**, Hirngeschwülste. — 25) **Ostmann**, Ohrleiden. — 26) **Steinbrügge**, Cholesteatom des Schläfenbeines. — 27) **Urquhart**, 28) **Sheppard**, Mastoiditis und Diabetes. — 29) **Schmiegelow**, Osteomyelitis des Oberkiefers. — 30) **Gibelli**, Oberkieferosteom. — 31) **Réthi**, Nasenoperationen. — 32) **Fahrenbach**, Hasenscharten. — 33) **Srebrny**, Sykose der Oberlippe. — 34) **Laforge**, Parotitis. — 35) **Pluder** und **Fischer**, Tuberkulose der Rachenmandelhyperplasie.

Über Schenkelhalsverbiegung.

Von

Dr. Zehnder in Passau,
Arzt für Chirurgie.

Erst seit Hofmeister's Arbeit hat die auch schon früher von Müller, Rotter, Lauenstein und Schultz-Hoffa beschriebene Verkrümmung des Schenkelhalses wohl allgemeinere Beachtung deshalb gefunden, weil aus ihr hervorging, dass man es hier mit einem Leiden zu thun habe, welches gar nicht so selten zu finden ist, wie denn auch Schede aus seiner reichen chirurgischen Erfahrung sofort im Anschluss an den von Hofmeister auf dem Chirurgenkongress des Jahres 1894 gehaltenen Vortrag die Bemerkung knüpfte, dass ihm verschiedentlich solche Fälle wie die beschriebenen schon

vorgekommen seien. Der Reihe bis jetzt veröffentlichter Fälle möchte ich 6 neue hinzufügen, von denen der erste das Leiden in sehr weit gediehener Entwicklung bei einem 42jährigen Manne zeigt (*Coxa vara adolesc.*), die anderen 5 aber zusammen der Gruppe der *Coxa vara infantum* angehören. Wenn es richtig ist, dass man berechtigt ist, die *Coxa vara* in Parallele mit dem *Genu valgum* zu stellen, was wir hier, auf die Litteratur verweisend, nicht näher untersuchen wollen, so besteht die Aufgabe, auch im Kindesalter nach entsprechenden Fällen zu suchen, wie dies mit Erfolg schon Lauenstein gelungen ist. Auffallend ist, dass Hofmeister, der in so ausgezeichnete Weise der Krankheit nachgeforscht, bei seinen sämtlichen Fällen keine *Coxa vara infantum* beschrieben hat.

I. L. Bauer, 42jähriger Bauer aus Kühbach bei Perlesreut, hat angeblich im 1. Lebensjahre die Gliederkrankheit durchgemacht. Die Folge davon soll die falsche Stellung der Ellbogengelenke sein. Auch an Blattern erkrankte Pat. in seiner Kindheit. Bis zum 16. Lebensjahre konnte er in normaler Weise gehen. Von da ab fing die rechte Hüfte zu schmerzen an, namentlich während des Winters,



Coxa vara lat. utriusque, praecipue dextr.

ohne dass äußerlich etwas Besonderes zu sehen gewesen sein soll. Pat. konnte dabei gehen. Etwa 1 Jahr später fing er zu hinken an. Das Hinken aber war bis zum 20. Jahre geringfügig, so dass bei der Musterung gar nichts von dem Leiden bemerkt worden sein soll. Er wurde wegen des Ellbogengelenkleidens frei. In den 20er Jahren hatte Pat. wenig Schmerzen in der Hüfte, während das Hinken sowohl wie die Verkürzung immer auffallender wurden. Erst in den letzten 7 Jahren sind manchmal sehr große Schmerzen eingetreten, namentlich hatte Pat. in den letzten 3 Jahren im Winter große Schmerzen. Dabei nahm in diesen letzten Jahren die Verkürzung sehr zu, und entfällt die Hälfte der gesamten Verkürzung auf diesen Zeitraum. Die Behandlung bestand in Einreibungen und sonstigen unschuldigen Mitteln.

Status praesens: Sehr kräftig und muskulös gebauter Mann mit gesunden inneren Organen. Was vorerst die beiden Ellbogengelenke betrifft, so ist beiderseits der Zustand wenig verschieden. Das Radiusköpfchen hat die Gelenkver-

bindung mit dem Condyl. externus verlassen und steht zwischen Condyl. extern. und intern. weit nach hinten vor. Eine Delle ist an ihm deutlich zu fühlen. Der Rand der Gelenkfläche ist gewulstet. Durch das lateralwärts luxirte Radiusköpfchen ist das Olekranon gegen den Condyl. int. gedrängt und nicht mehr in der Mitte zwischen beiden Kondylen befindlich. Bei Bewegung beider Ellbogen ist Reibungsgeräusch bemerkbar. Streckung ist rechts bloß bis zum stumpfen

beträgt links 45°, rechts nahe 30°. Die Länge beider Beine ist um 1 cm verschieden. Die Flexion ist beiderseits gut möglich. Rotation nach außen fast vollkommen behindert, Rotation nach innen möglich. Abduktion ist rechts unmöglich, links in geringem Umfange ausführbar. Adduktion vorhanden beiderseits. Länge beider Beine vom Trochanter bis Mall. ext. gleich. Entfernung von Sp. ant. sup. bis Mall. ext. rechts um 1 cm. kürzer als links. Der rechte Trochanter steht 5 cm, der linke Trochanter 4 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie. Die beiden Trochanter treten sehr deutlich hervor. Die Gesäßgegend ist beiderseits stark abgeflacht, der Gang ist watschelnd, an der Lendenwirbelsäule eine Lordose vorhanden. — Operation in Narkose. Mai 1895. Da eine Luxat. congenita das Nächstliegende war, so wird eine Operation nach Lorenz beabsichtigt, nach vorausgegangener 14tägiger Extensionsbehandlung. Bei dem Längsschnitt an der Vorderseite des Gelenks wird aber nach Eröffnung der Gelenkkapsel ein normaler Kopf in normaler Pfanne vorliegend gefunden. Daher Beschränkung der operativen Maßnahmen auf Durchtrennung der kontrahierten Adduktoren beiderseits in mehreren Akten unter Weiterführung der Streckungsbehandlung. — Entlassung aus Privatklinik nach 2½ Monaten. Juli 1895. Etwa derselbe Zustand wie bei Entlassung August 1896. Beim Gehen wirft Pat. den Körper rechts und links, jedoch lange nicht mehr in dem Grade wie vor der Operation. Beim Stehen vermag er die Füße lange Zeit ohne Ermüdung 10 cm aus einander zu halten; bei 25 cm betragender Krätschung ermüdet er sehr bald. Gleichzeitig stellt er die Knie zur Ausgleichung der Beugung im Hüftgelenk in geringste Flexion. Bei passiver Geradehaltung in den Knien wird das Becken etwas vornüber geneigt. Er vermag lange Zeit ohne Stock zu gehen und macht mit 1 Stock Wege von ¾ Stunden. Eltern und Pat. sind sehr zufrieden mit dem erreichten Resultat.

III. J. Reiter, 12 Jahre alt, aus Ortenburg, Postbotenkind. Erster Befund März 1896. Letzter Befund vom 22. September 1896: Coxa vara. Der Vater des Pat. starb neuerdings an Lungenschwindsucht, eben so leidet eine Schwester an Schwindsucht. Pat. selbst war stets gesund, hat nie gehustet. Seitdem Pat. das Gehen gelernt hat, wurde von der Mutter bemerkt, dass er hinkte. Angewendet wurde jedoch nichts. Erst März vor. Jahres wurde ich das erste Mal zu Rathe gezogen, weil damals das Hinken deutlicher war, und die Spitzfußstellung ausgeprägter wurde. — Status damals wie heute. Gesund aussehender Knabe mit normalen inneren Organen. Die Rippenknorpel sind etwas dicker als normal, sonst aber ist kein Zeichen von abgelaufener Rachitis wahrzunehmen. Lymphdrüsen nirgends geschwollen. Entfernung von rechter Sp. ant. super. bis Malleol. ext. = 59 cm. Entfernung von linker Sp. a. s. bis linkem Mall. ext. = 61 cm. Entfernung von rechtem Trochanter bis Mall. ext. = 56½ cm. Entfernung von linkem Trochanter bis Mall. ext. = 56½ cm. Also 2 cm reelle Verkürzung. Der rechte Trochanter steht um 2 cm höher als der linke oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie und tritt schon bei Besichtigung deutlich gegenüber dem linken hervor. Bei Parallelagerung der Beine in horizontaler Rückenlage werden die beiden Fußspitzen gerade nach oben gehalten. Bei Spreizung der Beine beträgt die Entfernung des rechten Fußrandes von der Perpendikularen 22 cm, des linken 32 cm. Rotation nach außen nicht ganz so weit rechts wie links möglich. Rotation nach innen beiderseits ungefähr gleichwerthig, jedoch werden die Bewegungen des rechten Beines lange nicht so glatt ausgeführt wie links. Flexion und Adduktion unbehindert. Beim Gehen leichtes Hinken, manchen Tag stärker bemerkbar. Knien gut möglich. Diagnose: Coxa vara. Therapie: Massage.

IV. A. Bangraz, 4½ Jahre alt, Bauerssohn aus Bischofsreut. 1. Konsultation am 2. April, 2. Konsultation 24. Juni 96. Der Bruder des Pat. ist mit einem fehlenden und einem unentwickelten Arme geboren. Pat. ist stets gesund gewesen, bis vor 2 Jahren Schmerzen in der rechten Hüfte eintraten, welche aber auf Einreibungen in 3 Wochen verschwunden sein sollen. Während dieser 3 Wochen lag Pat. zu Bette. Er konnte darauf wieder gehen; allein vor etwa 1½ Jahren fiel auf, dass er hinkte. Von da an verschlimmerte sich der Zustand allmählich. — Status

praesens: Schwächlicher Junge. Auf Rachitis kann nur eine übrigens unbedeutende Verdickung der Rippenknorpel besogen werden. Der rechte Trochanter steht nahezu 2 cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie. Entfernung von Spina ant. sup. bis Malleol. extern. rechts beträgt 2 cm weniger als links, rechts 51 cm, links 53 cm. Entfernung von Trochanter bis Malleol. ext. beiderseits gleich. Daher reelle Verkürzung von 2 cm vorhanden. — Flexion unbeschränkt. Abduktion rechts um 3 cm weniger groß als links, gemessen an der Entfernung der Fußränder von der Perpendikularen. Rotation nach außen ist rechts so weit möglich, dass die große Zehe nach hinten von der Frontalebene des Beines zu liegen kommt, während links der Fuß bloß bis zu einem Winkel von 45° mit der Sagittalebene gedreht werden kann. Bei größter Rotation nach innen bildet der rechte Fuß einen Winkel von 20° , der linke Fuß einen Winkel von 80° mit der Sagittalebene. Flexion und Adduktion ausführbar. — Am 26. November 1896 stellte sich Pat. wieder vor. Sowohl nach den Angaben der Angehörigen als nach dem Befund hat sich der Zustand gebessert. Es wird um 2 cm erhöhte Sohle verordnet.

V. T. Haller, 9 Jahre alt. In Behandlung gekommen seit März 1896. 3mal untersucht, zuletzt am 26. September 1896. Pat. stammt von gesunden Eltern und hat gesunde Geschwister. Sie selbst war nie ernstlich krank. Erst seit 3 Jahren wird eine Störung beim Gehen bemerkt. Eine geringe Verdickung der Rippenknorpel weist auf abgelaufene Rachitis hin.

Status praesens: Sehr gut genährtes Mädchen mit gesunden inneren Organen. — Entfernung von Spina ant. s. bis Mall. ext. links = 64 cm. Entfernung von Sp. ant. s. bis Mall. ext. rechts = 61 cm. Entfernung von Trochanter bis Malleol. ext. rechts = 59 cm, links = 59 cm. Der rechte Trochanter liegt 3 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie. Der linke Trochanter liegt in der Roser-Nélaton'schen Linie. Die lateral von den Gesäßmuskeln gelegene Vertiefung ist rechts flacher geworden durch das Hervortreten des rechten Trochanter. Die Beugung ist beiderseits gleich gut möglich. Rotation nach außen und innen ist im gleichen Umfange rechts wie links ausführbar, jedoch etwas weniger glatt rechts. Bei stärkster Spreizstellung rechter Malleol. 21 cm, linker Malleol. 41 cm von der Perpendikularen entfernt. Leichtes Hinüberwerfen des Körpers nach rechts beim Gehen bemerkbar. Therapie: Massage.

VI. M. Antlitz aus Dettelbach, Schneiderkind. In der Familie sind tuberkulöse Krankheiten noch nicht vorgekommen. Juni 1887 begann das Kind zu hinken, nachdem es vorher ganz gesund gewesen war. Etwa nach 14 Tagen wurde ich gerufen und stellte wegen der großen Empfindlichkeit der Hüfte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Coxitis. Da Streckverband nicht geduldet wurde, so wurde alsbald ein Gipsverband angelegt. Dieser blieb 4 Wochen lang liegen. Darauf Streckverband 18 Wochen lang. Nach Abnahme desselben kam Pat. aus meiner Beobachtung. Sie war das ganze darauf folgende Jahr bettlägerig. Während dieses Jahres trat einmal eine hühnereigroße Geschwulst der Schenkelbeuge auf, welche nach $\frac{1}{2}$ Jahr verschwand, ohne aufzubrechen. Beim Betasten des Beines äußerte Pat. damals lebhaftes Schmerzen. Nachdem sie das Bett verlassen hatte, musste sie monatelang getragen und gefahren werden. Pat. sah damals sehr schlecht aus. Darauf ging sie 1 Jahr lang an 2 Krücken, später gewöhnte sie sich an einen Stock.

Status praesens: Schmächtiges hochaufgeschossenes Mädchen. Spuren von abgelaufener Rachitis nirgends wahrzunehmen. Lymphdrüsen nicht geschwollen.

Entfernung von Spina ant. sup. bis Mall. ext. rechts 81 cm

„ „ „ „ „ links 75 „

„ „ Trochanter „ Malleol. „ rechts 79 „

„ „ „ „ „ links 79 „

Stand des linken Trochanters über der Roser-Nélaton'schen Linie 6 cm.

Linkes Bein ist in der Ernährung zurückgeblieben. Flexion hat gelitten: sie ist bloß bis zu einem Winkel von 75° möglich. Das linke Bein steht in Adduktion und zugleich Rotation nach innen. Bei Parallellagerung beider Beine steht die

Spina ant. super. d. nahe 2 cm höher als die linke. Rotation nach außen in geringem Grade, nach innen in höherem Grade möglich. Bei Bewegungen der Hüfte geht das Becken mit, Abduktion ist in sehr geringem Umfang, weit leichter die Adduktion möglich.

Was zunächst die Ätiologie der in Obigem beschriebenen Fälle anlangt, so wurde bei allen als nach dem nächst liegenden ursächlichen Moment, nach dem Vorhandensein rachitischer Symptome gesucht. Das Resultat war nur in den Fällen IV und V ein positives, aber auch hier nicht sehr prägnant, in so fern nur geringe Verdickung der Rippenknorpel zu konstatiren war. Nach den bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen von Coxa vara adolesc. hat Leusser eine sehr ausgesprochene und in der Familie des Pat. häufige rachitische Erkrankung nachweisen können, eben so Lauenstein. In der überwiegenden Mehrzahl der Pat. Hofmeister's aber war von Rachitis keine Rede. Köcher ist vielmehr geneigt, ohne zwingende Gründe hierfür anzuführen, einen osteomalakischen Vorgang anzunehmen. Er erwähnt die Einsprengung von Knorpelinseln in die Epiphysenlinie als den einzigen an Rachitis mahnenden Befund. Auch Hoffa hat keine charakteristischen Erscheinungen von Rachitis beobachtet, ist aber trotzdem geneigt, eine lokalisirte Rachitis in Analogie der sonstigen Beobachtungen zu befürworten. Es ist daher zur Zeit, bevor eine größere Reihe von Präparaten vorliegt, die Frage der Ätiologie noch nicht als gelöst zu betrachten. Jedoch kann man den Eindruck aus der Gesamtheit der Erfahrungen nicht von sich weisen, dass — wie bei Genu valgum — abnorme Belastung eines (durch Spätrachitis) weichen Knochens auch hier ausschlaggebend sei. Im 16. Lebensjahre begannen bei unserem Pat. die Beschwerden; ausdrücklich wird allerdings eben so wenig eine stärkere Belastung angegeben wie bei den Rotter'schen und Hofmeister'schen Fällen.

Die Fälle II—VI betreffen Kinder. Auffallend spärlich sind die Litteraturberichte hierüber, obwohl nach Analogie des zum Vergleich und gewissermaßen zur Erklärung herangezogenen Genu valgum nicht selten Beobachtungen zu erwarten wären. Ich glaube entschieden, dass bei größerer Aufmerksamkeit hierauf sich Beobachtungen in größerer Menge machen lassen. Meine Beobachtungen erstrecken sich auf 2 Jahre, mit Ausnahme des Falles Antlitz, der wegen seiner Prägnanz als unerklärlich früher meine Aufmerksamkeit auf sich zog, bis ich durch die Veröffentlichungen der letzten Jahre eine Erklärung fand. — Bei den im Kindesalter auftretenden Schenkelhalsverbiegungen dürfte besonders nach den Lauenstein'schen Beobachtungen mit größerer Bestimmtheit Rachitis als Ursache vermuthet werden. Lauenstein hat pathologisch-anatomisch zweifellos Rachitis nachgewiesen. In 2 von 5 Fällen sind auch in unseren Krankengeschichten Andeutungen von in Heilung begriffener oder ausgeheilter Rachitis in den Verdickungen der Rippenknorpel nicht zu verkennen. Ob wir aber allgemein Rachitis auch bei kindlicher Schenkelhals-

verbiegung annehmen dürfen, ist fraglich. Es ist in dieser Beziehung besonders auf Fall Antlitz zu verweisen; der wie ein entzündlicher Process einsetzte.

Zur pathologischen Anatomie kann leider kein Beitrag geliefert werden, und es muss deshalb an die bisher von Hoffa und Kocher gewonnenen Präparate angeknüpft werden. Übereinstimmend wurde bei den genauer beschriebenen Präparaten von Beiden eine Abknickung des Schenkelhalses nach unten und nach hinten, mit dem Scheitel des Knickungswinkels nach vorn gefunden; bei Müller wird nur von einer Knickung nach abwärts, bei Lauenstein von Verkleinerung des Schenkelhalswinkels gesprochen. Hoffa, Lauenstein und Müller fanden bezüglich der Knochenstruktur eine Verdickung des Adam'schen Bogens und eine Veränderung der Lage der Knochenbälkchen in dem Sinne, dass der obere Theil des Schenkelkopfes und fast der ganze Hals ein dichteres Knochengewebe zeigen, weil unter größerem Druck durch Verlagerung des Schwerpunktes, während der unter geringerem Druck stehende innere Theil des Schenkelkopfes eine lockere Struktur zeigt.

Auf die Verbiegung des Schenkelkopfes nach abwärts wird plausiblerweise von Hofmeister das Vorhandensein der Abduktionshemmung, die bei allen unseren Fällen, auch in den frühen Stadien der Fälle Bangraz, Haller, Reiter und Antlitz zu konstatiren war, zurückgeführt.

Die in den ausgebildeten Fällen fast aller Beobachter aus der späteren Jugendzeit notirte Rotation nach außen führt Hofmeister darauf zurück, dass schon bei Geradstand des Beines die für die Innenrotation verfügbare Gelenkfläche durch die Knickung des Schenkelhalses mit dem Scheitel des Knickungswinkels nach vorn verbraucht sei. Es erklärt sich aus diesem Umstande, im Hinblick auf die Lauenstein'schen Beobachtungen, der nur von Verkleinerung des Schenkelhalswinkels spricht, dass bei unseren kindlichen Individuen, wie Bangraz und Haller, die Abweichung noch nicht sehr ausgeprägt, bei Reiter gar nicht hervortritt.

Bei 2 Pat., Antlitz und Hubner, ist Rotation nach innen vorhanden. Auch Hofmeister verfügt über Beobachtungen mit Rotation nach innen. Hubner würde unbedenklich als kongenitale Luxation aufgefasst worden sein, wenn nicht die Operation mich eines Anderen belehrt hätte; ich nehme, besonders da auch anderweitige Beobachtungen (Kredel, Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 42) über angeborene Schenkelhalsverbiegung gemacht wurden, an, dass bei Hubner die Verbiegung kongenitalen Ursprungs ist. Haben ja die Lorenz'schen Untersuchungen über die kongenitale Luxation eine sehr große Mannigfaltigkeit der Veränderungen an Kopf und Hals zu Tage gefördert, so dass auch für angeborene Schenkelhalsverbiegungen variable Verhältnisse angenommen werden mögen. Es ist also nach Obigem als hervortretendes Symptom der Hochstand des Trochanters und die Abduktionsbeschränkung, als weiteres die

Rotation nach außen oder wenigstens die Einschränkung des Umfangs der Rotation anzusehen.

Bevor eine größere Reihe von anatomischen Präparaten zur Verfügung steht, müssen wir vorläufig Resultate erhoffen vermittels der Röntgen'schen Strahlen, wozu am Hüftgelenk nach verschiedenen Mittheilungen Aussicht eröffnet zu sein scheint.

Was die Therapie betrifft, so wurde im Falle Bauer die Resektion abgelehnt; im Falle Hubner dürfte die Osteot. subtrochanterica zu besserem Resultate am Platze sein, doch begnügen sich die Eltern mit dem bis jetzt durch Weichtheildurchschneidung erreichten Erfolg. Auch bei Antlitz wurde Osteot. subtrochant. vorgeschlagen. Ghillini hat neuerdings künstlich durch Verletzungen des Hüftgelenkknorpels Genu valgum und varum und Coxa vara erzeugt, Genu valgum durch Verletzung an der lateralen, Genu var. durch Verletzung an der medialen Seite des Gelenkes. Nähere Angaben über seine Hüftgelenksverletzung hat er nicht gemacht, auch hat er Adduktion und Rotation nach innen, also den weit selteneren Befund bei den in der Litteratur verzeichneten Fällen von Coxa vara, konstatiert. Immerhin sind seine Versuche interessant, um eventuell mit Rücksicht auf die Therapie wiederholt zu werden. Bei Anfangsstadien des Leidens ist Massage in Verbindung mit Gymnastik am Platze.

1) **V. Babes** und **G. Proca.** Untersuchungen über die Wirkung der Tuberkelbacillen und über gegenwirkende Substanzen.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXIII. Hft. 3.)

Während gesunde Thiere nach Koch etwa die 10fache Menge der für tuberkulöse Thiere tödlichen Dosen Tuberkulin vertragen, kann eine starke Empfindlichkeit gegen Tuberkulin durch Einbringen von todtten Tuberkelbacillen in den Organismus derselben hervorgerufen werden. Doch nicht nur letzteres, sondern eine wiederholte Einführung von todtten Tuberkelbacillen ist im Stande, bei Thieren die Tuberkulinreaktion hervorzurufen, vorausgesetzt, dass dieselben mehrere Tage vorher bereits mit todtten Tuberkelbacillen inoculirt wurden. Die lokalen Veränderungen, welche durch Injektion todtter Bacillen entstehen, werden günstig beeinflusst und geheilt unter dem Einfluss von Tuberkulininjektionen, so wie von wiederholter Injektion todtter Bacillen. Es soll sich dabei das Tuberkulin im Organismus und durch denselben in eine Modifikation umsetzen, welche auf gewisse im Inneren der Bacillen und auch in der Umgebung derselben — also im tuberkulösen Gewebe — befindliche Substanzen eine fermentative Wirkung ausübt. In Folge derselben entstehen dann leicht lösliche diffusible Stoffe, welche die spezifische Allgemeinreaktion und vielleicht auch die lokalen Erscheinungen auslösen und so eine heilsame Wirkung ausüben. Diese wirksame Substanz wird

nun nach B. und P. viel leichter aus den todtten als aus den lebenden Bacillenleibern in Freiheit gesetzt. Zwar treten in Folge der Tuberkulinwirkung reichlich todtte Bacillen und deren Produkte auf, doch wird die Vermehrung der Tuberkelbacillen durch das Tuberkulin nicht absolut aufgehoben.

Die todtten Bacillen sind deshalb wirksamer als die lebenden, weil erst in dem absterbenden Bacillenleib sich die schädlichen Substanzen bilden. Es sind erstens in den ersten 14 Tagen nach der subkutanen Injektion trotz der Vermehrung der Tuberkelbacillen die lokalen so wie allgemeinen Vergiftungserscheinungen minimal, erst später, wenn zahlreiche Bacillen abgestorben und zerstört sind, werden die Vergiftungserscheinungen schwer und tödlich; zweitens wird aus lebensfrischen Kulturen nur wenig Toxin, aus abgetödteten oder lebensschwachen Kulturen sehr viel mehr gewonnen.

Bei Thieren, denen durch todtte Bacillen hervorgerufene Abscesse entleert wurden, wirkt Tuberkulin schwächer als bei nicht operirten Versuchsthiere. Von weiterem Interesse ist die Thatsache, dass die Disseminirung tuberkulöser Gewebe durch Tuberkulin bei Thieren, welche auf der positiv chemotaktischen Wirkung der aus den Bacillen frei werdenden Substanzen und Verschleppung durch Wanderzellen beruht, keineswegs eine größere Vitalität des Bacillus einschließt. Es fanden sich ähnliche metastatische Tuberkel auch nach der Tuberkulineinwirkung auf Gewebe, welche durch todtte Bacillen erzeugt waren.

Im letzten Theile unterziehen die Verff. die Wirkung des von ihnen selbst und von anderen Autoren dargestellten antituberkulösen Serums an Thieren einer näheren Betrachtung. Diese sowohl als auch die erzielten angeblichen Erfolge am Menschen sind jedoch zu problematisch und beruhen auf zu unsicheren Voraussetzungen, als dass sie einer gesonderten Besprechung zu würdigen wären.

Wenngleich die Arbeit viel Hypothesen und viele nicht zweifellos bewiesene Behauptungen neben manchen Unklarheiten enthält, so mag das Studium derselben doch Jedwedem, der sich für die darin aufgeworfenen Fragen des Näheren interessirt, empfohlen sein.

W. Hübener (Breslau).

2) **R. Koch** und **J. Petruschky**. Beobachtungen über Erysipelimpfungen am Menschen.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXIII. Hft. 3.)

Die auf Veranlassung und unter der Kontrolle K.'s angestellten Versuche behandeln hauptsächlich die Frage, ob den Erysipelimpfungen an Carcinomkranken ein erheblicherer therapeutischer Werth beizumessen ist. Daneben konnte wiederum die Frage nach der Specificität des Erysipelstreptococcus gegenüber dem Streptococcus der Eiterung im Sinne der Unität entschieden werden (s. d. Ref. in Nr. 50 Jahrgang 1896 dieser Zeitschrift).

Es stellte sich ferner heraus, dass die für Kaninchen zu höchster Virulenz herangezuchteten Streptokokken für Menschen absolut wirkungslos waren, selbst in Dosen, welche die für Kaninchen sicher tödlichen um das Millionenfache übertrafen. Da Marmorek und Aronson zur Herstellung ihres Antistreptokokkenserums sich ausschließlich derartigen an sich höchst virulenten Streptococcus bedienen, so glaubten die Verff. nach ihren Beobachtungen schon hierin einen Grund für die Unwirksamkeit eines solchen Serums zu erblicken und verneinen das Bestehen einer derartigen »Virulenz an sich«. Gerade die »relative Virulenz« ist nach P. eine für den Streptococcus besonders charakteristische Eigenheit.

Die Erysipelimpfungen bei carcinomkranken Menschen, die als subkutane Injektionen oder als »Kritzelimpfungen« von 24stündiger Bouillonkultur oder Aufschwemmung gleichaltriger Agarkulturen in je 10 ccm Bouillon vorgenommen wurden, waren entweder erfolglos (es kam nicht zum Ausbruch eines Erysipels) oder von nur geringem Werth. In einem Falle (nicht ulcerirtes Mammarecidiv) wurde zwar ein äußerlich sichtbarer Fortschritt der Erkrankung während der Dauer der Impfung nicht beobachtet, »im Gegentheil wurden sämtliche fühlbaren Knoten flacher und etwas weicher; völlig verschwunden ist jedoch kein einziger der vorhandenen Carcinomknoten trotz des 11maligen Überstehens von Erysipel, wobei der Kräftezustand der Pat. im Ganzen entschieden zurückging«. Speciell wird hervorgehoben, dass die Einwilligung zur Erysipelimpfung von allen Pat. ausdrücklich eingeholt wurde.

Interessant ist eine Beobachtung an einer Leprakranken, die trotz mehrfacher Kritzelimpfungen nie ein Erysipel bekam, wohl aber kleine, den Vaccinepusteln äußerst ähnliche Pusteln von serös-eitrigem Inhalt, der Streptokokken in Reinkultur enthielt. 5 Tage nach der letzten erfolglosen Impfung entwickelte sich an anderem Orte (Knie) von einem anscheinend durch Kratzen entstandenen Hautdefekt aus ein spontanes Erysipel mit einem Temperaturmaximum von 40,2 und einer Dauer von 7 Tagen.

Die Verff. gelangen zu folgenden Ergebnissen:

1) Die durch Kaninchenpassagen zu maximaler Virulenz für diese Thiere angezüchteten Streptokokken sind gegenüber dem Menschen selbst in großen Dosen unwirksam.

2) Die von menschlichem Erysipel gewonnenen Streptokokken sind nicht immer geeignet, bei anderen Menschen wieder Erysipel zu erzeugen.

3) Erysipel beim Menschen kann durch kutane Verimpfung auch solcher Streptokokken erzeugt werden, die von reinen Eiterungsprocessen (z. B. Peritonitis) stammen.

4) Verschiedene Menschen verhalten sich gegenüber demselben Streptococcus durchaus verschieden. Welcher Streptococcus sich für einen bestimmten Menschen zur Erzeugung von Erysipel eignet, muss durch Versuch in jedem Einzelfalle festgestellt werden.

5) Eine aktive Immunität gegen Streptokokkeninfektion wird durch mehrfaches Überstehen leichter Erysipale nicht erworben.

6) Eine passive Immunität durch Vorbehandlung mit den bisher bekannten Antistreptokokkenserumproben ist nicht möglich gewesen.

7) Ein therapeutischer Einfluss mehrfacher Streptokokkeninfektionen auf den Verlauf des Carcinoms kann nicht geleugnet werden, doch ist derselbe im Verhältnis zu dem eintretenden Rückgang der Körperkräfte zu gering, um eine völlige Heilung eines Carcinoms durch Erysipelimpfungen hoffen zu lassen. **W. Hübener** (Breslau).

3) **J. Thorn.** Über die Entstehung der Ganglien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 3.)

T. hat — wie Ledderhose und Ritschl — an den Ganglien degenerative Vorgänge beobachtet, welche die Ansicht ihrer Entstehung aus solchen Processen im paraartikulären Gewebe bestätigen. Er giebt an der Hand von Abbildungen mikroskopischer Schnitte genaue Schilderung seiner Präparate und glaubt, dass namentlich eine obliterirende Endarteriitis zur Ganglienbildung in kausaler Beziehung steht. Die Ursachen der Zellproliferation der Gefäßwand sind nicht sicher bekannt; Trauma spielt wohl eine Rolle. Impfversuche mit Ganglienhalt blieben resultatlos. Das Handgelenk, an dem die Ganglien am häufigsten vorkommen, ist Zerrungen, Dehnungen etc. ja vielfach ausgesetzt. Die Degenerationsvorgänge stehen nach Ansicht des Verf. still, wenn die durch Gefäßverschlüsse bedingten Kreislaufstörungen durch Neubildung von Kollateralen aufgehoben sind. Kommunikation der Ganglien mit präformirten Hohlräumen kann stattfinden, wenn ein Degenerationsherd in dieselben durchbricht. Auch die Höhlung oft vorhandener Stiele erklärt er durch Erweichungsvorgänge. T. besitzt ein Präparat, an welchem 1 cm einer Sehne durch ein Ganglion ersetzt war und hält dies für bedeutsam für die Ansichten von Ganglienbildung durch Degenerationsprocesse.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

4) **Schjerning** und **Kranzfelder.** Zum jetzigen Stand der Frage nach der Verwerthbarkeit der Röntgen'schen Strahlen für medicinische Zwecke.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 34.)

Die Arbeit bildet eine Ergänzung und Erweiterung der in No. 14 d. Jahrgangs 1896 der Deutschen med. Wochenschrift veröffentlichten.

Die Verff. erwähnen zunächst die bedeutenden Verbesserungen, welche in technischer Beziehung bei den Röhren erreicht worden sind. Es giebt nach ihren Erfahrungen für gute auf 15 bis 20 cm Funkenlänge berechnete Röhren keinen für X-Strahlen nicht auch durchgängigen sagittalen Brust- und Bauchdurchmesser mehr; das gleiche gilt von der Schädelkapsel, nicht aber von den transversalen Durchleuchtungen des Rumpfes.

*

Einer Verstärkung der Intensität der X-Strahlen ist eine beträchtlich abgekürzte Expositionszeit gegen früher zu verdanken.

Verff. weisen dann auf die Fortschritte der allgemeinen Anwendung des fluorescirenden Schirmes hin, ferner auf die Resultate, die hinsichtlich der Durchleuchtung der einzelnen Organe im Inneren des Körpers erreicht sind. Ein pleuritiches Exsudat kann durch dunklere Schattirung gegenüber dem lichten Lungenbilde erkannt werden; die Durchstrahlung der nicht vergrößerten Niere ist dagegen noch nicht gelungen.

Von chirurgischem Interesse ist besonders die Möglichkeit, die Bewegungen der Knochen in dem Gelenke, des Kehlkopfes, des Zungenbeines deutlich zu sehen. Verkalkte Stellen in tuberkulösen Lungen werden als dunklere Flecken sichtbar. Dagegen sei man in der Deutung dunkler Flecken in der Gefäßwand als arteriosklerotischer Stellen vorsichtig. Durch Eiter und Geschwulstbildungen ersetzte Stellen des Knochengewebes können sichtbar gemacht werden.

Verff. sind der Ansicht, dass die Verwerthung der Röntgen'schen Strahlen als medicinisch-diagnostisches Hilfsmittel stets eine beschränkte sein wird. Dagegen ist sie wichtig für den Nachweis von Fremdkörpern, so wie bei gewissen Frakturen und Luxationen, bei rachitischen, syphilitischen und anderen Knochenerkrankungen.

Besonders der Nachweis von Geschossen in der Schädelhöhle hat Fortschritte gemacht.

Für die Lokalisation von Geschossen in der Wirbelsäule durch die Skiagraphie ist die möglichste Annäherung der Wirbelsäule an die Platte geboten. Damit Fremdkörper in den Gewebsschatten des Rumpfes als solche erkennbar werden, ist eine gewisse Minimalgröße erforderlich, die um so größer sein muss, je länger die summarisch durchleuchtete Strecke, und je weiter der Fremdkörper von der Platte abgelegen ist.

Zum Schlusse ihrer auch für den Chirurgen sehr lesenswerthen Ausführungen betonen die Verff., dass fluorescirender Schirm und photographisches Bild sich hinsichtlich ihrer Wichtigkeit für medicinische Zwecke gegenseitig ergänzen; beide sind allerdings noch der Verbesserung bedürftig.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

5) **Tito Costa.** »Über ein neues Verfahren bei Anwendung der lokalen Cocainanästhesie«.

(Mittheilung vom 2. Ligur. Ärztekongress in S. Remo April 1896.)

Die lokale Cocainanästhesirung bringt, zumal bei etwas größeren Operationen, zwei schwere Übelstände mit sich: 1) Die relativ hohe Dosis des Alkaloids, und damit die Möglichkeit der Giftwirkung, 2) die Nothwendigkeit, jedes Mal erst eine gewisse Zeit zu warten, bis das Cocain seine Wirkung auf die Gewebe entfaltet hat. Diesen beiden Übelständen sucht Verf. dadurch zu begegnen, dass er Cocainlösungen von hoher Temperatur (50—55° C.) in Anwendung bringt. Dieselben sollen sich vor den kalten Lösungen dadurch auszeichnen,

dass sie schon in geringerer Konzentration (0,4—0,5%) wirksam sind, weniger giftig wirken, und dass die Anästhesie sofort nach der Injektion eintritt. Zum Beweise führt Verf. einen Fall an, in welchem er die beiden Methoden der Anästhesirung anwandte. Es handelte sich um einen doppelseitigen Leistenbruch, der in einer Sitzung radikal operiert wurde.

Links handelte es sich um einen Netzbruch. Anwendung warmer Cocaïnlösung (50—55° C.). Verbrauch von 3,5 cg Cocaïn. Über 150 g Netz wurden resecirt, ein großer Bruchsack extirpiert; Pat. äußert nicht den geringsten Schmerz. Rechts war ein Blinddarmsbruch; Anwendung kalter Cocaïnlösung. Pat. empfand schon während des Hautschnitts Schmerzen. Es mussten 5,5 cg Cocaïn verbraucht werden; trotzdem keine genügende Anästhesie.

Um die Cocaïnlösungen auf bestimmter Temperaturhöhe (50 bis 55° C.) erhalten zu können, wird ein besonderer Apparat angegeben. Derselbe besteht aus zwei metallenen Behältern, von denen einer, der außen mit Filz bekleidet ist, mit kochendem Wasser gefüllt wird, während der andere, der die Cocaïnlösung sowie ein Thermometer und eine Pravaz'sche Spritze enthält, in den ersteren hineingesetzt wird. Auf diese Weise behält die Lösung etwa $\frac{3}{4}$ Stunde ihre Temperatur. Zur Bereitung der Cocaïnlösungen empfiehlt Verf. die Cocaïntabloids von Burroughs, Wellcome & Co.

H. Bartsch (Heidelberg).

6) H. Mehler (Georgensgmünd). Über Infiltrationsanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 45 u. 46.)

M., welcher die Infiltrationsanästhesie bisher bei 250 größeren und kleineren Operationen angewandt hat und über eine Reihe solcher Operationen am Kopfe, Hernio- und Laparotomien, Rippenresektionen, Unterbindung der V. saphena, Transplantationen berichtet, um den großen Werth seines Verfahrens zu beleuchten, benutzt bei diesem im Soxhletapparat in kleinen Flaschen von 150 g sterilisirte und zur besseren Unterscheidung von einander mittels 1—2 Tropfen Karbolfuchsin- oder Kalimethylenblaulösung gefärbte Lösungen, welche nach No. 1, 2 u. 3 der Schleich'schen Vorschrift hergestellt sind. Die Spritzen, deren sich M. bedient, sind größer als die von Schleich empfohlenen, 10 cm lang, von 8, resp. 12—16 mm Kaliber und auskochbar. M. lässt sie dauernd in 3—5%iger Karbolfösung liegen und bewahrt mit ihnen alles sonst noch zur Anästhesie Nothwendige — die Lösungen in den Soxhletflaschen, die sterilisirten metallenen Spritzenkanülen etc. — in einem einfachen Sterilisationsapparat auf. Die aseptische Ausführung der Infiltrationsanästhesie gilt ihm mit Recht als wichtig.

Kramer (Glogau).

7) **Wachsmann.** Heftklammern für Wunden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 45.)

W. empfiehlt zur Wundvereinigung Heftklammern, welche aus vernickelten, geraden öhrlosen Stahlnadeln bestehen, deren beide scharf geschliffene Spitzen unter einem Winkel von 45° in derselben Ebene umgebogen sind. Die Anwendung erfolgt so, dass zuerst eine Spitze in den einen Wundrand eingestochen wird; der gegenüberliegende Wundrand wird hierauf etwas mehr herangezogen, als zur Anlagerung der Wundränder nöthig erscheint, und die 2. Klammer- spitze in die so gespannte Haut eingedrückt. Durch die Wirkung der Haken einerseits, durch die Elasticität der Haut andererseits erhält die Lage der Klammern die nöthige Festigkeit. Die Heftklammern werden in gleicher Zahl und Reihenfolge wie Nähte angelegt, die so verklammerte Wunde macht den Eindruck, als wäre sie mit Metall- nähten vereinigt worden. Zum Einlegen der Klammern hat W. eine eigene Pincette ersonnen. Die Entfernung der Klammern gelingt leicht, entweder mit den Fingern oder mit der Pincette, wobei es sich empfiehlt, die Haut leicht zusammenzudrücken.

Die Vortheile dieser Klammern bestehen nach W.'s Erfahrungen darin, dass wegen ihrer Kostruktion aus Metall die Desinfektion die denkbar einfachste ist, und zur Anlegung der 4. Theil der Zeit erforderlich erscheint, wie zu der gleichen Anzahl von Nähten. Die Schmerzen sind, verglichen mit dem Durchziehen von Nadel und Faden, geringe. Die Anlagerung ist eben so vollkommen wie durch die Naht. In Beugefallen, wo die Spannung der Haut fehlt, sind sie nicht zu verwenden, wenn nicht die betreffenden Gelenke leicht in gestreckter Stellung zu fixiren sind.

Diese Heftklammern, welche W. namentlich dem praktischen Arzt und dem Truppenarzt empfiehlt, sind bei H. Schulze, Berlin Ziegelstraße 13, erhältlich. Gold (Bielitz).

8) **G. Ehrmann.** Contribution à l'étude de la suture des nerfs à distance.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896. 64 S.

Verf. bespricht im ersten Theil seiner Arbeit die histologischen Vorgänge bei der Nervenregeneration. Er stellt sich auf die Seite von Ranvier, van Lair u. A., indem er ein Auswachsen der Achsen- cylinder vom centralen Stumpf aus annimmt.

Die entgegengesetzte Ansicht von der unabhängigen Neubildung der Nervenfasern, wie sie jüngst auch von Ziegler (München) aufrechtgehalten wird, wird vom Verf. wohl etwas zu kurz als »von ihren Urhebern selbst wieder verlassen«, abgethan.

Im 2. Theil bespricht E. die verschiedenen Methoden der indirekten Nervennaht und theilt sodann die drei bis jetzt mit Erfolg ausgeführten Fälle von Nervenplastik mit (die Fälle von Gluck, J. Ehrmann und von Guelliot). Noch nicht erwähnt ist der Fall von Finotti (vgl. Centralblatt 1896 p. 1084). Die vom Verf.

angestellten Berechnungen über die Geschwindigkeit des Nervenwachstums bei der Regeneration zeigen, dass die von van Lair am Hunde-Ischiadicus gefundenen Werthe für den Menschen nicht völlig maßgebend sind.

Verf. kommt zum Schluss, dass das beste Verfahren für die indirekte Nervennaht die von Gluck zuerst verwendete Katgutplastik sei, welche vor der sonst ebenbürtigen Anwendung entkalkter Knochenröhren den Vortheil größerer Einfachheit besitze.

Für Nervendefekte von mehr als 5 cm empfiehlt er ein nicht oder schwer resorbirbares Material; Seidenfäden oder Kautschukröhren.

Die indirekte Nervennaht durch Transplantation ist zu unsicher im Erfolg und diejenige durch Autoplastik schwieriger auszuführen als die Katgutplastik, ohne vor derselben einen Vorzug zu besitzen.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

9) H. Oppenheim. Die Differentialdiagnose des Hirnabscesses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 45 u. 46.)

Im vorliegenden interessanten Aufsätze theilt O. seine Erfahrungen auf diesem Gebiete mit unter Hinweisung auf die Schwierigkeiten der Diagnose des Hirnabscesses. In den Kreis der differentialdiagnostischen Erwägungen zieht er den Hirnabscess traumatischer und otitischer Ätiologie, während er den praktisch weniger wichtigen metastatischen von seiner Betrachtung ausschließt.

Die Diagnose traumatischer Hirnabscess hat mit folgenden Krankheitszuständen zu rechnen: Meningitis, Apoplexie, besonders die Spätapoplexie, Encephalitis haemorrhagica non purulenta, Geschwülsten, Epilepsie, Neurosen, sämmtliche auf traumatischer Ätiologie basirend. So hat Bollinger darauf hingewiesen, dass Schädelquetschungen Blutungen im Gefolge haben können, die sich erst nach Tagen oder selbst Wochen durch Erscheinungen dokumentiren und so zur falschen Diagnose »Hirnabscess« Veranlassung geben können.

Die Zahl der Fälle, in welchen die Diagnose zwischen traumatischer Meningealapoplexie mit Narben- und Cystenbildung und traumatischem Spätabscess schwankt, ist nach O.'s Erfahrungen bedeutend größer. In derartigen Fällen ist nach seiner Ansicht die Diagnose auf Hirnabscess nur dann zu stellen, wenn neben der Möglichkeit, eine Geschwulst ausschließen zu können, Symptome der Eiterung oder des wachsenden Hirndruckes vorhanden sind. — Dass Traumen auch eine nichteitrige Encephalitis hervorrufen können, hat Hahn in einem Falle, welchen er mit der Fehldiagnose Hirnabscess operirte, erlebt. Aber auch in Fällen, wo sich zu einer Schädelverletzung ein Erysipel gesellt, kann eine Encephalitis non purulenta, so wie ein Hirnabscess entstehen, wie Verf. selbst zu beobachten Gelegenheit hatte. — Bezüglich der traumatischen Neurosen hebt O. hervor, dass hier die objektiven Hirndrucksymptome

fehlen, und dass die Reiz- beziehungsweise Lähmungserscheinungen sich immer auf der Seite der Kopfverletzung finden.

Weiter erwähnt O. Fälle, welche mit der Diagnose Hirnabscess zur Operation oder zur Obduktion kamen, während das Gehirn keinen Aufschluss über die während des Lebens beobachteten Symptome gab, oder der schnelle Ausgang in Genesung nach erfolgter Trepanation die Diagnose »Hirnabscess umstoßen musste. (Gussenbauer, v. Beck.)

Noch weit größere Schwierigkeiten verursacht die Diagnosenstellung beim otitischen Hirnabscess. O. theilt die Krankheitszustände, welche hier differentialdiagnostisch in Betracht kommen, in zwei Gruppen: anderseitige otogene Hirnkrankheiten und Symptomenkomplexe und Hirnkrankheiten und Symptomenkomplexe, welche nichts mit dem Ohrleiden zu thun haben. Zur 1. Gruppe zählt er: die Hirnsymptome der unkomplizierten Otitis media (inclusive Menière's Schwindel), den extraduralen Abscess, die Sinusthrombose, die Meningitis cerebrospinalis purulenta, die Meningitis serosa, endlich Hirnsymptome, welche nach Trepanation des Warzenfortsatzes und ähnlichen Operationen auftreten. Die 2. Gruppe umfasst die Hirngeschwulst, die Encephalitis haemorrhagica non purulenta, die nicht vom Ohre ausgehenden Meningitiden, Infektionskrankheiten (Typhus, Intermittens), die Arteriosklerose mit ihren Folgen, die Psychosen, Hysterie und ihr verwandte Neurosen. Einem Irrthum in der Diagnose ist nach den Erfahrungen O.'s nicht zu entgehen, wenn die Meningitis neben dem Hirnabscess vorliegt. Er giebt 2 Fälle wieder, in welchen außer dem diagnosticirten Abscess eine verbreitete Meningitis vorlag, die sich hinter den Erscheinungen des ersteren versteckt hatte, während alles die Meningitis speciell Charakterisirende fehlte. — Von großer Wichtigkeit ist es, wie Verf. betont, bei der Diagnose Meningitis purulenta ex otitide die Rückenmarkssymptome zu berücksichtigen, zumal sich die otitische Meningitis gerade auf die Rückenmarkshaut beschränken kann. Die tonische Anspannung der Rücken- und Extremitätenmuskulatur, die ausstrahlenden Schmerzen im Bereiche der Interkostal- und Extremitätennerven, das Verhalten der Sehnenphänomene, der Blasen- und Mastdarmfunktion, die Paraplegie kommen hier besonders in Frage. Ein leichtes Beklopfen der Lendenmuskeln erzeugt eine lebhaftere, zur Einwärtskrümmung der Wirbelsäule führende Kontraktion. Dieses »Rückenphänomen« ist besonders ominös, wenn es zuerst einseitig, dann auf beiden Seiten schwindet. Das Gleiche gilt für das Kniephänomen. Zu berücksichtigen ist ferner der bisher kaum beachtete Umstand, dass außer der universellen Cerebrospinalmeningitis eine circumscribte Spinalmeningitis otogenen Ursprungs vorkommt, welche sich wieder zurückbilden kann (Wernicke, Jansen, Verf.).

In Bezug auf die Frage des Verhaltens der Temperatur bei Hirnabscess, Meningitis und Sinusthrombose herrscht noch nicht Klarheit und Meinungsgleichheit. Auf Grund eigener Beobachtungen

O.'s gehört das Fieber nicht zu den regelmäßigen Symptomen des Hirnabscesses, man muss vielmehr die Diagnose auch in Fällen stellen, in denen Temperatursteigerung zu keiner Zeit der ärztlichen Beobachtung konstatirt wurde. Andererseits macht es anhaltende bedeutende Temperatursteigerung in hohem Grade wahrscheinlich, dass entweder überhaupt kein oder doch kein unkomplizirter Hirnabscess vorliegt. — In der Pulsverlangsamung erblickt O. eines der wichtigsten Zeichen des Hirnabscesses.

Gewiss könnte die Lumbalpunktion in geeigneten Fällen auch in der Unterscheidung des Abscesses von der Meningitis Aufschluss geben. Doch hält O. der Anwendung dieses Verfahrens, abgesehen von der Unsicherheit, seine Bedenken entgegen und würde, wo der Verdacht auf Abscess vorliegt, es nicht wagen, den Eingriff zu unternehmen, weil dadurch die Druckverhältnisse innerhalb der Schädel-Rückgrathöhle so wesentlich und so plötzlich verändert werden, dass der drohende Durchbruch des Eiterherdes verwirklicht werden könnte. — O. macht darauf aufmerksam, dass auch die unkomplizierte Otitis, namentlich im Kindesalter, Hirnerscheinungen bieten kann, welche für Symptome einer Gehirnaffektion gehalten werden könnten, berichtet weiter über 2 lehrreiche Fälle seiner Praxis, in denen die hämorrhagische Encephalitis das Symptomenbild des Hirnabscesses vortäuschte; für beide Krankheitserscheinungen bildet die Influenza das ätiologische Moment, beide wurden bei Ohrkranken wiederholt beobachtet. Hier werden Ätiologie, Lokalisation und der Charakter der Lähmungssymptome bez. der Unterscheidung den Ausschlag geben, wogegen sich die Peptonurie als diagnostisches Moment hier nicht verwerthen lässt, da sie auch bei einfacher Encephalitis beobachtet wurde. — Die citirten Beobachtungen und Erfahrungen O.'s basiren auf 35 Fällen. In 14 Fällen stellte er die richtige Diagnose »Hirnabscess«, 3mal machte er eine Fehldiagnose unter dem Zwang einer falschen Anamnese. — Von den 14 Hirnabscessfällen stammten 4 aus einer Zeit, in welcher die operative Behandlung noch nicht in Frage kam, 5 Fälle waren nicht mehr operabel, in 5 Fällen wurde trepanirt, 2mal mit Verfehlung des Abscesses, 3mal mit Erfolg, indem der Abscess an der erwarteten Stelle gefunden wurde. Unter diesen trat nur 1mal dauernde Heilung ein, ein Fall starb an Meningitis, der andere an Abscessrecidiv mit consecutiver eitriger Hirnhautentzündung. Wenn auch das Ergebnis kein glänzendes genannt werden kann, so spricht Verf. doch dem operativen Eingriffe beim Hirnabscess das Wort und wünscht, dass neben den Heilresultaten auch die Misserfolge und Fehldiagnosen bekannt gegeben werden mögen, damit man daraus erkennen lerne, was die chirurgische Kunst einerseits zu leisten vermag, und was andererseits außer ihrem Herrschaftsbereiche liegt. Jedenfalls wird der Fortschritt in der Diagnosenstellung, auf welchem Gebiete noch eine reiche Arbeit harret, zu günstigeren Resultaten führen müssen.

Gold (Bielitz).

10) **L. Gajkiewicz.** Über die chirurgische Behandlung des Idiotismus bez. der Mikrocephalie.

(Gaz. lekarska 1896. No. 50 u. 51. [Polnisch.])

Auf Grund eines genauen Studiums der pathologischen Anatomie und des klinischen Bildes des angeborenen Idiotismus äußert sich Verf. über den Werth eines operativen Eingriffes, namentlich der Trepanation, bei diesem Leiden trotz der in der Litteratur hier und da verzeichneten günstigen Erfolge sehr skeptisch. Die günstigen Erfolge der Trepanation dürften seiner Ansicht nach Fälle von sogenanntem acquirirten Idiotismus betroffen haben, in welchen nach Beseitigung der lokalen Ursachen eine Besserung der consecutiven Symptome eintreten konnte. In anderen Fällen dürfte die Besserung nur eine vorübergehende, kurz dauernde oder überhaupt eine illusorische gewesen sein.

Trzebielky (Krakau).

11) **Preobraschensky** (Moskau). Über die Fremdkörper im Ohr und die Extrak-tion derselben.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 33—36.)

Die Arbeit stützt sich auf 200 Fälle, theils eigene Beobachtung des Verf.s, theils aus der Litteratur. Der erste Theil bietet die Statistik bezüglich des Alters und Geschlechtes der Pat., der Art der Fremdkörper, der Veranlassung, die diese ins Ohr brachte, ihrer Lage und der Zeit, die sie im Ohr zugebracht hatten. Letztere schwankt zwischen wenigen Minuten bis zu 60 Jahren.

Im 2. Theil werden die anatomischen Veränderungen, welche der Fremdkörper verursacht, eingehend behandelt, im 3. Theil die Symptome, im 4. Diagnose, im 5. Prognose, im 6. die Methoden der Entfernung. Die Details lassen sich nicht wiedergeben. P. schließt:

Eine ungeübte Hand darf mit keinem Instrument die Extrak-tion eines Fremdkörpers vornehmen.

In das Mittelohr gelangen Fremdkörper fast nur durch unge-schickte Extraktionsversuche.

Der Fremdkörper schadet oft dem Ohr weniger als eine unge-schickte Extrak-tion.

Das Universalmittel ist die Ausspritzung. Ist sie ohne Erfolg, empfiehlt sich Einträufeln von Alkohol, damit der Fremdkörper nicht quillt. Sind keine lästigen Erscheinungen vorhanden, so ist die Ent-fernung des Fremdkörpers nicht eilig.

Bei entzündlichen Processen, ohne gefährliche Erscheinungen, ist exspektativ zu verfahren.

Die Wahl der Extraktionsmethode hängt von der Beschaffen-heit des äußeren Gehörganges ab.

Grissou (Hamburg).

12) **T. Jonnesco et E. Juvara.** Sur la résection du nerf maxillaire supérieure et du ganglion de Meckel. Description d'un nouveau procédé opératoire. (Travail de l'institut d'anatomie et de chirurgie de Bucarest.)

(Archives des sciences médicales de Th. Jonnesco, Babès et Kalindero de Bucarest 1896. September.)

Verf. versuchte bei einer Neuralgie des N. maxill. sup. den 2. Ast des Trigemini in der Fossa pterygo-maxillaris gleich nach seinem Austritt aus der Schädelhöhle zu reseciren (Methode von Bruns.) Die Schwierigkeiten, den Nerven zu finden, waren jedoch so groß, dass durch einen zweiten Schnitt am Foramen infraorbitale der Nervus infraorbitalis aufgesucht und am Boden der Augenhöhle so weit verfolgt wurde, bis es gelang, ihn vollständig bis in die Fossa pterygo-maxillaris herauszureißen.

Auf Grund dieser einen Beobachtung verwerfen die Verf. die Methode von Lössen-Braun und schlagen eine neue Operationsmethode vor. Der Schnitt beginnt am äußeren Ende der Augenbraue, läuft fast senkrecht etwa 2—3 mm vom äußeren Augenwinkel entfernt nach abwärts, umkreist den Processus zygomaticus des Oberkiefers, um entlang des unteren Randes des Jochbeines bis etwa 1 Querfinger vor dem Ohre zu gehen. Die Insertion des M. zygomaticus major soll geschont werden. Das Jochbein wird dicht an seiner Verbindung mit dem Oberkiefer durchtrennt und mitsammt den anhaftenden Muskeln nach hinten geschlagen. Nachdem man sich die äußere Wand der Orbita und die vordere Partie der Fossa spheno-maxillaris durch Palpation aufgesucht, die Weichtheile von der äußeren Orbitalwand entfernt hat, wird der Theil derselben, welcher sich vor der Fossa spheno-maxillaris befindet, resecirt. Auf diese Weise entsteht eine dreieckige Öffnung in der äußeren Wand der Augenhöhle, in welcher man den Nerven aufsucht und dann nach hinten bis zur Schädelbasis, nach vorn so weit wie möglich abträgt. Das zurückgeklappte Jochbein wird durch einige Nähte fixirt und deckt die Öffnung in der Orbita vollständig. Die Vortheile der angegebenen Methode sollen sein: leichteres Auffinden des Nerven, Vermeiden der bei der anderen Methode oft eintretenden profusen Blutung.

Borchard (Posen).

13) **M. Schmidt.** Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmäßigkeiten der Nasenscheidewand mittels der elektrisch getriebenen Sägen.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Verf. hat in den letzten 3 Jahren 150 Nasenscheidenwandoperationen mit der elektrisch getriebenen Säge oder Trephine ausgeführt und kann diese Operationsmethode wegen der Schnelligkeit und Schmerzlosigkeit, die sie dem Eingriff verleiht, nur empfehlen. Bei knorpeligen Deviationen oder Auswüchsen benutzt er die Säge,

bei knöchernen Vorsprüngen die Trephine. Mit letzterer legt er, wenn nöthig, mehrere Gänge an, einen über dem anderen. Die schmalen Brücken zwischen den Gängen sind leicht zu durchtrennen. Die Operation dauert nur wenige Sekunden, die Blutung ist nicht stärker, als gelegentlich auch bei Meißeloperationen. Der Schmerz kann durch genügende Cocainisirung vollständig ausgeschlossen werden. Nachblutungen kommen nicht häufiger vor als nach anderen Nasenoperationen, von sonstigen üblen Folgen hat Verf. nur 2mal das Auftreten von Erysipel beobachtet, davon 1mal durch Schuld des Pat. Die Wundheilung dauert etwa 4 Wochen, und so lange muss der Pat. in Beobachtung bleiben.

Telchmann (Berlin).

14) **U. Ribary.** Klinisch-anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca anterior.

(Archiv für Laryngologie Bd. IV. Hft. 3.)

Die Rhinitis sicca anterior ist nach Verf. eine auf das knorpelige Septum der Nase beschränkte Rhinitis sicca (atrophicans). Sie ist das wichtigste ätiologische Moment für habituelles Nasenbluten und Ulcus perforans septi, wahrscheinlich auch für den blutenden Septumpolypen. Sie ist ferner ein wichtiges prädisponirendes Moment für die Infektion der Nase mit Tuberkulose, Syphilis, Erysipel und für Entstehung der abscedirenden Perichondritis des Septums. Verf. hat die Affektion auch histologisch studirt und erklärt sie für identisch mit der Xanthose der Schleimhaut nach Zuckerkandl.

Telchmann (Berlin).

15) **M. Hajek.** Über die pathologischen Veränderungen der Siebbeinknochen im Gefolge der entzündlichen Schleimhauthypertrophie und der Nasenpolypen.

(Archiv für Laryngologie Bd. IV. Hft. 3.)

Gegenüber den unklaren Vorstellungen über die Betheiligung des Knochens an chronisch-entzündlichen Erkrankungen der Nase, besonders an der polypösen Schleimhautentartung, welche in den letzten Jahren durch die Veröffentlichungen einiger Autoren hervorgerufen worden sind, hat sich Verf. der verdienstlichen Aufgabe unterzogen, an einem reichen, dem Lebenden entnommenen Material die Frage zur Entscheidung zu bringen, indem er die pathologisch-anatomischen Befunde mit den normalen histologischen Verhältnissen verglich. Er hat überzeugend nachgewiesen, dass die Veränderungen am Knochen, wenn sie überhaupt sich finden, nur entweder in Neubildung von Knochensubstanz oder in Resorption in Form der rareficirenden Ostitis bestehen. Von Nekrose oder auch nur Caries hat er in seinen Fällen nichts gefunden, selbst bei tiefgreifenden und langwierigen Entzündungen mit Polypenbildung in Fällen von Nebenhöhlenerweiterung. Diese Bezeichnungen will er mit Recht nur auf die destruirenden Knochenkrankungen angewendet wissen, wie sie ins-

besondere in Folge von Syphilis und Tuberkulose an den Nasenknochen auftreten.

Teichmann (Berlin).

16) **G. Finder.** Einige Bemerkungen über maligne Nasengeschwülste.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Unter Mittheilung von 6 kurzen Krankheitsberichten bespricht Verf. die Eigenthümlichkeiten in der Pathologie, Diagnose, Prognose und Therapie der bösartigen Nasenhöhlgeschwülste, insbesondere ihr Verhältnis zur Nasenpolypenbildung. Für die Sarkome schlägt er eine energische operative Behandlung, event. unter Eröffnung der Nasenhöhle vor, die Carcinome dagegen betrachtet er als ein »Noli me tangere« auch für den Chirurgen, weil selbst durch die radikalsten Operationen der fatale Verlauf nicht aufzuhalten sei. Zur symptomatischen Behandlung dieser Geschwülste scheint ihm die Elektrolyse noch am geeignetsten zu sein.

Teichmann (Berlin).

17) **G. Krebs.** Bemerkungen zur Probepunktion der Kieferhöhle und zu deren »seröser Erkrankung«.

(Archiv für Laryngologie Bd. IV. Hft. 3.)

K. empfiehlt, die Probepunktion der Kieferhöhle statt, wie üblich, durch die Wand des unteren Nasenganges, durch den mittleren Nasengang in der hinteren Region des Sinus semilunaris vorzunehmen, weil hier nur Weichtheile oder sehr dünner Knochen zu überwinden sind, und weil man hier, in der Nähe des natürlichen Ausführungsganges, auch bei abnormer Kleinheit der Höhle sicher ist, in sie einzudringen. Gegen die auffallende Häufigkeit einer »serösen« Erkrankung der Kieferhöhle, wie sie von Noltenius beschrieben worden ist, wendet sich Verf. mit der Bemerkung, dass er bisher nur 2mal serösen Inhalt aus der Kieferhöhle entleert habe; beide Male bestand ein Stirnhöhlenempyem, weder subjektive noch objektive Zeichen wiesen auf eine Erkrankung der Kieferhöhle hin, diese blieb auch nach Abfluss des serösen Inhaltes dauernd leer. (Ref. kann diese letzteren Beobachtungen aus eigener Erfahrung nur bestätigen.)

Teichmann (Berlin).

18) **B. Dzierzawski.** Eukaïn ein neues Anästheticum und dessen Anwendung in der Zahnheilkunde.

(Medycyna 1896. No. 51 u. 52.)

Verf. hat das von Vinci zuerst versuchte Eukaïn bei einer stattlichen Reihe von Zahnextraktionen zur lokalen Anästhesirung benutzt und ist hierbei zu folgenden Resultaten gelangt:

1) Das Eukaïn ist ein sehr vorzügliches Anästhesierungsmittel und namentlich durch den Mangel einer Intoxikationsgefahr bei Applikation der gewöhnlichen Dosen besonders empfehlenswerth.

2) Es genügt eine 5%ige Lösung, und soll das injicirte Quantum des Alkaloids 0,05 nicht überschreiten.

3) Die Anästhesie ist nach Applikation einer 5%igen Eukainlösung stärker als bei 1%iger Cocainsolution.

4) Bei weit vorgeschrittener Periostitis und Periodontitis mit starker Infiltration des Zahnfleisches pflegt die Eukaininjektion äußerst schmerzhaft und deren Effekt ziemlich unsicher zu sein.

Als besonderen Werth des Eukains hebt Verf. noch seine Billigkeit und die Haltbarkeit der Lösungen hervor.

Trzebielcy (Krakau).

19) C. Zaudy. Über die Tuberkulose der Alveolarfortsätze.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

Angaben über Tuberkulose der Mundhöhle finden sich zuerst im Anfange dieses Jahrhunderts; doch wurden fast nur tuberkulöse Affektionen der Zunge beobachtet; von der gleichartigen Erkrankung der Alveolarfortsätze der Kiefer sind erst in den letzten 25 Jahren nahezu 40 Fälle bekannt geworden. Als Eingangspforte des Infektionserregers sind die Spalten zwischen Zahn und Zahnfleisch und ferner cariöse Zähne anzusehen; leichte Infektionsgelegenheit bieten ferner auch die durch Zahnextraktionen entstandenen Wunden, besonders bei Phthisikern. Die Kiefertuberkulose kommt zweifellos auch primär vor, wenn auch am häufigsten bei gleichzeitiger Lungenphthise. Eine Prädispositionsstelle besitzt sie nicht, sondern kann alle Partien der Kiefer ergreifen. Z. glaubt, dass eine Lungenphthise auch von Alveolartuberkulose ausgehen kann, und nicht immer das Verhältnis ein umgekehrtes sei. Die Krankheit kommt in jedem Alter, etwas häufiger bei Männern, vor. Die Diagnose wird durch den Tuberkelbacillus gesichert, der sich freilich nicht in allen Fällen hat nachweisen lassen. Der Lupus der Mundschleimhaut stellt wohl nur eine besondere Form der Tuberkulose dar. Der Process ergreift zuerst das Zahnfleisch, dann werden die Zahnwurzeln bloßgelegt, die Zähne fallen aus, und in den schweren Fällen werden Kieferknochen theile nekrotisch. Dabei besteht geringer Schmerz, aber starke Salivation. Die Therapie ist eine chirurgische, Entfernung des verdächtigen Gewebes, Auskratzung und Ätzung mit Milchsäure. Zum Schluss sind die Krankengeschichten aller bekannten Fälle von Alveolarfortsatztuberkulose zusammengestellt. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

20) L. Polyák. Über Möller'sche Glossitis superficialis.

(Pester med.-chir. Presse 1896. No. 47.)

Dieses vom Verf. in 4 Fällen beobachtete Leiden ist in den bisher gemachten 14 Publikationen 12mal bei Frauen aufgetreten. Vom ätiologischen Standpunkte spielen Magenaffektionen, Anämie, Nervosität und Frauenleiden eine Rolle. Die subjektiven Beschwerden bestehen in einem brennenden Schmerz auf der Zunge, welcher seit längerer Zeit (1/2—4 Jahre) belästigt, konstant besteht, während des

Essens und Trinkens sich steigert, beim Rauchen oder beim Genuss von gewürzten, saueren oder kompakteren Speisen geradezu unerträglich wird. Das Geschmacksgefühl ist in der Mehrzahl der Fälle abgestumpft. Objektiv charakterisirt sich die Erkrankung durch scharf begrenzte, lebhaft rothe, glatte, glänzende, etwas trockene, sehr empfindliche Flecke von verschiedener Größe, welche besonders auf dem Rücken und der Spitze der Zunge, manchmal aber auch an der unteren Fläche derselben auftreten. Außer diesem Prädilektionssitze können sich diese Flecke auch an anderen Stellen der Mundschleimhaut etabliren. Bei Lupenvergrößerung sieht man, dass die Hornschicht der Papillen in diesen Flecken abgeschält ist, und sich diese gegen die gesunde Umgebung durch die intakte Hornschicht der letzteren demarquiren. — Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte handelt es sich hier um einen sich in der subepithelialen Schicht der Schleimhaut abspielenden irritativen Process, welcher sich auf die Gefäße und Nervenendigungen bezieht, auch Hyperämie so wie mäßigen Serumaustritt aus den Gefäßen hervorruft, bis sich die Hornschicht von der mit Serum durchtränkten Epithelschicht ablöst, wodurch die Glätte und der Glanz der Flecke erklärt ist.

Bezüglich der Therapie empfiehlt P. vorerst das Grundleiden zu beseitigen. Lokal dürfen keine reizenden Mittel in Anwendung kommen. Milde lauwarme Mundwässer und vor den Mahlzeiten zur Milderung der Empfindlichkeit Pinselungen mit 1%iger Cocainlösung haben sich dem Verf. bisher noch am besten bewährt.

Gold (Bielitz).

Kleinere Mittheilungen.

Nabelbruchband mit regulirbarer Glycerindruckpelotte,

D. R. P. (Zusatz) 88874.

(Patent im Auslande angemeldet.)

Von

H. Loewy, Berlin.

Die Pelotte unterscheidet sich von den üblichen plattenförmigen Pelotten wesentlich dadurch, dass ihre Angriffsfläche nur auf den Nabelring selbst beschränkt ist, d. h.: der in einer leicht federnden schmalen Unterplatte (s. Fig. 1) eingesetzte, mit Glycerin gefüllte kleine Gummiball wird durch eine an ihren Endpunkten gleitend befestigte Oberplatte (s. Fig. 2) derartig berührt, dass die letztere dem elastischen kleinen Gummiball flach aufliegt (s. Fig. 3).

Außer Funktion wird die Nabelpelotte diese Form behalten (s. Fig. 3 und 4), sobald aber der Leibgurt beiderseits an die Flügel der Platte angeknöpft wird, werden sich die federnden Ausläufer der Unterplatte der konvexen Bauchwandung fest anschmiegen, während gleichzeitig die auf der Außenseite befindliche Gleitfeder sich auf den halben Außenball so anpresst, dass die Glycerinfüllung den Innenball, also den eigentlichen Nabelpelottenknopf, um so viel nach innen verstärkt, als zur sicheren Zurückhaltung der durch die Bauchpresse nach außen strebenden Nabelhernie erforderlich ist (Fig. 5). Durch diesen einfachen Mechanismus der beiden federnden Platten wird dem mit Flüssigkeit

gefüllten Pelottenknopf eine selbstthätige Druckwirkung auf den Bruch gegeben, ohne eine Dilatation des Bruchringes hervorzurufen, da die Verstärkung des elastischen Balles auch immer eine konvexe Verbreiterung derselben hervorruft, gleichzeitig aber auch der feste Sitz des Pelottenknopfes in so fern gesichert ist, als seine Angriffsfläche auf der beweglichen Bauchmuskulatur

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

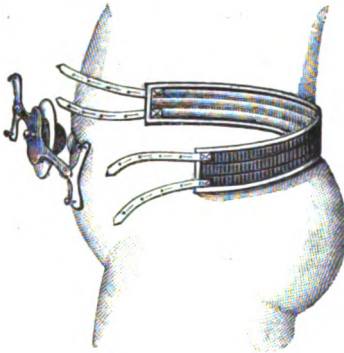


Fig. 4.

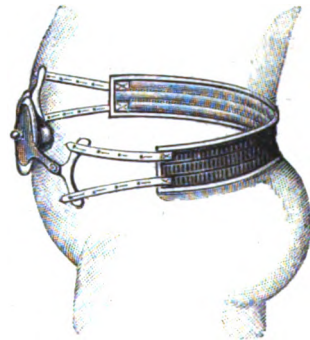


Fig. 5.

latur aufs kleinste beschränkt ist, und die seitlichen zur Leibgurtbefestigung dienenden Flügel frei beweglich sind, so dass der Pelottenknopf unabhängig bei allen Bewegungen seine feste Schlussstellung beibehält.

Das Gewicht einer solchen Bandage ist ein so außerordentlich leichtes, dass dasselbe mit dem Leibgurt nicht mehr als 100—150 g beträgt und diese Bandage alle bisherigen an Sicherheit und Bequemlichkeit übertrifft.

Leistenbruchband mit regulirbarer Glycerindruckpelotte, D. R. P. 88874.

(Patent im Auslande angemeldet.)

Von

H. Loewy, Berlin.

Die durch Federdruck regulirbare Flüssigkeitspelotte hat sowohl den mit festem Polstermaterial versehenen Bruchbandpelotten, als auch den in der Praxis sich bisher als noch sehr unvollkommen erwiesenen Flüssigkeitspelotten gegenüber folgende Vortheile voraus.

Durch die am oberen Theil angebrachte Feder *b* (s. Fig. 1) wird eine erhöhte Spannung der Flüssigkeitssäule durch Anpressen derselben erreicht (s. Fig. 2) und gleichzeitig hierdurch ein länglich geformter elastischer Wulst hervorgerufen (s. Fig. 2), welcher sich zur wirksamen Kompression des ganzen

Leistenkanals eignet und den durch Pressen oder Husten nach außen drängenden Brucheingeweiden um so mehr Widerstand entgegensetzt, als die in eine längliche Flüssigkeitssäule gedrängte Glycerinfüllung nicht mehr nach dem oberen Pelottentheil verdrängt werden kann, um so dem Bruch Gelegenheit zum Durchschlüpfen zu geben, sondern die Beweglichkeit der Flüssigkeitssäule bleibt nur in der Wulstlänge beschränkt und kann sich bei der Bauchpresse nun nach dem dem Federhalse zunächst gelegenen hinteren Pelottentheil zurückdrängen (← Fig. 3), bietet also selbstthätig bei stärkeren Bewegungen naturgemäß in der Gegend des inneren Leistenringes oder des Bruchsackhalses den stärksten Gegendruck, indem die Flüssigkeitssäule sich dort am meisten verstärkt (← Fig. 3). Es wird somit durch eine ver-

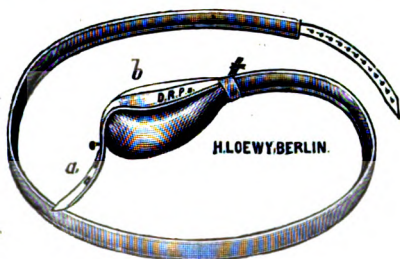


Fig. 1.

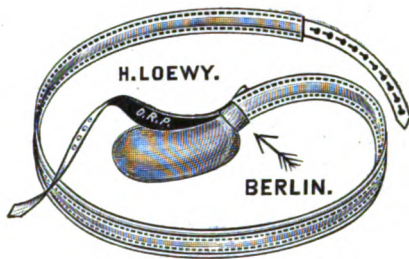


Fig. 2.

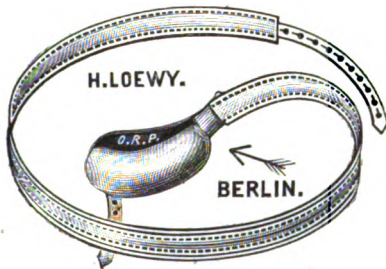


Fig. 3.

hältnismäßig sehr kleine elastische Pelotte nur auf bestimmte Stellen, nämlich den Leistenkanal, gewirkt, und zwar in der Druckrichtung von unten außen nach oben innen, auch werden somit nur Weichtheile getroffen, während das Os pubis freiliegt, da die Pelotte unmittelbar oberhalb desselben ihren Angriffspunkt hat.

Es wird also bei dieser neuen Pelottenform der Flüssigkeitsinhalt der Pelotte durch Anbringung einer Feder zu einer selbstthätigen so nachhaltigen und doch elastischen Druckwirkung gebracht, dass man selbst die schwersten Scrotalhernien durch eine im Verhältnis kleine Pelotte wirksam zurückhält, indem sich die ganze Druckkraft der Pelotte nur auf die Ursprungsstelle des Bruchsackhalses konzentriert.

21) J. Brunner. Über die mit thierischem Blutserum erzielten Resultate bei malignen Neubildungen.

(Medycyna 1896. No. 43.)

Verf. hat mit dem nach Richet und Hericourt präparirten Blutserum experimentirt, und zwar wurde dasselbe das eine Mal einem Widder, das andere Mal einem Hunde entnommen. Dem ersteren Thiere wurde ein mit physiologischer

Kochsalzlösung verriebenes und hierauf filtrirtes weiches Osteosarkom des Humerus in Quantitäten von 1—3 cem in 9tägigen Abständen, und später ein auf ähnliche Weise erhaltenes Präparat von einem Sarkom des Ovariums zu 5—10 cem subkutan injicirt. Schließlich erhielt das Thier noch einige Male 10—30 cem eines von einem äußerst bösartigen Sarkom des Fußes gewonnenen Filtrates. Der Hund dagegen wurde durch ähnliche Applikation eines von einem Mammacarcinom angefertigten Extraktes präparirt. Einige Tage nach der letzten Injektion wurde aus der Carotis der Thiere unter präziser Einhaltung der Asepsis Blut entnommen, nach 36 Stunden das Serum abfiltrirt und dasselbe dann, nach Zusatz von etwas Karbolsäure und Chloroform, in sterilen Kölbchen aufbewahrt. Mit dem so bereiteten Serum wurden Versuche an mit inoperablen bösartigen Neubildungen behafteten Kranken durchgeführt. Verf. gelangt auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen:

1) Die Injektion von 3—10 cem eines auf die beschriebene Art bereiteten Serums ist absolut ungefährlich und weder von lokalen noch allgemeinen üblen Folgen begleitet.

2) Subjektive, durch die Neubildungen bedingte Symptome, z. B. Schlaflosigkeit, Schmerzen u. dgl., schwinden nach den Injektionen mit Zuversicht, und werden in der Hinsicht alle anderen diesbezüglich gebrauchten Mittel übertroffen.

3) Die exulcerirten Neubildungen nehmen ein reineres Aussehen an und bluten viel seltener.

4) Der Effekt der Injektion ist von der Applikationsstelle derselben bzw. von der Entfernung derselben vom Krankheitsherde ganz unabhängig.

5) Der Fortschritt des neoplastischen Processes selbst wird durch die Injektion nicht im mindesten beeinflusst.

Schließlich muss hier noch hervorgehoben werden, dass Verf. mit vollem Rechte auf die strikte Einhaltung der Antisepsis bei Gewinnung des Serums ein besonderes Gewicht legt und namentlich darauf aufmerksam macht, dass sich zur Zubereitung desselben bloß an ihrer Oberfläche noch nicht exulcerirte, also noch nicht inficirte Tumoren eignen.

Trzebičky (Krakau).

22) W. Biegański und W. Wrzesniowski. Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Hirnkrankheiten.

(Medycyna 1896. No. 44 u. 45.)

1) Komplizierte Impressionsfraktur des Schädels mit Alexie und homonymer Hemianopsie. Trepanation. Heilung. Ein 50jähriger intelligenter Mann erhielt einen Hieb mit einem schweren stumpfen Instrumente auf den Kopf. Im ersten Augenblicke verlor er die Besinnung, kam aber bald wieder zu sich. Im Verlaufe der nächsten Tage stellte sich eine stetig wachsende Somnolenz und Herabsetzung der Intelligenz ein, wesshalb Pat. 4 Wochen nach dem Unfälle an die Verf. dirigirt wurde. Er klagte über mäßigen Kopfschmerz und Sinnesverwirrung, namentlich war er sich über die Vorfälle von dem Unfälle an durchaus nicht im Klaren, während das Gedächtnis für frühere Vorfälle unversehrt geblieben war. Nur in Bezug auf Namen und Benennung einzelner Gegenstände bestand eine gewisse Amnesie. Es wurde auch vollständiges Unvermögen zu lesen konstatiert, so dass Pat. fast keinen einzigen Buchstaben erkannte. Diktirtes brachte er fehlerfrei zu Papier, während er vorgelegte Muster nicht im Stande war abzuschreiben. Ziffern schrieb und las er vollständig fehlerfrei, eben so wie er ganz geläufig addirte, subtrahirte etc. Außer homonymer rechtsseitiger Hemianopsie wurde im Nervensystem nichts Abnormes mehr weiter konstatiert. Am unteren rückwärtigen Winkel des Scheitelbeines wurde durch die daselbst befindliche granulirende Wunde eine Impressionsfraktur konstatiert. Nach ihrer Freilegung sah man, dass daselbst 2 Knochenstücke, das eine oval, das andere dreieckig, nach dem Schädelinnern eingedrückt waren. Nach Entfernung derselben wurde auch ein Riss der Dura mater konstatiert. Tamponade der Wunde. Reaktionsloser Verlauf. Mit der Heilung der Wunde hielt auch eine stetige Besserung sämmtlicher abnormer Sym-

ptome gleichen Schritt, so dass Pat. das Spital ganz gesund verlassen konnte. Die Knochenwunde entsprach ihrer Lage nach dem linken Gyrus angularis.

2) *Sarcoma cerebri*. Extirpation. Tod am 12. Tage an Meningitis. Ein 34-jähriger bisher gesunder Mann erkrankte vor Jahresfrist an heftigen Kopfschmerzen. Später stellten sich anfallsweise Krämpfe in der rechten unteren Extremität ein, welchen später eben solche in der oberen und zuletzt in der rechten Gesichtshälfte folgten. An sie schloss sich fast komplette Lähmung der rechtsseitigen Körperhälfte an, ebenfalls von unten nach oben aufsteigend. Die Untersuchung des Pat. ergab eine hochgradige Atrophie der rechten Körperhälfte, eine fast komplette Lähmung derselben bei normalen und zum Theil sogar gesteigerten Reflexen. Mit dem Augenspiegel wurde beiderseits Atrophie der Sehnerven in Folge Stauungspapille konstatiert. Die Diagnose wurde auf eine Neubildung in der motorischen Zone der linken Hirnhemisphäre gestellt, und die Trepanation mit osteoplastischem Lappen über der Roland'schen Furche ausgeführt. Die Knochenlücke betrug 5 cm im Durchmesser. Keine Hirnpulsation. Die Dura erwies sich in einer Ausdehnung von 3—4 cm mit dem Gehirn verwachsen. Nach Abhebung derselben gewährte man eine durch ihre weißgelbe Farbe und harte Konsistenz von dem übrigen Gehirn absteckende Geschwulst, die sich wegen ihrer Größe erst nach vorgenommener Zerkleinerung heraushebeln ließ. Es war dies ein fast faustgroßes, spindelförmiges Sarkom. Die zurückgebliebene Höhle wurde mittels Gaze lose tamponirt und der Hautknochenlappen leicht zurückgeklappt. Am folgenden Tage wurde zwar ein Schwinden der rechtsseitigen Gesichtslähmung konstatiert, leider entstand jedoch ein Hirnprolaps und im weiteren Anschlusse eine Meningitis, welcher Pat. erlag.

Trzebielky (Krakau).

23) Finke. Epileptiforme Krämpfe und Lähmung aus traumatischer Ursache, geheilt durch Trepanation. (Aus dem Salvator-Krankenhaus in Halberstadt.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 33.)

Ein 23 Jahre alter Mann, der vor 11 Jahren angeblich eine komplizierte Schädelfraktur erlitten hatte, und der dann wegen Auftretens linksseitiger Krämpfe in Halle vergeblich operirt worden war — es wurde die Narbe excidirt und in der rechten Großhirnhemisphäre ein haselnussgroßer Defekt gefunden —, kam, als die Anfälle zuletzt immer häufiger geworden und auf 14—18 innerhalb 8 Stunden gestiegen waren, zu F. ins Krankenhaus.

Es wurde zunächst an der Stelle der alten Narbe der Schädel eröffnet und dabei eine Cyste vorgefunden, die durch weitere Knochenresektion völlig freigelegt und dann durch einen Jodoformgazestreifen drainirt wurde. Der Eingriff war nur von ganz vorübergehender Besserung gefolgt; die Anfälle traten alsbald in gleicher Häufigkeit wie früher auf. Es wurde desshalb zu einer 2. Operation geschritten, bei der noch ein Stück verdickten Knochens an der hinteren Commissur des Schädeldefektes entfernt wurde; die Dura ward hierbei gespalten. Aber auch nach diesem Eingriff trat keine Besserung ein. Im Gegentheil nahmen Ernährung und Kräfte ab. Es blieb desshalb nichts Anderes übrig, als nunmehr direkt das eigentliche motorische Centrum freizulegen; dasselbe, welches 2 cm occipitalwärts vom hinteren Rande des Schädeldefektes lag, wurde durch Entfernung eines kreisrunden Knochenstückes sichtbar gemacht. Weder die Dura noch das nach ihrer Spaltung zu Tage tretende Gehirn wiesen die geringste Abnormalität auf. Es wurden desshalb die Ränder der Dura wieder zusammengelegt, die Haut größtentheils vernäht und antiseptisch verbunden.

Es ereignete sich nun trotz des negativen Befundes das Merkwürdige, dass die Krampfanfälle rasch nahezu völlig schwanden, und auch die Motilität links, wo sie geschwunden war, zur Norm zurückkehrte. Nach Jahr und Tag war nur die Kraft noch etwas geringer, die Ernährung sehr gehoben und Alles in bester Ordnung.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

24) L. Stieglitz, A. G. Gerster und H. Lillenthal. A study of three cases of tumor of the brain in which operation was performed—one recovery, two deaths.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Mai.)

1) Im 1. Fall wurde ein 29jähriger Pat. zum 2. Male trepanirt, an welchem früher (vor 2 $\frac{3}{4}$ Jahren) wegen epileptiformer Krämpfe bereits die Trepanation und Entleerung einer subcorticalen Cyste der linken motorischen Region vorgenommen worden war. Bei der zweiten Operation fand sich die in den Defekt eingesetzte Goldplatte eingeheilt und unverändert, an der Operationsstelle im Gehirn ein Geschwulstrecidiv (Sarkom), das sich verhältnismäßig leicht entfernen ließ. Die Heilung erfolgte ohne Störung und wurde noch 10 Monate nach der Operation festgestellt. Aus diesem Falle werden folgende Bemerkungen abgeleitet:

a. Eine Neubildung im Gehirn braucht keinerlei cerebrale Erscheinungen zu machen.

b. Eine cystische Hirngeschwulst von nicht parasitärem Ursprung ist sehr oft bösartigen Charakters.

c. Die einfache Entleerung solcher Cysten ist nicht genügend; wenn es chirurgisch irgendwie ausführbar ist, so sollte der Cystenbalg und das anliegende Hirngewebe mit entfernt werden, um Recidiven vorzubeugen.

d. Wenn die primäre Entfernung nicht möglich ist, so sollte man einige Monate später die Wunde wieder öffnen und die Entfernung der collabirten Cystenwand versuchen, welche durch den im Schädelinnern herrschenden Druck auf einen kleinen Raum zusammengedrängt ist.

Der letztere Vorschlag ist darin begründet, dass die Autoren nicht die Cyste selbst für sarkomatös halten, sondern glauben, dass das Sarkom erst sekundär in der Nachbarschaft der alten Cystenwand entstanden ist.

2) Gliosarkom der rechten Hemisphäre des Kleinhirns. Operation. Tod.

Aus der Diagnosenstellung sei hervorgehoben, dass Stauungspapille, Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen die Gegenwart einer Hirngeschwulst wahrscheinlich machten. Gelegentliches Taumeln, Taubheit auf dem rechten Ohr, partielle Entartungsreaktion der rechtsseitigen Gesichtsmuskeln (!) wiesen auf die rechte Hemisphäre des Kleinhirns hin und zugleich auf Kompression des 7. und 8. Hirnnerven vor oder an ihrer gemeinsamen Eintrittsstelle in den Meatus auditorius internus. Die ausschließliche Betheiligung des 7. und 8. Hirnnerven berechnete zu dem Schluss, dass die Neubildung direkt und nicht indirekt auf die Nervenstämmen drücke und dass sie daher an der ventralen Fläche des rechten Kleinhirnlappens in der Nachbarschaft des Meatus auditorius int. zu suchen sei.

Die Operation sollte die hintere Schädelgrube bloßlegen und von oben her mittels Spaltung des Tentorium cerebelli und Emporheben des Occipitallappens Zugang zur Geschwulst schaffen. So gut die Methode ausgedacht und an der Leiche eingeübt war, so unüberwindlich waren die Schwierigkeiten am Lebenden; die Operation blieb unvollendet.

3) Spindelzellensarkom im Bereich des linken Arm-, Facialis- und Sprachentrums. Operation. Tod.

Die Lokalisation der Geschwulst war eine völlig exakte, die Blutung bei der Operation, besonders aus der Diploë, aber eine so reiche, dass der Kranke pulslös war, ehe noch die Dura geöffnet wurde.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

25) Ostmann (Marburg). Mittheilungen von der Ohrenstation des Garrison-Lazarets in Königsberg i/Pr.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1896. Mai u. Juni.)

O. berichtet über eine Reihe von Verletzungen des Gehörorgans; zunächst werden 2 absichtliche Durchstechungen des Trommelfells mit einer Nadel beschrieben. Beide Male handelte es sich um Durchstechungen an anderer Stelle als an dem Verletzungen am meisten ausgesetzten hinteren oberen Quadranten, nämlich im vorderen unteren Quadranten. In dem einen Fall ließ sich erkennen,

dass die Nadel zuerst in jenem das Trommelfell getroffen hatte, dann aber unter Hinterlassen eines Ritzes nach vorn unten abgeglitten war und hier erst durchgestochen hatte. O. erklärt die Möglichkeit einer solchen Verletzung nur durch den individuell abweichenden, gerade gestreckten Verlauf der Gehörgänge beider Kranken. Auf den Durchlochungen lag ein kleines Blutgerinnsel auf; sie konnten nur mittels Einblasen von Luft durch einen Katheter festgestellt werden, welches ein leises Perforationsgeräusch entstehen ließ. Die Leute wurden unter einfach aseptischem Verschluss der Gehörgänge geheilt.

Ähnliche Verhältnisse bieten die Trommelfellrisse dar, welche durch ein die Ohrgegend treffendes Trauma (meist Schlag mit der Hand, aber auch Hufschlag, 1mal war Niesen die Ursache) entstehen. Hier ist der Riss verschieden gelegen, was durch Zeichnungen erläutert wird. Ein Fall ist interessant auch durch Bildung eines dreieckigen Lappens, welcher nach außen herabhängt und ödematös angeschwollen ist; hier gelingt das Einheilen des Lappens, nachdem er mittels einer Sonde in den Defekt hineingelegt ist und dort durch Tamponade mit sterilisirtem Mull festgehalten wird.

Sehr schwere und dauernde Schädigungen erfuhr das innere Ohr eines Mannes, dessen rechter Warzenfortsatz aus nächster Nähe von einer Platzpatrone getroffen war. Ohne dass eine Zerreißung des Trommelfelles bestanden zu haben schien, wurden allein durch die heftige Erschütterung des Knochens, in welchen das innere Ohr eingebettet ist, Ohrensausen und Schwindelgefühl erzeugt; Anfangs, gleich nach der Verletzung, war auch Erbrechen eingetreten. O. erklärt die Erscheinungen durch Komotion des N. acusticus und macht darauf aufmerksam, dass bei Traumen, welche den Schädel treffen, gerade die Felsenbeinpyramide recht häufig betroffen wird, die Lage des Hörorgans in dieser ihm also gegen Gewalten, die zu Basisbrüchen führen, keinen Schutz gewährt.

Bei Leuten mit der gewöhnlichen Gestalt des Gehörganges kann die Luft beim Fußsprung ins Wasser nicht völlig entweichen, somit durch das eindringende Wasser eine Verletzung des Trommelfelles nicht bewirkt werden. Dagegen glaubt O. einige von ihm beobachtete Trommelfellrisse als direkte Verletzungen durch das einströmende Wasser deuten zu müssen bei Leuten, welche ausnahmsweise einen recht weiten und geraden Gehörgang besitzen. Es erklärt dies die immerhin nicht häufige Entstehung solcher Verletzungen beim Baden.

Umgekehrt entsteht ein Trommelfellriss bei seitlichem Aufschlagen des Kopfes auf das Wasser beim Kopfsprung durch plötzliches Zusammenpressen der Luft im Gehörgang, wodurch auch zugleich Schwindelgefühl und Sausen bewirkt wird.

Hinsichtlich der forensischen und militärärztlichen Beurtheilung zweifelhafter Fälle werden wichtige Fingerzeige gegeben.

Lühe (Königsberg i/P.).

26) Steinbrügge. Ein Fall von Cholesteatom des Schläfenbeines.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 26.)

S. berichtet über einen ähnlichen Fall von Cholesteatombildung wie ihn Blau in dieser Wochenschrift (1896 No. 2) beschrieben hat. Ein 37 Jahre altes Fräulein leidet seit 3 Wochen an rechtsseitiger Ohreiterung, heftigen Schmerzen im Ohre und in der rechten Kopfhälfte. In der Voraussetzung, dass es sich um eine Eiterung des Warzenfortsatzes handelt, wurde dieser nebst der hinteren knöchernen Gehörgangswand schichtweise abgetragen. In der Tiefe des Antrum mastoideum erschien eine weiße, glänzende Cholesteatommasse, welche sich ziemlich vollständig und zusammenhängend herausnehmen ließ. Nach Ausschabung der freigelegten Hohlräume wurden diese mit Jodoformgaze ausgefüllt. Das Cholesteatomgebilde maß 25 mm in der Länge und 15 mm im Breiten- und Höhendurchmesser, bestand aus einem dünnen Balge, welcher das bekannte blättrige Gefüge zahlreicher Hornschichten in sich schloss.

S. zieht aus seiner Beobachtung den Schluss, dass auch diese Ohrraffektion als primäre Geschwulstbildung im Schläfenbein gedeutet werden könne. Er nimmt an, dass die Geschwulst erst nach längerem Wachsthum und nach erfolgter Perforation in den Gehörgang zur Eiterung und Granulationsbildung geführt hat,

welche letztere einen genauen Einblick auf die in Betracht kommenden Theile verhinderte und somit den eigentlichen Verlauf der Erkrankung nicht sicher beurtheilen ließ. Gold (Bielitz).

27) Urquhart (Baltimore). Two cases of abscess in the mastoid region, associated with diabetes mellitus.

(Med. news 1896. No. 12.)

28) Sheppard (Brooklyn). Two cases of acute mastoiditis in persons suffering from diabetes mellitus.

(Ibid. No. 18.)

Verf. der ersteren Mittheilung lenkt die Aufmerksamkeit auf die ganz besondere Neigung zu entzündlichen Processen in der Gegend des Warzenfortsatzes, welche bei der obengenannten Dyskrasie zu bestehen scheint.

Er berichtet über 2 Fälle von akuter Entzündung des Warzenfortsatzes, in einem Fall vergesellschaftet mit eitriger Mittelohrentzündung, in denen er, da eine anderweitige Ursache nicht nachweisbar war, den bestehenden Diabetes mellitus als ursächliches Moment glaubt ansprechen zu müssen.

Die zweite Mittheilung ist durch die erstere angeregt. Verf. fand, dass unter 175 Erkrankungen der Regio mastoidea, welche er beobachtet hatte, sich 2 befanden, welche Diabetiker betrafen. Da aber in beiden Fällen wohlbegründete anderweitige Ursachen vorlagen — es hatten beide Fälle mit einem Mittelohrkatarrh begonnen, welcher in einem Fall durch Aufziehen von Salzwasser durch die Nase, im anderen durch vorhergehende Influenza bedingt war — so glaubt Verf., dass das Zusammentreffen mit Diabetes ein nur zufälliges war.

Strauch (Braunschweig).

29) E. Schmiegelow. Über akute Osteomyelitis des Oberkiefers.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Ein 10 Wochen altes, bis dahin ganz gesundes Kind erkrankte plötzlich unter hohem Fieber und leichten Krämpfen; nach einigen Tagen bekam es eine starke Geschwulst der ganzen rechten Oberkiefergegend, Ödem der rechten Augenlider, Geschwulst und Druckempfindlichkeit des Alveolarfortsatzes und der rechten Hälfte des harten Gaumens. Nach wiederum einigen Tagen brach ein kleiner Abscess entsprechend der Stelle des Eckzahnes am inneren Alveolarrande durch, bald stellte sich auch übelriechender Eiterausfluss aus dem rechten Nasenloche ein. Mit der Erleichterung des Eiterabflusses und Ausstoßung zahlreicher kleiner und stark abgenagter Sequester besserte sich der Allgemeinzustand. Hinter der Fistel, an Stelle des Eckzahnes, fand Verf. die Anlage des Backzahnes und extrahirte sie mit Leichtigkeit, an dieser Stelle drang dann die Sonde leicht in die Kieferhöhle. Unter täglichen Ausspülungen von der Alveolarfistel aus besserte sich der Zustand, der Ausfluss aus der Nase wurde ganz gering, die Anschwellung des Gesichtes nahm ab, so dass nach einem Jahr nur noch eine geringe Schwellung unter dem rechten Auge zu sehen war. Verf. hat ähnliche Fälle nur noch 2 in der Litteratur finden können, stets handelte es sich um ganz junge Kinder in den ersten Lebenswochen, bei welchen die Kieferhöhle noch gar nicht entwickelt, sondern mit einer dicken Bindegewebabekleidung ausgefüllt ist. Deshalb kann man seiner Ansicht nach nicht von einem Empyem der Kieferhöhle reden, sondern muss den mit Knochennekrose einhergehenden Process als akute Osteomyelitis bezeichnen. (Ein 4. Fall wird übrigens von Moure neuerdings in seinem Aufsatz über die Kieferhöhlenempyeme im Kindesalter (Revue de laryngol. 1896) erwähnt Ref.).

Telchmann (Berlin).

30) Gibelli. Sopra un caso di osteoma teleangectasico del mascellare superiore.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1896. No. 6 u. 7.)

Fall von teleangektatischem Osteom (Angioma ossificans Lücke), welches vom Oberkiefer ausgehend, die rechte Nasenhöhle verstopfte und beim Operations-

versuch durch gewaltige Blutung zu hochgradiger, das Leben gefährdender Anämie führte, so dass die Entfernung erst in einer zweiten Sitzung gelang.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

31) L. Réthi. Über Zufälle nach Nasenoperationen.

(Archiv für Laryngologie Bd. IV. Hft. 3.)

Mittheilung eines Todesfalles im Anschluss an die Operation von Nasenpolypen. Die Sektion ergab Septikopyämie mit hämorrhagischer Nierenentzündung, Unterhautzellgewebe- und Gelenkeiterung, Venenthrombose in der Pia mater und eitrige Hirnhautentzündung. Die Ansicht verschiedener Autoren, dass die zur Verhütung einer Nachblutung angewendete Tamponade die Ursache für solche Operationsfolgen abgibt, indem sie zur Sekretstauung führe, wird vom Verf. nicht getheilt.

Teichmann (Berlin).

32) E. Fehrenbach. Die Hasenscharten auf der Göttinger chirurgischen Klinik vom April 1885 bis Oktober 1895.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 81.)

Ein statistischer Bericht über 210 Hasenschartenoperationen. Wie immer ist das männliche Geschlecht (143 Individuen = 68%) stärker betroffen als das weibliche (67 Fälle = 32%). Dieser Geschlechtsunterschied in der Häufigkeit wird, je hochgradiger die Missbildung, desto auffälliger, wie dies des Näheren eine Tabelle zeigt. Einseitige Hasenscharten waren 152 — und zwar 112 linksseitige und 40 rechtsseitige; doppelseitige 59 vorhanden. Es folgen technische Auseinandersetzungen über die von König geübten Verfahren der Operation, die, abweichend von den Grundsätzen anderer Chirurgen, zu jeder Lebenszeit, auch schon in den ersten Tagen vorgenommen wird, worauf hier nicht einzugehen ist. Was die unmittelbaren Resultate der Operation betrifft, so sind 9 Kinder noch in der Klinik gestorben, von denen 7 doppelseitige Hasenscharten mit vortretendem Zwischenkiefer, also einen sehr schweren Missbildungsgrad hatten. Im Übrigen wurde registriert: guter Erfolg in 166, theilweiser Erfolg in 25, kein Erfolg in 6, unbekannter in 4 Fällen. Über das weitere Schicksal der Operirten wurden durch persönliche und schriftliche Erkundigungen thunlichst genaue Nachforschungen angestellt, und über 198 Pat. verwertbare Nachrichten eingezogen. Von diesen waren noch 115 (58,2) am Leben, 83 (41,8%) verstorben. Das kosmetische Resultat war zumeist als befriedigend gemeldet; auch öfter mitgetheilt, dass vorhanden gewesene Kieferspalt: theils sich geschlossen, theils eine Verkleinerung erfahren haben. Ein wegen einseitiger durchgehender Hasenscharte mit starker Vorrangung des Zwischenkiefers mittels Verlagerung des Zwischenkiefer-Alveolarfortsatzes operirter Fall (Durchmeißelung des Fortsatzes und Naht) zeigte die Alveolarfortsatzränder zu einem regelmäßigen Bogen geschlossen, den medialen Schneidezahn entsprechend dem vorgenommenen Meißelschnitt fehlend. Von den wegen doppelseitiger durchgehender Hasenscharte mit Vorrangung des Zwischenkiefers mit der ohne die v. Bardeleben'sche Reposition des Zwischenkiefers Operirten wurde durchweg Beweglichkeit des Mittelstückes gemeldet. Dazu häufiges Fehlen der Zähne auf letzterem und oft schlechte Beschaffenheit der Lippe, Schmalheit derselben, starke Spannung, deutliche Kerben. Ein mit Exstirpation des Zwischenkiefers behandelter Fall zeigte breiten Kieferspalt und Eingesunkensein der Oberlippe an dieser Stelle. Besonders interessant sind die specielleren Untersuchungen über Mortalität der Hasenschartenkinder, welche beim Vergleich mit den gleichen Statistiken anderer Autoren auffällig ähnliche Zahlen, also eine typische Regelmäßigkeit ergeben. Verf. zählt eben so wie Abel, welcher die Hasenscharten aus der Göttinger Klinik von 1875—1882 bearbeitete, und Müller, welcher mehrere verschiedene Berichte zusammenfasste, für sich separat: 1) die Mortalität in den ersten 2 Wochen nach der Operation, 2) diejenige in der 3. Woche bis 3. Monat, 3) die Mortalität im Ganzen.

Die Mortalitätsprocentzahlen betragen für

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
bei Fahrenbach	7,5	10,7	41,8
bei Abel	8,9	17,8	33,3
bei Fahrenbach und Abel zusammen	8,0	12,8	39,2
bei Müller	9,0	13,8	38,0

Es geht also durchschnittlich der 5. Theil der Operirten im 1. Vierteljahr nach der Operation zu Grunde. Im Übrigen ergeben die Zählungen auch, dass die Operationsmortalität mit der Schwere der Missbildung zunimmt, dagegen mit dem zunehmenden Alter der Operirten abnimmt. Es ist daher nicht auffällig, wenn Kliniken, wie die Tübinger, welche die Operation im 1. Monate vermeiden und die schweren Missbildungsgrade erst im 2. Jahre vornehmen, durchschnittlich eine etwas geringere Mortalitätsziffer haben (34%) als die Göttinger, wo schon frühzeitig operirt wird (mit 39,2%). Sterben doch Hasenschartenkinder ohnehin zahlreicher als normale Kinder. Wenn König die frühzeitige Operation bevorzugt, geschieht es in der Annahme, dass die Prädisposition der Hasenschartenkinder zu tödlichen Erkrankungen in Folge ihrer Missbildung gerade durch die baldige Operation am ersten beseitigt wird. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

33) Z. Srebrny. Sycosis der Oberlippe in Folge von Nasenkrankheiten.

(Medycyna 1896. No. 41 u. 42.)

Verf. hat in 4 Fällen von hartnäckiger, jedweder Behandlung trotztender Sycosis eine chronische Eiterung in der Nase, und zwar 2mal in Folge Nekrose der Ethmoidalsellen und 2mal wegen eines gleichartigen Processes im Keilbeine, sichergestellt. Nach Behebung dieses Leidens bezw. nach Excochleation der erkrankten Knochen und Entfernung von Sequestern aus denselben erfolgte auch dauernde Heilung der Sycosis. Verf. macht wohl mit Recht auf die besondere Wichtigkeit einer präcisen Untersuchung der Nase bei jeder Sycosis aufmerksam.

Trzebielky (Krakau).

34) Laforgue. Mode particulier du début des oreillons.

(Méd. moderne 1896. No. 78.)

L. beobachtete unter 83 Fällen von Parotitis 12mal Hodenschwellung. In 5 Fällen aber trat gleich nach dem Anschwellen der Speicheldrüsen eine entzündliche Adenitis der Hals- und Unterkieferlymphdrüsen auf, 2 Pat. hatten gleichzeitig Hodenschwellung. 3 hatten nur schlechtes Allgemeinbefinden, 2 aber Erbrechen, Schwindel, Benommenheit. Alle machten den Eindruck von Allgemeininfektion. Sämmtliche Fälle gingen in Heilung aus. Eine bakteriologische Untersuchung ist daher auch nicht gemacht.

Roesing (Hamburg).

35) F. Pluder und W. Fischer. Über primäre latente Tuberkulose der Rachenmandelhyperplasie.

(Archiv für Laryngologie Bd. IV. Hft. 3.)

Unter 32 Fällen von Rachenmandelhyperplasie haben die Verff. bei der mikroskopischen Untersuchung des entfernten Gewebes 5mal Tuberkelablagerungen gefunden, gewöhnlich dicht unter dem Epithel. Das entspräche einem Procentsatz von etwa 16%, dem höchsten, der bis jetzt von den Autoren über diesen Gegenstand mitgetheilt ist. Auch die Verff. halten die Hyperplasie der Rachen tonsille für das Primäre, die tuberkulöse Infektion für das Sekundäre. In keinem der 5 Fälle waren anderweitige tuberkulöse Herde nachweisbar. Daraus ergibt sich die Nothwendigkeit und Wirksamkeit einer radikalen Entfernung der Rachenmandel zur Verhütung weiterer Infektion des Organismus. **Teichmann** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10.

Sonntag, den 13. März.

1897.

Inhalt: I. J. Riedinger, Anbildung und Schwund oder Erhaltung der Substanz und der Funktion? — II. F. Bähr, Wolff's Transformationsgesetz und die Hüter-Volkmanzsche Drucktheorie. (Originalmittheilungen.)

1) Wolff, Die funktionelle Pathogenese der Deformitäten. — 2) Ghillini, Experimentelle Knochendeformitäten. — 3) af Schultén, Füllung von Knochenhöhlen. — 4) Pincus, Myositis progressiva ossificans. — 5) Franke, Sehnenüberpflanzung. — 6) Berkhoff, Wirbelbrüche. — 7) Hoffa, Spondylitis. — 8) Czwiklitzer, Bösartige Kehlkopfgeschwülste. — 9) Katzenstein, Exstirpation der Schilddrüsenerven. — 10) De Luca und D'Angerio, Schilddrüse. — 11) Riedel, Basedow'sche Krankheit. — 12) Pfanz, Dermoidcysten des Mediastinum anticum. — 13) Jacobson, Amput. fem. intercondylica.

14) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 15) Chalot, Aneur. cirsoïdes des Kopfes. — 16) D'Arcy Power, Cystisches Lymphangiom. — 17) Kuttner, Chorditis vocalis. — 18) Hansberg, Kehlkopfkrebs. — 19) Fischer, Zur Pathologie der Thymus. — 20) Ciechomski, Speiseröhrenstriktur, Magenvorfall durch Magenstiel. — 21) Berger, Speiseröhrenstriktur. — 22) Commandeur, Armmisbildung. — 23) Dittmer, Knochenbrüche. — 24) Scheller, Lux. humeri erecta; Halsrippe. — 25) Vallas, Osteomyelitis. — 26) Tixier, Radialislähmung. — 27) Thiem, Beckenbruch. — 28) Delagénière, Ischias. — 29) Ruotte, Knöchelbruch. — 30) Spengler, Fußtuberkulose.

I. Anbildung und Schwund oder Erhaltung der Substanz und der Funktion?

Von

Dr. J. Riedinger in Würzburg.

Mit der Aufstellung des Satzes, dass bei der Entstehung der Deformitäten statisch werthlose Knochenbälkchen durch statisch brauchbare ersetzt werden, hat Julius Wolff einer Theorie ein Ende bereitet, der er zugleich den nur noch historisch wichtigen Namen der »Drucktheorie« gegeben hat. An die Stelle der Drucktheorie hat Julius Wolff die Theorie der Formbildung durch die Funktion gesetzt. Auf Grund mathematischer, anatomischer und klinischer Betrachtungen kommt er zu einem Resultat, welches als das Vorwiegende das Gegentheil von dem ergibt, was früher gelehrt wurde.

Diese Theorie von Julius Wolff enthält den Satz: »An allen Stellen der Druck- und Zugspannung findet Anbildung, an allen Stellen der Schubspannung findet Schwund statt.«

Die beiden Begriffe Anbildung und Schwund lassen sich nicht zu einem Ganzen vereinigen. Die Abwicklung zweier entgegengesetzter Vorgänge in einem Organ oder System muss aber zu einer Störung des Gleichgewichtes führen und ist deshalb unzweckmäßig.

Die Auffassung der Formbildung durch die Funktion nach Julius Wolff widerspricht dem Princip der Zweckmäßigkeit alles dessen, was wir vom Leben wissen.

Wir treten der Wahrheit näher, wenn wir statt des Wortes Formbildung das Wort Formerhaltung setzen.

Die Form ist das Produkt von Substanz und Kraft. Beide sind in der Form untrennbar mit einander vereinigt. Formerhaltung ist also gleichbedeutend mit Erhaltung der Substanz und Erhaltung der Kraft.

Eine Veränderung der Form muss also nach zwei Seiten erfolgen, und zwar nach der Seite des Substantiellen und nach der Seite des Funktionellen.

Das Princip der Erhaltung der Substanz ist von Lavoisier und das Princip der Erhaltung der Kraft von Julius Robert Mayer schon längst festgestellt. Bilden diese beiden Principien nicht die feste Grundlage aller wissenschaftlichen Naturerkenntnis?

Die Biologie hat bis jetzt noch keine Beweise für dieselben angeführt. Was hindert uns aber, unter der Erkenntnis dieser Wahrheiten alle Lebensvorgänge zu betrachten? Nur wenn wir dies befolgen, ist eine gemeinsame Grundlage gegeben für alle Naturwissenschaften als Gesamtwissenschaft. Dass diese gemeinsame Grundlage bis jetzt nicht erkannt war, beweist die Aufstellung eines Transformationsgesetzes seitens Julius Wolff's.

Die Formbildung durch die Funktion ist eine Prämisse des Schlussatzes, der zur Aufstellung dieses Gesetzes Veranlassung gegeben hat. Die Prämisse ist hinfällig. Es kann desshalb neben den angeführten Gesetzen ein eigenes Transformationsgesetz der Knochen seinen Platz nicht mehr behaupten. Erhaltung, nicht Schwund und Anbildung muss die Parole lauten.

Die Struktur ist eine funktionelle. Das ist der Punkt, an dem ich mit Julius Wolff wieder zusammentreffe. Jede Struktur ist aber eine funktionelle, weil Struktur der Ausdruck der Substanzanordnung ist, deren letzte Ursache die Funktion ist.

Biegen wir einen geraden Gummibalken so, dass er einen Gewölbebogen darstellt, so verdichtet und verkürzt sich die Seite der Konkavität und dehnt und verlängert sich die Seite der Konvexität. Nichts geht am Gummibalken verloren, nichts wird angesetzt. Die Form ist durch eine Kraft wohl verändert, die Substanz bleibt aber hinsichtlich des Gewichtes und der Zahl der Moleküle erhalten.

Wir sehen zugleich, dass an den Stellen, an denen eine Vergrößerung des Umfanges erfolgt, der Inhalt im Verhältnis zum Umfang sich verringert.

Derselbe Vorgang vollzieht sich bei der Deformirung eines Knochens. An den Stellen vermehrten Druckes ist der Umfang verringert, der Inhalt im Verhältnis zum Umfang vergrößert. An den Stellen der Druckentlastung ist der Umfang vergrößert, der Inhalt im Verhältnis zum Umfang verringert.

Weder die Zahl der Bälkchen noch das Gewicht derselben hat nach Beendigung des Processes etwas verloren oder etwas gewonnen. Das von Julius Wolff mehrfach erwähnte und abgebildete Präparat der Tibia valga beweist nicht das Gegentheil, weil die feinen Knochenbälkchen auf der konvexen Seite dieses Präparates verletzt und zum Theil ausgefallen sind.

Es wird jetzt leichter sein, die scheinbare Hypertrophie der konvexseitigen Querfortsätze der skoliotischen Wirbelsäule zu erklären, ja die Struktur der skoliotischen Wirbelsäule selbst. Bei der Entstehung und im Verlauf der Skoliosis finden wir die merkwürdige Tendenz der Wirbelsäule, ihre Form beizubehalten, indem die Übergangsstellen der einen Curvatur in die andere in der lothrechten Ebene bleiben. Diese Übergangsstellen bilden die Mittelpunkte, von denen aus die scheinbare »Transformation« vor sich geht. Im weiteren Verlauf der Skoliosis nähern sich diese Mittelpunkte mehr und mehr, so dass sie das Bild einer seitlichen Verkrümmung der Wirbelsäule darstellt mit der charakteristischen Torsion der Wirbelkörper. Der Beginn der Erkrankung ist aber keine seitliche Verkrümmung, sondern eine Umwendung der Curvaturen aus der sagittalen in die frontale Richtung. Für die typische Rechtswendung der Brustkonvexität und die kompensatorische Linkswendung der Lendencurvatur ist die häufigere Vorwärtsführung und Erhöhung der rechten Schulter als Konsequenz der Rechtshändigkeit verantwortlich zu machen. Es ist leicht verständlich, wo die Kompression zuerst ein scheinbar pathologisches Produkt erzeugen muss, wenn wir uns an einer skoliotischen Wirbelsäule die Schwerlinie konstruieren. Denn auch die Form ist der Ausdruck der Funktion.

Ein Beispiel hierfür, dass die Struktur eine funktionelle ist, ergibt sich aus der Betrachtung des distalen Endes des Femur. Wir können hier an frontal gerichteten Sägeschnitten die schönsten Gewölbebogen konstruieren; deren Entstehung auf Zug seitens des Gastrocnemius zurückzuführen ist, und dessen Bälkchen deshalb als Zugbälkchen bezeichnet werden können.

Wir können nun weiter die Wahrnehmung machen, dass der proximale Abschnitt des Femur im Princip eben so gebaut ist, wenn wir den Oberschenkel umkehren. Wir sehen ferner an Durchschnitten durch das obere und untere Ende dieses Knochens, und zwar in Ebenen, die sich rechtwinklig kreuzen — man vergleiche den von links nach rechts gehenden mittleren Durchschnitt des oberen

Diese Theorie von Julius Wolff enthält den Satz: »An allen Stellen der Druck- und Zugspannung findet Anbildung, an allen Stellen der Schubspannung findet Schwund statt.«

Die beiden Begriffe Anbildung und Schwund lassen sich nicht zu einem Ganzen vereinigen. Die Abwicklung zweier entgegengesetzter Vorgänge in einem Organ oder System muss aber zu einer Störung des Gleichgewichtes führen und ist deshalb unzweckmäßig.

Die Auffassung der Formbildung durch die Funktion nach Julius Wolff widerspricht dem Princip der Zweckmäßigkeit alles dessen, was wir vom Leben wissen.

Wir treten der Wahrheit näher, wenn wir statt des Wortes Formbildung das Wort Formerhaltung setzen.

Die Form ist das Produkt von Substanz und Kraft. Beide sind in der Form untrennbar mit einander vereinigt. Formerhaltung ist also gleichbedeutend mit Erhaltung der Substanz und Erhaltung der Kraft.

Eine Veränderung der Form muss also nach zwei Seiten erfolgen, und zwar nach der Seite des Substantiellen und nach der Seite des Funktionellen.

Das Princip der Erhaltung der Substanz ist von Lavoisier und das Princip der Erhaltung der Kraft von Julius Robert Mayer schon längst festgestellt. Bilden diese beiden Principien nicht die feste Grundlage aller wissenschaftlichen Naturerkenntnis?

Die Biologie hat bis jetzt noch keine Beweise für dieselben angeführt. Was hindert uns aber, unter der Erkenntnis dieser Wahrheiten alle Lebensvorgänge zu betrachten? Nur wenn wir dies befolgen, ist eine gemeinsame Grundlage gegeben für alle Naturwissenschaften als Gesamtwissenschaft. Dass diese gemeinsame Grundlage bis jetzt nicht erkannt war, beweist die Aufstellung eines Transformationsgesetzes seitens Julius Wolff's.

Die Formbildung durch die Funktion ist eine Prämisse des Schlusssatzes, der zur Aufstellung dieses Gesetzes Veranlassung gegeben hat. Die Prämisse ist hinfällig. Es kann deshalb neben den angeführten Gesetzen ein eigenes Transformationsgesetz der Knochen seinen Platz nicht mehr behaupten. Erhaltung, nicht Schwund und Anbildung muss die Parole lauten.

Die Struktur ist eine funktionelle. Das ist der Punkt, an dem ich mit Julius Wolff wieder zusammentreffe. Jede Struktur ist aber eine funktionelle, weil Struktur der Ausdruck der Substanzanordnung ist, deren letzte Ursache die Funktion ist.

Biegen wir einen geraden Gummibalken so, dass er einen Gewölbebogen darstellt, so verdichtet und verkürzt sich die Seite der Konkavität und dehnt und verlängert sich die Seite der Konvexität. Nichts geht am Gummibalken verloren, nichts wird angesetzt. Die Form ist durch eine Kraft wohl verändert, die Substanz bleibt aber hinsichtlich des Gewichtes und der Zahl der Moleküle erhalten.

Wir sehen zugleich, dass an den Stellen, an denen eine Vergrößerung des Umfanges erfolgt, der Inhalt im Verhältnis zum Umfang sich verringert.

Derselbe Vorgang vollzieht sich bei der Deformirung eines Knochens. An den Stellen vermehrten Druckes ist der Umfang verringert, der Inhalt im Verhältnis zum Umfang vergrößert. An den Stellen der Druckentlastung ist der Umfang vergrößert, der Inhalt im Verhältnis zum Umfang verringert.

Weder die Zahl der Bälkchen noch das Gewicht derselben hat nach Beendigung des Processes etwas verloren oder etwas gewonnen. Das von Julius Wolff mehrfach erwähnte und abgebildete Präparat der Tibia valga beweist nicht das Gegentheil, weil die feinen Knochenbälkchen auf der konvexen Seite dieses Präparates verletzt und zum Theil ausgefallen sind.

Es wird jetzt leichter sein, die scheinbare Hypertrophie der konvexseitigen Querfortsätze der skoliotischen Wirbelsäule zu erklären, ja die Struktur der skoliotischen Wirbelsäule selbst. Bei der Entstehung und im Verlauf der Skoliosis finden wir die merkwürdige Tendenz der Wirbelsäule, ihre Form beizubehalten, indem die Übergangsstellen der einen Curvatur in die andere in der lothrechten Ebene bleiben. Diese Übergangsstellen bilden die Mittelpunkte, von denen aus die scheinbare »Transformation« vor sich geht. Im weiteren Verlauf der Skoliosis nähern sich diese Mittelpunkte mehr und mehr, so dass sie das Bild einer seitlichen Verkrümmung der Wirbelsäule darstellt mit der charakteristischen Torsion der Wirbelkörper. Der Beginn der Erkrankung ist aber keine seitliche Verkrümmung, sondern eine Umwendung der Curvaturen aus der sagittalen in die frontale Richtung. Für die typische Rechtswendung der Brustkonvexität und die kompensatorische Linkswendung der Lendencurvatur ist die häufigere Vorwärtsführung und Erhöhung der rechten Schulter als Konsequenz der Rechtshändigkeit verantwortlich zu machen. Es ist leicht verständlich, wo die Kompression zuerst ein scheinbar pathologisches Produkt erzeugen muss, wenn wir uns an einer skoliotischen Wirbelsäule die Schwerlinie konstruiren. Denn auch die Form ist der Ausdruck der Funktion.

Ein Beispiel hierfür, dass die Struktur eine funktionelle ist, ergibt sich aus der Betrachtung des distalen Endes des Femur. Wir können hier an frontal gerichteten Sägeschnitten die schönsten Gewölbebogen konstruiren; deren Entstehung auf Zug seitens des Gastrocnemius zurückzuführen ist, und dessen Bälkchen deshalb als Zugbälkchen bezeichnet werden können.

Wir können nun weiter die Wahrnehmung machen, dass der proximale Abschnitt des Femur im Princip eben so gebaut ist, wenn wir den Oberschenkel umkehren. Wir sehen ferner an Durchschnitten durch das obere und untere Ende dieses Knochens, und zwar in Ebenen, die sich rechtwinklig kreuzen — man vergleiche den von links nach rechts gehenden mittleren Durchschnitt des oberen

Endes mit dem von vorn nach hinten gehenden mittleren Durchschnitt des unteren Endes —, dass die Anordnung der Knochenbälkchen, für welche die Bezeichnung Druckbälkchen angewendet werden kann, wenn wir uns die statische Bedeutung der Muskulatur vergegenwärtigen, oben und unten ideell dieselbe ist. Der Oberschenkel ist also oben und unten ein Träger, der sich nicht mit einem Krahn, wie Culmann und Julius Wolff annehmen, sondern mit einem Pfeiler vergleichen lässt.

Wir finden somit, dass jeder Abschnitt eines Knochens, der belastet wird (und welcher wird nicht belastet?) danach beurtheilt werden muss, welchen Theil eines Gewölbes er darstellt. So stellt das Becken eine Kuppel dar, deren Struktur je aus dem einen Widerlager des pfeilerähnlichen Oberschenkels hervorgeht, ebenso wie das Schädeldach die Schädelhöhle und den Wirbelsäulenkanal als Gewölbe abschließt.

Der Oberschenkel ist, wie wir gesehen haben, um seine Längsachse gedreht, was E. Fischer ausführlicher behandelt hat. Wir vermögen diese Drehung aus dem Princip der Erhaltung der Substanz und dem der Erhaltung der Funktion zu erklären, in welche Principien sich das von E. Fischer aufgestellte Drehungsgesetz ebenfalls auflöst. Denn was für die Substanz Raum und Inhalt, bedeutet für die Energie Spannung und Bewegung.

Diese Principien gelten für die belebte Natur wie für die unbelebte, für die gesunde wie für die kranke. Sie liegen jedem Heilungsvorgang zu Grunde. Ihre Erkenntnis ruft deshalb eine Fülle von Anregungen für die Medicin hervor.

Zum Schlusse möchte ich nur noch darauf hinweisen, dass es nothwendig ist, die erworbenen Deformitäten je nach der Ätiologie einzutheilen in funktionelle und konstitutionelle.

II. Wolff's Transformationsgesetz und die Hüter-Volkman'sche Drucktheorie.

Von

Ferdinand Bähr in Hannover.

Julius Wolff hat die Drucktheorie vollständig verworfen. Er kommt auf Grund seiner Krahnbetrachtungen über den Oberschenkelknochen zu dem Schlusse, »dass da, wohin Hüter beim Genu valgum die gesammte Wirkung der Belastung gelegt hat, den Facetten der Femurkondylen und der Knorpeloberfläche der Tibia, diese Druckwirkung nahezu gleich Null ist, und dass sie auch da, wohin sie die meisten anderen Autoren verlegten, am Epiphysenknorpel, noch eine so überaus geringfügige ist, dass sie gegenüber den in der Diaphysenmitte des Knochens sich geltend machenden mächtigen Wirkungen der Belastung kaum noch überhaupt in Betracht kommen kann«.

Dies das Resultat der mathematischen Widerlegung der Drucktheorie, wogegen bekanntlich von Korteweg, Lorenz, Ghillini Einsprache erhoben wurde.

Da Wolff bei seiner Betrachtung nur den Knochen berücksichtigt hat, so darf ich folgendes einfache Beispiel wählen. Das Femur hat bekanntlich die Aufgabe, die von oben kommende Belastung indirekt an den Boden zu übertragen. Ich betone hier, dass zur Klarheit die einfachsten mechanischen Vorstellungen ausreichen, es bedarf keiner besonderen mathematischen Beweisführung. Wir nehmen einen Spazierstock, dem wir der Genauigkeit halber die Gestalt des Femur geben. Wir stellen den Stock so auf die Erde, dass seine Achse der Winkelstellung, welche das Femur zur Tibiaoberfläche einnimmt, entspricht. Wir drücken auf sein »Caput« mit einem Gewicht von 30 kg, so wird der Stock auf den Boden drücken mit 30 kg (+ seinem Eigengewicht). Den minimalen Horizontalschub wollen wir unberücksichtigt lassen, er wird am Kniegelenk ja auch durch Muskel-Bandwirkung etc. aufgehoben. Der so beschaffene Stock wird auf Biegung beansprucht, es treten in seinem Inneren allerhand Spannungen auf (meinethalben Hunderte von Kilogramm im Verhältnis zu den 30 kg); die Größe dieser Spannungen ist für seine Einwirkung auf die Unterlage völlig gleichgültig. Ist der Boden lose, so drückt der Stock ein Loch in den Boden; und zwar geht dieser Eindruck so weit, bis das Material, sei es durch die Zusammenpressung, sei es aus anderen Gründen, eine genügende Gegenkraft von 30 kg besitzt. Ersetzen wir das untere Ende des Stockes durch Gummi, so wird dieser bei festem Boden genau so zusammengedrückt, als ob wir ihn direkt mit 30 kg belasten. In unserem Beispiel repräsentirt der Boden die Tibiaoberfläche, welche eine Auflagerreaktion von 30 kg (+ dem Eigengewicht des Oberschenkels) erfährt, der Gummi die Epiphyse. Wie die Tibiaoberfläche den 30 kg Widerstand leisten muss, muss die Epiphyse der von unten wirkenden Auflagerreaktion widerstehen, resp. beide erfahren eine Druckbeanspruchung von 30 kg (sc. + dem Eigengewicht des Oberschenkels), immer unbekümmert um die relative Größe der Beanspruchungen, welche das Femur an anderen Stellen erfährt.

Wäre nun der Oberschenkelknochen ein Krahn, so müsste, wenn die Maximaldruckbeanspruchung in der Mitte der Diaphyse läge, der Beweis erbracht werden, dass das Femur dort gerade eingemauert ist, nehmen wir an, in die Weichtheile; eine andere Vorstellung ist jedenfalls nicht denkbar. Das Femur ist aber entweder an jeder Stelle oder an keiner als eingemauert zu betrachten, und es wird somit hinfällig, den sogenannten »gefährlichen Querschnitt« mit Wolff in die Diaphysenmitte zu legen. Weit eher wäre zutreffend, das Femur am Kniegelenk als eingespannt zu betrachten, dann aber fiel der gefährliche Querschnitt (die Stelle, wo der einseitig eingespannte, am freien Ende belastete Balken am

meisten der Gefahr des Abbrechens ausgesetzt ist) in die Nähe der Ebene der Kondylenfacetten und damit die Maximaldruckbeanspruchung in die Nähe der inneren Kondylenfacette, aber nicht in die Diaphysenmitte.

In Wirklichkeit hat das Femur keinen Anspruch auf die Vergleichung mit einem Krahn, — auch bei Statikern existiren seit Langem Zweifel an der Richtigkeit der Krahntheorie —; ich werde in einer ausführlichen Arbeit den Beweis für die Unrichtigkeit derselben bringen, betone aber gleich hier, dass jede diesbezügliche Erklärung sich nicht auf den Knochen beschränken darf, sondern nothwendigerweise den mächtigen Zugwirkungen der Muskulatur und anderer Weichtheile Rechnung tragen muss. Hirsch, dem — wenn ich auch seine diesbezüglichen Ausführungen nicht ganz für richtig halte —, nachgesagt werden muss, dass er in seiner Abhandlung über die mechanische Bedeutung der Schienbeinform sehr tief in die Statik eingedrungen ist, hat wahrscheinlich Recht, wenn er sagt, der Schaft des Femur erfahre in frontaler Ebene in der Regel keine Biegungsbeanspruchung, was eben die Quintessenz der Wolff'schen Krahntheorie ist.

1) J. Wolff. Die Lehre von der funktionellen Pathogenese der Deformitäten.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 4.)

In der vorliegenden Arbeit giebt W. eine eingehende Begründung seiner Lehre von der funktionellen Pathogenese der Deformitäten, welche eigentlich nur einen Theil der von ihm aufgestellten allgemeinen Lehre von der funktionellen Knochengestalt bildet. Er legt daher zunächst noch einmal entsprechend den klassischen Darstellungen in seinem großen fundamentalen Werk über die Transformation der Knochen gegenüber der Drucktheorie seine Anschauungen klar, welche in folgendem Satz ihren kurzen Ausdruck finden: an allen Stellen der Druck- und Zugspannung findet Anbildung, an allen Stellen der Schubspannung findet Schwund statt, und zwar direkt proportional der Größe der an jeder betroffenen Stelle wirkenden Kraft.

Nach theoretisirenden mathematischen Ausführungen wird nunmehr von W. nochmals unter Hinweis auf die genauen Darlegungen im genannten Werk die vollkommenste Übereinstimmung der Resultate der Rechnung mit den anatomischen Befunden bewiesen; er zeigt, dass sich überall auf der Seite des vermehrten Druckes Anbildung, an der konvexen, druckentlasteten Seite dagegen stets Schwund und Auflockerung der Corticalis und Spongiosa nachweisen lässt. Ganz besonders hebt Verf. noch hervor, dass die konstant auftretende Höhenabnahme der konkavseitigen Processus transversi einer skoliothischen Wirbelsäule und die entsprechende Höhenzunahme der konvexseitigen durchaus keine Erklärung in der Drucktheorie findet

oder auch nur finden kann, da ja thatsächlich wohl eine Raumbeschränkung, aber keine Berührung und somit überhaupt kein Druck stattgefunden hat. Das Maß dieser Formveränderung ist vielmehr lediglich bedingt durch den Krümmungsgrad der Wirbelsäule an der betreffenden Stelle und somit abhängig von den hierdurch gegebenen Raumverhältnissen; wir finden also eine Anpassung an den Raum, welche, wie W. nachweist, identisch ist mit einer solchen an die Funktion. Es kann ausgeschlossen werden, dass es sich bei der Höhenabnahme der Processus transversi, wie Hoffa annimmt, um Inaktivitätsatrophie handle, da an völlig ankylotischen Wirbeln sich keineswegs hochgradigere Veränderungen finden als an den Stellen gleichstarker Krümmung der Wirbelsäule bei erhaltener Beweglichkeit, da ferner der in der Höhenrichtung verschmälerte konkavseitige Processus transversus neben der Dickenabnahme eine deutliche Verlängerung in der Breitenrichtung zeigt, und es schließlich unverständlich wäre, warum der konvexseitige, unter gleichen Verhältnissen stehende Querfortsatz nicht gleichen Veränderungen anheimfällt. Nicoladoni's Theorie der hydrostatischen Blähung (cf. d. Centralblatt 1895 p. 333) entbehrt des anatomischen Beweises und ist unpathologisch, da chronischer lokaler Überdruck stets schnell durch die Cirkulation ausgeglichen werden würde.

Die sehr anschaulichen Zeichnungen im Text unterstützen die W.'sche Beweisführung, welche aus gleichen Gesichtspunkten auch für die Rippen an der Hand exakter Messungen weiter durchgeführt wird.

Dass die klinischen Betrachtungen an deformen Knochen gleichfalls zur Bestätigung des W.'schen Transformationsgesetzes beitragen und hierdurch einzig und allein ihre zwanglose Erklärung finden, ist vom Verf. anderen Ortes (l. c.) bereits ausführlich gezeigt worden.

Als einfache logische Schlussfolgerung ergibt sich aus der Annahme einer auf festen, durch die Beanspruchung bestimmten mathematischen Principien aufgebauten inneren Architektur der Knochen, dass auch die äußere normale oder pathologische Knochenform durch die Funktion gegeben ist, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der äußere Kontour des Knochens lediglich die äußersten Kurven des ganzen Systems darstellt.

Die anatomischen Untersuchungen haben ferner ergeben, dass in jedem Falle primären Formstörungen oder sonstigen selbständig eingetretenen Störungen der statischen Beanspruchung ganz bestimmte Veränderungen der äußeren Form im Gebiet des ganzen betroffenen Knochens entsprechen. Es ist somit bewiesen, dass pathologisch veränderte, aber doch als Stützorgan weiter funktionierende Knochen jedes Mal eine ganz bestimmte, d. h. funktionelle Gestalt besitzen. Es ergibt sich hieraus folgerichtig, dass, wenn jede geringste pathologische Abänderung der Funktion formverändernd wirkt, für die normale Funktion die normale Form allein übrig bleibt und die einzig mögliche ist; sie ist eben so wie alle anormalen Gestaltungen

genau den verschiedenen Beanspruchungen angepasst, gewissermaßen in sie hineingerechnet.

Eine chirurgische Deformität im engeren oder weiteren Sinne (v. Volkmann) stellt somit lediglich die Transformation der Oberfläche dar, und der Nachweis der anatomischen Übereinstimmung mit dem mathematischen Postulat muss eben so grundlegend, wie es für die Lehre von der funktionellen Knochengestalt war, es auch für die Entstehung der Deformitäten, für die Lehre von der funktionellen Pathogenese derselben sein. Die Deformitäten sind daher als das Ergebnis der Anpassung der (äußeren) Knochengestalt an eine fehlerhafte Beanspruchung, überhaupt nicht als krankhaft aufzufassen, eben so wenig wie die Herzhypertrophie bei Klappeninsuffizienz. Krankhaft ist allein die abgeänderte Inanspruchnahme, die Form dagegen lediglich dieser angepasst als die allein mögliche und zweckmäßige zur Erhaltung der Funktion. Die fehlerhafte Körperhaltung muss demnach nicht als eine Folge, wie es früher geschah, sondern als Ursache der Deformität angesehen werden, sie ist das Mittelglied zwischen den verschiedenartigen entfernten Ursachen der einzelnen Deformitäten und dem bei jeder einzelnen Deformität immer gleichen oder doch sehr ähnlichen anatomischen Effekt, den jene verschiedenen entfernteren Ursachen hervorbringen.

In der im folgenden Abschnitt ausgeführten speciellen anatomischen Begründung der funktionellen Pathogenese der Deformitäten zieht W. zunächst seine bekannten Untersuchungen an der Tibia valga (l. c.) heran und vervollständigt dieselben durch den Nachweis der der inneren Transformation entsprechenden äußeren Gestaltsveränderung. Als solche konnte er nachweisen: 1) die veränderte Winkelstellung der Seitenwände des oberen Diaphysenendes der Tibia zur oberen Gelenkfläche, 2) die an der lateralen Seite sich findende Konkavität (sonst konvex) an der Dia-Epiphysengrenze, 3) die mediale verstärkte Konvexität an der entsprechenden Stelle, und endlich 4) den beiderseits geradlinigen (sonst konkaven) Verlauf der Diaphysenwand in der Höhe der unteren Spongiosagrenze am oberen Knochenende.

Eine in gleicher Weise überzeugende Stütze für seine Lehre findet Verf. in der vielumstrittenen Form des skoliotischen Keilwirbels. W. bestreitet, dass, abgesehen von der Rachitis, eine abnorme Weichheit der Knochen für das Zustandekommen der Skoliose jedes Mal unbedingt erforderlich sei. Er sieht vielmehr lediglich auch hier die Ursache in dem trophischen Reiz der Funktion, in der Anpassung der Form an die durch die veränderten Raumverhältnisse am zusammengehockt gehaltenen Brustkasten veränderten Verhältnisse der statischen Inanspruchnahme aller einzelnen Theile des Brustkastens. Er hebt noch zur Widerlegung der Drucktheorie besonders hervor, es sei sicher nachgewiesen, dass die konkave Seite des Wirbelkörpers thatsächlich an Ausdehnung gewonnen habe (Hoffa), während die konvexe Schwund der Knochenmasse aufweise (Nicoladoni).

Natürlich dürfen diesen Untersuchungen über die harmonisierenden Wechselbeziehungen zwischen der äußeren Form des funktionirenden Knochens und seiner inneren Architektur nicht einzeln herausgegriffene Wirbel zur Grundlage dienen (Lorenz), sondern es muss das ganze Segment ins Auge gefasst und die Zugehörigkeit und Abhängigkeit jedes einzelnen Gliedes der Kette bezüglich seines Nachbarn gehörig gewürdigt werden. Ausgezeichnete klare Abbildungen beweisen diese Behauptung (cf. auch Sitzungsbericht der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins 10. Juni 1895. Ref. d. Centralblatt 1895 No. 33 p. 778).

In einem Schlusskapitel berichtet W. über die von anderen Autoren mitgetheilten Bestätigungen seiner Lehre, so wie die Einwände, welche gegen dieselbe erhoben sind. Widerspruchslos sind seine anatomischen Untersuchungen anerkannt und von Niemandem eine anatomische Grundlage für eine gegentheilige Hypothese erbracht. Der Annahme Roux's, dass das Transformationsgesetz nur für die Periode des funktionell ausgelösten und nicht einem vorhergegangenen Knorpelwachsthum nachfolgendem Knochenwachsthum gelte, hält W. außer Anderem entgegen, dass die meisten oft sehr hochgradigen habituellen Skoliosen etc. erst in oder nach den Pubertätsjahren entstehen. Die Schede'sche Ansicht, dass die Transformation nur einen sekundären, nach primärer, durch entzündliche Erweichung (Spätrachitis) entstandener Formstörung sich abspielenden Process darstellt, widerlegt W. eingehend und beweist, dass ohne funktionelle Anpassung vom ersten Moment der beginnenden Deformation an die Pat. niemals im Stande wären, ihre Knochen zu belasten, ohne sie zu zerbrechen, und somit alle rachitischen Kinder mit verbogenen Röhrenknochen jahrelang bettlägerig sein müssten. Das von Schede für die Drucktheorie herangezogene Beispiel des stärkeren Längenwachsthums eines nicht reponirten luxirten Radius bezeichnet W. als nicht stichhaltig, da es sich hier wohl ausschließlich um Reizwachsthum handelt. Gegen Lorenz, der eine Insufficienz der Anpassung annimmt, hat W. sich bereits früher gewendet (cf. Ref. d. Centralblatt 1894 No. 50 p. 1232).

Die Ghillini'sche Hypothese, der das Transformationsgesetz nur für die Diaphysen, nicht aber für die Epiphysen gelten lassen will, so wie Korteweg's Einwendungen haben, jeder positiven Grundlage entbehrend, keine weitere Bedeutung. Bezüglich dieser detaillirten, für ein Referat ungeeigneten Beweisführung verweisen wir auf das Original.

Als Resultat der Ausführungen des Verf. muss unbedingt anerkannt werden, dass vieles neue Material beigebracht wurde, dagegen von keiner Seite ein stichhaltiger Einwand gemacht werden konnte. Die Lehre von der funktionellen Pathogenese der Deformitäten wird hiermit aus einer Hypothese zur wohlbewiesenen unanfechtbaren Thatsache.

König (Wiesbaden).

2) C. Ghillini. Experimentelle Knochendeformitäten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 4.)

Der Verf. giebt eine kurze und prägnante Übersicht über die historische Entwicklung der Fragen, welche sich mit der normalen Gestalt der Knochen und mit ihren Deformitäten beschäftigen. Von Fick's Ansicht ausgehend, welcher der Existenz, Lokalisation und größeren histoplastischen Intensität der Muskeln, Nervenapparate etc. die Bestimmung der Knochenformen überwies, zeigt er, wie diese Anschauung von Virchow widerlegt ward, der vornehmlich der Thätigkeit der Muskeln eine diesbezügliche Rolle zuerkannte. v. Volkmann war es, der alsdann diese Lehre vom klinischen Standpunkte weiter ausbaute und meinte, dass die Wirkung des Druckes Resorptionsvorgänge im Innern des Knochens herbeiführen könne, und dass bei jugendlichen, im Wachsthum befindlichen Individuen nicht bloß da, wo eine Druckvermehrung stattfindet, das Wachsthum hintangehalten, sondern auch gleichzeitig da, wo der Knochen eine abnorme Druckentlastung oder gar einen Zug erfährt, das Knochenwachsthum verstärkt werde. Meyer wies nun nächst diesen äußeren Knochenveränderungen auch auf den inneren Bau deformirter Knochen hin, und ihm schloss sich Culmann mit weiteren Forschungen an. Sie bestätigten alle die Übereinstimmung zwischen der Richtung der Knochenbälkchen und den Druck- und Zugskurven, welche das graphische Bild der in einem Körper bei bestimmter Belastung sich geltend machenden Kräfte darstellen. In der Folge bekämpfte nun Wolff die Drucktheorie und stellte sein Transformationsgesetz auf, welches am Orte der Belastung Anbildung von Knochensubstanz entstehen und dort, wo Druck- oder Zugentlastung stattfindet, Resorptionslücken, Spongiosamaschen oder neue Markhöhlen sich bilden lässt. Dem gegenüber ist Lorenz ein eifriger Vertreter der Drucktheorie; der zwischen beiden Lagern geführte Kampf findet ausgedehnte Schilderung der Details. G. hat nun selbst experimentelle Untersuchungen vorgenommen, speciell zum Studium der in Folge von Störungen des Wachsthumsknorpels eintretenden Knochen- und Gelenkdeformitäten. Er machte bei Thieren Verletzungen, bestehend in Ablösung, Stichen, Einschnitten, Entfernung und Verpflanzung von Epiphysenknorpelstücken, an den Diaphysen in Abschälung und Ablösung des Periostes, Entfernung von Knochenstücken u. A. m.; die wesentlichsten Resultate sind folgende:

Verletzungen an der medialen Seite des oberen Epiphysenknorpels der Tibia oder des unteren Epiphysenknorpels des Femur bewirkten Genu varum. Die nachträglich entstehenden Deformitäten in den Diaphysen waren am stärksten in demjenigen Knochen, dessen Epiphysenknorpel verletzt war. Die Verletzung an der lateralen Seite des oberen Epiphysenknorpels der Tibia oder des unteren des Femur führten zum Genu valgum, auf welches Verkrümmungen der Diaphyse beider Knochen folgten, am stärksten am Unterschenkel. Verletzungen

des oberen Femurepiphysenknorpels führten zu Coxa vara, des unteren Tibiaepiphysenknorpels an der Außenseite zu Pes valgus, an der Innenseite zu Pes varus. Die Diaphysendeformitäten traten also nach Entwicklung der Umgestaltungen an den Epiphysen ein, sind also als Anpassung an die schon deformirten Gelenke aufzufassen. So sind G.'s Versuche nicht in Einklang mit den Theorien Wolff's zu bringen, die er auch auf Grund klinischer Erfahrungen und mathematischer Berechnungen bekämpft. Seine Schlussfolgerungen lauten:

Bei Entwicklung von Deformitäten im Wachstumsalter ist die größte Bedeutung dem Wachsthumsknorpel zuzuschreiben, und deshalb entwickeln sich die ersten Formveränderungen in den Knochenenden in unmittelbarer Beziehung zu demselben.

Auf die Formstörungen der Knochenenden, welche die Gelenkdeformitäten hervorrufen, folgen Verbildungen des Kochenkörpers, und diese stehen im engsten Zusammenhang mit den pathologisch veränderten statischen Verhältnissen und in vollständigem Einklang mit den Gesetzen der Statik.

Desshalb hängen die Deformitäten des Knochenkörpers von einer funktionellen Anpassung an die Gelenkdeformitäten ab, und sind es nicht die Gelenkdeformitäten, welche eine funktionelle Anpassung an die Veränderung der Knochen darstellen.

Die Belastung hat die größte Bedeutung bei den Deformitäten der Röhrenknochen, weil von derselben bewirkt werden die in Folge der an den Gelenken veränderten statischen Verhältnisse zu Stande kommenden Umgestaltungen der Diaphyse.

Am Schluss ist ein ausführliches Litteraturverzeichnis angefügt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

3) M. W. af Schultén. Über osteoplastische Füllung von Knochenhöhlen, besonders der Tibia.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

Die Heilungsdauer bei großen Knochenaufmeißelungen zur Sequesterextraktion nach Osteomyelitis speciell aus Oberschenkel und Schienbein ist eine sehr langwierige, mit Fistelbildung einhergehende. Zur Ausheilung der Knochenhöhlen dienen verschiedene Verfahren; die bekanntesten sind die Schede'sche Heilung unter dem feuchten Blutschorfe, das von Senn und Kümmell vorgeschlagene Ausfüllen mit dekalcinirtem Knochen, ferner die mit Gips, Kupferamalgam und anderen Mischungen gemachten Plombirungsversuche. Weiter hat man versucht, Knochenstücke frisch abgelöst vom Kranken oder von einem anderen Individuum in die Höhle zu bringen, oder man hob die Knochenhöhle auf, indem man eine flache Rinne zurechtmeißelte, und schließlich gehören hierher die Bestrebungen, die Höhle osteoplastisch auszufüllen, so die osteoplastische Nekrotomie von Bier. S. hält alle diese Methoden für mehr oder weniger unbrauchbar, resp. für nur in vereinzelten Fällen anwendbar. Zweckmäßiger ist nach ihm das Lücke'sche Verfahren, die sogenannte Einklappungsmethode.

*

Verf. formulirt als Principien für die Osteoplastik neben der geringen Gefahr der Operation, Aufhebung der Höhle, möglichste Erhaltung der Form, Masse und Festigkeit des Knochens und Vereinigung der Hautränder so weit, dass nur eine schmale Narbe entsteht. S. verfährt nun in der Weise, dass er die Vorderwand der Höhle ganz entfernt und diese durch Schaben und Meißeln in eine möglichst rechtwinkelig parallelepipedische Form bringt. Dann werden die Seitenwände von innen gelöst, aber in Verbindung mit dem Periost belassen, gegen einander gerückt und durch Nähte an einander befestigt; zum Schluss werden auch die Hautränder mit einander vernäht. Meist muss der Theil der Seitenwand abgemeißelt werden, der an den Höhlenboden angrenzt. Diesen ziemlich schwierigen Akt vollführt Verf. mit eigens dazu konstruirten Meißeln. S. verwendet mehrere Modifikationen dieses Verfahrens, indem er den mittleren Theil des Knochens in eine Rinne verwandelt und nun die unteren und oberen Theile der einen oder beider Seitenwände löst, oder er durchmeißelt eine oder beide Seitenwände in der Mitte und bringt sie in 2 oder 4 Stücken gegen einander. Das Verfahren beginnt mit einem Längsschnitt und zwei Querschnitten bis auf das Periost, darauf folgt die Abmeißelung der vorderen Wand des Knochens, die Loslösung der Seitenwände, ihre Vereinigung gegen einander durch Knochennaht, zum Schluss Naht sämmtlicher Hautwunden. Es ist auf genügenden Abfluss der Sekrete und sorgsamem Verband zu sehen. Verf. hat manches Lehrgeld zahlen müssen und empfiehlt, die Sequestrotomie und Regelung der Höhle in einem Akte, die Osteoplastik in einem zweiten getrennt vorzunehmen. Einstweilen ist das Verfahren nur für das Schienbein zu empfehlen, nicht auch für den Oberschenkel wegen der Dicke der Weichtheile und Tiefe der Wunde. S. giebt dann die ausführlichen Krankengeschichten von 19 Pat. im Alter von 5 bis 39 Jahren, an denen osteoplastische Operationen an der Tibia vorgenommen wurden. Die wichtigsten Komplikationen waren hohes Fieber nach dem Eingriff, Bruch des Knochens und 1 Todesfall bei einem zugleich mit Erkrankung des Talocruralgelenkes behafteten Maurer. Bei einer Anzahl von Operirten wurde verhältnismäßig rasche Heilung erzielt.

S. hält seine Osteoplastik mit Verpflanzung von Knochen-Periostlappen für ein rationelles und gut ausführbares Verfahren, das einerseits gute Resultate liefert, andererseits Vorsicht erfordert. Die Technik sei noch weiter zu vervollkommen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

4) L. Pincus. Die sogenannte Myositis progressiva ossificans multiplex, eine Folge von Geburtsläsion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 179.)

Verf. hat bereits gelegentlich einer früheren die Geburtsverletzungen des Kopfnickers betreffenden Arbeit seiner Ansicht über einen ursächlichen Zusammenhang der Myositis ossificans mit Geburts-

schädigungen kurz Ausdruck gegeben (cf. Centralbl. 1895 p. 439). Der vorliegende Aufsatz bezweckt, diese Ansicht auf breiterer Basis zu erörtern; doch erklärt Verf. selbst, wirklich beweisende Beläge nicht auffinden gekonnt zu haben und sich vielfach auf dem Gebiete hypothetischer Raisonnements bewegen zu müssen.

Nach Bericht eines selbst im Danziger Krankenhause beobachteten Falles, betreffend einen 25jährigen Kranken, dessen Krankheit nach einem Falle beim Turnen im 13. Lebensjahre entstanden ist, giebt P. zunächst eine tabellarische Übersicht über sämtliche bisher beobachtete 38 Fälle, hinsichts welcher hier zu erwähnen wäre, dass nur in einem einzigen Falle etwas über den Verlauf der Geburt berichtet ist (und zwar, dass die Geburt normal war — auch P.'s Kranker wurde normal und leicht geboren); ferner, dass 29 Kranke männlichen, nur 9 weiblichen Geschlechtes waren, und dass die Krankheit eine größere Häufigkeit in dem starkknochigen englischen und deutschen Stamme (14 englische, 13 deutsche Fälle) zu besitzen scheint. P. bespricht hierauf die pathologische Anatomie des Leidens und glaubt nach den besten vorhandenen Untersuchungen (er selbst hat keine gemacht) die Krankheit am passendsten als »Exostosis luxurians et osteoma intermusculare multiplex« bezeichnen zu können, wobei er das Wesen der Krankheit hauptsächlich als echte Geschwulstbildung ansieht, den ganzen Process aber als auf das Periost der Skelettknochen zurückgreifend und sich weiter auf dem Boden des Bindegewebes, der Sehnen und Fascien, nicht aber in dem eigentlichen, nur sekundär zu Grunde gehenden Muskelgewebe abspielend betrachtet. Unentbehrlich zu seiner Erklärung sei die Annahme einer kongenitalen Prädisposition oder Konstitutionsanomalie, für deren Wahrscheinlichkeit auf die bei den fraglichen Kranken so häufige Missbildung der Mikrodaktylie an den großen Zehen spräche, und die P. als eine »Vulnerabilität und gesteigerte Produktivität des gesammten Knochensystems und der Bindegewebelemente des Lokomotionsapparates, als eine leichtere Verletzlichkeit und Reizbarkeit dieses Systems« zu definiren sucht. Diese Prädisposition vorausgesetzt, sollen also nach P. die normale Geburten begleitenden Traumen das Entstehen der Krankheit veranlassen. Hierfür spricht nach ihm das häufigere Vorkommen der Krankheit bei Knaben — die Geburt der Knaben, welche durchschnittlich 150 g schwerer als Mädchen sind, sei durchschnittlich schwerer als die Mädchengeburt und darum leichter zu Traumen führend. Über die Art der durch Geburten veranlassten Traumen gaben Untersuchungen von Spencer, Ruge, Weber und dem Verf. Auskunft; sie bestehen in Blutextravasaten am Kopf, in den Bindegewebe und der Muskulatur des Halses, Nackens, Rückens, der Extremitäten. Diese Extravasate führten zu consecutiven Bindegewebsentzündungen, und »durch die Vermittlung der Sehnen, Fascien und des intermuskulären Bindegewebes findet, Metastasen vergleichbar, ein Transport von Knochenkeimen vom Periost her statt« (! Ref.). Was für die erste Kindheit

Verf. formulirt als Principien für die Osteoplastik neben der geringen Gefahr der Operation, Aufhebung der Höhle, möglichste Erhaltung der Form, Masse und Festigkeit des Knochens und Vereinigung der Hautränder so weit, dass nur eine schmale Narbe entsteht. S. verfährt nun in der Weise, dass er die Vorderwand der Höhle ganz entfernt und diese durch Schaben und Meißeln in eine möglichst rechtwinkelig parallelepipedische Form bringt. Dann werden die Seitenwände von innen gelöst, aber in Verbindung mit dem Periost belassen, gegen einander gerückt und durch Nähte an einander befestigt; zum Schluss werden auch die Hautränder mit einander vernäht. Meist muss der Theil der Seitenwand abgemeißelt werden, der an den Höhlenboden angrenzt. Diesen ziemlich schwierigen Akt vollführt Verf. mit eigens dazu konstruirten Meißeln. S. verwendet mehrere Modifikationen dieses Verfahrens, indem er den mittleren Theil des Knochens in eine Rinne verwandelt und nun die unteren und oberen Theile der einen oder beider Seitenwände loslöst, oder er durchmeißelt eine oder beide Seitenwände in der Mitte und bringt sie in 2 oder 4 Stücken gegen einander. Das Verfahren beginnt mit einem Längsschnitt und zwei Querschnitten bis auf das Periost, darauf folgt die Abmeißelung der vorderen Wand des Knochens, die Loslösung der Seitenwände, ihre Vereinigung gegen einander durch Knochennaht, zum Schluss Naht sämtlicher Hautwunden. Es ist auf genügenden Abfluss der Sekrete und sorgsamem Verband zu sehen. Verf. hat manches Lehrgeld zahlen müssen und empfiehlt, die Sequestrotomie und Regelung der Höhle in einem Akte, die Osteoplastik in einem zweiten getrennt vorzunehmen. Einstweilen ist das Verfahren nur für das Schienbein zu empfehlen, nicht auch für den Oberschenkel wegen der Dicke der Weichtheile und Tiefe der Wunde. S. giebt dann die ausführlichen Krankengeschichten von 19 Pat. im Alter von 5 bis 39 Jahren, an denen osteoplastische Operationen an der Tibia vorgenommen wurden. Die wichtigsten Komplikationen waren hohes Fieber nach dem Eingriff, Bruch des Knochens und 1 Todesfall bei einem zugleich mit Erkrankung des Talocruralgelenkes behafteten Maurer. Bei einer Anzahl von Operirten wurde verhältnismäßig rasche Heilung erzielt.

S. hält seine Osteoplastik mit Verpflanzung von Knochen-Periostlappen für ein rationelles und gut ausführbares Verfahren, das einerseits gute Resultate liefert, andererseits Vorsicht erfordert. Die Technik sei noch weiter zu vervollkommen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

4) L. Pincus. Die sogenannte Myositis progressiva ossificans multiplex, eine Folge von Geburtsläsion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 179.)

Verf. hat bereits gelegentlich einer früheren die Geburtsverletzungen des Kopfnickers betreffenden Arbeit seiner Ansicht über einen ursächlichen Zusammenhang der Myositis ossificans mit Geburts-

schädigungen kurz Ausdruck gegeben (cf. Centralbl. 1895 p. 439). Der vorliegende Aufsatz bezweckt, diese Ansicht auf breiterer Basis zu erörtern; doch erklärt Verf. selbst, wirklich beweisende Beläge nicht auffinden gekonnt zu haben und sich vielfach auf dem Gebiete hypothetischer Raisonnements bewegen zu müssen.

Nach Bericht eines selbst im Danziger Krankenhause beobachteten Falles, betreffend einen 25jährigen Kranken, dessen Krankheit nach einem Falle beim Turnen im 13. Lebensjahre entstanden ist, giebt P. zunächst eine tabellarische Übersicht über sämtliche bisher beobachtete 38 Fälle, hinsichts welcher hier zu erwähnen wäre, dass nur in einem einzigen Falle etwas über den Verlauf der Geburt berichtet ist (und zwar, dass die Geburt normal war — auch P.'s Kranker wurde normal und leicht geboren); ferner, dass 29 Kranke männlichen, nur 9 weiblichen Geschlechtes waren, und dass die Krankheit eine größere Häufigkeit in dem starkknochigen englischen und deutschen Stamme (14 englische, 13 deutsche Fälle) zu besitzen scheint. P. bespricht hierauf die pathologische Anatomie des Leidens und glaubt nach den besten vorhandenen Untersuchungen (er selbst hat keine gemacht) die Krankheit am passendsten als »*Exostosis luxurians et osteoma intermusculare multiplex*« bezeichnen zu können, wobei er das Wesen der Krankheit hauptsächlich als echte Geschwulstbildung ansieht, den ganzen Process aber als auf das Periost der Skelettknochen zurückgreifend und sich weiter auf dem Boden des Bindegewebes, der Sehnen und Fascien, nicht aber in dem eigentlichen, nur sekundär zu Grunde gehenden Muskelgewebe abspielend betrachtet. Unentbehrlich zu seiner Erklärung sei die Annahme einer kongenitalen Prädisposition oder Konstitutionsanomalie, für deren Wahrscheinlichkeit auf die bei den fraglichen Kranken so häufige Missbildung der Mikrodaktylie an den großen Zehen spräche, und die P. als eine »Vulnerabilität und gesteigerte Produktivität des gesamten Knochensystems und der Bindegewebs-elemente des Lokomotionsapparates, als eine leichtere Verletzlichkeit und Reizbarkeit dieses Systems« zu definiren sucht. Diese Prädisposition vorausgesetzt, sollen also nach P. die normale Geburten begleitenden Traumen das Entstehen der Krankheit veranlassen. Hierfür spricht nach ihm das häufigere Vorkommen der Krankheit bei Knaben — die Geburt der Knaben, welche durchschnittlich 150 g schwerer als Mädchen sind, sei durchschnittlich schwerer als die Mädchengeburt und darum leichter zu Traumen führend. Über die Art der durch Geburten veranlassten Traumen gaben Untersuchungen von Spencer, Ruge, Weber und dem Verf. Auskunft; sie bestehen in Blutextravasaten am Kopf, in den Bindegewebe und der Muskulatur des Halses, Nackens, Rückens, der Extremitäten. Diese Extravasate führten zu consecutiven Bindegewebsentzündungen, und »durch die Vermittlung der Sehnen, Fascien und des intermuskulären Bindegewebes findet, Metastasen vergleichbar, ein Transport von Knochenkeimen vom Periost her statt« (! Ref.). Was für die erste Kindheit

von dem Geburtstrauma gilt, gilt für die Pubertätszeit von anderen analogen schweren Traumen, wie z. B. bei P.'s Kranken von dem Fall beim Turnen. Doch bleiben Fälle übrig, wo weder Geburts- noch andere Traumen zu eruiren sind. Für sie hat P. noch eine andere Erklärungshypothese: ihre Veranlassung durch rheumatische Affektionen. Die Wirkung der letzteren soll analog derjenigen der Traumen sein.

Die Arbeit ist mit Eifer für die Sache geschrieben und enthält manches Brauchbare und Instruktive, doch scheint dem Ref. der Kern ihrer Ausführungen im Wesentlichen auf unbewiesenen und unbeweisbaren Hypothesen zu ruhen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

5) **F. Franke.** Über Sehnenüberpflanzung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

F. hat in 2 Fällen die Sehnenüberpflanzung Nicoladoni's angewendet, welche darin besteht, dass man den peripheren Theil der Sehne eines gelähmten Muskels an den centralen Theil der Sehne eines nicht gelähmten anheftet, um dadurch die ausgefallene Thätigkeit des gelähmten Muskels zu ersetzen; und zwar nähte F. nach vorausgegangener Tenotomie der Achillessehne den peripheren Theil der Sehne des *Musculus extensor digitorum longus* an den *Tibialis anticus* an. Er hält für die Zukunft dies Verfahren für das normale beim paralytischen Klumpfuß und zieht es der ein steifes Fußgelenk herbeiführenden Arthrodese und der umständlichen und kostspieligen Schienenbehandlung vor. Ob man so verfahren soll wie F., oder ob man nach Drobnik die Sehne des *Extensor digitorum longus* an die des *Extensor hallucis longus* annähen resp. noch andere Methoden benutzen soll, wird von den betreffenden Fällen selbst abhängen. Zur Ausgleichung der pathologischen Fußstellung wie zur Überkorrektur wird man immer die Durchschneidung der Achillessehne vorausgehen lassen müssen. Die Seidennaht ist am meisten zu empfehlen. In überkorrigirter Stellung muss mindestens 2 Wochen lang bis an das Knie herauf ein Gipsverband liegen, in dem die Operirten schon nach einigen Tagen gehen dürfen. Zur Nachbehandlung wird Massage angerathen. Sehnenüberpflanzung ist außerdem von Nicoladoni, Drobnik und Phocas bei *Pes calcaneus*, bei *Pes valgus paralyticus* von Parrish angewendet und auch sonst bei anderen Lähmungen von Muskeln des Unterschenkels ausgeführt worden. Auch 2 Fälle von Sehnenüberpflanzung an der oberen Extremität sind bekannt. Nachtheile hat das Verfahren nicht, und so glaubt F. eine erweiterte Verwendung speciell auch für die Radialislähmung empfehlen zu dürfen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

6) **Berkhoff.** Zur Beurtheilung der Wirbelkörperbrüche am unteren Abschnitt der Wirbelsäule.

(Wochenschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 1.)

B. beschreibt zunächst 3 Frakturen nach Präparaten des Würzburger pathologischen Institutes, und zwar 2 Keilbrüche des ersten Lendenwirbels und einen des X. Brustwirbels. Das Verhalten des Wirbelkanals war: einmal nicht verengt, einmal verengt, beim dritten Fall lag eine Dehnung des Markes ohne Zerreißung vor. Man kann zwei Typen der Keilfraktur unterscheiden. Entweder verläuft die Bruchlinie von hinten oben nach vorn unten oder von vorn oben nach hinten unten. Eine dritte Form ist die Bildung zweier oberen Keile, eines vorderen und eines hinteren. An einem vierten pathologischen Präparat zeigte der Körper des III. Lendenwirbels bei mehreren Fragmenten und Kompression der Spongiosa einen hinteren oberen und einen kleineren vorderen unteren Keil. Die Diagnose der einzelnen Formen ist beim Lebenden sehr schwer, doch hat der Verf. im nachstehenden Fall, wie mir scheint, mit Glück einen diesbezüglichen Versuch gemacht.

Ein 25jhriger Postillon fuhr durch einen Thorweg, dessen Höhendurchmesser in Folge Steigens der Straße abnahm, und wurde so in vornübergebeugter Stellung zwischen Decke und Packetwagen eingeklemmt. Die ersten Erscheinungen waren Kyphose der Brustwirbelsäule im unteren Abschnitt, Retention von Urin und Stuhl, keine Lähmungserscheinungen der Beine neben mehrtägiger Bewusstlosigkeit. Nach 4 Monaten wurde Pat. aus dem Krankenhaus entlassen, und es bestand nur die Kyphose und eine Diastase von 5 cm zwischen den Dornfortsätzen des XII. Brustwirbels und des I. Lendenwirbels. Einige Monate später wurde die Streckung der unteren Extremitäten schmerzhaft, es bestand eine gewisse Steifigkeit, Schmerzen in den Hüften, im Kreuz traten dazu, neben zunehmender Mattigkeit. 21 Monate nach der Verletzung wurde folgender Befund erhoben: Diastase der Dornfortsätze, wie erwähnt. Beweglichkeit der Wirbelsäule gut, nur etwas schmerzhaft. Keinerlei Sensibilitätsstörungen. An den unteren Extremitäten bisweilen auftretende Spannungszustände der Muskulatur, enorme Reflexsteigerung, Exkursionen der Gelenke bedeutend behindert, keine Atrophie, keine Ataxie, Schlaflosigkeit, allgemeine Mattigkeit. Zusammenziehen der Beine des Nachts, kurz das Bild der spezifischen Spinalparalyse.

B. lässt es dahin gestellt, ob Kompression des Markes durch sekundäre Vorgänge, Callusmassen oder Meningealverdickung und Meningyomyelitis vorliege. Er nimmt die vorwiegende Betheiligung des I. Lendenwirbels an und glaubt auf Grund nachzusehender Erwägungen, dass in diesem Falle ein hinterer oberer Keil abgesprengt sei. Die Prognose für diese Verletzungen war nach B.'s Ansicht bislang etwas zu ungünstig hingestellt, Markverletzungen seien denn doch nicht so häufig, und eine Kompression werde im Allgemeinen relativ gut vertragen.

B. giebt seinen Ausführungen eine Stütze durch ein Experiment: Die Leiche eines 65jhrigen Mannes wurde auf einen Stuhl gesetzt, und B. bte mit seinem Körpergewicht auf Schultern und Nacken einen Druck aus. Diastase von 4 cm zwischen IX. und X. Brustwirbel. Keine Krepitation zu fühlen. Bei der Exenteration keine

Verschiebung vorn an der Wirbelsäule. Die Körper des X. und XI. Brustwirbels so verändert, dass eine dem oberen Rand näher als dem unteren gelegene horizontale Schicht der Spongiosa beider Wirbel mäßig komprimirt und in einander getrieben ist. Der Bogen des X. Brustwirbels ist beiderseits gebrochen. Die Längsbänder und Zwischenwirbelscheiben sind erhalten, das Ligamentum interspinale IX/X zerrissen. Wirbelkanal nicht verengt, Mark und Häute intakt. In der Praxis wirkt die Kraft in der Regel weiter; es wurde desshalb an der herausgenommenen Wirbelsäule die Hyperflexion fortgesetzt. Dabei wurde die Kompression des X. Wirbelkörpers nur wenig vermehrt, der obere Theil der Wirbelsäule drehte sich um den vorderen unteren Rand des IX. Brustwirbelkörpers; in Folge dessen bildete sich im hinteren Theil des X. Brustwirbelkörpers dort, wo Anfangs leichte Kompression bestanden hatte, ein klaffender Riss aus, welcher sich von hinten unten nach vorn oben erstreckte, es entstand am X. Brustwirbel ein hinterer oberer Keil, dessen Höhe vorn = 0, hinten 1 cm war und der durch die Zwischenwirbelscheibe mit dem IX. Brustwirbel verbunden war. Der untere Theil des X. Brustwirbelkörpers war so komprimirt, dass er vorn fast die gleiche Höhe hatte wie hinten. Bei weiterer Hyperflexion Spannung des Rückenmarkes, aber keine Quetschung oder Zerreißung. Der Vorgang ist mäßige Kompression; ihr folgt die Trennung von hinten nach vorn gleichsam fortschreitend, beginnend mit der Zerreißung des Ligamentum interspinale; der Riss pflanzt sich nach vorn fort und bewirkt die hintere obere Keilfraktur. Hier folgen noch mechanische Ausführungen. Der Muskelwirkung will B. eine wesentliche Einwirkung auf die Abänderung des Mechanismus nicht zuerkennen. Bezüglich des Procentsatzes der Wirbelfrakturen macht B. gegen Golebiewski, der sie für häufiger hält, die Gurlt'sche Statistik aus den Jahren 42—62 geltend. Meines Erachtens sind diese Zahlen für unsere heutigen Verhältnisse nicht mehr maßgebend, hat der Procentsatz der Wirbelfrakturen entschieden zugenommen. Meine eigene Beobachtung ergibt mindestens 1% aller Frakturen, und in der Unfallpraxis giebt es heute keine Frakturen, welche nicht zur Entschädigung gelangen.

Bähr (Hannover).

7) Hoffa. Die frühzeitige Diagnose der tuberkulösen Spondylitis.

(Zeitschrift für praktische Ärzte 1897. No. 1.)

In der kurzen Mittheilung, welche für den Spezialisten nichts Neues enthält, will Verf. den in der Praxis stehenden Arzt auf die verschiedenen charakteristischen, leider so oft verkannten Anfangssymptome der tuberkulösen Spondylitis und deren Differentialdiagnose von der Neuralgia spinalis, der rheumatischen Arthritis der kleinen Halswirbelgelenke so wie endlich der rachitischen Kyphose hinweisen.

K. Hufschmid (Leipzig).

8) Czwiklitzer. Über den heutigen Stand der Resektion und Exstirpation des Kehlkopfes wegen maligner Tumoren.

(Beiträge zur klin. Chir. Bd. XVII. Hft. 2.)

Die Arbeit stützt sich auf 13 Fälle aus Mikulicz's Klinik (9 partielle, 2 halbseitige und 2 totale Kehlkopfexstirpationen). Nur 1 Pat. erlag den Folgen der Operation (Pneumonie). Von den Geheilten starb einer nach $3\frac{1}{2}$ Monaten an Phthise, ein anderer nach $2\frac{3}{4}$ Jahren ohne Lokalrecidiv, 4 blieben während $1\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ jähriger Beobachtungszeit gesund (sämtlich nach partieller Exstirpation), 5mal trat nach 3—10 Monaten Recidiv ein, das 4mal zum Tode führte. Die Operation wurde stets in halbsitzender Stellung und mit Ausnahme des Anfangs in halber Narkose (Chloroform-Morphium) ausgeführt. 6mal kam die Tracheotomia superior, sonst die inferior zur Anwendung, 1mal wurde die Kanüle (in der Regel Tamponkanüle nach Trendelenburg) durch die Kehlkopfwunde eingeführt. Die präliminäre Tracheotomie kam nur wegen lebensgefährlicher Dyspnoë (4mal) zur Ausführung. Zur Blutstillung genügte meist die Unterbindung der spritzenden Gefäße und Kompression, nur 1mal wurde der Thermokauter nöthig. Die Tamponkanüle bleibt 1—2 Tage liegen, um dann durch eine gewöhnliche ersetzt zu werden. Einer Anschoppung in den Lungen soll durch möglichst frühzeitiges Verlassen des Bettes vorgebeugt werden. Auf häufigen Verbandwechsel wird großer Werth gelegt. Die Ernährung geschieht durch die Schlundsonde von der Wunde oder vom unteren Nasengang aus; bei wenig ausgedehnten Exstirpationen ist oft spontanes Schlucken möglich.

Was die funktionellen Resultate anlangt, so kann nach den Erfahrungen C.'s auf Herstellung des Normalzustandes gerechnet werden, wenn $\frac{2}{3}$ einer Kehlkopfhälfte erhalten geblieben sind. Wichtig ist dabei die rechtzeitige Verkleinerung der Wunde (event. durch Sekundärnaht) und Verhütung der Epidermisirung von den Rändern her. Ein künstlicher Kehlkopf wurde nie angewendet. — Verf. schließt mit der Mahnung an Ärzte und Studierende, sich mit der laryngoskopischen Technik mehr als bisher vertraut zu machen, um durch frühzeitige Diagnosen eine weitere Besserung der Operationserfolge zu ermöglichen.

Hofmeister (Tübingen).

9) J. Katzenstein. Über die Erscheinungen, die in der Schilddrüse nach Exstirpation der sie versorgenden Nerven auftreten.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Das Resultat dieser Untersuchungen, welche auch für die Praxis Bedeutung gewinnen können, ist folgendes: Elektrische Reizung der zuführenden Nerven ruft histologisch wahrnehmbare Unterschiede gegenüber der ungereizten Drüse nicht hervor. Drüsen, deren Nerven exstirpiert sind, unterliegen der Degeneration in zwei Stadien, deren

Grenze um den 77. Tag nach der Operation herum liegt. Im ersten Stadium gehen die Epithelzellen unter colloider Umwandlung allmählich zu Grunde. Das zweite Stadium ist charakterisirt durch Einschmelzung der Follikelwände derart, dass mehrere Follikel einen Hohlraum bilden, in welchen die noch vorhandenen Epithelzellenkonvolute darmzottenähnlich hineinragen. Von diesen Zellen wird kein Colloid mehr gebildet.

Telchmann (Berlin).

10) **G. de Luca** und **V. D'Angerio**. Sul potere antitossico della glandola tiroidea.

(Rivista med. e terapeut. 1896. No. 9.)

Im Hinblick auf die Frage, ob es die Funktion der Schilddrüse sei, im Blut cirkulirende toxische Stoffe zu zerstören, verfolgten die Verf. die toxischen Eigenschaften des Urins bei Hunden vor und nach der Schilddrüsenexstirpation, in der Voraussetzung, darin einen Anhalt zu finden für etwaige im Blut kreisende toxische Stoffe. Die Bestimmung geschah nach der Methode von Bouchard. Sie kommen zu folgenden Resultaten:

1) Der Urin zeigt nach der Entfernung der Schilddrüse einen höheren Gehalt an toxischen Stoffen als bei gesunden Thieren.

2) Der urotoxische Koeffizient beginnt gradatim zu wachsen schon bevor die bekannten nervösen Symptome nach der Operation auftreten und erreichen ihr Maximum mit Erscheinen desselben.

3) Hungernde Thiere zeigen zwar auch eine Erhöhung, die aber geringer ist als die durch die Operation erzeugte.

4) Darreichung von Schilddrüsenensaft vermag den urotoxischen Koeffizienten zuerst am Steigen zu verhindern, später das letztere zu verringern.

5) Demnach kreisen im Organismus des Hundes nach der Entfernung der Schilddrüse toxische Substanzen im Übermaß, und Schilddrüsenensaft vermag sie zu vermindern.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

11) **B. Riedel** (Jena). Chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

(Separat-Abdruck aus dem Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing.

Jena, **Gustav Fischer**, 1896. 16 S.)

Die Arbeit R.'s ist in 7 Paragraphen getheilt, in deren ersten beiden er die Berechtigung zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit nachweist. Seine eigenen Erfahrungen (11 Fälle mit 4 vollständigen und 2 nahezu vollkommenen Heilungen) haben den Autor zu dem Schlusse geführt, »dass nur beim Recidiviren des Kropfes direkter Misserfolg konstatirt werden konnte«, ein Verhalten, welches »am besten die direkte Abhängigkeit des Morb. Based. von einer bestimmten, noch nicht näher bekannten Erkrankung resp. Funktionsstörung der Schilddrüse beweist«.

Im zweiten Abschnitt (§ 3—7), der sich mit der Behandlung des Morbus Basedowi beschäftigt, bespricht R. zuerst kurz die Indikationen zur Operation. Weil in keinem Falle vollständige Heilung garantirt werden kann, rath Verf., vorwiegend Individuen mit großen Kröpfen und Morbus Basedowi zu operiren. Dann geht er über auf die einzelnen bisher in Anwendung gebrachten Operationsverfahren: Unterbindung der Arterien, Exstirpation isolirter Kropfknoten oder Cysten und die typische Entfernung einer Kropfhälfte. Dabei wird die Besprechung der Operationstechnik auch auf diejenigen Kröpfe ausgedehnt, welche nicht mit Morbus Basedowi complicirt sind. Wenn irgend möglich, operirt R. ohne Narkose, nach vorheriger Injektion von 0,01—0,02 Morphium; für den Hautschnitt werden nur 20—30 Tropfen Chloroform auf die Maske geträufelt. Als Schnitt wird ein nach unten konvexer Bogenschnitt, der einen Lappen mit oberer Basis bildet, bevorzugt. Nicht nur in diesem Punkte, sondern auch in späteren Stadien der Operation (Durchschneidung der langen vorderen Halsmuskeln, Reihenfolge der Gefäßunterbindung) unterscheidet sich die R.'sche Technik von der von Kocher ausgebildeten. Das Wort »Kropfkapsel« wird von R. perhorrescirt; »eine wirkliche Kapsel hat der Kropf überhaupt nicht«. [In vielen Fällen ist die periphere Schicht des Kropfes, die vom Verf. selbst als seine Kapsel a. a. O. bezeichnet wird, so dünn, dass die Bezeichnung Kapsel sich von selbst aufdrängt. Diese Kapsel, die bei allen Enukleationen großer Cysten oder Colloidknoten so wie bei der von Kocher sogenannten Enukleations-Resektion eine Rolle spielt (glanduläre Kapsel), tritt in so fern in einen gewissen Gegensatz zur bindegewebigen Umhüllung des Kropfes (fasciöse Kapsel), als die letztere naturgemäß stets bei Kropfoperationen zurückbleibt, die erstere je nach Umständen gar nicht oder partiell oder ganz zurückgelassen wird. Ref.]

Sehr skeptisch steht Verf. der Thyreoidinbehandlung des Kropfes überhaupt gegenüber. Während er für den Morbus Basedowi die meisten Autoren auf seiner Seite haben dürfte, ist der Ausspruch: »ob das Thyreoidin auf den nicht mit Morbus Basedowi complicirten Kropf wirkt, das dürfte ebenfalls sehr zweifelhaft sein« jedenfalls im Widerspruch mit der Erfahrung vieler Ärzte. Die scheinbaren Erfolge dieser Therapie so wie der internen Verabreichung von Jodkali bei Kropf beruht nach R. auf einer Täuschung, bedingt durch den gleichzeitigen Schwund des Fettes.

Die reichen persönlichen Erfahrungen des Autors, welche der kurzen und klaren Darstellung allenthalben eingefügt sind, verleihen der Arbeit ihren besonderen Werth, so dass sie auch demjenigen, der in Einzelfragen abweichender Meinung ist, zu Genuss und Belehrung gereicht.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Grenze um den 77. Tag nach der Operation herum liegt. Im ersten Stadium gehen die Epithelzellen unter colloider Umwandlung allmählich zu Grunde. Das zweite Stadium ist charakterisirt durch Einschmelzung der Follikelwände derart, dass mehrere Follikel einen Hohlraum bilden, in welchen die noch vorhandenen Epithelzellenkonvolute darmzottenähnlich hineinragen. Von diesen Zellen wird kein Colloid mehr gebildet.

Teichmann (Berlin).

10) **G. de Luca und V. D'Angerio.** Sul potere antitossico della glandola tiroidea.

(Rivista med. e terapeut. 1896. No. 9.)

Im Hinblick auf die Frage, ob es die Funktion der Schilddrüse sei, im Blut cirkulirende toxische Stoffe zu zerstören, verfolgten die Verf. die toxischen Eigenschaften des Urins bei Hunden vor und nach der Schilddrüsenexstirpation, in der Voraussetzung, darin einen Anhalt zu finden für etwaige im Blut kreisende toxische Stoffe. Die Bestimmung geschah nach der Methode von Bouchard. Sie kommen zu folgenden Resultaten:

1) Der Urin zeigt nach der Entfernung der Schilddrüse einen höheren Gehalt an toxischen Stoffen als bei gesunden Thieren.

2) Der urotoxische Koeffizient beginnt gradatim zu wachsen schon bevor die bekannten nervösen Symptome nach der Operation auftreten und erreichen ihr Maximum mit Erscheinen desselben.

3) Hungernde Thiere zeigen zwar auch eine Erhöhung, die aber geringer ist als die durch die Operation erzeugte.

4) Darreichung von Schilddrüsenensaft vermag den urotoxischen Koeffizienten zuerst am Steigen zu verhindern, später das letztere zu verringern.

5) Demnach kreisen im Organismus des Hundes nach der Entfernung der Schilddrüse toxische Substanzen im Übermaß, und Schilddrüsenensaft vermag sie zu vermindern.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

11) **B. Riedel** (Jena). Chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

(Separat-Abdruck aus dem Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten von Penzoldt und Stintzing.

Jena, **Gustav Fischer**, 1896. 16 S.)

Die Arbeit R.'s ist in 7 Paragraphen getheilt, in deren ersten beiden er die Berechtigung zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit nachweist. Seine eigenen Erfahrungen (11 Fälle mit 4 vollständigen und 2 nahezu vollkommenen Heilungen) haben den Autor zu dem Schlusse geführt, »dass nur beim Recidiviren des Kropfes direkter Misserfolg konstatiert werden konnte«, ein Verhalten, welches »am besten die direkte Abhängigkeit des Morb. Based. von einer bestimmten, noch nicht näher bekannten Erkrankung resp. Funktionsstörung der Schilddrüse beweist«.

Im zweiten Abschnitt (§ 3—7), der sich mit der Behandlung des Morbus Basedowi beschäftigt, bespricht R. zuerst kurz die Indikationen zur Operation. Weil in keinem Falle vollständige Heilung garantirt werden kann, rath Verf., vorwiegend Individuen mit großen Kröpfen und Morbus Basedowi zu operiren. Dann geht er über auf die einzelnen bisher in Anwendung gebrachten Operationsverfahren: Unterbindung der Arterien, Exstirpation isolirter Kropfknoten oder Cysten und die typische Entfernung einer Kropfhälfte. Dabei wird die Besprechung der Operationstechnik auch auf diejenigen Kröpfe ausgedehnt, welche nicht mit Morbus Basedowi complicirt sind. Wenn irgend möglich, operirt R. ohne Narkose, nach vorheriger Injektion von 0,01—0,02 Morphium; für den Hautschnitt werden nur 20—30 Tropfen Chloroform auf die Maske geträufelt. Als Schnitt wird ein nach unten konvexer Bogenschnitt, der einen Lappen mit oberer Basis bildet, bevorzugt. Nicht nur in diesem Punkte, sondern auch in späteren Stadien der Operation (Durchschneidung der langen vorderen Halsmuskeln, Reihenfolge der Gefäßunterbindung) unterscheidet sich die R.'sche Technik von der von Kocher ausgebildeten. Das Wort »Kropfkapsel« wird von R. perhorrescirt; »eine wirkliche Kapsel hat der Kropf überhaupt nicht«. [In vielen Fällen ist die periphere Schicht des Kropfes, die vom Verf. selbst als seine Kapsel a. a. O. bezeichnet wird, so dünn, dass die Bezeichnung Kapsel sich von selbst aufdrängt. Diese Kapsel, die bei allen Enukeationen großer Cysten oder Colloidknoten so wie bei der von Kocher sogenannten Enukeations-Resektion eine Rolle spielt (glanduläre Kapsel), tritt in so fern in einen gewissen Gegensatz zur bindegewebigen Umhüllung des Kropfes (fasciöse Kapsel), als die letztere naturgemäß stets bei Kropfoperationen zurückbleibt, die erstere je nach Umständen gar nicht oder partiell oder ganz zurückgelassen wird. Ref.]

Sehr skeptisch steht Verf. der Thyreoidinbehandlung des Kropfes überhaupt gegenüber. Während er für den Morbus Basedowi die meisten Autoren auf seiner Seite haben dürfte, ist der Ausspruch: »ob das Thyreoidin auf den nicht mit Morbus Basedowi complicirten Kropf wirkt, das dürfte ebenfalls sehr zweifelhaft sein« jedenfalls im Widerspruch mit der Erfahrung vieler Ärzte. Die scheinbaren Erfolge dieser Therapie so wie der internen Verabreichung von Jodkali bei Kropf beruht nach R. auf einer Täuschung, bedingt durch den gleichzeitigen Schwund des Fettes.

Die reichen persönlichen Erfahrungen des Autors, welche der kurzen und klaren Darstellung allenthalben eingefügt sind, verleihen der Arbeit ihren besonderen Werth, so dass sie auch demjenigen, der in Einzelfragen abweichender Meinung ist, zu Genuss und Belehrung gereicht.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

12) E. Pflanz. Über Dermoidcysten des Mediastinum anticum. (Mit 1 Figur im Texte.)

(Zeitschrift für Heilkunde 1896. Bd. XVII.)

Vorliegende interessante und fleißige Arbeit aus der Wölfler'schen Klinik in Graz nimmt die Frage der Pathologie, Genesis und Therapie der Dermoidcysten unter ausgiebiger Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur auf und liefert gleichzeitig einen dankenswerthen Beitrag zur Kasuistik der verhältnismäßig selten beobachteten Mediastinaldermoide.

Es handelt sich um einen 21jährigen früher immer gesunden Bäcker, welcher seit Jahren an zeitweise auftretenden Schmerzen im rechten Ohre und in der rechten Schulter litt. Im weiteren Verlaufe Schluckbeschwerden, Athemnoth, Steigerung der Schmerzen unter Bildung einer Anschwellung oberhalb des rechten Schlüsselbeines. Im Januar 1895 wurden die Beschwerden und Schmerzen ungemein heftig, besonders an der Stelle der Geschwulst, und strahlten von da in den Arm aus; gleichzeitig wurde eine Auftreibung der oberen Brustgegend bemerkt.

Bei der am 23. Februar 1895 erfolgten Aufnahme in die Klinik wurde folgender Befund erhoben: Beträchtliche Vorwölbung in der Gegend des Manubrium sterni, des medialen Antheiles des rechten Schlüsselbeines und der ersten 2 Rippen rechterseits. Innerhalb dieses Bereiches absolute Dämpfung, weder Geräusche noch Pulsation wahrnehmbar. Oberhalb und nach außen vom rechten Sternoclaviculargelenke, zum Theile vom M. Sternocleidomastoideus gedeckt, befindet sich eine etwa nussgroße, verschiebliche und deutlich fluktuirende Geschwulst mit (von den darunterziehenden Gefäßen mitgetheilte) hebende Pulsation. Herzdämpfung von dem früher erwähnten Dämpfungsbezirke durch eine Zone helleren Schalles getrennt. Im Übrigen bieten die inneren Organe, die Temperatur und der Puls keine Abnormitäten. Eine vorgenommene Probepunktion förderte Eiter zu Tage. Incision der Geschwulst, Entleerung mäßiger Mengen Eiters, Drainage. Am 10. März 1895 Entlassung des Kranken mit geschlossener Abscesshöhle unter wesentlicher Abnahme der subjektiven Beschwerden. Neuerliche Aufnahme am 30. März wegen neuerlicher Anschwellung über dem Schlüsselbein und der recidivirenden früheren belästigenden Erscheinungen.

Breite Incision der Geschwulst in Narkose über dem Schlüsselbein, wodurch eine taubeneigroße, Eiter enthaltende Höhle eröffnet wird, welche mit einer zweiten größeren, im Brustraum dicht hinter dem Brustbein gelegenen, communicirt, an deren hinterer Wand ein großes Gefäß pulsirt. Eine vorgenommene Borsäureausspülung bringt kurze braune Haare und krümlige Massen zum Vorschein, welche aus Epidermisschollen und Fettkörnern bestehen; damit war die Diagnose auf vereiterte Dermoidcysten im vorderen Mediastinum gesichert. Wegen mangelhafter Funktionirung der bisher geübten Drainage wird am 25. April durch Trepanation des Brustbeines eine Gegenöffnung angelegt und nun ein Drain durchgezogen, so dass er aus beiden Öffnungen hervorragt. Der Verlauf wird durch ein seröses pleuritische Exsudat in die Länge gezogen; erst Anfang Oktober 1895 konnte Pat. auf Verlangen mit einem 3 cm langen Fistelkanal entlassen werden, welcher nur mäßig Eiter absonderte.

Verf. citirt im Anschlusse an seinen Fall 24 in der Litteratur niedergelegte Beobachtungen von Dermoidcysten im Mediastinum in kurz gefassten Krankengeschichten, bespricht die Pathologie dieser Gebilde ausführlich und tritt der Frage näher, wie die verschiedenen Theorien über die Genesis der Mediastinaldermoidcysten mit den bisher beschriebenen Beobachtungen in Einklang zu bringen sind. P. kommt, die Entwicklungsgeschichte der Thymus ausführlich

schildernd, zu dem Schlusse, dass von den Kiemenspalten, welche ja oft Anlass zur Entstehung von Dermoidcysten am Halse geben, auch die des Mediastinums abgeleitet werden können, und zwar mit Rücksicht auf die Bildung der Thymusdrüse, eines Derivates der Kiemenspalten. Wenn auch das Ektoderm keine genetische Bedeutung für die Thymus hat, so besteht doch, wie die neuesten Untersuchungen zeigen, ein inniger Zusammenhang zwischen beiden. An der 3. Kiemenspalte ist die Verschlussmembran zwischen äußerer Kiemenfurche und innerer Schlundtasche sehr dünn, so dass hier das äußere und innere Keimblatt durch direktes Aneinanderliegen verschmelzen. Es ist also der ektodermale Epithelkörper, welcher durch Abschließung und Abtrennung des Fundus praecervicalis von der Oberfläche entsteht, direkt an die Thymusanlage gelagert, er verwächst mit ihr und wird von ihr aufgenommen. Verf. ist der Ansicht, dass dieser epitheliale Rest in gewissen Fällen nicht verschwindet, sondern bei der weiteren Entwicklung der Thymusdrüse in den Brustraum herabsteigt und sich hier im Mediastinum zu einer Dermoidcyste entwickelt. Diese Auffassung der Mediastinumdermoide als branchiogener Geschwülste giebt auch eine Erklärung für das gleichzeitige Vorkommen von Flimmer- und Cylinderepithel neben Plattenepithel.

Schließlich bespricht P. die Therapie der Dermoidcysten des vorderen Mediastinums auf Grund der bisher operirten Fälle, welche im Zusammenhange mit dem von ihm beobachteten ein Bild von den in Betracht kommenden Verfahren und ihren Resultaten geben.

Gold (Bielitz).

13) **A. W. Jacobson.** Zur Technik der Amputatio femoris intercondylica osteoplastica.

(Annalen der russischen Chirurgie 1896. Hft. 6. [Russisch.])

Modifikation der Methoden Sabanejew's und Delitzin's. Der Hautschnitt beginnt hinten als Längsschnitt und endet vorn 2—3 cm unter der Tuberositas tibiae in unten konvexer Linie. Vom Längsschnitt aus wird die A. poplitea unterbunden, dann die Weichtheile durchschnitten, doch so, dass die Sehnen des Biceps, Sartorius, Gracilis, Semitend. und Semimembran. mit einem Theil des Periost vom Knochen abgehoben werden. Gastrocnemius und Plantaris werden durchschnitten, das Gelenk von hinten eröffnet, nach vorn luxirt, die Knochen nach Sabanejew durchsägt, an einander gelagert, und nun die Bicepssehne am äußeren Rand des Tibiastücks angenäht, die übrigen geschonten Sehnen mit den Resten des Gastrocnemius und Plantaris vernäht. Die Wunde wird longitudinal geschlossen.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

Kleinere Mittheilungen.

14) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

84. Sitzung am Montag, den 11. Januar 1897,
im neuen Operationshause des Krankenhauses Moabit.

Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

Herr Hermes: Krankenvorstellungen.

Der zuerst vorgestellte Pat., 30 Jahr, war stehend von den Puffern einer Lokomotive erfasst und zu Boden geworfen worden (26. Juli 1896); er wurde bewusstungslos in das Moabiter Krankenhaus eingeliefert. Befund: Abdomen mäßig stark aufgetrieben, in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse eine handteller-große Blutunterlaufung, Schall tympanitisch, zu beiden Seiten, an den abhängigen Partien, Dämpfung. Puls klein, 90. — Hoden beiderseits nicht im Scrotum. Beim Katheterisiren entleert sich kein Urin, sondern nur reines Blut. — Laparotomie. Nach Durchtrennung der Haut und der Muskulatur, die von der Mitte zwischen Nabel und Symphyse ca. 6 cm nach abwärts zerrissen ist, — der Riss des Peritoneums erstreckt sich noch weiter nach abwärts bis auf dessen Übergang auf die Blase, — tritt Darm hervor. Der prävesikale Raum mit Blutgerinnseln ausgefüllt, an der Hinterseite der Blase findet sich intraperitoneal, von rechts oben schräg nach links unten gehend, ein ca. 4 cm langer Riss, der Serosariss 2 cm länger. In Beckenhochlagerung doppelreihige Katgutnaht, Jodoformgazetamponade hinter der Blase und im prävesikalen Raum, darüber Schluss der Bauchwunde durch Seidenknopfnähte. — Katheterisation alle 4 Stunden in den ersten Tagen. Trotz Entstehen einer Harnblasenfistel, die sich bald schließt, gute Heilung (27. September).

2) 38jähriger Lithograph. 4 Jahre nach der gonorrhoeischen Infektion erschwerte Urinentleerung, die in den letzten Jahren bestehen blieb, zeitweise Katheterisation, zuletzt vor 6 Wochen, nöthig machte. Am Tage der Aufnahme (4. Oktober) heftige krampfartige Schmerzen im Unterleib, verbunden mit der Unmöglichkeit, Urin zu lassen; 3 Stunden lang waren außerhalb vergebliche Versuche zu katheterisiren vorgenommen worden. Im Krankenhaus nach erfolglosen Versuchen, den Urin durch Nélaton-Katheter zu entleeren, Blasenpunktion. Am nächsten Tage Operation. Medianer Schnitt am Perineum; Eröffnung der Harnröhre auf dem bis zur Rupturstelle eingeführten silbernen Katheter. Fixation des peripheren Endes durch Seidennähte; das centrale Stück trotz 1½stündiger Bemühung nicht auffindbar; das sondirende Instrument dringt stets in falsche Wege. Daher suprasymphysäre Eröffnung der Blase, Katheterismus posterior, Einlegen zweier mit einander verbundener Nélaton-Katheter, die zur Blasenwunde resp. Harnröhre herausgeleitet werden.

Am 11. Oktober (7. Tag) Katheterwechsel. Blasenausspülung. Am 2. November Entfernung der Katheter. Dickes silbernes Bougie lässt sich ohne Schwierigkeit einführen.

In der Diskussion fragt Herr König, wie das zwischen centalem und peripherem Stück der Harnröhre gelegene Gewebe ausgesehen habe, und ob nicht doch eine Striktur vorhanden gewesen.

Herr Hermes verneint dies mit dem Bemerken, dass nur zerrissenes Gewebe, keine Striktur konstatiert werden konnte.

Herr v. Bergmann empfiehlt für derartige Fälle die Resektion der Harnröhre, wonach sich eine gute Heilung einstelle.

Herr König: Alles Kranke müsse entfernt und dann genäht werden, sowohl bei traumatischen Verletzungen als auch bei Strikturen.

Herr Sonnenburg giebt zu, dass Resektion und Naht vortheilhafter sei, aber auch ohne dies werde eine ganz gute Heilung erzielt. Er betont den Vorzug des Katheterismus posterior, den er vor Jahresfrist der Gesellschaft auch bei impermeablen Strikturen empfohlen hat.

Danach stellt Herr Hermes eine bereits vor 6 Jahren einmal der Vereinigung vorgeführte Pat., ein 10jähriges Mädchen, vor, bei der sich ein sehr großer damals vorhandener Schädeldefekt (durch Hammerschlag entstanden) im Verlauf der Jahre spontan völlig geschlossen hat.

Herr Sonnenburg: Behandlung hochgehender Mastdarmstrikturen nach einem besonderen Verfahren.

S. bespricht kurz die Frage der Ätiologie der Strikturen, die noch nicht völlig geklärt sei, und wendet sich zur Frage der Behandlung der Strikturen.

Gute, aber nicht andauernde Resultate giebt die Behandlung mit Bougies. Das Rationellste würde in allen Fällen die Resektion der Striktur sein, nur liegt die Schwierigkeit darin, dass die Strikturen häufig zu hoch hinauf gehen, oft bis zur Flexura sigmoidea reichen. Einen gefährlichen Eingriff wieder stellt die Rectotomia interna dar, wegen der Gefahr der Verletzung des Peritoneums. Auch die Kolostomie, Anlegung eines widernatürlichen Afters, ist naturgemäß mit vielen Unannehmlichkeiten verknüpft. Von Péan wurde eine Spaltung des Sphinkter mit nachfolgender querer Vereinigung (nach Art der Pyloroplastik) empfohlen und ausgeführt.

Es war naheliegend, ein der Behandlung der Harnröhrenstrikturen analoges Verfahren einzuschlagen: die Rectotomia externa.

Das Verfahren besteht darin, dass man in der Seitenlage, ganz ähnlich wie bei der Exstirpation der Mastdarmcarcinome, den Schnitt führt und dann so viel vom Knochen (Kreuzbein) reseziert, bis man die obere Grenze der Striktur erreicht. Vor der Eröffnung des Peritoneums braucht man sich nicht zu fürchten, da es erfahrungsgemäß durch die chronische Entzündung, so weit die Strikturen reichen, auch mit den Schwarten verwachsen zu sein pflegt. Nach Freilegung des erkrankten Mastdarmes wird derselbe von außen nach innen durchschnitten, aber mit Schonung des Sphinkters. Die Geschwüre werden ausgekratzt und ausgebrannt, die Blutstillung durch Tamponade bewirkt. Koth und Eiter fließen nun in den nächsten Wochen durch die klaffende Öffnung aus, Retentionen finden nicht statt. Die Wunde reinigt sich sehr bald, die Wundheilung geht langsam, aber gut von statten, offenbar rückt gesunder Darm von oben allmählich nach, und da die Pat. einen normalen Sphinkter behalten, so ist die Funktion eine recht gute danach. Der 1. Fall wurde vor 6 Jahren operirt, das Mastdarmrohr blieb viele Jahre lang weit, auch dann noch, als ein schweres Recidiv der Lues auftrat. In den späteren Jahren wurden noch 6 Fälle operirt, 2 Pat. demonstrirt. Die sehr lange Wunde verkürzt sich zu einer derben kurzen Narbe, lange bleiben manchmal noch feine Fisteln bestehen, die die Pat. aber wenig stören.

In der sich anschließenden Diskussion erwähnt Herr Israël, dass er vor 2 Jahren diese Methode ähnlich geübt habe, und dass sie ihm befriedigende Resultate ergeben habe. Immerhin könne sie nur bei einer beschränkten Anzahl von Fällen Verwendung finden, da trotz dieses Eingriffes die Verschwärung im Mastdarm oft weiter gehe; weit besser seien für ihn die Resultate nach querer Durchtrennung des Colon (Kolostomie).

Herr König: Die Analogie mit der Urethrotomia externa sei keine vollkommene; nach Spaltung der Harnröhre könne man von beiden Seiten her gesundes Gewebe herbeiführen, beim Mastdarm jedoch nicht.

Herr Körte hat auch eine Rectotomia posterior linearis ausgeführt in einigen Fällen, dabei aber den Sphinkter mit gespalten, da dadurch die Stagnation hintangehalten werde, und die Geschwüre viel leichter ausheilen könnten.

Was die Kolostomie anlange, so habe er in keinem Falle Heilung danach gesehen; allerdings habe er nicht die quere Durchtrennung vorgenommen.

Herr Lindner empfiehlt die Kolostomie, die rasch Hilfe schaffe, trotz der Unannehmlichkeiten, die der künstliche After mit sich bringe. Ziehe man die Darmschlinge unter dem Poupart'schen Bande oder zwischen den Fasern desselben durch, so könne man ihn leicht mit einem Bruchband verschlossen halten.

Herr König wünscht eine nähere Erklärung, wie denn der künstliche After unter dem Poupart'schen Bande anzubringen sei.

Herr Rose weist darauf hin, dass die Rectotomia interna bereits von Dieffenbach angegeben worden sei.

Herr Israël betont, dass eben die quere Durchtrennung des Colon, nicht die Kolostomie gemacht werden müsse, und dass die spätere Heilung der Darmenden ohne Schwierigkeiten vor sich gehe.

Herr Sonnenburg (Schlusswort) tritt nochmals für die von ihm geübte Methode ein: während des Bestehens des künstlich geschaffenen Afters sei der Sphinkter außer Funktion gesetzt, also brauche man ihn auch nicht zu durchschneiden. Seine Methode unterscheide sich von dem Verfahren der Herren Israël und Körte dadurch, dass der Sphinkter erhalten bleibe.

Herr Sonnenburg: Beiträge zur Differentialdiagnose der Entzündungen und Tumoren der Ileocoecalgegend mit besonderer Berücksichtigung rechtsseitiger Adnexerkrankungen der Frauen.

Seitdem die Lehre der Appendicitis immer klarer und bestimmter sich entwickelte, hat man sich auch mehr und mehr mit der Differentialdiagnose beschäftigt. Der Vortr. berichtet über die hier in Frage kommenden Erkrankungen und erläutert die Schwierigkeiten der Diagnose durch eine Reihe von Fällen, Krankengeschichten und Präparaten. Carcinom und Tuberkulose der Ileocoecalgegend können zu Verwechslungen mit chronischer Appendicitis Veranlassung geben; eine verschiebbare Resistenz spricht gegen Exsudat, eine unverschiebbare aber nicht gegen Carcinom. Tuberkulose geht sehr selten primär vom Wurmfortsatz aus. Tumoren in dieser Gegend können auch vom Appendix ausgehen. S. exstirpierte aus der Ileocoecalgegend ein mannskopfgroßes Fibromyom, von mächtigen Schwarten umgeben. Bauchmuskulabscesse können Perityphlitis vortäuschen. Auch Leber- und Gallenblasenleiden vermögen eine Appendicitis vorzutäuschen. S. operirte einen Gallensteinileus, der Stein lag eingekleilt in einer Dünndarmschlinge in der Ileocoecalgegend und hatte eine Appendicitis annehmen lassen. Am häufigsten wird aber die Perityphlitis verwechselt mit Erkrankungen und Entzündungen der Adnexorgane bei Frauen. Hier kommen für die Differentialdiagnose wesentlich in Betracht die Anamnese, der Sitz des Exsudats und die klinischen Erscheinungen. Die Anamnese ergibt für die Adnexerkrankungen ein Fortschreiten der Entzündung von außen nach innen. Die parametritischen Exsudate liegen dem Uterus an, drängen ihn nach vorn und entwickeln sich nach dem kleinen Becken zu. Dort findet man perityphlitische Exsudate nur bei sehr langem, in das kleine Becken hineinreichendem Wurmfortsatze. Für gewöhnlich liegt das perityphlitische Exsudat höher und ist von der Vagina aus nicht zu erreichen. Die klinischen Erscheinungen können in beiden Erkrankungen sehr ähnlich sein, doch überwiegen die Darm- und peritonitischen Erscheinungen bei der Appendicitis. Im Allgemeinen dürften die Erkrankungen, kommen sie einzeln vor, von einander diagnosticirt werden können. Kommen beide Processe neben einander vor, so ist eine bestimmte Diagnose unmöglich.

Herr Martin wird durch den gezeigten Tumor an eine ähnliche Geschwulst erinnert, die von ihm durch Operation entfernt wurde. Dieselbe fand sich der rechten Darmbeinschaufel anliegend und entpuppte sich als ein Lithopädon, das aus der Tube ausgetreten war.

Myome, die abseits des Uterus sich finden, stammen seiner Meinung nach wahrscheinlich immer ab von subserösen Myomen desselben; sie können abgeschnürt und dann verlagert werden.

Durch das Ligamentum appendiculo-ovaricum, das zwar nicht konstant sei, in dem sich aber Gefäße und Muskeln fänden, könne dem Herabwandern von Bakterien aus dem Darm Vorschub geleistet werden — in Ovarialabscessen wurde von Kiefer das Bacterium coli gefunden. In vielen Fällen freilich werde es unmöglich sein, zu bestimmen, von welchen Organen die Processe ausgegangen

sein. Er sucht sich zu helfen, indem er den Processen »nachkriecht«, d. h. nach einander Uterus, Tube, Ovarium, Processus vermiformis abtastet, untersucht.

Herr Landau hebt hervor, dass man nicht berechtigt sei, die Exsudate am Processus vermiformis in Analogie zu ziehen mit Exsudaten der Adnexe; bei den letzteren handle es sich um präformirte Räume, bei den ersteren nicht. Bimanuelle Untersuchung ergebe ausnahmslos, in wie weit dabei die Genitalien mit theiligt seien. Auffälligerweise seien entzündliche Verwachsungen zwischen Darm und Adnexen nach seiner Ansicht äußerst selten, links häufiger als rechts, weil das linke Ligamentum latum unmittelbar an das Mesocolon der Flexur heranreiche. Das Ligamentum appendiculo-ovaricum spiele eine untergeordnete oder keine Rolle bei entzündlichen Verwachsungen.

Bei recidivirenden Fällen beweise die Symptomatologie nichts für die Diagnose; denn sie sei bei Salpingitis und Perityphlitis ganz identisch (Singultus, Erbrechen, Fieber, aufgetriebener Leib etc.).

Herr v. Bergmann berichtet als Illustration dafür, wie leicht die Verwechslung zwischen Perityphlitis und Tumor sei, über einen von ihm operirten Fall. Er fand bei der Operation dicke Schwarten, nach deren Durchtrennung sich stinkender Eiter und mit ihm 2 Zähne entleerten — Dermoid der Ileocecalgegend, das mit dem Ovarium sicher nicht in Zusammenhang stand. Er ist der Ansicht, dass es auch intraperitoneale Fibrome giebt, die mit dem Uterus nicht in Verbindung stehen.

Herr Lindner erwähnt, dass auch kleine perityphlitische Exsudate sich nach dem kleinen Becken zu entwickeln können, und die Diagnose dann äußerst schwer ist. Häufig lässt sich dieselbe dann durch Untersuchung in Narkose klarstellen.

Herr Körte fand bei Virgines Adnextumoren (Abscesse in der Tube), die nur vom Processus vermiformis ausgegangen sein konnten — die Fälle heilten nach Entfernung desselben.

Herr Rotter erwähnt einen Fall, wo die erweiterte Gallenblase in der Umbilico-spinallinie mit der Beckenschaukel verwachsen war, und differentialdiagnostische Schwierigkeiten bestanden; ferner einen nach Dysenterie entstandenen Tumor des Coecums.

Nach seiner Erfahrung sind im kleinen Becken die entzündlichen Tumoren der weiblichen Genitalien im Allgemeinen unschwer von perityphlitischen Tumoren zu unterscheiden. Bei größeren Abscessen allerdings wird es manchmal unmöglich, den Ausgangspunkt, ob von einer Perimetritis etc. oder von einem abnorm fixirten Proc. vermiformis, festzustellen. Sehr wichtig sei es, die Kleinbeckenperityphlitiden von Männern rechtzeitig zu diagnosticiren. Er berichtet über 2 derartige Fälle, bei denen der primäre Abscess im Douglas saß, und die Eröffnung desselben vom Damm aus zwischen Rectum und Blase vorgenommen und Heilung erzielt wurde.

Herr Schwalbach: Nervenerkrankungen nach Traumen.

Fall I: Ein 35jähriger Steinträger knickte, mit einer Last Ziegelsteinen beschwert, mit dem linken Fuße nach außen um; er fiel nicht hin, bekam jedoch sofort heftiges Zittern der Beine und musste die Arbeit aufgeben. Vom nächsten Tage an Schwere in den Beinen und schlechtes Allgemeinbefinden.

Am 5. Tage nach dem Unfall wurde bei der Aufnahme im Krankenhaus Moabit eine Paraplegie beider Beine, Anästhesie derselben und der Unterbauchgegend bis zur Nabelhöhe, Fehlen der Patellar-, Achillessehnen- und Cremasterreflexe festgestellt. Die Punktion des Rückenmarkes brachte vorübergehende Besserung der Motilität und Sensibilität des rechten Beines. Tod 4 Wochen nach dem Unfall. Bei der Sektion wurde keine Verletzung der Wirbelsäule gefunden, im Bereiche des 4.—7. Dorsalsegmentes des Rückenmarkes Myelitis, die vorwiegend weiße Substanz befallen hatte.

Fall II: Einem 22jährigen Schlosser, der seit 3 Jahren an Nephritis chronica leidet, fiel, während er in gebückter Stellung bei seiner Arbeit stand, eine schwere Bohrmaschine auf die Kreuzbeingegend; er stürzte sofort zu Boden und verlor

die Besinnung. Bei der Aufnahme bot er die Erscheinungen des Shocks dar; ferner wurde bei ihm ein Bruch des rechten Unterschenkels festgestellt; ein Wirbelbruch war nicht zu konstatiren. Pat. erholte sich allmählich und ging vom 14. Tage nach dem Unfall mit einem Gipsverband umher. Sehr langsame Heilung des Bruches in $4\frac{1}{2}$ Monat. $5\frac{1}{2}$ Monat nach dem Unfall begann Pat. über ziehende Schmerzen und Schwere in den Beinen zu klagen. Es bestand Steigerung der Patellar- und Achillessehnenreflexe, hochgradiger Fußklonus, Herabsetzung der Sensibilität beider Beine. Nach weiteren 4 Wochen ist jetzt völlige Lähmung der Beine eingetreten, die Sensibilität in ihnen fast erloschen, es bestehen Blasen- und Mastdamparesen. Die Reflexe sind noch gesteigert. Es handelt sich in diesem Falle um Myelitis.

Fall III: Der 38jährige Arbeiter F. zog sich im April 1894 dadurch, dass er mit einem 2 Centner schweren Sack eine Kellertreppe hinabstürzte, einen linksseitigen Kniescheibenbruch zu. Die Patella wurde ihm hier genäht und Pat. nach $\frac{3}{4}$ Jahr mit guter Funktion, sonst gesund, entlassen. Etwa 1 Jahr nach dem Unfall entwickelten sich allmählich die Erscheinungen der Tabes (Beginn mit lancinirenden Schmerzen in den Beinen). Er bietet jetzt folgende Symptome dar: Romberg'sches und Westphal'sches Phänomen, einseitige Pupillenstarre, träge Reaktion der anderen, gastrische Krisen, Sensibilitätsstörungen, Ataxie, vor Allem Gelenkaffektionen.

Im Anfang des Jahres 1896 (also 1 Jahr und 8 Monate nach dem Unfall) entwickelten sich bei ihm Geschwülste an beiden Hüftgegenden. Linkerseits kamen Theile der Tumoren unter hohem Fieber zur Abscedirung; die Tumoren bestanden aus porösen Knochenmassen, die zum Theil dem Becken, zum Theil dem Oberschenkel aufsaßen. Die Ausheilung der linksseitigen Wunde dauerte ungefähr 8 Monate, während welcher Zeit ein Theil der Knochenmassen unter stetig hohem Fieber einschrumpfte, theils sich neue Tumoren an der linken Beckenseite bildeten. Während dieser Zeit wurden auch an der rechten Hüftseite Theile der dort befindlichen Tumoren unter hohem Fieber weich; die weichen Massen senkten sich bis zur Mitte des Oberschenkels und wurden dort durch Incision entleert; die eiterähnliche Masse war bakterienfrei; die Ausheilung des rechtsseitigen Processes beanspruchte 6 Wochen. Pat. erhielt $5\frac{1}{2}$ Monat lang Jodkali (eine Schmierkur konnte wegen des schlechten Allgemeinbefindens nicht vorgenommen werden); dasselbe hatte anscheinend keinen Einfluss auf die Wundheilung. Das linke Bein wurde während seines Krankenlagers (durch Usur des Femurkopfes) um 5 cm kürzer.

Herr Mühsam: Gelenk- und Knochenerkrankungen nach akuten Infektionskrankheiten.

M. fand in dem Eiter eines wegen Osteomyelitis des Femur operirten Pat. (14jähriger Knabe) Typhusbacillen.

Der betreffende Pat. hatte Typhus durchgemacht und erkrankte im Anschluss daran mit Schmerzen im linken Femur (unteren Drittel) unter fieberhaften Erscheinungen. Es wurde eine Verdickung des Knochens konstatiert, derselbe aufge-meißelt und eine glattwandige, mit Eiter erfüllte Höhle freigelegt. — Zahlreiche Impfversuche und Kontrolluntersuchungen ergaben unzweifelhaft Typhusbacillen.

M. knüpft hieran die Bemerkung, dass nicht nur die langen Röhrenknochen, sondern unter Anderem auch die Rippen der Sitz posttyphöser Erkrankungen sein können, wie aus Beobachtungen von Widal und Bauer hervorgeht.

In einem anderen Falle gelang es M., aus dem Eiter eines Abscesses der Schulter ausschließlich Pneumoniokokken (Fränkel) festzustellen.

Bei dem betreffenden Pat., 55jährigen Arbeiter, stellte sich im Anschluss an eine rechtsseitige Unterlappenpneumonie eine Erkrankung der rechten Schulter ein. Deutliche Fluktuation, Incision, Entleerung von 200 ccm dünnflüssigen Eiters. Die Gelenkflächen waren rauh, Knorpel und Knochen an der Vorderseite zerstört.

Nach Schluss der Vorträge Demonstration von Bandagen und Besichtigung des neuen Operationshauses.

Sarfert (Berlin).

15) **Chalot** (Toulouse). Ligature simultanée des deux carotides externes et, plus tard, ligature de la carotide primitive gauche pour un aneurysme cirsoide qui occupait principalement le temps, les paupières et le front du côté gauche, ainsi que la racine du nez.

Résultats éloignés très satisfaisants.

(L'indépendance méd. 1896. p. 129.)

Zur Ergänzung der Überschrift, die das Wesentliche des interessanten Falles enthält, ist nur noch hinzuzufügen, dass das enorme Aneurysma cirsoideum auf $\frac{1}{3}$ seiner Größe zurückging, dass die Pulsation völlig schwand, die Blutungen, Schmerzen und Gefäßgeräusche definitiv beseitigt wurden. Heilung nach 3 Jahren konstatiert.

E. Martin (Köln).

16) **D'Arcy Power**. Remarks on cystic lymphangioma in childhood: its differential diagnosis and treatment.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1846.)

Differentialdiagnostisch kommen vergrößerte Lymphdrüsen, Lipome, Naevi, Angiome, Dermoidcysten und Sarkome in Betracht. Namentlich zwischen letzteren und dem Lymphangioma cysticum kann die Differentialdiagnose oft große Schwierigkeiten bereiten. Sarkome sind jedoch selten angeboren und pflegen schneller zu wachsen. Charakteristisch für Lymphangiome ist auch wiederholtes Auftreten von Lymphangitis über der Geschwulst. Die beste Behandlung besteht in sorgfältiger Excision der Geschwulst, welche jedoch bei den sehr jungen Individuen als kein ganz geringfügiger Eingriff angesehen werden darf. Von einer Punktion verspricht sich Verf. nur bei einkammerigen Cysten Erfolg. Verf. theilt einen Fall von einem Lymphangioma cysticum bei einem 14 Tage alten Kinde mit, welches sich über die ganze linke Gesichtshälfte und den oberen Theil des Halses erstreckte. Die Exstirpation war nicht ohne Schwierigkeiten, Heilungsverlauf gut. Abbildungen des Kindes vor und 17 Monate nach der Operation sind beigelegt.

H. Stettiner (Berlin).

17) **A. Kuttner**. Chorditis vocalis inferior hypertrophica.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

K. theilt die Krankengeschichte eines 26jährigen Mädchens mit, bei welcher die subglottischen entzündlichen Infiltrationen der Stimmbänder nicht bloß die Tracheotomie erforderten, sondern auch nach der Laryngofissur und Excision der hypertrophischen Schleimhaut wiederkehrten. Da die Pat. an den Folgen einer Pneumonie später starb, konnte Verf. den Sektionsbefund und die histologische Untersuchung der Infiltrate verwerthen, um das Vorkommen einer genuinen Chorditis vocalis inferior hypertrophica (Gerhardt), die weder mit Tuberkulose, noch Syphilis, noch Sklerom, noch einer Naseneiterung etwas zu thun hat, zu beweisen. An der Wirksamkeit der operativen Behandlung hegt Verf. nach dieser Erfahrung noch Zweifel. Wie sehr ihn übrigens bei dem Niederschreiben der Mittheilung die neue Kehlkopfuntersuchungsmethode Kirstein's beschäftigt haben mag, geht aus einem wiederholten Lapsus calami hervor: statt Autopsie — Autoskopie.

Teichmann (Berlin).

18) **W. Hansberg**. Beiträge zur Operation des Kehlkopfkrebse.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Außer der Beschreibung und Abbildung von 4 Fällen eigener Beobachtung, von denen einer durch Laryngotomie, zwei durch partielle Kehlkopfresektion geheilt sind und einer 8 Tage nach Totalexstirpation zu Grunde gegangen ist, bringt H. in diesem lesenswerthen Aufsatz eine Zusammenstellung aller seit dem Jahre 1889 in der Litteratur veröffentlichten Kehlkopfkrebsoperationen. Diese umfasst 154 Fälle, darunter 18 endolaryngeale Operationen, 52 Laryngotomien mit Beschränkung auf die Weichtheile, 54 Resektionen und 30 Totalexstirpationen. Auf Grund dieser Statistik gelangt H. zu dem Schluss, dass die Heilungen in neuerer Zeit gegen früher sich verdoppelt haben und die Todesfälle in Folge der Opera-

tion stark zurückgegangen sind. Die definitiv Geheilten der neueren Zeit sind vorzugsweise solche, die nach den konservativen Methoden operirt sind; bei den Totalexstirpationen finden sich nur 3 Heilungen verzeichnet. Daraus resultirt gleichzeitig ein höherer Werth der Heilungen, da die Geheilten in der Mehrzahl der Fälle später keiner Dauerkanüle bedurften und die frühere, wenn auch etwas herabgesetzte natürliche Funktion des Kehlkopfes wiedererlangt hatten. Die Totalexstirpation, welche in den bisherigen Statistiken an der Spitze der Häufigkeit stand, ist in den Hintergrund getreten und wird es in Zukunft noch mehr thun, wenn zwei Bedingungen erfüllt werden: frühzeitige Diagnose und unverzüglicher chirurgischer Eingriff.

Teichmann (Berlin).

19) Fischer. Beiträge zur Pathologie der Thymusdrüse.

(Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 2.)

F. giebt die Beschreibung eines Falles von Hodgkin'scher Krankheit, bei welcher eine Betheiligung der Thymusdrüse an dem krankhaften Process den Tod trotz vorgenommener Tracheotomie herbeigeführt hat. Es handelt sich um ein 5 Jahre altes Kind aus der v. Bergmann'schen Klinik, und es ist zu bemerken, dass sowohl die Grundkrankheit in diesem Alter wie die Betheiligung der Thymus an ihr noch selten beobachtet sind. F. glaubt, dass es kaum eine Erkrankung der Thymusdrüse geben dürfte ohne Betheiligung des gesamten Drüsenapparates, und dass man in der hyperplastischen Thymusdrüse nicht eine Ursache des Todes, sondern nur ein Theilsymptom, vielleicht auch den Ausgangspunkt jener allgemeinen Ernährungsstörung zu erkennen habe, die des Weiteren durch die Vergrößerung der Lymphdrüsen, der Mandeln etc. gekennzeichnet sei. Ref. kann sich auf Grund eines von Rehn operirten und von ihm publicirten Falles dieser Anschauung nicht anschließen und hält eine primäre Erkrankung der Thymus für möglich; eben so glaubt er, dass eine hyperplastische Thymus als eventuelle Todesursache ansehen zu müssen. Andere Fälle, speciell von amerikanischen Ärzten publicirt, bestätigen die Ansicht. F. giebt noch eine Zusammenstellung zahlreicher Fälle von Thymusgeschwülsten an, welche sich seitdem noch wesentlich vermehrt haben. (Frankfurt a/M.).

20) A. Ciechomski. Ein seltener spastischer Konstriktor des Ösophagus und Prolaps der Magenschleimhaut durch eine Magenfistel.

(Gazeta Lekarska 1896.)

Ein 35-jähriger Handlanger, der an einer bestehenden Schlingenschwäche litt, wurde im Hospital aufgenommen. Er konnte er weder feste noch flüssige Nahrung schlucken, sondern nur durch eine Sonde in die Cardia aushalten. Die Schlingenschwäche wurde als eine rasch fortschreitende Incontinentia alimentaria bezeichnet. Am 7. Tage nach Aufnahme wurde eine Laparotomie ausgeführt. Am 15. Tage nach Operation begann der Patient auf die Nahrung zu schlucken, so dass das Essen am 15. Tage vollständig eingenommen wurde. Die Fistel entfernte werden am 7. Tage nach Operation. Nach fast 2 Wochen wurde der Patient entlassen. Die Furcht vor einem Krampf des Ösophagus und vor einem Prolaps der Magenschleimhaut durch die neuentstandene Fistel war die Ursache der Furcht vor einer Operation.

Nach fast 2 Wochen wurde der Patient entlassen. Die Furcht vor einem Krampf des Ösophagus und vor einem Prolaps der Magenschleimhaut durch die neuentstandene Fistel war die Ursache der Furcht vor einer Operation. Nach fast 2 Wochen wurde der Patient entlassen. Die Furcht vor einem Krampf des Ösophagus und vor einem Prolaps der Magenschleimhaut durch die neuentstandene Fistel war die Ursache der Furcht vor einer Operation.

- 21) **Berger.** Über einen seltenen Fall von Ösophagusstenose. (Aus Dr. Kadner's Sanatorium in Niederlösnitz bei Dresden.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 32.)

Es handelt sich um eine syphilitische Ösophagusstenose, welche Anfangs für eine solche carcinomatöser Natur gehalten wurde, bis durch Jodkali Besserung eintrat. B. weist auf die Seltenheit dieser Fälle hin.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

- 22) **G. Commandeur** (Lyon). Hémimélie unilatérale du membre supérieur. Note sur l'anatomie des moignons d'arrêt de développement des membres.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 551.)

Ein durch Darmverschluss herbeigeführter Todesfall gab dem Verf. die immerhin seltene Gelegenheit zur anatomischen Untersuchung der erwähnten Hemmungsmissbildung. Auf den ersten Blick schien der linke Vorderarm der 28jährigen Pat. im unteren Drittel amputirt; doch saßen dem Stumpfende 4 kleine, runde, höckerartige Vorsprünge auf, die als Fingerrudimente aufgefasst werden müssen. Bei der Präparation fanden sich der Oberarm normal, die Vorderarmknochen kürzer, aber nach jeder Richtung gut beweglich, das Skelett der Handwurzel, Mittelhand und Finger in allen Theilen angelegt, aber die einzelnen Theile zu einer einsigen kleinen Knochenmasse verschmolzen und mit dem Radius verwachsen. In diesem der Ossifikation der Synchondrosen analogen Vorgang sieht Verf. die Ursache der Hemmungsbildung. Über dem Knochenstumpf waren die unter einander durch Bindegewebsfasern fest verlötheten Weichtheile, Haut und Aponeurose, nach Art einer Manschette ziemlich frei verschieblich. Sämmtliche Vorderarmmuskeln mit Ausnahme des Pronator quadratus, des Abductor pollicis longus und Extensor pollicis brevis waren erhalten; ihr Ursprung entsprach der Norm, unten inserirten die sonst an den Phalangen sich ansetzenden Muskeln an dem Knochenstumpf, alle anderen gingen in die Aponeurose über.

Reichel (Breslau).

- 23) **P. Dittmer.** Zur Kasuistik seltener Knochenbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

D. veröffentlicht 2 seltenere Fälle von Knochenbrüchen. Im ersten handelt es sich um eine nach unterlassener Behandlung entstandene Pseudarthrosenbildung bei einem intrakapsulären Bruch des Collum anatomicum und extrakapsulärem Längsbruch im Collum chirurg. humeri; im zweiten um einen Kniescheibenbruch im kindlichen Alter von 9 Jahren. D. fand unter 386 Kniescheibenbrüchen, die er aus der Litteratur zusammenstellen konnte, nur noch einen einzigen Pat. unter 10 Jahren betroffen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

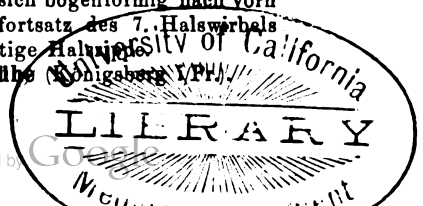
- 24) **Scheller** (Thorn). Mittheilungen aus dem Garnisonlazarett zu Thorn. Luxatio humeri erecta, Halsrippe.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1896. Juni.)

Eine Luxatio humeri erecta entstand bei einem Manne dadurch, dass er eine eiserne Bettstelle auf der rechten Schulter trug, deren Druck bei zum Festhalten der Last erhobenem rechten Arm den Oberarmkopf aus der Gelenkpfanne nach unten herausgedrückt hatte. Der rechte Oberarm stand unbeweglich nach oben und außen, die Gelenkfläche des Schulterblattes und der unterhalb desselben stehende Kopf konnte deutlich durch die Haut hindurch gefühlt werden. Die Einrenkung gelang durch starke Extension in der Richtung der Oberarmachse mit Kontraktion am Brustkorb und daran sich anschließendes schnelles Senken des Oberarmes mit Druck auf den Kopf nach oben.

Bei einem Rekruten stand die linke obere Schlüsselbeingrube stark hervor, veranlasst durch eine knochenharte Geschwulst, welche sich bogenförmig nach vorn unter das Schlüsselbein, nach hinten gegen den Querfortsatz des 7. Halswirbels erstreckte. Es handelte sich offenbar um eine linksseitige Halsrippe.

Lübs (Königsberg i. Pr.).



tion stark zurückgegangen sind. Die definitiv Geheilten der neueren Zeit sind vorsugsweise solche, die nach den konservativen Methoden operirt sind; bei den Totalexstirpationen finden sich nur 3 Heilungen verzeichnet. Daraus resultirt gleichzeitig ein höherer Werth der Heilungen, da die Geheilten in der Mehrzahl der Fälle später keiner Dauerkanüle bedurften und die frühere, wenn auch etwas herabgesetzte natürliche Funktion des Kehlkopfes wiedererlangt hatten. Die Totalexstirpation, welche in den bisherigen Statistiken an der Spitze der Häufigkeit stand, ist in den Hintergrund getreten und wird es in Zukunft noch mehr thun, wenn zwei Bedingungen erfüllt werden: frühzeitige Diagnose und unverzüglicher chirurgischer Eingriff.

Teichmann (Berlin).

19) Fischer. Beiträge zur Pathologie der Thymusdrüse.

(Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 2.)

F. giebt die Beschreibung eines Falles von Hodgkin'scher Krankheit, bei welcher eine Betheiligung der Thymusdrüse an dem krankhaften Process den Tod trotz vorgenommener Tracheotomie herbeigeführt hat. Es handelt sich um ein 5 Jahre altes Kind aus der v. Bergmann'schen Klinik, und es ist zu bemerken, dass sowohl die Grundkrankheit in diesem Alter wie die Betheiligung der Thymus an ihr noch selten beobachtet sind. F. glaubt, dass es kaum eine Erkrankung der Thymusdrüse geben dürfte ohne Betheiligung des gesamten Drüsenapparates, und dass man in der hyperplastischen Thymusdrüse nicht eine Ursache des Todes, sondern nur ein Theilsymptom, vielleicht auch den Ausgangspunkt jener allgemeinen Ernährungsstörung zu erkennen habe, die des Weiteren durch die Vergrößerung der Lymphdrüsen, der Mandeln etc. gekennzeichnet sei. Ref. kann sich auf Grund eines von Rehn operirten und von ihm publicirten Falles dieser Anschauung nicht anschließen und hält eine primäre Erkrankung der Thymus für möglich; eben so glaubt er eine hyperplastische Thymus als eventuelle Todesursache ansehen zu müssen. Auch andere Fälle, speciell von amerikanischen Ärzten publicirt, bestätigen diese Ansicht. F. giebt noch eine Zusammenstellung zahlreicher Fälle von Thymuserkrankung aus der Litteratur, welche sich seitdem noch wesentlich vermehrt haben.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

20) A. Ciechomski. Ein Fall von spastischer Striktur des Ösophagus und Prolaps der Magenwand durch die Magenfistel.

(Gazeta lekarska 1896. No. 43.)

Ein 25jähriger Handlanger wurde wegen seit 8 Tagen bestehender Schlingeschwerden ins Spital aufgenommen. In den letzten Tagen konnte er weder feste noch flüssige Speisen schlucken, und die eingeführte Magensonde stieß oberhalb der Cardia auf ein unüberwindliches Hindernis. In Anbetracht der rasch fortschreitenden Inanition des Pat. wurde die Gastrostomie nach Hacker ausgeführt. Am 7. Tage nach der Operation begann Pat. wieder auf natürlichem Wege zu schlucken, so dass das Drainrohr am 15. Tage als vollständig überflüssig aus der Fistel entfernt werden konnte. In der 7. Woche stellte sich noch 2mal ein vorübergehender Krampf des Ösophagus ein, und verweigerte auch Pat. daher aus Furcht vor erneutem Eintritt desselben den definitiven Verschluss der Fistel.

Nach fast 2 Jahren suchte er abermals im Spital Hilfe, da ihm Tags zuvor beim Heben einer schweren Last eine Geschwulst durch die Fistel vorgefallen war. Es stellten sich Symptome eines Darmverschlusses und Collaps ein. Die Untersuchung ergab im linken Hypochondrium einen faustgroßen, bereits nekrotischen Vorfall der Magenwand. Reposition in Chloroformnarkose. Tod am folgenden Tage. Aus dem Sektionsprotokolle heben wir nur das Interessanteste hervor: An der vorderen Magenwand, gleich oberhalb der großen Curvatur, 13 cm vom Pylorus entfernt, befand sich die 1½ cm lange senkrechte Magenfistel. Die Magenwand trägt von der Fistel bis zum Pylorus und längs der großen Curvatur deutliche Spuren der Einklemmung und Gangrän und erinnert an ein nekrotisches, scharf demarkirtes Geschwür. Die Speiseröhre war vollständig normal, überhaupt im Organismus sonst nirgends etwas Abnormes nachweisbar bis auf einen kleinen, verkästen Herd in der linken Lungenspitze.

Trzebicki (Krakau).

21) **Berger.** Über einen seltenen Fall von Ösophagusstenose. (Aus Dr. Kadner's Sanatorium in Niederlösnitz bei Dresden.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 32.)

Es handelt sich um eine syphilitische Ösophagusstenose, welche Anfangs für eine solche carcinomatöser Natur gehalten wurde, bis durch Jodkali Besserung eintrat. B. weist auf die Seltenheit dieser Fälle hin.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

22) **G. Commandeur** (Lyon). Hémimélie unilatérale du membre supérieur. Note sur l'anatomie des moignons d'arrêt de développement des membres.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 551.)

Ein durch Darmverschluss herbeigeführter Todesfall gab dem Verf. die immerhin seltene Gelegenheit zur anatomischen Untersuchung der erwähnten Hemmungsmissbildung. Auf den ersten Blick schien der linke Vorderarm der 28jährigen Pat. im unteren Drittel amputirt; doch saßen dem Stumpfende 4 kleine, runde, höckerartige Vorsprünge auf, die als Fingerrudimente aufgefasst werden müssen. Bei der Präparation fanden sich der Oberarm normal, die Vorderarmknochen kürzer, aber nach jeder Richtung gut beweglich, das Skelett der Handwurzel, Mittelhand und Finger in allen Theilen angelegt, aber die einzelnen Theile zu einer einzigen kleinen Knochenmasse verschmolzen und mit dem Radius verwachsen. In diesem der Ossifikation der Synchronrosen analogen Vorgang sieht Verf. die Ursache der Hemmungsbildung. Über dem Knochenstumpf waren die unter einander durch Bindegewebsfasern fest verlötheten Weichtheile, Haut und Aponeurose, nach Art einer Manschette ziemlich frei verschieblich. Sämmtliche Vorderarmmuskeln mit Ausnahme des Pronator quadratus, des Abductor pollicis longus und Extensor pollicis brevis waren erhalten; ihr Ursprung entsprach der Norm, unten inserirten die sonst an den Phalangen sich ansetzenden Muskeln an dem Knochenstumpf, alle anderen gingen in die Aponeurose über.

Reichel (Breslau).

23) **P. Dittmer.** Zur Kasuistik seltener Knochenbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

D. veröffentlicht 2 seltenere Fälle von Knochenbrüchen. Im ersten handelt es sich um eine nach unterlassener Behandlung entstandene Pseudarthrosenbildung bei einem intrakapsulären Bruch des Collum anatomicum und extrakapsulärem Längsbruch im Collum chirurg. humeri; im zweiten um einen Kniescheibenbruch im kindlichen Alter von 9 Jahren. D. fand unter 386 Kniescheibenbrüchen, die er aus der Litteratur zusammenstellen konnte, nur noch einen einzigen Pat. unter 10 Jahren betroffen.

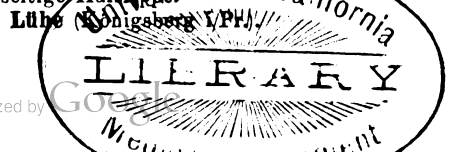
E. Siegel (Frankfurt a/M.).

24) **Scheller** (Thorn). Mittheilungen aus dem Garnisonlazarett zu Thorn. Luxatio humeri erecta, Halsrippe.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1896. Juni.)

Eine Luxatio humeri erecta entstand bei einem Manne dadurch, dass er eine eiserne Bettstelle auf der rechten Schulter trug, deren Druck bei zum Festhalten der Last erhobenen rechten Arm den Oberarmkopf aus der Gelenkpfanne nach unten herausgedrückt hatte. Der rechte Oberarm stand unbeweglich nach oben und außen, die Gelenkfläche des Schulterblattes und der unterhalb desselben stehende Kopf konnte deutlich durch die Haut hindurch gefühlt werden. Die Einrenkung gelang durch starke Extension in der Richtung der Oberarmachse mit Kontraktion am Brustkorb und daran sich anschließendes schnelles Senken des Oberarmes mit Druck auf den Kopf nach oben.

Bei einem Rekruten stand die linke obere Schlüsselbeingrube stark hervor, veranlasst durch eine knochenharte Geschwulst, welche sich bogenförmig nach vorn unter das Schlüsselbein, nach hinten gegen den Querfortsatz des 7. Halswirbels erstreckte. Es handelte sich offenbar um eine linksseitige Halsrippe.



25) **Vallas.** Ostéomyélite ancienne. — Double localisation sur l'extrémité inférieure de l'humérus et l'extrémité supérieure du tibia. — Décollement diaphysaire vers l'humérus. — Troubles d'accroissement et bons résultats fonctionnels. — Hypérostose primitivement située à l'épiphyse du tibia et reportée actuellement vers la diaphyse.

(Province méd. 1896. No. 15.)

Das in seinen Einzelheiten genau beschriebene Krankheitsbild erklärt sich pathogenetisch folgendermaßen. Die Osteomyelitis trat zunächst im Anschluss an Pocken am Ellbogen auf, die Lokalisation am Bein gelangt durch ein subkutanes Trauma zum Ausbruch. Am unteren Ende des Humerus kommt es zu einer Epiphysenlösung und partieller Sequestrierung und Ausstoßung der Epiphyse; der Rest verwächst mit dem oberen Ende der Vorderarmknochen. Ankylose des oberen Radio-cubitalgelenkes in halber Pronation; totale Ankylose des Ellbogengelenkes und statt dessen Bildung eines neuen Gelenkes zwischen Diaphyse des Humerus und Vorderarm. Das untere Ende des Humerus, von den Vorderarmknochen nicht mehr in der Richtung gehalten, bildet jetzt, in seiner natürlichen Entwicklung nach außen nicht aufgehalten, einen wachsenden Vorsprung. Dabei ausgezeichnete Funktion.

Herm. Frank (Berlin).

26) **L. Tixier.** Paralyse radiale consécutive à une fracture de l'humérus. — Dégagement du nerf. — Guérison remarquablement rapide.

(Province méd. 1896. No. 24.)

Die Radialislähmung datirt seit der Konsolidation des Oberarmbruchs; daneben Sensibilitätsstörungen im Gebiet des Medianus, Cutaneus etc. Operation 9 bis 10 Wochen nach dem Bruch. Am Tage danach Verschwinden der Sensibilitätslähmungserscheinungen; 4 Tage nach der Operation spontane Extension möglich, bei starkem passivem Zusammendrücken der Muskeln am Handgelenk, späterhin bei Druck auf den Medianus. Volle Wiederherstellung. Vom 20. Tage nach der Operation an erneute Schmerzen, gefolgt von motorischer Lähmung, wie vor der Operation, 5 Wochen nach derselben 2. Operation, welche unmittelbar zu voller Wiederherstellung führt, die nach 3 Monaten noch konstatiert wird.

Herm. Frank (Berlin).

27) **C. Thiem.** Eine seltene Art von Bruch der Beckenschaufel.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1896. No. 12.)

Verf. beschreibt einen Fall von Bruch des Darmbeines, der die übliche Entstehungsweise hatte. (Querbruch Duverney's.) Hier war durch das Emporrücken der Spina oss. ilei eine scheinbare Verlängerung des Beines vorhanden, für die meist schwere Diagnose ein vielleicht werthvolles Zeichen, wenn auch die Dislokation bei Brüchen in der Nähe der Linea innominata meist eine geringe ist. Die Aufmerksamkeit wieder einmal auf diese Frakturen zu lenken, ist angebracht; sie werden in unserer jüngsten Litteratur allzu stiefmütterlich behandelt und haben jedenfalls, wie auch in der Beobachtung T.'s, ein großes praktisches Interesse.

Bähr (Hannover).

28) **H. Delagénère** (Le Mans). Sciatique fémoro-fénière d'origine variqueuse, traitée avec succès par la dénudation et la dissociation du nerf.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 414.)

Quénu hatte 1892 darauf hingewiesen, dass in manchen Fällen hartnäckiger Ischias die Ursache der Erkrankung in variköser Erweiterung der die Nervenzweige umspinnenden Venen zu suchen sei, und hatte gerathen, in solchen Fällen die varikösen Venen zu reseciren. D. geht noch einen Schritt weiter. — Das Leiden bestand bei seiner 33 Jahre alten Pat. seit 3 Jahren, war mit den verschiedensten Methoden völlig fruchtlos behandelt worden. Massage und Bindeneinwicklungen hatten nur vorübergehend Erleichterung gebracht. D. wollte daher dem Rathe Quénu's folgen. Als er aber den Nervus ischiadicus bloßgelegt

hatte, fand er neben ihm keine Krampfader mehr; hingegen war der Nervenstamm von sehr zahlreichen, dicht neben einander stehenden feinen geschlängelten Gefäßen durchfurcht, deren Resektion zwischen 2 Ligaturen unmöglich war. Er suchte sie deshalb durch kräftiges Abreiben des Nervenstammes mit einer sterilen Kompresse zu zerreißen. Um aber auch die im Nerven selbst verlaufenden Gefäße zu zerstören, trennte er die Nervenfasern in der ganzen Länge, in der er den Stamm bloßgelegt hatte, aus einander, eröffnete dadurch eine große Anzahl seiner Venen und desinficirte die Wunde schließlich mit 10%iger Chlorsinklösung. — Es folgte geringe Eiterung; am 1. Tage traten äußerst heftige Schmerzen auf; diese besserten sich vom 2. Tage an, verschwanden dann völlig. Noch nach mehr als 11 Monaten wurde völlige Heilung konstatiert. — (Dieser eine Fall ist für sich allein wohl noch nicht beweisend und auch nicht eindeutig, in so fern D. der Zerstörung der Gefäße nach Bloßlegung des Nerven eine starke Dehnung seines centralen wie peripheren Endes vorausgeschickt hatte; in der Nervendehnung kann daher die Ursache der Besserung eben so gesucht werden, wie in der für die Funktion des Nerven wohl nicht immer ganz ungefährlichen, in der erwähnten Weise vorgenommenen Zerstörung der Nerven Gefäße. Ref.)

Reichel (Breslau).

29) Ruotte (Nancy). Fracture bimalléolaire par adduction.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 558.)

Durch Fall auf der Straße zog sich der 58jährige Pat. den von Tillaux »Fracture bimalléolaire par adduction« genannten, nicht gerade häufigen, durch anatomische Untersuchung jedenfalls nur selten sicher gestellten Knochenbruch zu. Der Fuß drehte sich sogleich mit der Rückenfläche nach außen. Behandlung durch einen Kurfuscher. Die wegen schwerer Phlegmone nach 11 Wochen nothwendig gewordene Amputation gab R. Gelegenheit zur Autopsie: Der äußere Knöchel war quer in der Höhe der Gelenkfläche der Tibia gebrochen und lag mit seiner Innenseite dieser an. An der Tibia trennte die Bruchlinie nicht nur den inneren Knöchel, sondern mit ihm ein 4 cm langes, keilförmiges Stück des unteren Gelenkendes ab, indem sie, 7—8 mm nach außen von dem Winkel zwischen Gelenkfläche der Tibia und innerem Knöchel beginnend, schräg nach innen aufwärts stieg. Die Gelenkbänder waren unverletzt. Das innere Fragment war mit dem Talus stark nach oben abgewichen, so dass die Gelenkfläche des letzteren nach außen und oben sah. Die Diagnose war vor der Amputation irrtümlich auf eine supramalléoläre Fraktur gestellt worden. Verf. nimmt an, dass bei dem Fall nach innen zunächst der Malleolus externus durch die festen Lig. talo-fibulare und calcaneo-fibulare abgerissen, und nun durch den sich anstemmenden Talus der innere Knöchel sammt anliegendem Stück der Tibia abgesprengt worden sei.

Reichel (Breslau).

30) E. Spengler. Über Fußgelenk- und Fußwurzel-Tuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 1.)

S. berichtet über das einschlägige Material der Kocher'schen Klinik in Bern aus den Jahren 1873—1894, das er nach jeder Richtung hin gründlich statistisch durcharbeitet. Die Gesamtzahl der Fälle beträgt 136; 84 auf das männliche, 52 auf das weibliche Geschlecht entfallend; 74mal rechtsseitig, 61mal linksseitig auftretend. Die in der großen Mehrzahl diffus weitgehend befundene Erkrankung betraf meist Individuen von 10—30 Jahren, also das jugendliche und reifere Alter, und waren die Pat. größtentheils $\frac{1}{2}$ —2 Jahre bereits vor ihrem Spitaleintritt krank. Mehr als der 4. Theil der Pat. war hereditär tuberkulös belastet; in etwa der Hälfte aller Fälle konnte eine Gelegenheitsursache der Erkrankung zu Grunde gelegt werden, meist ein Trauma irgend welcher Art, besonders Überanstrengung und Distorsionen. Noch nicht der 3. Theil der Pat. war frei von anderweitigen Tuberkulosen außer der Fußkrankung. Auf 88 Fälle mit Abscessen und Fisteln und 23 Fälle mit Abscessen ohne Fisteln kommen nur 25 Fälle ohne jede Eiterung. Was die Form der Primärerkrankung betrifft, sind 70 primäre Ostitiden gegenüber 34 primären Synovitiden gezählt, bei 35 Fällen ist der Erkrankungsausgangspunkt

ungewiss: also die Hälfte der Fälle ist primär ossalen, nur $\frac{1}{4}$ synovialen Ursprunges. Die beiden die Ausgangspunkte der Knochen- und Synovialerkrankung betreffenden Tabellen reproduciren wir ihres besonderen Interesses wegen vollständig:

Betroffen war:

Tibia	Fibula	Talus	Calcaneus	Naviculare	Cuboidem	Cuneiforme			Metatarsi					Phalangen
						I	II	III	I	II	III	IV	V	
in 20	2,9	21,4	14,3	5,7	12,9	4,3	—	1,4	8,6	—	—	2,9	4,3	1,7% der Fälle

Fußgelenk	Artic. Talocalcan. ant.	Artic. Talocalcan. post.	Artic. Cuboid.-Calc.	Artic. Cuboid.-Metat. IV u. V.	Artic. Talonavicul.	Artic. Navic.-Cuboid.	Cuneiforme	Artic. Cuneif. I, II u. Metat. II u. III	Artic. Cuneif. I Metat. I	Artic. Metat. Phalangen
in 47,1	2,9	—	—	11,8	5,9	5,9	11,8	8,8	5,9% der Fälle.	

Als Ergebnis dieser Tabellen kann angesehen werden, dass von den Knochen am häufigsten die am stärksten belasteten erkranken (Talus, Tibiaepiphyse, Calcaneus etc.), von den Gelenken diejenigen, welche die ausgedehntesten Bewegungsexkursionen haben und am leichtesten Distorsionen erleiden (Talo-Cruralgelenk und die Gelenke der Lisfranc'schen Linie). Von den vielfachen statistischen Zählungen Betreffs der therapeutischen Maßnahmen und deren Resultate können wir nur das Wichtigste hervorheben. Zwar erklärt Verf. jede bekannte Behandlungsmethode für gut und je nach Lage des besonderen Falles für angezeigt, doch ergeben die Zahlen, dass die große Mehrzahl der Fälle radikal operativ behandelt ist, und dass die sogenannte atypische Resektion schließlich sich als Normalverfahren herausstellt. Und zwar wird trotz aller bekannten Gegengründe die Frühoperation empfohlen, die relativ große Zahl der beobachteten Recidive darauf zurückgeführt, dass die Pat. zu spät in die Spitalbehandlung eintraten. Auf 30 Fälle konservativer Behandlung (worunter nur 8 Fälle von Injektionsbehandlung und gar keine Versuche mit dem Bier'schen Stauungsverfahren figuriren) kommen 148 Fälle radikal operativer Behandlung, und zwar 5 Ausschabungen, 7 Arthrotomien, 3 Arthrektomien, 60 Excisionen und Resektionen, der Rest Exarticulationen und Amputationen. Wie die Resultate der einzelnen Operationen speciell sich stellen, muss im Original eingesehen werden, hier genüge zu berichten, dass im Ganzen 128 = 71,1% aller angewandten Behandlungsmethoden von Erfolg gekrönt waren, indem die Kranken geheilt abgingen, in 23,3% dagegen keine Heilung erzielt wurde. Primär- und Sekundärheilungen hielten sich ungefähr das Gleichgewicht. Die Recidive, bei keiner Methode fehlend, waren um so seltener, je radikaler die Behandlung. Örtlich nahm die Häufigkeit der Operationen am Fuß von hinten nach vorn ab, was mit der Lokalisation der Tuberkulose (vgl. die Tabellen oben) harmonirt.

Auch die Endresultate sind nach Möglichkeit erforscht. In der Mehrzahl der Fälle verhielten sich die behandelten Füße in Bezug auf Form und Funktion gut. Nur in 11,1% ist das Resultat als schlecht zu bezeichnen. Was die Sterblichkeit der Behandelten betrifft, so ist die Zahl der Verstorbenen, da sich die Untersuchung über einen großen Zeitraum erstreckt, verhältnismäßig hoch, nämlich 41 = 48,2%. Die meisten Todesfälle kamen auf die Zeit vom 1.—5. Jahre nach der Operation, die spätesten auf mehr als 10 Jahre hiernach. In mehr als $\frac{2}{3}$ aller Todesfälle ist Tuberkulose die Todesursache, und zwar etwa in $\frac{1}{3}$ aller Fälle Lungenschwindsucht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 116), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11.

Sonnabend, den 20. März.

1897.

Inhalt: J. Sternberg, Über den Rectovaginalschnitt bei Mastdarmoperationen. (Originalmittheilung.)

1) Albert, 2) de Ruyter und Kirchhoff, Specielle Chirurgie. — 3) v. Bergmann und Rochs, Operationskurs. — 4) Helferich, Knochenbrüche und Verrenkungen. — 5) Bollinger, Atlas der pathologischen Anatomie. — 6) Babacci und Babi, Äther und Chloroform. — 7) du Fougerey, Bromäthyl und Chloroform. — 8) Rissmann, Peritoneale Plastik. — 9) Madelung, Bauchverletzungen. — 10) Cohn, Perityphlitis. — 11) Naumann, Bauchfelltuberkulose. — 12) Schmidt, Unterleibsbrüche. — 13) Duplay und Cazin, Radikaloperation von Brüchen. — 14) Monari, Cystocele inguinalis. — 15) Hammer-schlag, Magenkrebs. — 16) v. Hacker, Gastrostomie. — 17) Narath, Dünndarm-Genital-fisteln.

Ewald, Streifschuss des Herzens mit tödlichem Ausgang nach vier Wochen. (Originalmittheilung.)

18) Hanna, Herzwunde. — 19) Condamin, Bauchfelltuberkulose. — 20) Williams, Appendicitis. — 21) Price, Darmperforation bei Typhus. — 22) Byford, Mastdarm-exstirpation per vaginam. — 23) Jaboulay, Magenoperationen. — 24) Ders., Zwerch-sackmagen. — 25) Suvara, 26) Graff, 27) Beaver, Anastomosennknopf. — 28) Bramwell, Lebersarkom.

Naturforscherversammlung.

(Aus dem Rudolfinerhause in Wien.)

Über den Rectovaginalschnitt bei Mastdarmoperationen.

Von

Dr. Julius Sternberg,
I. Sekundararzt.

Seit einer Reihe von Jahren bedient sich Herr Direktor Gersuny in geeigneten Fällen zur Resektion und Amputation des Mastdarmes bei Frauen einer Voroperation, die in den folgenden Zeilen mitgetheilt werden soll.

Die Carcinome des Rectum, welche das Septum rectovaginale ergriffen haben oder schon in die Scheide reichen, erfordern die Entfernung kleinerer oder größerer Partien der hinteren Scheidenwand und des Zwischengewebes. Diese Defekte lassen sich meist gut schließen und werden nur selten zu Fisteln führen. Es stellt

sich ein festes Septum wieder her, Prolapse der hinteren Scheidenwand in der Narbe kommen nicht zur Beobachtung, da ja die Vereinigung dem Princip der hinteren Kolporrhaphie entspricht.

Nach den hier gewonnenen Erfahrungen konnte man annehmen, dass es bei intaktem Septum um so eher möglich sein müsse, sich einen breiten Zugang zum Mastdarm in bequemer Weise von der Scheide und vom Damm aus zu verschaffen, ohne einen nachträglichen unvollkommenen Verschluss dieses Zuganges fürchten zu müssen.

Von den alten Methoden, dem Dieffenbach'schen vorderen Rhapheschnitt, dem Dittel'schen Perinealschnitt, dem Hüter'schen Lappenschnitt etc., abgesehen, wurden immer Versuche in dieser Richtung gemacht. Zu den queren Spaltungen und Trennungen des Septum (Zuckermandl) kamen die Sagittalschnitte. So hat Rehn in diesen Blättern (1895) über eine Resectio recti vaginalis berichtet, welche er in ähnlicher Weise begonnen hat. Er hat die Scheide in der hinteren Rhapsche und den Damm bis auf den Sphinkter ani externus gespalten. Schon bei diesem Vorgehen rühmt er die geringe Blutung, die leichte Umgehung des Mastdarmes, den guten Einblick in das Operationsfeld. Seine Kranke erlag einer Peritonitis. Weiter ist Campenon gegangen. Auf dem französischen Chirurgenkongress 1894 berichtete dieser über den Weg, den er zur Exstirpation einer nicht carcinomatösen Strikture des Mastdarmes mit Erfolg eingeschlagen hat. Es wurde das ganze Septum rectovaginale bis in den Darm hinein gespalten und zum Schluss vernäht. Auch A. v. Winwarter hat sich vor einigen Jahren dieses Vorgehens bedient (mündliche Mittheilung an Gersuny). Andere Angaben über diesen Gegenstand fand ich nicht vor.

Auf der Grundlage einer größeren Zahl so durchgeführter Operationen, deren Einzelheiten sich naturgemäß allmählich entwickelten, ist es nun festgestellt, dass das Rectum beim Weibe von unten bezw. vorn her leicht in ausgedehntem Maße zugänglich wird. Hierzu wird das Septum rectovaginale median so weit gespalten, als in dem gegebenen Falle nothwendig erscheint. Dieser Vorakt ist also eine Erweiterung und Vertiefung des Dieffenbach'schen Schnittes, der ungebrauchlich geworden ist.

Der Sphinkter wird durchschnitten. Dieser Vorgang widerspricht dem gewöhnlichen Gebrauche; noch Rehn hat vor dem Sphinkter Halt gemacht und eher an eine Invagination und Resektion vor dem Anus gedacht. Auch Schede sieht sich nur unter Umständen gezwungen, den »vorher sorglich erhaltenen Sphinkter noch nachträglich zu spalten, um mehr Raum zu gewinnen und den Zugang zu erleichtern«. Aber davon abgesehen, dass bei Erhaltung des Sphinkters seiner Wiedervereinigung keine technische Schwierigkeit im Wege steht, und dass dann in den meisten Fällen das funktionelle Resultat durchaus befriedigt, ist aus einem noch zu erwähnenden Grunde auf

seine temporäre Insufficienz Werth zu legen¹. Ferner bietet die Eröffnung des Rectum unterhalb der Striktur bemerkenswerthe Vortheile. Jetzt erst kann eigentlich der Umfang der auszuführenden Operation bestimmt werden, und das gerade in jenen schwierigen Fällen, in welchen der untersuchende Finger, selbst in Narkose und nach der Dehnung des Sphinkters, das obere Ende der erkrankten Stelle nicht erreicht. Man kann sich weit hinauf über den Zustand des perirectalen Gewebes, über die Infiltration der Drüsen, über die Beweglichkeit des Darmes etc. gut orientiren. Nun reinigt man den Darm nochmals und tamponirt ihn hoch hinauf.

Für Strikturen, die ihrer ganzen Breite nach unter der Plica transversalis recti gelegen sind, genügt nach oben hin die Spaltung bis zum Fornix vaginae. Das verhältnismäßig lockere periproktale Gewebe, das fast durchaus ein schonendes stumpfes Trennen (mit dem Finger) gestattet, führt vor dem Rectum nur die wenigen vorderen Hämorrhoidalgefäße, und diese werden leicht gefasst. Auch nach rückwärts geschieht die Isolirung des Rectum ohne nennenswerthe Blutung. So ist es leicht, den Darm zu umgehen. Ist derselbe einmal zur Seite gedrängt, dann ist auch der Eingang in die Kreuzbeinexcavation mit ihren Drüsengruppen frei.

Auch für diesen wichtigen Theil der Operation schafft die Spaltung des Septum sehr günstige Verhältnisse. Die Zugänglichkeit ist mindestens eben so groß wie bei der sacralen Methode, in manchen Fällen vielleicht noch größer. Denn man arbeitet am Grunde eines weiten Trichters, dessen äußerer Durchmesser durch die natürlichen Dimensionen des Beckenausganges bestimmt wird, also jedenfalls größer ist, als die durch die Resektion des Kreuzbeines gewonnene Eingangspforte, die übrigens bestenfalls in einen gleichweiten Raum führt. So konnten wir in einem Falle, der vor einigen Wochen zur Operation kam, nach der Amputation des Rectum auf etwa 13 cm seiner Länge bequem die linke Hälfte der Linea innominata abtasten und auch nach rechts hin bis über das Promontorium

¹ Es scheint hier am Platze, die principielle Spaltung des Sphinkters bei allen ausgedehnteren Mastdarmoperationen, besonders aber, wenn schließlich die Wiedervereinigung der Darmwunde durch die Naht erfolgen soll, zu erwähnen. Die meisten Chirurgen legen auf die intakte Erhaltung des Sphinkters, bei hochsitzenden Geschwülsten des ganzen Sphinkterantheils, besonderes Gewicht; die oben angeführten Äußerungen entstammen ja der jüngsten Zeit. Doch unterstützt die Insufficienz des Sphinkters die Heilung und das sichere Gelingen dieser Eingriffe. Es scheint, dass die scharfe Trennung für die Herstellung der normalen Funktion günstiger ist als die Dehnung. Es entfällt die nothwendige längere Obstipation mit all ihren misslichen Begleiterscheinungen und der größeren Schädigung der Wunde beim ersten Stuhlgang. Ganz besonders aber wird die Naht des Darmes entlastet, und dies ist der Grund, warum bei den sacralen und parasacralen Resektionen die Vereinigung nicht mehr die ganze Peripherie des Darmrohres umfasst.

Im Rudolfinerhause hat sich die Spaltung des Sphinkters als Endakt bei hohen Mastdarmresektionen ganz gut bewährt.

mit der Hand gelangen². Dass hierbei sämtliche in Betracht kommenden Drüsen (unter dem Promontorium und an der Kreuz-Darmbeinfuge) erreichbar sind, ja im Gesichtsfeld ausgelöst werden können, und dass die Exstirpation des ganzen periproktalen Gewebes gut ausführbar ist, liegt auf der Hand.

Jetzt geht man an die Resektion des Rectum. Der Umfang des Eingriffes am Mastdarm selbst kann sich ungehindert der Größe und Lage der erkrankten Partie entsprechend gestalten. Man sieht jedes Detail, und die Assistenz — es wird in Steinschnittlage operirt — ist leicht. Es wurden in unseren Fällen Resektionen schmaler Rectumringe und Amputationen von 15 und 20 cm Darmrohr ausgeführt. Selbstverständlich wird bei diesen Dimensionen der Operation die Blutung bedeutend größer; doch lässt sie sich immerhin ohne besondere Schwierigkeit beherrschen, sei es durch Umstechungen, sei es durch vorausgehendes Abklemmen und Ligiren.

Selbst die Eröffnung der Peritonealhöhle am Boden des Douglas'schen Raumes unterliegt keiner Schwierigkeit und complicirt den Eingriff nur wenig. Denselben Schluss zieht auch Rehn bei seiner einfachen Spaltung der Vaginalwand. In mehreren der vorliegenden Fälle mussten Rectumabschnitte mit Serosadeckung entfernt werden, die 4 und 6 cm lang waren. Hier, wie bei allen Eingriffen in dieser Gegend, ist ausgiebige Drainage für das Gelingen der Operation von hervorragender Bedeutung. Dadurch wird die Gefahr einer Infektion des Peritoneum sehr verringert. Es sind ja auch die Todesfälle, der Rehn'sche und der unten verzeichnete, auf mangelhafte Drainage zurückzuführen.

Wo es möglich ist, wird die Wundhöhle durch Flächennähte verkleinert. 2 oder 3 lange Drains führen nach außen, entweder durch die Nahtlinie oder durch besonders dazu angelegte Schnitte.

Die Vereinigung der Septumlappen nach der eigentlichen Mastdarmoperation geschieht, wie bemerkt, nach dem Princip der hinteren Kolporrhaphie. Versenkte Nähte verschließen den Spalt. Ist das Septum von der Infiltration bzw. vom Narbengewebe frei, dann ist es so weit beweglich, dass solche Nähte in mehreren Etagen auf einander gesetzt werden können, wodurch das Beckenbindegewebe ziemlich weit von den Seiten her zwischen die Scheide und den Darm gedrängt und auf diese Weise der After (nach der Amputation des Rectum) weiter nach hinten verlegt wird. Meist ist dieser letztere Umstand auch in so fern von Vortheil, als der Darm dadurch unter geringerer Spannung in die Haut genäht werden kann³.

² Nachtrag bei der Korrektur: Dasselbe war bei einer anderen Kranken in den letzten Tagen möglich, bei welcher wegen eines durch periproktale Eiterung zum Theil sequestrirten Carcinoms das etwa 15 cm lange Darmende amputirt werden musste.

³ Ist das amputirte Stück besonders lang, so wird die Spannung, welche für das Einnähen des centralen Endes in den hinteren Wundwinkel erforderlich ist,

Im Laufe des letzten Jahres wurden diese versenkten Nähte fortlaufend (Formalinkatgut) ausgeführt und blieben vollständig dicht. Bei einigen früheren Operationen (Seidenknopfnähte) etablirten sich vorübergehend kleine Rectovaginalfisteln, schlossen sich aber rasch und ohne speciellen Eingriff.

In manchen Fällen mussten von vorn herein ausgedehntere Theile des Septum entfernt werden, so dass dieses dann verkürzt wurde, und das Perineum am Schlusse der Heilung um einen oder 2 cm höher lag. In solchen Septis kamen begreiflicherweise größere Fisteln zur Beobachtung. Die Gewebe sind brüchiger, manchmal inficirt, die Ernährungsverhältnisse durch den Umfang der entfernten Partien sehr ungünstige. 2mal fanden wir den Spalt schon nach wenigen Tagen weit klaffend, und erst nach Wochen vereinigten sich die Ränder. In diesen Fällen lag auch der durch Torsion des Darmendes neu gebildete After sehr hoch oben; die Torsion drehte sich aber nicht wieder auf und hielt die Wunde ziemlich kothfrei. So blieb es dann auch nach der vollständigen Heilung, und wir hören keine Klage über Eindringen von Koth in die Scheide.

Im Allgemeinen ist es also nicht schwer, einen starken Damm zu bilden, man ist gegen Prolapse der Scheide wie des Rectum gesichert. Erwähnenswerth erscheint es, dass einige Male tiefgehende alte Dammrisse vorlagen, welche die Operation erleichterten, da bei den schlaffen Gewebsverhältnissen sich die Lappen weit aus einander bringen ließen. Selbstredend fanden sie in der Naht ihre Korrektur.

Was die Heilungsdauer anbelangt, so konnten wir in den glatt verlaufenden Fällen, und das waren die meisten, nach 3—4 Wochen die Kranken kontinent entlassen. Die Wundheilung selbst war gewöhnlich in noch kürzerer Zeit beendet; doch wurden die Kranken noch einige Tage zurückgehalten, um zu beobachten, wie sich die Kontinenz gestalten würde. Vergleicht man diese Zeit mit der zur Heilung nach anderen Methoden erforderlichen, so ergibt sich schon ein nennenswerther Gewinn gegenüber der Kraske'schen Operation, ein noch beträchtlicherer gegenüber den sonstigen, so weit sie eben so umfangreiche Eingriffe am Rectum gestatten, wie sie durch den Rectovaginalschnitt möglich sind. Im ersten Falle dürfte der Umstand von Einfluss sein, dass es sich hier ausschließlich um Weichtheile handelt, deren Vernarbung doch rascher erfolgt.

Die Bedeutung der Drainage ist schon besprochen worden. Im weiteren Sinne gehört dazu auch die Sorge für den ungestörten Kothabgang. Bei den großen Operationen, in welchen die Amputa-

die Ernährung des Darmes bedrohen oder, was wohl noch häufiger sein dürfte, die Fixationsnähte werden bald durchschneiden, das Rectum retrahirt sich, und es gehen die meisten Vortheile verloren. Für diese Eventualität wäre daran zu denken, einen parasacralen After anzulegen. Man durchschneidet von innen her die Beckenwand und die Haut und näht das Rectum in die Afterfalte. Ein Blick auf einen sagittalen Beckendurchschnitt wird für die besprochenen Distanzen bezw. Spannungsverhältnisse des herabgezogenen Darmes die nöthige Klarheit verschaffen.

tion mit Umschneidung und Auslösung des Sphinkter ani erfolgte, und dann das herabgezogene centrale Darmende zur Bildung eines neuen Sphinkters nach Torsion um $180-270^\circ$ in die Haut fixirt wurde, ist dem durch ein längeres weites Darmdrain Rechnung getragen. In den anderen Fällen von Excision bezw. Resektion mit cirkulärer Darmnaht empfiehlt es sich, die Längswunde des Rectum bis auf den Sphinkter zu schließen, diesen selbst aber insufficient zu erhalten und die Heilung der Granulation zu überlassen (eventuell später zu vernähen). Nur so kann der Ansammlung von Fäkalien im Rectum, dem plötzlichen Andrängen von Gasen an die vernarbenden Nahtlinien, also der mechanischen und parasitären Schädigung dauernd vorgebeugt werden. Fallweise wird es auch hier gewiss gut sein, einen Drain einzulegen und durch denselben zu spülen.

Der 1. Stuhlgang wird nach 3—5 Tagen veranlasst, zumeist durch Irrigation. Nach etwa einer Woche dürfen die Kranken aufsitzen. Vom 2. oder 3. Tage ab können, wenn viel Scheidensekret sich zeigt, nach Entfernung des eingelegten lockeren Gazetampons Scheidenspülungen erfolgen. Bei unseren Frauen wurde aber die Nahtlinie gewöhnlich unter Dermatol trocken gehalten.

Die bis jetzt erreichten Resultate lassen behaupten, dass sehr hochsitzende, entsprechend bewegliche Geschwulst- und Narbenstrikturen, so wie damit verbundene verhältnismäßig ausgedehnte Erkrankungen der bindegewebigen Umgebung des Mastdarmes das Gebiet für das beschriebene Vorgehen bilden werden, und dass in Bezug auf radikale Entfernung durch dasselbe günstige Chancen geboten werden.

Die Statistik, über welche ich berichten kann, umfasst 15 Operationen an 14 Kranken. Davon sind 12 Carcinome und 2 nicht-krebsige Strikturen. Eine Frau erlag, wie bemerkt, einer septischen Peritonitis. Zwei Fälle aus den jüngsten Tagen sind noch nicht mitgezählt, obwohl der Wundverlauf günstig ist.

Im Folgenden sei noch aus einzelnen Krankenprotokollen das Wichtigste entnommen. Das älteste derselben datirt vom September 1893.

1) K. D., 62 Jahre. 4 cm oberhalb des Sphinkters eine weiche, exulcerirte Geschwulst in der ganzen Cirkumferenz, deren obere Grenze mit dem Finger nicht erreichbar ist.

22. September 1893 Operation: Spaltung des Perineum und der hinteren Scheidenwand, Schnitt nach hinten bis zum Steißbein, stumpfe Präparation des Rectum und Loslösung von der hinteren Scheidenwand; Ausräumung des sacralen Fettes, centrale und periphere Abtrennung des Carcinoms, Vernähen der Rectumstümpfe. Naht des Perineum, der durchtrennten hinteren Scheidenwand und des bis zum Steißbein reichenden Schnittes. Drainage des rectosacralen Raumes. Keine Fistelbildung im Septum, doch kleine Kothfistel vor dem Steißbein. 8. November 1893 geheilt entlassen. Seit Ende 1894 keine Nachricht.

2) M. K., 63 Jahre. Im Januar 1891 Exstirpation eines die linke Seite des Rectum einnehmenden Carcinoms nach Sphinkterspaltung. Recidive an der hinteren Scheidenwand und der entsprechenden Rectumstelle als ein harter, höckeriger, stellenweise zerfallener Tumor.

18. Januar 1894 Operation: Exstirpation mit Spaltung des Perineum, Excision der hinteren Scheidenwand bis auf ein 4 cm langes Stück, Herabsiehen des stumpf gelösten Rectum, Torsion um 180°, Fixation in die Haut nahe am Steißbein. Drainage, Dammplastik. Glatte Heilung, Kontinenz bei der Entlassung am 10. Februar 1894. 1895 gestorben.

3) M. B., 57 Jahre. Im Rectum in der Höhe der Portio ein cirkulärer, grobhöckeriger, leicht blutender Tumor, ziemlich frei beweglich, der eine für den Finger passirbare Verengung bildet.

31. September 1894 Operation: Perinealschnitt und Spaltung etwa der Hälfte der hinteren Scheidenwand bis ins Rectum; cirkuläre Abtragung des Tumors, wobei das Peritoneum eröffnet wird. Nach Schluss der Peritonealcavum Darmaht (schwierig), Sphinkternaht, Dammplastik, Drainage. 12. Oktober kleine Rectovaginalfistel, die am 20. geschlossen ist. Inkontinenz für Flatus bei der Entlassung am 4. November 1894. Am 11. December 1894 ein kleiner Eingriff (Narbenspaltung), seither kontinent.

4) R. G., 38 Jahre. Kleinhöckeriger, derber Tumor von Walnussgröße links hinten 5 cm über dem Sphinkter.

27. Oktober 1894 Operation: Schnitt durch das ganze Septum; Resektion des Erkrankten. Darmaht, Sphinkternaht, Dammplastik, Drainage. Glatte Heilung. Entlassung am 20. November 1894.

6) L. P., 51 Jahre. 5 cm oberhalb des Sphinkters an der hinteren Wand ein breiter, walnussgroßer, kleinhöckeriger Tumor.

12. März 1895 Operation: Spaltung der hinteren Vaginalwand bis ins Rectum auf 8 cm Länge. Exstirpation des Tumors aus der hinteren Wand; Naht der Darmwand, der Vagina, Perineoplastik, Drainage. Heilung (Kontinenz) nach 4 Wochen.

Lokales Recidiv im Juli 1895. Am 2. August 1895 2. Operation: Rectovaginalschnitt; Amputation des Rectum, Torsion um 180°, Drainage. Heilung innerhalb 3 Wochen. Im Januar 1897 vollständiges Wohlbefinden, vollständige Kontinenz.

7) H. D., 33 Jahre. Seit dem 20. Lebensjahre recidivirende Periproktitis, vor 3 Jahren Perforation in die Scheide. 4 cm über dem Sphinkter eine kaum 1 cm breite Striktur, über ihr die Fistel.

3. April 1895 Operation: Perineovaginalschnitt durch den Sphinkter und 8 cm hoch in die Vaginalwand. Resektion der Striktur, starke Blutung aus derselben. Darmaht, Vaginaht, Perineoplastik, Drainage. Mikroskopischer Befund: Narbe. 20. April geheilt entlassen. Im Sommer 1896 eine mäßige Striktur 4 cm hoch über dem Anus, 1—2 cm lang.

9) T. L., 38 Jahre. Großer derber, höckeriger, leicht blutender Tumor im Septum rectovaginale, bis nahe ans hintere Scheidengewölbe, im Rectum 10 cm hoch eine kleine Rectovaginalfistel.

5. August 1895 Operation: Amputation des Rectum nach dem Rectovaginalschnitt, Torsion um 180°. Breite Rectovaginalfistel, die langsam heilt. Bei der Entlassung am 19. September für festen Stuhl kontinent. Im Januar 1897 (briefliche Nachricht) Kontinenz für breiigen und festen Stuhl, kein Blut- oder Eiterabgang.

10) M. M., 56 Jahre. Großer, höckeriger Tumor in der vorderen Rectalwand, nach oben nicht abgrenzbar, Perforation in die Scheide.

22. Januar 1896 Operation: Spaltung des Dammes, Auslösen des eröffneten Rectum mit dem Sphinkter, breite Exstirpation des Tumors aus der hinteren Scheidenwand (in einem Stück); Amputation des Rectum, dabei Eröffnung der Peritonealhöhle, da ein auf ca. 4 cm Länge mit Serosa bedecktes Stück Darm entfernt werden muss. Herabziehen des oberen Mastdarmtheiles, Torsion um 270°; der neue After wird knapp vor dem Steißbein angelegt. Damm- und Vaginaht, Drainage.

Am 15. Februar 1896 geheilt und kontinent entlassen, nachdem eine kleine Fistel ohne Eingriff sich geschlossen hatte. Keine spätere Nachricht.

11) A. E., 72 Jahre. Cirkuläre, breite, hoch hinaufreichende carcinomatöse Striktur, hinten wenig beweglich.

9. April 1896 Operation: Spaltung des Septum ins Rectum, Amputation eines langen (ca. 15 cm) Mastdarmstückes, Herabziehen des oberen Mastdarmtheiles und Torsion um 180°. Damplastik, Drainage. Glatte Heilung, Kontinenz am 30. April. Im Januar 1897 vollkommen wohl, kontinent. Narben fest, hoch oben ein schmaler, elastischer, sphinkterartiger Darmring tastbar.

12) A. E., 41 Jahre. Hochsitzende, breite, harte Striktur im Rectum.

10. September 1896 Operation: Spaltung des Septum, Ablösung des Rectum; sehr brüchige Wand, starke Blutung. Amputation des Rectum bis auf den Sphinkter; Fixation dieses letzteren nach Damplastik und Vaginalnaht an einen ins Rectum geschlagenen langen Hautlappen aus der Hinterbacke. Nach 14 Tagen Beginn einer heftigen Peritonitis, die nach 2 Wochen abklingt. Am 20. Oktober geheilt und kontinent entlassen.

13) B. Z., 43 Jahre. In der hinteren Rectalwand ein großer, harter, blutender Tumor, wenig beweglich, hoch hinauf reichend.

21. September 1896 Operation: Rectovaginaler Schnitt; Amputation des Rectum mit Torsion um 200°. Knopflochdrainage; Damplastik, Vaginalnaht. Nach 14 Tagen geheilt, am 21. Oktober auch kontinent, entlassen. Ende Januar 1897: Gewichtszunahme um 12½ kg, kontinent, Narben fest.

14) (1895 auswärts operirt.) Resektion eines breiten Rectumringes mit etwa 6 cm Serosaüberzug; Naht des Sphinkters. Tod nach 8 Tagen an Peritonitis (ungenügende Drainage).

Meinem verehrten Chef sage ich für die Liebenswürdigkeit, mit welcher er mir das gesammte Material zur Verfügung stellte, meinen besten Dank.

1) **Albert.** Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 5. umgearbeitete Auflage des Lehrbuches der Chirurgie und Operationslehre. Bd. I.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1897. 603 S. 317 Holzschnitte.

Dem Titel dieser Auflage ist aufgedruckt: »erscheint in 2 Bänden«. Da derselbe Stoff in ihr auf etwa 600 Seiten abgehandelt ist, der in der 4. Auflage 1100 Seiten einnahm, die Zahl der ausgefallenen Abbildungen nur klein ist, so muss natürlich der Text gegen früher stark beschnitten sein. Da ein Grund dafür in einem Vorwort nicht gegeben ist, so muss uns der Titelunterschied beider Auflagen darüber aufklären; und da finden wir denn, dass, während die 4 ersten Auflagen als Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre bezeichnet waren, sich die neuste nur Lehrbuch der speciellen Chirurgie nennt.

Der äußeren Form nach unterscheidet sich Auflage 5 von der früheren wesentlich dadurch, dass, während wir es bisher mit Vorträgen zu thun gehabt haben, diese Form der Anordnung jetzt fortgefallen ist. Lässt jene dem Autor eine größere Freiheit in der Anordnung des Materials, so erfordert diese eine schärfere Schematisierung,

die wir denn in der 5. Auflage auch finden, und die für den Lernenden manche Vortheile bietet, namentlich wenn der Docent eine so lebendige, nie ermüdende Schreibweise hat wie A. Leider ist aber auch inhaltlich der Neuerung so Manches zum Opfer gefallen, was dem älteren Werke einen besonderen Reiz gewährt hat. A.'s Chirurgie zeichnete sich aus durch ihre interessanten Mittheilungen aus der Geschichte der Chirurgie; die sind jetzt ganz beseitigt. Anatomisch-physiologische Einleitungen eröffneten sonst die Kapitel über die Chirurgie der einzelnen Regionen; auch die sind fortgefallen, alle hierher gehörigen propädeutischen Kenntnisse setzt der Autor jetzt bei seinen Lesern voraus, wie wir glauben mit Unrecht; denn wenn der Student auch systematische und topographische Anatomie fleißig hört, so kennt er zu der Zeit, wann er diese Kollegien besucht, von Chirurgie noch nicht viel und weiß also das dort Gelehrte nicht mit Rücksicht auf chirurgische Zwecke zu verwerthen; chirurgische Anatomie aber wird auf unseren Universitäten bekanntlich fast gar nicht gelesen. — Auch die den früheren Auflagen reichlich eingefügte Kasuistik ist fast ganz fortgefallen, die, in richtiger Weise und am richtigen Ort eingefügt, auf den Leser eben so belebend wie belehrend wirkt. Endlich hat, wie ja der neue Titel andeutet, der Autor seine Angaben über operatives Vorgehen oft sehr gekürzt.

Eingefügt finden wir dafür unter Betonung subjektiver Erfahrungen an vielen Orten Zusätze, die sich auf die neuesten Fortschritte in der Pathologie und Therapie beziehen; aber an manchen Stellen vermisst man auch sie.

Dem Ref. haben die früheren Auflagen entschieden mehr zugesagt als die neueste.

Richter (Breslau).

2) **de Ruyter und Kirchhoff.** Kompendium der speciellen Chirurgie. 2. vermehrte und verbesserte Auflage.

Berlin, S. Karger, 1896. Mit 88 Abbildungen. 8°. XVI und 340 S.

Es ist schwer zu verstehen, wer der Käufer für diese kleinen Kompendien ist; dass solche existiren müssen, geht ja daraus hervor, dass wir es hier mit der 2. Auflage zu thun haben. Man kann auch sagen, was in diesem kleinen Taschenbüchelchen gegeben wird, ist an sich gut; dasselbe lässt aber doch selbst gegenüber recht geringen Ansprüchen aller Orten so viel Lücken in pathologischer, diagnostischer, therapeutischer Beziehung, dass sie selbst dem Anfänger auffallen müssen. Jedenfalls ist zu wünschen, dass der Mediciner, wenn er als junger Arzt in die Praxis tritt, mit reicheren chirurgischen Kenntnissen versehen ist, als er sie hier findet und dass er von der Zeit an sich eines inhaltreicheren litterarischen Berathers für die Fälle erfreuen kann, wo er schwierigeren Fragen gegenübersteht.

Richter (Breslau).

3) **v. Bergmann und Rochs** anleitende Vorlesungen für den Operationskursus an der Leiche. 3. erweiterte Auflage.

Berlin, **Hirschwald**, 1896. 63 Abbildungen. VIII und 290 S.

Diese 3. Auflage zeigt gegenüber der vorhergehenden wieder eine Vermehrung, sowohl im Text wie in den Abbildungen. Unter den letzteren finden wir neu namentlich Skizzen der Schnittführung bei Exartikulationen und Resektionen, die sich zwar nicht durch besondere Schönheit, wohl aber durch große Klarheit auszeichnen. Die Zusätze im Text beziehen sich bei den Amputationen vor Allem auf das Bier'sche Verfahren bei der Absetzung des Unterschenkels, bei den Exartikulationen auf die verschiedene Durchtrennung des Fersenbeines bei der Pirogoff'schen Operation und die Verwerthung der Kniescheibe bei der Exartikulation im Knie, im Übrigen — abgesehen von kleineren Zusätzen an mancher Stelle — auf das Gebiet der Plastik.

Was das Büchlein vor Allem auszeichnet, ist die Genauigkeit und Klarheit seiner Vorschriften, wie die gewissenhafte Berücksichtigung der Anatomie bei der Begründung der Operationsweisen.

Richter (Breslau).

4) **Helferich**. Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. (Lehmann's med. Handatanten Bd. VIII.) 3. gänzlich neubearbeitete Auflage.

München, **J. F. Lehmann**, 1897. XVII u 280 S. 68 Taf. und 126 Figg. im Text.

H.'s Grundriss der Knochenbrüche und Verrenkungen war schon in den ersten 2 rasch auf einander gefolgten Auflagen ein gutes, als solches allseits anerkanntes Buch. Dass der Verf. trotzdem dasselbe namentlich in den bunten Abbildungen ganz von Neuem hat herstellen und in den schwarzen sehr reichlich hat vermehren lassen, auch mit Skiagrammen versehen hat, kann nicht hoch genug anerkannt werden. Denn die jetzigen vom Maler Keilitz nach Originalpräparaten gefertigten Abbildungen kann man als mustergültig in Klarheit und Schönheit bezeichnen. Während in den Tafeln der früheren Auflagen die schwarzen Umrisse und Schattirungen durch die Tönung oft sich rau und unharmonisch hervordrängten, das Bild öfters auch unklar erscheinen ließen, Manches übertrieben darstellten, ist hier durch den Fortfall jener Grundirung die Naturfarbe genau in zarten Übergängen wiedergegeben, sind die übertreibenden Hervorhebungen von Difformitäten unnötig, die Bilder wirklich naturgemäße geworden und lassen klar sehen, was sie zeigen sollen, obwohl sie manchmal in kleinerem Durchmesser hergestellt sind, als die entsprechenden der ersten Auflagen. Man vergleiche z. B. die Tafeln mit der Darstellung der Schultereinrenkung nach Kocher: 2. Auflage, Taf. 22, 3. Auflage, Taf. 30. Wegen des nicht selten kleineren Maßstabes konnten mehr bunte Bilder auf einer Tafel untergebracht werden, so dass der eigentliche Atlas viel reichhaltiger

geworden. Ein Gleiches gilt aber auch für die ungemein scharfen schwarzen Textabbildungen, die weitere Erläuterungen zu den bunten Bildern geben und namentlich therapeutische Maßnahmen darstellen.

Die Benutzung des Buches ist weiterhin dadurch gegen früher sehr viel bequemer gemacht, dass die Abbildungen dem Text an passender Stelle eingefügt und ihnen dabei die — erweiterten — Figurenerklärungen beige gedruckt sind, dass das Hin- und Herblättern, das bei den früheren Auflagen unvermeidlich war, also wegfällt. Am Text selbst aber hat H. fleißig weitergearbeitet, wobei er im Allgemeinen der Skiaskopie, der Behandlung und der Begutachtung der Verletzten seine besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat. Vom Speciellen heben wir nur hervor, dass die neuen Kocher'schen Untersuchungen über Knochenbrüche Beachtung und die intra-artikulären Verletzungen im Kniegelenk — Absprengungen am überknorpelten Oberschenkelende wie Verletzungen der Semilunarknorpel — Neuaufnahme gefunden haben. Die ambulante Behandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche wünscht — wohl mit Recht — Verf. zur Zeit noch den Krankenhäusern mit ihrer genauen täglichen Kontrolle überlassen zu sehen.

Ref. ist überzeugt, dass das treffliche Buch sehr weite Verbreitung finden wird; vielleicht sinkt damit auch sein jetzt auf 12 *M* emporgeschnellter Preis wieder auf die frühere Höhe von 8 *M* zurück.

Richter (Breslau).

5) **O. Bollinger.** Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. II. Bd. **Lehmann's** medicinische Handatanten. München, **Lehmann**, 1897. 148 S. Mit 52 bunten Tafeln und 17 Textabbildungen.

In dem vorliegenden 2. Theil des bekannten B.'schen Werkes werden die Kapitel »Harnapparat, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Knochen« abgehandelt. Derselbe dürfte auch für den Chirurgen, auf dessen Bedürfnis vielfach speciell Rücksicht genommen wird, von Interesse sein. Der als Grundriss der pathologischen Anatomie gedachte Text enthält in knapper Darstellung und übersichtlich angeordnet das Wissenswertheste aus den betreffenden Kapiteln. Zu den zahlreichen, meist recht gut wiedergegebenen Abbildungen (nach Originalen von Maler A. Schmitson) sind die zugehörigen, kurz und präcis gefassten Krankengeschichten, so wie die Sektionsbefunde hinzugefügt. Die Darstellung hat dadurch erheblich an Plastik gewonnen. In einer gewiss bald zu erwartenden Neuauflage dürften einige Abbildungen durch andere zu ersetzen bzw. zu verbessern sein, andererseits eine kleine Anzahl neuer aufgenommen werden. So z. B. ist die Tafel mit tuberkulöser Kniegelenkentzündung unserer Meinung nach nicht besonders charakteristisch ausgefallen. Dem myelogenen Sarkom könnte wohl das Durchschnittsbild eines typischen, periostalen gegenübergestellt werden. Aber auch in der vorliegenden Form wird sich das Werk sowohl unter den Lehrenden, als Hilfsmittel für den Unterricht, als auch unter den Lernenden,

speciell den Staatsexamenskandidaten, als kurzes, aber doch recht vollständiges Repetitorium, zahlreiche Freunde erwerben.

P. Leusden (Göttingen).

6) F. Babacci und G. Bebi. Klinische und experimentelle Studien über die Einwirkung des Äthers und des Chloroforms auf die Nieren.

(Policlinico 1896. Mai 1.)

I. Die klinische Untersuchung erstreckte sich auf 54 Fälle von Chloroformnarkose, 41 von Äthernarkose. In allen 95 Fällen fand sich mehr oder weniger beträchtliche Verminderung der Urinmenge in den ersten Tagen, so wie Vermehrung des spec. Gewichts (ebenfals 2—3 Tage lang). Ferner fand sich Albuminurie bei 29% der mit Äther Narkotisirten (wenn man nur die Pat. berücksichtigt, die vor der Narkose kein Eiweiß hatten); außerdem fanden sich granulierte Cylinder, Leukocyten, Nierenepithelien, Blutkörperchen. Dagegen hatten unter den mit Chloroform Narkotisirten (die ebenfalls vorher eiweißfrei waren) nur 18,89% Albuminurie nach der Narkose; Nierenepithelien und hyaline Cylinder waren spärlicher vorhanden.

II. Der experimentelle Theil, ausgeführt an Meerschweinchen, Hunden und Kaninchen, führte zu folgenden interessanten Ergebnissen:

Alle der Chloroformnarkose unterworfenen Thiere zeigten, wenn die Chloroformirung öfters wiederholt wurde, unzweifelhafte Erscheinungen von akuter parenchymatöser Nephritis. Diese wurde stets durch mikroskopische Untersuchung der betreffenden Nieren festgestellt und zeigte sich besonders unter der Form der Glomerulonephritis (Exsudat in der Bowman'schen Kapsel, Infiltration der Umgebung etc.). Dabei wurden stets degenerative Processe am Nierenepithel (Fettdegeneration, parenchymatöse Trübung, Nekrose) nachgewiesen. Diese akut-parenchymatöse Nephritis geht bei fortgesetzter Narkose (nephrektomirter Hund) in die chronisch-parenchymatöse Form über, welch letztere kenntlich ist an Verdickung der Bowman'schen Kapsel, Kompression der Glomeruli, fettiger Degeneration und trüber Schwellung des Epithels der Harnkanälchen, Infiltration und Proliferation des Bindegewebes; besonders die Fettdegeneration des Epithels ist an vielen Präparaten nachzuweisen.

Auch bei den ätherisirten Thieren zeigten sich Entzündungsprocesse in den Nieren, und zwar diffuse hämorrhagische Nephritis, mit vorwiegender Betheiligung der Malpighi'schen Körperchen (Glomerulitis) und multiplen Hämorrhagien. Es findet sich dem entsprechend die Bowman'sche Kapsel angefüllt mit Blutkörperchen oder amorphem Exsudat; auch in vielen Harnkanälchen finden sich Blutcylinder. Die degenerativen Processe am Epithel (trübe Schwellung etc.) sind — im Gegensatz zu den Nieren nach Chloroformgebrauch — nur gering; insbesondere fehlt die Fettdegeneration fast völlig. Anderer-

seits findet sich nach Ätherisirung stets eine erhebliche Kongestion der Blutgefäße, so wie die erwähnten multiplen Hämorrhagien, die über das ganze Nierenparenchym verbreitet sind. Die Entstehung dieser Hämorrhagien erklärt Verf. durch die Erhöhung des Blutdruckes, unter dessen Einwirkung die Wand der kleinsten Nierengefäße zerreiße. Eine derartige Äthernephritis hat nach Ansicht des Verf. entschiedene Tendenz zur Heilung; das letztere soll festgestellt sein durch zahlreiche Kerntheilungsfiguren in den Epithelien der Harnkanälchen.

Es geht also aus den experimentellen Untersuchungen hervor, dass die nach Chloroforminhalation entstandene Nephritis hartnäckig ist und die Neigung zeigt, chronisch zu werden, während die nach Äther auftretende Nierenentzündung bald in Heilung übergeht. Mit Rücksicht auf diese Verschiedenheit in der Wirkung auf die Nieren giebt Verf. dem Äther den Vorzug vor dem Chloroform, obwohl nach Anwendung des ersteren häufiger Albuminurie eintritt als bei Benutzung des Chloroforms.

H. Bartsch (Heidelberg).

7) **H. du Fougerey.** Note sur l'action du chloroforme administré à très petites doses après le bromure d'éthyle etc.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXII. p. 308.)

Verf. hat das von ihm besonders bei der Operation von adenoiden Vegetationen hochgeschätzte Bromäthyl bei 3 Kindern (auf 300 Narkosen) versagen sehen: die Kinder blieben in heftiger Aufregung. Verf. führt das auf nervöse Belastung, in 2 Fällen auf Alkoholgenuss bei den Kindern zurück; es ist nicht die Wirkung großer Angst vor der Operation. Er goss nie mehr als 20—30 g Bromäthyl (bei 5 bis 10jährigen Kindern), auf einmal auf, fügte aber in solchen Fällen, Segond's Rath folgend, dann noch 8—10 Tropfen Chloroform auf dieselbe Kompresse hinzu und erhielt so eine rasche, tiefe Narkose, aus der die Pat. eben so rasch und ohne Störung erwachten, wie sonst nach Bromäthyl allein.

Kümmel (Breslau).

8) **P. Rissmann.** Über peritoneale Plastik.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 29.)

R. hat in ungemein vorsichtiger Weise Thierversuche über das Zustandekommen peritonealer Verwachsungen angestellt und berichtet in vorliegender Arbeit über die aus diesen Experimenten gewonnenen Resultate. Alle Versuche ergaben mit großer Übereinstimmung, dass für eine gewisse lange Dauer innig auf einander liegende seröse Flächen verwachsen. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entstanden nicht selten Verwachsungen in größerer Ausdehnung, als sie durch die Naht beabsichtigt wurden. Da aber in einer Anzahl von Versuchen Adhäsionen außerhalb der durch die Naht vereinigten Partien vollständig fehlten, erklärt R. diese Verwachsungen außerhalb der Nähte für accidentelle, ohne dass er dabei zu entscheiden in der Lage war, ob die hierbei wirksame zufällige Ursache in der mechanischen oder

infektiösen Reizung des Bauchfelles lag. Ein weiterer aus den Experimenten gezogener Schluß bezieht sich auf das Wiederverschwinden gesetzter sero-seröser Verwachsungen zwischen beweglichen Organen oder solchen mit wechselnder Füllung. Außerdem sind aber auch alle nicht infektiösen und ohne größere Schädigungen des Bauchfelles zu Stande gekommenen Verwachsungen (besser Verklebungen) leicht dehnbar bezw. leicht löslich, während bei Infektion entstandene Verwachsungen wesentlich fester und dauerhafter sind, indem durch die Ansiedelung von Bakterien der Endothelüberzug des Bauchfelles geschädigt wird, dadurch eine Exsudation zwischen den beiden serösen Blättern entsteht, aus deren Organisirung eine bindegewebige, zur Schrumpfung geneigte Masse erwächst. Die Versuche R.'s zeigen endlich, dass sero-fibröse Verbindungen den sero-serösen an Festigkeit überlegen sind.

R. würdigt nun die Bedeutung dieser Sätze für die Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie (Vaginofixatio und Ventrofixatio uteri). So weit die Bauchchirurgie im Allgemeinen in Betracht kommt, sei erwähnt, dass R. den Bestrebungen ausländischer Operateure, statt sero-seröser Vereinigungen sero-fibröse zu Stande zu bringen (Senn's Scarificirungen der Serosa etc.) für gewisse Fälle ein Werth nicht abgesprochen werden kann. Für Splenopexien, für die zweizeitige Operationsmethode des Leberechinococcus, kurz für alle Fälle, wo es sich darum handelt, bewegliche Organe mit serösem Überzuge mit einer anderen serösen Haut fest zu verbinden, erblickt R. in der Herstellung einer sero-fibrösen Vereinigung auf Grund der Ergebnisse seiner Versuche einen großen Vorthail.

Gold (Bielitz).

9) **Madelung.** Einige Grundsätze der Behandlung von Verletzungen des Bauches.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

M. hat mit einem Vortrag über obigen Gegenstand die Sitzungen der chirurgischen Section der letztjährigen Naturforscherversammlung eröffnet und die Hauptergebnisse seiner reichen Erfahrung in einem Selbstbericht (d. Centralblatt 1896 p. 980) niedergelegt, auf den hier verwiesen sei. In der vorliegenden Arbeit erfahren die einzelnen Thesen durch Mittheilung instruktiver Krankengeschichten ihre Begründung und Ergänzung.

Hofmeister (Tübingen).

10) **P. Cohn.** Beitrag zur prognostischen und therapeutischen Beurtheilung der Perityphlitis mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Recidive.

(Inaug.-Diss., Breslau, Genossenschaftsbuchdruckerel, 1896. 47 S.)

Verf. hebt in der auf Mikulicz's Anregung geschriebenen Arbeit in erster Linie hervor, dass — wie schon von anderer Seite betont wurde — die Vergleichung der operativen und konservativen Behand-

lung der Perityphlitis auf Grund der Mortalitätsstatistik durchaus unrichtige Resultate giebt. Die Fehlerquellen: Verschiedenheit des Krankenmaterials, insbesondere das Abschieben der prognostisch ungünstigen Fälle von den internen auf die chirurgischen Stationen, ferner die unter der Diagnose: »Peritonitis« in internen Abtheilungen gestorbenen Perityphlitisfälle etc. sind zu bekannt, als dass es nöthig wäre, im Einzelnen darauf einzugehen. Verf. verlangt desshalb, dass auch die beiderseits erzielten Heilungen und (in Übereinstimmung mit Siegel-Frankfurt) die nach den beiden Behandlungsmethoden auftretenden Recidive berücksichtigt werden, und giebt selbst einen Beitrag zu dieser Frage durch Zusammenstellung der seit 1890 in der medicinischen und chirurgischen Klinik in Breslau, so wie einiger zum Theil aus dem Allerheiligenhospital, zum Theil aus der Privatpraxis von Mikulicz stammender Fälle. Unter 62 chirurgisch behandelten Fällen fanden sich 15, unter 158 innerlich behandelten Pat. 6 Todesfälle. Von den übrigen Pat. gaben 97 Nachricht; 5 waren unterdessen gestorben (3 an Tuberkulose, 1 an Aktinomykose, 1 wahrscheinlich an Carcinom). — Die Vergleichung dieser 97 Fälle ergab, dass von 32 chirurgischen Fällen 3, von 65 inneren dagegen 21 Recidive aufwiesen. Die Rückfälle bei chirurgischer Behandlung betrafen sämmtlich Fälle mit bloßer Abscesseröffnung, ohne Entfernung des Wurmfortsatzes. Zu bemerken ist, dass das chirurgisch behandelte Material eine etwas kürzere Beobachtungsdauer aufweist als das intern behandelte.

Weniger auffallend, als in Bezug auf die Rückfälle, ist der Unterschied bezüglich der späteren subjektiven Beschwerden. Dieselben werden von verhältnismäßig zahlreichen operativ behandelten Pat. angegeben — zeigen aber im Ganzen die Eigenschaft, binnen kürzerer oder längerer Zeit zurückzugehen. Nicht weniger häufig finden sich diese Beschwerden, auch abgesehen von den Recidiven, bei den konservativ behandelten Fällen. Was endlich die nach der operativen Behandlung auftretenden Brüche betrifft, so wurden sie in 11 Fällen (von 32) beobachtet. Die Bezeichnung derselben als »mehr kosmetische Fehler« dürfte wohl für manche Fälle nicht ganz zutreffend sein.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Besprechung der verschiedenen Ursachen der Rückfälle bei Perityphlitis.

Wenn auch die vorliegende Statistik keine neuen Gesichtspunkte eröffnet, sondern mehr schon Bekanntes bestätigt, so wäre es doch im Interesse der Förderung der Perityphlitisfrage zu wünschen, dass derartige Untersuchungen an einem größeren und besonders längere Zeit beobachteten Material durchgeführt würden. Der Begriff der »Heilung« würde dadurch eine bestimmtere Fassung erhalten (d. Ref.).

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

infektiösen Reizung des Bauchfelles lag. Ein weiterer aus den Experimenten gezogener Schluß bezieht sich auf das Wiederverschwinden gesetzter sero-seröser Verwachsungen zwischen beweglichen Organen oder solchen mit wechselnder Füllung. Außerdem sind aber auch alle nicht infektiösen und ohne gröbere Schädigungen des Bauchfelles zu Stande gekommenen Verwachsungen (besser Verklebungen) leicht dehnbar bezw. leicht löslich, während bei Infektion entstandene Verwachsungen wesentlich fester und dauerhafter sind, indem durch die Ansiedelung von Bakterien der Endothelüberzug des Bauchfelles geschädigt wird, dadurch eine Exsudation zwischen den beiden serösen Blättern entsteht, aus deren Organisierung eine bindegewebige, zur Schrumpfung geneigte Masse erwächst. Die Versuche R.'s zeigen endlich, dass sero-fibröse Verbindungen den sero-serösen an Festigkeit überlegen sind.

R. würdigt nun die Bedeutung dieser Sätze für die Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie (Vaginofixatio und Ventrofixatio uteri). So weit die Bauchchirurgie im Allgemeinen in Betracht kommt, sei erwähnt, dass R. den Bestrebungen ausländischer Operateure, statt sero-seröser Vereinigungen sero-fibröse zu Stande zu bringen (Senn's Scarificirungen der Serosa etc.) für gewisse Fälle ein Werth nicht abgesprochen werden kann. Für Splenopexien, für die zweizeitige Operationsmethode des Leberechinococcus, kurz für alle Fälle, wo es sich darum handelt, bewegliche Organe mit serösem Überzuge mit einer anderen serösen Haut fest zu verbinden, erblickt R. in der Herstellung einer sero-fibrösen Vereinigung auf Grund der Ergebnisse seiner Versuche einen großen Vorthail.

Gold (Bielitz).

9) **Madelung.** Einige Grundsätze der Behandlung von Verletzungen des Bauches.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

M. hat mit einem Vortrag über obigen Gegenstand die Sitzungen der chirurgischen Sektion der letztjährigen Naturforscherversammlung eröffnet und die Hauptergebnisse seiner reichen Erfahrung in einem Selbstbericht (d. Centralblatt 1896 p. 980) niedergelegt, auf den hier verwiesen sei. In der vorliegenden Arbeit erfahren die einzelnen Thesen durch Mittheilung instruktiver Krankengeschichten ihre Begründung und Ergänzung.

Hofmeister (Tübingen).

10) **P. Cohn.** Beitrag zur prognostischen und therapeutischen Beurtheilung der Perityphlitis mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Recidive.

(Inaug.-Diss., Breslau, Genossenschaftsbuchdruckerel, 1896. 47 S.)

Verf. hebt in der auf Mikulicz's Anregung geschriebenen Arbeit in erster Linie hervor, dass — wie schon von anderer Seite betont wurde — die Vergleichung der operativen und konservativen Behand-

lung der Perityphlitis auf Grund der Mortalitätsstatistik durchaus unrichtige Resultate giebt. Die Fehlerquellen: Verschiedenheit des Krankenmaterials, insbesondere das Abschieben der prognostisch ungünstigen Fälle von den internen auf die chirurgischen Stationen, ferner die unter der Diagnose: »Peritonitis« in internen Abtheilungen gestorbenen Perityphlitisfälle etc. sind zu bekannt, als dass es nöthig wäre, im Einzelnen darauf einzugehen. Verf. verlangt desshalb, dass auch die beiderseits erzielten Heilungen und (in Übereinstimmung mit Siegel-Frankfurt) die nach den beiden Behandlungsmethoden auftretenden Recidive berücksichtigt werden, und giebt selbst einen Beitrag zu dieser Frage durch Zusammenstellung der seit 1890 in der medicinischen und chirurgischen Klinik in Breslau, so wie einiger zum Theil aus dem Allerheiligenhospital, zum Theil aus der Privatpraxis von Mikulicz stammender Fälle. Unter 62 chirurgisch behandelten Fällen fanden sich 15, unter 158 innerlich behandelten Pat. 6 Todesfälle. Von den übrigen Pat. gaben 97 Nachricht; 5 waren unterdessen gestorben (3 an Tuberkulose, 1 an Aktinomykose, 1 wahrscheinlich an Carcinom). — Die Vergleichung dieser 97 Fälle ergab, dass von 32 chirurgischen Fällen 3, von 65 inneren dagegen 21 Recidive aufwiesen. Die Rückfälle bei chirurgischer Behandlung betrafen sämmtlich Fälle mit bloßer Abscesseröffnung, ohne Entfernung des Wurmfortsatzes. Zu bemerken ist, dass das chirurgisch behandelte Material eine etwas kürzere Beobachtungsdauer aufweist als das intern behandelte.

Weniger auffallend, als in Bezug auf die Rückfälle, ist der Unterschied bezüglich der späteren subjektiven Beschwerden. Dieselben werden von verhältnismäßig zahlreichen operativ behandelten Pat. angegeben — zeigen aber im Ganzen die Eigenschaft, binnen kürzerer oder längerer Zeit zurückzugehen. Nicht weniger häufig finden sich diese Beschwerden, auch abgesehen von den Recidiven, bei den konservativ behandelten Fällen. Was endlich die nach der operativen Behandlung auftretenden Brüche betrifft, so wurden sie in 11 Fällen (von 32) beobachtet. Die Bezeichnung derselben als »mehr kosmetische Fehler« dürfte wohl für manche Fälle nicht ganz zutreffend sein.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Besprechung der verschiedenen Ursachen der Rückfälle bei Perityphlitis.

Wenn auch die vorliegende Statistik keine neuen Gesichtspunkte eröffnet, sondern mehr schon Bekanntes bestätigt, so wäre es doch im Interesse der Förderung der Perityphlitisfrage zu wünschen, dass derartige Untersuchungen an einem größeren und besonders längere Zeit beobachteten Material durchgeführt würden. Der Begriff der »Heilung« würde dadurch eine bestimmtere Fassung erhalten (d. Ref.).

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) **G. Naumann.** Om peritoneal-tuberkulos.

(Nord. med. Arkiv 1896. No. 24.)

In der 2. Versammlung der nordischen Gesellschaft für Chirurgie (Christiania 11.—13. Juli 1895) hielt Verf., gestützt auf ein Beobachtungsmaterial von 18 Fällen, die er in Helsingborg behandelt hatte, einen Vortrag über die Bauchfelltuberkulose. Besonders behandelte er die Frage von der räthselhaften Heilwirkung des Bauchschnittes; er gab dafür eine Erklärung, die er schon im Jahre 1885 aufgestellt, und die sowohl durch experimentelle Untersuchungen als durch klinische Beobachtungen der letzten Jahre immer neue Bestätigung gefunden hat. Die ganze Frage wird ausführlich aus einander gesetzt und unter Berücksichtigung der gesammten Litteratur monographisch bearbeitet. Seit Verf. seinen Vortrag gehalten hat, hat sich übrigens sein Beobachtungsmaterial noch um 2 Fälle vermehrt. 19 Fälle wurden operirt. 4 von ihnen betreffen Männer; der jüngste Pat. war 1½, die älteste 64 Jahre alt. Unter den pathologischen Veränderungen hat Verf. einmal eine Verdickung des Bauchwandperitoneums bis zu 2 cm gefunden.

Die von den pathologischen Anatomen als Peritonitis nodosa beschriebene Form ist nach seiner Ansicht eine besondere, und zwar in Heilung begriffene Form der tuberkulösen Bauchfellentzündung. Unter den von verschiedenen Autoren aufgestellten Eintheilungen der einzelnen klinischen Formen der Krankheit giebt Verf. der Aldibert's (cf. Referat d. Centralblatt 1892 p. 621) den Vorzug. Die Schwierigkeiten der Diagnose sind oft recht groß, dieselbe ist oft nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. In zweifelhaften Fällen soll man um so eher einen Probeschnitt machen, als dieses auch der einzige Weg zu definitiver Heilung ist. Außerdem ist ohne ihn die Diagnose bakteriologisch kaum sicher zu stellen, allerdings auch nach ihm der Nachweis der Tuberkelbacillen selbst bei anatomisch wohl charakterisirten Formen nicht immer gelungen. — Die Prognose der Krankheit ist seit Verallgemeinerung der König'schen Laparotomie wesentlich besser geworden. Verf. berechnet auf Grund litterarischer Zusammenstellungen, dass etwa 70% durch den Bauchschnitt geheilt wären; von seinen eigenen 19 operirten Fällen sind 13 geheilt. — Kontraindikation gegen den Bauchschnitt giebt nur sehr vorgeschrittene Tuberkulose in anderen Organen, besonders den Nieren. Für die Nachbehandlung befürwortet Verf. ein kräftig hygienisch-diätetisches und roborirendes Verfahren.

Schon im Jahre 1885 schien dem Verf. der Einfluss der Laparotomie auf die Heilung der Bauchfelltuberkulose darin zu liegen, dass nach Entleerung des Exsudates und Änderung der Cirkulation in der Bauchhöhle die Gewebe unter Bedingungen gesetzt werden, die ihnen ermöglichen, das tuberkulöse Virus auszuschcheiden. Das primum movens ist im Schnitte selbst zu suchen. Die unmittelbare Wirkung desselben — bald als Laparotomiewunde, bald als Incision bei Perityphlitiden tuberkulöser Art, bald als Bruchschnitt bei

Tuberkulose einer Hernie — ist eine Steigerung der Blutzufuhr zum Bauchfell. Die Folge dieser ist eine reichlichere Durchtränkung der Gewebe durch bakterienvertilgendes Blutserum. Eine Analogie mit diesen Verhältnissen ist zu suchen in der geringeren Widerstandsfähigkeit gegen septische Infektionen bei Pat., die durch sehr großen Blutverlust heruntergekommen sind, auch in der Bier'schen künstlichen Blutstase bei der Behandlung der Gelenktuberkulose, und in der Immunität gegen Tuberkulose seitens der hyperämischen Lungen bei *Mitralisinsuffizienz*.

Diese zufällige Hyperämie bei der Laparotomie würde aber zur Heilung nicht ausreichen, andere Momente müssen dabei hinzukommen. In dieser Beziehung spielt — wie die experimentellen Untersuchungen von Nannotti und Baciocchi (cf. Referat d. Centralblatt 1895 p. 504) gezeigt haben — die Phagocytose und die Degeneration der die Tuberkel zusammensetzenden Zellen eine nicht unerhebliche Rolle. Diese Untersuchungen beweisen nicht nur, dass die Peritonitis nodosa als eine in Heilung begriffene Bauchfelltuberkulose zu betrachten ist, sondern zeigen auch, in welchem hohem Grade die Laparotomie den Heilungsprocess befördert. Die Resultate dieser Thierexperimente sind von d'Urso an Menschen bestätigt worden. Auch haben Osler und Jordan ähnliche Beobachtungen gemacht. Verf. hält es auch für wahrscheinlich, dass die bei dieser Krankheit so oft (in 45% der secirten Fälle) beobachtete Bildung von Adhärenzen eine nicht unwichtige Rolle bei der Heilung spielt.

Die Monographie schließt Verf. mit folgenden zwei Behauptungen:

1) Die chronische Peritonitis mit Bindegewebsknötchen, in denen Tuberkelbacillen entweder direkt oder auf bakteriologischem Wege nachgewiesen sind, ist eine in Heilung begriffene Peritonealtuberkulose, wobei das flüssige Exsudat noch fortbestehen kann.

2) Das in Folge des traumatischen Insultes zuströmende Blutserum giebt wahrscheinlich in erster Linie den Antrieb zur Heilung dadurch, dass es die Bacillen schädigt. Hinzu kommt die reaktionäre Entzündung mit Auswanderung weißer Blutkörperchen, mit Gefäß- und Bindegewebsneubildung und Resorption derjenigen Zellen, die die Tuberkeln konstituieren. Bei dieser Entzündung bilden Antitoxine wie Phagocytose wesentliche Momente für die Zerstörung der Bacillen.

Die Arbeit schließt mit 20 ausführlichen Krankengeschichten und einem Literaturverzeichnis.

A. Hansson (Warberg).

12) B. Schmidt. Die Unterleibsbrüche.

(Deutsche Chirurgie, Lfg. 47, Stuttgart, F. Enke, 1896.)

Die in dem Jahre 1852 im Pitha-Billroth'schen Handbuch der Chirurgie erschienene bekannte und geschätzte Monographie des Verf. liegt für die »Deutsche Chirurgie« hiermit in neuer Auflage vor. Der jüngst verstorbene Autor hat die letztere bereits zur Hälfte gedruckt hinterlassen; seinem Sohne, Dr. G. B. Schmidt (Heidel-

berg), dem schon vom Vater die Bearbeitung der Abschnitte über die neueren Methoden der Radikaloperation der Hernien und über die Operationen an brandigen Brüchen übertragen worden war, fiel die Aufgabe zu, die 2. Hälfte des S.'schen Manuskriptes zu beenden und das Litteraturverzeichnis zusammen zu stellen.

Die neue Auflage gleicht der ersten hinsichtlich der Einteilung des Stoffes, so wie auch inhaltlich durch den zum allergrößten Theile wenig oder gar nicht veränderten Abdruck der meisten Kapitel; die Voranstellung des Litteraturverzeichnisses an den Eingang des Werkes, der gesperrte Druck der Autornamen und reichlichere, die Übersichtlichkeit erhöhende Überschriften gereichen ihr gegenüber der 1. Auflage zum Vortheile. Die Zusätze und Umarbeitungen, die einige Abschnitte erfahren haben, sind nicht zahlreich, so dass der Umfang der Monographie nur ca. 40 Seiten mehr beträgt als früher. Sie beziehen sich auf die Lehre von den Brüchen der Eierstöcke und Blase, auf die von der Tuberkulose der Bruchsäcke, von den pathologischen Veränderungen des Uterus und seiner Anhänge im Bruchsacke, von dem Leistenhoden, vom Bruchwasser, von dem Nuck'schen Kanal, ferner auf die schiedsgerichtliche Beurtheilung der Entstehung der Brüche und schließlich auf die Behandlung — Alkoholtherapie und Radikaloperationen — der freien und der brandigen Hernien. Die Radikaloperationsmethoden werden auf knapp 14 Seiten geschildert, ohne dass eine ausführlichere Übersicht über die mit ihnen erreichten Resultate gegeben wird; nur die Statistiken von Macewen und Bassini sind genannt, alle anderen Zusammenstellungen, in denen auch die Größe der Brüche berücksichtigt worden, auch von den mancherlei Modifikationen der neuesten und älterer Methoden etc. ist Vieles unerwähnt geblieben. Das gilt besonders auch für die Radikaloperation großer Schenkel- und Nabelbrüche, der Nabelschnurhernien; die von letzteren zwei Kategorien handelnden Kapitel sind trotz der großen Fortschritte, die besonders in operativer Hinsicht hier gemacht worden, überhaupt ohne Veränderung aus der ersten Auflage hinübergenommen; eben so ferner die Abschnitte über Zwerchfellsbrüche, Hernien des Foramen obturatorium etc. — Auch sonst — vornehmlich aber in der zweiten Hälfte des Werkes — sind zahlreiche neuere herniologische Arbeiten, z. B. von Reichel (über Brucheinklemmung), P. Berger u. A. übersehen worden, wie auch das Litteraturverzeichnis, obwohl die Titel vieler im Text nicht verwerteter Abhandlungen aufweisend, auf Vollständigkeit keinen Anspruch erheben darf.

Es ist zu bedauern, dass die neue Auflage der so trefflichen S.'schen Monographie derartige große Lücken aufweist; so ist das Bild, das sie von dem gegenwärtigen Stande chirurgischen Wissens und Könnens auf dem Gebiete der Bruchlehre und -Operationen bieten sollte, ein unvollkommenes geworden. **Kramer** (Glogau).

13) **S. Duplay et M. Cazin.** Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus.

(Semaine méd. 1896. No. 57.)

Um die sogenannten Fadenabscesse zu vermeiden, haben die Verff. eine Operationsmethode ersonnen, bei welcher kein Naht- oder Unterbindungsmaterial in der Wunde verbleibt. Erstlich werden die Unterbindungen durch Torsion der Gefäße ersetzt, wie es vielerorts gebräuchlich ist. Sodann wird die Abbindung des Bruchsackes umgangen, und zwar in folgender Weise: Der völlig isolirte, leere Bruchsack wird stark vorgezogen und mit Hilfe von Arterienklemmen oder Pincetten so oft geknotet, als es seine Länge gestattet. Zum Schluss wird der Bruchsackzipfel noch gespalten und die beiden Hälften mit einander verknötet. Stark verdickte Bruchsäcke werden von Anfang an längs gespalten, und es werden ihre beiden Hälften mit einander verknötet. Von einer Kanalnaht ist nicht die Rede. Die Pfeilernaht wird mit die Haut mit fassenden Silberdrahtsuturen ausgeführt, die nach einiger Zeit entfernt werden.

Diese Methode wurde seit 6 Monaten an 20 Pat. ausgeführt, und zwar stets mit gutem Erfolg. Über den Werth des Verfahrens lässt sich bei der kurzen Beobachtungsdauer natürlich noch nicht urtheilen. Ob das Wegfallen der Kanalnaht die Sicherheit des Erfolges nicht doch etwas in Frage stellt, darüber müssen weitere Erfahrungen Auskunft geben. Auch dürfte der geknotete, gewiss leicht der Nekrose anheimfallende Bruchsack unter Umständen eben so gut eine Infektionsgelegenheit darstellen, als versenkte Seidenfäden.

Bemerkt sei noch, dass bei gewissen Hernien nach Angabe des Verf. doch die Bassini'sche Methode mit versenkten Nähten vorzuziehen ist.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

14) **Monari.** Cystocele inguinalis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

M. erklärt die aus der Statistik sich ergebende Zunahme der Blasenverletzungen bei Gelegenheit der Bruchoperationen einmal mit der Zunahme dieser Operationen überhaupt und dann mit der durch die neueren Methoden bedingten hohen Isolirung des Bruchsackes. Er selbst hat unter 223 Radikaloperationen 6 Fälle von Cystocele gesehen. Nur einmal wurde die Blase verletzt, in den anderen Fällen gelang es, sie rechtzeitig zu erkennen und zu verschonen.

Als diagnostisch wichtiges Merkmal für das Vorliegen der Blase ist das Vorhandensein eines Lipoms anzusehen, das sich durch seine Konsistenz so wie durch auffallend dicke faserige Septa und feste Verwachsung mit den tieferen Theilen auszeichnet. Der Verdacht wird fast zur Gewissheit, wenn das Lipom bei tieferem Eindringen sich von dem Bruchsack durch die epigastrischen Gefäße getrennt erweist.

Auch bei festgestellter Cystocele ist die Vermeidung der Blasen-

verletzung trotz aller Vorsicht nicht immer möglich. In einem solchen Falle ist die Wunde sofort durch 2—3reihige Naht zu schließen, und kann man, wenn keine Cystitis besteht, in der Regel auf prima intentio rechnen. Bei vorhandener Cystitis empfiehlt M. für 3 bis 4 Tage eine Gazedrainage bis an die Blase einzulegen. Die Nähte in dem für die Drainage offenbleibenden Theil des Leistenkanals soll man sofort bei der Operation anlegen und nach Entfernung des Drains knüpfen. Verweilkatheter hält M. für schädlich und empfiehlt statt dessen öfteres willkürliches Harnlassen oder wiederholten Katheterismus.

Hofmeister (Tübingen).

15) A. Hammerschlag. Untersuchungen über das Magencarcinom.

Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. II. Berlin, S. Karger, 56 S. mit einer lithographischen Tafel.

Verf. behandelt in der vorliegenden Arbeit auf Grund von Untersuchungen an 42 Pat. die Änderungen des Chemismus beim Magenkrebs, besonders in Hinsicht auf die Frage der Milchsäurebildung und der Pepsinabsonderung. Ferner beschäftigt er sich eingehend mit den Strukturveränderungen der Magenschleimhaut beim Magenkrebs.

Für den Milchsäurenachweis verwendet Verf. die Uffelmannsche Reaktion, welcher er gerade desshalb den Vorzug vor der Boas'schen Methode giebt, weil sie weniger empfindlich ist als diese, und es beim Magenkrebs nicht auf die Anwesenheit von Spuren von Milchsäure, sondern nur auf größere Mengen derselben ankommt.

Die Untersuchung auf den Pepsingehalt wurde nach einer vom Verf. früher mitgetheilten Methode ausgeführt, für die auf das Original verwiesen sei.

Sehr früh fand H. bei Magenkrebs die Motilität gestört. Bemerkenswerth war in einigen Fällen besonders die rasche Zunahme der Motilitätsstörung. Bezüglich des sogenannten Salzsäuredeficits fand Verf., dass demselben im Gegensatz zur Ansicht von Schule kein diagnostischer Werth zukomme.

Bei fast zwei Drittel der Fälle fand sich eine hochgradige Verminderung des Pepsins, einige Male auch bei Vorhandensein von freier Salzsäure. Dieselbe Abnahme des Peptonisationsvermögens fand Verf. jedoch auch bei Atrophie der Magenschleimhaut und bei langdauernden chronischen Katarrhen, so dass sie keine differentialdiagnostische Bedeutung hat.

Die Milchsäurebildung tritt nach H. meist als letztes Symptom auf und hat zur Bedingung die motorische Insufficienz, das Fehlen freier Salzsäure und die Verminderung des Pepsins. In der Regel ist also die Milchsäuregärung kein Frühsymptom des Magenkrebses. Immerhin fanden sich unter 29 Milchsäurebildung zeigenden Carcinomfällen 5, bei denen noch keine Kachexie vorhanden und die Neubildung klein, resp. im Leben nicht tastbar war. Was

die diagnostische Bedeutung des Milchsäurebefundes betrifft, so findet H., in Bestätigung der Arbeiten von Thayer, Bial, Rosenheim, Noorden, Klemperer, Strauss u. A. —, dass derselbe für Magencarcinom nicht absolut charakteristisch sei. Unter 250 daraufhin untersuchten Fällen fand sich 35mal Milchsäure. Davon betrafen 29 Magencarcinome, 6 dagegen anderweitige Erkrankungen. Von diesen 6 Fällen hält Verf. 3 für einwandfrei, während die 3 übrigen nicht sicher zu verwerthen sind.

Bei den 3 einwandsfreien Fällen fehlten freie Salzsäure und Pepsin, ferner bestand verminderte Motilität. 2 mal fand sich keine Neubildung, die beiden Pat. befanden sich 11 Monate, resp. 2³/₄ Jahre später völlig wohl. Im 3. Fall wurde eine am Pylorus sitzende Geschwulst exstirpiert, die, wie sich aus der mikroskopischen Untersuchung ergab, bloß aus Narbengewebe bestand.

Was endlich das auf Grund eines Magengeschwürs entstandene Carcinom betrifft, so fand Verf. unter 8 Fällen 3 mit normalem Magenchemismus. Bei den übrigen 5 fand sich neben fast völligem Fehlen der freien Salzsäure hochgradige Verminderung der Eiweißverdauungskraft und bei einer derselben auch Milchsäurebildung.

Verf. fasst seine diagnostischen Schlüsse folgendermaßen zusammen: »Ergiebt — wenn das Leiden erst relativ kurze Zeit besteht — eine innerhalb eines Zeitraumes von 3—4 Wochen mehrmals vorgenommene Untersuchung konstant ein Fehlen freier Salzsäure, Verminderung der Eiweißverdauung unter 15%, reichliche Milchsäurebildung und Anwesenheit von zahlreichen langen Bacillen im Magensaft, und ist während dieser Zeit keine Besserung eingetreten, so gestattet dies fast mit Sicherheit die Diagnose Carcinom, auch wenn keine Geschwulst palpabel ist und Kachexie fehlt«.

Die histologische Untersuchung der Magenschleimhaut wurde an Schleimhautstückchen vorgenommen, die bei Anlass von Operationen an Pat. gewonnen wurden, deren Magenchemismus vorher genau untersucht worden war.

Bei 2 Carcinomen mit normaler Sekretion war die Schleimhaut völlig normal, bei einem auf Grund eines Geschwürs entstandenen Krebs zeigten sich nur die bei Geschwür gewöhnlich gefundenen Veränderungen.

Bei den Carcinomen mit Sekretionsstörungen und Milchsäurebildung bestanden die Veränderungen im Wesentlichen in herdweisem Schwund der spezifischen Drüsenelemente und im Ersatz derselben durch Cylinderepithel. Daneben fand sich kleinzellige Infiltration, Bindegewebsneubildung und Ansammlung von zahlreichen kleinen eosinophilen Zellen. Das Vorkommen der letzteren ist nicht spezifisch für den Krebs, sondern kann sich bei allen Processen finden, welche zu Atrophie der Labdrüsen führen. Diese Atrophie fand sich auch in dem von H. untersuchten Falle von Narbenstenose des Pylorus mit Milchsäuregärung.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

16) **v. Hacker.** Sphinkterbildung aus dem Musculus rectus- und die Kombination der Sphinkterbildung mit Witzel's Kanalbildung bei der Gastrostomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

v. H. fügt den bisher von ihm publicirten 17 Fällen 8 weitere an, in denen er seine Methode der Sphinkterbildung geübt hat; in 13 weiteren Beobachtungen hat er dieselbe mit der Witzel'schen Kanalbildung kombinirt. Das letztere Verfahren ist durch 3 Textabbildungen illustriert. Mit beiden Methoden hat Verf. gute Resultate erzielt. Auf Grund des genannten Materials präcisirt er die Indikationen folgendermaßen:

a) die einfache Sphinkterbildung ist eine völlig gefahrlose Operation und giebt einen vollkommenen Abschluss um den in die (womöglich zweizeitig angelegte) Magenfistel eingeführten Drain bei allen kräftigen oder jugendlichen Individuen und ist daher mit dem besten Erfolg in allen Fällen der temporären Gastrostomie anwendbar. Bei Carcinom, in welchen Fällen zum vollkommenen Abschluss öfters die Ballonkanüle nöthig wird, empfiehlt sie sich für Fälle weit vorgeschrittener Kachexie wegen ihrer Einfachheit und raschen Ausführbarkeit, so wie in Fällen von Kleinheit und Geschrumpftsein des Magens.

b) Die kombinirte Gastrostomie (v. Hacker-Witzel) giebt einen idealen Abschluss der Fistel nur durch einen Drain, mitunter selbst ohne einen solchen (Ballonkanüle ist nicht nöthig). Die Operation ist zu empfehlen in allen Fällen zur dauernden Magenfistelbildung (Carcinom, wenn sie technisch gut ausführbar ist.

Hofmeister (Tübingen).

17) **A. Narath.** Die operative Behandlung der Dünndarm-Genitalfisteln mit besonderer Berücksichtigung der »Darmausschaltung«.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 2.)

Die interessante Arbeit beginnt mit der Beschreibung eines Falles von Jejun- und Ileovaginalfistel, die durch einen Abortus entstanden war. Die Seltenheit von Fisteln zwischen dem Genitaltractus und dem Dünndarm rechtfertigt es, die Krankengeschichte kurz hier anzuführen.

F. B., 32jährige Bauernfrau, IVgravida. Das Kind starb im 9. Monat ab und wurde noch 4 Wochen getragen. Dann wurde der macerirte Fötus stückweise von einem Arzt extrahirt. Nach 3 Tagen bemerkt derselbe, dass ein Stück vom Os occipitale zurückgeblieben sei. Ein weiterer Eingriff wurde verweigert. Es trat Fieber, Schmerz und Ausfluss ein. 6 Wochen nach der Operation bemerkte man, dass feste Speisen, Fleisch, Brot etc., überhaupt der größere Theil der eingenommenen Nahrung, 1—2 Stunden nach Aufnahme unwillkürlich durch die Scheide abgingen, nur ein geringer auf natürlichem Wege. Entzündung der äußeren Genitalien und der Haut; heftigster Schmerz. Darreichung größter Morphiumdosen. Dann kam die Kranke in N.'s Behandlung. Er konnte durch Einspritzung gefärbter Flüssigkeiten eine Kommunikation von Harnröhre und Blase

einerseits mit Mastdarm nebst Flexur andererseits ausschließen. Fortgesetzt starker Hunger und Abgang dünnen Speisebreis durch die Scheide. Das Ekzem war nicht zu bessern. Diagnose: Fistula jejuno-uterina oder -vaginalis. Operation: Laparotomie. Längs- und Querschnitt. Es zeigte sich nun, dass 2 Jejunumschlingen mit dem Cervixtheil des Uterus verwachsen waren. Ob beide oder nur eine mit der Scheide kommunisirten, ließ sich nicht feststellen. An Loslösung und Resektion beider Schlingen war nicht zu denken wegen ausgedehnter Adhäsionen und Nähe der V. cava. Deshalb schritt N. zu der totalen Darmausschaltung. Die beiden fixirten Dünndarmschlingen wurden ober- und unterhalb des fixirten Poles durchtrennt, das Mittelstück ward darauf an seinen beiden Enden je mit dem am meisten peripher und central gelegenen durchtrennten Darmstück durch Naht verbunden, und so die Kontinuität des Dünndarmes wieder hergestellt. Darauf wurden die beiden ausgeschalteten Schlingen, nachdem sie möglichst durch Nähte an einander gelegt waren, in die quere resp. längsverlaufende Bauchdeckenwunde mit je 2 Mündungen eingenäht. Verschluss der Peritonealhöhle.

Nach der Operation zeigte sich durch Injektion von Flüssigkeiten in beide eingenähte Schlingen, dass sie beide mit der Scheide kommunisirten. Die Rekonvalescenz war durch mancherlei Zwischenfälle gestört. N. versuchte die ausgeschalteten Schlingen zur Verödung zu bringen. Bei der einen wurde die Scheidewand mit der Dupuytren'schen Klemme zur Nekrose gebracht und die Schleimhaut mit rauchender Salpetersäure verätzt. Bei der anderen Schlinge nahm nach verschiedenen anderen Manipulationen N. eine ausgedehnte Ablösung der Schleimhaut vor.

Nach ungefähr $1\frac{1}{4}$ Jahr ließ sich feststellen, dass die beiden Dünndarm-Scheidenfisteln geschlossen waren. Eine nur mäßige Sekretion der eingenähten Schlingen belästigte die Operirte nicht.

N. stellt dann unter sorgfältigster Litteraturangabe alle verschiedenen Arten von Darm-Genitalfisteln zusammen und behandelt die Ursachen ihrer Entstehung, welche theils genitalen, theils intestinalen Ursprungs sind und meist in der Geburt durch Verletzungen mit Instrumenten oder nach ihr durch puerperale Infektion zu Stande kamen. Alle anderen Ursachen, wie Uteruscarcinome, Darmgeschwüre etc. sind seltener. Verf. bespricht die Diagnose und den Verlauf der Erkrankung. Therapeutisch ist zu bemerken, dass bei einzelnen Fisteln spontane Heilung eingetreten ist, andere auch durch Ätzung geschlossen wurden. Operative Eingriffe sind mannigfach versucht worden: Verschluss der Fistel, Verbindung der zuführenden Schlinge mit dem Mastdarm u. A. m., bis man daran ging, mittels des Bauchschnittes Heilung zu bringen. Hier stellt die Loslösung des Darmes und darauffolgende Resektion das einfachste Verfahren dar. Ist es unmöglich, so kommt Anastomosenbildung und Darmausschaltung in Frage.

Wichtig ist natürlich von vorn herein die Prophylaxe bei der Entbindung, d. h. vorsichtiges Operiren. Ist doch eine Verletzung eingetreten, so näht man sofort den Gebärmutter- oder Scheidenriss und nimmt, wo nöthig, eine primäre vaginale oder intraperitoneale Resektion des Darmes vor. Bei lange bestehenden, auf sonstige Mittel nicht reagirenden Fisteln kann man, wie gesagt, ebenfalls durch Scheiden- oder den Bauchschnitt vorgehen und eine der skizzirten Methoden anwenden je nach Lage des Falles.

In einem 2. Abschnitt behandelt N. die Frage der »Darmaus-

schaltung«. Er schildert, wie von wissenschaftlichen Experimenten aus nach v. Hacker und Salzer Hochenegg zum ersten Mal am Lebenden sie erfolgreich ausführte. Verf. stellt 15 Fälle aus der Litteratur zusammen, in denen diese interessante Operation vorgenommen wurde. 14 davon überstanden den Eingriff. Der Hauptgrund für die Ausschaltung war fast ausnahmslos die Unmöglichkeit oder Gefährlichkeit einer Resektion wegen Schwielenbildung, Verwachsungen etc. Die größte Darmausschaltung hat Körte vorgenommen (wohl über 1 m). Man unterscheidet 4 Arten der totalen Darmausschaltung, je nachdem die Enden versorgt werden, d. h. je nachdem man zwei Fisteln, eine proximale und distale, oder bloß eine — proximale oder distale — bildet oder je nachdem man beide Enden vernäht und versenkt als ein wurst- oder ringförmiges Gebilde. Die Sekretion der ausgeschalteten Partie war eine verschiedenen starke. In einigen Fällen verlangten die stark von ihr belästigten Pat. die Exstirpation des ausgeschalteten Stückes, welche leicht gelang. N. fand, dass mechanische und chemische Reize die Sekretion beträchtlich steigerten, und dass die Peristaltik des ausgeschalteten Stückes nicht aufgehoben war. Wichtig ist, dass nach Ausschaltung von Darmpartien entzündliche Prozesse fast ganz zurückgehen können, so dass bei einem zweiten Eingriff die Exstirpation einer Darmschlinge möglich wurde, die sich beim ersten als unausführbar erwiesen hatte. Weiter finden sich noch in der Arbeit die Resultate der Versuche über totale Occlusion ausgeschalteter Darmstücke und über Einwirkung von Bakterien auf die Darmwandung. N. kommt zu dem nur zu billigen Schluss, dass die totale Ausschaltung kranker Darmtheile mit primärem totalen Verschluss ein gefährlicher und verwerflicher Eingriff ist. Es ist immer eine Darmfistel anzulegen. Später kann man sie ja zum Verschluss bringen, und N. empfiehlt dazu die Exstirpation der Mucosa aufs angelegentlichste. Das interessante Kapitel der Darmausschaltung ist vom Verf. sehr eingehend, mit sicherer Begrenzung seiner Anwendung und klarem Urtheil behandelt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der I. chirurgischen Klinik des Hofrathes Prof. Albert.)

Streifschuss des Herzens mit tödlichem Ausgange nach vier Wochen.

Von

Dr. Carl Ewald, Assistent der Klinik.

Die Bemerkung H. Fischer's¹, dass Streifschüsse des Herzens zu den größten Seltenheiten gehören, so wie der eigenthümliche Verlauf der Krankheit nach dieser Verletzung veranlassen mich zu ihrer Mittheilung.

Am 26. März 1894 kam der Klinik ein 33jähriger Mann zu, welcher sich

¹ Handbuch der Kriegschirurgie (Deutsche Chirurgie Lfg. 17a) Bd. I. p. 193.

2 Tage früher in selbstmörderischer Absicht aus einem 5 mm-Revolver je einen Schuss gegen die rechte Schläfe und die Herzgegend abfeuerte. Über die unmittelbaren Folgen wusste der Verletzte wegen einer gleich darauf eingetretenen Ohnmacht nichts anzugeben. 2 Tage verblieb er in Privatpflege und wurde dann in die Klinik gebracht.

Bei der Aufnahme bot der kräftige, über mittelgroße, gut genährte Mann folgendes Bild. In der rechten Schläfengegend war ein runder, 5 mm im Durchmesser haltender, von leicht gequetschten und geschwärtzten Rändern begrenzter Substanzverlust. Die Haut der Lider des rechten Auges und der rechten Schläfe war gelbgrün. An der linken Brustseite, mitten zwischen linkem Sternalrande und Brustwarze, war auch ein rundliches, bohnengroßes Loch mit gelbgrün gefärbter Umgebung. Kein Hautemphysem. In der Umgebung beider Schussöffnungen war die Epidermis auf 5—8 mm im Umfange abgehoben. Die Körpertemperatur war des Nachmittags 38°.

Der Pat. war bei klarem Bewusstsein, sah und hörte gut, hatte weder sensible noch motorische Störungen und beantwortete alle an ihn gestellten Fragen korrekt. Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergab rechterseits normale Verhältnisse, Perkussionsschall voll, Athmungsgeräusch vesikulär. Die Herzdämpfung war nicht nachweisbar, an ihrer Stelle ergab die Perkussion tympanitischen Schall mit metallischem Klange. Der Herzstoß war nach innen und etwas unterhalb der linken Brustwarze deutlich fühlbar; die Herztöne waren rein und scharf, ohne metallischen Beiklang. Der Perkussionsschall war über der linken Lunge vorn hell und voll, das Athmungsgeräusch vesikulär, entsprechend dem 4. Interkostalräume, in der vorderen Axillarlinie verschärft. Links hinten unten, vom Scapularwinkel abwärts, war der Perkussionsschall gedämpft, das Athmungsgeräusch abgeschwächt. Pat. warf mäßige Mengen blutig-schleimiger Sputa aus. Diagnose: Pneumopericardium und Hämatothorax. Die Therapie bestand in Bettruhe, flüssiger Diät, Eisbeutel auf die Herzgegend, Klysma, eventuell Narkotica.

Am folgenden Tage war der Husten geringer, dem entsprechend auch die Expektoration der blutig-schleimigen Sputa. Die Schmerzen in den Wunden waren unbedeutend. Schlaf ungestört. Temperatur 37,8°. Harn war braunroth, klar, Stuhl pechartig schwarz, breiig. In Harn und den Fäces war kein frisches Blut nachweisbar.

Am 28. März war die Herzdämpfung vorhanden, um ein Geringes vergrößert. Die Dämpfung links hinten unten unverändert. Temperatur 37,5—38°.

Am 1. April leichter Kopfschmerz, Druck in der linken Brusthälfte. Sputa weniger blutig. Die Dämpfungsverhältnisse in der Herzgegend und über dem linken Unterlappen unverändert. Die Körpertemperatur immer noch etwas erhöht, bis 38°.

4. April. Seit 2. kein Fieber, keine Schmerzen, Schlaf und Appetit gut, Sputa schleimig und ohne Blut. Pat. bekommt kräftigere Kost.

5. April. Morgens 37,2°, Abends 39°. Magendruck, Aufstoßen, belegte Zunge, leichter Kopfschmerz. Nach Klysma ausgiebiger Stuhl.

6. April. 37,2°—37,6°, keine Beschwerden.

13. April. Pat. versuchte zum 1. Male das Bett zu verlassen, fühlte sich jedoch sehr schwach, wurde ohnmächtig und erbrach. Nachmittags 38,1°.

14. April. Temperatur sank auf die Norm.

15. April. Pat. sitzt im Bette längere Zeit ohne Mühe. Allgemeinbefinden gut, Herzdämpfung noch immer vergrößert. Links hinten unten rückt die Dämpfungsgrenze nur wenig herab.

18. April. Linkerseits Bronchialkatarrh. Die Temperatur am Abend des vorigen Tages 38°. Pat. hustet und hatte eine schlaflose Nacht. Die zahlreichen Besuche seiner Verwandten, welche ihn öfters aufregen, verschlechtern stets sein Befinden.

19. und 20. April. Temperatur normal. Husten etwas beschwerlich. Allgemeinbefinden gut. Pat. verlässt das Bett manchmal für kurze Zeit.

21. April. Pat. erhält einen Besuch seiner Mutter, die, von der Ferne zugehört, ihn mit Vorwürfen überhäuft. Dabei regt sich der Kranke sehr auf und bekommt, nachdem der Besuch sich entfernt hat, plötzlich Athemnoth; der Puls wird unzufühlbar, die Temperatur sinkt auf 35,5°. Die Herzdämpfung vergrößert sich. Es wird die Diagnose Hämoperikard gemacht und die Perikardiotomie indicirt, um einer Tamponade des Herzens vorzubeugen. Während man sich zur Operation anschickt, verschlechtert sich das Befinden des Kranken trotz Ätherinjektionen derart, dass man von derselben als aussichtslos absteht. Kurz darauf stirbt der Pat. unter allmählichem Absinken der Temperatur, zunehmender Blässe, aber ohne Erstickungserscheinungen.

Der Obduktionsbefund, welcher im pathologisch-anatomischen Institute aufgenommen wurde, ergab, dass im rechten Stirnbeine, etwas unterhalb des Winkels, den die Coronarnäht mit der Schuppennäht bildet, ein plattgedrücktes, etwa 1 cm im Durchmesser haltendes Bleigeschoss saß, welches die ganze Dicke des Knochens durchsetzt hatte und von hinten nach vorn gerichtet war. Die Lamina vitrea war an dieser Stelle gesplittert. Die Dura mater war an dieser Stelle blutig tingirt, das Hirn zerfließend weich, gelb gefärbt. Die Stelle entsprach der unteren rechten Stirnwindung. Die Innenfläche der Dura mater war an dieser Stelle von sarten, sehr gefäßreichen Pseudomembranen besetzt.

Den Kanal des Brustschusses konnte man zum knöchernen Theile der 5. Rippe verfolgen. Die linke Lunge war mit der kostalen Pleura vorn oben stark verwachsen; im unteren Pleuraraume waren theils flüssige, braunröthliche Blutmassen, theils geronnenes und organisirtes schwarzbraunes Blut. Der Unterlappen war gegen den Hilus zu leicht komprimirt. Die rechte Lunge war frei, leicht gedunsen, der Herzbeutel gespannt. Bei Eröffnung desselben entleerte sich zuerst in ziemlich reichlicher Menge dunkelrothes, dünnflüssiges Blut, welches aber in mehrfache Loculamente von Synechien zwischen Herz und Herzbeutel vertheilt war. Geringere derartige Blutmengen waren in Form von frischeren und älteren Hämatomen und Sugillationen den Pseudomembranen, welche die seröse Fläche allenthalben bedeckten, eingelagert. Nach Entfernung dieser recht fest haftenden organisirten Blutgerinnsel fand man eine unregelmäßig verlaufende, das ganze Perikard durchsetzende Rissquetschwunde und korrespondirend derselben an der Vorderfläche des linken Ventrikels eine Rissquetschwunde. Dieselbe lag etwas auswärts vom Sulcus longitudinalis und verletzte kleinere Äste der linken Arteria coronaria. Der Herzmuskel war nur oberflächlich getroffen, und setzte sich die Verletzung in keiner Weise in die Tiefe fort. Das Herzfleisch war etwas blasser und leichter zerreiblich. Am vorderen Rande des Oberlappens der linken Lunge fand sich entsprechend der 5. Rippe ein bereits völlig verheilte, doch durch rothbraune Farbe markirter Kanal. Derselbe war mit der oben beschriebenen Rissquetschwunde des Herzbeutels leicht verlöthet und durch Narbengewebe schon verschlossen. An den hinteren, unteren und untersten Partien des Unterlappens der linken Lunge fand sich die Fortsetzung des Schusskanals nach abwärts verlaufend. Schließlich war im 10. Interkostalraume nahe der Wirbelsäule ein rundes Loch, die 10. Rippe gesplittert, und im langen Rückenstrecker daselbst saß das 8 mm lange, wenig deformirte Bleigeschoss.

Der Fall erhält also folgende Deutung. Den Schädelschuss wollen wir als wenig belangvoll, weil nicht penetrirend, außer Acht lassen. Der Brustschuss hat bei der beschriebenen Richtung zu einem Hämoperikard und Pneumoperikard, so wie zu einem Hämoperikard, wahrscheinlich auch Pneumothorax geführt. Der letztere dürfte wohl nur so rasch resorbirt worden sein, dass er der klinischen Beobachtung entging, dass im Perikardialsack Luft war, ist diagnosticirt worden. Ungewöhnlich ist das Austreten der Luft aus einem Lungenparenchymschusse allerdings, doch hier nicht anders zu erklären, da dieselbe durch den Schusskanal gewiss nicht eingebracht ist, nachdem kein Emphysem der Haut bestand. Auch diese Luft wurde, aber langsamer, resorbirt. Nicht so beim Blute. In Folge einer leichten Infektion, vielleicht von der Lunge, möglicherweise auch vom Projektil aus, kam es zu einer leichten Perikarditis und Organisation der Blutgerinnsel. Diese Organisation er-

folgte unter Bildung reich vaskularisierter Pseudomembranen, die bei jeder gestiegenen Hersthätigkeit in Folge körperlicher oder psychischer Aufregung ein- oder durchgerissen wurden, so dass sie bluteten. In dieser Art klärt sich sowohl der Verlauf, als das Ende der Krankheit auf.

Was man aus der Beobachtung aber deduciren kann, ist eine Lehre bezüglich des Eingreifens bei Tamponade des Herzens. Wäre der Pat. am 21. April auch gleich zu Anfang, als die Herzdämpfung zuzunehmen begann, operirt worden — man wäre durch den Befund überrascht worden und hätte nichts nützen können. Nur eine Lösung aller Synechien, welche die einzelnen mit Blut gefüllten Räume trennten, hätte eine Entleerung des Herzbeutels herbeigeführt. Dabei hätte man einerseits eine so bedeutende Quelle für neue Blutungen gesetzt, andererseits einen zu großen Reiz auf das Herz ausgeübt, als dass der Eingriff ein rationeller genannt werden könnte. Wir erwarteten vor der Operation, die zur Ausführung hätte kommen sollen, eine nach Losreißung des obturirenden Thrombus blutende Herzwunde oder ein offenes Herzgefäß, und hätten blutende Flächen gefunden, welche nicht einmal zugänglich gewesen wären. Eine Warnung hätte uns nur das lange dauernde und immer wieder eintretende Fieber sein können.

Wir müssen also sagen: Tritt nach einer Verletzung des Herzens spät eine neuerliche Blutung mit drohender Herstamponade ein, so müssen wir uns auf Schwierigkeiten gefasst machen, welche durch gebildete Synechien hervorgerufen werden. Dieselben sind um so sicherer zu gewärtigen, wenn ein Grund besteht, Perikarditis zu vermuthen.

18) **Hanna** (Sacramento). Transfixion of the left ventricle of the heart by a sharp wire, with a second wound, penetrating the wall of the ventricle.

(Occidental med. times 1896. Juli.)

Ein zum Tode verurtheilter Gefangener hatte sich einen durch Reiben an der Wand scharf zugespitzten Eisendraht von 16 cm Länge und fast 2 mm Dicke an einer Stelle 2,5 cm unterhalb und 1,3 cm nach rechts von der Brustwarze in die Brust gestoßen, so dass er nur noch 5 cm daraus hervorragte. Bis zur Ankunft des Arztes vergingen etwa 15 Minuten, ehe der Draht herausgezogen wurde. Es bestand keine Blutung, wohl aber Athemnoth; der Puls hatte sich alsbald wieder gehoben bis auf 90 kräftige Schläge; bei der Ankunft des Arztes war derselbe nicht fühlbar, es war Bewusstlosigkeit vorhanden, die erst nach einer Strychnineinspritzung schwand. In der Nacht wurde durch eine Chloralosis auch sogar Schlaf für einige Stunden herbeigeführt, außer etwas Branntwein aber sonst nichts verabfolgt.

Etwa 29 Stunden nach dem Conamen erfolgte die Hinrichtung. Bei der Leichenöffnung fanden sich 2 Wunden am Herzen vor, deren eine nur in die linke Kammer eindrang, während die andere etwas höher und weiter nach hinten quer durch das ganze Herz gegangen war; der Punkt, an welchem der Draht den Ventrikel verlassen hatte, ließ sich noch deutlich erkennen. Im Perikardialsack befanden sich etwa 60 ccm Blut.

Dass 2 Wunden bestanden (außer der kleinen Ausstichöffnung) wurde durch die Mittheilung des Mannes erklärt, dass er den Draht, der ihm nicht tief genug eingedrungen zu sein schien, noch einmal etwas herausgezogen und dann tiefer hineingestoßen hatte.

Von einer gewissen forensischen Bedeutung ist, dass das Herz des Mannes ca. 15 Minuten hindurch arbeiten konnte, obgleich es von einem Draht durchbohrt, also vollkommen aufgespießt war. Ob Heilung eingetreten wäre, wenn man den Mann nicht hingerichtet hätte, bleibe dahingestellt. Ref. glaubt die Frage mit Ja beantworten zu können, da die Wunden wohl zusammengezogen waren, so dass keine sofort tödliche Blutung erfolgte, und später wohl nur die Möglichkeit einer Infektion der Wunde Gefahr bringen konnte.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

19) **R. Condamin (Lyon).** *Réflexions sur quelques cas de péritonite tuberculeuse traités par la laparotomie.*

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 691.)

C. berichtet über 4 erfolgreich operirte Fälle von tuberkulöser Peritonitis. Im 1. Falle handelte es sich um eine rein adhäsive Form; trotz sehr langen Median-schnittes glückte es nicht, in die freie Bauchhöhle zu gelangen. Die Bauchwunde wurde unverrichteter Sache wieder geschlossen. Gleichwohl trat bald danach rasche Besserung des Befindens ein. — Bei der 2. Kranken bestand ein tuberkulöser Ascites, und ausgedehnte perigastrische Verwachsungen der Darmschlingen täuschten eine enorme Magengeschwulst vor. Gleich nach der Laparotomie ließ das vorher bestandene unaufhörliche Erbrechen nach; es erfolgte Heilung. — Die 3. Pat. wurde wegen einer Ovarialeyste laparotomirt. Nach Exstirpation derselben entdeckte man in der Gegend des Blinddarmes eine harte, ulcerirte Masse, die man für ein inoperables Carcinom ansprach. Erst die rasche Heilung, das vollständige Schwinden der Geschwulst ließ nachträglich die Diagnose auf Tuberkulose stellen. — Im letzten Falle beschränkte sich die peritoneale Tuberkulose anscheinend auf die Beckenhöhle, ausgehend von primärer Erkrankung der Adnexe. Diese wurden durch die Scheide exstirpirt. Auch hier folgte rasche, anscheinend völlige Genesung.

Reichel (Breslau).

20) **H. T. Williams.** *Parasites found in the vermiform appendix, with report of a case.*

(Buffalo med. and surg. journ. 1896. Oktober.)

Verf. fand bei der Operation einer jungen Frau wegen eines ersten Anfalles von Appendicitis in dem resecirten Wurmfortsatz ein lebendes Exemplar eines weiblichen *Oxyuris vermicularis*. Der Wurmfortsatz war stark entzündlich geschwollen und mit dunkler Flüssigkeit und etwas Eiter angefüllt. Glatte Heilung.

E. Martin (Köln).

21) **J. Price (Philadelphia).** *Surgery for typhoid perforations.*

(Med. and surg. reporter 1896. November.)

Neben allgemeinen Bemerkungen über die Pathologie und Therapie der Darm-perforation bei Typhus führt Verf. 3 eigene operirte Fälle an:

1) Frau von 30 Jahren. Typischer Abdominaltyphus. Ende der 3. Woche Perforationssymptome. Vor der Operation wird Peritonitis und eine unregelmäßige Geschwulst in der rechten Bauchseite festgestellt. Man findet das Netz und Dünndarmschlingen in der Regio ileocecalis verklebt. Nach Lösung der Verklebungen zeigen sich 2 perforirte Geschwüre 6 Zoll von einander. Das eine lag wenige Zoll von der Valvula ileocecalis entfernt, war groß, unregelmäßig und nekrotisch. Das zweite lag höher oben im Dünndarm, war etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll lang, gut begrenzt. Schmutzige Flüssigkeit in der Umgebung. Die infectirten Theile des Netzes und der Wurmfortsatz werden entfernt, die Löcher im Darm geglättet und genäht. Dann Irrigation (mit welcher Flüssigkeit, wird nicht gesagt, Ref.) und Drainage mit Gaze und Glasdrain. Die mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen waren vergrößert. Glatte Heilung.

2) Frau von 26 Jahren. Bei der Aufnahme sehr schneller Puls und hohe Temperatur. Zeichen allgemeiner Sepsis. Allgemeine Peritonitis. Beim Bauch-schnitt finden sich in der rechten Regio ileocecalis allgemeine Verklebungen. Nach Lösung derselben liegt eine große zerfetzte Perforationsöffnung im Dünndarm vor; daneben eine umschriebene Anhäufung von Darminhalt. Glättung und Naht des Loches. Irrigation, Drainage mit Glasdrain und Gaze. Heilung. 2 Tage nach der Operation blieb der Puls frequent und klein, die Temperatur ebenfalls hoch. Bezüglich der Anamnese dieses Falles giebt Verf. nur an, dass die Pat. bei der Aufnahme seit 2 Wochen krank war. Der Charakter des Geschwürs sei zweifelhaft, eine tuberkulöse Lungenaffektion vorhanden gewesen. Den glücklichen Verlauf der Naht verwerthet Verf. zu Gunsten der Diagnose Typhus, da eine tuberkulöse Darmfistel nach der Naht selten heile.

3) Frau von 28 Jahren. Aufnahme 3 Wochen nach Beginn des Typhus. Kurz nachdem sie ins Krankenhaus gebracht war, kollabirte Pat. und war zur Zeit der Operation ohne Bewusstsein. Laparotomie, Lösung der Verklebungen, Naht mehrfacher Darmfisteln, Abwischen von »Lympe« vom Darm mit Gaze. Es bestand eine allgemeine Peritonitis, »mit kothigem Darminhalt und schmutzigen Entzündungsprodukten in der ganzen Bauchhöhle«. Heilung.

Ref. hat die Krankenberichte fast wörtlich wiedergegeben. Leider ist es auch mit Hilfe des übrigen Textes der Abhandlung nicht möglich, die Lücken der Berichte zu ergänzen und die zahlreichen sachlichen Fragen zu beantworten, die sich bei der Betrachtung der hochinteressanten Fälle aufdrängen. E. Martin (Köln).

22) Byford. Extirpation of the rectum per vaginam with utilization of the vagina to replace the lose rectal tissue.

(Annals of surgery 1896. November.)

Verf. hat in einem Falle das hintere Scheidengewölbe quer gespalten, das Bauchfell so eröffnet und den Mastdarm in die Wunde, welche noch durch einen nach unten geführten Vertikalschnitt erweitert werden kann, hineingesogen. Oberhalb der hier sehr großen Geschwulst wurde der Mastdarm durchschnitten, die Geschwulst und der erkrankte Mastdarmabschnitt exstirpiert und das centrale Mastdarmende nach Schluss der Bauchfellücke in die Scheide eingepflanzt. Das untere Mastdarmende wurde vorläufig austamponirt und sollte später gleichfalls in die Scheide eingepflanzt und gleichzeitig eine Kolpoplexus am Scheideneingang ausgeführt werden. Pat. überlebte — genauere Angaben fehlen — die Operation, wie es scheint, jedoch nicht lange. Die quere Obliteration des Scheideneinganges hat Verf. schon in einem früheren Falle benutzt, in welchem er wegen eines Mastdarmcarcinoms die hintere Scheidenwand entfernen musste. Damals überlebte die Pat. die Operation 1 Jahr und entleerte ihren Koth auf normalem Wege. Auch zwei andere amerikanische Chirurgen haben in ähnlicher Weise eine Einpflanzung des Mastdarmes in die Scheide vorgenommen, McArthur, indem er sich den Zugang zum Mastdarm durch die sacrale Methode freilegte, Price, indem er durch Bauchschnitt die Gebärmutter und den betreffenden Theil des Mastdarmes entfernte. Die letzten beiden Methoden verwirft Verf. als zu eingreifend. Tietze (Breslau).

23) Jaboulay (Lyon). Résultats des opérations pratiquées sur l'estomac.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 648.)

Von den verschiedenen wegen Pylorusenge angegebenen Operationen bevorzugt J. auf Grund seiner Erfahrungen entschieden die vordere Gastroenterostomie. Von der Anwendung des Murphy'schen oder eines anderen Knopfes ist er zurückgekommen und zur Naht zurückgekehrt. Bei Pyloruskrebsen beobachtete er nach der Operation eine Lebensdauer von 3 bis 6 Monaten. Bei entzündlichen Pylorusstenosen in Folge ausgedehnter Verwachsungen mit der Gallenblase und Leber oder der Bauchwand sah er von der Anastomosenbildung vorzügliche Dauererfolge, während ihn die Pyloroplastik und die Lösung der Verwachsungen in den Endergebnissen wenig befriedigten. Sind die mit Pyloruscarcinom behafteten Pat. schon zu sehr heruntergekommen, so begnügt er sich, anstatt eine Gastroenterostomie auszuführen, damit, die Schleimhaut des Magens und des Duodenums mit beiden, einander bis zur Berührung genäherten Zeigefingern in die verengte Pylorusöffnung zu invaginieren. Er sah danach bei vorgeschrittenen Carcinomen das Erbrechen aufhören und für mehrere Monate Wohlbefinden eintreten.

Reichel (Breslau).

24) Jaboulay (Lyon). Estomac biloculaire.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 641.)

Der von J. ausführlich mitgetheilte Fall hat doppeltes Interesse, einmal wegen der Richtigkeit der vor der Operation gestellten Diagnose, sodann wegen des operativen Erfolges. Die 41jährige Pat. hatte als Mädchen von 12 Jahren während zweier Monate tägliches Erbrechen, erfreute sich dann während 6 Jahren einer vollständigen Gesundheit. Später zeigten sich in wechselnden Zwischenräumen

Störungen von Seiten des Magens, Anfälle von Schmerzen und Erbrechen; doch nie war Blut in dem Erbrochenen oder im Stuhlgang bemerkt worden. Der Appetit war stets gering. Seit 1 Jahre hatten sich die Beschwerden wesentlich verschlimmert. Die Diagnose »Ventriculus bilocularis« stützte sich wesentlich auf den bei häufig wiederholter Untersuchung stets gleich bleibenden physikalischen Befund: Deutliches Plätschern und peristaltische Kontraktionen wiesen mit Bestimmtheit darauf hin, dass die große Curvatur tief unter dem Nabel lag; gleichwohl ließ eine Aufblähung des Magens die untere Curvatur oberhalb des Nabels hervortreten. Füllte man den Magen mit Wasser bis zum Verschwinden des Plätschens, so wurde der Perkussionsschall oberhalb des Nabels gedämpft, unterhalb blieb er laut tympanitisch; auch verschwand hier das Plätschergeräusch nicht. Der ausgeheberte Mageninhalt enthielt reichlich Salzsäure; mehrfach wurde festgestellt, dass Speiseheiligen mehrere Tage im Magen liegen blieben. Die Kranke magerte enorm ab. Die nach Stellung der Diagnose durch Bouveret der Pat. vorgeschlagene Operation wurde sofort zugegeben, musste aber wegen interkurrierender Perityphlitis aufgeschoben werden. Bei der Laparotomie fand J. den Magen in 2 Höhlen getheilt, die durch einen sehr engen Kanal mit narbiger Wandung mit einander in der Höhe des Nabels kommunizierten. Die verengte Partie war breit und fest mit dem linken Leberlappen verwachsen. Durch Pyloroplastik nach der Methode von Heineke-Mikulicz gelang es eine Kommunikation zwischen beiden Taschen zu schaffen, deren Durchmesser mindestens 6 cm betrug. — In den ersten Wochen hielt die Appetitlosigkeit und Schwäche noch an, es traten Ödeme an den Unterschenkeln auf, doch allmählich besserte sich das Befinden. Die Kranke, welche bei Entlassung aus dem Hospital nur 30 kg wog, nahm innerhalb zweier Monate um 10 kg zu, war 1 Jahr nach der Operation vollständig gesund.

Reichel (Breslau).

25) E. Suvara. Un nouveau modèle de bouton anastomotique intestinal avec une nouvelle technique.

(Archives des sciences médicales de Th. Jonnesco, Babès et Kalindero de Bucarest 1896. No. 3.)

Der angegebene Knopf ist von mehr sphärischer Form, durchbrochen, seine beiden Mittelstücke haben am Ende senkrecht abgebogene Ränder, so dass ein einfacher Seidenfaden den Darm sicher und fest auf dem Verbindungspunkt hält und ein Abgleiten unmöglich macht. Der Verschluss ist so eingerichtet, dass, wie beim Murphy-Knopf, der männliche Theil, in den weiblichen hineingestoßen, sich fest hält in einem nach der Mitte sich öffnenden schraubenähnlichen Gewinde und durch 5 bis 6 Umdrehungen mit Leichtigkeit wieder aus demselben entfernt werden kann. Der Verschluss soll ein viel festerer sein. Der Knopf ist aus vernickeltem Stahl in 3 verschiedenen Größen gefertigt. No. 1 ist etwas kleiner, No. 2 1 mm größer als die kleinste Nummer. No. 3 ist gleich der größten Nummer des Murphy-Knopfes.

Borchard (Posen).

26) H. Graff. Der Murphy'sche Knopf und seine Anwendung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 2.)

G. giebt einen kurzen historischen Überblick über die Methoden, welche man versucht hat, die langwierige Darmnaht durch Instrumente zu ersetzen. Erst Murphy ist es gelungen, seinen Knöpfen allgemeinere Verbreitung zu verschaffen. Das Verfahren wird genauer geschildert und eine Übersicht bisher publicirter Statistiken gegeben. Die Sympathien für den Murphy-Button sind keineswegs allenthalben gleiche. Marwedel, der in Deutschland wohl mit die ausgedehntesten Thierversuche mit dem Instrument gemacht hat, rühmt als Hauptvorzug die Schnelligkeit und Sicherheit der Ausführung, findet der Methode aber noch solche Mängel anhaften, dass sie die erprobte Czerny-Lembert'sche Darmnaht nur in Fällen verdrängen könne, wo der Erfolg von der Kürze der Operation abhängt. Gerüht wird die glatte, oft kaum auffindbare Narbe bei Knopfanwendung. Schede und Sick haben in Hamburg gute Erfolge mit ihr erzielt und Vertrauen auf ihre Sicherheit gewonnen, trotz anfänglicher Skepsis. Aus den 25 Krankengeschichten,

die ausführlich mitgetheilt werden, geht hervor, dass die eingetretenen Todesfälle nie durch den Knopf verschuldet waren. Er wurde angewendet 14mal bei Gastroenterostomien, 11mal bei cirkulären Darmresektionen, im Ganzen mit 14 Todesfällen und 11 Heilungen. Wie gesagt, trägt aber der Knopf an keinem der Todesfälle Schuld, welche durch unglückliche Komplikationen und Zufälle oder durch langdauernde Operationen trotz des Murphy-Knopfes vorkamen. Bei 5 Gastroenterostomien, die bei nicht carcinomatöser Pyloruserkrankung ausgeführt wurden, war in allen Fällen das Erbrechen dauernd beseitigt und die Funktionsfähigkeit der Magen-Dünndarmfistel eine tadellose. 3mal wurde der Abgang des Knopfes nicht beobachtet. Bei einem Fall hält es G. für wahrscheinlich, dass er unbemerkt doch im Stuhl abgegangen ist. Von 8 wegen inoperablen Pyloruscarcinoms ausgeführten Gastroenterostomien genasen nur 3. Der Knopf ist bei keinem nachweisbar abgegangen. Bei einem Kranken, der nach $4\frac{1}{2}$ Monaten starb, ward er im Magen gefunden. Er hat weder subjektive Beschwerden noch objektive Veränderungen der Magenschleimhaut verursacht. In einem Falle hatte man einen zu großen Knopf angewendet, der die Lichtung des Duodenums verlegte, so dass eine Rückstauung der Galle nach dem Magen bewirkt wurde. Bei einer Darmresektion fand man 4 Wochen nach der Operation Perforation an 2 Nahtstellen. G. nimmt an, dass dieselbe nicht bei der Lösung des im Mastdarm aufgefundenen Knopfes stattgefunden habe, sondern später, und glaubt, dass dies Vorkommnis bei jeder Nahtmethode zu unglücklichem Ausgang führen könne.

Die Nachbehandlung unterscheidet sich nicht von der im Allgemeinen auch bei Darmnaht üblichen. Es wurden 3 Größen der Knöpfe gebraucht. Ferner wird gute Konstruktion und richtige Technik als wichtig betont. In Hamburg wurde Chicagoer Fabrikat benutzt. Bezüglich der Technik wurde nach des Erfinders Vorschriften vorgegangen und nur noch über dem Knopf cirkulär eine Serosanaht angelegt, worauf von G. ein besonderes Gewicht gelegt wird. Von 15 Fällen — 10 kommen wegen zu frühen Todes nicht in Betracht — wurde 7mal Abgang der Knöpfe nicht konstatiert, 1mal wurde der Knopf nach 4 Wochen im Mastdarm gefunden, sonst erfolgte die Austoßung ohne Beschwerden zwischen dem 12. und 34. Tage. Nachtheilig ist vielleicht die Methode im unteren Theil des Dünndarmes oder im Dickdarm, wo der Darminhalt schon festere Konsistenz hat, und die herbeigeführte Enge des Centralkanals Ileuserscheinungen hervorrufen kann. Indessen hat man in Hamburg wenig Nachtheile erlebt, und G. sagt, dass unangenehme Zufälle seltener seien, als man theoretisch annehmen müsste.

In einem Nachtrag erwähnt Verf. noch einen Fall von Verbleiben des Knopfes im Magen bei Resectio pylori und Gastroduodenostomie nach Kocher und einen Fall von Perforation des Darmes bei Gastroenterostomie am 7. Tage. Der Durchbruch saß nicht an der Vereinigungsstelle der Hälften des Knopfes, sondern unterhalb am Ende desselben. Es war allerdings ein schlecht gearbeitetes, scharfrandiges Instrument verwendet worden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

27) D. Beaver (Philadelphia). A new ring for use in intestinal anastomosis.

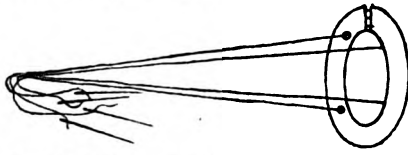
(Med. and surg. reporter 1896. Oktober.)

Für die cirkuläre Darmnaht oder die seitliche Anastomose in Fällen, wo man wegen Darmverwachsungen fürchten muss, dass der Murphy-Knopf seinen Weg nicht frei durch das abführende Darmende finden möchte, empfiehlt Verf. einen Anastomosenring, den er einmal mit Erfolg anwandte. Derselbe zeichnet sich dadurch aus, dass der Chirurg ihn jederzeit schnell selbst anfertigen kann, und dass seine Bestandtheile theils resorbirt werden, theils so weich und schmiegsam sind, dass sie auch enge und gewundene Darmstrecken mit Leichtigkeit passiren können.

Die Ringe werden folgendermaßen hergestellt:

Durch ein etwa $3\frac{1}{2}$ Zoll langes Drainrohr wird ein langer Katgutfaden gezogen. Das lange Ende des Fadens wird immer wieder von Neuem durch das in

sich kreisförmig zusammengebogene Rohr hindurchgeführt, bis die Lichtung desselben vollkommen mit Katgut ausgefüllt ist. Anfang und Ende des Katgutfadens werden fest angezogen und geknotet. Auf der einen Fläche des Ringes werden dann in regelmäßigen Abständen 4 kleine Löcher in das Gummirohr geschnitten



und in jedes dieser Löcher ein mit Nadel armirter Seidenfaden eingeführt, rings um das in dem Rohr enthaltene Katgutbündel herumgezogen (man soll die Nadel hierzu dem Loch gegenüber aus- und durch die Ausstichöffnung wieder einstechen) und schließlich wieder aus

dem Loch herausgeführt. Man hat dann 4 Doppelfäden, die an ihrem einen umgebogenen Ende durch das Katgutbündel in dem Rohr gehalten werden. Die freien Enden jedes Fadens werden in eine Nadel gefädelt und geknotet.

Beim Gebrauch werden die Ringe in das Darmlende eingeführt, dann die Nadeln $\frac{1}{4}$ Zoll vom Schnitttrand durchgestochen. Nachdem dann die beiden Darmenden durch eine fortlaufende Seidennaht, die alle Schichten der Darmwand durchdringt, vereinigt sind, werden schließlich die entsprechenden Doppelfäden mit einander geknotet. Auf diese Weise sind den Ringen entsprechend breite seröse Flächen an einander gebracht. Verf. fügte noch eine fortlaufende Lembert-Naht hinzu.

Indem man an Stelle des in sich kreisförmig zusammengebogenen Drainrohres 2 Rohre nimmt, die zu einer ovalären Figur zusammengelegt werden, ist die Methode zur seitlichen Darmanastomose verwendbar.

Verf. will seine Ringe nur für die oben angedeuteten Zwecke verwandt wissen. Bei freier Lichtung sieht er den Murphy-Knopf vor. E. Martin (Köln).

28) B. Bramwell. Enormous primary sarcoma of the liver, in which a large blood cyst, simulating a hepatic abscess, was developed.

(Edinb. med. journ. 1896. Oktober.)

Bei einer 25jährigen, nur kurze Zeit verheiratheten, bis vor 3 Monaten stets gesunden Frau beobachtete B. eine große Lebergeschwulst, welche nach den Resultaten der vorgenommenen Punktion als Leberabscess angesprochen wurde, obgleich Dysenterie oder dergleichen nicht vorhergegangen war. Punktion brachte nur vorübergehende Erleichterung, deshalb Incision. Unstillbarer Blutverlust und Tod nach 4 Wochen. Bei der Sektion, welche sehr sorgfältig gemacht wurde, fand sich ein enormes, fast den ganzen rechten Leberlappen einnehmendes und beträchtlich in den linken Lappen hineinreichendes, spindelezelliges Sarkom. Nirgend sonst wurden Geschwülste gefunden.

Willemer (Ludwigslust).

Die Zeit für die 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Braunschweig ist auf die Tage vom 20.—25. September 1897 mit einer Vorversammlung am 19. September festgesetzt.

Es werden 33 wissenschaftliche Abtheilungen gebildet werden (gegenüber 30 Abtheilungen in Frankfurt a/M. 1896.). Die drei neuen Abtheilungen sind:

1) Abtheilung für Anthropologie und Ethnologie.

2) Abtheilung für Geodäsie und Kartographie.

3) Abtheilung für wissenschaftliche Photographie.

Die Nahrungsmittel-Untersuchung, die zuletzt mit der Hygiene verbunden war, wird in der Abtheilung für Agrikulturchemie berücksichtigt werden.

Für Mittwoch, den 22. September wird vorläufig eine gemeinsame Sitzung der naturwissenschaftlichen Abtheilungen unter Betheiligung eines Theiles der medicinischen geplant.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 116), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12.

Sonnabend, den 27. März.

1897.

Inhalt: Jonnesco, Ein neues Verfahren der Radikalbehandlung der Leistenhernien. (Original-Mittheilung.)

1) **Walter**, Bösartige Geschwülste. — 2) **Cornil und Poupet**, Hämatome. — 3) **Rapin**, Blutstillung. — 4) **d'Anna**, Abhäutung der Blutgefäße. — 5) **Jankau**, Skioskopie. — 6) **Dubreuilh und Bernard**, Lupus. — 7) **v. Bergmann**, 8) **Havelburg**, Lepra. — 9) **Bayer**, Trepanation. — 10) **Stacke**, Freilegung der Mittelohrräume. — 11) **Fronhöfer**, Gesichtsspalten. — 12) **Joél**, Neubildungen der Nasenhöhlen. — 13) **Ripault**, Empyem des Sinus maxillaris. — 14) **Le Dentu**, Leukoplasie und Epitheliom. — 15) **Guinard**, Aneurysma am Halse. — 16) **Brasch**, Syringomyelie und Trauma. — 17) **Calot**, Pott-scher Buckel.

Büdinger, Zur Methodik der Nephropexie. (Originalmittheilung.)

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 19) **Orlandi**, Streptokokkeninfektion. — 20) **Cornillon**, Trauma und Gicht. — 21) **Rasch**, 22) **Scheube**, Elephantiasis. — 23) **Briegler**, Lepra. — 24) **Kandaratski**, Gangraena spontanea. — 25) **Chipault**, Operationen bei Gehirnaffektionen. — 26) **Schwarz**, Hydrocephalocèle. — 27) **Grunert**, Hirnabscess. — 28) **Dahlgren**, Thrombose im Sinus transversus. — 29) **Monari**, Resektion des Ganglion Gasserii. — 30) **Moure**, Empyem des Sinus maxillaris. — 31) **Ders.**, Deformation der Nasenscheidewand. — 32) **Kocher**, Spastische Kiefersperre. — 33) **Baumgärtner**, Kieferankylose. — 34) **Janotka**, Nasenrachenstein. — 35) **Binder**, Zungenkrebs. — 36) **Parona**, Zur Chirurgie der Wirbelsäule. — 37) **Meudel**, Myxödem. — 38) **Berndt**, Basedow'sche Krankheit. — 39) **Scheller**, Brustschuss. — 40) **Grüneberg**, Gekrösgeschwulst.

Ein neues Verfahren der Radikalbehandlung der Leistenhernien.

Von

Prof. Dr. **Thomas Jonnesco** in Bukarest.

Seitdem Bassini die Wichtigkeit der Wiederherstellung der hinteren Leistenwand in der Radikalbehandlung der angeborenen und erworbenen Leistenhernien demonstriert hat, ist sein Verfahren von fast allen Chirurgen angenommen worden. Ich selbst habe dies Verfahren, mit manchen Veränderungen, in 52 Fällen mit einem sehr günstigen Resultat angewendet.

Was mich aber geleitet hat, sein Verfahren so zu modificiren, dass ein neues geschaffen wurde, war der Wunsch, den Leisten-

kanal und überhaupt den inneren Leistenring gänzlich zu beseitigen, welcher letztere zwar in dem Bassini'schen Verfahren verengert wird, doch aber durch sein Vorhandensein früher oder später ein Recidiv hervorrufen kann. Ich glaube also dadurch, dass ich den inneren Leistenring und den Kanal gänzlich beseitige, eine größere Verstärkung der Bauchwand an diesem Orte erzielen und einem Recidiv sicher vorbeugen zu können. Dieses Verfahren habe ich in 3 Fällen mit dem besten unmittelbaren Resultat ausgeführt. Vom späteren Resultat kann man annehmen, dass es besser sein wird als diejenigen anderer Verfahren, unter welchen dasjenige von Bassini als das beste zu bezeichnen ist.

Diese Idee, den Leistenkanal zu beseitigen, ist wohl nicht neu. Halsted versuchte den äußeren Leistenring zu verschließen und verlagert den Samenstrang zwischen den M. obliq. ext. und Haut. Wölfler zieht den Samenstrang durch die Linea alba zwischen den Mm. recti durch. Ich glaube aber, dass es ein Irrthum ist, sich vorwiegend mit dem äußeren Leistenring zu beschäftigen, und dass die wahre Ursache für ein Recidiv in der Schlaffheit der hinteren Wand und des inneren Ringes des Leistenkanals zu suchen ist.

Das neue von mir vorgeschlagene Verfahren besteht in Folgendem:

1) Der Hautschnitt wird parallel mit der Leistenbeuge gemacht in einer Länge von 10 cm, indem man 2 fingerbreit nach außen von der Spina pubis anfängt.

2) Durchschneidung der vorderen Leistenwand, Isolirung und Resektion des Bruchsackes. — Die vordere Leistenwand wird auf dem in den äußeren Leistenring eingeführten Zeigefinger durchschnitten; dieser Schnitt durchtrennt die Mm. obliq. ext., obliq. int. und transvers. Die so erhaltenen 2 Lappen werden durch 2 Pincetten fixirt. Hierauf zieht man den Bruchsack aus dem Hodensack hervor, indem man ihn aus seinen Nachbargeweben herauspräparirt eben so wie beim Bassini'schen Verfahren. Ich möchte nur erwähnen, dass es vortheilhafter ist, den Sack zu öffnen bevor er isolirt wird. Nachdem die Isolirung geschehen, wird der Bruchsackhals stark hervorgezogen, sehr hoch abgebunden, unter der Ligatur resecirt, worauf der Stumpf sich von selbst in den Bauch zurückzieht.

3) Verschließung des inneren Leistenringes und der hinteren Leistenwand. — Nachdem der Samenstrang gut isolirt worden, und bevor wir ihn unter das Peritoneum reponiren, versichern wir uns, ob der Leistenkanal in seiner ganzen Länge, bis nach außen vom inneren Leistenring, gespalten worden. Wenn nicht, wird das nachgeholt. Sobald wir den Samenstrang hervorziehen, bemerken wir eine kegelförmige Hervorstülpung, von der Fascia transversalis und dem Peritoneum gebildet, welche Hervorstülpung dem Niveau des inneren Leistenringes entspricht. Jetzt wird der Samenstrang unter das Peritoneum reponirt, über ihn legen wir mit der gebogenen Reverdin'schen Nadel die erste Etage der

Suturen durch Knopfnähte, wozu man geflochtene Seide oder Katgut gebraucht. Diese erste von außen begonnene Etage wird von der inneren Seite dem Poupart'schen Bande und der Aponeurose der *Mm. obliq. int. und transv.* gebildet. Die Nahtpunkte werden bis zum äußeren Leistenring geführt, d. h. bis zur *Spina pubis*, wo wir eine genügend weite Öffnung für den Durchgang des Samenstranges zurücklassen. Gewöhnlich soll diese Öffnung die Spitze des kleinen Fingers durchpassiren lassen.

4) Verödung des Leistenkanals und Verengung des äußeren Leistenringes. — Die zweite Etage, wieder durch Knopfnähte gebildet, beginnt von außen, indem wir die Muskelschicht der *Mm. obliq. int. und transvers.* mit dem Poupart'schen Bande vereinigen. Die Fäden durchdringen auch die untere Schicht, und so wird der Leistenkanal gänzlich geschlossen. Eine dritte Etage wird durch die Aponeurose des *M. obl. ext.* gebildet; hier gehen die Nähte auch durch die untere Schicht. Am inneren Theil, wo der *M. obl. int.* nicht mehr existirt, haben wir bloß 2 Etagen; wir vernähen also das Poupart'sche Band mit der Aponeurose des *M. obl. ext.* und wir führen die Nähte auch durch die hintere Wand. An der Stelle des äußeren Leistenringes vereinigen wir die beiden Pfeiler des *M. obl. ext.* mit der unteren Schicht und lassen eine Öffnung in Größe der unten gebildeten zurück.

Folglich haben wir durch diese 3 Nahtetagen einen vollständigen Verschluss des inneren Leistenringes und des Leistenkanals erzielt und eine in ihrer ganzen Länge widerstehende Bauchwand gebildet, indem das Narbengewebe, welches durch die Durchschneidung der Muskelschicht entsteht, eine größere Widerstandsfähigkeit ergiebt. Der Samenstrang zieht unter dem Peritoneum und dringt in den Hodensack durch einen kleinen fibrösen Kanal, der von 2 übereinander gelegten Ringen gebildet ist in der Höhe der *Spina pubis*, woselbst Hernien sich selten bilden.

5) Die Verschließung der Hautwunde wird auch durch 2 Etagen gebildet. Die erste tiefere mit Knopfnähten aus Katgut vereinigt das Unterhautbindegewebe und dringt auch durch die Aponeurose des *M. obl. ext.* Jede Knopfnabt wird so gebildet: Die armirte gebogene Reverdin'sche Nadel dringt zuerst unter die Haut eines Lappens ein, geht dann durch das Bindegewebe, ein wenig auch durch die Aponeurose des *M. obl. ext.*, dann durch das Bindegewebe des anderen Lappens und endlich unter die Haut. Diese tieferen Nähte haben den Zweck, einen leeren Raum unter der Haut zu beseitigen, in welchem sich Exsudate und Eiterungen bilden könnten, und den der Narbenverstärkung. Es folgt hierauf Zwischenhautnaht, wodurch man eine lineäre, fast unsichtbare Narbe erhält. Drainage ist unnütz. Der Verband soll antiseptisch und kompressiv sein, um Ergüsse im Hodensack hintanzuhalten, wozu ich einen doppelten Spicaverband mache, in welchen ich auch den Hodensack einschließe.

Nach 7—8 Tagen wird der Verband geöffnet. Heilung per primam.

Der einzige Unfall nach der Operation ist das Hämatom des Hodensackes, welches entweder einer Verwundung der Venae spermaticae, oder einer zu engen Verschließung des äußeren Leistenringes, oder endlich dem Druck des Verbandes auf den Leistenring, wodurch eine Cirkulationsstörung und Blutstauung im Hodensack eintritt, zuzuschreiben ist. Es genügt, die Möglichkeit einer solchen Eventualität zu kennen, um ihr vorzubeugen.

Ich schließe also mit der Bemerkung: a. Das Ideal einer Radikalheilung der Leistenhernien, zumeist der erworbenen, ist durch eine vollständige Verstärkung der Bauchwand zu erzielen, und dies bietet das oben beschriebene Verfahren; b. Dieses Verfahren verschließt den inneren Leistenring, beseitigt also hiermit einen der schwächsten Punkte der Bauchwand — eine gewöhnliche Ursache der Recidive; c. Dieses Verfahren wird schneller ausgeführt als dasjenige von Bassini und beseitigt die Schwierigkeiten des letzteren; denn Jedermann, der das Bassini'sche Verfahren ausgeführt hat, wird zugeben, dass es sehr schwierig ist, genau zu ermessen, welche Länge der hinteren Wand und welche Weite dem inneren Leistenring zu geben ist. Es ist in der That nicht selten, dass man entweder eine zu kurze hintere Leistenwand oder einen zu weiten oder zu engen Leistenring im Bassini'schen Verfahren entstehen sieht; d. Eine andere Unannehmlichkeit im Bassini'schen Verfahren ist, dass die vordere Leistenwand ausschließlich durch die Aponeurose des M. obl. ext. gebildet wird, welche Aponeurose nicht fähig ist, eine solide Narbe zu geben. Deshalb zog ich, als ich nach der Bassini'schen Methode operirte, immer die durchschnittenen M. M. obl. int. und transv. in die vordere Wand, die eine stärkere Narbe abgeben. Unleugbar hat auch in dieser Beziehung mein vorgeschlagenes Verfahren einen großen Vortheil; e. Die Furcht vor einer Erweiterung des zurückgelassenen Leistenringes und eines Recidivs kann nicht bestehen, da dieser Leistenring sowohl durch die hintere Wand, deren Gewebe eine große Neigung zur Vereinigung haben, wie auch durch die Pfeiler des M. obl. ext., die sich gegenseitig unterstützen, gebildet wird.

1) **M. Walter.** Über das multiple Auftreten primärer bösartiger Neoplasmen. Aus dem pathologischen Institut der Universität Rostock.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 1.)

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Erklärung des mehrfachen Auftretens bösartiger Neubildungen. Unter erschöpfender Benutzung der einschlägigen Litteratur hat Verf. ein großes Material gesammelt, welches er einer kritischen Beleuchtung unterwirft. Die Ursachen der multipel auftretenden Carcinome können verschiedene sein. Verf. stellte folgende Eintheilung auf:

1) Mehrfache, durch Krebszelleneinpflanzung entstandene Carcinome; dahin gehören die durch Aussaat entstehenden Krebsknoten im Bauchfell, die sogenannten Abklatschcarcinome an gegenüberliegenden Körperstellen in Darm, Magen, Vulva und Lippen, und die gelegentlich durch Operation eingepflanzten regionären Krebskrankungen.

2) Fälle von doppelseitigen Carcinomen in gleichartigen Organen, das sind also symmetrische Geschwülste, vor Allem an den Ovarien und weiblichen Brustdrüsen, welche aber durchaus nicht von derselben histologischen Struktur zu sein brauchen.

3) Mehrfache primäre Carcinome der Haut und des Magen-Darmkanals.

4) Mehrfache primäre Sarkome verschiedener Organe und 5. die Kombination verschiedenartiger Neubildungen in denselben Organen.

Allen diesen Abschnitten ist eine Besprechung der betreffenden Fälle aus der Litteratur und eigene Beobachtungen angefügt. Es würde hier zu weit führen, auf die interessanten kritischen Bemerkungen des Verf. näher einzugehen; ich beschränke mich daher auf die Mittheilung obiger Eintheilung und der Ergebnisse der Arbeit, wie sie am Schluss derselben zusammengefasst sind: »Die Multiplicität der Carcinome ist zurückzuführen

- a. auf Krebszellenimplantation,
- b. auf die Multiplicität der Reize,
- c. auf die Multiplicität der Geschwulstanlagen.

Die Kombination krebsiger Neubildungen mit anderen destruirenden Tumoren (Sarkom etc.) ist vorläufig nicht mit Sicherheit zu erklären und muss bis auf Weiteres als ein zufälliges Ereignis angesehen werden«.

Tschmarke (Magdeburg).

2) Cornil et Poupet. Des hématomes en général et des hématomes musculaires en particulier.

(Arch. des sciences méd. 1896. No. 6.)

Verff. hatten bei experimentellen Studien an Hunden über Gefäße die Bildung von subkutanen Hämatomen aus kleinen angeschnittenen Venen beobachtet und die Wandungen dieser Blutansammlungen einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Dessgleichen wurde die Wand zweier muskulärer Hämatome beim Menschen, deren eines 13 Jahre, deren anderes mehrere Monate bestanden hatte, untersucht. Es ergaben sich folgende Schlüsse: jedes Mal, wenn geronnenes Blut in Kontakt ist mit entzündetem Bindegewebe, dringen hypertrophische, proliferirende Zellen dieses Gewebes in dasselbe in großer Zahl ein, anastomosiren hier und bilden ein neues Bindegewebe. Die Bildung der Gefäße beginnt sofort. Die Wand des Hämatoms zeigt an der Oberfläche vaskularisirte Fleischwärzchen oder neues Bindegewebe in verschiedenen Stadien der Entwicklung. In den muskulären Hämatomen findet man außer einer Entzündung des Bindegewebes und Verdickung seiner Bündel

eine Proliferation der Zellen des Sarkolemmas. Diese dringen in die muskuläre Substanz der Primitivbündel ein, dissociiren dieselben und verwandeln sie in homogene Abschnitte mit Kernen in direkter Theilung. Nachdem diese Abschnitte ihre Streifung verloren haben, hyalin geworden und überschwemmt sind mit dem Protoplasma der proliferirten Sarkolemmzellen, bilden sie Riesenzellen mit einer großen Zahl sprossender Kerne oder mit einem einzigen Kern in Traubenform.

Borchard (Posen).

3) **O. Rapin.** Un nouveau procédé d'hémostase osseuse.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1896. No. 6.)

Verf. bediente sich bei einer Operation nach Kraske sogenannter Schuhnägel mit halbrundem Kopfe ↑ zur Blutstillung des durchschnittenen Kreuzbeines. Vor Anlegung der Naht wurden dieselben wieder entfernt. R. empfiehlt dieses Verfahren für Blutungen aus Knochengefäßen.

Kronacher (München).

4) **E. d'Anna.** Über die Abhäutung (= Ablösung der Gefäßscheide) der Blutgefäße.

(Policlinico 1896. Juni 1.)

Verf. will die Wirkungen, welche die Entblößung und Isolirung der Blutgefäße ausübt, illustriren. Unter strenger Antisepsis legte er bei Hunden ein größeres Blutgefäß frei und isolirte dasselbe völlig in der Länge von $\frac{1}{2}$ —3 cm. Nach nochmaliger Desinfektion Naht. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Stücke (meistens 4 Tage nach der Operation) führte zu folgenden Resultaten:

Eine sehr beschränkte Entblößung der Gefäßwandungen ($\frac{1}{2}$ cm) hat keine wahrnehmbare Wirkung; es kommt nur zu leichter Infiltration und Blutextravasat in der Adventitia. Nach ausgedehnteren Entblößungen (1 cm lang) kommt es zur Infiltration der Adventitia, zur Degeneration und Atrophie der Media. Das Endothel zeigt lebhaft Proliferation der Kerne, die jedoch nicht im ganzen Umfang der Intima besteht. Entsprechend dem abgehäuteten Gefäßstück existirt ein Coagulum in seiner leicht gedehnten Lichtung. Der Thrombus nimmt kaum $\frac{1}{3}$ der Lichtung ein. Nach Ablauf von 20 Tagen ist wieder Alles normal. Entblößungen von 2—3 cm machen mehr oder weniger Dehnung und Nekrose der Gefäßwände.

Es zeigt sich eine dichte Infiltration der Adventitia, so wie der Muscularis. Letztere ist an mehreren Stellen entschieden nekrotisch; diese Nekrose wächst mit der Ausdehnung des entblößten Stückes. Die Intima ist mehr oder weniger verschwunden; an anderen Stellen zeigt sich lebhaft Proliferation des Endothels. Die Gefäßlichtung ist erweitert; in ihr befindet sich ein Thrombus, der sie partiell versperrt. Wenn man Stücke von Blutgefäßen untersucht, bei welchen die Isolirung vor 10 oder 12 Tagen gemacht war, so sieht man, dass die Dilatation des Gefäßes größer ist als bei den am 4. Tage untersuchten Stücken.

Verf. erklärt sich dies Verhalten der Blutgefäße durch die Funktion der Vasa vasorum, die in der Gefäßscheide verlaufen und die Ernährung des Gefäßes besorgen. Wenn die Scheide nur in sehr geringem Umfang abgelöst wird, so genügt die Ernährung von der Nachbarschaft her, um einer Nekrose vorzubeugen. Wenn dagegen die Entblößung des Gefäßes etwas größer ist, so kommt es einerseits zu einer reaktiven Proliferation des Epithels, andererseits zu theilweiser Nekrose in Folge mangelhafter Ernährung; diese Nekrose geht aber sehr langsam vor sich. Die Mangelhaftigkeit der Ernährung führt zunächst zu einer Degeneration der Media, und diese lässt die Dilatation des Gefäßes entstehen; letztere beschleunigt wieder die Nekrose der Gefäßwand.

Eine noch viel augenscheinlichere Wirkung erhielt Verf., wenn er den isolirten Theil der Femoralis mit einem Fremdkörper (Goldschlägerhäutchen) umwickelte; der betreffende Hund starb nach wenigen Tagen an Hämorrhagie; bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich totale Nekrose aller Häute.

Verf. setzt das beschriebene Verhalten der Blutgefäße in Parallele zu dem Verhalten der Knochen gegenüber dem Periost (und dem des Hodens gegenüber der Tunica vaginalis). Er zieht aus seinen Beobachtungen die Lehre, dass man bei Operationen die Gefäßwände möglichst wenig der Entblößung aussetzen, also die Gefäßscheide möglichst schonen müsse.

H. Bartsch (Heidelberg).

5) L. Jankau. Weitere Mittheilungen über die Anwendung der Röntgen'schen Strahlen in der Medicin.

(Internat. photogr. Monatsschrift f. Med. u. Naturwissenschaften Bd. III. Hft. 7 u. 8. (Dr. P. Buchheim. Leipziger Röntgen-Atelier. Ibd. Hft. 10.)

Es wurde immer noch sehr nachtheilig empfunden, dass die Expositionszeit bei Röntgen-Aufnahmen eine für den Pat. zu lange Zeit beanspruchte. Es musste daher mit Freuden begrüßt werden, dass auch Moment- und sehr kurzzeitige Aufnahmen zu Stande kamen. Dr. Fomm (München) hat wohl die ersten derartigen Aufnahmen publicirt. Der Hamburger Elektrotechniker B. H. F. Müller hat die Hittorf'schen Röhren verbessert, und mit den so vervollkommeneten Apparaten hat Göhl im Hamburg-Eppendorfer Krankenhause Aufnahmen von Händen in Zeit von 5, ja 3 Sekunden gefertigt. Der Kahlbaum'sche Baryumplatin-Cyanürschirm, welcher die Bilder dem Auge auch ohne Photographie aufs Deutlichste direkt zeigt, so dass man, wie auch Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen kann, jeden Gelenkspalt etc. sehen kann, wird von J. treffend mit der Mattscheibe des photographischen Apparates verglichen. Wie Buchheim hervorhebt (bei Besprechung des neugeschaffenen Röntgen-Ateliers zu Leipzig), wird sich ja die Benutzung der Röntgen-Strahlen nach 2 Richtungen hin theilen: Die eine Aufgabe wird sein, mittels des Baryumschirmes die Kontouren der Körpergewebe dem Auge des Beschauers direkt sichtbar zu machen und so als Unterlage für einen

zu erhebenden Befund zu dienen, die andere, eben diese Dinge als Aktenstück photographisch festzulegen. Man wird, wie dies eben so beim Beginn des Mikroskopirens sich als nöthig herausstellte, zunächst möglichst oft und viel normale Gelenke etc. betrachten müssen, ehe man die Übung und Erfahrung sich erwirbt, einen Befund mit Sicherheit als pathologisch bezeichnen zu können.

Der Buchheim'schen Publikation liegt eine Röntgen-Photographie, Thorax eines 11jährigen gesunden Knaben, bei, die ein sehr schönes Schattenbild dieses Körpertheiles giebt und bei 35 cm Röhrenabstand und 30 Minuten Exposition hergestellt ist.

Nach Verbesserung der Hittorf'schen Röhren durch die Berliner Allgemeine Elektrizitätsgesellschaft gelang es, die Lage von Geschossen in der Schädelhöhle nachzuweisen (Eulenburg, Stechow). Dasselbe leisteten Schjerning und Kranzfelder für die Wirbelsäule. Ob und wie weit es möglich sein wird, die pathologischen Veränderungen der Lungen, der Leber und des Herzens photographisch festzulegen, steht noch in Frage; da diese Objekte sich in fortwährender Bewegung befinden, kann ein Photogramm nur die mittlere Lage annähernd wiedergeben. Zu Größenbestimmungen des Herzens, wenn dasselbe von geblähter Lunge überlagert ist, die rhythmischen Bewegungen von Herz und Leber zu direkter Anschauung zu bringen, leistet uns dagegen der Baryumschirm die besten Dienste.

Um Darmengen und Fistelgänge mittels der Röntgen-Strahlen nachzuweisen, hat sich W. Becker zuerst des in den Darmkanal, resp. in die Fisteln (an den Extremitäten) eingeführten flüssigen Quecksilbers bedient, nach ihm auch Kronberg diese »Kryptomerkmethode« studirt.

Die vollkommene Durchleuchtung des Beckens, die Sichtbarmachung des Fötus, die Festlegung pathologischer Processe am Hüftgelenk ist immer mehr gesichert. (Man wird, was forensisch wichtig ist und worauf ich hier, wohl als Erster, hinweisen möchte, Fälle zweifelhafter Gravidität klären können. D. Ref.)

Außer zu diesen diagnostischen Zwecken ist auch die Methode, wie nur der Vollkommenheit halber erwähnt sei, vor Allem zur Kontrolle der Heilungsergebnisse zu verwenden. Neudörfer hat versucht, mittels Röntgen-Strahlen die von ihm aufgestellte Theorie bezüglich der Bildung einer Nearthrose nach Resektion eines verletzten oder kranken Ellbogengelenkes zu beweisen. Viertel (Breslau).

6) W. Dubreuilh et Bernard. Traitement du lupus par les emplâtres à l'acide salicylique et la créosote.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 10.)

Die von Unna eingeführte Methode der Lupusbehandlung hat den Verff. ausgezeichnete Dienste geleistet. Sie wenden dieselbe an in Fällen, in denen ein chirurgischer Eingriff verweigert wird, und halten sie der Applikation von Sublimat, Kalium causticum und Arsenikpaste für überlegen. Sie ist wirksam in Fällen, wo die Knöt-

chen relativ oberflächlich liegen, weniger bei den tief gelegenen Knoten und der sklerosirten Form. Für diese Fälle empfehlen die Verff. vorgängige Schabung, Galvanokauterisation oder Skarifikation.

W. Sachs (Mülhausen i/E.)

7) A. v. Bergmann. Die Lepra.

Deutsche Chirurgie. Lfg. 10 b. Stuttgart, F. Enke, 1897. 112 S.

Das Erscheinen obigen Werkes muss gerade jetzt, wo das Aufflackern der Lepraseuche im Memeler Kreise das Interesse nicht nur der ärztlichen Welt, sondern auch des gebildeten Publikums Deutschlands erregt, ganz besonders willkommen geheißen werden. Fordert doch jene Thatsache, dass die von Osten andringende Seuche die deutsche Grenze überschritten hat, so wie die Möglichkeit der Übertragung der Lepra nach Deutschland durch aus kolonialen Territorien krank heimkehrende Auswanderer auch die deutschen Ärzte zu eingehenderem Studium dieser von ihnen bisher kaum mit mehr als theoretischem Interesse betrachteten Volksseuche auf! Und dazu giebt ihnen nun die von einem so hervorragenden Kenner derselben, wie es v. B. ist, geschriebene, alle Fragen sorgfältigst erörternde und durch eine Reihe vorzüglicher, von Dr. v. Reissner (Riga) herrührende Portraittafeln Leprakranker illustrierte Monographie die beste Gelegenheit; die anregende, von einem Zug echter Humanität durchwehte Darstellung wird jeden Leser fesseln.

Was die Anordnung des Stoffes in dem Werk anlangt, so giebt Verf. nach einer dem Litteraturverzeichnis folgenden kurzen Einleitung zunächst ein Bild von der geographischen Verbreitung und Geschichte der Lepra und zeigt hierin, dass nur da ein Stillstand und eine darauf folgende stetige Abnahme der Krankheitsausbreitung Platz greifen, wo eine einigermaßen der letzteren entsprechende Anzahl von Asylen in Thätigkeit ist und in steigender Progression die Kranken dem Zusammenleben mit den Gesunden entzieht. Schon diese Feststellung weist auf den kontagionistischen Standpunkt hin, den v. B. in dem Kapitel über die Ätiologie der Lepra gegenüber der Lehre von dem miasmatischen Charakter der Krankheit, von der Vererbung als Hauptursache mit überzeugenden, aus seinen früheren Arbeiten her bekannten (cf. d. Centralblatt 1892 p. 556) Gründen vertritt, wenn er auch nicht verabsäumt, die Lücke zu zeigen, welche in der Beweisführung für die Übertragbarkeit und in Bezug auf Art und Weg der Invasion der Krankheit noch nicht genügend ausgefüllt sind. — In dem 3. Kapitel werden dann weiter die durchschnittlich 3—5 Jahre betragende Dauer des Inkubations- und Prodromalstadiums, womit sich die auffallend scheinbare Immunität des Kindesalters gegenüber der Lepra erklärt, und die Merkmale dieser Periode festgestellt, unter Hervorhebung der Thatsache, dass man durch die Exstirpation des sogenannten initialen leprösen Infiltrates oder Knotens den Ausbruch der Allgemeinerscheinungen nicht hindern kann.

Nachdem v. B. im nächsten Abschnitt die Veränderungen, welche die

Lepra, sei es an der Körperoberfläche, sei es in den inneren Organen, zuwege bringt, eingehend geschildert, das wenige bisher über die Morphologie und die Lebensbedingungen des Leprabacillus Bekannte nebst den noch schwankenden Ansichten über die Natur der Leprazellen oder Globi und über die Verbreitung der Bacillen in den einzelnen Organen mitgetheilt, beschreibt er weiterhin das Krankheitsbild der Lepra tuberosa und nervosa, um schließlich die Diagnose gegenüber der Lues, Tuberkulose, verschiedenen Hautaffektionen und die Schwierigkeit der Abgrenzung gewisser Formen der Lepra von diesen und anderen Erkrankungen, namentlich der Syringomyelie, zu besprechen.

Den Schluss des Werkes bildet das Kapitel über die Behandlung der Krankheit, in welchem Verf. in erster Linie die unbedingte Nothwendigkeit der Isolirung der Leprösen betont und die dagegen erhobenen Bedenken durch die Mittheilung seiner in dem Riga'schen Leprosorium gemachten Erfahrungen und der dort, wie in Schweden und Norwegen, erzielten Erfolge zurückweist. Führen nun auch die weiteren Ausführungen v. B.'s über die bisher gegen die Lepra örtlich und allgemein angewandten Mittel zu der traurigen Erkenntnis, dass wir in der radikalen Heilung des Leidens es bisher nicht weiter gebracht haben als die Hunderte von Generationen, die sich vor uns darum bemüht, so lässt sich doch behaupten, dass die therapeutischen und sonstigen Maßnahmen es ermöglichen, die Leiden der Leprösen zu mildern und Komplikationen vorzubeugen und durch die physisch hebende und erziehende Fürsorge in den Leprosorien diese Anstalten zu wahren Heimstätten für diese aus der menschlichen Gesellschaft Ausgestoßenen zu machen. **Kramer** (Glogau).

8) **W. Havelburg.** Einige Bemerkungen zur Lepra, nach Erfahrungen aus dem Leprahospital zu Rio de Janeiro.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 46.)

In Anbetracht des in jüngster Zeit erwachten Interesses für die Lepraerkrankung erscheinen die Mittheilungen H.'s, welcher als Arzt des Leprasitals in Rio de Janeiro über zahlreiche Beobachtungen und Erfahrungen nach dieser Richtung verfügt, willkommen, wenn gleich sich diese mit solchen anderer Autoren nach mancher Richtung decken. Die Zahl der Leprakranken in Brasilien soll, günstig taxirt, gegen 3000 betragen, von denen die größere Hälfte das männliche Geschlecht stellt. Die Anzahl der Kranken im Leprasital zu Rio de Janeiro schwankt gegen 70, obwohl die Anstalt die 4fache Menge von Leprakranken unterbringen könnte. Die Erklärung dafür liegt darin, dass die gesetzlichen Handhaben von Seiten der Behörde selten gebraucht werden, und eine energische Isolirung von Leprabefallenen großen Schwierigkeiten begegnet bei der besonderen Auffassung von persönlicher Freiheit und der familiären Beziehungen von Seiten des Publikums. So kommt es, dass das Hospital hauptsächlich Schwerkranke oder solche beherbergt, welche in Folge der durch die Lepra

bedingten Verstümmelungen und Verunstaltungen einerseits erwerbsunfähig geworden sind, andererseits von den Mitmenschen gemieden werden. Leichtere Leprakranke sieht man auf der Straße, in öffentlichen Vergnügungsorten etc., ja selbst eine lepröse Prostituirte hat H. in unbeschränkter Freiheit gesehen. Das jüngste Kind, welches H. von Lepra befallen sah, war 4 Jahre alt, im Spital befinden sich Kranke im Alter von 10—72 Jahren, darunter 40% Weiber.

Das interessanteste Problem bei der Lepraforschung, die Züchtung des Leprabacillus, betrachtet H. bis zum heutigen Tage als noch nicht gelöst. Er selbst hat nach dieser Richtung die verschiedenartigsten Versuche vergeblich angestellt. Er ist der Überzeugung, dass die Krankheit keine hereditäre, sondern, nach den von anderen und ihm konstatierten Thatsachen, für die er mehrere Beispiele aufzählt, eine kontagiöse ist, wenngleich es bis jetzt noch nicht gelungen ist, mittels Impfung auf Thiere die Lepra zu erzeugen. — Bezüglich der Art und Weise, wie die Infektion zu Stande kommt, nimmt H. an, dass der Leprabacillus eine Reihe ungünstiger hygienischer Zustände voraussetzen scheint, um infektiös zu werden. Dafür sprechen die Thatsachen, dass der bei Weitem größte Theil der Leprakranken in den elendesten Verhältnissen lebt, der Pflege des Körpers, der Wäsche und Kleidung keine Aufmerksamkeit schenkt. Wenngleich behördlicherseits solchen schmutzigen Schlupfwinkeln eifrig nachgeforscht wird, so lassen sie sich doch nicht ausrotten in Anbetracht der für die Begriffe von Sauberkeit höchst indolenten Insassen. Aus derartigen Orten lässt sich in der größten Zahl der Fälle die Infektionsgelegenheit herleiten. Zu verkennen ist andererseits nicht, dass zur Infektion mit Lepra noch andere besondere Bedingungen nöthig sein müssen, die Infektiösität wie andere übertragbare Krankheiten hat sie eben nicht.

Zur Illustration der Inkubationsdauer der Lepra citirt H. 2 Fälle, in welchen bei Angehörigen der deutschen Nation, die lange unter den günstigsten Verhältnissen in Brasilien gelebt hatten und ohne Zeichen einer Erkrankung dieses Land verließen, sich die Krankheit nach $1\frac{1}{2}$ —beziehungsweise 2jährigem Aufenthalte in der Heimat manifestirte. H. spricht der Eintheilung der Leprafälle in tuberöse und maculo-anästhetische nach Hansen das Wort, wenngleich sie keine absolut strikte ist. Überall aber, wo Lepra vorkommt, hat man die erwähnten beiden Typen beobachtet. Zur Diagnose der Lepra, welche im Beginn Schwierigkeiten bieten kann, empfiehlt H. die Untersuchung eines Blutropfens, der mittels eines Nadelstiches in die verdächtigen Stellen gewonnen wird; mit diesem müssen, wenn es sich um eine lepröse Infektion handelt, schließlich einige Leprazellen und -Bacillen durch den Stichkanal nach außen gelangen und die zweifelhafte Diagnose bestätigen.

Die Todesursache der Leprösen ist verschieden. Neben einer ganzen Reihe von interkurrenten Krankheiten führen Folgezustände des leprösen Leidens den Tod herbei, so hartnäckige ausgedehnte

*

Unterschenkel- und Fußgeschwüre, das »mal perforant«, welches oft zu Gangrän führt, ferner zerfallene Leprome im Kehlkopf, die narbige Stenosen der Luftwege mit hochgradiger Dyspnoë bedingen. Abgesehen von solchen sekundären Erscheinungen bildet sich bei den Leprösen, deren Krankheitsdauer 5—20 Jahre und auch mehr betragen kann, eine Kachexie aus, die sich durch hochgradige Anämie und Atrophie des ganzen Organismus kennzeichnet. Überraschend häufig ist Lepra mit Tuberkulose verbunden, der die Leprösen schließlich erliegen.

Bezüglich der Therapie wurde von H. im Spital alles bisher bei Lepra Empfohlene versucht, ohne dass er irgend welche günstige Resultate aufzuweisen gehabt hätte. Er ist der Ansicht, dass es zur Zeit keine spezifische oder kausale Behandlung der Lepra giebt. Ohne ärztliches Zuthun sieht man bisweilen Leprome verschwinden, daher theilt H. die Ansicht Armauer Hansen's, welcher beide Formen der Lepra für heilbar hält. Bei der tuberkulösen Form ist dies allerdings ein sehr seltenes Ereignis, während es für die maculo-anästhetische die Regel ist. Die tuberösen Pat. sterben eben lange vor Ablauf des Leidens. Was aber nach der Heilung der Lepra übrig, ist zumeist ein bedauernswerthes Rudiment eines Menschen mit allerhand Verkrüppelungen und Defekten, welcher trotzdem ein hohes Alter ertragen kann. —

Außer der symptomatischen Behandlung, welche ja zum Wohle und zur Linderung der Leidenden Manches beizutragen vermag, wäre auf die prophylaktische Seite das Hauptaugenmerk zu richten, darin bestehend, dass die bisherige Ausbreitung dieser Krankheit durch den heutigen ausgedehnten Weltverkehr zu Wasser behindert werde. H. ist gern bereit, Kollegen, welche sich für Lepra interessieren, die jährlichen allerdings in portugiesischer Sprache verfassten Spitalsjahresberichte zukommen zu lassen. Gold (Bielitz).

9) **Bayer.** Zur primären Trepanation bei Schussverletzungen des Schädels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

Verf. stellt sich die Aufgabe, an der Hand der seit 1890 in Czerny's Klinik beobachteten Fälle von penetrirenden Schussverletzungen des Schädels die speciell auf dem Gebiete der Therapie, »auf dem die moderne Chirurgie der Einheitlichkeit in Auffassungen und Forderungen noch ziemlich fern ist«, aufzustellenden Maximen zu rechtfertigen. Von besonderem Interesse ist es ihm, Stellung zu nehmen zu den bekannten Thesen v. Bergmann's, denen er die Anschauungen mehrerer anderer Chirurgen gegenüberstellt. Aus den einzelnen Krankengeschichten angefügten epikritischen Bemerkungen ist zu entnehmen, dass B. im Gegensatz zu den konservativen Grundsätzen v. Bergmann's gegenüber den Schädelschusswunden, auch wenn keine Gehirnerscheinungen vorliegen, ein aktiveres Vorgehen für geboten erachtet. Wenn Ref. die Ausführungen des Verf.

richtig verstanden hat, so gilt in der Heidelberger Klinik die gründliche Desinfektion des Verletzungsherdes nach Freilegung und Glättung der Knochenwunde, Splitterextraktion, vorsichtiges Sondiren nach dem Geschoss und wenn möglich dessen Entfernung, eventuell unter Zuhilfenahme der primären Trepanation, als das Normalverfahren. Eine ausdrückliche präzise Zusammenfassung der für die Heidelberger Schule gültigen Grundsätze in Form positiver Thesen, wie sie wünschenswerth und nach der Einleitung zu erwarten gewesen wäre, hat Verf. leider nicht gegeben. Hofmeister (Tübingen).

10) L. Stacke. Die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung der Ohrmuschel als Radikaloperation etc.

Tübingen, F. Pletzker, 1897. 198 S.

Dass S. sich um die Einführung und Methodik der operativen Behandlung von Mittelohreiterungen große Verdienste erworben hat, ist, so weit dem Ref. bekannt, allgemein zugegeben; ob seine oder Zaufal's, Jansen's und Anderer Verdienste in der Sache größer geschätzt werden, wird trotz aller aktenmäßigen Feststellungen stets von der subjektiven Auffassung des einzelnen Beurtheilers abhängen. Darum sind die Reklamationen über Priorität und Werth der Stackeschen Methodik unnöthig und unnütz, und es ist Schade, dass sie in dem vorliegenden Werke einen so breiten Raum einnehmen, um so mehr, als ohne sie das viele Interessante und Lesenswerthe darin viel besser hervortreten würde. S. könnte auf solche Reklamationen ruhig verzichten, ohne dass die Anerkennung seiner Verdienste dabei Schaden litte.

Das I. Kapitel des Buches »Allgemeines« ist durch diese Besprechungen recht unübersichtlich geworden. Im II. »Indikationen« erklärt S. die Radikaloperation für indicirt »sobald die Diagnose der chronischen, sonst unheilbaren Eiterung des Kuppelraumes, des Aditus oder des Antrum feststeht«, und verlangt, dass die Entscheidung, ob eine sonst unheilbare Eiterung vorliegt, im Einzelfalle mit »kritischer Individualisirung und weiser Mäßigung getroffen werde«. Darin muss man S. unbedingt zustimmen, wie auch darin, dass oft dem Pat. die Entscheidung überlassen werden muss, ob operirt werden soll oder nicht. Dagegen hält Ref. S.'s Angabe, dass die Operation gänzlich ungefährlich sei (S. fügt freilich hieran »wenigstens nach meinen Erfahrungen«) für bedenklich: man muss doch vorläufig die freilich nicht großen Gefahren der Narkose in Rechnung ziehen, wenn nicht vitale Indikationen in Frage kommen. Wie oft »Caries« und die anderen von S. erwähnten Erkrankungen der oben genannten Mittelohrräume ohne Operation heute geheilt werden können, wissen wir noch gar nicht, und darin liegt, wie Ref. glaubt, die Hauptschwierigkeit der Indikationsstellung. Muss einmal narkotisirt

werden, so sollte nach Ansicht des Ref. (im Grunde scheint das auch die von S. zu sein) wo möglich von vorn herein die fast unbedingt erfolgreiche Radikaloperation und nicht erst die Excision der Gehörknöchelchen vom Gehörgang gemacht werden. Mit S. möchte auch Ref. lieber ein paar Radikaloperationen zu viel als eine zu wenig machen. — Die »pathologische Anatomie« (Kap. III) bringt nichts besonders Neues. — Kap. IV. »Operationsmethode« ist wohl das Wichtigste: S. schildert die Details, setzt dabei die feineren topographischen Verhältnisse als bekannt voraus. Vielleicht wäre ein Hinweis auf die Wichtigkeit dieser Kenntnisse am Platze gewesen; so selbstverständlich ihre Nothwendigkeit scheint, fehlen sie doch einer Menge von Operateuren. — S. ist im Princip gegen das Offenlassen einer großen Lücke im Warzenfortsatz; Ref. stimmt dem ganz bei und möchte solche »Löcher« nur im äußersten Nothfalle bestehen lassen; eine Erleichterung der Nachbehandlung bieten sie nur, wenn sehr weite und dann sehr entstellende Löcher offen bleiben, die auch sonst zu manchen Unzuträglichkeiten (Schmutzanhäufung!) führen. — Von größerem Interesse sind S.'s Erfahrungen über plastische Methoden, die aber im Original nachgesehen werden müssen. — Zu bemerken ist, dass S. bei der Entfernung kranken Knochens sehr gründlich vorgehen will und die Zuhilfenahme der elektromotorisch betriebenen Fraisen etc. anrath; Ref. hat sich von der Nothwendigkeit so gründlicher Ausräumung nie überzeugen können: der kranke Knochen soll ja nicht plombirt werden, sondern kann heilen! — Auch die Details im V. Kapitel »Nachbehandlung« lassen sich nicht gut referiren, sind aber sehr beachtenswerth: den Uneingeweihten könnte die vielfache, leider aber nicht ganz überflüssige Betonung der Nothwendigkeit strenger Asepsis befremden. Bemerken möchte Ref. nur, dass er mit Freuden erfährt, dass S. in manchen Fällen die Tamponade durch Pulvereinblasungen bei der Nachbehandlung ersetzt; Ref. verwendet fast in allen Fällen vom 10.—14. Tage ab keine Tamponade mehr; bei den oft nöthigen Ätzungen perhorrescirt S., wohl etwas übereifrig, die Chromsäure; bei richtiger Anwendung thut sie gewiss keinen Schaden. Ref. braucht sie fast regelmäßig und ist mit ihr sehr zufrieden, während ihm die von S. empfohlene Galvanokaustik zu umständlich und schmerzhaft ist. Dass bei richtiger Nachbehandlung Schmerzen, nachträgliche Auskratzungen u. dgl. fast ganz vermieden werden, kann Ref. nur unterschreiben, auch, dass die Nachbehandlung genau so schwierig und wichtig ist, wie die Operation selbst. In Kap. VI »Prognose« möchte Ref. auf S.'s Frage: »wer untersucht denn in jedem Falle vorher den Urin?« (bei Fall 5, der bald nach der Operation an Coma diabet. starb) antworten, dass leider vielleicht Jeder das einmal in einem Falle versäumt, dass die Unterlassung aber stets ein Fehler ist! — S.'s Resultate sind vorzüglich, von den 100 operirten Kranken sind 94 geheilt, 3 gestorben (an Komplikationen), 2 ausgeblieben, 1 ungeheilt; bei diesem glänzenden Resultat ist aber zu beachten, dass manche

andere, auch nicht »operationsscheue«, Ohrenärzte einige der von S. operirten Fälle wohl nicht operirt und vielleicht trotzdem geheilt hätten. — Die Lektüre des interessanten Werkes, an dessen Schluss die meist kurzen Krankengeschichten der operirten 100 Fälle wiedergegeben sind, sei Allen, die es angeht, bestens empfohlen.

Kümmel (Breslau).

11) E. Fronhöfer. Die Entstehung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in Folge amniotischer Adhäsionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 4.)

Verf. veröffentlicht aus der v. Bergmann'schen Klinik 4 Fälle von Missbildungen, welche gemeinsam in der Oberkiefergegend eine Spaltbildung zeigen, die sich theils als Lippen-, theils als Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, theils auch nur als partielle Gaumenspalte darstellt. Außerdem aber ist ihnen zum Theil eine gleichzeitige Missbildung in der Ohrgegend resp. des Ohres selbst gemeinschaftlich, bestehend in größeren oder kleineren Hautknöpfen. Nach Besprechung der entwicklungsgeschichtlichen Anatomie der Oberkiefer- und Zwischenkieferverhältnisse werden die Theorien der Ursache für die krankhafte Entwicklung selbst kritisirt und aus dem Material der chirurgischen Universitätspoliklinik an 5 Fällen bewiesen, dass die Hasenscharte erblich auftreten kann. Nach F.'s Ansicht sind die Erklärungsversuche von Meckel, Salzer, Biondi zu einseitig, weil sie die Quelle der Entwicklungsstörung nur bei dem Fötus selbst suchen; er hält Anomalien des Amnion bei diesen Missbildungen als Entstehungsursache für wesentlich, und zwar nimmt er eine direkte Zugwirkung amniotischer Fäden, der sogenannten Simonart'schen Bänder an, durch welche eine Vereinigung beider Seiten verhindert wird. Die übrigens auch schon von Virchow und Schulze bewiesene Coincidenz der Hasenscharte mit den oben geschilderten Aurikularanhängen veranlasst ihn zur Annahme, dass diese, welche nichts als Überbleibsel amniotischer Adhäsionen seien, durch direkten Zug die Vereinigung der knöchernen wie der weichen Bestandtheile des Oberkiefers verhinderten. Diese amniotischen Stränge können sich nach seiner Ansicht so weit zurückbilden, dass ihre Spuren gar nicht mehr zu sehen sind. Verf. darf diese Ansicht um so eher hegen, als bei einigen derartigen Fällen zu gleicher Zeit an den Extremitäten oder am Kopf andere Erscheinungen vorhanden waren, welche nur auf Wirkung amniotischer Bänder zurückzuführen sind. Der Umstand, dass die hereditären Fälle fast alle mütterlicherseits die Erblichkeit herleiten lassen, spricht augenscheinlich für pathologische Verhältnisse des Uterus. Für die geschilderte Theorie sprechen außerdem noch van Beneden's Forschungen von dem Verhältnis des Proamnion zum Amnion und die Thatsache, dass Oberkiefer und äußeres Ohr gleichen Schritt in der Entwicklung halten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

12) **E. Joél.** Die Neubildungen der Nasenhöhlen und des Nasen-Rachenraumes unter besonderer Berücksichtigung der gutartigen (mit Ausschluss der adenoiden Vegetationen).

(Klin. Vorträge a. d. Gebiete der Otologie und Pharyngorhinologie Bd. I. Hft. 12.)

Dem Plan der Vortragssammlung entsprechend, giebt J. wesentlich eine für den Allgemeinpraktiker bestimmte Zusammenfassung des über Nasengeschwülste bereits Bekannten. Den breitesten Raum nehmen naturgemäss die gewöhnlichen Nasenpolypen ein. J. schreibt im Anschluss an Grünwald den Emyemen der Nebenhöhlen und den Erkrankungen des Siebbeines eine große Bedeutung für deren Entstehung zu. (Ref. kann die Bemerkung hier nicht unterdrücken, dass er mit Hajek und vielen Anderen nur zugeben kann, dass Nebenhöhlenerkrankungen bei Polypen nicht besonders selten, und dass Polypen bei den ersteren recht häufig sind; und dass er in der größeren Zahl der Polypenfälle bei größter Aufmerksamkeit kein Nebenhöhlenempyem finden konnte.) J.'s Bemerkungen über Prognose und Symptomatologie kann man nur vollständig zustimmen. Bei der Therapie bezeichnet J. den Gebrauch der Zange als veraltet, irrationell und inhuman. Im Allgemeinen ist das gewiss recht; Ref., der selbst nie die Zange gebraucht hat, könnte sich doch denken, dass in gewissen Fällen mit ihr rationell und human operirt werden könnte: z. B. bei lang gestielten, großen solitären Polypen. Deren Fassen mit der Schlinge gehört oft zu den schwersten Kunststücken, kann mit der Zange ganz leicht sein! Von Seiten der Praktiker wird wenigstens hierzulande noch allermeistens mit der Zange operirt. Wenn das ohne Leitung durch das Auge geschieht, so ist es auch gewiss zu verwerfen. — Nur kurz besprochen sind die bösartigen Geschwülste; für die typischen Nasen-Rachenpolypen hätte Ref. gern eine etwas ausführlichere Darstellung gewünscht: ihre klinische Bedeutung ist doch recht erheblich, und dem Praktiker ist es nicht leicht, sich über die heute bei ihrer Behandlung gültigen Indikationen einen Überblick zu verschaffen. — Die wichtigsten Punkte sind aber bei allen Geschwulstformen in zweckmäßigster Kürze besprochen; eingehendere Studien werden durch das reichhaltige Litteraturverzeichnis sehr unterstützt werden.

Kümmel (Breslau).

13) **H. Ripault.** Le traitement des empyèmes du sinus maxillaire par l'ouverture large.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXII. p. 429.)

R. empfiehlt nach den Erfahrungen der Gouguenheim'schen Klinik die breite Eröffnung des Sinus maxill. dringend dann, wenn das Emyem nach Anbohrung der Höhle vom Proc. alveol. aus sich in irgend welcher Richtung hartnäckig zeigt; sehr häufig wird diese Operation auch dann nöthig, wenn im Eiter Streptokokken sich finden — solche Emyeme sind stets sehr hartnäckig —; ferner ist sie zu empfehlen, wenn die Kieferhöhle trotz fleißiger Behandlung bei

der Durchleuchtung dunkel bleibt, besonders aber dann, wenn bei akuterem Verlauf phlegmonöse Erscheinungen am orbitalen Bindegewebe oder an der Wange auftreten (Ref. möchte dazu noch als wichtige Indikation den Verdacht auf eine bösartige Neubildung hinzufügen). — Bei der Operation entfernt R. ein Stück von gut Quadratcentimetergröße und revidirt die Höhle mit elektrischer Stirnlampe; das Hauptgewicht legt er auf genaue Auskratzung der Höhle, die nach seiner Ansicht (Ref. muss dem sehr widersprechen) fast nie entbehrt werden kann; dann sorgfältige Ausspülung, Ausreiben mit Chlorzinklösung, Tamponade. Zur Vorsicht soll die Kanüle in der Öffnung des Proc. alveolaris liegen bleiben, oder diese Öffnung, wenn noch nicht vorhanden, gemacht werden. Tamponade nach 2, später 4 Tagen erneuert; eventuell, aber nur im Nothfall, Spülungen bei diesem Wechsel. — In einem Fall war der nachträgliche plastische Verschluss der weit gebliebenen Operationsöffnung nöthig. Definitive Heilung erfolgte bei der kleinen Zahl (6) von R.'s Beobachtungen in der Hälfte der Fälle (— also nicht gar zu glänzende Resultate! — Ref.)

Kümmel (Breslau).

14) Le Dentu. Des rapports de la leukokératose avec l'épithéliome.

(Revue de chir. 1896. No. 12.)

Die Arbeit bringt die Krankengeschichten und Beschreibung der mikroskopischen Bilder der von Verf. auf dem letzten französischen Chirurgenkongress (s. das Referat desselben in diesem Blatte) erwähnten neuen Beobachtungen von Epithéliome leucoplasique. Zur Ergänzung der von Le D. gezogenen Schlussfolgerungen, die in jenem Bericht bereits erwähnt worden sind, sei auf vorliegende ausführliche Abhandlung verwiesen.

Kramer (Glogau).

15) A. Guinard. Traitement des anévrysmes de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite.

(Ann. des malad. de l'oreille 1896. p. 393.)

G. hat seit 1892 6 mal die Methode von Brasdor, Unterbindung der rechten Carotis und Subclavia, ausgeführt und 2 Fälle davon bereits früher veröffentlichten lassen. Nur beim ersten der Fälle trat in Folge einer Hemiplegie der Tod am 5. Tage ein und war auf die Operation zurückzuführen. Die Hemiplegie, bezw. die nach G.'s Ansicht sie verschuldende centrifugale Thrombose der Carotis und ihrer sämtlichen Verästelungen erfolgt nach G. nur dann, wenn die linke Carotis nicht ihre normale Weite hat; ist sie von normalem Umfang, so geht der Thrombus nicht über die Abgangsstelle der rechten Carotis ext. hinaus. In dem tödlich verlaufenen Fall fehlte Pulsation in den Ästen der linken Car. ext.; solche Fälle sind von der genannten Operation also auszuschließen. — Ob die nicht so seltene Verengung der linken Carotis als Ursache oder Folge

eines Aneurysmas der rechten Carotis anzusehen ist, wagt G. nicht zu entscheiden. — Andere üble Ereignisse hat G. bei der fraglichen Operation nie gesehen: speciell hat der starke Seidenfaden, den er für die Unterbindung verwendet, auch in nächster Nähe des Aneurysmasackes applicirt, nie durchgeschnitten. — G. giebt, ohne nähere Zahlen, an, dass diese Operation bei den Aneurysmen der Aorta asc., des Truncus anonym., der Subclavia und der Carotis comm. bedeutende Besserung und selbst Heilung herbeiführt; selbst ein der Perforation nahes Aortenaneurysma wurde durch sie noch wesentlich verkleinert. In einem ausführlich berichteten Fall von Aneurysma der Anonyma schwanden die Athembeschwerden nach der Operation völlig: am 15. Tage ganz leichte Sprachstörung, die aber bei der Entlassung am 17. Tage bereits geschwunden war. G. führt diese letztere auf einen geringen Grad von Verengerung der linken Carotis zurück und glaubt, dass bei früherer Operation kein solcher Zufall eingetreten wäre. Radialpuls fehlt in dem rechten Arm dauernd, die Extremität ist etwas atrophisch, was wegen der erhaltenen faradischen Erregbarkeit auf eine durch rheumatische Gelenkaffektion bedingte Reflexamyotrophie zurückgeführt wird (? Ref.).

Kümmel (Breslau).

16) M. Brasch. Syringomyelie und Trauma.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1897. No. 4.)

Unter Zusammenstellung der bekannteren Fälle von Rückenmarkserkrankungen, welche eventuell auf ein peripheres Trauma zurückzuführen sind, hält B. das Bindeglied der ascendirenden Neuritis in keinem Fall für erwiesen. Bei manchen Unfällen darf eine indirekte Einwirkung des Traumas auf das Rückenmark nicht vergessen werden, wie z. B. beim Fall auf das Gesäß. Für die durch ein Trauma lokalisirte progressive Muskelatrophie möchte B. annehmen, dass bereits ein erkranktes trophisches Centrum vorlag, und dass die durch das Trauma bedingte Kumulirung von Schädlichkeiten die entsprechende Lokalisation der Erkrankung bedinge.

Bähr (Hannover).

17) M. Calot. Des moyens de guérir la bosse du mal de Pott.

(France méd. 1896. No. 52.)

In veralteten ganz schweren Fällen empfiehlt C. die Vornahme einer keilförmigen Resektion der Wirbelsäule zur völligen Beseitigung der Deformität. Zwei auf diese Weise behandelte Pat. wurden geheilt. Für die leichteren Formen genügt ein starker Druck auf die Prominenz bei gleichzeitiger, von 4 Assistenten ausgeführter Extension, um die Wirbelsäule vollständig zu strecken; eventuell müssen die Proc. spinosi vorher abgetragen werden. Noch vor dem Erwachen aus der Narkose soll ein vom Kopf bis zum Becken reichendes Gipskorsett angelegt werden. Die Erfolge an 35 auf diese Weise behandelten Pat. sollen sehr zufriedenstellend gewesen sein.

König (Wiesbaden).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Methodik der Nephropexie.

Von

Privatdoc. Dr. Konrad Bädinger,

Vorstand des k. k. St. Rochus-Spitals in Wien.

In No. 7 der »Wiener med. Wochenschrift« l. J. berichtet Prof. Obalinski über 2 von ihm ausgeführte Nephropexien und fügt dann den theoretischen Vorschlag bei, die Anfrischung der Nierenkapsel in einer H-förmigen Figur vorzunehmen. Diesen Gedanken habe ich im Verlauf des vergangenen Sommers bereits ausgeführt, den Fall aber nicht veröffentlicht, weil er mir als bisher einzelne derartige Erfahrung kein genügendes allgemeines Interesse darzubieten schien, und ich überdies eine möglichst lange Beobachtungsdauer für erwünscht hielt.

Nun scheint es mir aber für die Lebensfähigkeit der Methode ein nicht ungünstiges Zeichen zu sein, dass sie im Verlauf eines Jahres 2mal an verschiedenen Orten das Licht der Welt erblickt hat, und ich sehe hierin eine Rechtfertigung der nachfolgenden Beschreibung der Operation.

Th. K., 40 Jahre alt, Handarbeiterin, wurde am 30. Juni 1896 aufgenommen. Aus der sehr complicirten Anamnese sei hier nur erwähnt, dass Pat. im Alter von 32 Jahren an Magenbeschwerden und Erbrechen erkrankte, welche etwa 8 Wochen anhielten. Dieselben Erscheinungen traten in den folgenden Jahren zu wiederholten Malen auf, wurden aber im Verlauf der letzten 2 Jahre immer häufiger; dazu gesellten sich sehr heftige Kreusschmerzen, so dass Pat. oft gezwungen war, das Spital aufzusuchen. Vor einem Jahre wurde im Kaiserin-Elisabeth-Spital die rechtsseitige Wanderniere entdeckt, und der Pat. angerathen, eine Binde zu tragen, jedoch besserten sich durch dieselbe die Beschwerden nicht, sondern nahmen so sehr zu, dass die Frau vollkommen arbeitsunfähig wurde.

Bei der Aufnahme der sehr abgemagerten Pat. erbrach dieselbe in kurzen Intervallen große Mengen einer schleimigen, grün gefärbten Flüssigkeit und klagte über äußerst heftige Schmerzen im Bauch und Kreuz. Der Bauch war weich, aber überall empfindlich, besonders stark in der Coecalgegend, wo die Niere sehr deutlich als leicht verschiebbarer, bei stärkerem Druck excessiv schmerzhafter Tumor zu fühlen war. Sie lag mit dem Hilus nach aufwärts und etwas nach innen gerichtet und ließ sich weit nach innen und oben dislociren. Daher wurden die Erscheinungen auf sogenannte Nierenkoliken in Folge von Wanderniere zurückgeführt und am 2. Juli zur Operation geschritten. Das Erbrechen und die Schmerzen hatten sich bis dahin nicht vermindert. (Dauer der Operation 25 Minuten.) In der Lende erhöhte linke Seitenlage, Simon'scher Schnitt. Nach Durchtrennung der Weichtheile machte es bedeutende Schwierigkeiten, die Niere zu finden, welche ganz tief in der Darmbeingrube lag. Ihre Capsula adiposa ist beinahe ganz verschwunden, das Organ lässt sich leicht vor die Wunde ziehen. Nach Abdrängen der Reste der Fettkapsel werden nun an der Konvexität 2 mit einander parallele, etwa 2 cm von einander entfernte Schnitte durch die Capsula propria geführt, welche die beiden oberen Drittel der Niere durchlaufen und in ihrer Mitte durch einen Querschnitt verbunden werden, so dass daraus eine H-förmige Figur entsteht. Nun werden die beiden Lappen, welche dieses H bilden, also an ihrer Basis mit der Capsula propria zusammenhängen, zurückpräparirt, so dass jetzt die Niere an 2 Bändern gehalten werden kann, die aus der Substanz der Kapsel bestehen, und ein 6×2 cm großes Stück des Nierenparenchyms bloßliegt. Diese Bänder werden oben und unten durch 2 zu diesem Zweck nahe bei der Muskelwunde und hinter derselben angelegte Öffnungen (stumpf mit der Kornzange hergestellt) gezogen, angespannt und an der oberflächlichen Fascie mit einigen Nähten fixirt. Dann wird das innere, dem Peritoneum aufliegende Fascienblatt vorgesogen und dicht unter dem unteren Nierenpol an die Muskulatur vernäht. Versenkte Muskel- und Fasciennähte, fortlaufende Hautnaht. Zu erwähnen wäre noch, dass sich das Nierenbecken nicht erweitert fand, die Substanz nicht

hyperämisch war, trotzdem während des Anfalles operirt wurde, so dass mindestens für diesen Fall Landau's Erklärung für die Entstehung der Attacken bei Wandernieren nicht zutrifft.

Am 2. Tage nach der Operation hörte das Erbrechen auf, die Wunde heilte per primam, nach 3 Wochen stand Pat. auf. Sie blieb Behufs Beobachtung längere Zeit im Spital, klagte nur etwas über geringe Empfindlichkeit der jungen Hautnarbe beim Binden der Rösche und wurde am 6. September 1896 entlassen. Leider wurden mir 2 briefliche Anfragen als unbestellbar zurückgestellt, so dass ich seit Oktober, wo die Niere an ihrem Platz fixirt gefunden wurde, keine Angaben über das Endresultat machen kann. Jedenfalls wäre dies nur in technischer Beziehung von besonderem Interesse, da der kurative Erfolg bez. der Beschwerden für die Beurtheilung der Methode nicht maßgebend ist. Der Zweck dieser Methode ist: 1) Durch Verwendung von lebendem und mit der Niere organisch verbundenem Gewebe zur Fixation den Gebrauch der tiefen Nähte, welche Theile des Parenchyms zur Atrophie führen, zu vermeiden. 2) Die Gefahren dieser tiefen Nähte bei vorkommender Infektion zu umgehen. 3) Durch Annäherung des tiefen, medialen Blattes der Fascia retrorenalis den Hohlraum zu verschließen, in welchen die Niere sinken kann. 4) Durch breite Bloßlegung des Parenchyms die Entstehung von Adhäsionen zu begünstigen.

18) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

83. Sitzung am 14. December 1896 im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Rose.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Benda Präparate, die von Kranken stammen, welche im Leben die Zeichen innerer Einklemmung darboten und kurz nach der Aufnahme ins Krankenhaus Am Urban verstorben waren.

Im 1. Falle handelte es sich um eine doppelseitige Leistenhernie mit Einklemmungserscheinungen; beide Hernien waren indess leicht reponibel. Bei der Sektion fand sich, dass die Einklemmung eine innere war; am Colon ascendens fand sich eine abnorme Bauchfelltasche, die durch Verwachsungen zwischen Coecum und Colon ascendens entstanden war; darin fand sich ein Theil des Coecum und des Colon ascendens; das Coecum war gangränös.

Im 2. Falle — kräftiges Individuum, das schnell an Ileuserscheinungen zu Grunde ging — fand sich das ganze Konvolut der Därme hämorrhagisch infiltrirt, mit Zeichen beginnender Nekrose. Coecum und Colon ascendens waren verlagert, und zwar in der linken Bauchseite. Die gesammten Dünndarmschlingen waren zwischen die Blätter des Mesocolon aus der Bauchhöhle aus- und durch den Recessus retrocoecalis wieder eingetreten, so dass hier eigentlich eine Hernie mit 2 Bruchpforten bestand.

B. glaubt die Ursache für diese abnormen Verhältnisse in schweren entwicklungsgeschichtlichen Störungen finden zu müssen.

Herr Körte fügt zu den geschilderten anatomischen Befunden die Schilderung der klinischen Erscheinungen: Der 1. Fall betraf einen alten Mann, der mit den Erscheinungen bereits bestehender Peritonitis eingeliefert wurde; er hatte 2 große Leistenhernien, die aber nicht eingeklemmt waren. Eine Ursache für die Peritonitis weder objektiv zu erkennen noch aus der Anamnese zu finden; bei dem schlechten Allgemeinzustand war eine Operation ausgeschlossen. Der andere Pat. wurde moribund eingeliefert, starb wenige Stunden nach der Aufnahme.

K. hat 4 Fälle von innerer Einklemmung (retroperitoneale Hernien) operirt, die alle 4 genasen. 1mal handelte es sich um Einklemmung im Recessus retrocoecalis, 2mal um Einklemmung, die hervorgerufen wurde durch starkes Vortreten der Bauchfelltaschen, welche zwischen den Liggg. vesicalia medium und lat. liegen, 1mal um Einklemmung in einer abnormen Bauchfelltasche an der Radix mesenterii. Es geht daraus hervor, welche Wichtigkeit die Bildung derartiger Taschen nicht bloß in anatomischer, sondern auch in klinischer Hinsicht haben.

Herr Rose: Bei alten Pat., an denen die Sectio alta oder auch nur die Punctio vesicae vollzogen wurde, gelingt es oft nicht oder nur außerordentlich mühsam, die Fistel zu schließen.

R. bekam einen Pat. in Behandlung, der an Prostatahypertrophie und häufiger Retentio urinae litt. Katheterismus misslang, eben so die Urethrotomia externa wegen einer impermeablen (fadenförmigen) Striktur. Es wurde daher die Cystotomia gemacht, bei der man wahrnehmen konnte, dass die Prostata in Größe einer Haselnuss in das Blasenlumen vorragte. Da es nicht gelingen wollte, die Cystotomiewunde (Fistel) zu schließen, nahm R. die Kastration vor, die einen außerordentlich günstigen Erfolg hatte.

Die Prostata verkleinerte sich derart, dass sie bei der Nachuntersuchung mit dem Katheter nicht zu finden war. Freilich geht die Verkleinerung ganz allmählich vor sich. — Cystitis bildet nach R. keine Kontraindikation zur Vornahme der Kastration.

Vorstellung eines kranken Kindes, bei dem im Jahre 1891 wegen Vereiterung des Fußgelenkes die Resektion desselben nach Mikulicz gemacht worden war. Das Kind lernte laufen, trat aber nicht mit der Fußspitze, sondern mit der Ferse auf.

Danach berichtet R. über ein anderes von ihm operirtes Kind, das an einem Defekt der Fibula, des Calcaneus, mehrerer Zehen litt; die Tibia war rechtwinklig geknickt, mit 11 cm Verkürzung, der Gang war außerordentlich schlecht.

R. machte eine Osteotomie der Tibia, frischte das untere Ende an und pflanzte es auf den Proc. posterior des Talus. Der Gang wurde besser, das Kind benutzt aber das Lisfranc'sche Gelenk, das wieder außerordentlich beweglich wurde, und nicht das Großzehengelenk. — Eine Röntgen'sche Photographie belehrte R., dass die Knochen dort eine mangelhafte Stellung zu einander einnehmen, und dass die Tibia nicht gerade geworden — sei es in Folge von Muskelzug oder mangelhafter Knochenbildung.

Über Misshandlung durch Nackenstöße.

Ein kräftig entwickelter Junge wurde schwer somnolent, mit Fieber und hochgradigem Opisthotonus, Erbrechen, ins Krankenhaus Bethanien eingeliefert. Die Ursache waren Misshandlungen (Nackenstöße), welche dem Pat. seitens seiner Kameraden beigebracht waren, und an die sich die Erkrankung angeschlossen hatte. Die Differentialdiagnose konnte schwanken zwischen Meningitis ab ictu, Tuberkulose, Fraktur oder Luxation — freilich fanden sich für keine dieser Krankheiten spezifische Kennzeichen. Der Knabe magerte kolossal ab, wurde aber schließlich unter Behandlung mit Eisblase, großen Dosen von Kalomel etc. völlig gesund, nachdem er noch eine Intermittens überstanden hatte.

Vor Jahren hat R. einen Kranken in Zürich behandelt, der, im Zuchthaus, über fortdauernden Kopfschmerz klagte; es wurde einmal von dem Anstaltsarzte aus einer kleinen mit einer Kruste bedeckten Kopfwunde, die er erweiterte, ein Sequester und ein Nagelstück herausgezogen. Der Mann hatte sich dasselbe in selbstmörderischer Absicht in den Schädel geschlagen.

R. sah später bei einem kräftigen, ganz plötzlich verstorbenen Manne eine Nähnadel im Herzbeutel stecken. Letzterer war prall gefüllt und hatte in Folge der Spannung den Herzschlag unterdrückt. Es ließ sich eine ganz kleine Einstichöffnung nachweisen, die Nadel war wahrscheinlich durch die Kleider (Rock) hineingelangt.

Ein 7jähriges Kind einer Polin wurde unter der Diagnose Typhus eingeliefert, Anamnese nicht zu eruiren. Keine Roseola, keine Milzschwellung. Es lag meistens mit angezogenen Beinen auf der Seite im Bett, Fieber über 40°, Tod unter Lungenerscheinungen. Es fand sich hypostatische Pneumonie, sonst (an Darm, Milz, Gehirn) keine krankhaften Veränderungen.

Im Rückenmarkskanal fand sich Eiter und im 10. Brustwirbel, bis ins

Rückenmark vorragend, eine gewöhnliche feine Nadel, die äußerlich nicht sichtbar gewesen war.

R. rügt die Unsitte der Wäscherinnen und Schneiderinnen, Kleider oder Wäsche, um sie glatt zu legen, mit Nadeln fest zu stecken — eine Art Berufskrankheit.

Studien über die substernale Verengung der Luftröhre.

R. hatte im Jahre 1876 Gelegenheit, einen Kranken zu beobachten, der, längere Zeit in der inneren Abtheilung vorbehandelt, wegen Erstickungsanfällen, für die eine Ursache nicht aufzufinden war, operirt werden musste. Mittels des Kehlkopfspiegels hatte man angeblich bis zur Bifurkation sehen können. R. machte die »tiefste« Tracheotomie, die Kanüle stieß auf ein Hindernis, auch ein Katheter überwand dasselbe nicht. Am nächsten Tage Tod. Bei der Sektion fanden sich dicht neben der Trachea 2 Lymphome, welche ohne Durchbruch eine Erweichung der Trachea herbeigeführt hatten, so dass dieselbe zusammenklappte.

R. wusste damals nicht, ob er in einen Bronchus gekommen war oder nicht; er bedauert den Mangel an einem geeigneten Instrument, das die Untersuchung ermöglicht, ohne Erstickungsanfälle bei dem Pat. hervorzurufen. Die Königsche Spiralkanüle ist für solche Fälle ungeeignet, sie ist zerbrechlich und giebt zu wenig Luft; dasselbe gilt von der Gänsegurgel, die außerdem leicht verschluckt werden kann, was R. beobachtet hat.

R. hat eine Sondenkanüle konstruirt, die am offenen Ende einen Querbügel hat, um den Sporn der Bronchienheilung zu fühlen — dieselbe hat sich gut bewährt.

In einem Falle alter Lues fand R. eine so hochgradige Striktur, dass er erst eine Spaltung mit dem geknöpften Messer vornehmen und senkrecht darauf noch 2 Querschnitte machen musste, um die Kanüle einführen zu können.

Herr Jebens stellt einen Fall von Uterus duplex infraconjunctus s. bicornis vor. Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass Pat., die 54 Jahre alt und ledig war, wegen hochgradigen Ascites und Dyspnoë in der Landau'schen Klinik probelaparotomirt worden war, wobei man sich überzeigte, dass es sich um einen inoperablen Ovarialtumor handle. Pat. wurde nach Entleerung des Ascites als gebessert entlassen, suchte aber bald darauf wegen Wiederkehr ihrer Beschwerden das Krankenhaus Bethanien auf. Dasselbst, in der inneren Abtheilung, nahm man mit Rücksicht auf Anamnese und Kräftezustand von jedem Eingriff Abstand und behandelte die Pat. rein symptomatisch. Sie starb bald darauf.

Die Sektion ergab reichlich sanguinolenten Ascites, multiple Tumoren verschiedener Größe am Peritoneum und Netz, einen kindskopfgroßen, zum Theil cystischen Ovarialtumor, Hymen intakt, Vagina duplex, Portio duplex, Uterus duplex infraconjunctus. Jeder Uterus von der Größe eines Uterus gravidus im 3. Monat, fibromyomatös degenerirt.

Die Höhlen durch die Myome zu mehr oder minder engen Spalten von gewundener Form reducirt, in der linken Cervix kleine längliche Polypen. Linke Tube sondirbar, linke Fimbrie und Ovarium normal. Rechte Tube nach oben und medianwärts geschlagen, an dem erwähnten (kindskopfgroßen) Ovarialkystom mit deutlicher Fimbrie endigend.

Tumor 950 g schwer, größtentheils massiv, an der Peripherie cystisch.

Mikroskopische Diagnose: Papilläres Kystom.

Sarfert (Berlin).

19) Orlandi. Contributo allo studio anatomo-patologico e sperimentale dell' infezione streptococcica.

(Gazz. med. di Torino 1896. No. 43.)

3 Fälle außergewöhnlicher Streptokokkeninfektion.

1) Klinisch: kryptogenetische Sepsämie; anatomisch: Neubildung der Nebennieren, bestehend aus einer entzündlichen Zellinfiltration, die sich in geringerem

Grade auch in die Gefäße, das Perineurium, das subdorsale Gewebe der Medulla und den linken Ileopectus verbreitete, verursacht durch Streptokokkensephthämie mit hämorrhagischem Charakter.

2) Klinisch: multiple Muskelabscesse; Pyämie. — Thrombose der Milz und der rechten Nierenarterien mit Infarkt- und Nekrosenbildung in Folge Periarteriitis durch Streptokokken.

In beiden Fällen waren letztere spärlich; O. hebt hervor, dass vorwiegend die Wirkung ihrer Toxine Schuld an den vorgefundenen Veränderungen war, während im 3. Falle umgekehrt eine massenhafte Streptokokkeninvasion stattgefunden hatte.

3) Myositis mit hämorrhagischem Charakter nach einem Erysipel des Armes und der Wange und allgemeine Streptokokkensephthämie.

Weiter werden Versuche mitgeteilt, durch fortgesetzte Injektion virulenter Kulturen eine Eselin gegen Streptokokken zu immunisiren. Es gelang allerdings, es so weit zu bringen, dass das Thier ziemliche Dosen vertrug, und die Anfangs starke fieberhafte Reaktion verschwand; dann erlag die Eselin einem allzustarken, zum Zweck der Serumgewinnung ausgeführten Aderlass. Das Serum verzögerte bei Kaninchen den Tod durch Streptokokkeninfektion, bei einem schweren Erysipel beim Menschen blieb es erfolglos. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

20) **Cornillon** (Vichy). Influence du traumatisme sur l'apparition de la goutte.

(Progrès méd. 1897. No. 1.)

C. berichtet über 3 Fälle seiner Praxis, in denen an ein Trauma, wie Konusion oder Luxation, sich sofort oder nach mehreren Monaten resp. Jahren ein Gichtanfall anschloss, der in dem betroffenen Gliede, aber meist nicht an der Stelle des Traumas beginnend, sich öfters wiederholte. Er glaubt annehmen zu dürfen, dass durch das Trauma bisher latente Gicht zu Tage getreten, gleichsam der verhüllende Schleier zerrissen sei. Die Traumen selbst waren reaktionslos geheilt. **Roesing** (Hamburg).

21) **C. Rasch**. Ein Fall von monströser Elephantiasis aus den Tropen. (Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 49.)

Der Fall betraf eine Siamesin in mittleren Jahren mit hochgradiger, geradezu monströser Elephantiasis beider Arme und Hände, welche beträchtlich verlängert und verbreitert erschienen, so dass die Hände mit den Fingern, deren Differenzierung nur schwer möglich ist, die Gestalt eines plumpen Kreuzes zeigten. Nur der kleine Finger der rechten Hand weist vollkommen normale Dimensionen auf und ist in keiner Weise krankhaft verändert. Die der Publikation beigegebene gute Abbildung nach einer Photographie illustriert übrigens die Verhältnisse besser als jede Beschreibung. — Kopf, Gesicht, Rumpf und untere Extremitäten sind frei von elephantiasischer Erkrankung. Die durch die Erkrankung bedingte Funktionsstörung der oberen Extremitäten wurde überdies durch eine Fraktur des linken Vorderarmes gesteigert.

Die Einwanderung von Filarien in die Lymphbahnen, welche in der Ätiologie der in den Tropen endemischen Elephantiasis eine große Rolle spielt, nimmt R. auch als die Ursache der Erkrankung in seinem Falle an. **Gold** (Bielitz).

22) **B. Scheube**. Bemerkung zu Rasch's Aufsatz: »Ein Fall von monströser Elephantiasis aus den Tropen« in No. 49 1896 der Berliner klin. Wochenschrift.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 1.)

Auf Grund einer in seinem Besitze befindlichen Photographie, welche mit der Abbildung im Rasch'schen Aufsatz identisch ist, konstatiert S., dass er den von Rasch publicirten Fall im Jahre 1889 in Bangkok zu sehen und zu untersuchen Gelegenheit hatte. Die Rasch'sche Auffassung desselben als Elephantiasis stellt S. als irrig hin. Die Geschwulstmasse fühlte sich bei der damaligen Untersuchung S.'s so an, als ob sie aus Fettgewebe bestände, die Haut über derselben zeigte

normale Beschaffenheit. Von einer Fraktur des Armes konnte S. damals nichts nachweisen. Veränderungen, wie sie der vorliegende Fall darbietet, Verschmelzung der Finger, werden nach Verf. nie durch Elephantiasis hervorgerufen. Im Übrigen waren diese Verunstaltungen unter Versicherungen der Kranken angeboren, angeborene Filaria-Elephantiasis kommt aber nach S.'s Wissen nicht vor. Er stellt den Fall als eine angeborene Missbildung hin, wie solche in Siam speciell auffallend häufige Erscheinungen sind. **Gold (Bielitz).**

23) Brieger. Klinische Beobachtungen an zwei Leprösen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 50.)

Der 1. Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen, welches seinen Geburtsort Mel-nenhagen (Deutschland) nie verlassen hat und seit 11 Jahren mit Lepra behaftet ist. Ein Bruder von ihr leidet gleichfalls an vorgeschrittener tuberöser Lepra, eine Schwester der Kranken befindet sich im Anfangsstadium derselben. Die übrigen Familienglieder sind gesund. Auf welche Weise die Krankheit in die Familie hineingetragen wurde, ist nicht zu eruiert gewesen. Besonders auffallend ist bei der Kranken das massenhafte Vorhandensein von Knoten, welche sich über den ganzen Körper, stellenweise symmetrisch angeordnet, ausgebreitet haben. Auch die Nerven sind stark mit betheilt, besonders die der Extremitäten, deren Tast- und Wärmesinn fast ganz erloschen ist. Der Process schritt trotz aller Therapie unaufhaltsam vorwärts. Leprome am weichen Gaumen und am Kehlkopf behinderten die Respiration derart, dass die Tracheotomie vorgenommen werden musste, seit welcher Pat. eine Kanüle trägt. Zu dem verschlimmerten Krankheitsbild gesellte sich im weiteren Verlauf eine von Zeit zu Zeit in ihrer Intensität schwankende Albuminurie; in solchen Perioden bietet die Psyche der Kranken Veränderungen dar, welche sich in Nahrungsverweigerung, Verwirrtheit, Hallucinationen und religiösen Wahnvorstellungen äußern. Der Umstand, dass auch diese Erscheinungen hinsichtlich ihrer Intensität und ihres Auftretens Schwankungen unterworfen sind, lässt B. annehmen, dass es sich hier nicht um jene im Gefolge der Lepra beobachteten Psychosen handelt, sondern um die bereits von Hagen und ihm beschriebenen eigenthümlichen psychischen Störungen, welche mit einer transitorischen urämischen Intoxikation in Verbindung zu setzen sind. Die Therapie erwies sich auch in diesem Falle übereinstimmend mit anderen Autoren als vollständig machtlos. Andererseits fordert die Hoffnung, dass die Behandlung der Lepra, bei genauer Kenntnis der Lebensverhältnisse des Leprabacillus außerhalb des Organismus, von Erfolg gekrönt werden könnte, dazu auf, die Versuche der Leprabacillenzüchtung immer und immer wieder von Neuem aufzunehmen und die bisher noch ungünstigen Übertragungsversuche auf Thiere fortzusetzen. Stoffwechseluntersuchungen, welche an B.'s Pat. vorgenommen wurden, zeigten eine erhebliche Vermehrung der Ätherschwefelsäuren. B. zählt demnach die Lepra zu den von ihm als Fäulniskrankheiten bezeichneten Infektionskrankheiten, wie Diphtherie, Scharlach, Gesichtsröthe, Pyämie, von dem Gesichtspunkte aus, dass auch hier in Folge abnormer putriden Umsetzungen eine größere Menge von Fäulnisprodukten gebildet wird als bei anderen Infektionskrankheiten.

Der 2. Fall zeigt ein verhältnismäßig frühes Stadium der Lepra, der darum für die Diagnostik sehr interessant und wichtig ist, als hier die Knötchenbildung fehlt. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ließ Leprabacillen erkennen. Im Übrigen zeigte der Kranke, welcher in der holländischen Kolonialarmee als Lazarettgehilfe viel mit Leprösen in Berührung kam, im weiteren Verlauf die für die Lepra pathognomonischen Symptome (Facies leonina, Cilienausfall etc.).

Gold (Bielitz).

24) M. F. Kandaratski. Über Gangränä angiosclerotica s. spontanea s. senilis.

(Annalen der russischen Chirurgie 1896. Hft. 6.)

Der 32jährige Pat. dient seit seinem 13. Jahre als Wasserschöpfer auf einer Wolgabarke und muss im Winter oft, im Wasser stehend, Eis von der Barke ab-

schlagen. Er war immer kerngesund. Im Sommer 1891 traten Schmerzen und Kältegefühl in den Füßen, zuerst links, auf; später wurden sie rechts stärker. Im Herbst 1893 verletzte er sich beim Fallen den rechten Fuß, es trat Gangrän an der 5. Zehe auf, die die übrigen Zehen, dann auch den Fuß ergriff. Am 29. November Amputation des Unterschenkels im oberen Drittel. Gangrän der Wundränder und der Sägefläche, Heilung per granulationem. Im Januar 1894 Gangrän der 2. Zehe am linken Fuß, die aber nicht weiter ging und im Juni nach Abstoßen der Zehe ausheilte. Darauf nach und nach Schwund der Schmerzen und der Kälte. April 1895: keine Schmerzen; links fehlt der Puls bis in die Poplitea hinauf; die Femoralis pulsirt beiderseits normal. Mikroskopischer Befund: Endarteriitis et Endophlebitis obliterans. Die Lichtung ist durch fibrilläres Bindegewebe ausgefüllt, in dem Zellen kreisförmig angeordnet sich finden; im Centrum dieser Zellgruppen finden sich später neue Gefäßlichtungen; ferner finden sich in dem Bindegewebe Haufen von Blutpigment, doch nur in älteren Stadien; in Anfangsstadien sieht man nur Zellenanhäufung. In den Venen fanden sich ähnliche Veränderungen, nur ohne Blutpigment und mit weniger Zellen. Hinter den Klappen fand K. Thromben, in die von der Gefäßwand die Intimazellen hineinwuchern. Aus diesen Befunden zieht K. den Schluss, dass in den Arterien zuerst Endarteriitis auftritt, und nach und nach bilden sich im Bindegewebepfropfen neue Gefäße; in den Venen beginnt der Process mit Thrombose (in Folge verlangsamter Cirkulation), und erst später tritt Bindegewebe auf. Wenn die Neubildung der Gefäße nicht zu lange dauert, so kann die Gangrän sich begrenzen oder ganz ausbleiben; Traumen und andere Ursachen, die an die geringe Cirkulation zu große Ansprüche stellen, begünstigen das Entstehen der Gangrän. Den weiteren Gang der Krankheit sieht K. in einem Falle Studenski's (Gangræna senilis bei einem 79 jährigen Manne), der bis jetzt wenig beachtet wurde (Botkin's klin. Zeitung 1882. No. 1—2, russ.). In diesem Falle fand Studenski in der Gefäßlichtung derbfaseriges Bindegewebe, die Elastica fehlt, das Bindegewebe steht mit der Adventitia in direkter Verbindung; beide haben gemeinsame Gefäße. Zwischen Media und Adventitia liegen an vielen Stellen Kalkplatten, die den Bau von Knochenlamellen zeigen (spinnenförmige Zellen). Im centralen Bindegewebe findet sich ein Netz von feinen Kapillaren. — Das Endstadium des Processes ist also Arteriosklerose mit Schwund der Zellen im obturirenden Bindegewebe und Ablagerung von Kalksalzen. — Was die Krankheitsursache betrifft, so war bei K.'s Pat. weder Syphilis noch Alkoholismus, noch ein anderer Grund außer den häufigen Erkältungen (also häufige Gefäßdilatationen) zu finden. Da die meisten Fälle von Gangrän in Russland beobachtet werden, so sieht K. in dieser Einwirkung feuchter Kälte die Hauptursache des Leidens. Als beste Behandlung bezeichnet er möglichsten Konservatismus (auch im Operiren). Nach der Ätiologie möchte er die Krankheit Gangræna angiosclerotica nennen, da die Namen G. senilis s. spontanea bloß den klinischen, nicht den anatomischen Verlauf charakterisiren. — 6 Zeichnungen veranschaulichen den mikroskopischen Befund.

S. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

25) **Chipault.** Interventions décompressives dans les affections non-traumatiques et non microcéphaliques de l'encéphale.

(Indépendance méd. 1896. No. 43.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die er an der Salpêtrière bei Gehirnaffektionen mit Palliativoperationen gemacht hat. In der Absicht, eine Verminderung des intracraniellen Druckes herbeizuführen, machte er in 5 Fällen ausgedehnte Schädelresektionen, in 19 die Lumbalpunktion.

Bezüglich der Technik sei erwähnt, dass er die Trepanation ausführt, indem er mit der Trepankrone ein Loch anlegt und dieses dann mit dem Pince-trépan von Farabeuf auf die gewünschte Größe von 10—15 cm im Quadrat bringt. Die Dura eröffnet er nicht, da auch ohne dies die Druckentlastung eine ausgiebige sei. (Einmal beobachtete er bei uneröffneter Dura einen kinderfaustgroßen Hirnvorfall.)

Die Lumbalpunktion führt C., um die Cauda equina zu schonen, sehr tief, d. h. zwischen letztem Lenden- und erstem Kreuzbeinwirbel aus.

Die Ventrikelpunktion wird als außerordentlich gefährlich verworfen.

C. hat einen Todesfall zu verzeichnen, der 5 Stunden nach einer Trepanation eintrat.

Wegen Gehirngeschwülsten wurden 3 Resektionen ausgeführt. 1 Todesfall. 2 anhaltende Besserungen. 2 Lumbalpunktionen, hiervon eine ohne, die andere mit vorübergehendem Erfolg.

Bei kongenitalem Hydrocephalus wurde in 4 Fällen die Lumbalpunktion gemacht, bei 3 Kindern ohne jedes Resultat, bei einem jungen Manne mit geringgradigem Hydrocephalus — der im Alter von 18 Jahren an Verschlimmerungen mit Anfällen von tiefem Stumpfsinn und Kopfschmerz litt — mehrfach mit so gutem Erfolg, dass derselbe jedes Mal nach der Punktion für eine Zeit seine Beschäftigung wieder aufnehmen konnte.

8 Meningitiden wurden operirt. Von 2 Schädelresektionen (bei tuberkulöser Meningitis) erzielte die eine keinen, die andere einen vorübergehenden Erfolg. 5 Lumbalpunktionen: 3 tuberkulöse Meningitiden blieben ohne Besserung, bei 2 Fällen vonluetischer Meningitis schwanden die Drucksymptome schnell.

4 Lumbalpunktionen bei allgemeiner Paralyse waren ohne jeden Einfluss; 3 bei essentieller Epilepsie brachten 1mal keine, 1mal geringe und 1mal wesentliche Besserung.

E. Martin (Köln).

26) K. Schwarz (Agram). Operation von Hydrocephalocele.

(Liečnicki viestnik 1897. No. 1.)

Der Fall bietet in so fern Interesse, als S. zur Deckung des Defektes eine Celluloidplatte nahm, welche mit einigen Nähten an das umgrenzende Periost befestigt wurde, ein Vorgang, welcher bei diesen angeborenen Defekten bisher noch nicht eingeschlagen wurde. Die Platte liegt seit Ende November v. J. und ist gut eingeeilt.

J. Čačović (Agram).

27) C. Grunert. Ein Beitrag zur operativen Behandlung des otogenen Hirnabscesses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 52.)

Seitdem Schede und Schwartz vor etwa 10 Jahren die ersten otogenen Hirnabscesse mit Erfolg operirt hatten, verfügt die Litteratur über die ansehnliche Kasuistik von etwa 100 solcher erfolgreich operirter Abscesse. Im Großen und Ganzen erscheint die Prognose der chirurgischen Behandlung der otogenen Hirnabscesse als eine noch wenig erfreuliche. Der Grund dafür liegt einerseits darin, dass diese Abscesse nicht selten (20%) multipel auftreten, andererseits in der Schwierigkeit einer rechtzeitigen Diagnose. Wird doch der Abscess in manchen Fällen als zufälliger Sektionsbefund konstatiert. In einer Anzahl anderer Fälle sind die Symptome zu spärlich, oft auch vorübergehender Natur und so für die Diagnose nicht zu verwerthen. Abgesehen davon, dass mitunter der Operateur erst zu einer Zeit gerufen wird, wo naturgemäß keine Aussicht mehr vorhanden war, das Leben zu erhalten, werden nach wie vor selbst in den günstigen Fällen klinischer Beobachtung diagnostische Irrthümer unterlaufen, sobald der Hirnabscess mit anderen intracraniellen Affektionen, wie Meningitis, Sinusthrombose, Epiduralabscess compliciert ist.

Verf. berichtet nun in ausführlicher Krankengeschichte über einen klaren und reinen Fall, bei welchem er Gelegenheit hatte, das Bild des otogenen Schläfenlappenabscesses sich immer deutlicher entwickeln zu sehen, so dass er die strikte Diagnose stellen konnte, deren Richtigkeit auch der operative Eingriff bestätigte. Es handelte sich um einen 23jährigen Kranken, welcher wegen eines zerfallenen Ohrcholesteatoms Behufs Freilegung der Mittelohrräume operirt wurde. Der ganze Verlauf nach diesem Eingriff ließ bald den Verdacht aufkommen, dass ein intracranielles Leiden vorhanden sein müsse. Die ständige Klage des Pat. über diffusen Kopfschmerz, die später auftretende Somnolenz bei nahezu normalen

Temperaturen, die Veränderungen in der Stimmung, Vergesslichkeit, Sopor, hartnäckigste Obstipation in Verbindung mit anderen gastrischen Erscheinungen, wie Appetitlosigkeit, Abmagerung, Einbuße des Körpergewichtes, Pulsverlangsamung, schließlich deutliche Hemiparese und Hemianästhesie der dem kranken Ohr entgegengesetzten Seite berechtigten zur Diagnose des otogenen Schläfelappenabscesses. Es wurde nun auf den Schläfelappen trepanirt und nach Einstich in das Gehirn mit breitem Messer in der That etwa 30 cem fötider Eiter entleert. Drainage. Heilung, nicht nur des Abscesses, sondern auch der chronischen Ohr-eiterung, welche auch jetzt nach 7½ Monaten anhält. Gold (Bielitz).

28) **K. Dahlgren.** Drei mit Erfolg operirte Fälle von Thrombose im Sinus transversus nach Otitis media.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 3.)

Verf. beginnt mit einem Überblick über die Entwicklung operativer Eingriffe bei Sinusthrombose, bei der man zuerst Trepanation des Processus mastoideus, dann Incision des Sinus mit oder ohne Unterbindung der Vena jugularis interna erprobte. Er tritt für gleichzeitige Unterbindung des Gefäßes ein, namentlich auf Körner's neueste Statistik gestützt. Besonders empfehlenswerth erscheint ihm, die Unterbindung vor Ausräumung des Sinus vorzunehmen, um Verschleppung infektiösen Materials zu vermeiden. Es folgen 3 Fälle, bei denen das geschilderte Verfahren, Ausräumung des Blutleiters nach vorheriger Unterbindung der V. jugularis interna, selbst bei progredienter Pyämie Heilung gebracht hat. D. rath, die Wunde am Halse erst zu tamponiren und sekundär zu nähen, da man sie leicht bei der Operation nach Aufmeißelung des eitrigen Antrum inficiren, andererseits auch leicht eine endogene Infektion durch pyämische Zustände entstehen könnte,

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

29) **Monari.** Ein Fall von Resektion des Gasser'schen Ganglions.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

M. resecirte bei einem 55jährigen Manne die dem 2. und 3. Trigeminusast entsprechenden Theile des Ganglion Gasseri mit dem Messer. Durch dieses Verfahren will er der Verletzung des Sinus cavernosus so wie den trophischen Störungen am Auge vorbeugen (Gefahren, welche übrigens, nach den Erfahrungen Krause's zu urtheilen, überhaupt nicht so groß sind, als man a priori glauben möchte. Ref.). Zur Freilegung des Ganglion hat Verf. den temporalen Weg gewählt in einer Weise, welche mit der von Doyen geübten Methode fast identisch ist. Die Art. meningea media konnte erhalten werden. Glatte Heilung in 12 Tagen. — Die mikroskopische Untersuchung des in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Ganglionstückes ergab keinerlei pathologischen Befund.

Hofmeister (Tübingen).

30) **E. J. Moure.** Empyème du sinus maxillaire chez les enfants.

Travaux de la clin. des mal. du larynx etc. Bordeaux et Paris, 1896.

31) **Derselbe.** Pathogénie et traitement des déviations et épérons de la cloison du nez.

(Ibid.)

1) M. giebt eine Beobachtung von Rudeaux — Empyem der Kieferhöhle bei einem 3wöchentlichen Kinde — und eine von Greidenberg — dasselbe bei einem 3wöchentlichen Kinde — ausführlich wieder und lenkt damit die Aufmerksamkeit auf diese im frühen Alter offenbar äußerst seltene oder wenigstens selten beobachtete Erkrankung. Beide Fälle verliefen klinisch fast gleichartig: entzündliche Schwellung um das Auge der erkrankten Seite, unter erheblichem Fieber, war das erste auffallende Symptom; fast gleichzeitig wurde der vorzeitige Durchbruch eines sehr hinfalligen Zahnes in der Eckzahngegend bemerkt. Hier dann auch eine stärkere Schwellung der Oberkiefergegend, bei Druck auf diese Eiterausfluss aus der Nase. Im 1. Falle erfolgte ein Durchbruch nach der Sub-orbitalgegend; die Fistel wurde erweitert, aus der Kieferhöhle, in die sie führte,

wurden mehrere Sequester entleert, die Eiterung kam aber erst zur Heilung durch die 6 Wochen nach Beginn der Behandlung ausgeführte breite Eröffnung der Kieferhöhle. — Im 2. Falle vertikaler Einschnitt durch die am stärksten geschwollene Hautpartie über der Fossa canina, Auskratzen der Kieferhöhle von da aus; bald noch ein weiterer Einschnitt nöthig. Auch hier wurden zahlreiche kleine Sequester entleert, die Heilung erfolgte in etwa 2 Monaten dauernd.

Gegenüber diesen extrem seltenen Fällen stehen langsamer verlaufende Empyeme, die sich besonders nach dem 7. Lebensjahre entwickeln. Für diese giebt M. eine eigene Beobachtung ausführlicher, hat außerdem noch mehrere Fälle gesehen. Er macht darauf aufmerksam, dass man, wenn man den Sinus maxillaris in diesem Alter von einer Alveole aus eröffnen will, sich wegen der abweichenden Lage der Zähne nicht zu weit nach hinten zu halten hat, und dass man einen bleibenden Backzahn ausziehen muss, um nicht an dem hinter dem Milchzahn im Kiefer steckenden bleibenden die Eröffnung der Höhle scheitern zu sehen. Nach erfolgter Eröffnung muss man einen künstlichen Zahn in die Lücke einfügen, damit diese nicht alsbald durch Einrücken der anderen Zähne geschlossen wird.

Die Durchleuchtung ließ M. als diagnostisches Hilfsmittel in diesem Alter völlig im Stich. —

2) Bei jungen Kindern (bis 11 Jahre) kommen Deformationen des Septums nur in Form von Verlagerungen mit partieller Verdickung vor; besonders der vordere untere Abschnitt des Septums wird durch Traumen leicht aus seinem Fals herausgeworfen. In diesen einfachen Fällen thut die bruske oder allmähliche Zurückführung des dislocirten Septumtheiles in die alte Lage manchmal bei sorgsamer, langer Nachbehandlung gute Dienste. Ist aber außerdem der verrenkte Septumtheil geknickt und verdickt, so genügt das einfache Redressement nicht; man soll aber nichts vom Septum in diesem Lebensalter, wo die Hauptentwicklung der Nase noch erfolgen soll, opfern, da äußerlich sichtbare Deformationen erfolgen können und die Luftpassage oft nur vorübergehend frei wird. M. zieht abwartende Behandlung mit Dilatatorien u. dgl. bis zum 11. oder 12. Jahre vor.

Ref. möchte für die Fälle von Empyemen bei Kindern den Versuch einer Behandlung von der Nase aus empfehlen, um nicht gesunde Zähne zu opfern, hat aber bisher darin keine Erfahrungen sammeln können. Für die Behandlung der Septumknickungen mit Verdickung an den Bruchstellen hat sich in ein paar Fällen ein tiefer Schnitt in die beiden Knickungslinien als zweckmäßig erwiesen: danach war dann die gewaltsame Geraderichtung leichter und ließ sich bei langer Nachbehandlung auch dauernd erhalten. Die Schnitte sind, da meist nur der Knorpel gebrochen ist, in der Regel ohne Weiteres ausführbar, und wenn sie wirklich in der ganzen Knickungslinie geführt werden, ist auch die Geraderichtung ganz leicht. Freilich haben die Fragmente im Laufe der Entwicklung sehr große Neigung, die alte Lage wieder einzunehmen: doch ist ein Rückfall in die alte Nasenverengerung, wie M. mit Recht hervorhebt, auch nach dem meist geübten einfachen Abschneiden der vorspringenden Partie im Kindesalter, und selbst später, gar nicht selten.

Kümmel (Breslau).

32) Th. Kocher. Traitement chirurgical de la constriction spasmodique des mâchoires.

(Semaine méd. 1896. No. 62.)

K. theilt unter der Form einer klinischen Besprechung einen Fall von spastischer Kiefersperre mit, der sowohl durch den ganzen Krankheitsverlauf, als auch wegen der dabei angewendeten Operationsmethode bemerkenswerth ist.

Die bis dahin gesunde 21jährige Pat. erkrankte plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, an Kiefersperre, die sich in Halbnarkose löste, um nach dem Erwachen gleich wiederzukehren. Suggestivbehandlung blieb erfolglos. Die operative Entfernung erst des einen, dann des anderen Meniscus, ferner mehrfache Behandlung mit Mundspeculum und Holzkeil hatten jeweiligen vorübergehenden Erfolg, waren aber stets nach einigen Wochen oder Monaten von Recidiv gefolgt. Schließlich

entschloss sich K., je eine Insertion der sämtlichen Kaumuskeln abzulösen. Von einem hinter dem Kieferwinkel geführten 5 cm langen Schnitt aus wurde mit Schonung des Facialis der aufsteigende Kieferast freigelegt und mit einem Raspatorium außen der Masseter, innen der Pterygoideus internus abgelöst. Dasselbe geschah mit dem M. temporalis von einem senkrecht vom vorderen Ende des Jochbogens aufsteigenden Schnitt. Der Erfolg dieser Operation war vorzüglich, indem die Kiefersperre völlig verschwand. Die Kaubewegungen konnten schon wenige Tage nach der Operation wieder ausgeführt werden. 6 Jahre nach der Operation trat jedoch wieder ein leichtes Recidiv auf, das vorläufig mit einfacher Dilatation in Narkose behandelt wurde. Es sei bemerkt, dass Le Dentu einige Monate später, unabhängig von K., dasselbe Verfahren am Masseter und Pterygoideus internus zur Ausführung brachte, und zwar bei einem Fall von narbiger Kieferklemme mit sekundärer Myositis.

K. bespricht nach Mittheilung dieses Falles die Pathogenese der spastischen Kiefersperre und scheidet dieselbe, wenigstens für gewisse Fälle, von der Hysterie ab, indem er sie, wie den spastischen Torticollis und den Facialiskrampf, als idiopathische spastische Neurose bezeichnet. Die Analogie des Kieferkrampfes mit dem Halsmuskelerkrankung geht nicht nur aus dem klinischen Bilde, sondern auch aus dem Erfolg der Behandlung hervor. Bei beiden Affektionen wirkt die Muskeldurchtrennung beruhigend auf die lokal überreife Hirnrinde ein, und zwar wahrscheinlich dadurch, dass in dem sich nicht nur ohne mechanischen Effekt, sondern auch ohne Widerstand kontrahirenden Muskel das Muskelgefühl völlig desorientirt wird, und das Centralorgan dem zufolge keine Möglichkeit mehr hat, seine Anstrengungen zu bemessen. In Folge dieses centripetalen Einflusses nehmen die vom Centrum ausgehenden Reize ab, und der Krampf beruhigt sich. Die Muskeldurchtrennung wirkt also nach K. nicht nur palliativ, sondern auch kurativ.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

33) Baumgärtner. Über die wahre Ankylose des Kiefergelenks und ihre operative Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1.)

In 2 Fällen von wahrer Kiefergelenksankylose hat Kraske das König'sche Verfahren dahin modificirt, dass er den Horizontalschnitt um den oberen Ansatz der Ohrmuschel herum (mit Unterbindung der Art. temp.) nach hinten verlängerte, und dadurch unter Ablösung der Ohrmuschel das Operationsfeld entschieden übersichtlicher machte.

Das funktionelle Resultat war in 1 Falle zufriedenstellend, im anderen wurde es durch eine langwierige Eiterung, welche ein dislocirter Zahnkeim verursachte, beeinträchtigt.

B. legt das Hauptgewicht auf die Entfernung eines möglichst großen Stückes vom Gelenkfortsatz, während er der von Helferich empfohlenen Muskelinterposition den ihr vom Autor zugeschriebenen Werth nicht beimesen will.

Hofmeister (Tübingen).

34) Janotka (Prag). Rhinopharyngolith.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 38.)

Aus dem Nasen-Rachenraum eines 9 Jahre alten Knaben, der an chronischer Pyorrhoea nasalis mit völliger Behinderung der Nasenathmung litt, extrahirte J. eine Geschwulst. Dieselbe erwies sich als ein Nasenstein, welcher sich um einen Fingerhut gebildet hatte. Letzterer war dem Kinde während des 1. Lebensjahres in den Nasen-Rachenraum gerathen.

Grissom (Hamburg).

35) Binder. Über 40 Fälle von Zungencarcinom, ihre Behandlung und Endresultate.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

Die vorliegende Statistik umfasst das Material der Krönlein'schen Klinik aus den Jahren 1881—95, doch sind nur die Carcinome inbegriffen, welche, primär

wurden mehrere Sequester entleert, die Eiterung kam aber erst zur Heilung durch die 6 Wochen nach Beginn der Behandlung ausgeführte breite Eröffnung der Kieferhöhle. — Im 2. Falle vertikaler Einschnitt durch die am stärksten geschwollene Hautpartie über der Fossa canina, Auskratzung der Kieferhöhle von da aus; bald noch ein weiterer Einschnitt nöthig. Auch hier wurden zahlreiche kleine Sequester entleert, die Heilung erfolgte in etwa 2 Monaten dauernd.

Gegenüber diesen extrem seltenen Fällen stehen langsamer verlaufende Empyeme, die sich besonders nach dem 7. Lebensjahre entwickeln. Für diese giebt M. eine eigene Beobachtung ausführlicher, hat außerdem noch mehrere Fälle gesehen. Er macht darauf aufmerksam, dass man, wenn man den Sinus maxillaris in diesem Alter von einer Alveole aus eröffnen will, sich wegen der abweichenden Lage der Zähne nicht zu weit nach hinten zu halten hat, und dass man einen bleibenden Backzahn ausziehen muss, um nicht an dem hinter dem Milchzahn im Kiefer steckenden bleibenden die Eröffnung der Höhle scheitern zu sehen. Nach erfolgter Eröffnung muss man einen künstlichen Zahn in die Lücke einfügen, damit diese nicht alsbald durch Einrücken der anderen Zähne geschlossen wird.

Die Durchleuchtung ließ M. als diagnostisches Hilfsmittel in diesem Alter völlig im Stich. —

2) Bei jungen Kindern (bis 11 Jahre) kommen Deformationen des Septums nur in Form von Verlagerungen mit partieller Verdickung vor; besonders der vorderen unteren Abschnitt des Septums wird durch Traumen leicht aus seinem Fals herausgeworfen. In diesen einfachen Fällen thut die bruske oder allmähliche Zurückführung des dislocirten Septumtheiles in die alte Lage manchmal bei sorgsamer, langer Nachbehandlung gute Dienste. Ist aber außerdem der verrenkte Septumtheil geknickt und verdickt, so genügt das einfache Redressement nicht; man soll aber nichts vom Septum in diesem Lebensalter, wo die Hauptentwicklung der Nase noch erfolgen soll, opfern, da äußerlich sichtbare Deformationen erfolgen können und die Luftpassage oft nur vorübergehend frei wird. M. zieht abwartende Behandlung mit Dilatatorien u. dgl. bis zum 11. oder 12. Jahre vor.

Ref. möchte für die Fälle von Empyemen bei Kindern den Versuch einer Behandlung von der Nase aus empfehlen, um nicht gesunde Zähne zu opfern, hat aber bisher darin keine Erfahrungen sammeln können. Für die Behandlung der Septumknickungen mit Verdickung an den Bruchstellen hat sich in ein paar Fällen ein tiefer Schnitt in die beiden Knickungslinien als zweckmäßig erwiesen: danach war dann die gewaltsame Geraderichtung leichter und ließ sich bei langer Nachbehandlung auch dauernd erhalten. Die Schnitte sind, da meist nur der Knorpel gebrochen ist, in der Regel ohne Weiteres ausführbar, und wenn sie wirklich in der ganzen Knickungslinie geführt werden, ist auch die Geraderichtung ganz leicht. Freilich haben die Fragmente im Laufe der Entwicklung sehr große Neigung, die alte Lage wieder einzunehmen: doch ist ein Rückfall in die alte Nasenverengerung, wie M. mit Recht hervorhebt, auch nach dem meist geübten einfachen Abschneiden der vorspringenden Partie im Kindesalter, und selbst später, gar nicht selten.

Kümmel (Breslau).

32) Th. Kocher. Traitement chirurgical de la constriction spasmodique des mâchoires.

(Semaine méd. 1896. No. 62.)

K. theilt unter der Form einer klinischen Besprechung einen Fall von spastischer Kiefersperre mit, der sowohl durch den ganzen Krankheitsverlauf, als auch wegen der dabei angewendeten Operationsmethode bemerkenswerth ist.

Die bis dahin gesunde 21jährige Pat. erkrankte plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, an Kiefersperre, die sich in Halbnarkose löste, um nach dem Erwachen gleich wiederzukehren. Suggestivbehandlung blieb erfolglos. Die operative Entfernung erst des einen, dann des anderen Meniscus, ferner mehrfache Behandlung mit Mundspeculum und Holzkeil hatten jeweiligen vorübergehenden Erfolg, waren aber stets nach einigen Wochen oder Monaten von Recidiv gefolgt. Schließlich

entschloss sich K., je eine Insertion der sämtlichen Kaumuskeln abzulösen. Von einem hinter dem Kieferwinkel geführten 5 cm langen Schnitt aus wurde mit Schonung des Facialis der aufsteigende Kieferast freigelegt und mit einem Raspatorium außen der Masseter, innen der Pterygoideus internus abgelöst. Dasselbe geschah mit dem M. temporalis von einem senkrecht vom vorderen Ende des Jochbogens aufsteigenden Schnitt. Der Erfolg dieser Operation war vorzüglich, indem die Kiefersperre völlig verschwand. Die Kaubewegungen konnten schon wenige Tage nach der Operation wieder ausgeführt werden. 6 Jahre nach der Operation trat jedoch wieder ein leichtes Recidiv auf, das vorläufig mit einfacher Dilatation in Narkose behandelt wurde. Es sei bemerkt, dass Le Dentu einige Monate später, unabhängig von K., dasselbe Verfahren am Masseter und Pterygoideus internus zur Ausführung brachte, und zwar bei einem Fall von narbiger Kieferklemme mit sekundärer Myositis.

K. bespricht nach Mittheilung dieses Falles die Pathogenese der spastischen Kiefersperre und scheidet dieselbe, wenigstens für gewisse Fälle, von der Hysterie ab, indem er sie, wie den spastischen Torticollis und den Facialiskrampf, als idiopathische spastische Neurose bezeichnet. Die Analogie des Kieferkrampfes mit dem Halsmuskelerkrankung geht nicht nur aus dem klinischen Bilde, sondern auch aus dem Erfolg der Behandlung hervor. Bei beiden Affektionen wirkt die Muskeldurchtrennung beruhigend auf die lokal überreiste Hirnrinde ein, und zwar wahrscheinlich dadurch, dass in dem sich nicht nur ohne mechanischen Effekt, sondern auch ohne Widerstand kontrahirenden Muskel das Muskelgefühl völlig desorientirt wird, und das Centralorgan dem zufolge keine Möglichkeit mehr hat, seine Anstrengungen zu bemessen. In Folge dieses centripetalen Einflusses nehmen die vom Centrum ausgehenden Reize ab, und der Krampf beruhigt sich. Die Muskeldurchtrennung wirkt also nach K. nicht nur palliativ, sondern auch kurativ.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

33) Baumgärtner. Über die wahre Ankylose des Kiefergelenks und ihre operative Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1.)

In 2 Fällen von wahrer Kiefergelenksankylose hat Kraske das König'sche Verfahren dahin modificirt, dass er den Horizontalschnitt um den oberen Ansatz der Ohrmuschel herum (mit Unterbindung der Art. temp.) nach hinten verlängerte, und dadurch unter Ablösung der Ohrmuschel das Operationsfeld entschieden übersichtlicher machte.

Das funktionelle Resultat war in 1. Falle zufriedenstellend, im anderen wurde es durch eine langwierige Eiterung, welche ein dislocirter Zahnkeim verursachte, beeinträchtigt.

B. legt das Hauptgewicht auf die Entfernung eines möglichst großen Stückes vom Gelenkfortsatz, während er der von Helferich empfohlenen Muskelinterposition den ihr vom Autor zugeschriebenen Werth nicht beimessen will.

Hofmeister (Tübingen).

34) Janotka (Prag). Rhinopharyngolith.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 38.)

Aus dem Nasen-Rachenraum eines 9 Jahre alten Knaben, der an chronischer Pyorrhoea nasalis mit völliger Behinderung der Nasenathmung litt, extrahirte J. eine Geschwulst. Dieselbe erwies sich als ein Nasenstein, welcher sich um einen Fingerhut gebildet hatte. Letzterer war dem Kinde während des 1. Lebensjahres in den Nasen-Rachenraum gerathen.

Grissom (Hamburg).

35) Binder. Über 40 Fälle von Zungencarcinom, ihre Behandlung und Endresultate.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

Die vorliegende Statistik umfasst das Material der Krönlein'schen Klinik aus den Jahren 1881—95, doch sind nur die Carcinome inbegriffen, welche, primär

von den epithelialen Gebilden der Zunge oder des Zungen-Mundhöhlenbodens ausgegangen, sich in der Hauptsache auf diese Gebilde beschränkt haben.

In fast der Hälfte der Fälle, welche operativ behandelt wurden, kam das v. Langenbeck'sche Verfahren mit seitlicher Kieferdurchsägung zur Anwendung. Zur Narkose bevorzugt Krönlein für solche Fälle Morphium-Chloroform in der Art, dass Hautschnitt, Unterbindung der Lingualis, Drüsenausräumung und Kieferdurchsägung in tiefer Chloroformnarkose vorgenommen werden, während man für den im Mund sich abspielenden Theil der Operation sich mit der Morphiumwirkung begnügt. Die Berechnung der Resultate ergibt:

1) Die Lebensdauer der wegen Zungenkrebs operirten Pat., die später einem Recidiv erlegen sind, wird gegenüber den Nichtoperirten um durchschnittlich 5 Monate verlängert.

2) Unter 33 primären Exstirpationen von Zungencarcinom ergaben sich 8 »definitive« Heilungen (= 24,2%). Die Beobachtungsdauer variirt zwischen 1½ und 12½ Jahren. Hofmeister (Tübingen).

36) F. Parona. Neuer Beitrag zur Spinalchirurgie.

(Policlinico 1896. Mai 1.)

2 Fälle von Spinalneuralgie und eben so viele von Wirbelcaries (mit Abscess im hinteren Mediastinum).

In dem 1. Falle handelte es sich um eine Pat., die seit 10 Jahren an neuralgischen Anfällen im Rücken litt (im Anschluss an Malaria). Es waren bereits die verschiedensten innerlichen wie äußerlichen Mittel in Anwendung gebracht worden. Verf. sah die Pat. zuerst im Februar 1895; er rieth zu tiefen Jodeinspritzungen, und zwar in der Richtung gegen die Abgangsstelle der Spinalnerven. Es wurden 8 Jodinjektionen vorgenommen; nach der 3. trat Besserung ein, nach 20 Tagen Heilung.

Der 2. Pat. litt seit 9 Jahren an starken neuralgischen Schmerzen, ausgehend vom 7. und 8. Brustwirbel und von da den linksseitigen Interkostalnerven entlang ausstrahlend. Im Alter von 20 Jahren, kurz vor dem Auftreten seiner ersten Schmerzen, hatte Pat. einen Bruch des 8. Dornfortsatzes erlitten. Bei der Operation fanden sich die entsprechenden Wirbelbögen normal; dagegen war das Periost und das umgebende Zellgewebe verdickt. Nun wurden die Interkostalnerven VII und VIII an der costovertebralen Verbindung bloßgelegt und energisch gedehnt, resp. unterhalb des Ganglion abgerissen. — Am Tage der Operation hatte Pat. Anästhesie an den operirten Theilen; seitdem keine Schmerzen mehr.

Im 1. Fall nimmt Verf. an, dass es sich um eine rheumatische Arthritis der Wirbel handle; das Exsudat, das entweder von einer circumscribten Pachymeningitis oder auch einer Entzündung der Nervenscheide herrühre, verengere den knöchernen Weg, durch welchen der Interkostalnerv trete, und erzeuge dadurch den Schmerz. Für solche Fälle empfiehlt er warm die tiefen Jodinjektionen (nach Durante's Vorschrift). Im 2. Fall hatte die Neuralgie offenbar ihren Ursprung in dem Trauma; da die Wirbelbögen selbst unversehrt waren, so muss man annehmen, dass ein Blutextravasat so wie die Verdickung des Periostes und Zellgewebes die Kompression der Interkostalnerven bewirkte.

Was die beiden Fälle von Wirbelcaries anbetrifft, so betraf der erste ein erblich belastetes Individuum, bei welchem sich ein Abscess auf dem Rücken bildete. Da der letztere nach der Incision nicht zur Heilung kam, so wurde die Operation vorgenommen. Bei derselben fanden sich der Körper des 3. und die Querfortsätze des 3. und 4. Brustwirbels cariös. Zwischen den letzteren lag der Eingang in eine Abscesshöhle im hinteren Mediastinum. Resektion der cariösen Querfortsätze so wie der hinteren Enden der entsprechenden Rippen. Excochleation der erkrankten Partie am Wirbelkörper. Jodoformgazetamponade, offene Wundbehandlung. Rasche Besserung: Abfall des Fiebers, Nachlass der Schmerzen und der Eiterung.

In dem letzten Falle handelte es sich ebenfalls um einen chronisch entstandenen Abscess in der Gegend des 9. und 10. Brustwirbels. Da trotz Spaltung,

Auskratzung etc. keine Heilung eintrat, so wurde ebenfalls operativ vorgegangen. Es fanden sich die Querfortsätze des 7. und 8. Brustwirbels cariös; zwischen ihnen war ein mit Fungus ausgefülltes Loch, das in eine große Höhle führte. Die beiden Querfortsätze wurden resecirt, der Körper des 8. Brustwirbels, der oberflächlich cariös war, abgeschabt. Tamponade mit Jodoformgaze; Drainage. Rasche Besserung. Pat. lebt jetzt in leidlichem Zustand.

Verf. führt zum Schluss noch einige Symptome an, aus welchen man die Gegenwart eines Mediastinalabscesses erschließen könne: 1) die Thatsache, dass die Flüssigkeit in dem durch Aspiration entleerten äußeren Abscess sich sofort wieder ersetzt, 2) die im Verhältnis zur Größe der sichtbaren Schwellung sehr bedeutende Menge der entleerten Flüssigkeit, 3) für den Fall, dass eine Fistel besteht: die Reichlichkeit des Sekretes und seine Entleerung bei Hustenstößen.

H. Bartsch (Heidelberg).

37) K. Meudel. Ein Fall von myxödematösem Kretinismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 45.)

Die äußerst genaue und ausführlich wiedergegebene Beobachtung des Falles bei einem 12 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen interessirt in erster Linie durch den konstatirten Mangel an Schilddrüse; es war nicht eine Spur von Drüsensubstanz abzutasten. Bei der Pat. war Myxödem und Kretinismus vereinigt zu finden, und beruhen beide, wie M. des Längeren ausführt, auf derselben Ursache, nämlich auf dem Wegfall der Schilddrüsenfunktion. Wenn die Art des Zusammenhanges zwischen Myxödem, Kretinismus und Schilddrüse noch eben so wenig aufgeklärt ist, wie die Funktion der Schilddrüse selbst, so spricht außer den gemachten Beobachtungen für einen solchen die jetzt angewandte erfolgreiche Schilddrüsen-therapie. Auch in diesem Falle kam täglich 1 Thyreoidetablette à 0,3 frischer Schilddrüse von Welcome & Co. in Anwendung, welche eine Wendung zum Besseren herbeiführte. Leider entzog sich das Kind auf Veranlassung der Mutter vorzeitig der klinischen Behandlung und nahm die Tabletten zu Hause weiter. 2 Wochen nach der Entlassung machten sich unangenehme Nebenwirkungen der Thyreoidtherapie geltend, welche die Mutter der Pat. bestimmten, die weitere Behandlung zu verweigern, so dass die weitere Beobachtung der Wirkung des Thyreoidins unmöglich gemacht wurde. Der Abhandlung ist eine gelungene Illustration nach einem Photogramm beigegeben.

Gold (Bielitz).

38) F. Berndt. Zur chirurgischen Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 4.)

B. veröffentlicht 2 Fälle von Basedow'scher Krankheit, die er nach langem Bestehen und recht vielseitiger Therapie durch Strumektomie geheilt, beziehungsweise gebessert hat. In dem einen Falle gingen schwere psychische Störungen, verknüpft mit Melancholie und Selbstmordgedanken, zurück. Bei der anderen Kranken wäre nach des Verf. Ansicht der Erfolg ein noch besserer gewesen, wenn er die andere Kropfhälfte, die er wegen Schwäche der Pat. nicht mit entfernen konnte, auch extirpiert hätte. Er hält es für nothwendig, die operative Behandlung des Morbus Basedowi eng zu begrenzen, hält sie aber dann für segensreich. Er fasst die Erkrankung als Reflexneurose auf, sieht aber den Reiz in der Volumsänderung der Schilddrüse, resp. der dadurch bewirkten mechanischen Zerrung, Dehnung oder Einklemmung der Nervenendigungen des Sympathicus.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

39) Scheller (Thorn). Kasuistische Mittheilungen von der äußeren Station des Garnison-Lazarettes in Thorn.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1896. Hft. 11.)

Unter den hier mitgetheilten Fällen interessirt vor Allem die Schussverletzung durch Selbstmordversuch. 3 cm oberhalb der linken Brustwarze im 3. Interkostalraum befand sich eine nicht ganz runde Hautwunde, welche in 3 cm

Länge von unten innen nach oben außen verlief und 2 cm breit war; die Wundränder zeigten zahlreiche kleine Einrisse, waren unterminirt und mit Blutgerinnseln unterlagert, schwärzlich verfärbt; Hautemphysem an der linken oberen Brust, kein Rippenbruch, Blutausswurf.

Ferner fanden sich 3 schlitzförmige Wunden von je 1 cm Länge, von denen 2 im oberen Theil der Achselhöhle in einer Linie lagen, die 3. etwa 1,5 cm unterhalb der beiden ersten. Endlich befanden sich an der hinteren äußeren Fläche des Oberarmes im oberen Drittel noch 2 Hautwunden, deren größere ganz unregelmäßig ist, weit klappt und 10 : 5 cm Ausdehnung besitzt, Muskelfetzen hängen aus ihr heraus. Hier ist der Oberarm gebrochen, starke Blutung, Radialpuls erhalten. Die zweite kleine Wunde am Oberarm ist 1,5 cm lang und liegt gerade dahinter.

Offenbar hatte der Verletzte den Karabiner mit dem emporgehobenen, etwas nach hinten gehaltenen linken Arm schräg gegen die Brust gedrückt, mit den Fingern der rechten Hand abgedrückt, das Geschoss war in die Brust und Lunge eingedrungen, in der Achselhöhle ausgetreten, hatte dort die in Falten liegende Haut 3mal durchbohrt, war dann in den Oberarm hinein- und hinten außen wieder herausgegangen, unterwegs den Knochen so zerschmetternd, dass die Splitter desselben oder ein Geschossstück durch eine besondere Hautöffnung hinausflog.

Die Behandlung der Brustwunde bestand in einfacher Tamponade mit Jodoformgaze. Aus der Oberarmwunde wurden einige ganz oder fast ganz gelöste Knochensplitter und Gewebsetzen entfernt; eine größere spritzende Arterie fand sich trotz der erheblichen Blutung nicht, daher auch hier einfacher Verband. Alle diese Wunden heilten anstandslos. Der Oberarm erfuhr keine Verkürzung. Eine gewisse Atrophie der Armmuskeln blieb zwar zunächst noch zurück, doch wird auch diese bis auf einen unerheblichen Grad durch Heilgymnastik und Massage noch gehoben werden können. Recht wichtig ist in diesem Falle die ungestörte Heilung der Schussröhre in der Lunge, deren Zertrümmerungszone keine erhebliche Ausdehnung gehabt haben kann, obgleich der Knochen den bei Nahschüssen gewöhnlichen hohen Grad der Zertrümmerung zeigte. Trotzdem war doch auch die Vereinigung der Schussfraktur eine sehr vollkommene; die noch durch das Periost verbundenen Splitter waren vollständig durch Callusmasse verbunden worden, so dass sich eine Verkürzung nicht gebildet hatte! Wie lange Zeit die Heilung beansprucht hat, erfahren wir leider nicht.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

40) Grüneberg. Zur Kasuistik der Mesenterialgeschwülste. (Aus dem Altonaer Kinderhospital.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 24.)

G. theilt ausführlich die Krankengeschichte eines an einer tuberkulösen Gekrösgeschwulst zu Grunde gegangenen Mädchens mit. Bei dem aus gesunder Familie stammenden, bis dahin gesunden Mädchen entwickelte sich eine kindskopfgröße Geschwulst, hauptsächlich in der rechten Bauchseite, die keine Beschwerden machte, so dass sie erst von den Eltern bemerkt wurde, als sie die bei der Untersuchung festgestellte Größe hatte. Die Geschwulst selbst, auf Druck schmerzhaft, konnte ohne Schmerzen nach allen Seiten hin in großer Ausdehnung verschoben werden. Sie erwies sich bei der Laparotomie als ein tuberkulöser Gekrösdrüsenabscess. Wahrscheinlich war er aus einem Darmgeschwür hervorgegangen, das, bei Gelegenheit eines intensiven Darmkatarrhs entstanden, die Eingangsapforte für die tuberkulöse Infektion der Gekrösdrüsen gebildet hatte. Die Entfernung der eiterhaltigen Geschwulst endete nach 3 Tagen tödlich.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13.

Sonnabend, den 3. April.

1897.

Inhalt: I. R. v. Barącz, Zur Ätiologie des Darmverschlusses nach der Resektion und totalen Ausschaltung des Dickdarmes und des Ileocoecum. — II. P. Schröter, Einige Worte zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen. (Orig.-Mitheil.)

1) Riedel, Anleitung zum Operiren. — 2) Michaux, Peritoneale Septämie. — 3) Goluboff, 4) Beck, 5) Gersuny, 6) Foges, Appendicitis. — 7) Perforirendes Magengeschwür. — 8) Quénu, Mastdarmkrebs. — 9) Terrier und Auvray, 10) Vanverts, Leberverletzungen. 11) Ahlenstiel, Lebergeschwülste. — 12) Kousnetzoff und Pensky, Leberresektion. — 13) Delbet, Echinokokken des Bauches. — 14) Rovsing, Tuberkulöse Knochen- und Gelenkleiden bei Kindern. — 15) Drouard, Verrenkung des N. cub. — 16) Petersen, Vorderarmbrüche. — 17) Drehmann, Hüftverrenkungen. — 18) de la Tourette, Klumpfuß.

E. Kirsch, Hallux malleus (varus). (Originalmittheilung.)

19) Göde, Verschluckte Gebisse. — 20) Lissjanski, 21) Kijewski, Bauchverletzungen. — 22) Orlandi, Pneumatom des Darmes. — 23) Piering, Nabelschnurbruch. — 24) Simon, Radikaloperation von Hernien. — 25) Sirleo, Darminvagination. — 26) Bieher, Gastroenterostomie. — 27) Bandter, Chloroform- bzw. Äthernarkose und Leber. — 28) Wikerhauser, Leberzerreißung. — 29) D'Urso, Lebergeschwülste. — 30) Griffon, Gallensteine. — 31) Mysz, 32) Bamberger, Missbildungen. — 33) Gerota, Beckenbruch. — 34) Sokolow, Epiphysenlösung. — 35) Herhold, Lipom des Knies. — 36) Osiewiczski, Knieentzündung. — 37) Knauer, Schienbeinverrenkung. — 38) Trinkler, Achillodynie.

v. Barącz, Berichtigung.

I. Zur Ätiologie des Darmverschlusses nach der Resektion und totalen Ausschaltung des Dickdarmes und des Ileocoecum.

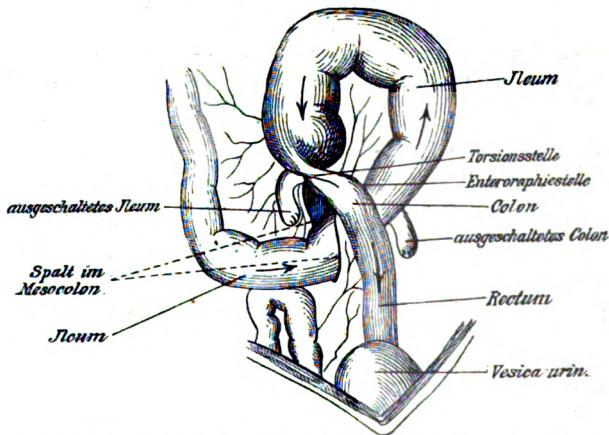
Von

Dr. Roman v. Barącz in Lemberg (Galizien).

In No. 49 des Centralbl. für Chirurgie 1896 theilt Prof. Heidenhain aus der Greifswalder Universitätsklinik (Prof. Helferich) einen Fall mit, wo nach der Resektion des Ileocoecum wegen Carcinom ein akuter Darmverschluss so zu Stande kam, dass der Dünndarm bis zum Verschwinden des Lumens um seine eigene Längsachse sich gedreht hat. Die Ursache hiervon gab ein stark gespannter Strang ab, welcher sich beim näheren Zusehen als der freie Rand des durchtrennten Mesenterium erwies. Eine etwa 75 cm lange Dün-

darmschlinge schlüpfte durch einen zwischen dem freien Mesenterialrand und dem Colonstumpf verbliebenen Spalt hindurch, wodurch die oben beschriebene Torsion entstand; der Darmverschluss wurde allein durch die Torsion hervorgerufen. Die Torsionsstelle lag ungefähr 4 cm vor der Einmündung des Ileum.

Ganz ähnliche Verhältnisse wie nach der Resektion des Ileocoecum entstehen nach totaler Darmausschaltung (auch wenn das Mesenterium nur theilweise eingeschnitten wird), besonders aber wenn größere Abschnitte des Ileocoecum oder des Dickdarmes ausgeschaltet werden. Hier wie dort bleibt bei der Enterorrhaphiestelle ein Spalt im Mesocolon, welcher, wenn unvernäht, zum Hineinschlüpfen benachbarter Dünndarmschlingen disponirt und den Darmverschluss verursachen kann. Je größere Darmtheile resecirt resp. ausgeschaltet werden, desto größer wird dieser Spalt und desto schwieriger ist er



I. Incarceration nach totaler Ausschaltung des Ileocoecum.

zum Vernähen zu bringen. Das theilweise Durchtrennen des Mesenterium ist bei der totalen Darmausschaltung unumgänglich, sonst wäre der dem ausgeschalteten Darmtheil angehörige Antheil einer Zerrung ausgesetzt.

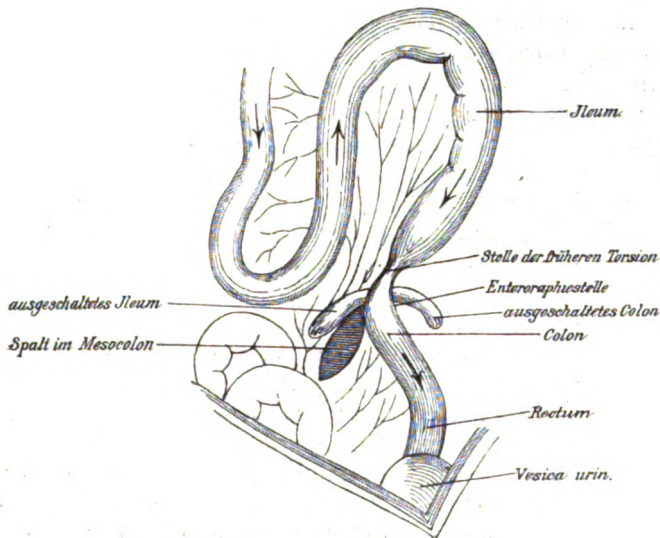
Ich habe bei meinen neuerdings mit der totalen Darmausschaltung mit totalem Verschluss beider Darmenden und mit der cirkulären Darmvereinigung an Hunden vorgenommenen Versuchen in 5 Fällen den Darmverschluss aus demselben Grunde als Todesursache konstatiren können¹.

Es handelte sich um Ausschaltung größerer Theile (30, 35 bis 45 cm) des Ileocoecum sammt Colon oder des Colon allein (18 cm). Die ausgeschaltete Schlinge wurde an beiden Enden blind vernäht und das zuführende Darmrohr mit dem abführenden durch cirkuläre Naht verbunden; das Loch im Mesocolon wurde nicht vernäht. Nach

¹ Die Ergebnisse meiner entsprechenden Versuche werden später ausführlich mitgetheilt.

glattem anfänglichen Verlauf und Wohlbefinden verschieden 5 Hunde fast plötzlich, alle bald (3—6 Tage) nachdem sie konsistente Nahrung bekommen hatten, in verschiedenen Zeitabschnitten nach der Operation (43, 26, 20, 18 und 9 Tage post operationem).

Die Sektion erwies bei allen fast dieselben Verhältnisse: Keine Peritonitis, die Enterorrhaphiestelle fest vernarbt, die Darmwegsamkeit an dieser Stelle ganz normal, die blind vernähten Enden des ausgeschalteten Darmtheiles auch fest vernarbt, die ausgeschalteten Darmtheile geschrumpft. Beim genauen Zusehen erwies sich in allen 5 Fällen als Todesursache der Darmverschluss, verursacht durch Hineinschlüpfen einer Dünndarmschlinge durch den Schlitz im Mesocolon und Torsion um die Achse des freien Mesenterialrandes des oberhalb der Enterorrhaphiestelle gelegenen Darmtheiles. Am besten



II. Nach Lösung der Incarceration.

werden die beigelegten, nach der Natur gemachten Zeichnungen die bei der Nekroskopie gefundenen Verhältnisse versinnlichen.

Die oberhalb der Torsionsstelle gelegenen Darmschlingen waren stark gebläht, prall gespannt, meistens stark geröthet; sie fielen zuerst in die Augen und füllten fast die ganze Bauchhöhle aus. Die unterhalb des Verschlusses gelegenen (Dickdarm) waren blass und geschrumpft. Zu deutlichen peritonischen Erscheinungen kam es in keinem Falle. Nur in einem Falle fand ich ca. 50 g eines blutigen Transsudates. Die um ihre Achse gedrehte Darmstelle präsentirte sich als ein derber, kleinfingerdicker Strang. Die Beseitigung der Incarceration gelang ziemlich leicht durch Umdrehung der eingeschlüpfen Schlinge um ihre Mesenterialachse in der der Torsion entgegengesetzten Richtung und Herausziehen der Schlinge aus dem

Loch meistens nach Durchreißung einiger fester Adhäsionen mit den Nachbarschlingen oder mit der seitlichen Bauchwand. Die Incarcerationsstelle war trotz Detorsion der Schlinge ein wenig verengt. Die Incarceration bedingte nur die beschriebene Torsion, welche meist 360° betrug.

Aus der Beobachtung Heidenhain's und meiner beim Thierexperiment gemachten Erfahrung ergibt sich die Regel, dass man in jedem Falle von Dickdarmresektion resp. totaler Ausschaltung mit nachfolgender cirkulärer Darmvereinigung immer den Mesenterialsplatt vernähen soll, um den Missfolgen vorzubeugen. Darauf hat schon nebst Heidenhain Körte² aufmerksam gemacht. Heidenhain bezweifelt, ob der Verschluss des Mesenterialsplattes beim Menschen in jedem Falle gelingen kann, besonders bei ausgedehnten Dickdarmresektionen, da bekanntlich das Mesocolon meistens sehr kurz ist. Er proponirt bei solchen Schwierigkeiten die Einnähung eines Stückes Netz in den Spalt. Diese Scheidewand aus Netz dürfte die ganze retroperitoneale Wundhöhle von der Peritonealhöhle abschließen. Ich möchte jedoch mit Heidenhain die Befürchtung aussprechen, ob nicht hierdurch gefährliche Netztaschen oder Stränge gebildet werden! Weitere Erfahrung muss darüber entscheiden!

In den zuletzt ausgeführten 7 Versuchen mit totaler Ausschaltung des Colon transversum mit nachträglicher cirkulärer Darmnaht gelang es mir trotz ziemlich großer Abstände (bis 15 cm) die Ränder des Mesenterialschlitzes durch Anlegung nur zweier Nähte fast ganz abzuschließen. Durch Anheftung der beiden blind vernähten Enden des ausgeschalteten Darmtheiles an den angrenzenden Darmtheil zu beiden Seiten der Enterorrhaphiestelle gelang es mir, den Spalt gänzlich zu beseitigen. Hierbei muss ich bemerken, dass das Mesocolon beim Hund sehr dünn ist, und zwar so, dass es fast immer bei den bei der totalen Darmausschaltung nöthigen Manipulationen ein wenig weiter einreißt. In Folge dessen können bei der Naht die Mesenterialgefäße verletzt werden, was zu tödlicher Blutung führen kann, wie es in einem meiner 7 letzten Versuchsfälle sich ereignete. Die Mesenterialnaht soll somit sehr vorsichtig nur am freien, gefäßlosen Rande und unter genauer Kontrolle der Augen angelegt werden.

Hervorheben muss ich, dass mir bei meinen zahlreichen Versuchen mit der Senn'schen Plattendarmnaht³ nach Resektionen des Ileocoecum und Colon sich nie ein solcher Zwischenfall ereignete. Auch bei Durchsicht der mir zugänglichen Kasuistik über die Senn'sche Nahtmethode bei Darmresektionen bei lebenden Menschen finde ich keine Erwähnung von einer nachträglichen Darmincarceration aus derselben Ursache; mein Fall von totaler Darmausschaltung des

² Körte, Zur chirurgischen Behandlung der Geschwülste der Ileocoecalgegend. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XL.

³ Vgl. meine diesbezüglichen Arbeiten. Archiv für klin. Chirurgie Bd. 44. p. 513 u. 550.

Ileocoecum⁴, wo ich ebenfalls die Senn'sche Darmvereinigung anwandte, verlief auch ganz glatt, und der Pat. erfreut sich nach über 3 Jahren der besten Gesundheit.

Bei der Senn'schen Darmnaht können die freien Ränder des durchtrennten Mesenteriums nicht genäht werden. Es ist ganz erklärlich, da die blind vernähten, resecirten Darmenden bei der folgenden Anastomose so gelagert werden, dass die Mesenterialblätter sich förmlich decken.

Wenn man berücksichtigt, dass durch die Anwendung dieser Naht die Operation viel rascher ausgeführt wird, dass man sich hier gar nicht um den Spalt im Mesocolon zu kümmern braucht, und somit die Gefahr der Incarceration wegfällt, dass diese Methode eben so sicher die Darmwegsamkeit zu Stande bringt wie die cirkuläre Darmnaht, so ist die Senn'sche Nahtmethode der cirkulären Darmnaht nach Czerny-Lembert bei Resektionen und totalen Ausschaltungen des Ileocoecum oder des Dickdarmes vorzuziehen. Besonderen Vorzug hat sie bei Verschiedenheiten beider Darmlumina wie bei Resektionen des Ileocoecum. Hierbei sind die von mir empfohlenen Kohlrübenplatten⁵ den decalcinirten Knochenplatten vorzuziehen. Wenn man sich aber entschließt, mittels der cirkulären Naht die beiden Darmlumina zu vereinigen, so soll man immer den Spalt im Mesocolon vernähen.

Zuschrift bei der Korrektur: Während des Druckes des obigen Artikels kam mir der Artikel des Herrn Prof. Braun⁶ (Göttingen) in die Hände, aus welchem zu ersehen ist, dass auch nach der Enteroanastomose der resecirten Darmenden in den unverschlossen gebliebenen Mesenterialspalt Durchtritt von Eingeweiden mit Achsendrehung erfolgen kann. Da die Senn'sche Darmnaht nichts Anderes darstellt als eine seitliche Enteroanastomose, so wäre es angezeigt, dem Rathe Prof. Braun's folgend und in Bezug auf seine Erfahrung, auch bei der Anwendung der Senn'schen Darmnaht den Mesenterialspalt immer zum Verschluss zu bringen. Dies wird hier am besten durch Zusammennähen der beiden über einander liegenden Platten des Mesenterium bewerkstelligt.

II. Einige Worte zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen.

Von

Dr. P. Schröter in Pabianice (Russisch-Polen).

Mit den üblichen Untersuchungsmethoden kommt man in Fällen von subkutanen Verletzungen der Extremitäten gewiss meistens voll-

⁴ Vgl. Centralblatt für Chirurgie 1894. No. 27.

⁵ Vgl. Centralblatt für Chirurgie 1892. No. 23. p. 489.

⁶ H. Braun (Göttingen). Ein Fall von innerer Einklemmung nach Darmresektion mit Enteroanastomose. Centralblatt für Chirurgie 1897. No. 8.

kommen aus, die Diagnose einer vorhandenen resp. fehlenden Fraktur mit Sicherheit festzustellen. Es kommen jedoch zuweilen Fälle unter die untersuchende Hand des Arztes, in welchen die Entscheidung der Frage: liegt eine Knochenläsion vor oder nicht — nicht sicher getroffen werden kann; oder in denen der Arzt sicher seiner Meinung zu sein glaubt, der weitere Verlauf aber oder die Folgen der Verletzung ihn eines Anderen belehren. Ich habe dabei vorzugsweise die Frakturen mit Verzahnung der Fragmente im Auge. So manche als »Kontusion« oder als »Distorsion« angesprochene Verletzung hat sich dann doch schließlich durch nachträglich konstatierten Callus als Knochenbruch entpuppt — der öftere Fall, und andererseits gab der weitere Verlauf die Veranlassung dazu, den Glauben an eine diagnosticirte Fraktur zu Gunsten einer »Kontusion« zu ändern — der seltenere Fall. Man wäre wohl nicht in Verlegenheit, instructive Beispiele der einen wie der anderen Art anzuführen. Erst kürzlich begegnete ich einem Falle, wo die Diagnose auf eine verzahnte Fraktur des rechten Oberarmes gestellt wurde, und es sich um eine Kontusion handelte. In der That schien in diesem Falle unter Berücksichtigung aller Momente der Bruch wahrscheinlich. Es gelang mir jedoch die Diagnose der Fraktur mit Sicherheit auszuschießen, indem der Handgriff, dessen ich mich in solchen zweifelhaften Fällen bediene, absolut schmerzlos war. Der einfache Handgriff beruht auf einer genaueren Präcisirung des »Bruchschmerzes«. Haben wir vor uns einen Fall, wo durch eine gewisse Gewalteinwirkung eine Verletzung — beispielsweise des Oberarmes — stattgefunden, und trotz der unsicheren Erscheinungen eine Fraktur wahrscheinlich ist, indem der Schmerz durch seitlich auf die Geschwulst ausgeübten Druck sich an einer circumscribten Stelle mehr geltend macht, so sind Zweifel, ob dieser Schmerz lediglich auf eine Läsion der Weichtheile allein, oder nur des Knochens oder auch beider zusammen zu beziehen ist, wohl berechtigt. Diese Zweifel werden dadurch gehoben, dass der Druck auf die lädirten Weichtheile ausgeschaltet und nur auf den Knochen übertragen wird. Das erreicht man durch folgenden einfachen Handgriff, der darin besteht, dass man mit beiden Händen von den Endpunkten des zu untersuchenden Extremitätenknochens in der Richtung der Längsachse desselben gleichzeitig einen Druck gegen die Mitte des Knochens ausübt. Ich verfahre dabei — beispielsweise am rechten Oberarm — folgendermaßen. Meine linke Hand lege ich auf die Schulter des Pat. dergestalt, dass die Fingerspitzen dem Halse des Pat. zugewendet sind; nun beuge ich den Vorderarm des Verletzten im Ellbogengelenk bis zum rechten Winkel oder, wenn möglich, noch mehr und lege in die Gegend des Olekranon meine rechte Hohlhand und übe nun mit beiden Händen gleichzeitig in entgegengesetzter Richtung einen schwachen, stetig anwachsenden, gleichmäßigen Druck aus. Bei intaktem Knochen empfindet der Pat. nicht den geringsten Schmerz, auch wenn die den Knochen umgebenden Weichtheile durch die Gewalteinwirkung

noch so stark malträtirt worden sind, und der Druck bis zu beträchtlicher Höhe gesteigert wird; liegt eine Läsion des Knochens vor, so genügt meist schon der Anfangs schonend ausgeübte, schwache Druck, um einen mehr oder minder intensiven Schmerz hervorzurufen. Man demonstriert auf diese Art bei fehlender Fraktur in überzeugender Weise dem Pat., dass der Knochen nicht gebrochen ist und beruhigt den Verletzten in dieser Hinsicht über seinen Zustand vollkommen; andererseits wird von Seiten widerspenstiger Kranker, wenn ihnen auf diese Weise einmal das Vorhandensein einer Fraktur zweifellos klar gelegt wird, dem Anlegen von Verbänden etc. kein Hindernis mehr in den Weg gelegt. Mit Recht hat man an dem Grundsatz festgehalten, es als Regel zu betrachten, die Diagnose bei unsicheren Symptomen besser auf Fraktur zu stellen und demgemäß die Behandlung zu leiten — und zwar im Interesse des Kranken. So handelnd, konnte man nie schaden, oft aber schlimmen Eventualitäten aus dem Wege gehen. Doch wirklichen Nutzen für den Pat. und den Arzt bringt ja nur eine sichere Diagnose.

Dies ist auch namentlich von Wichtigkeit in der Unfallpraxis. Das Alles berücksichtigend, habe ich mich schließlich entschlossen, den oben erwähnten Handgriff als einfaches diagnostisches Hilfsmittel zur Anwendung vorzuschlagen, um so mehr, da es mir nicht bekannt ist, dass zur Entscheidung der Sachlage in solch zweifelhaften Fällen derselbe bereits empfohlen worden wäre (ich habe ihn von Autoren nicht angegeben gefunden), wenn ich dabei auch andererseits nicht zweifle, dass man sich seiner in ähnlicher Weise bereits bedient haben mag, weil er eben — so zu sagen — auf der Hand liegt.

Er hat sich stets als nützlich erwiesen, weil er mich nie irre geführt hat; bei vorsichtiger Anwendung durchaus ungefährlich, wird er sicher Diesem und Jenem unter uns gelegentlich aus einer diagnostischen Verlegenheit verhelfen können.

Vielleicht würde der Ausdruck »bipolarer Gegendruck« für diesen Handgriff passen?

1) **Riedel.** Anleitung zum Operiren an der Leiche und am Lebenden mit Rücksicht auf die ärztliche Praxis.

Jena, G. Fischer, 1896. 119 S.

Bereits im Titel hat Verf. die Tendenz seines Buches, dass dasselbe vor allen Dingen dem Praktiker ein Rathgeber werden sollte, bestimmt ausgedrückt. In der That unterscheidet sich dasselbe sehr wesentlich von den bei uns sonst üblichen Operationslehren; nicht auf die Fülle des Stoffes kommt es dem Verf. an, sondern auf eine kurze, knappe Darstellung der nach seiner Meinung besten oder praktisch brauchbarsten Methode. Dabei wird letztere gewöhnlich dem Leser nicht einfach trocken geschildert, sondern aus anatomischen und klinischen Bemerkungen als nothwendig oder vortheilhaft entwickelt. Das Buch enthält also auch eine Reihe klinischer

kommen aus, die Diagnose einer vorhandenen resp. fehlenden Fraktur mit Sicherheit festzustellen. Es kommen jedoch zuweilen Fälle unter die untersuchende Hand des Arztes, in welchen die Entscheidung der Frage: liegt eine Knochenläsion vor oder nicht — nicht sicher getroffen werden kann; oder in denen der Arzt sicher seiner Meinung zu sein glaubt, der weitere Verlauf aber oder die Folgen der Verletzung ihn eines Anderen belehren. Ich habe dabei vorzugsweise die Frakturen mit Verzahnung der Fragmente im Auge. So manche als »Kontusion« oder als »Distorsion« angesprochene Verletzung hat sich dann doch schließlich durch nachträglich konstatierten Callus als Knochenbruch entpuppt — der öftere Fall, und andererseits gab der weitere Verlauf die Veranlassung dazu, den Glauben an eine diagnostizierte Fraktur zu Gunsten einer »Kontusion« zu ändern — der seltenere Fall. Man wäre wohl nicht in Verlegenheit, instructive Beispiele der einen wie der anderen Art anzuführen. Erst kürzlich begegnete ich einem Falle, wo die Diagnose auf eine verzahnte Fraktur des rechten Oberarmes gestellt wurde, und es sich um eine Kontusion handelte. In der That schien in diesem Falle unter Berücksichtigung aller Momente der Bruch wahrscheinlich. Es gelang mir jedoch die Diagnose der Fraktur mit Sicherheit auszuschießen, indem der Handgriff, dessen ich mich in solchen zweifelhaften Fällen bediene, absolut schmerzlos war. Der einfache Handgriff beruht auf einer genaueren Präcisirung des »Bruchschmerzes«. Haben wir vor uns einen Fall, wo durch eine gewisse Gewalteinwirkung eine Verletzung — beispielsweise des Oberarmes — stattgefunden, und trotz der unsicheren Erscheinungen eine Fraktur wahrscheinlich ist, indem der Schmerz durch seitlich auf die Geschwulst ausgeübten Druck sich an einer circumscribten Stelle mehr geltend macht, so sind Zweifel, ob dieser Schmerz lediglich auf eine Läsion der Weichtheile allein, oder nur des Knochens oder auch beider zusammen zu beziehen ist, wohl berechtigt. Diese Zweifel werden dadurch gehoben, dass der Druck auf die lädirten Weichtheile ausgeschaltet und nur auf den Knochen übertragen wird. Das erreicht man durch folgenden einfachen Handgriff, der darin besteht, dass man mit beiden Händen von den Endpunkten des zu untersuchenden Extremitätenknochens in der Richtung der Längsachse desselben gleichzeitig einen Druck gegen die Mitte des Knochens ausübt. Ich verfahre dabei — beispielsweise am rechten Oberarm — folgendermaßen. Meine linke Hand lege ich auf die Schulter des Pat. derart, dass die Fingerspitzen dem Halse des Pat. zugewendet sind; nun beuge ich den Vorderarm des Verletzten im Ellbogengelenk bis zum rechten Winkel oder, wenn möglich, noch mehr und lege in die Gegend des Olekranon meine rechte Hohlhand und übe nun mit beiden Händen gleichzeitig in entgegengesetzter Richtung einen schwachen, stetig anwachsenden, gleichmäßigen Druck aus. Bei intaktem Knochen empfindet der Pat. nicht den geringsten Schmerz, auch wenn die den Knochen umgebenden Weichtheile durch die Gewalteinwirkung

noch so stark malträtirt worden sind, und der Druck bis zu beträchtlicher Höhe gesteigert wird; liegt eine Läsion des Knochens vor, so genügt meist schon der Anfangs schonend ausgeübte, schwache Druck, um einen mehr oder minder intensiven Schmerz hervorzurufen. Man demonstriert auf diese Art bei fehlender Fraktur in überzeugender Weise dem Pat., dass der Knochen nicht gebrochen ist und beruhigt den Verletzten in dieser Hinsicht über seinen Zustand vollkommen; andererseits wird von Seiten widerspenstiger Kranker, wenn ihnen auf diese Weise einmal das Vorhandensein einer Fraktur zweifellos klar gelegt wird, dem Anlegen von Verbänden etc. kein Hindernis mehr in den Weg gelegt. Mit Recht hat man an dem Grundsatz festgehalten, es als Regel zu betrachten, die Diagnose bei unsicheren Symptomen besser auf Fraktur zu stellen und demgemäß die Behandlung zu leiten — und zwar im Interesse des Kranken. So handelnd, konnte man nie schaden, oft aber schlimmen Eventualitäten aus dem Wege gehen. Doch wirklichen Nutzen für den Pat. und den Arzt bringt ja nur eine sichere Diagnose.

Dies ist auch namentlich von Wichtigkeit in der Unfallpraxis. Das Alles berücksichtigend, habe ich mich schließlich entschlossen, den oben erwähnten Handgriff als einfaches diagnostisches Hilfsmittel zur Anwendung vorzuschlagen, um so mehr, da es mir nicht bekannt ist, dass zur Entscheidung der Sachlage in solch zweifelhaften Fällen derselbe bereits empfohlen worden wäre (ich habe ihn von Autoren nicht angegeben gefunden), wenn ich dabei auch andererseits nicht zweifle, dass man sich seiner in ähnlicher Weise bereits bedient haben mag, weil er eben — so zu sagen — auf der Hand liegt.

Er hat sich stets als nützlich erwiesen, weil er mich nie irre geführt hat; bei vorsichtiger Anwendung durchaus ungefährlich, wird er sicher Diesem und Jenem unter uns gelegentlich aus einer diagnostischen Verlegenheit verhelfen können.

Vielleicht würde der Ausdruck »bipolarer Gegendruck« für diesen Handgriff passen?

1) **Riedel.** Anleitung zum Operiren an der Leiche und am Lebenden mit Rücksicht auf die ärztliche Praxis.

Jena, G. Fischer, 1896. 119 S.

Bereits im Titel hat Verf. die Tendenz seines Buches, dass dasselbe vor allen Dingen dem Praktiker ein Rathgeber werden sollte, bestimmt ausgedrückt. In der That unterscheidet sich dasselbe sehr wesentlich von den bei uns sonst üblichen Operationslehren; nicht auf die Fülle des Stoffes kommt es dem Verf. an, sondern auf eine kurze, knappe Darstellung der nach seiner Meinung besten oder praktisch brauchbarsten Methode. Dabei wird letztere gewöhnlich dem Leser nicht einfach trocken geschildert, sondern aus anatomischen und klinischen Bemerkungen als nothwendig oder vortheilhaft entwickelt. Das Buch enthält also auch eine Reihe klinischer

Details, bezw. erläutert Verf. seinen principiellen Standpunkt gegenüber manchen strittigen Fragen, so z. B. namentlich in Bezug auf die Behandlung der Gelenk- und Knochentuberkulose. Dass die Darstellung dadurch natürlich ein stark subjektives Gepräge erhält, und dass nicht alle Chirurgen jeden Satz von R.'s Operationslehre unterschreiben werden, ist selbstverständlich; indessen hat es Verf. nicht anders beabsichtigt; jedenfalls aber ist das Buch auch als Ausdruck mancher klinischen Anschauungen des Verf. sehr werthvoll und interessant.

Tietze (Breslau).

2) **Michaux.** Traitement de la septicémie péritonéale post-opératoire par les injections intraveineuses de sérum artificiel et les autres moyens dont nous pouvons disposer.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 1.)

M. vertritt die Ansicht, es sei falsch, beim Auftreten von Zeichen peritonealer Septhämie nach Bauchoperationen die Hände müßig in den Schoß zu legen und zuzuwarten; vielmehr gelinge es, durch energisches Handeln wenigstens einen Theil der Pat. dem Tode zu entreißen. Als eins der wichtigsten Hilfsmittel betrachtet er hierbei intravenöse Injektion von artificiellem Serum. Er hat sie in etwa 25 Fällen ausgeführt. Von 13 Pat., über die er genauere Notizen hat, glaubt er 5 hierdurch gerettet zu haben, freilich nicht durch die Infusion allein, sondern die gleichzeitige Anwendung anderer Mittel, Abführmittel, örtliche Kälteeinwirkung auf den Leib, Drainage und Sorge für freien Sekretabfluss. (Sollten alle die letztgenannten Mittel für den günstigen Endausgang nicht wichtiger gewesen sein als die Infusion? Ref.) An Stelle der intravenösen benutzte er auch vielfach die subkutane Infusion, hält sie aber für weniger wirksam.

Monod hat die intravenöse Injektion von künstlichem Serum 7mal nach Laparotomien in Anwendung gezogen; 3 dieser 7 Pat. genasen; doch handelte es sich bei ihnen, so weit man aus den Krankengeschichten ersieht, kaum um Infektion, sondern Collapszustände in Folge Blutverlust oder operativen Shock.

Reichel (Breslau).

3) **Goluboff** (Moskau). Die Appendicitis als eine epidemisch-infektiöse Erkrankung. Vorläufige Notiz.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 1.)

Nach G.'s Beobachtungen und Erfahrungen ist die Appendicitis in der Mehrzahl der Fälle eine Infektionskrankheit *sui generis*, eine genuine Erkrankung, welche zuweilen geradezu epidemisch auftritt. Über die Thatsachen, welche G. zu dieser Behauptung veranlassen, stellt er einen ausführlichen Bericht in Aussicht, hier hebt er eine gewisse Analogie zwischen der Dysenterie und der Appendicitis infectiosa epidemica hervor; diese spiele in der Pathologie des Wurmfortsatzes die gleiche Rolle, wie Dysenterie in der des Dickdarmes. Hier wie dort kann sich die Affektion auf eine

katarrhalische Entzündung beschränken oder sich zu tiefen gangränösen Geschwürsbildungen steigern, welche zu Durchbruch und Peritonitis führen. Auch ätiologische Momente finden ihre Analoga bei beiden Erkrankungen (schwer verdauliche Speise, Anhäufung harter Scybala in der Flexur, Erkältung). Bezüglich der bakteriologischen Verhältnisse spielen bei der Appendicitis der *Streptococcus p.*, sodann der *Staphylococcus p.* und das *Bacterium coli* die Hauptrolle, Mikroben, welche als unschädliche Bewohner in unserem Organismus leben, zuweilen aber ausgeprägte virulente Fähigkeiten entwickeln. G. knüpft an diese Mittheilung noch einige Bemerkungen bezüglich der Diagnostik der leichtesten Appendicitisfälle und betont, dass in solchen die mehr oder weniger ausgeprägte Schmerzhaftigkeit nur nach innen und oberhalb des rechten Ligam. Pouparti (Mac-Burney's Punkt), sonst aber nirgends mehr vorhanden ist. Ein solcher Befund berechtigt zur Diagnose: Appendicitis levissima.

Gold (Bielitz).

4) C. Beck (New-York). Zur Therapie, insbesondere dem Werth der Frühoperation bei der Entzündung des Processus vermiformis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 38 u. 39.)

B. erblickt im diagnostischen Moment den springenden Punkt bei den verschiedenen Ansichten über die Indikationsstellung zur Operation der Appendicitis. Während die Operationstechnik einen hohen Grad von Vervollkommenung erreicht hat, ist in Bezug auf ätiologische Faktoren, die Grundsteine der Diagnostik, noch viel an Klarheit zu wünschen übrig. B. tritt den angedeuteten Fragen in dem fesselnd geschriebenen und durch interessante Krankengeschichten bereicherten Artikel näher, hebt einige der Hauptschwierigkeiten hervor, welche sich der gewünschten Lösung entgegenstellen und stellt fest, dass die Erleuchtung des Dunkels in erster Linie von Seiten des Chirurgen zu kommen hat. Nach einer ausführlichen Schilderung der operativen Technik und der verschiedenen Pläne, welche je nach der Art der Entzündung des Processus vermiformis eingehalten werden müssen, weist B. an der Hand eigener Beobachtungen und solcher Anderer darauf hin, dass man so früh als möglich, wenn möglich im »freien Intervall« operiren müsse, ja dass man selbst in den verzweifeltsten Fällen, in welchen die Appendicitis, Dank des planlosen Abwartens und Hin- und Herwägens, ihren circumscripiten Charakter eingebüßt hat, und eine allgemeine Peritonitis zur Entwicklung kam, durch energisches, heroisches operatives Eingreifen viel zu leisten in der Lage ist. — Andererseits bereitet die Diagnose der Erkrankung, Dank der noch unklaren Ätiologie, oft ernste Schwierigkeiten. Vor allem Anderen sind die Symptome, wie sie als pathognomonisch hingestellt werden, im Frühstadium der Appendicitis nicht immer klar entwickelt, andererseits liefert in anderen Fällen die Erkrankung Anzeichen, welche auch auf eine sogenannte gutartige

katarrhalische Entzündung hindeuten. B. hat bei geringen Lokalsymptomen, bei wenig gestörtem Allgemeinbefinden und unbedeutender Abweichung von Temperatur und Puls schon 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung die ausgedehntesten Zerstörungen nach Eröffnung der Bauchhöhle vorgefunden, so dass der pathologisch-anatomische Befund nicht im geringsten Verhältnis zu dem klinischen Bild stand. — Andererseits fehlt uns noch ein klares Urtheil über die Bedeutung und Entwicklung des toxischen Agens. So muss sich der Operateur in vielen Fällen auf seine klinischen Erfahrungen, auf die Okularinspektion und die Abwägung der Allgemeinerscheinungen stützen, sich ein Urtheil über die toxische Bedeutung des Falles bilden und sich den Weg für das weitere chirurgische Vorgehen ebnen. Eine rationelle Vorhersage lässt sich aus den Frühsymptomen nur ausnahmsweise aufbauen. Das Hauptgewicht liegt in der Frage: »Drängt der Fall zur Operation, oder kann man noch warten bis zur Klärung?« Diese Entscheidung gebührt von Anfang an lediglich dem Chirurgen, nicht nur als dem Techniker, sondern als dem besseren Kenner. — Die Einwände der zuwartenden Kollegen, dass nach Berichten viele Fälle von Appendicitis ohne Operation heilen sollen, dass man öfter in der irrigen Erwartung, einen pathologischen Wurmfortsatz zu finden, unnötig die Bauchhöhle eröffnete, weist B. damit zurück, dass es fraglich erscheint, ob in allen Fällen, in welchen eine als »katarrhalisch« angesprochene Appendicitis »spontan« heilte, der Beweis für die richtig gestellte Diagnose geliefert wurde, dass weiter, wenn eine derartige Entzündung einmal vorhanden war, eine totale Restitutio in integrum sehr selten vorkommt, und dass diese hochgepriesene temporäre Spontanheilung bei einem neuerlichen Anfälle theuer genug bezahlt werden muss. In Bezug auf diagnostische Irrthümer braucht die Chirurgie durchaus nicht vor der internen Schwester zu erröthen. Diese chirurgischen Irrthümer werden tausendmal aufgewogen durch eine endlose Reihe unerkannter und unoperirter Fälle, deren tödlicher Ausgang durch einen Explorativschnitt hätte abgewendet werden können. Unter 2 Mitteln gewählt, wird der unnötige Explorativschnitt im zweifelhaften Falle doch das kleinere repräsentiren. In der Hoffnung, dass auch noch in das dunkle Wirrsal ätiologischer und diagnostischer Punkte Licht hineinkommen werde, und mit dem Wunsche, dass sich Medicin und Chirurgie auf dem Wurmfortsatzschlachtfelde bald die Hände reichen mögen, schließt B. seine interessanten Auseinandersetzungen.

Gold (Bielitz).

5) R. Gersuny. Wann operiren wir bei Appendicitis?

(Wiener med. Presse 1896. No. 46.)

Unser Vorgehen in den Fällen von Perityphlitis wird nach G.'s Meinung derart sein, dass wir typisch verlaufende Fälle in der Weise behandeln, wie es sich als am zweckmäßigsten herausgestellt hat, nämlich durch Ruhigstellung des Darmes mit Hilfe von Opium, Bett-

ruhe, Eis etc.; dass wir weiter in Fällen von prolongirtem, atypischem Verlauf die Vorbereitungen so treffen, dass in jedem gegebenen Moment der operative Eingriff stattfinden kann, wobei die Beobachtung des Kranken am zweckmäßigsten zwischen Internisten und Chirurgen getheilt wird, wenn wir es nicht vorziehen, solche Kranke gleich in eine Anstalt zu bringen, wo sie unter dauernder ärztlicher Beobachtung stehen, und wo in jedem Moment sogleich der nothwendige operative Eingriff ausgeführt werden kann. Wenn aber der Beginn einer allgemeinen Peritonitis, wenn die Rerstung des Abscesses beobachtet wird, dann ist kein Moment zu verlieren, dann müssen wir auf augenblickliche Operation dringen.

So können wir im Allgemeinen sagen: In den Fällen, wo die Hoffnung auf spontane Heilung geringer wird, dürfen wir operiren, in den Fällen, wo drohende Gefahr vorhanden ist, müssen wir operiren.

P. Wagner (Leipzig).

6) A. Foges. Kasuistische Beiträge zur Klinik der Appendicitis simplex.

(Wiener med. Wochenschrift 1896. No. 50—53.)

Aus dem mannigfachen kasuistischen Material sei die Aufforderung des Autors wiedergegeben, bei gynäkologischen Operationen, bei der Entfernung der rechten Adnexe, speciell bei Pyosalpinx, wo ja stets Adhäsionen vorhanden sind, auch auf den Darmanhang zu achten und ihn mit zu exstirpiren, falls er sich abnorm verwachsen, geknickt oder stark hypertrophisch zeigt. (Über die Beziehungen zwischen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates und des Proc. vermiformis ist jüngst in der Januarsitzung der Berliner Chirurgen verhandelt worden. Ref.)

Herm. Frank (Berlin).

7) — Some remarks on the surgery of perforating gastric ulcer.

Der Verf. des Artikels ist nicht ersichtlich! (Ref.)

(Annals of surgery 1896. November.)

Der Erfolg bei der Behandlung eines perforirten Magengeschwürs hängt nach des Verf. Ansicht ab von der frühzeitigen Operation (allerdings soll nicht im ersten Shock operirt werden), und zwar davon, ob man das Geschwür findet, ob man in der Lage ist, dasselbe zu vernähen, und ob man im Stande ist, das Bauchfell ordentlich zu reinigen. Die Geschwüre sitzen meist an der Hinterwand des Magens; dagegen brechen die der Vorderwand leichter nach außen durch. Sie sitzen dann meist näher der kleinen als der großen Curvatur und näher der Cardia als dem Pylorus. Trotz dieser im Allgemeinen zu Recht bestehenden Thatsachen ist das Finden eines Geschwürs — auch auf der Vorderseite des Magens — häufig sehr schwierig. In manchen dieser letzteren Fälle giebt die Injektionsröthe auf der Außenseite des Magens, die sich nach dem Sitze des Geschwürs hin vertieft, einen Fingerzeig; in anderen

achte man auf die Richtung des Flüssigkeitsstromes, welcher die Perforation verlässt; schließlich ist es erlaubt, durch eine Schlundsonde den Magen vorsichtig aufzublähen. Ist das Geschwür gefunden, so folgt die Naht, bei welcher die Ausschneidung der Geschwürsränder keine besonderen Vortheile bietet. Bei der Operation wird der Magen möglichst vor die Wunde gezogen; ist er durch Verklebungen festgelöthet, so muss der M. rectus zuvor gespalten werden. Ist die Magenöffnung nicht durch Naht zu schließen, so führe man einen Drain in den Magen und tamponire um denselben herum die offene gelassene Bauchhöhle mit Jodoformgaze, oder man suche die Ränder der Geschwürsöffnung mit der Bauchwand zu vernähen, um so eine Magenfistel herzustellen.

Handelt es sich um ein Geschwür an der Hinterwand des Magens, so kann man sich den Zugang zu demselben durch eine im kleinen Netz angelegte Öffnung bohren, nachdem man sich von dem Sitz desselben durch Einführen des Fingers durch das Foramen Winslowi überzeugt hat. Unter allen Umständen hält Verf. es für geboten, die Bauchhöhle auszuspielen. In allen Fällen ferner muss drainirt werden und zwar soll ein Drain in die Nähe der Magenwunde, der andere ins Becken kommen.

Der Erfolg der Operation kann durch eine Reihe von Zufällen vereitelt werden, die zu beseitigen nicht in der Macht des Chirurgen steht; zu nennen sind schon bestehende Peritonitis, subphrenischer Abscess, der mit dem nothwendigen Eingriff verbundene Shock, eine 2. Perforation.

Tietze (Breslau).

8) Quénu. Étude clinique sur le cancer du rectum.

(Revue de chir. 1897. No. 1.)

In der Studie giebt Q. auf Grund sorgfältiger Feststellungen an einem großen Krankenmaterial ein Bild von den Symptomen, welche Mastdarmkrebs im Beginn und in ihrer weiteren Entwicklung, so wie je nach ihrem Sitze hervorrufen. Etwas Neues, das namentlich für die Frühdiagnose des Leidens zu verwerthen wäre, wird auch vom Verf. nicht geboten. Um so nothwendiger bleibt es, bei den ersten Klagen eines Kranken über Blutungen oder Stuhlwang, über häufigen Abgang von Gasen mit etwas Flüssigkeit oder Schleim, über abnorme Empfindungen in der After- oder Kreuz-Steißbeingegend zur Zeit oder außerhalb der Defäkation oder über Stuhlverstopfung — Beschwerden, die von Q. als Erstlingssymptome des Mastdarmkrebses hingestellt werden — sofort eine Mastdarmuntersuchung vorzunehmen und damit nicht zu warten, bis dieser ganze Symptomenkomplex und andere ernste örtliche und allgemeine Störungen zu Tage getreten (Ref.).

Kramer (Glogau).

9) **F. Terrier et M. Auvray.** Les traumatismes du foie et des voies biliaires. Seconde partie. Voies biliaires.

(Revue de chir. 1897. No. 1.)

In diesem zweiten Theil der Abhandlung interessiren gleichfalls, wie im ersten (s. Ref. No. 3 d. Bl.), besonders die in therapeutischer Hinsicht gezogenen Schlussfolgerungen, welche sich den Verff., die eigene Beobachtungen übrigens nicht bringen, aus dem sorgfältig zusammengestellten litterarischen Material ergeben haben. Das letztere dient auch dazu, das anatomische und klinische Bild der Verletzungen der Gallenblase in seinen verschiedenen Formen zu zeichnen. Auch für diese wird, selbst bei Fehlen einer äußeren Wunde, die Nothwendigkeit möglichst frühzeitiger, eventuell explorativer Laparotomie zu erweisen gesucht, da einestheils die Statistik gelehrt hat, dass kein Fall von Verletzung der Gallenwege ohne Punktion oder Incision geheilt ist, und andererseits die Punktion des entstandenen, mit Blut gemischten Gallenergusses nicht bloß mit Gefahren verknüpft ist (>Méthode aveugle<), sondern auch meist mehrfach, selbst 8—9mal, hatte wiederholt werden müssen. Die Verff. würden ihr desshalb auch eher noch den sekundären Bauchschnitt vorziehen, der allerdings wegen bestehender Verwachsungen von Darm und Bauchwand recht schwierig werden kann, aber immerhin günstige Resultate gegeben hat. Durch die frühzeitige Operation wird indess den Gefahren, die durch Infektion des Bauchfelles seitens nichtaseptischer Galle und durch den kolossalen Gallenverlust dem Verletzten früher oder später erwachsen können, am besten vorgebeugt. Ihre Aufgabe ist es, bei Zerreißung der Gallenblase entweder deren Naht zu versuchen oder das ausgedehnt verletzte Organ zu entfernen, bei Verletzung des Ductus cysticus denselben zu unterbinden und die Cholecystektomie anzuschließen, bei der des Ductus hepaticus temporär zu drainiren und bei Verletzung des Ductus choledochus die Naht desselben vorzunehmen oder nach doppelter Unterbindung eine Cholecyst-Enterostomie herzustellen. Wenn dies z. Th. auch nur theoretische, durch die praktische Erfahrung noch nicht bewährte Indikationen sind, so verdienen sie doch immerhin in zukünftigen Fällen derartiger Verletzungen ins Auge gefasst zu werden.

Zum Schluss sei aus den statistischen Zusammenstellungen der Verff. erwähnt, dass von 21 durch Punktion behandelten Fällen von Verletzung der Gallenwege 12 geheilt worden sind, dass die Spätlaparotomie unter 7 Fällen 4mal, die frühzeitige beide Male zur Heilung geführt hat.

Kramer (Glogau).

10) **J. Vanverts.** Des ruptures du foie et de leur traitement.

(Arch. génér. de méd. 1897. Februar.)

Verf. zieht aus einem eingehenden Studium der bis jetzt vorliegenden Kasuistik folgende Schlussfolgerungen:

Die Zerreißungen der Leber sind nur bedenklich durch ihre Komplikation, deren wichtigste die Blutung ist. Die Diagnose des

Leberrisses bleibt oft für längere Zeit unsicher, während die Diagnose der Komplikation (innere Blutung, Peritonitis, Leberabscess) leichter ist. Die Behandlung wird sich demgemäß auf die An- oder Abwesenheit dieser Komplikationen gründen. In der Praxis gestaltet sich die Frage häufig schwierig, da man bei einer Quetschung des Bauches sehr oft im Zweifel sein kann, ob es sich um eine Verletzung der Leber, der Därme oder eines anderen Organs der Bauchhöhle handelt. In Folge dessen richtet sich gegenwärtig das Bestreben darauf, möglichst frühzeitig einzugreifen, selbst bei der Abwesenheit jeglicher Indikation. Dieses Vorgehen hat bis jetzt ausgezeichnete Resultate geliefert, besonders bei Ruptur der Leber, wo man möglichst früh operiren muss, wenn man den Gefahren der Blutung begegnen will. Bezüglich der Behandlung der Leberverletzung empfiehlt Verf. im Allgemeinen die Tamponade als das sicherste Mittel zur Stillung der Blutung. Die Naht des Lebergewebes ist zwar ausführbar, doch wegen der leichten Zerreißbarkeit der Lebersubstanz weniger zu empfehlen. (Ref. kann den Standpunkt des Verf., selbst bei Abwesenheit jeder Indikation operativ vorzugehen, nicht theilen; wenn er auch für möglichst frühzeitiges Eingreifen eintritt, so muss dasselbe doch eine diagnostische Grundlage haben, die sich entweder auf die Zeichen einer inneren Verblutung oder sonstige Merkmale einer inneren Organverletzung stützt.)

Longard (Aachen).

11) W. Ahlenstiel. Die Lebergeschwülste und ihre Behandlung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 4.)

Seit den experimentellen Versuchen Ponfick's und Nasse's über Ausschaltung resp. Entfernung von Lebertheilen hat sich die Leberchirurgie bedeutsam entwickelt. Langenbuch, Lauenstein, Tillmanns, Lücke, Hochenegg, v. Bergmann haben Leberpartien abgetragen. Zu operativen Eingriffen an dem Organ veranlassten Schnür- und Wanderleber, vor Allem Geschwülste. Außerdem sind schon häufig Abscesse in Angriff genommen worden. Die Operationsmethode der einzelnen Autoren war dabei eine verschiedene. Empfehlenswerther als die Punktion und Drainage dürfte breite Eröffnung sein. Das Syphilom, welches irrthümlich mehrfach zur Laparotomie veranlasst hat, wird am besten interner Therapie überantwortet. Von blasigen Geschwülsten sind nächst primären und sekundären mit Epithelproliferation einhergehenden Cysten die Echinokokken die häufigsten. Die einfache Punktion oder solche mit folgender Injektion eines Antisepticums ist zu widerrathen. Das ideale Verfahren ist wohl die sofortige Exstirpation des Sackes; doch wird es immer Fälle geben, wo eine zweizeitige Operation indicirt ist.

Eingehender beschäftigt sich Verf. weiter mit der Frage, ob es ein primäres Carcinom der Leber giebt oder nicht. Gegenüber der negirenden Anschauung einiger Autoren, speciell v. Bergmann's, der diese Krebse für Adenome hält, glaubt A. das primäre Vorkommen

anerkennen zu müssen, namentlich gestützt auf die Sektionsprotokolle der pathologisch-anatomischen Institute zu Berlin und Helsingfors, wie auf die guten Resultate einiger bekannten Exstirpationsfälle von Leberkrebs.

Bezüglich der Diagnostik kann A. leider auch nur bestätigen, dass wir mit allen uns zu Gebote stehenden Hilfsmitteln die wenigsten Lebergeschwülste hinsichtlich ihrer Natur diagnosticiren können. Es bleibt uns also meist nur die probatorische Laparotomie übrig, zu der Verf. um so mehr räth, als sie oft Gelegenheit giebt, Fälle noch zu operiren, die bisher rettungslos verloren gegeben wurden.

Zum Schluss fügt A. noch die Krankengeschichte einer Pat. an, bei der ein Carcinoma hepatis angenommen werden musste, die Laparotomie (Operateur: R. Köhler) aber bewies, dass es sich um Leberlues handelte. Verf. fragt, ob die eingeleitete Jodkalikur oder die Eröffnung der Leibeshöhle das wesentlichste Moment für die Heilung gewesen sei. Er behauptet, dass ohne den Bauchschnitt die Diagnose auf Syphilis nicht gestellt worden wäre und glaubt auch von diesem Standpunkt aus die Probelaaparotomie befürworten zu sollen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.). —

12) M. Kousnetzoff et J. Pensky. Études cliniques et expériences sur la chirurgie du foie. Sur les resections partielles du foie.

(Revue de chir. 1896. No. 7 u. 12.)

Der erste Theil der Arbeit bringt eine sorgfältige Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle von partieller Leberresektion zum Zweck der Entfernung von Geschwülsten, deren Krankengeschichten anhangsweise mitgetheilt sind, und denen ein weiterer von Grube (Charkow) operirter Fall von tubulösem Adenom der Leber angereiht wird. In Bezug auf diesen letzteren sei erwähnt, dass die Geschwulst seit ca. 20 Jahren bestanden und erst nach einem Fall des Pat. zu heftigeren Beschwerden und Abmagerung des 55jährigen Mannes geführt hatte. Die Operation war sehr blutig; die kindskopfgroße Höhle in der Leber wurde tamponirt, schloss sich aber in der folgenden Zeit, mit Pyoctanineinspritzungen (1:500) behandelt, ziemlich schnell, so dass die Heilung nach 1 Monat beendet war; Recidiv nach fast 1 Jahre. Unter den im Ganzen 30 Fällen von Leberresektion handelte es sich 20mal um eine gutartige, 8mal um eine bösartige Geschwulst, 2mal um einen traumatischen Lebervorfall (20% †); diese sich durch die relative Kleinheit der Zahl derartiger Operationen aussprechende Zurückhaltung der Chirurgen von solchen Eingriffen, die namentlich in Bezug auf die Blutstillung und Leberstielbehandlung noch unvollkommene und unsichere Technik derselben haben die Verff. veranlasst, diesen und einigen anderen wichtigen Fragen experimentell näher zu treten und selbige an Hunden und Kaninchen eingehend zu studiren. Der Be-

schreibung dieser Versuche und dem Bericht über ihre Ergebnisse dient der 2. Theil der Abhandlung, die ein sorgfältiges Studium verdient. Hier seien nur die Schlussfolgerungen der Verff. kurz wiedergegeben.

1) Die nur leicht angelegten Ligaturen des Lebergewebes sichern nicht genügend gegen die primäre und Spätblutung nach der Leberresektion.

2) Die intraperitoneale Behandlung des Leberstieles ist, mit der Tamponade desselben kombinirt, als das vollkommenste Verfahren anzusehen; indess garantirt die extraperitoneale sicherer gegen Nachblutung.

3) Zur Anlegung der Ligaturfäden durch das Lebergewebe hindurch eignen sich am besten Nadeln mit runder, stumpfer Spitze.

4) Die Ligaturen en masse à travers le foie (s. Abbildung in der Arbeit p. 955) müssen langsam, aber sehr fest zusammengeschnürt werden; dadurch wird der Blutung sicher vorgebeugt.

5) Unterbindungen einzelner Lebergefäße sind ausführbar, ohne dass ein Abgleiten der Ligaturen oder eine Zerreißung der Gefäßwand zu befürchten ist; indess genügen die en masse angelegten, fest angelegten Ligaturen quer durch das Lebergewebe.

6) Die Übernähung des Leberstumpfes mit Netz ist eine gegen Nachblutung nicht sichernde und zeitraubende Komplikation.

7) Zur Freilegung der Leber empfiehlt sich ein Schnitt, parallel dem Rande der falschen Rippen.

Kramer (Glogau).

13) P. Delbet. Sur un traitement des kystes hydatiques de l'abdomen.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 15.)

D. rath — nach dem Vorgange von Thornton und Billroth — von Neuem, die nicht inficirten Echinokokkencysten nach ihrer Entleerung zu schließen, zu versenken und die Bauchwand darüber wie nach einer Ovariectomie zu vereinigen. Die Gefahren, welche aus einer Ansammlung von seröser Flüssigkeit oder Blut in dem Sack entstehen könnten, hält D. für gering. Dagegen sind gallige Ergüsse mehr zu fürchten wegen der septischen Beschaffenheit der Galle. Deshalb rath D. bei galliger Beschaffenheit des Sackinhaltes zu der üblichen Vernähung von Sack und Bauchwand und Fistelbildung. Die sekundären Gallenfisteln, die sich oft 5—10 Tage oder noch später nach der Operation bilden, führt er auf Ulcerationen der Innenwand der Cyste durch Drains oder durch Infektion zurück; sie lassen sich also durch vollkommenen aseptischen Verschluss verhüten. In Fällen, in denen die Cystenwand stark blutet oder die Sackwand keine Neigung zum Zusammenfallen zeigt, kann durch Anbringung einer Steppnaht im Innern der entleerten Cyste (Capitonnage) eine Verkleinerung ihres Innenraumes erzielt werden. Der Fall, den D. nach dieser Methode operirte, heilte in kurzer Zeit per primam.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

14) T. Rovsing. Über tuberkulöse Arthritis und Ostitis im frühesten Kindesalter.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 3.)

R. macht auf eine eigenartige tuberkulöse Gelenkerkrankung bei Kindern zartesten Alters aufmerksam, welche in ihrem Verlaufe und ihrer Prognose weit von dem allgemein bekannten Bilde tuberkulöser Arthritis abweicht. Er hat während seiner Thätigkeit am Königin Luise-Kinderhospital zu Kopenhagen 7 solcher Fälle beobachtet, die am zutreffendsten als Pyarthron tuberc. acutum zu bezeichnen sind, sich durch eine besonders gute Prognose, auch quoad functionem, und ihren akuten Verlauf auszeichnen und ein Gemeinsames mit der tuberkulösen Peritonitis haben, dass sie auf eine einfache Incision — Arthrotomie — heilen.

Die Krankheit beginnt plötzlich bei anscheinend bisher gesunden Kindern unter schnell sich entwickelnder Geschwulst, starker Empfindlichkeit im Gelenk und Fieber. In allen diesen Fällen hat nun R. mikroskopisch die Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung festgestellt, sowohl durch den Befund von Bacillen im Eiter oder ausgekratzten Gewebstückchen, als auch zum Theil durch gelungene Impfversuche an Meerschweinchen. Am häufigsten — 5mal — war das Kniegelenk befallen, 3mal waren mehrere Gelenke erkrankt.

Nach ausführlicher Mittheilung der einzelnen Krankengeschichten, aus denen das eben geschilderte Krankheitsbild ersichtlich wird, sucht Verf. nachzuweisen, dass bisher in der einschlägigen Literatur noch nicht auf diese Art der Erkrankung hingewiesen ist; selbst König erwähne eine Form der tuberkulösen Gelenkentzündung bei Kindern unter einem Jahre und von so guter Prognose nicht. Das Bild entspricht eben einer »gewöhnlichen, heißen phlegmonösen Suppuration«, mit welcher es möglicherweise schon wiederholt verwechselt worden ist. Die Erkenntnis des specifischen Charakters aber macht eine besonders sorgfältige, aseptische Behandlung nothwendig, um eine Mischinfektion zu verhüten und damit die Prognose nicht zu verschlechtern. Man kann daher dem Verf. nur dankbar sein, auf diese Gelenkerkrankung im frühesten Kindesalter aufmerksam gemacht zu haben.

Im Anschluss an jene Ausführungen theilt R. noch einen Fall epiphysärer Ostitis tuberculosa femoris mit Epiphysenlösung mit, bei dem der Eiter extrakapsulär durchgebrochen war und einen Abscess gebildet hatte; ein Vorkommnis, das bereits König damit erklärt hat, dass bei Kindern unter 4 Jahren einmal der Beinkern mehr nach hinten und höher nach der Diaphyse zu liegt und die Kapsel sich unterhalb der Epiphysenlinie anheftet. Auch in diesem Falle heilte der große Abscess trotz fast vollständiger Zerstörung der Epiphyse aus, ohne Funktionsstörung zu hinterlassen.

Tschmarke (Magdeburg).

15) **H. Drouard.** Luxation et subluxation du nerf cubital.

I. B. Baillière et fils, Paris 1896. 152 S.

Verf. giebt in der vorliegenden Arbeit eine eingehende monographische Bearbeitung dessen, was bis jetzt über die Luxation des N. ulnaris bekannt ist. Nach einer anatomischen Einleitung bespricht D. zuerst die Ätiologie und Pathogenie der in Frage stehenden Affektion.

Es ist zu unterscheiden zwischen angeborener oder wenigstens durch kongenitale Verhältnisse spontan entstandener und traumatischer Luxation, resp. Subluxation. Die erstere Form ist bei Weitem die häufigere. Verf. fand sie unter 200 Individuen 3mal; sie ist also viel häufiger als gemeinlich angenommen wird. Schlaffheit der fibrösen Scheide des Ulnaris und Kleinheit so wie Abflachung des Epicondylus internus spielen dabei eine Hauptrolle. Allgemeine Abmagerung kann bei anatomisch Prädisponirten als veranlassendes Moment mitwirken. Die Luxation kommt besonders zu Stande bei Flexion und Pronation, und zwar, wie schon Zuckerkandl hervorhob, besonders bei stark entwickeltem Triceps.

Die traumatische Luxation ist viel seltener. Verf. findet in der Litteratur nur 13 Fälle, denen er je eine von Schwartz und Salanguier in der »Société de chirurgie« mitgetheilte Beobachtung, so wie zwei noch nicht veröffentlichte Fälle beifügt. Die anatomischen Bedingungen und veranlassenden Momente sind dieselben, wie bei der angeborenen und spontanen Luxation, nur bedarf es einer heftigen traumatischen Einwirkung, um die Luxation zu Stande kommen zu lassen. Bisweilen handelt es sich um eine gewaltsame Muskelanstrengung, z. B. Schneeballwerfen, Turnübungen etc. In anderen Fällen liegt ein heftiger Stoß auf die Innenseite des Ellbogens vor.

Die angeborene Luxation macht in der Regel so wenig Symptome, dass sie vom Träger kaum beachtet wird. Bisweilen werden Ameisenkriechen und Gefühl von Eingeschlafensein angegeben. Die Pat. vermeiden es ferner, sich auf die Ellbogen zu stützen. Im Gegensatz dazu macht die traumatische Luxation viel heftigere Erscheinungen: Anfangs einen heftigen Schmerz, in die Hand ausstrahlend, bisweilen mit irradiirenden Schmerzen in der Achsel, am Hals, in den Interkostalnerven, dann Parästhesien, bisweilen sogar motorische und sensible Lähmung im Ulnarisgebiet. Die Beschwerden schwinden nach Reposition des Nerven. Bei Weiterbestehen der Luxation nehmen die Beschwerden allmählich ab, wenn nicht eine Neuritis zu ernsteren Störungen führt. Für die Prognose kommt hauptsächlich diese mehrfach beobachtete Neuritis in Betracht.

Die Behandlung ist orthopädisch oder chirurgisch. Die erstere besteht in Reposition des Nerven und Anlegung eines fixirenden Verbandes in Streckung oder leichter Beugung. Diese Behandlung hat, gleich nach dem Trauma angewendet, schon Erfolg gehabt, ist aber in der Mehrzahl der Fälle doch nutzlos geblieben. Da wo ernstere Störungen bestehen, oder eine Neuritis zu befürchten ist,

muss operativ eingegriffen werden. Ganz verworfen wird die irrationelle Resektion des Ulnaris, die einmal ausgeführt wurde, eben so das direkte Annähen der Nervenscheide an die Tricepssehne. Besser sind die verschiedenen Vorschläge, den Nerven durch einen künstlichen Verschluss der Rinne an seiner Stelle festzuhalten. Verf. giebt dem Verfahren von Schwartz den Vorzug, das kurz in Folgendem besteht: Von einem Längsschnitt über den Epicondylus internus aus wird der Ulnaris freigelegt und reponirt. Gelingt es nicht, aus den Resten des zerrissenen fibrösen Gewebes die Rinne über dem Nerven durch einfache Naht zu schließen, so wird aus der starken Vorderarmfascie ein bandförmiger, 5—6 cm langer Lappen geschnitten, dessen Basis am Epicondylus internus, liegt. Dieser Lappen wird nach außen umgeschlagen, so dass er die Ulnarisrinne überbrückt, und sodann am inneren Rand der Tricepssehne angenäht. Zur Vermeidung einer Muskelhernie kann der Defekt in der Vorderarmfascie durch einige Nähte geschlossen werden. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

16) **F. Petersen** (Kiel). Über schief geheilte Vorderarmbrüche.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Die kurzen Bemerkungen P.'s beziehen sich wesentlich auf die bei Kindern vorkommenden, meist unvollkommenen Knickbrüche beider Vorderarmknochen und die Ursachen ihrer häufigen Schiefheilung. Es ist nun interessant zu erfahren, dass spätere Nachuntersuchungen, welche P. an solchen deform geheilten Brüchen hat anstellen lassen — allerdings ohne die gemachten Befunde durch Skiagramme zu kontrolliren (Ref.) —, ein Verschwinden der Knickungen nach Jahren in den Fällen ergaben, in denen sich die Individuen in der Wachstumszeit befunden hatten. Zur Erklärung dieser Geradestreckung zieht P. die Appositionstheorie heran, indem er annimmt, dass es auf der konkaven Seite der Knickung in Folge eines von den elastischen Weichtheilen ausgehenden Zuges zu vermehrter Anlagerung von Knochenmasse komme, während auf der konvexen in Folge von Druckwirkung der Weichtheile Knochenschwund eintrete, endlich im Inneren des Knochens, wie an den Fugenknorpeln entsprechende Veränderungen erfolgen. **Kramer** (Glogau).

17) **Drehmann**. Zur operativen Behandlung irreponibler traumatischer Hüftgelenksluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

D. vermag sich der Auffassung Kirn's, welcher die Resultate der Resektion bei irreponibler Hüftgelenksverrenkung als »recht günstig« bezeichnet, nicht anzuschließen; mindestens eben so gute Resultate müssten auch durch die viel weniger eingreifende Osteotomia subtrochanterica namentlich unter Zuhilfenahme der Hoffa'schen schrägen Durchtrennung zu erzielen sein. — Auf Grund dreier von Mikulicz operirter Fälle von veralteter traumatischer Luxation (denen sich noch eine Operation wegen paralytischer und 2 wegen

pathologischer Verrenkung anschließen) und 9 Beobachtungen aus der Litteratur berechnet Verf., dass die Resultate der blutigen Reposition die der Resektionen ganz bedeutend übertreffen. Die Resektion will er daher höchstens für die seltenen Fälle zulassen, wo der Kopf durch Druck auf den Plexus ischiadicus Lähmung des ganzen Beines hervorruft.

Für relativ frische Fälle ist ein Versuch der unblutigen Reposition nach Paci zu empfehlen; gelingt dieselbe, so ist eine Ruhigstellung für mehr als 3—4 Wochen, eben so die Feststellung in starker Außenrotation nicht angebracht. Die Gefahren forcirter Repositionsmanöver bei veralteten Hüftverrenkungen werden durch Beispiele aus der Litteratur illustriert.

Dass die blutige Reposition heute noch oft unmöglich wird, hat seinen Grund in dem meist gewählten Längsschnitt, der nicht genügend Zugang schafft. Diesem Übelstand abzuhelpen, ist das Mikulicz'sche Verfahren bestimmt. Die Behandlung gestaltet sich in der Breslauer Klinik folgendermaßen: Dehnung der verkürzten Muskeln durch Gewichtsextension mit Suspension in dorsaler Gipsschiene und Heusner'schen Filzstreifen für 1—2 Wochen. Bei ungenügender Wirkung Schraubenextension (Modifikation der Lorenz'schen Schraube cf. Taf. XVII). Ist genügende Verlängerung erreicht, so wird zur Operation geschritten. Ein 6—12 cm langer Querschnitt über den Trochanter, Abmeißelung der Trochanterspitze und Hinaufklappung derselben sammt der Muskulatur legt das Operationsfeld frei. Dann folgt die Lösung und Mobilisirung des Kopfes und die Aufsuchung und Säuberung der Pfanne, bei welcher man nicht früher ruhen darf, als bis die Pfanne in ihrer ganzen Ausdehnung leer ist, und der Knorpel blank zu Tage liegt; endlich die Reduktion des Kopfes, im Nothfall unter Zuhilfenahme der Schraubenextension. Nach gelungener Reposition wird der Trochanter mit 2—3 Silbernähten fixirt, zu beiden Seiten desselben mit Jodoformgazestreifen bis an den Pfannenrand tamponirt, und die Wunde bis auf die Lücken für die Gazestreifen genäht. Nachbehandlung mit Extension wie vor der Operation. Nach völliger Wundheilung Massage und leichte Bewegungen, nach 4 Wochen Gehübungen mit Krücken oder im Laufstuhl. Von den erwähnten 6 Operirten der Breslauer Klinik hatten 5 gute Wundheilung, einer starb an Sekundärinfektion 7 Wochen post operationem. In den 2 geheilten Fällen von traumatischer Verrenkung ist das funktionelle Resultat ideal.

Hofmeister (Tübingen).

18) G. de la Tourette. Pathogénie et traitement des pieds bots.

(Semaine méd. 1896. No. 65.)

In einem ziemlich langen Aufsatz versucht der Autor die schon vor Jahren von Guérin, Charcot und Vulpian und zuletzt von Little vertheidigte Ansicht über den nervösen Ursprung der Fußkontrakturen aufs Neue zu stützen. Das Hauptinteresse beanspruchen

in dieser Frage naturgemäß die angeborenen Fußabweichungen; denn dass diejenigen bei Kindern und Erwachsenen, mit Ausschließung einer ganz geringen Zahl, wo Narbengewebe oder Knochenerweichung rachitischer Natur die primäre Ursache abgibt, nur nach Erkrankung des Nervensystems — des centralen, so wie des peripheren — entstehen, ist allgemein acceptirt.

Bei angeborenen Fußkontrakturen wird dagegen überhaupt nicht oder nur selten an eine Erkrankung des Nervensystems gedacht. Dies letztere nur in einer kleinen Procentzahl der Fälle, wo noch Überreste einer schlaffen (selten) oder spastischen Paralyse übrig geblieben sind.

In den überaus häufigsten Fällen ist aber zur Zeit der Geburt keine Spur dieser Ausfallserscheinungen mehr nachzuweisen. Den Fällen dieser letzten Kategorie müssen dennoch, nach Verf., dieselben pathologischen Änderungen im Nervensystem zu Grunde gelegt werden; denn wesshalb, so fragt er, sollten beim Fötus die Verhältnisse andere sein als nach der Geburt? Vollkommen in Analogie mit dieser sei vielmehr anzunehmen, dass beim Fötus, der vielleicht eine noch größere Regenerationskraft besitzt, und dessen Centra zur Zeit nicht alle ausgebildet sind, die Folgen des lädirten Nervengewebes abgeklungen oder verschwunden sind, und allein die Fußverbildung als Zeichen einer länger dauernden Fixirung übrig geblieben ist.

Pathologisch - anatomische Beweise für diese Ansicht sind bis jetzt nur spärlich vorhanden. Doch giebt es immerhin eine Beobachtung von Michaud, wo bei der Sektion einer 70jährigen ganz gesunden Frau mit doppelseitiger angeborener Fußkontraktur eine sklerotische Veränderung der Vorderhörner im dorsalen Rückenmark vorgefunden wurde, während Monod und Vanverts bei einem Fötus von 8 Monaten mit doppelseitigem Equinus eine subarachnoideale Infiltration im Dorsalmark nachwiesen, mit Auflösung verschiedener Nervenwurzeln dieser Gegend, pathologische Veränderungen, die wahrscheinlich z. Z. der Geburt so weit gebessert waren, dass sie keine Symptome hervorrufen würden.

Dass Coyne und Troisier in ihrem Falle keine Abweichungen im Rückenmark fanden, beweist nach Verf. nichts; denn eine Untersuchung des Gehirns war unterlassen.

Aus einem anderen Grunde möchte dagegen Ref. einen Einwurf erheben gegen die Folgerungen des Verf. aus dem Falle Michaud's; denn es bleibt immerhin fraglich, ob die im Rückenmark vorgefundene Sklerose nicht als sekundär, als Folge der Muskelinaktivität zu betrachten sei!

Praktisch folgert Verf. aus diesen pathogenetischen Erwägungen, dass therapeutisch auf die Veränderungen des Muskelapparates das Hauptaugenmerk gerichtet werden soll. Eine medicinische Behandlung hat der chirurgischen voranzugehen. Wo hereditäre Syphilis dem Leiden zu Grunde liegt, da verspricht eine spezifische Kur

glänzende Erfolge. Weiter widerräth Verf. nachdrücklich Sehnendurchschneidungen, so lang noch Kontraktur in irgend welcher erheblichen Weise besteht. Der Nichtbefolgung dieser Regel schreibt er die so oft unzulänglichen Resultate einer chirurgischen Behandlung zu.

Anhangsweise erklärt Verf. den Plattfuß als eine kongenitale Missbildung, die ihrerseits zu keinen Beschwerden Anlass giebt. Sobald aber eine Entzündung in den Vorfußgelenken und im par-artikulären Gewebe aufgetreten ist, und durch längeres Stehen die Gelenke gezerzt und gedrückt werden, sind die Bedingungen der schmerzhaften Kontraktur gegeben. Und diese Entzündung wird, wie Verf. sich vielfach hat überzeugen können, durch den Gonococcus verursacht. Es sei desshalb in derartigen Fällen auf eine Urethritis zu achten und diese entsprechend zu behandeln.

G. Th. Walter ('s Gravenhage).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der orthopädischen Heilanstalt »Stuttgarter medicomechanisches Institut«.)

Hallux malleus (varus).

Von

Dr. E. Kirsch,

Specialarzt für Orthopädie in Stuttgart.

Ein Fall von Hallux malleus (varus) bei gleichzeitig bestehendem ausgebildeten Pes valgus kam mir im vorigen Jahre zufällig zu Gesicht. Eine kurze Beschreibung der nicht häufigen Deformität wird für manchen Chirurgen von Interesse sein; im Anschluss an die in der Litteratur gefundenen 4 Fälle drängen sich alsdann einige Erwägungen über die Entstehung des Leidens auf.



H. B., Dienstknecht, giebt an, dass er die aus der nebenstehenden Abbildung ersichtliche Fußdeformität schon sehr lange habe, doch sei sie erst nach der Geburt entstanden. Näheres ist aus dem wenig intelligenten Manne nicht herauszubekommen. Sonstige Deformitäten sind nicht vorhanden mit Ausnahme eines geringgradigen linksseitigen Genu valgum.

Beide Füße stehen in stark ausgeprägter fixirter Plattfußstellung, der innere Rand ist flach, aber nicht nach unten durchgebogen; Schiffbein und Taluskopf springen medianwärts hervor. Einen eigenthümlichen Anblick gewährt die Beuge- und Adduktionskontraktur der 1. bis 3. Zehe, die namentlich am Hallux sich stark geltend macht. Die große Zehe steht im Grundgelenk um ca. 50° plantarwärts gebeugt, während das Endgelenk etwas überstreckt ist, wodurch die Endphalange als vorderer medialer Stützpunkt des Fußes auf dem Boden ruht. Die Zehe ist ferner um

ca. 40° medianwärts abgewichen (Hallux varus), zugleich steht der mediale Rand etwas höher als der laterale, was seinen Grund in der Supinationsstellung des

Vorfußes hat (welche ca. 45° gegen die Horizontalebene beträgt). Die übrigen Zehen, mit Ausnahme der 5., zeigen Flexion und Adduktion im Metatarsalgelenk in geringerer, allmählich abnehmender Stärke.

Die große Zehe ist im Grundgelenk aktiv wenig und passiv (unter beträchtlichem Knirschen) ziemlich ausgiebig beweglich. Durch die Supinationsstellung und die Zehenflexion so wie die Aufwärtsbiegung der Metatarsen (Reflexion) entsteht bei diesen Plattfüßen eine neue Höhlung des Fußes, »es ist, als ob sie nach vorn gerutscht wäre« (Vulpinus s. unten).

Von den Weichtheilen ist zu bemerken, dass der Abductor hallucis sich stark kontrahirt anfühlt.

Wenn auch die Abweichung der Grundphalanx plantarwärts bei Weitem nicht 90° erreicht, so wird man doch die Deformität des Hallux, wenigstens am linken Fuß, sicher noch unter den Ausdruck »Hammerzehe« fassen müssen; außerdem ist für den ersten Anblick das Auffälligste die Adduktionsabweichung der Zehen, namentlich der ersten.

Hoffa erwähnt, dass Hallux varus mit Klumpfuß und mit kongenitalem Fibuladefekt vorkommt und sah sie bei dem im Gefolge der letzteren Deformität auftretenden Pes valgus; in der Litteratur fand ich einen derartigen Fall nicht beschrieben, doch erwähnt Bradford (Bradford and Lovett, *Atreatise on orthopedic surgery*, New York 1890) das gemeinsame Vorkommen von Hallux varus und Plattfuß. Was die Hammerzehe betrifft, so wird ihre Ausbildung zum Theil dem längere Zeit getragenen engen Schuhwerk zur Last gelegt, zum Theil ist sie aber angeboren (und zwar betrifft dies dann fast stets die 2. Zehe).

Die beschriebenen Fälle von Hammerzehebildung der großen Zehe bei erworbenem Plattfuß, die ich in Folgendem citire, sind in der jüngsten Zeit beobachtet worden, und aus dem Umstand, dass auf die Publikation der ersten beiden gleich 3 weitere folgen, lässt sich wohl schließen, dass die Affektion nicht allzu selten ist.

1) Nicoladoni. Wiener klin. Wochenschrift 1895. No. 15.

J. K., männlich, 16 Jahr. Im 8. Jahre Sensenhieb knapp unter dem rechten inneren Knöchel mit Durchtrennung der Sehne der Tib. post. Angeblich seit dieser Verletzung besteht rechtwinklige Plantarkontraktur der großen Zehe im Metatarsalgelenk, Streckung im Interphalangealgelenk. Dabei rechtsseitiger fixirter Pes valgus. Operation: Resektion des Capit. metat. I. Der linke Fuß war normal.

2) Nicoladoni. Ibidem.

J. B., männlich, 60 Jahr. Im 9. Jahre Stoß gegen die linke große Zehe und angeblich im Anschluss daran Auftreten der Plantarkontraktur des Metatarsalgelenks derselben; dorsale Flexion des Interphalangealgelenks. Ausgebildeter Pes valgus linkerseits. Operation: Resektion des Capit. metat. I. Der rechte Fuß war normal.

3) Rankeft. Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IV. Hft. 2 u. 3. p. 191.

J. St., männlich, 12 Jahr, trug immer Holzschuhe. Seit den ersten Lebensjahren angeblich platte Füße. Seit 3 Jahren Hervortreten des Plattfußbuckels unter dem inneren Knöchel und seit 2 Jahren plantare Kontraktur der großen Zehe im Metatarsalgelenk. Interphalangealgelenk leicht dorsal flektirt. Der Vorfuß steht supinirt, die große Zehe ist nach innen gerichtet. Der Plattfuß ist nicht fixirt.

4) Vulpinus. Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 35.

—, weiblich, 42 Jahr. Beiderseits hochgradiger fixirter Plattfuß mit rechtwinkliger Beugekontraktur der großen Zehen. Interphalangealgelenke stark überstreckt. Ätiologie: Klumpfuß im Kindesalter, durch die Behandlung in einen Valgus umgeformt. Ausbildung der Hammerzehe zur Entlastung des wegen Decubitus schmerzenden inneren Fußrandes. Das Fehlen des Capit. metat. I als Unterstützungspunkt zog das Einsinken des Fußgewölbes nach sich.

5) Der oben beschriebene.

Diese Fälle lehren, dass die Hammerzehenbildung am Hallux eine Beziehung zur Plattfußbildung haben muss; in allen 5 war stark ausgebildeter Valgus seit der Kindheit vorhanden, der nur in 1 Falle noch beweglich war; in dem von Rankeft und dem meinigen fand sich auch deutliche Varusstellung der großen Zehe.

Es entsteht die Frage, welche der beiden Deformitäten die primäre ist. Nicoladoni entscheidet sich dafür, dass die Hammerzehe sich zuerst ausbildete. Die Anamnese seiner Fälle spricht dafür: Um den durch Trauma empfindlich gewordenen inneren Fußrand zu schonen, sollen die Pat. denselben durch die Flexion der großen Zehe in die Höhe gehoben haben, es soll die Hammerzehe als Gewohnheitskontraktur entstanden sein. Weiter sagt Nicoladoni. »Durch die dauernde und fixirte Plantarkontraktur der großen Zehe wird der innere Fußrand und mit ihm der innere Fußbogen gehoben, der äußere aber, der von nun an fast ausschließlich zum Tragen verwendet wird, überlastet. — . . . : Der überladene äußere Fußbogen sinkt ein, und damit ist der erste Anstoß zu dem unaufhaltsam sich weiter entwickelnden völligen Pes valgus gegeben.«

Gegen diese Erklärung möchte ich geltend machen, dass es unzweckmäßig ist, nur die große Zehe stark zu flektiren, wenn man eine Erhebung des inneren Fußrandes beim Gehen herbeiführen will; man kann sich leicht durch eigene Probe überzeugen, dass dies sehr unbequem ist, dass man dagegen seinen Zweck sehr leicht erreicht, wenn man den Vorfuß stark supinirt und auf dem äußeren Fußrand geht, wobei die Zehen sich flektiren und die 1. und 2. auch eine leichte Adduktion erfahren.

Daran wird aber jedenfalls gegenüber der Theorie Nicoladoni's festzuhalten sein, dass die ständige Überlastung des äußeren Fußbogens, also die gewohnheitsmäßige Supinationsstellung, nach den bisherigen Beobachtungen den Pes varus und nicht den valgus herbeiführt. Bessel-Hagen erwähnt hiersu mehrere Beispiele: außer nach Fersenwunden kam es nach Ulceration am Innenrande der Sohle, nach schwieriger Verhärtung unter dem Metatarsale primum u. A. zur myopathischen Entstehung des Varus.

Vulpus weist auf die Wichtigkeit des Capit. metat. I als Stützpunkt des Fußes hin, welcher ihm nach Ausbildung der Hammerzehe entzogen wird, und schließt sich der Deutung von Nicoladoni an, dass durch diesen Vorgang das Einsinken des inneren Fußbogens herbeigeführt werde. Die primäre Zehenkontraktur wird in dem Vulpus'schen Falle allerdings eher glaublich gemacht, als in den ersten beiden, wenn man einen ausgedehnten Decubitus annimmt, durch den auch die Umgebung bei gleichzeitiger Fixation im Verbinde entzündliche Veränderungen erfährt; nur bleibt es auch hier, wo zudem vorher schon ein Klumpfuß bestand, fraglich, warum sich ein Plattfuß ausbildete.

Ich möchte, wie Rankeft, die Plattfußbildung als das primäre ansehen und, da ja die Entstehung der verschiedensten Kontrakturen für dieses Leiden charakteristisch ist, die Zehendeformität als durch den Valgus bedingt erklären. Ich erinnere daran, dass Pat. mit Plattfuß, namentlich mit traumatischem, häufig angeben, dass ihnen das Gehen auf dem äußeren Fußrand Erleichterung gewährt, und dass sie diesen Gang auch aus eigenem Antrieb längere Zeit annehmen; er wird ferner bei der heilgymnastischen Behandlung viel verwandt und wirkt als Palliativum bei einem Theil der Plattfußstiefel. Es wäre also folgender Vorgang zu denken: An dem sich mehr und mehr abducirenden Fuße wird in den schmerzhaften Perioden aktiv möglichste Supination herbeigeführt, wobei Flexion und schließlich auch Adduktion der ersten 3 Zehen mit eintreten. Die bei der Valgusbildung vorhandene Reizung der Gewebe befördert die Ausbildung der Kontraktur in der habituell eingenommenen Stellung, die durch die sogenannte Reflexion des Vorfußes noch begünstigt wird. Als Vorbedingung für das Eintreten der Malleusbildung müsste dann also Häufigkeit und zugleich große Intensität der schmerzhaften Perioden angenommen werden — was nach Lorenz sich meist auszuschließen scheint — und so würde sich die Seltenheit der Affektion erklären.

Es ist übrigens wohl denkbar, dass dieselbe Affektion auf verschiedenem Wege entsteht; der soeben geschilderte ist mir wenigstens für den von mir beobachteten Fall als der wahrscheinlichste erschienen.

Schließlich ist noch zu erwähnen, dass Lorenz das Vorkommen der Adduktion des Metatarsus bei hochgradigem Plattfuß öfters bespricht. Er sagt darüber: »Das Zustandekommen derselben erklären wir hypothetisch aus dem Widerstande, welchen die kurzen Schlenmuskeln und ihre Fascie der mit dem Einsinken eines hohen, i. e. gut gewölbten äußeren Fußbogens nothwendig verbundenen Verlängerung des Fußes entgegensetzen«.

Aus der gleichen Ursache müsste auch die Beugekontraktur der Zehe und (durch den Abductor hallucis) ihre Adduktion verständlich werden.

Therapeutisch dürften orthopädische Maßnahmen kaum in Frage kommen neben dem Radikalmittel der Resektion des Capit. metat. I — natürlich der theilweisen —, die von Nicoladoni in seinen beiden Fällen mit Erfolg ausgeführt wurde.

19) Göde. Verschluckte Gebisse als Fremdkörper im Ösophagus und ihre Entfernung durch Ösophagotomie.

Inaug.-Diss., Jena, 1896.

G. stellt aus der Litteratur 39 Fälle von Ösophagotomie wegen verschluckten künstlichen Gebisses zusammen und theilt 2 neue, von Riedel operirte Fälle mit. 1) Ein 25jähriger Mann hatte im Schlaf das Gebiss verschluckt; nach vergeblichen Versuchen, dasselbe in den Magen hinabzustoßen, wollte man es mit einer Zange extrahiren. Als auch dies nicht gelang, wurde der Kranke am 11. Tage nach dem Verschlucken der chirurgischen Klinik überwiesen. Temperatur 38,2°. 24 cm hinter der Zahnreihe fest eingekleibter fester Körper in der Speiseröhre fühlbar. Ösophagotomie, Schnitt, wie gewöhnlich, links. Der eingeführte Finger erreicht gerade noch das Gebiss. Die sehr mühsame Exstruktion, wobei der Ösophagus eine Strecke weit mit nach oben gezerrt wird, gelingt erst, nachdem der Speiseröhrenschnitt auf 10 cm verlängert worden. Das Gebiss hatte die Wand der Speiseröhre perforirt. Da dieses Loch gerade in der Verlängerung des Schnittes lag, wurde dieser noch bis in das Loch hineingeführt. Keine Naht, da die Schleimhaut zu sehr gelitten. Jodoform, Tamponade. Glatte Heilung. — 2) Der 23jährige Kranke verschluckt Nachts sein künstliches Gebiss. Am nächsten Morgen in Narkose vergebliche Extraktionsversuche; Mittags Ösophagotomie. Da man rechts am Halse den Fremdkörper fühlte, so wird rechts eingeschnitten. Der rechte Schilddrüsenlappen ist sehr groß, wird frei gemacht und nach links hinübergeschoben; die Speiseröhre endlich sichtbar; nach Incision leichte Exstruktion. Beim Zurücklagern der Schilddrüse zeigt sich, dass der Schnitt an der Hinterseite des Ösophagus liegt. Naht desselben unmöglich, da der Raum in der Tiefe zu eng ist. Jodoform, Tamponade. Nach 2 Tagen unter hohem Fieber Tod an eitriger Mediastinitis; rechts Pneumonie und Pyopneumothorax. In einer Nachschrift betont Riedel, dass die Naht der Speiseröhre wegen des sehr großen, bis zur Bifurkation der Trachea reichenden rechten Schilddrüsenlappens unmöglich war. Er empfiehlt, in solchen Fällen die betreffende Schilddrüsenhälfte zu exstipiren; damit die Wunde bei sofortiger Incision des Ösophagus nicht inficirt wird, soll man sie tamponiren und erst nach 24—48 Stunden den Ösophagus eröffnen. Nur wenn der Fremdkörper längere Zeit im Ösophagus saß, muss man gleich incidiren. Zum Schluss theilt Riedel noch einen weiteren Fall von Ösophagotomie mit, 5 Tage nach Verschluckung eines großen Knochenstückes. Man fand bei der Operation einen periösophagealen Abscess, darin, aus einem Loch in der Speiseröhre herauschauend, das Ende eines Münzenfängers, mit welchem ein Arzt Extraktionsversuche gemacht hatte. Das Knochenstück lässt sich leicht entfernen. Jodoform, Tamponade. Heilung.

Haeckel (Stettin).

Diese Fälle lehren, dass die Hammerzehebildung am Hallux eine Beziehung zur Plattfußbildung haben muss; in allen 5 war stark ausgebildeter Valgus seit der Kindheit vorhanden, der nur in 1 Falle noch beweglich war; in dem von Rankeft und dem meinigen fand sich auch deutliche Varusstellung der großen Zehe.

Es entsteht die Frage, welche der beiden Deformitäten die primäre ist. Nicoladoni entscheidet sich dafür, dass die Hammerzehe sich zuerst ausbildete. Die Anamnese seiner Fälle spricht dafür: Um den durch Trauma empfindlich gewordenen inneren Fußrand zu schonen, sollen die Pat. denselben durch die Flexion der großen Zehe in die Höhe gehoben haben, es soll die Hammerzehe als Gewohnheitskontraktur entstanden sein. Weiter sagt Nicoladoni. »Durch die dauernde und fixirte Plantarkontraktur der großen Zehe wird der innere Fußrand und mit ihm der innere Fußbogen gehoben, der äußere aber, der von nun an fast ausschließlich zum Tragen verwendet wird, überlastet. — . . . : Der überladene äußere Fußbogen sinkt ein, und damit ist der erste Anstoß zu dem unaufhaltsam sich weiter entwickelnden völligen Pes valgus gegeben.«

Gegen diese Erklärung möchte ich geltend machen, dass es unzweckmäßig ist, nur die große Zehe stark zu flektiren, wenn man eine Erhebung des inneren Fußrandes beim Gehen herbeiführen will; man kann sich leicht durch eigene Probe überzeugen, dass dies sehr unbequem ist, dass man dagegen seinen Zweck sehr leicht erreicht, wenn man den Vorfuß stark supinirt und auf dem äußeren Fußrand geht, wobei die Zehen sich flektiren und die 1. und 2. auch eine leichte Adduktion erfahren.

Daran wird aber jedenfalls gegenüber der Theorie Nicoladoni's festzuhalten sein, dass die ständige Überlastung des äußeren Fußbogens, also die gewohnheitsmäßige Supinationsstellung, nach den bisherigen Beobachtungen den Pes valgus und nicht den valgus herbeiführt. Bessel-Hagen erwähnt hierzu mehrere Beispiele: außer nach Fersenwunden kam es nach Ulceration am Innenrande der Sohle, nach schwieliger Verhärtung unter dem Metatarsale primum u. A. zur myopathischen Entstehung des Varus.

Vulpinus weist auf die Wichtigkeit des Capit. metat. I als Stützpunkt des Fußes hin, welcher ihm nach Ausbildung der Hammerzehe entzogen wird, und schließt sich der Deutung von Nicoladoni an, dass durch diesen Vorgang das Einsinken des inneren Fußbogens herbeigeführt werde. Die primäre Zehenkontraktur wird in dem Vulpinus'schen Falle allerdings eher glaublich gemacht, als in den ersten beiden, wenn man einen ausgedehnten Decubitus annimmt, durch den auch die Umgebung bei gleichzeitiger Fixation im Verbanne entzündliche Veränderungen erfährt; nur bleibt es auch hier, wo zudem vorher schon ein Klumpfuß bestand, fraglich, warum sich ein Plattfuß ausbildete.

Ich möchte, wie Rankeft, die Plattfußbildung als das primäre ansehen und, da ja die Entstehung der verschiedensten Kontrakturen für dieses Leiden charakteristisch ist, die Zehendeformität als durch den Valgus bedingt erklären. Ich erinnere daran, dass Pat. mit Plattfuß, namentlich mit traumatischem, häufig angeben, dass ihnen das Gehen auf dem äußeren Fußrand Erleichterung gewährt, und dass sie diesen Gang auch aus eigenem Antrieb längere Zeit annehmen; er wird ferner bei der heilgymnastischen Behandlung viel verwandt und wirkt als Palliativum bei einem Theil der Plattfußstiefel. Es wäre also folgender Vorgang zu denken: An dem sich mehr und mehr abducirenden Fuße wird in den schmerzhaften Perioden aktiv möglichste Supination herbeigeführt, wobei Flexion und schließlich auch Adduktion der ersten 3 Zehen mit eintreten. Die bei der Valgusbildung vorhandene Reizung der Gewebe befördert die Ausbildung der Kontraktur in der habituell eingenommenen Stellung, die durch die sogenannte Reflexion des Vorfußes noch begünstigt wird. Als Vorbedingung für das Eintreten der Malleusbildung müsste dann also Häufigkeit und zugleich große Intensität der schmerzhaften Perioden angenommen werden — was nach Lorenz sich meist auszuschließen scheint — und so würde sich die Seltenheit der Affektion erklären.

Es ist übrigens wohl denkbar, dass dieselbe Affektion auf verschiedenem Wege entsteht; der soeben geschilderte ist mir wenigstens für den von mir beobachteten Fall als der wahrscheinlichste erschienen.

Schließlich ist noch zu erwähnen, dass Lorenz das Vorkommen der Adduktion des Metatarsus bei hochgradigem Plattfuß öfters bespricht. Er sagt darüber: »Das Zustandekommen derselben erklären wir hypothetisch aus dem Widerstande, welchen die kurzen Sohlenmuskeln und ihre Fascie der mit dem Einsinken eines hohen, i. e. gut gewölbten äußeren Fußbogens nothwendig verbundenen Verlängerung des Fußes entgegensetzen«.

Aus der gleichen Ursache müsste auch die Beugekontraktur der Zehe und (durch den Abductor hallucis) ihre Adduktion verständlich werden.

Therapeutisch dürften orthopädische Maßnahmen kaum in Frage kommen neben dem Radikalmittel der Resektion des Capit. metat. I — natürlich der theilweisen —, die von Nicoladoni in seinen beiden Fällen mit Erfolg ausgeführt wurde.

19) Göde. Verschluckte Gebisse als Fremdkörper im Ösophagus und ihre Entfernung durch Ösophagotomie.

Inaug.-Diss., Jena, 1896.

G. stellt aus der Litteratur 39 Fälle von Ösophagotomie wegen verschluckten künstlichen Gebisses zusammen und theilt 2 neue, von Riedel operirte Fälle mit. 1) Ein 25jähriger Mann hatte im Schlaf das Gebiss verschluckt; nach vergeblichen Versuchen, dasselbe in den Magen hinabzustoßen, wollte man es mit einer Zange extrahiren. Als auch dies nicht gelang, wurde der Kranke am 11. Tage nach dem Verschlucken der chirurgischen Klinik überwiesen. Temperatur 38,2°. 24 cm hinter der Zahnreihe fest eingekleibter fester Körper in der Speiseröhre fühlbar. Ösophagotomie, Schnitt, wie gewöhnlich, links. Der eingeführte Finger erreicht gerade noch das Gebiss. Die sehr mühsame Extraktion, wobei der Ösophagus eine Strecke weit mit nach oben gezerrt wird, gelingt erst, nachdem der Speiseröhrenschnitt auf 10 cm verlängert worden. Das Gebiss hatte die Wand der Speiseröhre perforirt. Da dieses Loch gerade in der Verlängerung des Schnittes lag, wurde dieser noch bis in das Loch hineingeführt. Keine Naht, da die Schleimhaut zu sehr gelitten. Jodoform, Tamponade. Glatte Heilung. — 2) Der 23jährige Kranke verschluckt Nachts sein künstliches Gebiss. Am nächsten Morgen in Narkose vergebliche Extraktionsversuche; Mittags Ösophagotomie. Da man rechts am Halse den Fremdkörper fühlte, so wird rechts eingeschnitten. Der rechte Schilddrüsenlappen ist sehr groß, wird frei gemacht und nach links hinübergeschoben; die Speiseröhre endlich sichtbar; nach Incision leichte Extraktion. Beim Zurücklagern der Schilddrüse zeigt sich, dass der Schnitt an der Hinterseite des Ösophagus liegt. Naht desselben unmöglich, da der Raum in der Tiefe zu eng ist. Jodoform, Tamponade. Nach 2 Tagen unter hohem Fieber Tod an eitriger Mediastinitis; rechts Pneumonie und Pyopneumothorax. In einer Nachschrift betont Riedel, dass die Naht der Speiseröhre wegen des sehr großen, bis zur Bifurkation der Trachea reichenden rechten Schilddrüsenlappens unmöglich war. Er empfiehlt, in solchen Fällen die betreffende Schilddrüsenhälfte zu extirpiren; damit die Wunde bei sofortiger Incision des Ösophagus nicht inficirt wird, soll man sie tamponiren und erst nach 24—48 Stunden den Ösophagus eröffnen. Nur wenn der Fremdkörper längere Zeit im Ösophagus saß, muss man gleich incidiren. Zum Schluss theilt Riedel noch einen weiteren Fall von Ösophagotomie mit, 5 Tage nach Verschluckung eines großen Knochenstückes. Man fand bei der Operation einen periösophagealen Abscess, darin, aus einem Loch in der Speiseröhre herauschauend, das Ende eines Münzenfängers, mit welchem ein Arzt Extraktionsversuche gemacht hatte. Das Knochenstück lässt sich leicht entfernen. Jodoform, Tamponade. Heilung.

Haeckel (Stettin).

20) **W. J. Lissjanski.** Zur Kasuistik der Schusswunden des Unterleibes.

(Annalen der russischen Chirurgie 1896. Hft. 6. [Russisch.])

Die 18jährige Pat. erhielt bei leerem Magen einen Revolverschuss 3 Finger links unten vom Nabel. Sehr geringe Schmerzen. Opium. Eis. Nach 8 Tagen Abgang des Geschosses im Stuhl. Nach weiteren 3 Wochen geheilt entlassen. Das Geschoss hatte einen Hornknopf am Kleide durchschlagen und wurde daher etwas abgeschwächt.
E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

21) **F. Kijewski.** Zur Kasuistik der durch Kontusion des Abdomens bedingten Darmperforation.

(Gaz. lekarska 1896. No. 51. [Polnisch.])

1) Ein 22jähriger Schlosser erhielt bei Herstellung einer Wasserleitung durch ein geplatzttes Rohr einen heftigen Stoß gegen die Bauchdecken. Es stellten sich Symptome einer Darmperforation mit Peritonitis ein, wegen deren Pat. am 4. Tage in die Klinik Kosinski's aufgenommen wurde. Bei der Laparotomie fand man eine Ruptur des Dünndarmes, so wie reichlich Darminhalt in der Bauchhöhle. Es wurde ein künstlicher After angelegt, die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung irrigirt und mittels Gummiröhrchen drainirt. Trotz des desolaten Zustandes vor der Operation überlebte Pat. dieselbe. Die Symptome der akuten Peritonitis waren vollständig gewichen, und nur die abundante Eiterung aus der Bauchhöhle, zum Theil unterhalten durch Einfließen von Koth in dieselbe aus dem nicht gehörig versorgten Kunstafter, zehrte an dem Kranken. Da Pat. in diesem Zustand rettungslos verloren schien, wurde der Verschluss des künstlichen Afters durch Resektion versucht. Leider starb Pat. am 4. Tage nach der Operation in Folge hochgradiger Inanition.

2) Der 2. Fall betraf einen 30jährigen Arbeiter, welcher, durch das Schwungrad einer Dampfmaschine erfasst, zwischen dasselbe und die Wand gepresst wurde und in dieser Lage durch fast $\frac{1}{2}$ Stunde verblieb, bis seine Erlösung aus dieser peinlichen Situation gelang. Das Schwungrad drückte während der ganzen Zeit die Bauchdecken gegen die Wirbelsäule. 3 Stunden nach dem Unfalle wurde Pat. in die Klinik aufgenommen, und daselbst vorerst außer einer starken Blutsuffusion der Bauchdecken keine Läsion konstatirt. Am folgenden Tage mäßiger Meteorismus, Singultus, hie und da Erbrechen. Diese Symptome steigerten sich langsam derart, dass am 4. Tage bereits die Diagnose einer Perforativperitonitis sicher war, und die Laparotomie ausgeführt wurde. Außer einer perforirenden 1,5 cm langen Darmwunde wurden noch mehrere weitere gefunden, in denen die Schleimhaut erhalten war.

Resektion der perforirten Schlinge, Irrigation der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung und Drainage derselben. Tod am folgenden Morgen. Verf. will das späte Auftreten der Peritonealsymptome in diesem Falle durch eine Parese des ganzen Darmes, bedingt durch die starke Kontusion, erklären, indem er annimmt, dass aus dem paretischen Darm nur relativ sehr geringe Kothmengen in der ersten Zeit nach der Verletzung in die Peritonealhöhle gelangten.

Trzebičky (Krakau).

22) **Orlandi.** Su di un caso di pneumatoma intestinale.

(Gazz. med. di Torino 1896. No. 40.)

Die Luftgeschwulst, aus 7—9 hasel—walnussgroßen Erhebungen bestehend, lag an der Bauhin'schen Klappe, die Darmlichtung versperrend, und hatte Darmverschluss, Ileus und tödliche Peritonitis erzeugt. Die Schleimhaut war emporgehoben, fiel nach dem Einschnneiden und Entleerung des Gases zusammen, ohne weitere Veränderung zu zeigen. Fäulnis ausgeschlossen. Aus der Wand der Höhlen züchtete O. einen näher beschriebenen Bacillus, der in Milch und in Nährböden mit Zucker, Dextrin, Glycerin Gas entwickelte. Vielfach variierte Thierexperimente erwiesen zwar die Virulenz, fielen aber negativ aus in Bezug auf Gasbildung. O. nimmt den Bacillus als Ursache der Geschwulst an, glaubt, dass

die Gasbildung nicht durch eine specielle Variirung des Organismus bedingt sei, vielmehr analog den Resultaten von Untersuchungen, die an verwandten Mikroben gemacht sind, dass dazu ein besonderer Zustand der Gewebe gehöre, in denen der für gewöhnlich als Saprophyt wachsende Organismus die besprochene Eigenschaft zu wuchern und Gas zu bilden gewinne.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

23) O. Piering. Erfolgreiche Laparotomie einer rupturirten Nabelschnurhernie in der ersten Lebensstunde.

(Prager med. Wochenschrift 1896. No. 31.)

Es handelte sich um einen ungewöhnlich großen Nabelschnurbruch eines Neugeborenen mit Ruptur des Sackes und Eventration fast des ganzen Dünn- und Dickdarmes. Die Operation (Prof. Bayer) bestand in Erweiterung der Bruchpforte, Reposition der Därme, Excision des Bruchsackes und Verschluss der Wunde. Die Narkose (ca. 20 g reines Chloroform) wurde gut vertragen. Verlauf und Heilung ganz ungestört.

Als Radikaloperationen solcher Hernien bestehen jetzt 3 Methoden, die perkutane Ligatur nach Breuss, die extraperitoneale Methode nach Olshausen und die gewöhnliche Laparotomie mit Excision des Sackes und Naht der Bruchpforte. Letztere Methode ist die beste und zuverlässigste. In der Litteratur existirten bisher 32 Fälle mit 25 Heilungen. Der P.'sche Fall ist der 33. einer Laparotomie überhaupt und der dritte von Laparotomie in der 1. Lebensstunde. Ruptur des Sackes bestand in den früheren Fällen nicht; in dieser Beziehung ist P.'s Fall ein Unicum. Er stellt daher auch für künftige Fälle die Ruptur des Fruchtsackes als unbedingte Indikation zur Laparotomie bei Nabelschnurbruch auf.

Jaffé (Hamburg).

24) Simon. Über Radikaloperationen bei Inguinal- und Femoralhernien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

In der Heidelberger Klinik wurden vom 1. Januar 1889 bis 1. Oktober 1894 173 Hernien operirt nach den Methoden von Czerny, Macewen, Bassini, Bottini und Wölfler.

Unter 105 freien Hernien waren 91 inguinale und 14 crurale. In 2 Fällen erfolgte Tod durch Aspirationspneumonie und Lungenangrän (1,9%). Von 65 eingeklemmten Brüchen waren 38 Leisten- und 30 Schenkelbrüche. Von den 12 Todesfällen kommen 3 auf Pneumonie und Lungenangrän, 1 auf Lungenembolie, in 5 Fällen wurde bei schon bestehender Peritonitis operirt, 2mal trat Perforation, 1mal Stenose des reponirten Darmes mit consecutiver Peritonitis ein. Die Feststellung von 109 Endresultaten ergab 13 Recidive = 11,9%, darunter nur 1 bei Schenkelbruch. Am meisten Garantie für den Erfolg bietet die Bassini'sche Methode (kein Recidiv), dann Czerny's Pfortennaht.

Hofmeister (Tübingen).

25) L. Sirleo. Geheilte Invagination des Ileums.

(Policlinico 1896. Mai 1.)

Ein Fall von Spontanheilung einer partiellen Darminvagination. — 17jähriger Pat., tuberkulös belastet, war vor 3 Jahren wegen Darmverschluss im Hospital und verließ dasselbe, ohne chirurgischen Eingriff geheilt, nach 15 Tagen. Von da ab litt er ziemlich oft an Schmerzen in der unteren Bauchgegend, die nach Einführung von Speisen zunahmen und erst nach Abführmitteln und Klystieren schwanden.

Vom 31. März an wieder ziemlich heftige Schmerzen; der Allgemeinzustand verschlechterte sich allmählich, so dass am 7. April Eintritt ins Spital erfolgte. Man fand Auftreibung des Leibes, besonders in den oberen Partien; kein Fieber; Sensorium frei. Die Therapie bestand zuerst in Magenausspülungen und Eisblase, dann Laparotomie; es fand sich ein perforirendes Geschwür im Dünndarm, durch welches Darminhalt in die Peritonealhöhle getreten war. Tod nach wenigen

Stunden. Die Autopsie bestätigte den zu Lebzeiten erhobenen Befund: Perforation im Ileum ca. 25 cm oberhalb der Valv. ileo-coecalis; fibrinös-eitrige Peritonitis. Etwa 12 cm oberhalb der Ulceration zeigt der Darm eine auffallende Veränderung seiner Form, so wie eine centrale Verhärtung. Der Darmabschnitt unterhalb dieser Verhärtung ist normal, der darüber gelegene erweitert. Nach Einführung einer Sonde zeigt sich, dass das Darmrohr an dieser Stelle durch ein Septum in 2 Kanäle getheilt ist. Wenn man den vorderen Kanal eröffnet, so sieht man, dass dieses Septum mit Schleimhaut bekleidet ist und etwa 2 cm Höhe hat. Bei der histologischen Untersuchung fanden sich in der That 2 Darmrohre, beide mit Schleimhaut ausgekleidet, eben so auch mit Submucosa und Muscularis. Das Peritoneum umgibt beide Röhren von außen und schlägt sich von der einen zur anderen über. An seiner äußeren Oberfläche ist dasselbe stark infiltrirt. Die Muskelschichten sind an beiden Kanälen hypertrophisch. — Da beide Kanäle in demselben Sinne verlaufen und im Wesentlichen aus allen anatomischen Schichten der Darmwand bestehen, so sieht sich Verf. zu der Annahme veranlasst, dass bei dem Kranken vor 3 Jahren eine partielle Invagination stattgefunden habe, derart, dass ein Theil der Darmwand sich handschuhfingerartig in das Innere eingestülpt habe. Daher die 2 concentrischen Darmcylinder. Die Heilung dieser Invagination muss nun in der Weise erfolgt sein, dass sich zuerst am höchsten Punkte des eingestülpten Theiles Verwachsungen der Peritonealfächen gebildet haben. Weiterhin muss dann an der Basis des invaginirten Darmtheiles sich eine Ulceration und Perforation entwickelt haben; auf diese Weise kam hinter der invaginirten Partie eine 2. Kommunikation zu Stande, und es entstanden 2 Kanäle. Ein Theil der eingestülpten Partie der Darmwand bildet das oben beschriebene Septum. Die Ursache dieser Invagination ist nicht ganz klar; Verf. glaubt, dass sie in Verbindung stehe mit der Ulceration, an der Pat. zu Grunde ging.

H. Bartsch (Heidelberg).

26) Bieber. Über Gastroenterostomie.

Inaug.-Diss., Jena, 1895.

Bericht über 13 in der Riedel'schen Klinik ausgeführte Gastroenterostomien; stets wurde die Operation wegen Magencarcinom ausgeführt, mit Ausnahme eines Falles, in welchem die bei der Operation mit extirpirten Drüsen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als tuberkulös erwiesen. Stets wurde die ursprüngliche Wölfler'sche Gastroenterostomia antecolica anterior gemacht; Aufsuchung der anzunähernden Dünndarmschlinge in den ersten Fällen nach Socin, später nach Wölfler; nur in den letzten Fällen wurde darauf gesehen, dass in der angenähten Schlinge die Peristaltik derjenigen des Magens gleichgerichtet war. Schnitt in Magen und Darm 2 cm lang. Naht stets mit feinsten Seide. Besondere Maßnahmen, um den Mageninhalt zu verhindern, in den falschen Darmschenkel einzutreten, wurden nie getroffen. Von den 13 Kranken überstanden die Operation 9; 2 starben am Tage nach der Operation an Entkräftung; bei einem, welcher 2 Tage nach der Operation starb, ergab die Sektion ausgedehnte Dysenterie im ganzen Verlauf des Dickdarmes aus unbekannter Ursache; die Geschwulst am Pylorus erwies sich als einfaches Ulcus chronicum; nur bei dem 4. Kranken erfolgte der Tod durch Einfließen des Mageninhaltes in die zuführende Darmschlinge, während die abführende völlig kollabirt war. Betreffs der Dauerresultate bei den wegen Carcinom Operirten ist wohl ein Fall auszuschalten, der 5 Jahre nach der Operation noch lebt, so dass es fraglich ist, ob wirklich ein Carcinom vorlag. Mit Ausscheidung dieses Falles sind alle später an Carcinom gestorben, und zwar im Durchschnitt 8,2 Monate nach der Operation.

Haeckel (Stettin).

27) Bandter. Über den Einfluss der Chloroform- und Äthernarkose auf die Leber.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. p. 304.)

In der Wölfler'schen Klinik wurde ein 42jähriger Mann wegen eines Netzbruchs operirt. Er bekam 80 g Chloroform Anschütz, die Operation dauerte

über 1 Stunde. Es entwickelte sich danach das typische Bild der akuten gelben Leberatrophie, welcher der Kranke am 4. Tage nach der Operation erlag. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Mikroskopisch erwiesen sich in ausgedehnten Bezirken der Leber die Zellen untergegangen, in fettigen Detritus verwandelt. Unter Ausschluss aller übrigen Möglichkeiten musste das Chloroform als Ursache der akuten gelben Leberatrophie angesehen werden. — Abgesehen von einem nach Chloroformnarkosen auftretenden, vorübergehenden Ikterus ist ein gefährlicher Einfluss des Chloroforms auf die Leber beim Menschen nur sehr selten beobachtet worden, besonders von Bastianelli, während beim Thier die bekannten Experimente von Ungar und Strassmann eine ausgedehnte Verfettung von Lebersellen nach Chloroformathmung gelehrt hatten. B. konnte das durch eigene Thierversuche bestätigen, während er bei Äthernarkose keine oder nur eine geringgradige Veränderung der Leberzellen konstatiren konnte. Es wäre demnach bei Menschen mit Lebererkrankungen der Äther dem Chloroform vorzuziehen.

Haeckel (Stettin).

28) T. Wikerhauser. Leberruptur durch Hufschlag.

(Liečnicki vjestnik 1896. No. 3.)

W. berichtet über einen von Barković operirten Fall, wo nach einem Hufschlag im Bauch Zeichen einer inneren Blutung auftraten und Leberruptur angenommen wurde. Bei der Laparotomie fand man im linken Leberlappen, nahe dem Lig. suspensorium hepat., eine ca. 6—7 cm lange Risswunde. Dieselbe wurde vernäht und an eine Stelle des Lig. hepato-duodenale, welche mäßig blutete, ein Tampon nach Mikulicz eingelegt. Nach anfänglichem relativen Wohlbefinden trat am 3. Tage Unruhe und etwas erhöhte Abendtemperatur auf, am 5. Tage Erbrechen, Meteorismus, große Unruhe und Abends der Tod ein. Die Autopsie zeigte außer einer hypostatischen Pneumonie im rechten Unterlappen in der Bauchhöhle allgemeine eitrige Peritonitis. An der Leber fand man ganz rückwärts an der unteren Seite des linken Lappens lateral vom Sulcus longitudinalis sinister eine ca. 6—7 cm lange Risswunde mit eitrig belegten Rändern. In der Vena portae ein ca. 1 cm langer Riss und eitrige Thrombose. Die genähte und tamponirte Stelle reaktionslos, verklebt.

Cačković (Agram).

29) G. D'Urso. Endotelioma primario del Fegato.

(Estr. degli Atti della R. Accad. med.-chir. di Napoli 1896.)

Leberresektion wegen primärer Geschwulstbildung ist bisher 17mal ausgeführt worden. Der von D'U. mitgetheilte, von Antona operirte Fall ist der 18.

Die kopfgroße Geschwulst lag vorwiegend in der rechten Bauchseite, war wenig verschieblich, von den Beckenorganen mit Sicherheit abgrenzbar, bewegte sich mit der Respiration und ließ bei der Perkussion eine tympanitische Zone zwischen sich und der hinteren Bauchwand resp. der Leberdämpfung. Die Diagnose schwankte. Bei der Operation erwies sie sich als ein von der Leberunterfläche mit breitem Stiel ausgehendes Sarkom, nach außen von der Gallenblase. Ein Versuch, den Stiel auszuschälen, verursachte starke Hämorrhagie. Daher wurde ein elastischer Schlauch umgelegt, mit derber Seidennaht befestigt, eine weitere Umschnürung mit derbem Faden gemacht und peripher der Stiel durchschnitten und extraperitoneal versorgt. Tod an Erschöpfung am 2. Tag.

Die sehr blutreiche Geschwulst enthielt mehrere verschiedenen große Erweichungscysten. Die mikroskopische Untersuchung wird sehr ausführlich und genau mitgeteilt. Es handelte sich um ein Endotheliom. — Als Ausgangspunkt werden die Endothelien der Leberläppchen angenommen. Im Stiel lag atrophisches Lebergewebe mit beginnender Wucherung in der Stützsubstanz. Eine gute Tafel mit 5 klaren Abbildungen ist beigegeben.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

30) **V. Griffon.** Calculs enclavés dans l'ampoule de Vater.

(Presse méd. 1896. No. 85.)

Dass mehr oder weniger zahlreiche Steine in der Gallenblase älterer Leute gelegentlich der Autopsie gefunden werden, ohne dass dieselben während des Lebens irgend welche Symptome gemacht haben, ist eine alltägliche Erscheinung. Seltener sind die zufälligen Befunde von Steinen im Choledochus, besonders in seinem untersten Abschnitt und in der Vater'schen Ampulle.

Verf. hat 4 solche Fälle beobachtet, bei denen die scheinbar vollständige Verstopfung des duodenalen Endes des Choledochus im Leben niemals Ikterus verursacht hatte. — Eine Frau starb an Leberabscess: bei der Sektion erscheint die Gallenblase über einen großen Stein fest zusammengezogen; die durch einen Stein erweiterte Ampulle ragte wie ein Polyp in die Lichtung des Duodenum hinein. — Eine andere Frau, die an Lungengangrän starb, bot ein ähnliches Bild; nur war die Gallenblase erweitert. — Bei einer dritten Frau, die an eitriger Cholecystitis zu Grunde ging, wurden 2 Steine in der Ampulle gefunden. — Besonders interessant ist der 4. Fall, welcher eine an Pneumonie gestorbene Frau betraf. Die ausgedehnte Gallenblase enthielt mehrere große Steine. Der Choledochus war für 2 Finger bequem durchgängig; in demselben 2 große und 1 kleiner Stein. Der eine, nussgroß, von konischer Form, drängte die Ampulle weit heraus und gab ihr die Gestalt einer Glans penis, an der Spitze das geschwürige Orificium; darüber ein zweiter, eben so großer Stein, welcher die Schleimhaut des Duodenum cylindrisch vorwölbte; beide getrennt durch eine flache Furche, in welcher der dritte erbsengroße Stein saß. Trotz dieses großen Hindernisses kann der Abfluss der Galle niemals ganz aufgehoben gewesen sein, da die Kranke, wie gesagt, nie Erscheinungen diesbezüglicher Art dargeboten hat. Man muss annehmen, dass die Galle zwischen dem Stein und der Schleimhaut periodenweise abgeflossen ist, wenn man die von Bernard supponirte Porosität der Steine, welche Galle und Pankreassaft wie durch ein Filter fließen lässt, nicht anerkennen will.

Es steht nichts der Annahme entgegen, dass die Steine in der Gallenblase, welche in allen 4 Fällen ebenfalls Steine enthielt, entstanden und dann erst in den Choledochus gewandert, hier vielleicht allmählich durch Apposition gewachsen sind. Die 3 letzten Fälle sprechen gegen das Gesetz, welches Terrier und Courvoisier aufgestellt haben, wonach bei Steinverschluss im Choledochus die Gallenblase stets klein und retrahirt sei.

Tschmarke (Magdeburg).31) **W. Mysch.** Eine seltene Missbildung der oberen Extremität.

(Annalen der russischen Chirurgie 1896. Hft. 6.)

Knabe von 5½ Jahren, Klumphand, 7 Finger mit je 3 Phalangen, doppelte Endphalanx am 4. Finger, 7 Metakarpalknochen, die ersten beiden Finger verwachsen. Radius nach oben verlagert, steht 2 cm von dem Handgelenk ab, unten nicht verbreitert. Linke obere und beide unteren Extremitäten normal. Beigefügt ist eine Röntgen-Photographie.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).32) **Bamberger.** Abnormität der Hand. (Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 45.)

Der Daumen des Pat. ist auffallend verlängert und hat 3 Phalangen. Der Metacarpus und die Gelenke sind normal gebildet. Es lässt sich nicht entscheiden, welche Phalanx die überzählige ist. Eine Schwester des Pat. hat auch eine Verlängerung des Daumens, doch ohne überzählige Phalanx. Auch die Mutter soll eine ähnliche Abnormität gehabt haben.

Grisson (Hamburg).33) **D. Gerota.** Über einen seltenen Fall von Beckenfraktur.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 3.)

G. veröffentlicht den Leichenbefund einer alten Beckenfraktur, bei der nach Waldeyer's Ansicht im Augenblick der Verletzung die gefüllte Blase in den

Bruchspalt hineingedrängt wurde, so dass sie nach Verwachsung mit den Spaltwandungen durch ihre wechselnde Füllung die Bruchstücke dauernd aus einander hielt. Es handelt sich neben einer vertikalen Beckenfraktur um einen gleichzeitigen Bruch des horizontalen Schambeinastes in nahezu frontaler Ebene, d. h. Trennung in eine vordere und hintere Platte. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

34) **N. A. Sokolow.** Spontane Ablösung beider unteren Femurepiphysen bei Skorbut.

(Medicinskoje Oboarenje 1896. No. 21. [Russisch.])

16jähriger Schuster zeigt leichte Skorbutsymptome (Inanition, mäßige Stomatitis). Vor 3 Monaten Schmerzen in den Knien, die in einigen Tagen Bettruhe schwanden; bald darauf Ablösung der Epiphysen. Verdickung der unteren Femurenden, Beugung an der Stelle der Ablösung. Reposition, Schienenverband. Heilung nach 3 Monaten. **E. Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

35) **Herhold.** Zur Frage des Lipoma genu.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 3.)

H. hat einen einschlägigen Fall operirt. Das Lipom saß mit einem 2 cm langen Stiel auf den Ligamenta cruciata auf. Die übrige Synovialis war glatt und glänzend. Tuberkel ließen sich nicht nachweisen. Die Geschwulst hatte Hühnereigröße. H. führt als differentiell diagnostisches Mittel zur Unterscheidung des solitären Lipoms und des multiplen über die Gelenkhaut weit verbreiteten an, dass letzterem eine mehr dunkelrothe Zottenwucherung zukomme gegenüber der rein gelben des solitären Lipoms. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

36) **Oświecimski.** Ein Fall von eitriger Kniegelenksentzündung im Verlaufe von Lungenentzündung.

(Nowiny lekarskie 1896. No. 7.)

Bei einem bisher ganz gesunden Manne wurde am 4. Tage einer rechtsseitigen krupösen Pneumonie eine starke Schwellung des linken Kniegelenkes konstatiert. Da die Diagnose auf eitrige Gonitis gestellt wurde, eröffnete Verf. 8 Tage nach Beginn derselben das Gelenk mittels Längsschnittes, worauf sich ca. 1/2 Liter dicken, rahmartigen Eiters entleerte. Knochen und Knorpel erwiesen sich ganz normal. Ausspülung des Gelenkes mit Sublimat und Tamponade mit Jodoformgaze. Es erfolgte rasche Heilung mit vollständig normaler Beweglichkeit des Kniegelenkes. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters, so wie der aus demselben gezüchteten Kulturen ergab typische Friedländer'sche Pneumokokken.

Trzebielcy (Krakau).

37) **Knauer.** Ein Fall von angeborener doppelseitiger Tibialuxation nach vorn. (K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 45.)

Die Mutter hatte 8 Wochen vor der Geburt des Pat. einen Sturz ohne wesentliche Beschädigung erlitten. Ober- und Unterschenkel bilden einen nach vorn offenen Winkel, Beugebewegungen sind nur bis zur Geradestellung möglich. Beide Schienbeine sind nach vorn verlagert. Da in diesem Falle die Kniescheiben vorhanden sind — in den früher publicirten 12 Fällen fehlten sie meist —, so hält K. die Prognose für günstig. **Grisson** (Hamburg).

38) **N. P. Trinkler.** Beiträge zur Klinik und Pathologie der Achillobdnie.

(Annalen der russischen Chirurgie 1896. Hft. 6. [Russisch.])

5 Fälle: 1) Tendo-burso-vaginitis metastatica gonorrhoeica. 2) Bursitis retrocalcanea urica. 3) Periostitis et ostitis partialis ossis calcanei luetica (?) cum burside retrocalcanea et tendo-vaginitide tendinis Achillis gonorrhoeica metastatica

(vereitert, 15jähriger Knabe). 4) Bursitis serosa retrocalcanea urica; gonorrhoea. 5) Bursitis retrocalcanea serosa traumatica (nach Radfahren). Verf. hält die Achilloydynie nicht für eine besondere Krankheit, sondern für eine Komplikation verschiedener Krankheiten. E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

Berichtigung.

In No. 2 des Centralblattes für Chirurgie vom 16. Januar 1897 berichtet Prof. Thomas Jonnesco aus Bukarest über seine durch totale und beiderseitige Resektion des N. sympathicus cervicalis bei Morbus Basedowi und Epilepsie erreichten Erfolge und glaubt dabei, dass dieser Vorschlag ein neuer, von ihm Behufs Behandlung der Epilepsie ersonnener sei.

Prof. Jonnesco befindet sich aber im Irrthume, da ich der Erste war, welcher Behufs Heilung der Epilepsie die beiderseitige totale Resektion des Halssympathicus sammt allen 3 Ganglien noch im Jahre 1893 vorschlug¹.

Ich habe zuerst noch Jaksch² und Bogdanik³ die Resektion des N. sympathicus auf größerer Strecke bei genuiner Epilepsie vorgenommen⁴ und habe bei der Besprechung meiner Erfolge über die Unterbindung und Resektion der Wirbelarterien so wie Resektion des N. sympathicus bei der Epilepsie den obigen Vorschlag gemacht.

Zur Bekräftigung meiner Meinung gebe ich hier in wörtlicher Übersetzung aus der oben citirten Arbeit¹ folgende Sätze (p. 315): »In frischen Fällen von genuiner Epilepsie, in welchen gleich zu Anfang des Anfalles klonische Krämpfe auftreten, und in welchen keine periphere Ursache zu finden ist, erachte ich als gerechtfertigt weitere Proben mit der beiderseitigen Exstirpation des obersten Halsganglions nach Alexander.

Anstatt der Exstirpation des obersten Halsganglions möchte ich in diesen Fällen weitere Proben mit der von mir zuerst ausgeführten Resektion des Halssympathicus auf weiterer Strecke vorschlagen; doch möchte ich empfehlen, den Nerv dabei beiderseitig total mit allen 3 Halsganglien (den oberen mittleren und unteren) zu reseciren.

Die therapeutische Wirkung dieses Eingriffes erkläre ich mir nur auf diese Weise, dass es sich vielleicht in diesen Fällen um Reflexepilepsie handelt, und dass durch die Exstirpation des Halssympathicus die Leitungsbahnen eines peripheren unbekannten Reizes, welcher die Rindensubstanz des Gehirns dauernd erregt, unterbrochen werden.

Es freut mich zu lesen, dass mein Vorschlag in den Händen von Prof. Jonnesco zur Ausführung kam, und dass die Resultate desselben in 3 Fällen Jonnesco's als gut zu betrachten sind.

Lemberg, den 5. März 1897.

Galizien.

Dr. R. v. Baracz.

¹ Zur Frage der Unterbindung und Resektion der Wirbelarterien so wie der Resektion des N. sympathicus Behufs Heilung der genuinen Epilepsie. Przegląd lekarski 1893. No. 21—24.

² Wiener med. Wochenschrift 1892. No. 16 u. 17.

³ Wiener med. Presse 1893. No. 15 u. 16.

⁴ Przegląd lekarski 1889. No. 17 p. 214 und No. 18 p. 226 u. 227.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags- handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14.

Sonnabend, den 10. April.

1897.

Inhalt: XXVI. Chirurgenkongress.

B. Majewski, Zur Wundbehandlung. (Original-Mittheilung.)

1) Neisser, Stereoskopischer Atlas. — 2) Le Fort, Anomalien des Penis. — 3) Mainzer Cystoskopie. — 4) Lipowski, Harnabscesse. — 5) Maass, Eitrige Entzündungen der Nieren. — 6) D'Urso, Eierstocksgeschwülste.

S. Kofman, Drainrohr als Trachealkanüle. (Original-Mittheilung.)

7) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 8) Steckmetz, Krankheiten des Penis — 9) Miklaszewski, Fractura penis. — 10) Moreau, Harnröhrenresektion. — 11) Sachs, Blasenphantom. — 12) Maydl, Ectopia vesicae. — 13) Donnadieu, Blasensteine. — 14) Heinrichius, Nierentuberkulose. — 15) Lotheisen, Nierenoperationen. — 16) Paron. 17) Bayer, Hodenanomalien. — 18) D'Urso, Hydrocele spermatica. — 19) Küstner, Verwachsungen submuköser Myome.

XXVI. Chirurgenkongress.

Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

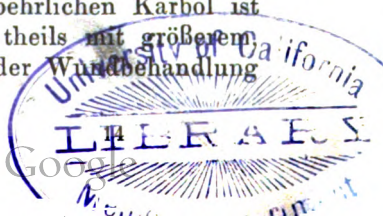
Richter.

Zur Wundbehandlung.

Von

Dr. Bronislaus Majewski in Przemyśl.

Seit der epochemachenden Entdeckung Lister's sind kaum 3 Jahrzehnte verstrichen, und dem fast unentbehrlichen Karbol ist eine Legion von Antiseptics nachgefolgt, die theils mit größerem, theils mit kleinerem Erfolge das weite Feld der Wundbehandlung beherrschen.



Die theoretischen und experimentalen Lehren der Bakteriologie geben uns die Möglichkeit, ihre praktische Anwendung mit immer größerer Sicherheit bei der Wundbehandlung zu benutzen.

Während einerseits auf Grund bakteriologischer Experimente sichergestellt wurde, dass die Wundirrigation mit Antisepticiis allein eine inficirte Wunde aseptisch zu machen nicht im Stande ist, dass diese Leistung überwiegend dem Organismus überlassen bleibt, gelangte man andererseits durch weitere Thatsachen zur Überzeugung, dass bei frisch gesetzten reinen Operationswunden die Asepsie die einzige Wundbehandlungsmethode, das erstrebte Ziel eines jeden Chirurgen bleiben muss.

Wenn demnach bei der Asepsie jedwede Anwendung von Antisepticiis mit Recht perhorrescirt wird, so drängt sich die Frage auf die Lippen, warum noch gegenwärtig so viele Chirurgen das Irrigiren der inficirten Wunden mit starken Lösungen von antiseptischen Flüssigkeiten nicht lassen können, obwohl — wie die Experimente lehren — von denselben die Heilung der Infektion nicht zu gewärtigen ist, sondern die Gefahr nahe liegt, dass zur bestehenden Infektion eine Intoxikation sich hinzugesellt, die, statt zu nützen, viel eher dem Organismus schaden kann.

Ist deshalb die Anwendung von Antisepticiis bei reinen Operationswunden überflüssig, ja schädlich, — welche Antiseptica und in welcher Form sind dieselben bei Wundinfektionen, Phlegmonen etc. anzuwenden? Wie sind Schuss-, Rissquetsch- und Bisswunden zu behandeln, um die Allgemeininfektion des Organismus zu verhüten? Wie die bereits eingedrungenen Infektionskeime zu zerstören?

Das allerverbreitetste Mittel ist gewiss das Jodoform, die Anwendung desselben in der praktischen Chirurgie fast allgemein. Einen Wundverband ohne Jodoform kann sich der Anfänger gar nicht vorstellen, so eingebürgert ist seine Verwendung.

Von der Asepsie bei frisch gesetzten reinen Operationswunden verdrängt, ist es bei allen phlegmonösen Processen, insbesondere jedoch bei allen tuberkulösen Erkrankungen, trotz der vielen und großen Nachtheile, fast souverän.

Leistet dieses Mittel, was wir von einem Antisepticum im idealen Sinne fordern? Gewiss nicht, wird die allgemeine Antwort lauten. Die voluminöse Litteratur stimmt darin überein, dass dasselbe auf die Entwicklung der Bakterien hemmend wirkt, eine Infektion der Wunde jedoch mit Sicherheit nicht hintanhaltend kann und einer bestehenden kein Halt gebietet.

Deshalb sehen wir alle Augenblicke ein neues Präparat auftauchen, das als Ersatzmittel des Jodoforms gelten soll, — ein Beweis mehr, wie wenig dasselbe den Zweck erfüllt. Antiseptische Präparate haben wir in unserem Arzneischatz genug, und wenn in der Asepsie die eine Wundbehandlungsmethode ideal gelöst wurde, so bleibt die andere, vielleicht schwierigere Frage zu beantworten,

welches Mittel und in was für einer Form angewendet die größten Garantien zur Bekämpfung der Wundinfektion bietet.

Von solchen Erwägungen geleitet, war mein Streben seit mehreren Jahren dahin gerichtet, diesen Zweck halbwegs zu erreichen.

Ich entschied mich für ein Quecksilberpräparat aus allgemein bekannten Motiven. Für die Salbenform war der Umstand maßgebend, dass das Quecksilberpräparat, in einem Fett suspendirt, nur langsam vom Organismus aufgenommen wird und deshalb — wie die äußerst zahlreichen Versuche gelehrt haben, — ohne giftig und ätzend zu wirken, in sehr starker Konzentration angewendet werden kann.

Die ersten Versuche im Jahre 1894 bestanden in der Anwendung einer 5%igen Hydrargyrum oxydatum flavum-Salbe mit Unguentum simplex. Diese Salbenform zersetzte sich nach längerer Aufbewahrung. Die chemischen Veränderungen waren schon makroskopisch durch die grüne Farbe wahrnehmbar; das gelbe Quecksilberpräcipitat wurde durch die Fettsäuren reducirt. Anfang 1896 ersetzte ich das Unguentum simplex durch steriles Vaseline und steigerte nach und nach die Salbe bis zur 25%igen Konzentration.

Vom Jahre 1896 verwende ich ausschließlich die 25%ige Hydrargyrum oxydatum flavum-Salbe (25,0 Hydrarg. oxydat. flav.: 100,0 Vaseline) bei allen Rissquetsch-, Schuss- und Bisswunden, die von Anfang als inficirt angenommen wurden, ferner bei Panaritien, Geschwüren und Phlegmonen. Hierbei bemerke ich, dass während dieser 2 Jahre nicht ein Rothlauf in der Abtheilung vorgekommen, nicht eine Phlegmone accessorisch zu einer anderen Wunde hinzugetreten ist; im Gegentheil sind sämmtliche so zahlreich in Behandlung gestandenen Zellgewebsentzündungen, sobald sie in den ersten Tagen des Entstehens der Abtheilung zur Behandlung überwiesen wurden, in der kürzesten Zeit geheilt.

Während ich im Jahre 1895 bei 2 äußerst schweren Phlegmonen (das eine Mal der ganzen linken unteren Extremität, der Spitalbehandlung am 8. Tage, das andere Mal phlegmonöse Entzündung der ganzen rechten oberen Extremität mit partieller Gangrän der Haut, am 7. Tage der Abtheilung zur Behandlung übergeben) Sublimatekzeme beobachten konnte, kam im Jahre 1896 nicht ein einziges Sublimatekzem vor. Eben so wurde nur in den aller schwersten Formen von Zellgewebsentzündungen Eiweiß im Harn nachgewiesen.

Bei sehr schweren Infektionen stellten sich leichte, nicht blutige Diarrhöen ein, die, wie ja bekannt, auch sonst bei schweren Formen beobachtet werden. Salivation wurde ganz vereinzelt, nur in sehr schweren Fällen konstatiert. Schwerere Vergiftungen kamen nicht vor.

Die Ursache dürfte in der vorsichtigen Anwendung der Salbe zu suchen sein. Dieselbe wird auf eine sterilisirte Gaze dünn aufgetragen, und die Wunde mit derselben in einer einfachen Lage derart bedeckt, dass auf die gesunde Haut nichts zu liegen kommt

und die Salbe die Wundränder nicht überragt. Waren ausgebreitete Incisionen nöthig oder bildete der Erkrankungsherd große vereiterte Höhlen, so wurden dieselben mit einem Tampon, der aus Sublimatgaze geformt war, und dessen äußere Fläche eine einfache Schicht der mit der Salbe imprägnirten Gaze bildete, dicht ausgefüllt.

Konnte man auf diese Weise an den Eiterungsherd heran, so sistirte regelmäßig die Eiterung. Auch große Eiterhöhlen bedeckten sich in überraschend kurzer Zeit mit kräftigen, gesunden Granulationen.

Durch diesen Vorgang gelang es, die beginnende Eiterung bei Zellgewebsentzündungen, sobald der Kranke am 2. oder 3. Tage in Behandlung kam, jedes Mal zu koupiren, wobei sich die Wirksamkeit dieser Methode derart präcis erwies, dass nicht nur die allgemeine Infektion, sondern auch die lokalen Entzündungserscheinungen rapid zurückgingen. Eben so vollzog sich bei sehr ausgebreiteten Rissquetschwunden der Haut die Abstoßung der nekrotischen Gewebstheile äußerst rasch — fast ohne Eiterung. Die Incisionswunde wurde, nachdem sie mit Salbengaze ausgefüllt war, mit mehrfacher Lage von trockener Sublimatgaze bedeckt, und nie darüber ein essigsaurer Thonerde-Umschlag gemacht.

Bei Schusswunden aus unmittelbarer Nähe, so wie bei Wunden durch Explosion, wo die Zerstörung der Gewebe manchmal sehr gewaltig war, ging die Abstoßung ebenfalls mit einer mäßigen unvermeidlichen Sekretion, welche niemals den dem Eiter eigenthümlichen Geruch hatte, sehr rasch vor sich.

Bei tuberkulösen lokalen Herden bewährte sich dieses Mittel ganz besonders. Selbstverständlich musste der Erkrankungsherd eliminirt werden. Wo dies vollkommen gelang, ging die Heilung viel rascher und ungestörter als bei Jodoform — ohne den bei der Jodoformbehandlung eigenthümlichen dünnflüssigen Eiter — vor sich.

Bei Lymphdrüsenvereiterungen wendete ich dieses Verfahren mit gleich günstigem Erfolg an. Jedes Mal incidire ich breit, kratze aus und tamponire mit einem Bausch aus Sublimatgaze, dessen oberste Schicht die auf sterile Gaze aufgetragene Salbe bildet.

Sind nach 5—6 Tagen gesunde, kräftige Granulationen vorhanden, so wird die Salbenbehandlung ausgesetzt, da durch den allzu kräftigen Reiz die Granulationen zu wuchern beginnen und leicht bluten — sonst der Salbenverband fortgesetzt.

Bei phlegmonösen Erkrankungen der Afterschleimhaut und des Mundes ist wohl die Anwendung des Mittels ausgeschlossen.

Zur Reinigung des Operationsfeldes benutze ich Seife, Äther oder Terpentin und die physiologische sterilisirte Kochsalzlösung, eben so beim Verbandwechsel.

Nachstehend folgt eine statistische Tabelle der Krankheitsformen nach dem in unserer Armee eingeführten Morbiditätsschema, bei welchen diese Wundbehandlung geübt wurde.

Krankheitsform	Anzahl der Fälle im Jahre	
	1895	1896
Caries	7	11
Lymphdrüsenvereiterung	60	75
Fingerwurm	72 ¹	109 ¹
Zellgewebsentzündung	94	143
Abscess	98	102
Furunkel	27	46
Unterschenkelgeschwüre	83	81
Schuhdruck und dessen Folgen	29	43
Rissquetschwunden	126	152
Bisswunden	4	2
Hiebwunden	9	23
Stichwunden	4	11
Schusswunden	13	8
Summe der mit Salbe behandelten Fälle	626	806

Überzeugt von der antiseptischen Wirkung dieser Salbe, schreite ich in diesem Jahre bei geeigneten Fällen zur Sekundärnaht nach Phlegmonen und erlaube mir einen diesbezüglichen Fall ausführlicher mitzutheilen.

Ulan Johann Polak des k. und k. 11. Ulanenregiments, 21 Jahre alt, minderkräftig gebaut, stürzte am 21. Januar laufenden Jahres mit dem Pferde, wobei er sich eine Kontusion des rechten Oberschenkels zuzog. Bei der am 5. Februar erfolgten Spitalsaufnahme klagte Pat. über seit 3 Tagen bestehende Mattigkeit, Appetitlosigkeit, hohes Gefühl von Kranksein, Schüttelfrost und klopfende Schmerzen im rechten Oberschenkel.

Status praesens: Der rechte Oberschenkel zeigte an seiner Vorderseite eine über 2 Handflächen große, geröthete, derb infiltrirte Stelle, welche zum Theil das Niveau der Umgebung überragte und in der Mitte deutlich fluktuirte; inguinale Lymphdrüsen geschwollen. Temperatur 39,6°.

Am 6. Februar laufenden Jahres wurde in Chloroformnarkose ein 12 cm langer Schnitt geführt, wobei sich über 500 ccm dicken, blutvermengten Eiters entleerten; Tamponade mit einem aus Sublimatgaze bestehenden, doppelt mit Salbengaze überzogenen Bausch; darüber trockener Sublimatgazeverband. Nach der Incision sank die Temperatur Abends auf 38° und am nächsten Tage zur Norm, auf welcher sie während der ganzen Behandlung verblieb.

Erster Verbandwechsel am 12. Februar: der Tampon mit einer kaum nennenswerthen Sekretmenge belegt, Granulation gut, Röthung und Schwellung bis auf eine in der Umgebung der Wundhöhle geringe Derbheit geschwunden. Einführung eines kleineren Tampons aus Sublimatgaze, der mit einer einfachen Lage von Salbengaze überzogen ist; trockener Verband wie oben.

Am 16. Februar zweiter Verbandwechsel: nach Entfernung des nahezu trockenen Tampons präsentirt sich eine mit üppigen, schön rothen, gesunden Granula-

¹ Die knöchernen Panaritien eröffne ich mit radial- und ulnarwärts geführten, bis auf den Knochen dringenden Incisionen. Der Vortheil für diesen Vorgang liegt darin, dass die Sehnenscheide nicht eröffnet wird, für gewöhnlich die Beweglichkeit des Fingers vollkommen erhalten bleibt, und die Narben den Beruf nicht stören.

tionen versehene Wundhöhle; Infiltration der Umgebung bedeutend geschwunden. Sekundärnaht, trockener Verband.

Am 22. Februar: Entfernung der Nähte; Wundhöhle und Wundränder tadellos angeheilt; man glaubt eine reaktionslose, nach einer reinen aseptischen Operation gesetzte, lineare zarte Narbe vor sich zu haben.

2 andere Fälle von Phlegmonen des Oberarmes wurden analog mit demselben Resultat behandelt und befinden sich derzeit in Rekonvalescenz.

Zum Schluss bemerke ich noch, dass diese Wundbehandlungsmethode in der Kriegschirurgie zu empfehlen wäre.

Sollten noch so viele theoretische Versuche die Asepsie des eingedrungenen Projektils nachweisen wollen, so wird kein Chirurg auf den Vorschlag eines berühmten Operateurs eingehen und die Ein- und Ausschussöffnung mit Heftpflaster vereinigen. Vielmehr neigt die Mehrzahl zur Ansicht, dass der erste Verband ein antiseptischer Deckverband sein muss, um einerseits die drohende Gefahr der Wundinfektion von außen hintanzuhalten, andererseits die Zersetzung etwaiger Wundsekrete zu verhindern.

Sollte eine Wundbehandlungsmethode dies zu leisten im Stande sein, ohne jedwede Gefahr oder Nachtheil für den Organismus heraufzubeschwören, so ist es — nach den gesammelten Erfahrungen — gewiss die von mir empfohlene, welche ich hiermit wärmstens zur Nachprüfung vorschlage.

1) **A. Neisser.** Stereoskopischer medicinischer Atlas. Sammlung photographischer Bilder aus dem Gesamtgebiet der klinischen Medicin, der Anatomie und der pathologischen Anatomie etc.

Kassel, Th. G. Fischer & Co. 1894—96.

Von dem stereoskopisch-medicinischen Atlas sind im Verlauf von 2 Jahren 17 Lieferungen mit 204 Tafeln erschienen. Von diesen Lieferungen sind 9 dermatologischen, 4 chirurgischen, 3 gynäkologischen, eine ophthalmologischen Inhalts; pathologisch-anatomische Abbildungen sind in einzelnen Lieferungen vorhanden. Der Plan des Unternehmens, das Gesamtgebiet der klinischen Medicin zu illustriren, ist zu einem großen Theil bereits erfüllt; dass auf die Dermatologie der Löwenantheil gefallen ist, liegt in der Natur der Sache begründet.

Inhaltlich kann man eine Sonderung nach 2 Richtungen hin vornehmen. Einmal sind in großer Anzahl besonders typische und daher für den Unterricht sehr geeignete, aber auch für den Arzt zur Rekapitulirung von bereits Bekanntem gewiss sehr erwünschte Fälle reproducirt; dann aber ist eine große Anzahl seltener, kasuistisch interessanter Beobachtungen hier gesammelt. Der Text giebt meist die Krankengeschichte in kurzen Worten wieder; hier

und da sind etwas ausführlichere epikritische Bemerkungen, einige Male etwa in der Form klinischer Vorträge, eingestreut.

Es ist natürlich an dieser Stelle nicht möglich, ein Verzeichnis der publicirten Tafeln wiederzugeben oder auch nur Vieles, was dem Ref. besonders wichtig erscheint, anzuführen.

Die dermatologischen Lieferungen stellen bereits einen ziemlich vollständigen Atlas der häufigsten und eine große Anzahl seltener Krankheitsbilder dar; die Syphilis ist natürlich in ihren verschiedensten Formen vertreten. Von besonders interessanten Beobachtungen seien erwähnt: simulirter Pemphigus und Pemphigus neuroticus, Lupus-Carcinom, Ulcus recti, tuberculöse Bromexantheme, Ulcera tuberculosa im Anschluss an Bubo suppurativus nach Ulcus molle, Clou de Biscra, syphilitische Wirbelerkrankung, multiple Keloide, Naevus unius lateris, Pityriasis rubra pilaris, strichförmige Hauterkrankung (Ekzem? nach der Ansicht des Ref. ein systematisirt ekzematöser Naevus), mehrere Leprafälle etc. Ausführlichere Mittheilungen betreffen die Behandlung der Variola im rothen Licht (2. Lieferung; Niels R. Fiesen in Kopenhagen) mit ausführlichen Krankengeschichten und Anweisungen für diese theoretisch jedenfalls sehr interessante Behandlungsmethode, durch welches die Eiterung meist verhindert wird; Keratoma palmare et plantare (Raff) etc. Eine Lieferung (die 9.) enthält 12 Bilder, die alle Krankheiten der Zunge betreffen und eine gute Übersicht über dieses diagnostisch so schwierige Gebiet geben; die Leukoplakie wird von N. in einem Vortrag besprochen, in welchem N. zu dem Resultat kommt, dass Rauchen und Syphilis »nicht ohne ätiologische Bedeutung für das Zustandekommen der Affektion sein kann«, und in welchem die Schwierigkeit der Differentialdiagnose besonders betont wird.

Während zu den dermatologischen Lieferungen außer der Breslauer Klinik eine große Anzahl von Kliniken und Specialärzten beige-steuert hat, stammen alle 3 gynäkologischen Lieferungen aus der Klinik Küstner's in Breslau; sie enthalten in großer Anzahl Abbildungen von interessanten Präparaten (Geschwülste verschiedener Lokalisation, Uterusruptur, frisch puerperaler Uterus, Placenta duplex) und Bilder von kranken Frauen (Osteomalakie, Rachitis, Elephantiasis vulvae, Vorfall etc.). Die ophthalmologische Lieferung ist von Braunschweig in Halle herausgegeben und enthält unter Anderem Fälle von Pemphigus, von leukämischen Geschwülsten am Auge, von plexiformem Neurom des Lides.

Besonderes Interesse haben für die Leser des »Centralblattes« natürlich die chirurgischen Lieferungen. Die erste derselben stammt aus der Mikulicz'schen Klinik und wird durch ein Vorwort von Mikulicz eingeleitet, in welchem dieser die Bedeutung stereoskopischer Bilder für den Unterricht in der Chirurgie besonders betont. Sie bringt von besonders interessanten Fällen: Hyperplasie der Thränendrüsen mit gleichzeitiger Erkrankung der Glandulae submaxillares und der Gaumendrüsen (das bekannte von Mikulicz be-

schriebene Krankheitsbild), Lymphangiom der Unterlippe, muskuläre Makroglossie, einen Abscess am Hinterhaupt, der eine Geschwulst vortäuschte. Die 2. von Partsch zusammengestellte Lieferung enthält ausschließlich interessante Bilder aus dem Gebiet der chirurgischen Erkrankungen der Mundhöhle (Wurzelcysten der Kiefer, Zungenaktinomykose, Skorbut etc.), die 3. aus den chirurgischen Kliniken in Breslau und Tübingen bringt 12 Bilder der verschiedensten Strumen (inkl. Morb. Basedowi) und einen Echinococcus der Schilddrüse; in der 4. endlich giebt Viertel (Breslau) Bilder aus dem Specialgebiet der Harn- und Sexualorgane (Hypospadie, Blasensteine, Schornsteinfegerkrebs, cystoskopische Bilder, anatomische Präparate von Prostatahypertrophie etc.).

Das Angeführte beweist, ein wie großes Material bisher schon in dem »Atlas« angehäuft ist. Die Abbildungen sind fast ausnahmslos sehr gut gelungen, und zwar sowohl was die nicht immer leichte Art der Anordnung (speciell bei Präparaten) als auch was die photographische Technik und vor Allem was die Reproduktion angeht. Wer einmal diese Sammlung durchmustert und zum Vergleich selbst sehr gute (und theure) einfache photographische Abbildungen studirt hat, der wird nicht mehr an der unbedingten Superiorität der stereoskopischen Methode speciell zur Wiedergabe medicinischer Bilder zweifeln. Innerhalb der Medicin aber ist die Chirurgie zweifellos dasjenige Gebiet, für welches das Stereoskop am meisten leistet, mehr noch als die Dermatologie, bei welcher die Farbe ungleich schmerzlicher vermisst wird. Es ist daher zu hoffen, dass noch eine große Anzahl chirurgischer Lieferungen (auch mit »Schulbildern«, z. B. von Frakturen und Luxationen, die Mikulicz besonders als wichtig erwähnt) erscheinen. Zugleich aber möchte Ref. betonen, dass der »Atlas« sehr geeignet ist zur anspruchslosen kurzen Publikation interessanter Kasuistik auf fast allen Gebieten der klinischen Medicin. Die Aufnahme der stereoskopischen Bilder ist sehr einfach; die Anweisungen dazu finden sich in der 1. und 2. Lieferung des Atlas.

Es ist mit Bestimmtheit zu erwarten, dass das auch durch seine Billigkeit (die Lieferung kostet nur Mark 4) ausgezeichnete Werk durch aktive Betheiligung der Fachgenossen immer weitere Förderung erfahren wird.

Jadassohn (Bern).

2) R. le Fort. Anomalies fistuleuses congénitales du penis.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1896. No. 7—10 und 12.)

Die vorliegende, außerordentlich ausführliche Arbeit, die eine erschöpfende pathologisch-anatomische und klinische Darstellung der angeborenen Penisfisteln giebt, eignet sich nicht für ein kürzeres Referat. Hier seien nur einige der wichtigsten Daten hervorgehoben: Die angeborenen fistulösen Anomalien des Penis zeigen sich unter ganz verschiedenen Formen, die nur das gemeinsam haben, dass der Sitz der Fistelbildung ausnahmslos die Mittellinie ist. Die zahlreichen Varietäten lassen sich in 3 große Hauptgruppen eintheilen:

1) Anomalien der Entwicklung des Urethralblattes; 2) abnorme Ausmündung des Mastdarmes oder der Duct. ejaculatorii; 3) intra-uterine Ruptur der Harnröhre.

Die Arbeit, der 75 Einzelbeobachtungen zu Grunde gelegt sind, enthält mehrere sehr instructive Abbildungen.

P. Wagner (Leipzig).

3) F. Mainzer. Über den Werth der Cystoskopie und des Ureterkatheterismus beim Weibe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 49.)

Die großen technischen Fortschritte in der Herstellung des cystoskopischen Instrumentariums haben dasselbe als so einfach und vortrefflich hingestellt, dass damit jeder Arzt die diagnostischen Fragen bezüglich der Erkrankungen des weiblichen Harnapparates lösen können wird. Verf. hebt zunächst die technischen Unterschiede in Cystoskopie und Katheterismus der Harnleiter bei männlichen und weiblichen Individuen hervor. Die weibliche Harnröhre gestattet vermöge ihrer Kürze und Dehnungsfähigkeit die Einführung von dickeren und kürzeren Instrumenten, außerdem ist die Krümmung des Katheters nicht absolut nöthig, bietet daher den Vortheil in der Möglichkeit, stärkere Vergrößerungen des Bildes, größeres Gesichtsfeld und erhöhte Lichtstärke erreichen zu können. Von den existirenden Instrumenten hebt M. das Casper'sche und Brenner'sche Cystoskop hervor, bespricht an der Hand von Abbildungen die Unterschiede beider Instrumente, welche vor Allem darin zu suchen sind, dass bei dem Casper'schen die Besichtigung der Blasenwand aus der Vogelperspektive erfolgt, während beim Brenner'schen durch das Instrument wie durch eine Röhre hindurchgesehen wird. Das Auffinden der Harnleiteröffnung ist mit dem letzteren Instrument schwieriger, hingegen das Katheterisiren ungleich leichter. Das Casper'sche Instrument ermöglicht es andererseits, ein Bild des Blasenbodens, von oben her gesehen, zu erhalten, in dem sich alle Details viel deutlicher erkennen lassen. M. empfiehlt daher für die Cystoskopie das Casper'sche, zum Harnleiterkatheterismus beim Weibe hingegen das Brenner'sche Instrument. Die Technik dieser Untersuchungsweisen beim Weibe ist einfach und leicht zu erlernen. Das Genauere darüber siehe im Original. Schließlich erörtert M. die Aufgaben der Cystoskopie beim Weibe. Neben solchen, welchen sich mit denen beim Manne decken, erwähnt er die große Anzahl von Fremdkörpern, welche bei masturbatorischen Manipulationen in die Harnröhre und Blase gelangen, oder nach erfolgter Operation in der Blase beobachtet werden (an die breiten Mutterbänder und an das Peritoneum des Beckenbodens gelegte Seiden- und Silkwormligaturen). Eine weitere wichtige Aufgabe erfüllt die Cystoskopie in der genauen Diagnose von Blasen- und Harnleiterfisteln, wobei sie zu entscheiden haben wird, ob die Harnleiter unversehrt sind, wo das Loch in der Blase liegt, ob nur ein Loch vorhanden ist. Unter Umständen werden auch bestimmte

Erkrankungen der benachbarten Organe durch eine cystoskopische Untersuchung festgestellt werden können (perforirte Dermoidcysten mit Zähnen, Knochen und Haaren, in die Blase eingewanderte Fötalknochen nach Graviditas extra-uterina, Durchbruchstelle einer Pyosalpinx in die Blase u. dgl. m.). In Folge des häufigen Vorkommens der Wanderniere mit ihren Folgen nimmt das Weib bezüglich der Schlüsse, welche sich aus dem Harnleiterkatheterismus für die Pathologie der Nieren ergeben, eine Sonderstellung ein. Erfolgt in einer solchen gesenkten Niere Stauung (Albuminurie), treten dazu Incarcerationerscheinungen und intermittirende Hydronephrose, so kann die Deutung des Krankheitsbildes große Schwierigkeiten bereiten, welche mit Hilfe des Harnleiterkatheterismus zu umgehen sein werden.

M. stellt das Verfahren als vollkommen unschädlich hin, eine Infektion hat er nie beobachtet. Empfehlenswerth ist es, die Frauen nach der Cystoskopirung spontan uriniren zu lassen, damit auch die Harnröhre sofort ausgespült wird.

Gold (Bielitz).

4) J. Lipowski. Pathologie und Therapie der Harnabscesse.

(Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 3 u. 4, Bd. LIII. Hft. 1.)

Verf. hat in einer umfangreichen Arbeit, welche mit großem Geschick und guter Übersicht angefertigt ist, Alles zusammengestellt, was über den »Harnabscess« im ganzen Verlauf der Harnwege bekannt ist. Nicht nur die Pathologie und Therapie dieses Leidens werden behandelt; der Autor holt weiter aus, und neben einer Aufnahme der anatomischen Verhältnisse der Beckenorgane nebst ihren Anhängen, die ja dem Verständnis der krankhaften Processe vorausgehen muss, ist es vornehmlich das Studium der Theorien über Eiterbildung, das eingehende Berücksichtigung findet, insonderheit im Anschluss an die bekannten Arbeiten von Bumm, Hohnfeldt und Grawitz. Die Bedeutung des Harnes für verletzte Gewebe, seine Einwirkung auf die Entwicklung der Mikroorganismen und die alte wie veraltete Ansicht der Entstehung infektiöser Cystitiden durch ammoniakalische Zersetzung des Urins finden nebst vielen anderen unmöglich einzeln aufzuführenden hierher gehörigen Fragen genaue Schilderung. Die ganze Entwicklung der Gonokokkenwissenschaft, speciell die neuere Litteratur von Bumm bis Wertheim hat L. übersichtlich und kritisch zusammengefügt, so dass man nebenbei ausführlich Belehrung über die Gonorrhoe erfährt. Wesentlich kommt es dabei dem Verf. natürlich darauf an, die Einwirkung der Neisser'schen Mikroorganismen auf die Abscessbildung in den Harnwegen klar zu stellen, wobei er zu der Ansicht gelangt, dass die Gonokokken in ähnlicher Weise Abscessbildung hervorrufen wie die anderen pyogenen Mikroorganismen auch. Die einzelnen Theile der Harnröhre, die Blase finden gesonderte Besprechung; von der Wirkung des Gonococcus auf die höher gelegenen Partien der Harnwege

kann Verf. nur Theoretisches berichten; hier sind unsere praktischen Erfahrungen noch im Anfangsstadium.

Neben dem Einfluss der Tuberkulose und des syphilitischen Krankheitsprocesses auf die Bildung von Harnabscessen weiß Verf. das Gebiet der Verletzungen des Urogenitaltractus in seinem Verhältnis zu den Harneiterungen anatomisch wie klinisch geschickt und mit Interesse zu behandeln. Äußere wie innere Traumen, Instrumentenverletzungen, Quetschungen, Beckenbrüche und speciell die Steinbildung und die Einkeilung der Konkremeute sind ausführlicher Besprechung gewürdigt, die Litteratur dabei auch hier kritisch beleuchtet, fehlerhafte Anschauungen korrigirt.

Zum Schluss der pathogenetischen Betrachtung über Entstehung von Harnabscessen finden die als Folge von Harnröhrenstriktur entstandenen Berücksichtigung. Die primäre Ursache war häufig auch in diesen Fällen Gonorrhoe. Nach Analogie der Vorbildner, der Strikturen, ist auch der Sitz der Abscesse hier ein typischer. In sämtlichen Fällen befindet sich der Abscess am Damm, einmal saß er außerdem am Hodensack. Diese Eiterungen haben das Eigenthümliche, dass sie gewissermaßen einen Circulus vitiosus bilden, zugleich eben Ursache und dann wieder Folge sind. Striktursprengungen, falsche Wege sind als ätiologische Momente für diese Abscesse ebenfalls gewürdigt. Die höher gelegenen Eiterungen, Pyelonephritis und Nierenabscedirung, kommen bei tiefer gelegenen gleichartigen Processen vor, wenn eiterhaltiger Harn sich staut, und die Kontraktionskraft der Blase noch eine gute ist. Verf. glaubt nicht, dass Blasensteine so häufig Ursache der Pyelonephritis sind, sondern ist der Anschauung, dass umgekehrt die Blasensteine häufig aus dem vereiterten Nierenbecken stammen.

Weitere Rollen in der Ätiologie der Nieren- und Nierenbeckenabscedirung spielen Lähmungen, dann Lageveränderungen und Geschwülste der Gebärmutter. Der bakteriologische Befund ist ein verschiedener: *Bacterium coli*, *Proteus*, Eiterkokken u. A. m., welche auch auf dem Blutwege zum Theil in die Niere gelangen können.

Die Symptomatologie ist bei dem verschiedenartigen Sitz der Harnabscesse natürlich eine sehr wechselnde, so dass auch die diagnostischen Merkmale von den Abscessen in der Umgebung der Harnröhre und ihren Nachbarorganen bis hinauf zur Nierenvereiterung ein mannigfaltiges, kaum zu erschöpfendes Bild bieten, das ja auch schon in den früheren Abschnitten ausgedehnte Schilderung im Detail gefunden hat. Wichtige differential-diagnostische Unterscheidungsmomente, z. B. auch zwischen submuskulären Eiterungen der Bauchwand, sind eingehender erörtert.

Prognostisch ist die Wichtigkeit der Größe und Lokalisation der Abscesse, ihrer Dauer vor dem therapeutischen Eingriff und des Kräftezustandes des Pat. betont. Wesentlich hervorhebenswerth erscheint uns die ernste Prognose der Prostataabscesse, welche in jedem Fall ein bedenkliches Leiden darstellen. Die Sterblichkeit hierbei

ist keine geringe, Todesursachen sind die komplicirende Cystitis, Pyelitis, Gangrän des Mastdarmes, Nephritis und Pyämie, welche trotz zweckmäßigster Behandlung auftraten. Für die Therapie gilt auch hier allein der alte chirurgische Grundsatz: Ubi pus, ibi evacua! Bei Prostataabscessen wird dringend vor der Eröffnung durch den Mastdarm gewarnt. Bei den Dammabscessen ist die Ableitung des Harnes durch den Verweilkatheter zu empfehlen. Czerny, Löbker u. A. haben gezeigt, dass man unter antiseptischen Kautelen und eventuell nicht reizendem Ausspülen lange Zeit das Instrument ohne Schaden liegen lassen kann. Es muss natürlich zeitweise gereinigt werden. Ferner ist auf zuverlässigen Verband und gute Befestigung des Katheters — z. B. nach Löbker — zu achten. König legt keinen Katheter ein, sondern lässt den Pat. freiwillig uriniren und die Wunde reinigen. Die Nachbehandlung, Bougieren, darf nicht vernachlässigt werden.

Dann finden weiter sämtliche Methoden ausführliche Beschreibungen, mit denen man plastisch oder durch Resektion die Deckung von Lücken oder die Beseitigung von Strikturen in der Harnröhre erstrebt. Die Verfahren sind sehr zahlreiche und gehen auf namhafte Autoren zurück, unter denen wir nur Jobert, Thiersch, Billroth, Hüter, Socin und Guyon nennen wollen.

Zum Schluss ist die Behandlung der höher gelegenen Harnabscesse abgehandelt unter specieller Berücksichtigung des operativen Blasenverschlusses durch Naht und der Entwicklung der Eingriffe, welche seit Gustav Simon an der Niere vorgenommen worden sind. Ein genaues Litteraturverzeichnis erleichtert Jedem, der sich noch eingehender mit all den behandelten Fragen beschäftigen will, das Studium der einschlägigen Arbeiten. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

5) H. Maass. Die eitrigen Entzündungen der Nierenfettkapsel.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 170. Leipzig, **Brettkopf & Härtel**, 1897.)

Der werthvollen Abhandlung liegen 22 Fälle obiger Krankheit aus I. Israël's Krankenhaus und Privatklinik zu Grunde; sie werden am Schluss der Arbeit in sorgfältigen Krankengeschichten mitgetheilt und sind geeignet, manche Unklarheiten, die namentlich in Bezug auf die Entstehung der sog. idiopathischen perirenaln Eiterungen bisher noch herrschten, aufzuhellen. In dieser Hinsicht hatten schon die neueren anatomischen Untersuchungen Gerote's, Lejars', Tuffier's u. A. das Verständnis angebahnt, indem sie durch den Nachweis, dass die Nierenfettkapsel ein anatomisch und physiologisch, wahrscheinlich auch entwicklungsgeschichtlich den Harnorganen zugehöriges Gebilde sei, dass Fettkapsel und Niere einen einheitlichen Gefäßbezirk darstellen, speciell die perirenaln Venen mit denen der Rindenbezirke der Niere in vielfacher Kommunikation stehen, die vorher räthselhafte Prädisposition der Nierenfettkapsel zu metastati-

schen Erkrankungen aufklärten. Der Filtrationsprocess des inficirten Kreislaufes in den Rindenbezirken der Niere einerseits, die Gefäßverbindungen derselben mit dem paranalen Gewebe andererseits machen es begreiflich, dass durch die Nieren zur Ausscheidung gelangende pathogene Keime, mögen sie von den äußeren Körperdecken oder der oberflächlichen Schleimhaut oder vom Darm aus eingedrungen und in den Kreislauf aufgenommen worden sein, auch in das Paranephrium verschleppt werden können.

Indem Verf. in dieser Weise ätiologisch dunkle Fälle erklärt, giebt er aber auch den Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme, einmal durch die Mittheilung eines Falles von Paranephritis, die, sich an einen Nackenkarbunkel unmittelbar anschließend, einen taubeneigroßen Eiterherd an der freigelegten Niere als Ausgangspunkt zeigte, so wie durch den Bericht über 2 andere Fälle, in denen eine freilich nur geringfügige metastatische Alteration des Nierengewebes der Entstehung der scheinbar idiopathischen paranalen Erkrankung vorausgegangen war. Auch in ähnlichen in der Litteratur enthaltenen Beobachtungen dürfte, wie M. zeigt, ein nämlicher Zusammenhang bestanden haben, während in anderen die primäre Infektionsquelle übersehen, die metastatische Nierenaffektion latent geblieben, wiederum in anderen ein Übergang pathogener Keime in das paranale Gewebe und Abscedirung desselben, ohne dass die Niere selbst die geringste Schädigung erlitten, erfolgt sein mag. In gleicher Weise lassen sich auch die Beobachtungen einer idiopathischen eitrigen Paranephritis im Anschluss an eine subkutane Läsion der Lendengegend erklären, in so fern der Übergang bakterieller Schädlichkeiten von der Niere aus den zerrissenen Gefäßverbindungen der letzteren mit der perirenalen Zone begünstigt wird; in 2 von M. mitgetheilten Fällen konnte in der That eine bereits vor dem Unfall vorhanden gewesene Entzündung der Harnwege nachgewiesen werden. — Auch unter den Fällen von »fortgeleiteten paranephritischen Abscessen« lag sehr häufig ein Nierenleiden (Pyelonephritis, Nephrolithiasis, Nierentuberkulose etc.) als Ausgangspunkt vor, während in einigen anderen eine chronische Gonorrhoe mit ihren Folgen der Beckenbindegewebsentzündung ätiologisch eine Rolle gespielt hatte; in den übrigen war 1mal eine akute Gonorrhoe, 1mal ein Leberabscess, andere Male eine Pleuropneumonie etc. vorausgegangen.

Wir begnügen uns mit diesen kurzen Bemerkungen, um auf die interessante Abhandlung, die auch das klinische Bild der paranalen Eiterungen je nach ihrer Lokalisation etc. eingehend würdigt, hinzuweisen und wollen nur noch aus den der Therapie gewidmeten Darlegungen hervorheben, dass die methodische Freilegung der Niere in Konsequenz zu den in ätiologischer Hinsicht geäußerten Ansichten von M. empfohlen und von I. Israël geübt wird.

Kramer (Glogau).

6) D'Urso. I Tumori dell ovaia. Ricerche di istologia patologica ed istogenesi.

(Extr. d. Giorn. internaz. delle science med. Neapel 1896. 158 S.)

Die umfangreiche Monographie zerfällt in 3 Theile, von denen der 1. die eigentlichen cystischen Geschwülste des Eierstocks und der breiten Bänder im Anschluss an ihre normale Struktur, der 2. die Dermoidcysten, der 3. die soliden Geschwülste behandelt. Von 21 Beobachtungen, meist eigenen, werden die klinischen und anatomischen Daten ausführlich mitgetheilt. Die allgemeinen Schlüsse sind folgende:

1) Im normalen Eierstock existiren in der Rindensubstanz Überreste des Keimepithels als cystische Bildungen, die manchmal tubulöse Drüsenknäuel darstellen.

2) Die Kobelt'schen Schläuche der Mesosalpinx zeigen bei der Erwachsenen manchmal unregelmäßige und papillöse Umrisse.

3) Die Schläuche des Epoophoron dringen in den Hilus und die Marksubstanz ein und erzeugen, abgesehen von isolirten tubulösen, cavernöse papillöse Bildungen.

4) Man begegnet in der Mesosalpinx auch ganz am abdominalen Ende kleinen Knötchen aus epithelialen Schläuchen, welche hervorgehen aus den Resten der Wolff'schen Körper.

5) Die Cysten des Eierstockes und des Ligamentum latum können auf 3 Grundformen zurückgeführt werden, a) cystische Adenome; drüsige Neubildungen aus den epithelialen Resten der Rinde; b) einfache Wolff'sche Cysten; c) papillöse Wolff'sche Cysten, aus den Epithelresten im Hilus und der Mesosalpinx entstanden, ohne drüsige Formationen.

6) Die bösartigen papillösen Cysten zeigen eine besondere Wucherungsfähigkeit des Epithels im Gegensatz zu den bösartigen papillösen Wolff'schen Cysten.

7) Die Dermoidcysten zeigen Übergänge von einfachen Cysten zu wahren Teratomen. Die einen lassen sich auf fötale Einschließungen zurückführen, andere wahrscheinlich auf Bildungen, welche den Charakter der Embryobildung aus der Eizelle tragen.

8) Die Eierstocksfibrome können aus dem Bindegewebe der Corticalis unabhängig von den Corpora lutea und den regressiven Metamorphosen des Graaf'schen Follikels entstehen.

9) Unter den einfachen bindegewebigen Eierstocksgeschwülsten finden sich nicht selten Endotheliome, oft von bösartigem Verlauf, der aus den Besonderheiten der histologischen Struktur sich nicht erklärt. In Bezug auf die Histogenese der alveolären Sarkome und Endotheliome reicht das untersuchte Material zur definitiven Entscheidung nicht aus. Vielleicht ist die Theca Folliculi die Matrix.

10) Es giebt ein einfaches wahres Epitheliom des Eierstockes. Es hat einen langsamen Verlauf und entsteht wahrscheinlich aus dem Epithel der papillären embryonalen Reste des Hilus.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Kleinere Mittheilungen.

Drainrohr als Trachealkanüle.

Von

Dr. S. Kofman in Odessa.

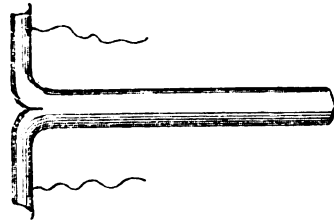
Die heut zu Tage allgemein übliche Trachealkanüle (Lüer, Gersuny u. A. m.) kann trotz ihrer anerkannten Vorzüge nicht als tadellos bezeichnet werden. Wer genug Tracheotomirte beobachtet hat, dem wird es wohl aufgefallen sein, wie sich die zu längerem Tragen derselben Verurtheilten damit plagen. Aber abgesehen von dem subjektiven Gefühl der Kranken haften der Trachealkanüle nicht wenige Nachtheile an, die hauptsächlich in dem Mangel an Geschmeidigkeit und Anpassungsvermögen liegen. Das Gewicht der Kanüle, noch mehr ihre Härte wird nicht selten zur Ursache von Usuren theils decubitalen, theils rein traumatischen Ursprungs, namentlich bei Kranken im zarten Kindesalter. Da kann es nicht Wunder nehmen, wenn sich Einer oder der Andere manchmal angelegen sein lässt, sich nach einem Ersatz der gewöhnlichen Kanüle umzusehen.

Im Falle, der mir Anlass gab, die Kanüle durch ein Drainrohr zu ersetzen, handelte es sich um ein kaum 9 Monate altes Kind, das in das hiesige israelitische Spital in stark suffokatorischem Zustand gebracht wurde. Das Kind war seit 3 Monaten krank, es hatte ein Geschwür unbestimmten Charakters an der rechten Halsseite, dessen Grund, wie eine Incision gezeigt hatte, bis an den Kehlkopf reichte. Die Umgebung des Kehlkopfes war infiltrirt, und diese Infiltration vermuthlich Ursache der Respirationsstörung. Herr Kollege Dr. Meschelin, Chef der laryngologisch-otiatrischen Abtheilung, dem der Fall zugewiesen wurde, entschied sich für eine Tracheotomie, wobei er aber sich über die Gefahr des Kanülentragens, dessen Dauer vorher nicht bestimmt werden kann, bei einem so kleinen Kinde aussprach. Die Tracheotomie gelang, das Kind erholte sich; aber schon am nächsten Tage sah sich Dr. Meschelin genöthigt, die Kanüle durch das von mir bei dieser Gelegenheit vorgeschlagene und von ihm freundlichst angenommene Drainrohr zu ersetzen.

Fig. 1.



Fig. 2.



Zur Herstellung des Kanülenersatzes nahm ich ein etwa 8 cm langes, $\frac{1}{2}$ cm weites Drainrohr und halbirte das der Länge nach etwa $1\frac{1}{2}$ cm lang (Fig. 1), auf welche Weise ich den Kanülenschild (Fig. 2) hergestellt habe. In die 2 Schildlappen wurden Öffnungen gemacht und durch diese Schnüre gezogen. Nach Einlegung der Kanüle wurde das Kind ruhiger, und Kollege Meschelin sprach seine volle Befriedigung über diese neue Kanüle aus.

Als geradezu unentbehrlich möchte ich diese Drainkanüle bezeichnen in den Fällen, wo die Pat. auf langes, manchmal lebenslanges Tragen der Kanüle angewiesen sind. In solchen Fällen, wo die Metallkanülen den Pat. das Leben verbittern, wird so ein einfach konstruirter Drain unschätzbar, beispielshalber bei inoperablem Carcinom des Kehlkopfes bezw. der Luftröhre. Um die Kanüle auch für die Phonation dienlich zu machen, kann man eine entsprechende Öffnung ausschneiden und scharfe Kanten, um ihre irritirende Wirkung zu beseitigen, durch Anbrennen an der Spirituslampe und nachheriges Abtupfen mit Ätherwatte abrunden.

7) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

82. Sitzung am Montag, den 9. November 1896 in der Aula der Kaiser Wilhelms-Akademie.

Vorsitzender: Herr Rudolph Köhler.

Vor der Tagesordnung demonstriert

Herr de Ruyter einen Knaben, bei dem er durch Knochenplastik (decalcinirtes Knochenstück) eine gute Korrektur einer Sattelnase ersielte. Demonstration einer Photographie und eines Gipsabgusses, die vor der Operation genommen wurden.

Herr Rudolph Köhler: Zur Theorie der Geschosswirkung (mit Demonstrationen).

- 1) Ein bisher wenig beachteter Faktor bei der Geschosswirkung.
- 2) Die Theorie des Stoßes.
- 3) Neue Erklärung der sogenannten Explosivwirkung der Geschosse,
- 4) Entstehungsmechanismus der radialen und cirkulären Spalten um die Schussöffnungen und die Mechanik der Zertrümmerung des Zieles (mit Demonstrationen).

Die Wirkung des modernen Geschosses im Ernstfalle ist noch nicht erprobt, wenigstens nicht in nennenswerthem Grade; nur in kleinen außereuropäischen Kriegen ist das neue Gewehr bisher benutzt, und über seine Wirkung haben wir keine ganz zuverlässigen Berichte. Jedenfalls muss nach unseren Betrachtungen über Ballistik die Wirkung des neuen Gewehres eine andere sein, als die Wirkung der in den letzten europäischen Kriegen, also auch in unserem Feldzuge 1870/71 gebrauchten Gewehre. Das lehren auch die zufälligen oder absichtlichen Verletzungen, welche das neue Gewehr bisher bei uns hervorrief, lehren auch die Erfahrungen, welche man bei Unterdrückung von Arbeiteraufständen in Österreich gemacht hat.

Fachmänner nehmen an, dass sich seit unserem letzten Feldzuge die Wirkung des Gewehres auf das lebende Ziel verzehnfacht und die Kraft des schweren Geschützes um das 4- bis 5fache vermehrt habe.

Die Wirkung des Geschosses auf ein Ziel hängt ab von seiner lebendigen Kraft und von seiner Beschaffenheit, so wie von der Widerstandskraft des Zieles.

Die Arbeitsleistung, die Bewegungsenergie des Projektils, wird nach physikalischen Gepflogenheiten durch Meterkilogramme ausgedrückt. Um sich eine Vorstellung von der Kraft oder Bewegungsenergie zu machen, welche durch eine gegebene Anzahl von Meterkilogrammen repräsentirt wird, ist es nützlich, sich zu vergegenwärtigen, dass die Kraft eines Pferdes auf 75 mkg geschätzt wird, d. h. ein Pferd ist im Stande (jedoch nur für kurze Zeit) ein Gewicht von 75 kg in 1 Sekunde 1 m hoch zu heben. Danach beträgt die Arbeitsleistung unseres heutigen Infanteriegeschosses nach einer Tragweite von

100 m	239 mkg,	1000 m	53 mkg
200 "	186 "	1100 "	49 "
300 "	145 "	1200 "	45 "
400 "	113 "	1300 "	42 "
500 "	90 "	2000 "	23 "

Die Arbeitsleistung des Geschosses nimmt daher zunächst schnell, mit zunehmender Entfernung weniger schnell ab.

Es ist also ziemlich gleichgültig, ob Jemand auf 1900 oder 2000 m Entfernung verwundet wird, anders aber die Verwundung, wenn sie das eine Mal auf 100, das andere Mal auf 200 m Entfernung des Schützen vom Ziel erfolgt.

Um die Kraft in ihrer ganzen Größe zu einer sichtbaren Äußerung aufs Ziel zu bringen, muss das Geschoss in letzterem stecken bleiben.

Diese Thatsache wird bei Würdigung der Schussresultate viel zu wenig beachtet; es kommt also nicht nur auf die Größe der lebendigen Kraft des Geschosses an, sondern auch auf die Zeit, während welcher es im Ziele wirkt.

Durchbohrt ein Geschoss ein Ziel und trifft ein zweites, in welchem es stecken bleibt, so kann der Fall eintreten, dass das erste Ziel, trotzdem es mit größerer Kraft getroffen wurde, viel weniger Zerstörung aufweist, als das zweite, da das Geschoss nur einen kleinen Bruchtheil einer Sekunde in ihm verweilte, während es im zweiten Zeit hatte, seine ganze noch übrige Bewegungsenergie auf das Ziel zu übertragen.

Wenn 2 Geschosse ferner gleiche lebendige Kraft haben, so wird das mit größerem Querschnitt, da es mehr Widerstand im Ziele findet, länger im Ziele bleiben, als das andere, es muss desshalb auch größere Zerstörungen anrichten. Ein im Ziele selbst sich stauchendes Geschoss wird daher auch mehr lebendige Kraft aufs Ziel abgeben, als ein sich nicht stauchendes.

Das Hartbleigeschoss staucht sich leicht, weniger leicht das Kupfermantelgeschoss, das Compoundgeschoss so gut wie gar nicht.

Hieraus erklärt sich auch auf die einfachste Weise die scheinbar paradoxe Thatsache, dass das neue, sich nicht stauchende Mantelgeschoss (wenn es nicht etwa in Querstellung eindringt) bei Schädelschüssen der Selbstmörder trotz seiner größeren lebendigen Kraft nicht so gewaltige Zerstörungen hervorruft als das früher im Gehirn sich stauchende Weichbleigeschoss, erklärt sich auch die auffallende Beobachtung, dass das neue Mantelgeschoss bis auf 50 m Entfernung im Allgemeinen die gleichen Zerstörungen des Schädels hervorruft, und erst von 100 m ab eine gewisse Abnahme der Schädelzerstörung eintritt, trotzdem seine lebendige Kraft doch gerade in der ersten Zeit seines Fluges rapid abnimmt.

Die Mantelgeschosse erleiden bei Nahschüssen oft nur geringfügige Veränderung ihrer Gestalt, während sie selbst auf große Entfernung hin zuweilen noch im Ziel zersplittern, so dass die Größe der Deformation kein Maßstab für die Entfernung des Schützen vom Ziel ist.

Die Wirkung aufs Ziel hängt ferner ab von den physikalischen Eigenschaften des Geschossmaterials.

Trifft ein Zündnadelgeschoss und ein Mantelgeschoss, beide mit gleicher lebendiger Kraft begabt und von gleicher Form auf ein ganz gleiches Ziel, z. B. auf einen Eichblock, so durchbohrt das Mantelgeschoss bei einer gewissen Größe der lebendigen Kraft noch den Block, während das Zündnadelgeschoss in ihm stecken bleibt.

Da die Wirkung des Geschosses auf ein Ziel nicht in einem einmaligen Stoße desselben gegen dieses, sondern in einer unendlichen Anzahl sich immer wiederholender Stöße der Moleküle gegen einander (und zwar in gleicher Weise im Ziel wie im Geschoss) besteht, so bewirken die Schwingungen im Geschoss eine äußerlich wahrnehmbare Deformation, wenn das Kohäsionsvermögen der Moleküle des Geschosses ein geringes, wie beim Zündnadelgeschoss, das Ziel aber ein festes, wie der Eichblock ist. Ein Geschoss, das sich deformirt, vergrößert seinen Querschnitt, hierdurch wird der Widerstand des Zieles vermehrt; demnach muss das schwerer sich deformirende Mantelgeschoss, bei gleicher Form und gleicher lebendiger Kraft auf das gleiche Ziel abgefeuert, eine andere Wirkung ausüben, als das leicht seine Gestalt verändernde Bleigeschoss des Zündnadelgewehres. Naturgemäß ist auch die äußere Form des Geschosses mitbestimmend für diese Wirkung. Andererseits ist das Widerstandsvermögen des getroffenen Körpers um so größer, je specifisch schwerer er ist, wozu noch der Grad der Elasticität des Zieles kommt. (Ein specifisch schwererer Körper z. B. kann leichter vom Geschoss durchdrungen werden, als ein specifisch leichterer, wenn der letztere, z. B. wie Gummi, eine große elastische Kraft besitzt.)

Es ist nützlich, bei der Kraftübertragung durch Stoß sich die Kraft als eine begrenzte gerade Linie vorzustellen, deren Anfangspunkt den Angriffspunkt der Kraft, deren Länge die Intensität, deren Richtung die Richtung der erzeugten Bewegung repräsentirt. Auch das Ziel denken wir uns als eine gerade Linie, welche aus hinter einander liegenden, durch den Äther getrennten kleinsten Theilen besteht. Das an der Spitze der angreifenden Linie befindliche Molekül trifft auf das erste Molekül des Zieles, ihm einen Stoß in der Richtung der angreifenden

Linie versetzend. Dieses stößt das angreifende zurück, prallt gegen das zweite, dasselbe gleichfalls in Bewegung setzend, dieses gegen das dritte etc. Aber alle diese Moleküle waren in der Ruhelage, und um sie in Bewegung zu setzen, musste ihre Trägheit überwunden werden; dadurch wird Kraft verbraucht und so vermindert sich von Molekül zu Molekül die Schnelligkeit ihrer Bewegung, bis die Kraft erschöpft und der Ruhezustand wieder eintritt; die Wirkung des Stoßes des ersten Moleküls der angreifenden Linie ist vorüber.

Aber nicht nur das erste Molekül der angreifenden Linie war mit vorwärtsdrängender Kraft begabt, sondern die folgenden gleichfalls — es folgt also unmittelbar nach dem ersten Stoße, ehe die Wirkung desselben vorüber ist, ein zweiter von der angreifenden Linie ausgehender; in unmessbar kleinen Zeitintervallen wird den bereits in der Stoßrichtung sich bewegendem Molekülen durch neue Stöße immer neue Bewegung mitgetheilt, immer von Neuem Rückstöße durch das Beharrungsvermögen der Theile hervorrufend. In der tausendfältigen Wiederholung dieser molekularen Stöße und Rückstöße liegt das Charakteristische des Vorganges. Es entsteht mithin ein Hin- und Herschwingen der Moleküle in longitudinaler Richtung, abwechselnd Verdichtung und Verdünnung ihrer Zwischenräume dadurch erzeugend, dass das erste Molekül sich zunächst dem zweiten nähert, dann aber in seiner Vorwärtsbewegung gehemmt wird, einen Rückstoß erhält, der an Kraft dem Anprall gleich ist, während das in Ruhe befindliche zweite sich nunmehr entfernt. Einen solchen Vorgang nennt man eine longitudinale Welle.

Ein Beispiel von derart aufgespeicherter, vorwärtsdrängender Kraft eines in einem labilen Medium befindlichen Körpers ist das in der Luft dahinsausende Projektil, welches durch die Pulvergase in Bewegung gesetzt ist und durch dessen Schwerpunkt die Resultante aller vor- und rückwärts laufenden Schwingungen geht, das Geschoss zu einer fortwährenden Vor- und Rückwärtsbewegung, also zu Stößen zwingend. So beweist auch die Geschosswirkung die Richtigkeit des Satzes, dass das ganze mechanische Naturgetriebe sich in Schwingungen (und Rotationen) vollzieht und auf dem Dualismus von Wirkung und Gegenwirkung beruht.

Die longitudinalen Schwingungen im Ziel in der Flugrichtung des Geschosses lassen sich sowohl bei Körpern, welche wir für wenig oder gar nicht elastisch ansehen, wie bei sehr elastischen in gleicher Weise schön demonstrieren. Wird ein Kanonenrohr von einem Geschoss an seiner Mündung getroffen, so ist unter Umständen an dieser keine oder doch nur eine sehr geringfügige Verletzung zu sehen, aber das Rohr, das im Übrigen makroskopisch wenigstens ganz unversehrt geblieben ist, wirft seine Schwanztraube ab. Ein weiterer Versuch zeigt die Schwingungen besonders schlagend.

Schießt man auf Sandsteinplatten, so beobachtet man zuweilen, dass die getroffene Platte am Auftreffpunkt keine wesentliche Veränderung zeigt, während auf der gar nicht vom Geschoss berührten hinteren Seite der Platte relativ große flache Kegel abfliegen, während die Mitte der Platte scheinbar wenigstens ganz intakt bleibt. Wenn ein Geschoss mit erlahmender Kraft die Tabula externa des Schädels trifft, so braucht diese letztere gar keine Veränderungen zu zeigen und doch findet sich ein Theil der Tabula interna abgesprengt. — Sehr schön lassen sich die longitudinalen Stoßwellen bei sehr elastischen Körpern an der Mariotte'schen Perkussionsmaschine studiren.

Es findet jedoch nicht nur ein longitudinales Hin- und Herschwingen der in der Flugrichtung des Geschosses liegenden Theile statt, sondern auch ein Schwingen von Theilen, welche mehr oder weniger senkrecht zu der Flugrichtung sich befinden, also ein transversales Schwingen.

Die durch das Geschoss zur Seite gedrängten Moleküle haben im Beginn ihrer seitlichen Verschiebung das Bestreben, ihrem ersten Impulse der Bewegung in der Flugrichtung des Geschosses zu folgen. Die Hauptfortleitung ihres Stoßes würde also nicht senkrecht zur Flugbahn des Geschosses erfolgen, sondern, da die senkrecht zur Flugbahn stehenden Moleküle in einem homogenen Ziele dem

Ausweichen zur Seite an sich gleichen Widerstand leisten, als die in der Flugbahn liegenden, nach dem Parallelogramm der Kräfte in einer Linie, welche sich zwischen der Achse und dem Perpendikel der Flugbahn hält, d. h. die Fortpflanzung der Schwingungen erfolgt vornehmlich in Kegelmantelform, bei welcher die Basis des Kegels dem Ausschuss zugewandt ist.

Die Seitenschwingungen erfolgen aber auch bei entsprechend großer Kraft des Geschosses nach allen anderen Richtungen, z. B. senkrecht zur Flugbahn, ja der Richtung der Flugbahn entgegengesetzt. Man kann diese Erscheinungen studiren, wenn man das Zielobjekt aus gleichartigen Theilen, deren jeder für sich einen festen Körper bildet, bestehen lässt, z. B. aus mit Marmorkugeln gefüllten Blechbüchsen, oder mit Kieselsteinen gefüllten Gefäßen. Die Blechbüchsen zeigen bei größter Geschwindigkeit des Geschosses nach allen Seiten, auch nach der Einschussseite hin, »humpenförmige Ausbuchtungen« der Blechwand und die Marmorkugeln gallensteinartige Abplattungen (nach Kocher).

Ein Stoß durch feste Körper pflanzt sich leichter und auf weitere Entfernungen fort, als durch flüssige, da die Kraft bei letzteren in gleicher Intensität sich nach allen Seiten hin fortpflanzt (was bei den ersteren nicht der Fall ist), wodurch die Intensität und Fernwirkung des Stoßes abgeschwächt wird. — Weshalb fällt der Mensch nicht sofort um, wenn er durch einen Granatsplitter, dem eine große lebendige Kraft innewohnt, getroffen wird, wohl aber eine gleichgestaltete und gleich große trockene Holzpuppe? Offenbar weil der menschliche Körper zum großen Theile aus den Stoß schlecht leitenden, wasserreichen, ganz verschieden gebauten Geweben besteht. Ein schwerer Lastwagen, welcher über feuchten, ungepflasterten Boden dahinrollt, pflanzt die durch ihn verursachten Schwingungen der Erde nicht bis zu den nahe gelegenen Häusern fort, wohl aber, wenn der Boden fest gepflastert ist oder Frost hat.

Ein klassisches Beispiel für die enorme Kraftmenge, welche leicht an einander verschiebbare Körper durch Reibung verzehren, ist besonders auch der Sand. Geschosse mit größter lebendiger Kraft bleiben nach kurzem Fluge im Sande stecken. Ein Schuss auf einen mit trockenem Sande (oder trockenem Gipspulver, Sägemehl) gefüllten Schädel führt nur relativ geringfügige Zerstörungen der Kapsel herbei.

Die Theilchen des Wassers sind gleichfalls labil, und so könnte die Frage entstehen, ob beim Eindringen eines Geschosses ins Wasser durch das Aneinanderverschieben von Milliarden von Wassertheilchen gleich wie beim Sande so viel Energie verloren ginge, dass das Geschoss bald in seinem Fluge erlahme. Dieser schnelle Energieverlust des Geschosses im Wasser ist allerdings Thatsache.

Das moderne Geschoss dringt mit einer Kraft von mehr als 200 mkg in das Wasser ein und kommt doch nach wenigen Metern Flug zur Ruhe, es ist nicht im Stande, ein in dem Wasser befindliches leichtes Drahtnetz auf 140 cm Entfernung zu durchschlagen.

Füllen wir dagegen Wasser in ein rings geschlossenes Gefäß ein und jagen ein mit großer Kraft begabtes Geschoss durch das Wasser hindurch, so zersprengt das Wasser die Hülle in unzählige Theile und zwar nach allen Richtungen.

Wie sind die eigenartigen Schussverletzungen des menschlichen Körpers, welche dem eben erwähnten Experiment entsprechen, und welche man mit dem Namen der Explosivschüsse belegte, zu erklären?

Falsch ist die Anschauung, dass die Rotation des Geschosses und seine Centrifugalkraft sie verursache, eben so andere Ansichten, welche die Erklärung im Luftdrucke, Erwärmung und Deformation des Geschosses suchen.

Viele Jahre führte man mit einem gewissen Erfolg jene auffallenden Zerstörungen auf hydraulischen Druck zurück. Das Princip des hydraulischen Druckes im physikalischen Sinne besteht bekanntlich darin, dass das Wasser in einem geschlossenen Hohlraume einen empfangenen Druck nach allen Seiten hin auf beliebige Entfernung in gleicher Stärke fortpflanzt, und als Prototyp eines hydraulischen Vorganges sieht man die hydraulische Presse, die Wirkung des hydraulischen Stempels an.

Der hydraulische Druck im Sinne hydraulischer Pressung kann aber niemals durch eine in unmessbar kleiner Zeit wirkende Gewalt auf eine mit Flüssigkeit gefüllte, allseitig geschlossene Kapsel zu Stande kommen, auch nicht im ersten Moment des Eindringens, sondern dadurch, dass dieser Druck so lange wirkt, bis die im Wasser erzeugten Schwingungen und Gegenschwingungen in der geschlossenen Kapsel ins Gleichgewicht kommen.

Wäre die Theorie der Anhänger des hydraulischen Druckes im Sinne hydraulischer Pressung richtig, so würde ein nur den 3000sten Theil einer Sekunde dauernder Druck auf das Wasser einer mit einem Reservoir von einem Kubikkilometer Inhalt kommunizirenden kleinen Röhre genügen, um einen allseitig gleichen Druck auf die Wandungen des großen Gefäßes auszuüben. Das ist ganz unmöglich, denn dazu gehört mehr Zeit; ehe der Druck die Wandungen der Kapsel erreicht hat, hat sich die Energie der Welle durch das Beharrungsvermögen der Wassertheilchen, welches der Stoßwelle entgegenwirkt, erschöpft.

Aber auch der hydraulische Druck im anderen Sinne, welcher vornehmlich auf dem Begriffe der Raumbegung basirt, kann nicht zur Erklärung der gewaltigen Zerstörungen, welche Explosivschüsse hervorrufen, herangezogen werden. Denn wir haben dieselben Explosiverscheinungen auch beim trepanirten Schädel, also auch wenn die Kapsel mit dem flüssigen Inhalt nicht allseitig geschlossen ist, wo von einer Raumbegung durch die Kapsel keine Rede sein kann.

Weshalb zerreißen die Wandungen des offenen Gefäßes, da das Wasser doch Raum genug zum Ausweichen hatte? Wie ist es möglich, dass Wasser, welches gegen einen festen Körper andrängt, diesen zerstört?

Die wild bewegte See zerschlägt die eichenen Schiffsplanken, die mit Wasser geladene Pistole zerschmettert den Schädel des Selbstmörders. Was ist der Grund?

Wirkt eine intensive Gewalt plötzlich auf Wasser und sucht dasselbe zu verdrängen, so haben die Wassertheilchen nicht die nothwendige Zeit zum Ausweichen, sie verlieren hierdurch die Eigenschaft, die sie eben für uns zum flüssigen Körper macht, d. h. das Wasser verliert der angreifenden Gewalt gegenüber vorübergehend die Eigenschaft, welche wir mit dem Begriffe der Flüssigkeit verbinden, die Labilität seiner kleinsten Theile kann sich nicht betheiligen; die Stoßwelle geht dem zufolge durch das Wasser wie durch einen festen inkompressiblen Körper, nur ungleich schneller und intensiver, da es einen so homogenen Körper wie Wasser nicht weiter giebt.

Aber nicht nur die Plötzlichkeit der Gewalteinwirkung kann diesen Zustand hervorrufen, auch der zweite Faktor der lebendigen Kraft eines bewegten Körpers, die Masse kann dasselbe bewirken, wenn dieselbe mit großem Querschnitt angreift. Wenn Jemand beim Sprung ins Wasser aus bedeutender Höhe mit dem Rücken oder dem Unterleib platt aufs Wasser schlägt, so sind die Theile des Wassers, welche der Mitte der auftreffenden Fläche entsprechen, weniger in der Lage ausweichen zu können, als die seitlich getroffenen; die Mitte der Auftrefffläche wirkt dem fallenden Körper gegenüber gleichsam als feste Masse und kann an dieser Stelle schwere Verletzungen des Körpers hervorrufen, die Wassertheilchen befinden sich bei diesem Vorgange in einem ähnlichen Zustande, wie fest in einem Blechgefäße eingepresste Marmorkugeln, die nicht mehr ein aus leicht an einander verschiebbaren Theilen bestehendes Konglomerat von Kugeln darstellen, sondern durch ihr Eingepresstsein die leichte Verrückbarkeit ihrer Theile verloren haben, so dass sich die Stoßwelle wie durch einen massiven Körper auch durch sie fortplant.

Eine Veränderung des Aggregatzustandes des Wassers tritt selbstredend bei dem eben erwähnten Vorgange eben so wenig ein, wie die Marmorkugeln durch ihr Eingepresstsein zu einem massiven Marmorblock werden.

Ein Geschoss, mit einer gewissen Geschwindigkeit begabt, lässt also beim Auftreffen auf Wasser dessen physikalische Eigenschaft, d. h. die leichte Labilität seiner Theilchen, nicht zur Geltung kommen (ohne dass sein Aggregatzustand sich ändert). Versuch: Schießt man auf ein im Wasser befindliches, nicht allzu tief

unter dessen Oberfläche liegendes Brett mit einer Pistole, deren Geschoss geringe lebendige Kraft hat, so durchfliegt das Geschoss das Wasser und durchbohrt das Brett; die Wassertheilchen hatten Zeit auszuweichen. Vergrößert man die lebendige Kraft des Geschosses z. B. durch Vermehrung der Pulverladung, so dringt zwar das Geschoss in das Wasser ein, durchschlägt aber das Brett nicht mehr; bei allergrößter Geschwindigkeit zersplittert es schon oder deformirt sich beim Auftreffen.

Durch dieses Experiment wird uns in klassischer Weise vor Augen geführt, wie die Labilität der Wassertheilchen mit zunehmender Geschossgeschwindigkeit immer weniger zur Geltung kommt, wie ihr Beharrungsvermögen immer mehr in die Erscheinung tritt, bis dasselbe zu einer solchen Größe heranwächst, dass es die Kohäsionskraft des Bleies vernichtet.

Als Schlussfolgerung ergibt sich:

Die Explosivschüsse des Schädels beruhen auf keilförmiger Zerstörung durch ein mit sehr hoher Geschwindigkeit begabtes Geschoss; ermöglicht wird dieser Vorgang dadurch, dass gegenüber der Geschwindigkeit des Geschossfluges (das Geschoss durchsetzt den Schädel in dem 3-, 4- oder 5tausendsten Theil einer Sekunde) die Wassertheilchen des Schädelinhaltes ihre Labilität nicht bethätigen können.

Durch diese Annahme erklären sich alle Erscheinungen, welche Explosivschüsse des Schädels hervorbringen, in ungewohnter Weise; nicht aber durch die Annahme des hydraulischen Druckes, auch nicht meines Erachtens durch die neueste, von der Medicinalabtheilung des kgl. preussischen Kriegsministeriums aufgestellte Theorie der hydrodynamischen Druckwirkung.

Dieser Theorie liegt folgende Anschauung zu Grunde:

»Die dem Geschoss zunächst liegenden Wassertheilchen erhalten eine Geschwindigkeit, welche von derselben Größenordnung ist wie die Geschossgeschwindigkeit und die Theilchen übertragen die Geschossgeschwindigkeit weiter auf die ihnen benachbarten Wassertheilchen und so fort, so dass eine ziemlich große Wassermenge eine außerordentliche Geschwindigkeit erhält. Die Arbeitsleistung eines Geschosses besteht also wesentlich in der Abgabe seiner Geschwindigkeit auf das umgebende Wasser und zwar an eine ziemlich umfangreiche Wassersonne.«

Diese Theorie nimmt weiter an, dass zunächst sich Einschuss- und Ausschussloch bilden, welche beide, worauf das Werk der Medicinalabtheilung als eine typische Erscheinung wiederholt hinweist, radiale, vom Schussloch ausgehende, und cirkuläre, dasselbe umkreisende Spalten erkennen lassen; erst wenn das Geschoss den Schädel verlassen hat, erfolgt die weitere Zerstörung des Schädels durch hydrodynamische Druckwirkung. Wir haben also bereits, ehe diese Wirkung in die Erscheinung tritt, zwei mehr oder weniger große Öffnungen im Schädel. Nun aber steht fest, dass der Inhalt des Schädels bei Explosivschüssen unter einem Drucke steht, der zuweilen 40 Atmosphären überschreitet und noch relativ dadurch vermehrt wird, als am Einschussloche wegen der hinter dem Geschosse vorhandenen Luftverdünnung ein Unterdruck herrscht. Diesen Druck müssen wir unter allen Umständen mit in Rechnung ziehen. Es ist undenkbar, dass dieser ungeheure, durch das Manometer nachgewiesene Druck nicht schon im Augenblicke, in welchem der Geschossboden das Einschussloch passirt hat, die nicht kompressible Flüssigkeit aus dem Einschussloche herausströmen lassen sollte, da jede unter einem Druck stehende Flüssigkeit immer nach der Seite des geringsten Widerstandes ausweicht; geschieht dies aber — und das muss geschehen, wenn die Theilchen des Wassers ihre Labilität bethätigen können —, so kann von einer Weiterleitung von lebendiger Kraft durch Geschwindigkeitsübertragung auf die Innenwand der Schädelkapsel nicht mehr die Rede sein und noch viel weniger, wenn gar schon 2 Öffnungen vor dem Eintreten dieser Wirkung vorhanden sind.

Gegen die hydrodynamische Theorie dürften vielleicht auch die eigenen Worte ihrer Begründer sprechen:

»Während die leeren Bleigefäße glatt durchschlagen werden zeigen dagegen die mit Wasser und vielleicht noch mehr die mit Kleister gefüllten Gefäße eine nach allen Seiten hin von innen nach außen auftretende Druckwirkung.« Man sollte doch annehmen, dass das Anstürmen der Wassermassen leichter in einem mit Wasser als mit Kleister gefüllten Gefäße vor sich ginge, dass die Zerstörungen im ersteren Falle viel hochgradigere sein müssten; denn die zähen Bestandtheile des Kleisters müssen die vorwärts drängenden Wassermassen aufhalten und die Kraft der Stoßwelle abschwächen.

Ist denn eine vorübergehende Veränderung in dem physikalischen Verhalten des Wassers so wunderbar?

Man vergegenwärtige sich z. B. den Vorgang der Flüssigmachung der Kohlensäure, des Sauerstoffes und Stickstoffes durch Druck mit Temperaturänderung. Wird Wasser durch Abkühlung zu einem festen Körper, warum soll es nicht unter einem enormen Drucke oder bei großer Schnelligkeit einer Gewaltwirkung in einen Zustand hineingerathen, in welchem vorübergehend das leichte Ausweichungsvermögen seiner Theile sich nicht bethätigen kann? Nehmen doch die Physiker an, dass die glühenden Gase der Sonne durch den Druck, welchen die Anziehung der ungeheuren Masse der Sonne auf sie ausübt, z. B. dichter sind, als die festen Bestandtheile unserer Erde, ohne doch ihren Aggregatzustand zu ändern. Würde man die Geschossgeschwindigkeit so steigern können, dass auch die dem Wasser gegenüber viel labilere Luft, z. B. die, welche sich zwischen den Sandkörnern befindet, ihre Labilität nicht äußern kann, so würde ein mit trockenem Sand gefüllter Schädel eben so aus einander gesprengt werden, wie ein mit feuchtem Sand gefüllter.

Im Jahre 1894 schrieb du Bois-Reymond (Sohn des Physiologen du Bois-Reymond) Folgendes:

»Wir haben gesehen, dass wir keine scharf begrenzte Definition für die Aggregatzustände aufstellen können. Ein Stück Flaschenpech oder Siegellack zerfließt, wenn es lange einem gleichmäßigen Drucke ausgesetzt ist und zerspringt in scharfkantige Splitter, wenn man durch einen Hammerschlag eine Wirkung darauf ausübt, die, in Kilogrammen gemessen, vielleicht nur einen kleinen Theil des zuerst langsam ausgeübten Druckes darstellt.«

»Der Siegellack bildet also ein Beispiel eines allem Anscheine nach festen Körpers, der sich aber als flüssiger Körper entpuppt, sobald wir nur langsam genug auf ihn einwirken. Dass sich Eis ähnlich verhält, beweist die allgemein bekannte Eigenschaft der Gletscher.« Zum Schluss fragt Du Bois-Reymond, ob sich nicht ein mit Wasser gefüllter Schädel einem Geschoße gegenüber »wie ein fester Körper« nehmen könne.

Wenn wir die Geschosspräparate betrachten, sei es, dass es sich um sogenannte Explosionsschüsse handelt oder nicht, immer tritt uns ein bestimmter Typus in der Art der Zerstörung des Zieles entgegen. Von den Schussöffnungen aus, vom Einschuss wie vom Ausschuss, aber auch vom Schusskanal aus zieht eine mehr oder weniger große Anzahl von radialen Spalten in die Gewebe hinein; wir sehen ferner bei vielen Schusspräparaten mehr oder weniger unterbrochene cirkuläre Streifen die Schussöffnungen umkreisen. Die Medicinalabtheilung hat besonders auf diese Spalten hingewiesen.

Welche Ursache liegt diesem immer wiederkehrenden Typus zu Grunde?

Eine Erklärung dieser Erscheinungen ist noch nicht gegeben, und doch ist der Entstehungsmechanismus derselben ein überaus einfacher, eben so wie auch die Mechanik der vollständigen Zertrümmerung des Zieles ein einfacher Vorgang ist.

Jedes Geschoss dringt keilförmig ins Ziel ein, nicht nur unser modernes mit seiner abgerundeten Spitze, sondern auch die früher gebräuchliche Rundkugel. Niemals kommt es vor, dass das Geschoss sofort mit seinem größten Querschnitt, also nicht keilförmig, ins Ziel tritt, selbst bei einem Querschläger nicht. Es kommt also unter allen Umständen bei jeder Art Ziel die Keilwirkung zur Geltung, und zwar das Princip der schiefen Ebene, deren Eigenthümlichkeit darin besteht, dass

ein großer Theil der lebendigen Kraft nicht in der Stoßrichtung, sondern seitlich verbraucht wird. Die Art und Größe der Keilwirkung selbst hängt von der mehr oder weniger ausgeprägten Keilform des Geschosses ab; das moderne Geschoss wirkt wie ein vorn abgerundeter Keil.

Denken wir uns das Ziel aus einer Reihe hinter einander befindlicher kreisförmiger Scheiben von gleicher Größe und Form bestehend.

Nur selten freilich hat das Ziel eine solche Gestalt; häufig hat es z. B. einen röhrenförmigen Bau, wie bei Diaphysen.

Um die Schusswirkung auf solche Körper zu zergliedern, müssen wir uns das Ziel nicht nur aus hinter einander liegenden kreisförmigen Scheiben, sondern zugleich aus über einander liegenden bestehend vorstellen. Dieselben Gesetze, nach welchen die Veränderungen des Zieles in seiner Vertikalebene vor sich gehen, gelten auch für die Zerstörungen des Zieles in seiner Horizontalebene; aber der Angriffspunkt der Kraft ist ein anderer; in dem einen Falle liegt er mehr oder weniger im Centrum der Scheibe, im anderen an seiner Peripherie. Deshalb muss der jeweilige Bau des Zieles auf das Schussresultat großen Einfluss ausüben. Werden z. B. bei den Röhrenknochen jene horizontal liegenden Scheiben durch die Gewalt des Geschosses von vorn nach hinten zusammengedrückt und ihr Querdurchmesser (von rechts nach links) durch diesen Mechanismus über die Gebühr gedehnt, so tritt eine Zusammenhangstrennung (Fissuren) ein, welche mit den direkt durch das Geschoss verursachten Zusammenhangstrennungen in keinerlei Verbindung zu stehen braucht.

Es genügt, die Wirkung des Keiles auf die erste Scheibe zu erläutern, da in jeder folgenden sich derselbe Process abspielt.

Das keilförmige Geschoss soll genau senkrecht in die Mitte der Scheibe eindringen, welche wir uns, um das Verständnis zu erleichtern, aus einer Reihe von Kreisen — nehmen wir wie bei einer Schützenscheibe deren 11 an — umgeben vorstellen. Der keilförmige Bau des Geschosses bedingt, dass bereits im ersten Augenblick des Eindringens ins Ziel ein starker Seitendruck im Sinne seitlicher Verschiebung auf die Wandungen des Schusskanals ausgeübt wird, der sich mit dem Vordrücken des Geschosses steigert; hierdurch wird jeder einzelne der gedachten Ringe erweitert.

Ring 6 z. B. nimmt jetzt den Platz ein, den zuvor der größere Ring No. 5 einnahm; da aber die Zahl seiner Moleküle nicht zugenommen hat, müssen dieselben aus einander gezerrt werden; sie entfernen sich also von einander. Ist die Kohäsionskraft der Moleküle genügend groß oder handelt es sich um einen sehr elastischen Körper, so verändern die Ringe nicht ihr Aussehen; im entgegengesetzten Falle tritt eine Trennung an einer oder mehreren Stellen des Ringes auf.

Die stärkste Zerrung hat der unmittelbar um das Geschoss befindliche Ring des Zieles zu erleiden, hier müssen sich mithin die Trennungen, die Sprünge, zuerst zeigen; der Riss steht dabei radial zur Geschossachse.

Zugleich hiermit geht aber auch eine Kompression der Moleküle in der Richtung der kleinen Kreise zu den größeren der Scheibe vor sich. Die Kompression erfolgt stoßweise, eine Wellenbewegung in den festen Theilen erzeugend, wie ein Stein, der ins Wasser geworfen, vom Punkte des Eindringens eine solche in Wasser hervorruft. Je größer der Stein ist, d. h. je größer die Masse und die Schnelligkeit, mit welcher er ins Wasser geworfen wird, um so stärker die Stöße, die das Wasser erhält, um so stärker auch die Rückstöße. Das zeigt sich äußerlich in der Höhe der Wasserwellen, die schließlich durch Raumbeengung so hoch werden können, dass der Zusammenhang der Wassertheilchen auf dem Höhenkamm der Welle vernichtet wird und das Wasser in die Höhe spritzt. In ähnlicher Weise verläuft die Wellenbewegung in festen Körpern, wenn wir sie natürlich auch nicht mit unseren Augen erkennen können. Ist die Gewalt eines Geschosses eine große, ist auch der Widerstand groß, so kann auch hier auf der Höhe der Welle, auf welcher die größte Verdichtung der Moleküle stattfindet, derart, dass nicht Raum genug für sie vorhanden ist, eine Zusammenhangstrennung stattfinden, welche dann naturgemäß nicht radial zur Flugbahn des Geschosses steht, sondern wie bei

der Wasserwelle cirkulär sein, den Eingang des Schusskanals umkreisen muss. Dass die cirkulären Fissuren auf Wellenbewegungen der beschriebenen Art zurückzuführen sind, kann man an der Art der Zerstörung des Zieles in unzweideutiger Weise erkennen.

Nicht nur bei unelastischen Körpern sehen wir die radial und kreisförmig den Einschuss umgebenden Spalten; auch bei elastischen, ganz gleich ob sie fest oder weich sind, ob es sich um Leber, Haut oder Knochen handelt, sind solche zuweilen deutlich zu erkennen. Ein Beispiel einer schönen radialen und cirkulären Spaltung sehr elastischer Körper zeigen z. B. Schüsse auf Gummiplatten.

Ist die Kraft des Geschosses groß genug, um es durchs Ziel zu treiben, so müssen auch beim Ausschuss die Zeichen der Keilwirkung, radiale und cirkuläre Spalten, sich bilden. Dies finden wir in der That bei sehr vielen Schusspräparaten. So zeigen sich radiale und cirkuläre Fissuren an der Ausschussseite bei Sandsteinplatten und Eisenplatten in gleicher Deutlichkeit wie beim Schädel. Nach dem eben Erörterten versteht es sich von selbst, was wir schon früher andeuteten, dass auch von den Wandungen des Schusskanals aus radiale Spalten sich bilden können. Spalten dieser Art treffen wir namentlich in festweichen Geweben, Leber, Niere u. dgl. an, in welchen sie unter der Form von mehr oder weniger senkrecht zur Achse des Schusskanals stehenden Gewebseinrissen auftreten, während sie in sehr elastischen oder sehr kompressiblen weniger deutlich in die Erscheinung treten.

Die durch die Fissuren hervorgebrachten Zeichnungen fallen um so regelmäßiger aus, je homogener das Ziel ist, und wenn wir letzteres als ein größeres Ganze betrachten, je mehr die Flugbahn des Geschosses sich der mathematischen Mittellinie des Zieles nähert. Absolute Regelmäßigkeit und Symmetrie der Spaltungen können wir beim lebenden Ziel wegen der Ungleichartigkeit seiner Zusammensetzung nicht erwarten, doch finden wir nicht selten bei Schüssen, welche ziemlich genau die Mitte des Schädels durchsetzen, eine deutliche Symmetrie der Spaltbildung.

Von großem Interesse ist in dieser Beziehung die durch Keilwirkung des Geschosses hervorgerufene typische Spaltbildung bei den Diaphysenschüssen, welche die bekannte Schmetterlingsfraktur darstellt, noch interessanter aber die Thatsache, dass auch zahlreiche kleinere Splitter dieser Fraktur, jeder für sich, oft dieselbe Figur erkennen lassen (Kocher), ein klassischer Beweis dafür, dass es sich bei der Geschosswirkung um eine sich fortdauernd wiederholende Wirkung desselben Mechanismus der Zerstörung handeln muss und dieser immer gleiche Mechanismus liegt in der Wiederholung der Stöße.

Sehr schön können wir beide Arten von Zerstörungen, die das Geschoss hervorruft, die radial verlaufenden und die cirkulären, bei Schüssen auf den menschlichen Schädel erkennen, doch auch, wie erwähnt, bei Schüssen auf Gummiplatten, also bei spröden wie bei sehr elastischen Zielen, bei festen oder weniger festen (Weichtheile), am besten indessen studiren wir sie an den Schüssen auf Glasplatten. Wir erkennen zu gleicher Zeit bei Betrachtung solcher Schusspräparate, dass mit Zunahme der Geschwindigkeit des Geschosses die radialen Sprünge sich mehren, die konzentrischen immer näher an einander rücken; wie die Theilchen, die sie begrenzen, immer kleiner werden, bis wir sie mit unserem Auge nicht mehr unterscheiden können, d. h. die Zertrümmerung vollendet ist.

Nicht die radiale Spalte allein zertrümmert ein Ziel, eben so wenig wie dies der Schnitt eines Messers vermag, auch nicht die cirkuläre Spalte allein, sondern erst die Verbindung beider Behufs Umkreisung eines kleinsten Partikelchens vollendet die Zermalmung. Auch der Mechanismus der Zertrümmerung eines Körpers oder Körpertheiles, sei es, dass er belebt ist oder nicht, sei es, dass es sich um weiche oder harte Theile handelt, durch die stumpfen Gewalten des Friedens geht nach denselben Gesetzen wie die Zerstörung des Zieles durch das Geschoss vor sich.

Jede angreifende Kraft setzt sich zusammen aus Masse und Bewegung, gleichwie beim Geschoss; je nachdem der eine oder der andere Faktor der wichtigste

ist, wird sich zwar der Effekt der Wirkung anders gestalten können, aber die Mechanik der Zerstörung vollzieht sich in dem einen wie in dem anderen Falle in derselben Weise.

Geringe Geschwindigkeit und große Masse, große Geschwindigkeit und kleine Masse, sie zermahlen auf gleiche Weise das Angriffsobjekt. Bewegung und Masse auf der einen Seite, Raum und Zeitbeugung auf der anderen, das sind die Faktoren, welche die Zertrümmerung jedes Körpers bewirken, deren einfache Mechanik uns die Betrachtung der Geschosswirkung lehrte.

Gegen diese Ausführungen K.'s zur Erklärung der Explosivwirkung der Geschosse etc. wendet sich

Herr Kurlbaum: Herr Köhler behauptet, die Wirkung der Geschosse auf Flüssigkeiten sei dieselbe wie die auf feste Körper, und schließt daraus, folglich wird die Flüssigkeit für diesen Moment quasi ein fester Körper; er schließt also von der gleichen Wirkung auf die gleiche Ursache; damit macht er nur einen Wahrscheinlichkeitsschluss.

Auch die Heranziehung der Thatsache, dass Eis durch Druck flüssig werden kann, als Stütze für die Hypothese Köhler's, ist nicht beweisend.

Drückt man auf Eis, so bringt man die Moleküle des Eises einander näher, ein Umstand, der eintreten muss, wenn Eis zu Wasser werden soll, welches ja ein kleineres Volumen einnimmt. Drückt man nun auf Wasser, so bringt man die Moleküle noch näher an einander. Wie soll nun Wasser zu Eis werden, welches doch einen größeren Abstand der Moleküle braucht?

Auch die Schießversuche, die K. anstellte und deren Objekte er vorlegt, bestimmen ihn zu der Ansicht, dass ein großer Unterschied herrsche in der Wirkung der Geschosse auf feste und flüssige Körper. Schießt man u. A. gegen einen Bleiklotz, so entsteht ein Loch, dessen Querschnitt leicht mehr als das 10fache des Geschossquerschnittes beträgt, während das Geschoss den inneren Wandbelag des Loches ohne Ausschuss bildet. Das Einschussloch hat nach außen, d. h. der Flugrichtung des Geschosses entgegengesetzt, umgebogene Ränder.

Allerdings als unmöglich zur Erklärung heranzuziehen ist die Theorie der hydraulischen Pressung; unmöglich desswegen, weil die Schusswirkung auf offene Gefäße dieselbe ist wie auf allseitig geschlossene; in einem offenen Gefäß kann aber von hydraulischer Pressung nicht die Rede sein.

Eine Theorie nun, die sich auf den einfachsten Gesetzen der Mechanik aufbaut und in dem Werke der Medicinalabtheilung (v. Koler-Schjerning) als die richtige vertreten wird, ist die Theorie der hydrodynamischen Druckwirkung.

Das Geschoss trifft auf eine Flüssigkeit und verdrängt dieselbe. Da die Geschwindigkeit des Geschosses eine große ist, so muss auch die Flüssigkeit mit großer Geschwindigkeit ausweichen. Die Flüssigkeit in der nächsten Nähe des Geschosses erhält also eine große Geschwindigkeit und damit eine große lebendige Kraft. Mit dieser lebendigen Kraft fliegt sie gegen die umgebenden Theile, immer nach der Seite des geringsten Widerstandes ausweichend. Sie steht im Einklang mit allen Schusswirkungen auf Gefäße, die mit Wasser gefüllt waren. Rechnet man nach dieser Vorstellung aus, wie viel lebendige Kraft ein Geschoss im Wasser an das Wasser abgeben muss, so folgt daraus, dass das Geschoss Modell 88 überhaupt nicht einen Weg im Wasser zurücklegen kann, der größer ist als 1,5 m — ein Resultat, welches wieder mit der Erfahrung übereinstimmt und den großen Widerstand im Wasser erklärt.

Herr Schjerning: Herr Köhler hat seine neue Theorie auf ein Schädelschusspräparat gestützt, nämlich auf einen Schädel, welcher mit Wachs gefüllt resp. beschossen war.

Gerade dieses Präparat aber ist im Stande, den wesentlichen Unterschied in die Augen springen zu lassen, welchen die Füllung des Schädels mit Flüssigkeit und mit fester, homogener Masse für die Geschosswirkung bedingt.

Wir sehen beim Schuss auf die mit Wasser gefüllten Schädel die ganze Schädelkapsel gleichmäßig in verhältnismäßig kleine, sehr zahlreiche Bruchplatten

zersprengt, deren begrenzende Sprunglinien im Allgemeinen die vom Ein- und Ausschuss beherrschten konzentrisch-cirkulären und radiären Grundrichtungen sind.

Bei dem mit Wachs gefüllten, beschossenen Schädel ist der radiäre und cirkulär-konzentrische Sprungverlauf offenbar und deutlich sichtbar gestört, indem die sofort in der Umgebung des Einschusses und längs des ganzen Schusskanals aus dem Wachsgehirn in großen, zusammenhängenden, keilförmigen Stücken ausgesprengten Bruchmassen, mit der vom Geschoss direkt empfangenen Beschleunigung und Richtung gegen die Schädeldecke gepresst oder geschleudert, aus der Schädeldecke Bruchstücke »ausstanzen«, deren konkave Innenflächen den konvexen Oberflächen der Wachsbruchstücke kongruent sind.

Ein solches Wachsbruchstück ist vermuthlich auch vor dem Geschoss her in der Richtung der Flugbahn gegen die Schädelkapsel gepresst worden, bevor das Geschoss dieselbe zur Ausschussformirung berühren konnte, und hat dort ein seiner Form entsprechendes Stück ausgestanzt und fortgeschleudert, so dass das Geschoss den Schädel durch eine fertig vorgefundene Lücke verließ.

Wenn das Gehirn vermöge seines Wassergehaltes, wie Herr Köhler meint, unter der Geschosswirkung zu einer starren Masse würde, so müsste man am Vollschädel eben so irreguläre Zersprengungen der Schädelkapsel finden wie an dem mit Wachs gefüllten Schädel.

Auch lehrt ein Blick auf die Bleigefäße, die, mit Wasser gefüllt, beschossen wurden, und die nach vorn, nach den Seiten und nach hinten hin ausgebeult sind, dass man es dabei niemals mit der Keilwirkung eines festen Körpers zu thun haben kann.

S. bezieht sich sodann auf den Bericht der Prüfungskommission der Geschosswirkung (v. Koler-Schjerning), dass beim Schießen auf mit Wasser gefüllte Gefäße kein hydraulischer Druck entsteht, sondern ein Druck, der durch Flüssigkeitsmassen hervorgerufen ist, welche mit großer Geschwindigkeit gegen die Umgebung andringen — »hydrodynamische« Druckwirkung —, womit bewiesen ist, dass bei einem mit Wasser gefüllten Schädel, bei allen mit freier Flüssigkeit erfüllten Körperhohlräumen, wie Herz, Magen, Blase, große Gefäßstämme, die gleichen Verhältnisse obwalten, und dass vergleichsweise ähnliche Verhältnisse vorliegen bei dem mit Gehirn erfüllten Schädel, mit dem Grade der Abweichungen, mit welchem die Gewebeskonsistenz des frischen normalen Gehirns von einer freien Flüssigkeit abweicht.

Die hydrodynamische Druckwirkung im Schädelkapselinhalt aber — vorausgesetzt, dass dieser die Grundbedingungen für erstere darbietet — und die Sprengung der Schädelkapsel selbst durch die Keilwirkung des Geschosses (sowohl in der Einschussplatte, wie in der Ausschussplatte) sind zwei ganz selbständige, von einander ganz unabhängige, physikalische Vorgänge.

Sie haben primär nur die Entstehungsursache, nämlich die lebendige Kraft des Geschosses gemeinsam, deren Richtungslinien im festen wie im flüssigen Widerstande durch die Kegelkeilform der Geschossspitze bestimmt sind; sie verlaufen dann getrennt von einander, jeder in seinem Ursprungsgebiet und begegnen sich schließlich an den Berührungsstellen ihrer Gebiete, so dass sekundär ihre Wirkungen vermengt, ihre Kräfteleistungen in gewissem Sinne addirt erscheinen. An diesen Berührungsstellen ist die zeitliche Aufeinanderfolge der beiden Komponenten zu berücksichtigen, die im Allgemeinen als außerordentlich kurz anzusehen ist.

Die Keilwirkung am Ausschuss bildet den Beschluss der Schädelverletzung; sie wird nur durch das Geschoss selbst, unabhängig von der Keilwirkung des Geschosses am Einschuss, und von der hydrodynamischen Druckwirkung, gesetzt und fasst theoretisch die innere Schädelkapselfläche zeitlich später an als die hydrodynamische Druckwirkung.

Die hydrodynamische Druckwirkung wirkt gegen das Schädeldach als wellenförmig ablaufender Flächendruck gegen eine Fläche. Die Keilwirkung — am Einschuss und am Ausschuss — wirkt im Schädeldach selbst, fortgeleitet in scharfen Kraftlinien, welche in ihrem theils radiären, theils cirkulär-konzentrischen

Verlauf leicht durch die physikalischen Gesetze von Keilwirkung überhaupt zu konstruiren besw. zu erklären sind und bestimmend für die Formen des Schädelkapselbruches sind.

Die Keilwirkung des Geschosses in der leeren Schädelkapsel wirkt nicht sprengend, weil die freie Schädelwand die Druckschwingungen außerordentlich schnell auf ihre Gesamtoberfläche vertheilt und mittels ihrer Elasticität erträgt. Diese Elasticität der Schädelkapsel kommt am gefüllten Schädel — verhältnismäßig gleich, ob mit Wasser, mit Gehirn oder mit festen Massen gefüllt — gar nicht, oder sehr abgeschwächt zur Geltung. Die Schwingungsmöglichkeit wird durch die allseitige, stetige Anlagerung an die Wandungen aufgehoben. Daher beim Schuss auf einen leeren Schädel ein Lochschuss, beim vollen Schädel Sprengungen; nur bei solchen Füllungen des Schädels, welche komprimirbar sind und dadurch Schwingungen gestatten (trockene Sägespäne), springt der beschossene Schädel nicht.

Herr Nicolai führt aus, dass an der Sprengwirkung bei Schädelchüssen sowohl die Zertrümmerung der Schädelwand an der Einschussstelle, als auch die Hirnmasse selbst einen gewissen Antheil haben. Um den Antheil der letzteren festzustellen, schoss der russische Militärarzt Thiele auf trepanirte Schädel und traf die Trepanationsöffnung 6mal. In keinem Falle trat Sprengwirkung ein. Der Schusskanal war glatt, gegen den Ausschuss trichterförmig erweitert und nur dann zerrissen und ausgeweitet, wenn Knochensplitter mit hineingerissen waren. Der Schädel war am Ausschuss zertrümmert, die hinausgeschleuderte Hirnmasse klebte an dem hinter dem Ziel stehenden Auffangebrett; durch die Trepanationsöffnung rückwärts war keine Spur von Schädelinhalt ausgetreten.

Hieraus geht hervor, dass das Geschoss beim Einschlagen in die Hirnmasse einen Theil seiner lebendigen Kraft an diese abgebend, eine Stoßwelle, wie es Herr Köhler gezeigt hat, in Kegelform und in der Richtung der Flugbahn erzeugt. Der Anschlag an die entgegengesetzte Schädelwand nach Durchschlagung derselben durch das Geschoss, trägt dann noch zur umfangreicheren Zerstörung der Schädelkapsel an der Ausschussstelle bei. Es entstehen hier die radiären und longitudinalen Spalten, wie der Herr Vortragende es demonstirte. Wäre eine hydrodynamische Wirkung vorhanden, so müsste, wie Herr Kurlbaum vorhin erwähnte, der Druck sich gleichmäßig nach allen Seiten verbreiten. Hier aber pflanzt er sich nur in der Richtung der Flugbahn fort, es handelt sich eben um eine Wellenbewegung und nicht um einen hydrodynamischen Druck. Wäre dieser vorhanden, so hätte Hirnmasse aus der Trepanationsöffnung austreten müssen. Die Längs- und Ringspalten kann man auch zur Anschauung bringen, wenn man ein Ei senkrecht unter eine Kartenpresse stellt und den Pol desselben langsam eindrückt. Es ist gleichgültig, ob eine kleine Kraft lange oder eine große Kraft kurze Zeit einwirkt.

Herr R. Köhler (Schlusswort) bemerkt Herrn Kurlbaum gegenüber, dass er nicht behauptet habe, Kleister sei ein fester Körper, sondern dass die Resultate der Schüsse auf mit Kleister gefüllte Schädel gegen die Richtigkeit der hydrodynamischen Theorie sprechen. Letzterer erklärt die Zersprengung des Schädels durch die Schnelligkeit der anstürmenden Wassermassen. Wäre diese Theorie richtig, so könnten Schüsse auf mit Kleister gefüllte Schädel nicht eben solche, ja sogar stärkere Zerstörungen hervorrufen, als Schüsse auf mit Wasser gefüllte, wie dies in der That konstatirt ist.

Es giebt zweifellos Explosivschüsse am Schädel, bei welchen man nichts weiter findet, als die durch Keilwirkung entstandenen radiären und cirkulären Fissuren. Man sieht aber auch die Keilwirkung im Gehirn selbst; denn auch das Gehirn zeigt vom Schusskanal ausgehende radiäre Spaltung, welche, wie im Vortrag bewiesen, auf Keilwirkung zurückzuführen sind. Es würde schwer halten, diese vom Schusskanal des Gehirns ausgehenden Spalten durch das schnelle Anstürmen von Wassermassen erklären zu wollen.

Genau dieselben Zerstörungen, die man am Schädel sieht, finden sich auch an den Diaphysen. Bei beiden muss derselbe Mechanismus der Zerstörung obwalten.

zersprengt, deren begrenzende Sprunglinien im Allgemeinen die vom Ein- und Ausschuss beherrschten konzentrisch-cirkulären und radiären Grundrichtungen sind.

Bei dem mit Wachs gefüllten, beschossenen Schädel ist der radiäre und cirkulär-konzentrische Sprungverlauf offenbar und deutlich sichtbar gestört, indem die sofort in der Umgebung des Einschusses und längs des ganzen Schusskanals aus dem Wachsgehirn in großen, zusammenhängenden, keilförmigen Stücken ausgesprengten Bruchmassen, mit der vom Geschoss direkt empfangenen Beschleunigung und Richtung gegen die Schädeldecke gepresst oder geschleudert, aus der Schädeldecke Bruchstücke »ausstanzen«, deren konkave Innenflächen den konvexen Oberflächen der Wachsbruchstücke kongruent sind.

Ein solches Wachsbruchstück ist vermuthlich auch vor dem Geschoss her in der Richtung der Flugbahn gegen die Schädelkapsel gepresst worden, bevor das Geschoss dieselbe zur Ausschussformirung berühren konnte, und hat dort ein seiner Form entsprechendes Stück ausgestanzt und fortgeschleudert, so dass das Geschoss den Schädel durch eine fertig vorgefundene Lücke verließ.

Wenn das Gehirn vermöge seines Wassergehaltes, wie Herr Köhler meint, unter der Geschosswirkung zu einer starren Masse würde, so müsste man am Vollschädel eben so irreguläre Zersprengungen der Schädelkapsel finden wie an dem mit Wachs gefüllten Schädel.

Auch lehrt ein Blick auf die Bleigefäße, die, mit Wasser gefüllt, beschossen wurden, und die nach vorn, nach den Seiten und nach hinten hin ausgebeult sind, dass man es dabei niemals mit der Keilwirkung eines festen Körpers zu thun haben kann.

S. bezieht sich sodann auf den Bericht der Prüfungskommission der Geschosswirkung (v. Koler-Schjerning), dass beim Schießen auf mit Wasser gefüllte Gefäße kein hydraulischer Druck entsteht, sondern ein Druck, der durch Flüssigkeitsmassen hervorgerufen ist, welche mit großer Geschwindigkeit gegen die Umgebung andringen — »hydrodynamische« Druckwirkung —, womit bewiesen ist, dass bei einem mit Wasser gefüllten Schädel, bei allen mit freier Flüssigkeit erfüllten Körperhohlräumen, wie Herz, Magen, Blase, große Gefäßstämme, die gleichen Verhältnisse obwalten, und dass vergleichsweise ähnliche Verhältnisse vorliegen bei dem mit Gehirn erfüllten Schädel, mit dem Grade der Abweichungen, mit welchem die Gewebeskonsistenz des frischen normalen Gehirns von einer freien Flüssigkeit abweicht.

Die hydrodynamische Druckwirkung im Schädelkapselinhalt aber — vorausgesetzt, dass dieser die Grundbedingungen für erstere darbietet — und die Sprengung der Schädelkapsel selbst durch die Keilwirkung des Geschosses (sowohl in der Einschussplatte, wie in der Ausschussplatte) sind zwei ganz selbstständige, von einander ganz unabhängige, physikalische Vorgänge.

Sie haben primär nur die Entstehungsursache, nämlich die lebendige Kraft des Geschosses gemeinsam, deren Richtungslinien im festen wie im flüssigen Widerstande durch die Kegelkeilform der Geschosspitze bestimmt sind; sie verlaufen dann getrennt von einander, jeder in seinem Ursprungsgebiet und begegnen sich schließlich an den Berührungsstellen ihrer Gebiete, so dass sekundär ihre Wirkungen vermengt, ihre Krafterleistungen in gewissem Sinne addirt erscheinen. An diesen Berührungsstellen ist die zeitliche Aufeinanderfolge der beiden Komponenten zu berücksichtigen, die im Allgemeinen als außerordentlich kurz anzusehen ist.

Die Keilwirkung am Ausschuss bildet den Beschluss der Schädelverletzung; sie wird nur durch das Geschoss selbst, unabhängig von der Keilwirkung des Geschosses am Einschuss, und von der hydrodynamischen Druckwirkung, gesetzt und fasst theoretisch die innere Schädelkapselfläche zeitlich später an als die hydrodynamische Druckwirkung.

Die hydrodynamische Druckwirkung wirkt gegen das Schädeldach als wellenförmig ablaufender Flächendruck gegen eine Fläche. Die Keilwirkung — am Einschuss und am Ausschuss — wirkt im Schädeldach selbst, fortgeleitet in scharfen Kraftlinien, welche in ihrem theils radiären, theils cirkulär-konzentrischen

Verlauf leicht durch die physikalischen Gesetze von Keilwirkung überhaupt zu konstruiren besw. zu erklären sind und bestimmend für die Formen des Schädelkapselbruches sind.

Die Keilwirkung des Geschosses in der leeren Schädelkapsel wirkt nicht sprengend, weil die freie Schädelwand die Druckschwingungen außerordentlich schnell auf ihre Gesamtoberfläche vertheilt und mittels ihrer Elasticität erträgt. Diese Elasticität der Schädelkapsel kommt am gefüllten Schädel — verhältnismäßig gleich, ob mit Wasser, mit Gehirn oder mit festen Massen gefüllt — gar nicht, oder sehr abgeschwächt zur Geltung. Die Schwingungsmöglichkeit wird durch die allseitige, stetige Anlagerung an die Wandungen aufgehoben. Daher beim Schuss auf einen leeren Schädel ein Lochschuss, beim vollen Schädel Sprengungen; nur bei solchen Füllungen des Schädels, welche komprimirbar sind und dadurch Schwingungen gestatten (trockene Sägespäne), springt der beschossene Schädel nicht.

Herr Nicolai führt aus, dass an der Sprengwirkung bei Schädelchüssen sowohl die Zertrümmerung der Schädelwand an der Einschussstelle, als auch die Hirnmasse selbst einen gewissen Antheil haben. Um den Antheil der letzteren festzustellen, schoss der russische Militärarzt Thiele auf trepanirte Schädel und traf die Trepanationsöffnung 6mal. In keinem Falle trat Sprengwirkung ein. Der Schusskanal war glatt, gegen den Ausschuss trichterförmig erweitert und nur dann zerrissen und ausgeweitet, wenn Knochensplitter mit hineingerissen waren. Der Schädel war am Ausschuss zertrümmert, die hinausgeschleuderte Hirnmasse klebte an dem hinter dem Ziel stehenden Auffangebrett; durch die Trepanationsöffnung rückwärts war keine Spur von Schädelinhalt ausgetreten.

Hieraus geht hervor, dass das Geschoss beim Einschlagen in die Hirnmasse einen Theil seiner lebendigen Kraft an diese abgebend, eine Stoßwelle, wie es Herr Köhler gezeigt hat, in Kegelform und in der Richtung der Flugbahn erzeugt. Der Anschlag an die entgegengesetzte Schädelwand nach Durchschlagung derselben durch das Geschoss, trägt dann noch zur umfangreicheren Zerstörung der Schädelkapsel an der Ausschussstelle bei. Es entstehen hier die radiären und longitudinalen Spalten, wie der Herr Vortragende es demonstrierte. Wäre eine hydrodynamische Wirkung vorhanden, so müsste, wie Herr Kurlbaum vorhin erwähnte, der Druck sich gleichmäßig nach allen Seiten verbreiten. Hier aber pflanzt er sich nur in der Richtung der Flugbahn fort, es handelt sich eben um eine Wellenbewegung und nicht um einen hydrodynamischen Druck. Wäre dieser vorhanden, so hätte Hirnmasse aus der Trepanationsöffnung austreten müssen. Die Längs- und Ringspalten kann man auch zur Anschauung bringen, wenn man ein Ei senkrecht unter eine Kartenpresse stellt und den Pol desselben langsam eindrückt. Es ist gleichgültig, ob eine kleine Kraft lange oder eine große Kraft kurze Zeit einwirkt.

Herr R. Köhler (Schlusswort) bemerkt Herrn Kurlbaum gegenüber, dass er nicht behauptet habe, Kleister sei ein fester Körper, sondern dass die Resultate der Schüsse auf mit Kleister gefüllte Schädel gegen die Richtigkeit der hydrodynamischen Theorie sprechen. Letzterer erklärt die Zersprengung des Schädels durch die Schnelligkeit der anstürmenden Wassermassen. Wäre diese Theorie richtig, so könnten Schüsse auf mit Kleister gefüllte Schädel nicht eben solche, ja sogar stärkere Zerstörungen hervorrufen, als Schüsse auf mit Wasser gefüllte, wie dies in der That konstatiert ist.

Es giebt zweifellos Explosivschüsse am Schädel, bei welchen man nichts weiter findet, als die durch Keilwirkung entstandenen radiären und cirkulären Fissuren. Man sieht aber auch die Keilwirkung im Gehirn selbst; denn auch das Gehirn zeigt vom Schusskanal ausgehende radiäre Spaltung, welche, wie im Vortrag bewiesen, auf Keilwirkung zurückzuführen sind. Es würde schwer halten, diese vom Schusskanal des Gehirns ausgehenden Spalten durch das schnelle Anstürmen von Wassermassen erklären zu wollen.

Genau dieselben Zerstörungen, die man am Schädel sieht, finden sich auch an den Diaphysen. Bei beiden muss derselbe Mechanismus der Zerstörung obwalten.

Allen Forschern hat sich das immer wieder aufgedrängt, so dass man nach einer gemeinschaftlichen Ursache für die Zerstörungen an beiden suchte und sie irrthümlicherweise in der Hydraulik zu finden glaubte. Es ist meiner Meinung nach nicht gut möglich, die explosiven Erscheinungen bei Diaphysenschüssen auf hydrodynamische Druckwirkung zurückzuführen. Bei den Diaphysenschüssen ist sicher Keilwirkung die Ursache, und derselbe Mechanismus, der die Diaphysen zerstört, zerstört auch den Schädel.

K. hält daher seine Ansicht über die Art der Entstehung der Explosivschüsse vollkommen aufrecht.

Eine ausführlichere Begründung der vorgetragenen Theorie bringt übrigens K.'s in diesen Tagen bei Otto Enslin erschienenen Lehrbuch der allgemeinen Kriegschirurgie: »Die modernen Kriegswaffen, ihre Entwicklung und ihr heutiger Stand, ihre Wirkung auf das todte und lebende Ziel«, aus welchem vorstehende Zeilen einen Auszug bilden. **Sarfert** (Berlin).

8) **Steckmetz.** Zur Kasuistik seltener Missbildungen und Erkrankungen des Penis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

1) Rudimentäre Bildung des Penis. Derselbe ist als 1 cm langes, $\frac{1}{2}$ cm dickes, walzenförmiges Gebilde ins Scrotum eingelagert und zeigt (auch bei der Operation) keine Andeutung einer Harnröhre; letztere mündet vielmehr in den Mastdarm.

2) Dehnung und Hypertrophie des Vorhautsackes bei einem 2jährigen Kind. Die pralle Vorhautgeschwulst besitzt Hühnereigröße. Eine Stenose der Vorhautöffnung besteht nicht (No. 15 Charrière lässt sich einführen), vielmehr muss angenommen werden, dass ein ventilartiger Verschluss sich im Laufe der ersten Lebensmonate gebildet hat.

3) Spontane Gangrän des Penis bei einem 31jährigen Manne. Erysipel wird ausgeschlossen, afebriler Verlauf. **Hofmeister** (Tübingen).

9) **W. Miklaszewski.** Ein Fall von Fractura penis.

(Kronika lekarska 1896. No. 23.)

Ein 40jähriger mit beginnender Arteriosklerose behafteter Mann verspürte, während er sein erigirtes Glied stark nach der Seite zog, ein Knacken in demselben verbunden mit heftigem Schmerz. Die Untersuchung ergab eine Fraktur des Gliedes nahe an der Ansatzstelle desselben. In Folge starken Blutextravasates, namentlich im Präputium, nahm das Glied bei seitlicher Ansicht eine S-förmige Gestalt an. Bis auf mäßigen Schmerz waren keine subjektiven Beschwerden vorhanden, und ging auch das Uriniren ganz leicht von statten. Bei indifferenter Behandlung erfolgte vollständige Restitutio ad integrum.

Trzebicki (Krakau).

10) **C. Moreau.** Observations d'urétréctomie.

(Bulletin de l'acad. royale de méd. de Belgique 1896. No. 9.)

Den Publikationen von Sédillot, Voillemier, Bourgnat (1861), Vallette, Molière (1880), Poncet (1888), Guyon (1892), Albarran (1892), Jouan (1892), Noguès (1892), E. Vignard und Villard (1894) schließt M. 2 neue Beobachtungen an von Resektion des festen fibrösen Narbengewebes sammt Harnröhrenabschnitt, wie es nach Traumen der Dammgegend so oft vorkommt, wobei meist Zerreißen der Harnröhre eintreten. Die Resektion ist meist eine partielle, so auch in den beiden Fällen von M., indem der obere Theil der Harnröhre meist nicht zerrissen wird, somit auch keine Narbe enthält, daher streifenweise erhalten werden kann, um die Verbindung der beiden Harnröhrenmündungen in der Operationswunde nach der Resektion zu erhalten. Die narbige Portion wird durch einen Mediandammschnitt freigelegt und wie eine Geschwulst extirpiert. Die Harnröhrenöffnungen werden zusammengezogen und durch mehrere Nähte vereinigt, alsdann der mediane Schnitt genäht. Die Nachbehandlung ge-

schiebt mittels des Dauerkatheters. Die beiden Fälle M.'s betrafen einen Jungen von 7½ und einen Mann von 37 Jahren. Beide Fälle heilten in 22 resp. 17 Tagen.
E. Fischer (Straßburg i/E.).

11) W. Sachs. Ein neues Harnblasenphantom.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

S. konstruirte zum Zwecke der Demonstration, der Einübung bestimmter Untersuchungsmethoden und Operationen in der Blase ein neues Phantom aus Gummistoff. Es besteht aus 3 Theilen, welche Harnröhre, Blase und Harnleiter darstellen. Von einer am oberen Pol der Harnblase befindlichen Öffnung aus können Steine, Fremdkörper aller Art, cystoskopische Bilder etc. eingeführt werden. Das Phantom wird bei seinem Gebrauch in einem eigens hergestellten Kästchen aufbewahrt. Die Anwendungsweise ist einfach und aus beigefügten Abbildungen ersichtlich. Man kann an dem Phantom die Lithotripsie, Steinsondierungen u. A. m. einüben.
E. Siegel (Frankfurt a/M.).

12) Maydl. Neue Beobachtungen von Ureterenimplantation in die Flexura romana bei Ectopia vesicae.

(Wiener med. Wochenschrift 1896. No. 28, 30 u. 31.)

Zu den beiden bereits beschriebenen Fällen von Harnleitereinpflanzung in die Flexura sigmoidea nach des Verf. eigener Methode (Referat s. Centralblatt für Chirurgie 1895 p. 101: Excision der Blasenwand aus der Bauchwand mit Eröffnung der Bauchhöhle, elliptische Umschneidung der Harnleiterenden mit den begleitenden Gefäßen und dem umhüllenden Bindegewebe und Einpflanzung dieser Theile in einen Längsschnitt der Flexura sigmoidea) fügt er 3 neue Beobachtungen hinzu bei einem 7jährigen Knaben (+), einem 7jährigen und einem 22jährigen Mädchen. In beiden letzteren Fällen war der Erfolg ein vollkommener: Mictio rectalis in 4- bis 8stündigen Intervallen; der Todesfall war vermuthlich nach dem Sektionsschluss auf die lange Narkose zu schieben. Aus den bisherigen Ergebnissen zieht der Autor den Schluss, dass die Gefahr einer aufsteigenden Niereninfektion durch die Darmkommunikation bei seiner Methode nicht in Betracht kommt, wogegen sie wohl aus den Ulcerationen der extrophirten Blase entstehen mag. Für die anatomischen Unterlagen seiner Methode erweisen seine Untersuchungen, dass die ernährenden Gefäße der Harnleiter und der Umgebung ihrer Mündungen durch die Operation nicht berührt werden, eine Nekrose also nicht zu befürchten ist.

Herm. Frank (Berlin).

13) A. Donnadieu. Un cas de calculs multiples vésicaux.

(Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux 1896. No. 37.)

An die klassischen Fälle von Portal, welcher in der Blase von Buffon 55 Steine fand, von Désault, Maisonneuve u. A. reiht Verf. seine Beobachtung von Vorkommen von 122 Steinen in der Blase eines Greises an, welcher durch Steinschnitt mit Erfolg operirt wurde.

Die extrahirten Steine, deren Entfernung durch Lithotripsie kaum möglich gewesen wäre, waren hauptsächlich Phosphate, ihr Gewicht trotz des beträchtlichen totalen Volumens nicht mehr als 30 g zusammen. Die kleinen Steine betrugten über 80, die mittleren, einige 30 an der Zahl, waren deutlich alle facettirt; der größte, 4,30 g schwer, war ganz sphärisch.
A. Henry (Breslau).

14) G. Heinrichius. Njurtuberkulos. — Nefrotomi. — Nefrektomi.

(Finska Läkarsällskapets Handlingar Bd. XXXVII. p. 527.)

Verf. giebt eine ausführliche Darstellung der modernen Ansichten über Häufigkeit, Symptome und Behandlung der Nierentuberkulose mit Berücksichtigung der deutschen, englischen und besonders der französischen Litteratur. Seine eigenen Erfahrungen veranlassen ihn, die primäre Nephrektomie, und zwar mit lumbaler Schnittführung, zu empfehlen. In dem Falle, welcher als Einleitung dient, hatte Verf. zuerst die Nephrotomie gemacht, sah aber davon keinen Erfolg weder in

diagnostischer noch in therapeutischer Beziehung. Pat. war eine 37jährige Frau, die mehrere Jahre vor der Aufnahme in die Klinik, besonders unmittelbar nach durchgemachten Puerperien, eine kleine, empfindliche Geschwulst in der rechten Seite des Bauches bemerkt hatte. In den letzten 3 Wochen war sie bettlägerig geworden und fieberte. Verf. konstatierte an der genannten Stelle eine fluktuierende Geschwulst, deren obere Grenze 2fingerbreit unter dem Nabel, und die innere nahe an der Mittellinie lag, während die untere sich in die Leisten- und die hintere in die Lendenregion verlor. Die Geschlechtsorgane waren frei; keine Tuberkelbacillen im Harn. Nach einer Probepunktion wurde Pyonephrosis dextra diagnosticirt und eine quere Incision nach Küster gemacht. Eine bedeutende Menge dickflüssigen Eiters floss heraus. Nach stumpfer Durchtrennung der Cystensepta wurde die Nierenwunde in die Bauchwunde eingenäht und ein großer Drain eingeführt. Die ersten Tage war Pat. fieberfrei; die Harnmenge, die bis zu etwa $\frac{1}{3}$ des Normalen reducirt war, stieg bald bis zu 2000 ccm. Allmählich stellte sich aber Fieber wieder ein, und da die Sekretion der Wunde fortwährend eitrig war, wurde Nephrektomie gemacht. Die entfernte Niere zeigte sich cystös degenerirt, die Höhlen enthielten Eiter nebst käsigen, im Zerfall begriffenen Massen; das specifische Nierengewebe war sehr reducirt. — Die Wunde wurde mit Gaze tamponirt und heilte größtentheils nach 7 Monaten Aufenthalt der Pat. im Krankenhaus. Eine kleine Fistel, die nur wenig secernirte, bestand, laut nachheriger Erkundigung, noch 26 Monate nach der Operation. Pat. fühlte sich aber gesund und hatte keine Symptome von Wiederauftreten der Tuberkulose.

A. Hansson (Warberg).

15) G. Lotheisen. Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 4.)

I. stellt die sämtlichen Nierenoperationen zusammen, die in der Billroth'schen, jetzt Gussenbauer'schen Klinik von 1867—95 gemacht wurden. Es sind insgesamt 55 Fälle, die er nach der zu Grunde liegenden Krankheit der Reihe nach bespricht. Zuerst behandelt er die Neubildungen der Niere, ihre vielfache und variirende Symptomatologie, und schildert das Operationsverfahren Billroth's, das in Einzelheiten von dem anderer Chirurgen abweicht. Interessant ist 1 Fall von 36 Stunden anhaltender Anurie bei einseitiger Nierengeschwulst. Nach den perirenalen Geschwülsten finden die Nierenoperationen eine Besprechung, die wegen Verletzung eines Harnleiters bei anderweitigen, namentlich gynäkologischen Eingriffen nöthig wurden. Wie gefährlich die Exstirpation der einen Niere sein kann, beweist auch hier ein Fall, wo die zurückgebliebene parenchymatös erkrankt war, so dass der Tod eintrat. Die Fälle von Pyonephrose waren theils mit Nierenexstirpation, theils mit Nephrotomie behandelt worden. Von im Ganzen 11 derartigen Operationen verliefen 8 tödlich. Hervorhebenswerth ist, dass bei einer Pat. die V. cava mit der Niere hervorgezogen und für die V. renalis gehalten, in Folge dessen auch unterbunden wurde. Tod nach $1\frac{1}{2}$ Stunden. Die Tuberkulose der Niere spielt bei L.'s Fällen eine nur geringe Rolle. Sie wurde 2mal beobachtet. Von Hydronephrosen wurden sowohl angeborene, wie später erworbene behandelt, erstere mit Injektion von Antiseptics resp. Ätzmitteln nach Punktion, letztere mit offener Cystenbehandlung und Exstirpation des Sackes. Die Ätiologie, eine überhaupt sehr verschiedenartige, konnte nicht in jedem Falle festgestellt werden. Klappenbildungen an der Harnleitermündung, Anomalien der Nierengefäße, Steinbildung, Geschwülste an der Blasenmündung oder sonst im Verlauf des Harnleiters spielen die Hauptrolle für Entstehung von Hydronephrosen. Für die Diagnose wird natürlich auch die Sondirung der Harnleiter empfohlen. Zum Schluss wird noch die Nephrorrhaphie als eine sehr brauchbare Operation bei Wanderniere empfohlen, die gute Dauerresultate giebt. Es wird die Symptomatologie der beweglichen Niere besprochen und ihre Verwechselung mit Magen-erkrankungen, die sogar zur Laparotomie schon Veranlassung gab, hervorgehoben. Zur Naht ward immer Seide ohne Nachtheil benutzt, und die Wunde drainirt. Von sämtlichen 55 Nierenoperationen führten 25 zum Tode; der Procentsatz der

Sterblichkeit beträgt also 45%. Diese scheinbar hohe Zahl ist aber auf manche Zufälle zu schieben, die den Methoden zum wenigsten zur Last fallen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

16) **F. Parona.** Seltene angeborene Anomalie des rechten Hodens.

(Polielinico 1896. Mai 1.)

Pat. von 29 Jahren mit großem rechtsseitigen Leistenbruch kommt zum Zweck der Radikaloperation. Bei der Untersuchung fand sich der Samenstrang ziemlich dick, bandartig; an Stelle des Hodens mehrere kleine Geschwülste, die durch Vertiefungen von einander getrennt sind. Am unteren Ende des Samenstranges fühlte man eine ovale, etwas abgeflachte Anschwellung, die für den atrophischen Hoden angesprochen wurde. Die darüber liegenden kleinen Geschwülste hielt man für fibröse oder cystische Bildungen. Bei der Operation (nach Bassini) fand man, dass die Verdickung des Samenstranges herrührte von einem großen Bündel variköser Venen und fibrös-muskulärem Gewebe. Am unteren Ende des Stranges fand sich der erwähnte abgeplattete Körper. Nachdem das Ganze exstirpiert und in Formalin konserviert war, stellte sich bei der genaueren Untersuchung heraus, dass jener abgeplattete Körper der Nebenhoden war, während die kleinen rundlichen Geschwülste aus Hodengewebe bestanden. — Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen.

Auch am linken Hoden ist durch Tastung eine Abnormität nachweisbar, indem der Samenstrang sich hinter dem Hoden nach unten zu fortsetzt und in einer mandelgroßen Anschwellung blind endigt. — Die Geschlechtsfunktionen des Pat. sind normal; er ist verheirathet und hat einen gesunden Sohn.

Nach der Ansicht des Verf. handelt es sich im vorliegenden Fall um eine unvollständige Verschmelzung der verschiedenen Bestandtheile des Hodens, also um eine Hemmung der Entwicklung. Zum Schluss theilt Verf. noch 2 ähnliche Fälle mit; in dem einen (Bajardi) hatte der plattgedrückte Nebenhoden einen irreponiblen Netzbruch vorgetäuscht, der Hoden selbst war sehr atrophisch. In dem anderen Falle (Sangalli) handelte es sich ebenfalls um einen atrophischen Hoden, der jedoch in 2 Partien getheilt war; die eine Hälfte lag im Hodensack, die andere im äußeren Leistenring derselben Seite.

H. Bartsch (Heidelberg).

17) **C. Bayer.** Zur Operation des Kryptorchismus.

(Centralblatt für Kinderheilkunde 1896. No. 2.)

B. operirte 2 Knaben, beide 13 Jahre alt, der eine ein rechtsseitiger, der zweite ein doppelseitiger Kryptorch, den ersteren wegen häufig wiederkehrender Einklemmungserscheinungen, den anderen wegen einer complicirenden rechtsseitigen Hernie.

Es wurde bei dem einen Pat. der Processus vaginalis und das ganze Scheidenhautsäckchen bloßgelegt, wobei es sich zeigte, dass ein Fall »subaponeurotischer Kryptorchie« nach Nicoladoni vorlag. Nach Spaltung des geschlossenen Sackes präsentirte sich der gut entwickelte, nicht plattgedrückte, normal konsistente, stark bohnen große Hode, der am oberen Pol in dem Winkel, wo sich der Samenstrang von ihm abhob, ein ovales, gerstenkorngroßes, flach aufsitzendes Anhängsel trug. B. schnitt den Processus vaginalis von dem angelegten Längsschlitz aus aus seiner Innenwand vorsichtig cirkulär quer ein und löste ihn nach aufwärts vom Samenstrang so weit ab, dass die Ränder seines jetzt röhrenförmig sich darstellenden centralen Querschnittes mit 2 Klemmen wie ein kurzer Arterienstumpf gefasst werden konnten. Mit Hilfe dieser Handhabe ging dann die Ablösung höher ventralwärts leicht vor sich. Diese Art der Isolirung des Samenstranges, wie sie auch Schüller ähnlich vornahm, ist etwas mühsam, und es ist viel leichter, nach Nicoladoni die Lösung bei zunächst uneröffnetem Processus von oben abwärts, resp. peripherwärts zum Hoden vorzunehmen und ihn erst dann quer zu trennen, nachdem hoch oben im Niveau der A. epigastrica eine Ligatur um ihn herum gelegt worden ist. Nach hoher Unterbindung des Processus mittels einer matrattzennahtähnlichen Naht, Verschließung des Leistenkanals bei stark

medianwärts angezogenem Samenstrang durch einige tiefe Kanalnähte. Der Hode ließ sich nun nach unten ziehen, aber auch bei maximaler, noch erlaubter Anspannung des Samenstranges nicht tiefer, als eben unter die Höhe der Symphyse, so dass er in den oberen Abschnitt des Hodensackes zu liegen kam. Hier fixirte ihn B. gewissermaßen durch eine »parafunikulare« Seidennaht, das Bindegewebe des Samenstranges an das Beckenperiost. Diese Fixationsnaht, welche den darüber liegenden Abschnitt des Samenstranges straff gespannt erhielt, bewährte sich gut, weder Ernährung, noch freie Beweglichkeit des Hodens litten dadurch. Über den Samenstrang und die tiefe Kanalnaht wurde sodann die gespaltene Aponeurose des M. obliq. als Deckblatt durch separate Nähte vereinigt. Von einer separaten Naht der Hodenhülle wurde abgesehen. Jodoformgazeverband. Lineäre Vernarbung. Der Hode stieg seitdem noch etwas mehr herab und jetzt, 3 Monate nach der Operation, ist er im oberen Drittel des Hodensackes beweglich und rund zu fühlen.

Im 2. Falle wurde ähnlich verfahren, nur wurde hier bezüglich der Lösung des Samenstranges nach Nicoladoni operirt. Gleiches Resultat.

Die beiden Fälle sind lehrreich. Sie zeigen zunächst, dass der Hode bei Kryptorchie nicht immer verkümmert ist und daher eventuell erhalten werden kann, was gelingt, sobald man sorgfältig operirt. Es soll sofort operirt werden, sobald ein Band weder Schutz gewährt, noch den Descensus begünstigt, und Beschwerden von Seiten des Organs auftreten.

Grätzer (Sprotau).

18) G. D'Urso. Osservazioni su l'idrocele spermatico.

(Estr. della Atti della R. Accad. med.-chir. di Napoli 1896.)

In der vorderen rescirten Wand einer gewöhnlichen, seit 9 Jahren bestehenden, kindskopfgroßen Hydrocele testis verlief ein gänsekielicker Strang von oben nach unten, in der Tunica propria gelegen. Mikroskopisch bot er tubulöse Struktur, das Bild eines vielgeschlängelten, in verschiedenen Schnitten getroffenen Kanals. Derselbe, bestehend aus Tunica propria und kubischem oder cylindrischem Flimmer-epithel, führte zahlreiche Spermatozoen.

U. erklärt dies in gleicher Weise bisher noch nicht beobachtete Gebilde für ein abnorm starkes und abnorm gelagerte Vas aberrans.

Der Befund hat nicht nur pathologisch-anatomisches Interesse, sondern es könnte auch, wenn bei der Punktion einer Hydrocele ein solcher Kanal durch den Trokar verletzt würde, ein bisher noch nicht bekannter Anlass zur Entstehung einer spermatozoenhaltenden Hydrocelenflüssigkeit abgegeben werden, für welche Fälle U. den Namen Hydrocele spermatica reservirt haben will, während für samenfädenhaltende Erweiterung eines Vas aberrans oder der Hydatide cystis spermatica, für cystische Erweiterung durch Verschluss des Vas deferens selbst Spermatocele (Monod und Terillon) gelten soll.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

19) O. Küstner. Über sekundäre Verwachsungen submuköser Myome mit den umgebenden Wandpartien des Genitaltractus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXIII. Hft. 2.)

Von der in der Überschrift erwähnten seltenen Komplikation der Myome sah K. 3 Fälle, von denen 2 mitgeteilt werden. Die Verwachsungen entstehen durch Drucknekrose der Scheiden- und Uterusschleimhaut und consecutive Verwachsung. In der neueren Litteratur konnte K. nur einen Fall von Löhlein und 3 von Gusserow citirte Fälle von Klob, Barnes und Demarquay auffinden. Die Verwachsungen können der operativen Entfernung der Myome bedeutende Schwierigkeiten bereiten.

Jaffé (Hamburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. Sonnabend, den 17. April. 1897.

Inhalt: XXVI. Chirurgenkongress.

J. Riedinger, Die Mechanik des Fußgewölbes als Grundlage der Lehre von den Fußdeformitäten. (Original-Mittheilung.)

1) **Wolff**, 2) **Joachimsthal**, Skioskopie. — 3) **König**, Gonorrhoeische Gelenkentzündung. — 4) **Féré**, Verrenkungen und Muskelschlaffheit. — 5) **David**, Replantation trepanirter Knochenstücke. — 6) **Reiner** und **Schnitzler**, Blutcirculation im Gehirn. — 7) **Tiffany**, Trigemiusresektionen. — 8) **Bruck**, Ozaena. — 9) **Haasler**, Kiefergeschwülste. — 10) **Dagron**, Schlüsselbeinbrüche.

C. Lauenstein, Erfolgreiche Operation einer Speichelfistel in Folge querer Durchtrennung des Ductus Stenonianus in der Pars masseterica. (Original-Mittheilung.)

11) **Broca**, Intracranielle Komplikationen von Otitis. — 12) **Cohn**, Pulsirender Exophthalmus. — 13) **Rochar** und **Gouguenheim**, Sequester in der Nase. — 14) **Odenius**, Makroglossie. — 15) **Schanz**, Meningocele spuria traum. spinalis. — 16) **Ardouin**, Spina bifida. — 17) **Kirmisson**, Wirbelbrüche. — 18) **Pupovac**, Halsteratom. — 19) **Gouguenheim**, Streptokokkenangina. — 20) **Sabrazès** und **Cabannes**, Kropf. — 21) **Vanverts**, 22) **Villard**, 23) **Thomas** und **Junod**, Tracheotomie. — 24) **Friedrich**, Fistelbildungen an den Lungen. — 25) **Samosch**, Schulterverrenkung. — 26) **Widal**, Schleimbeutelentzündung unter dem Deltoides.

A. v. Zajontschowski, Einige Worte über den Aufsatz des Herrn Dr. Beyer. —

B. L. Beyer, Einige Bemerkungen zu vorstehendem Artikel.

69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Braunschweig.

XXVI. Chirurgenkongress.

Um möglichst rasch nach alter Weise im Centralblatt einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

Die Mechanik des Fußgewölbes als Grundlage der Lehre von den Fußdeformitäten.

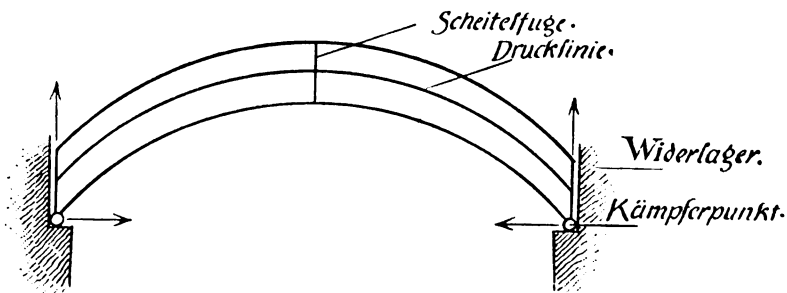
Von

Dr. J. Riedinger in Würzburg.

Bisher hat man auf Grund anatomischer, pathologisch-anatomischer und klinischer Beobachtungen den Gewölbecharakter des Fußes zu analysiren versucht, ohne dass man erheblich weiter kam als zu Hypothesen, welche den verschiedenen Theorien über die Entstehung der Deformitäten des Fußes zu Grunde gelegt wurden. So wurde von H. Meyer, Hüter u. A. der Talus als Schluss des Gewölbes, von Lorenz als hinteres Ende des inneren Fußbogens bezeichnet. Den Scheitel des äußeren Fußbogens verlegt Lorenz an den tiefsten Punkt der Gelenkspalte zwischen Fersen- und Würfelbein. Auf diese Hypothese baute Lorenz die Theorie auf, dass bei der Entstehung des Plattfußes zuerst der äußere Fußbogen einsinke, und dass im weiteren Verlauf des Leidens der innere Fußbogen vom äußeren abrutsche. Mit dieser Theorie sollen alle pathologisch-anatomischen Verhältnisse in Einklang zu bringen sein.

Das Gemeinsame, das diese Theorien haben, ist die Voraussetzung, dass der Fuß einen sehr complicirten Bau aufweist, den man nicht übersichtlich darstellen kann. Ich will versuchen, die Verhältnisse klarer zu legen, indem ich auf die Lehre vom Gewölbebau im Allgemeinen zurückgreife.

Fig. 1.



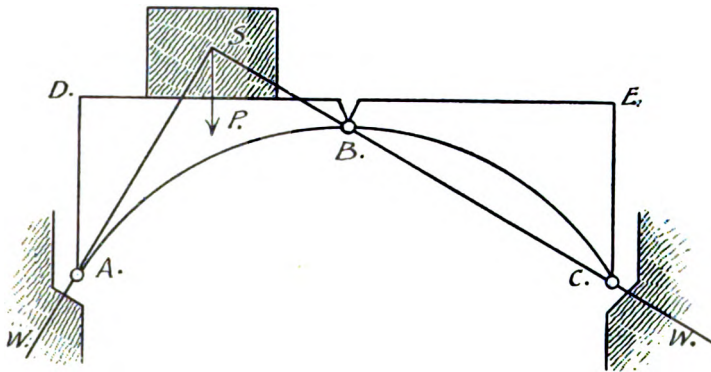
In jedem statisch möglichen Gewölbe muss eine dem Ruhezustand entsprechende Drucklinie, welche annähernd mit der Mittellinie zusammenfällt, nachweisbar sein. Wenn die Mittellinie gegeben ist, so können wir uns auch den Gewölbebogen konstruiren, da die Form des Bogens einer bestimmten Belastungsart entsprechen muss.

Dieser Bogen ist weiterhin statisch bestimmbar durch die Einschaltung eines Scheitелgelenkes, welches bei voller Belastung des Bogens am stärksten gespannt ist. Die Spannung des Gewölbes

wird durch die Widerlager erhalten (Fig. 1, Fig. 2 W und W_1), welche in ihren Kämpferpunkten außer einem senkrechten Druck auch einen Seitenschub aufnehmen können.

Wenn die Belastung auf dem Bogenträger eine veränderliche ist, so muss er gegen Biegung durch eine Wand, welche oben von der Belastungslinie (Fig. 2 DE) begrenzt ist, geschützt werden. Dieselbe dient zur Aufnahme der Last, wie z. B. bei den Brückengewölben. Bei unsymmetrischer Belastung des Gewölbes erfolgt der Gegendruck oder Kämpferdruck, der von der unbelasteten Bogenhälfte ausgeübt wird, in der Richtung der Verbindungslinie ihrer

Fig. 2.



beiden Gelenke (Scheitelfuge und Kämpferdruckfuge. Fig. 2 CB). Durch den Punkt (Fig. 2 S), an dem sich diese Verbindungslinie in ihrer Fortsetzung mit der Richtungslinie der Last schneidet, muss auch der Kämpferdruck der belasteten Seite hindurchgehen, wenn sich die drei Kräfte, die Last (Fig. 2 P) und die durch sie hervorgerufenen Kämpferdrücke das Gleichgewicht halten sollen.

Bei Verschiebung der Last muss sich die Verschiebung des Gleichgewichts- oder Schwerpunktes auf einer gebrochenen Linie bewegen, welche die Fortsetzung derjenigen Linien bildet, welche zwischen den Kämpferdrücken und der Scheitelfuge gezogen werden können (Fig. 3 FBG).

Eine Abweichung von dieser Norm bringt das Gewölbe im Scheitel zum Einsturz. So stürzt das Gewölbe ein, wenn die Widerlager aus einander weichen (Fig. 4);

es wird gesprengt, wenn die Widerlager sich nähern (Fig. 5). Im ersteren Falle steigt die Drucklinie und der Scheitel senkt sich. Im letzteren Falle fällt die Drucklinie und der Scheitel hebt sich.

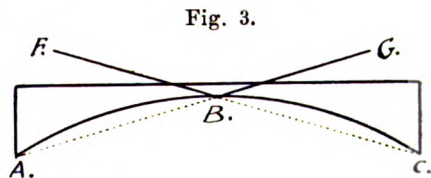
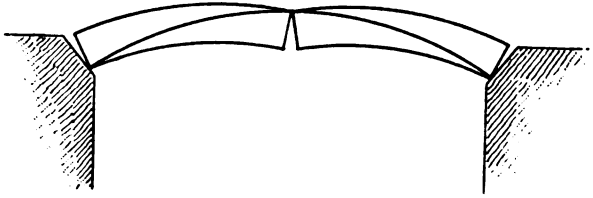


Fig. 3.

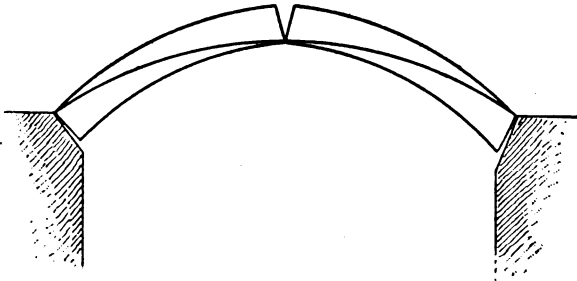
Wenden wir uns nun zum Bau des Fußgewölbes. Am Skelett eines Fußes mit gut erhaltener Wölbung lässt sich eine Stelle ausfindig machen, welche von allen Kämpferpunkten gleich weit entfernt ist. Diese Stelle liegt dort, wo, von der Plantarseite aus betrachtet, das Würfelbein, das Kahnbein und das dritte Keilbein zusammenreffen. Die genannten Knochen treten hier zu einer Y-förmigen Gelenkvereinigung zusammen und bilden nach abwärts und einwärts eine Nische. Wenn wir durch den Mittelpunkt dieses Y von oben

Fig. 4.



her eine Sonde führen, so kommt sie an der Innenseite des Fußes zum Vorschein. Die Betrachtung des aufgestellten skelettirten Fußes von der Innenseite her giebt dann Anlass zum Vergleich mit einem aufgespannten und auf den Boden gestellten Schirm. Eine Ebene, welche wir uns durch die Sonde, so wie durch das Köpfchen des dritten Metatarsus und durch die Ferse gelegt denken, theilt den Fuß in eine äußere und eine innere Hälfte. Diese Ebene ist demnach schräg nach außen geneigt.

Fig. 5.



Durch den höchsten Punkt der erwähnten Nische lassen sich ferner von allen Widerlagern des Fußes her symmetrische Drucklinien als Mittellinien konstruiren. Hier haben wir somit den Scheitel des Gewölbes zu suchen. Der auf den Innenrand des Fußes in Fig. 6 aufgetragene Bogen hat nur schematische Bedeutung und muss als mitten durch den Fuß gehend gedacht werden, und zwar in einer Ebene, die mit der vorerwähnten übereinstimmt.

Die Last des Körpers wird von der hinteren Hälfte des Gewölbes aufgenommen. Sie hat eine unverrückbare Basis, und die Belastungs-

linie, welche durch die obere Gelenkfläche des Talus repräsentirt wird, ist deshalb eine im Verhältnis zum Gewölbebogen begrenzte und zugleich nach oben gewölbte.

Der hintere Gewölbschenkel ist ferner wegen seiner stärkeren Beanspruchung in sagittaler Richtung in seinem Höhendurchmesser dem vorderen Gewölbschenkel überlegen. Hingegen ist die Basis der aus fünf einzelnen Strebebogen zusammengesetzten vorderen Bogenhälfte wegen ihrer stärkeren Beanspruchung in frontaler Richtung erheblich breiter.

Die Gewölbebogen verlaufen also nicht alle in der gleichen Richtung. Alle Mittellinien, die durch die Kämpferpunkte gehen, sind aber einander kongruent und haben ein gemeinsames Scheitelgelenk, in dem sich die Spannung am stärksten äußert. An der Richtung der Spannkkräfte zum Scheitel ändert die nicht verkennbare spiraloge Drehung des Fußes bei der Belastung nichts. Diese Drehung ist dadurch zu erklären, dass der Scheitel des Fußes nicht auf der höchsten absoluten Konvexität des aufrecht stehenden Fußes ge-

Fig. 6.



legen ist, und darauf, dass, wenn die hintere Hälfte des Fußes Supination, die vordere Hälfte desselben zugleich Pronation und umgekehrt ausführt.

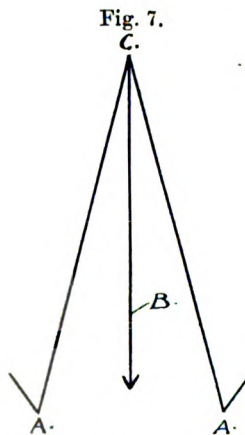
Der Fuß lässt sich somit nur in der Längsrichtung mit einem symmetrisch gebauten, einseitig belasteten Brückengewölbe vergleichen mit mindestens drei Gelenken, im Übrigen aber mit einem aus vier Gewölbwangen zusammengesetzten Gewölbe, dessen seitliche Wangen den Boden nicht erreichen und nur Widerlagspunkte haben.

Die Schwerlinie, die durch den Fuß geht, ist eine veränderliche. Sie fällt beim Stehen auf einem Bein etwa in der Gegend des Scheitelgelenkes des Fußes herunter. Der Schwerpunkt senkt sich nun nach den Gesetzen, die im Gewölbe zur Geltung kommen, bei Veränderung der Belastungsrichtung von allen Richtungen her dem Scheitel zu, um dann wieder vom Scheitel ab sich zu erheben, je nachdem sich die Schwerlinie dem Scheitel nähert oder von ihm entfernt. Er bewegt sich also von rückwärts und von außen weder horizontal nach vorn (Fig. 6) noch horizontal nach innen, sondern

innerhalb eines trichterförmigen Umkreises in einer gebrochenen Linie, deren Ebenen durch den Scheitel des Fußes gehen. Für die Längsrichtung lässt sich eine mittlere Ebene konstruiren, welche wir oben bereits gekennzeichnet haben. In derselben Ebene liegen die Achsen, um welche Supination und Pronation des Fußes ausgeführt werden.

Verlängern wir die mediale Hälfte der für den Querschnitt konstruirten Kämpferdrucklinie, bis sie sich mit der ebenfalls verlängerten korrespondirenden medialen Hälfte der anderen Seite schneidet, so stoßen wir auf den Schwerpunkt des Körpers, welcher nach Borelli (1560) in der Höhe des zweiten Lendenwirbels liegt. Die von der Kreuzungsstelle nach abwärts gezogene Resultante giebt uns dann die Richtung der Schwerlinie des Körpers an bei Belastung

beider Beine (Fig. 7). Bei entsprechender Stellung der Füße kann sich auch die eine Hälfte der Kämpferdrucklinie der Längsspannung mit der einen Hälfte der Kämpferdrucklinie der Quer- oder Breitspannung kreuzen, beispielsweise wenn ein Fuß wie beim Schritt vor den anderen gesetzt wird.



A. Scheitel des Fußes.
B. Schwerlinie des Körpers.
C. Schwerpunkt des Körpers.

Der Schwerpunkt darf keinesfalls unter den Scheitel des Fußes herunter treten oder einen anderen Weg einschlagen wie denjenigen, welchen der Gleichgewichtspunkt an jedem anderen Gewölbe einzuschlagen hat, d. h. er muss die Richtung der Kämpferdrucklinie einhalten. Eine Störung dieses Vorganges und somit eine Knickung im Scheitel tritt nun thatsächlich bei der Entstehung des sogenannten statischen Plattfußes dadurch ein, dass die Muskulatur in ihrer Wirkung nachlässt, oder dadurch, dass der vordere Abschnitt des Fußes häufig überlastet wird, und die Ferse nach hinten ausweicht, wie es bei Leuten der Fall ist, die unter schwerer Belastung Treppen steigen müssen.

Dass bei der Entstehung des Plattfußes der Talus mit der inneren Knochenreihe mehr nach innen und der Calcaneus mit der äußeren Knochenreihe mehr nach außen gedrängt wird, ist dadurch zu erklären, dass die innere und äußere Hälfte des Fußes, eben so wie der hintere und vordere Abschnitt desselben, bei der Flachlegung des Gewölbes entgegengesetzte Bewegungen ausführen, deren Drehachsen durch den Scheitel gehen. Das Fußgewölbe weicht also nach allen Richtungen aus einander. Am weitesten vom Scheitel entfernt sich das Capitulum metatarsi I, am wenigsten weit das Capitulum metatarsi V. Talus und Calcaneus streben der parallelen Lagerung zu durch Hyperpronation des Calcaneus und Verschiebung der Last auf die Innenseite. Die Drucklinien, welche wir am vollendeten Plattfuß konstruiren, werden den Scheitel überragen.

Dass bei der Entstehung des Plattfußes der Talus mit der inneren Knochenreihe mehr nach innen und der Calcaneus mit der äußeren Knochenreihe mehr nach außen gedrängt wird, ist dadurch zu erklären, dass die innere und äußere Hälfte des Fußes, eben so wie der hintere und vordere Abschnitt desselben, bei der Flachlegung des Gewölbes entgegengesetzte Bewegungen ausführen, deren Drehachsen durch den Scheitel gehen. Das Fußgewölbe weicht also nach allen Richtungen aus einander. Am weitesten vom Scheitel entfernt sich das Capitulum metatarsi I, am wenigsten weit das Capitulum metatarsi V. Talus und Calcaneus streben der parallelen Lagerung zu durch Hyperpronation des Calcaneus und Verschiebung der Last auf die Innenseite. Die Drucklinien, welche wir am vollendeten Plattfuß konstruiren, werden den Scheitel überragen.

Der anatomische Mittelpunkt des Fußes liegt also im Scheitel seines Gewölbes. Der Scheitel senkt sich nicht, so lange sich der Gleichgewichts- oder Schwerpunkt, der sich aus dem Zusammentreffen der Kämpferdrücke mit der Schwerlinie ergibt, in gesetzmäßigen Grenzen bewegt. Die Widerlager sind gegeben durch den Boden und die statische Funktion der Muskeln. Aus den experimentellen Untersuchungen, welche R. Fick über die Arbeitsleistung der auf die Fußgelenke wirkenden Muskeln angestellt hat, geht hervor, dass die Wadenmuskulatur keinen geringen Antheil an der Supination des Fußes hat, eine Thatsache, welche auch klinisch von Seeligmüller beobachtet worden ist. Obige Auseinandersetzungen führen zu demselben Resultat.

Da der Talus somit hinter dem Scheitel des Fußgewölbes liegt, so kann er nicht als Schlussstein des Gewölbes angesehen werden. Er ruht vielmehr dem Gewölbe als Lastträger außerhalb des Scheitels desselben auf. Es ist ferner ein Abrutschen des inneren Fußbogens vom eingesunkenen äußeren Fußbogen im Sinne von Lorenz bei gemeinsamem Scheitelgelenk nicht möglich.

Die Missachtung der mechanischen Betrachtungsweise des Fußskeletts hat zu keiner Lösung der Plattfußfrage geführt. An einem bereits deformirten Fuß können wir kein Gewölbe mehr konstruiren. Wir müssen vielmehr zuerst den gesunden Fuß betrachten, um die pathologisch-anatomischen Veränderungen zu verstehen. Diese werden uns aber erst klar durch Herbeiziehung der mathematisch formulirbaren Gesetze, welche in jedem Gewölbe zur Geltung kommen müssen.

Als eine weitere Folgerung aus dieser Betrachtungsweise ergibt sich, dass die Pronations- und Supinationsachse des Fußes nicht, wie Henke annimmt, durch den Talus, sondern durch den Scheitel des Gewölbes geht, und zwar bildet dieselbe ebenfalls eine gebrochene Linie, welche in der bereits erwähnten, nach außen geneigten Ebene, die durch die Ferse, den Scheitel des Fußes und das Köpfchen des dritten Metatarsus gelegt werden kann, vom Scheitel nach hinten und nach vorn abfällt.

1) J. Wolff. Zur weiteren Verwerthung der Röntgen-Bilder in der Chirurgie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 40.)

W. glaubt auf Grund von Buka gewonnener Becken- und Fußbilder dem Röntgen'schen Verfahren nicht nur die Fähigkeit, in diagnostisch-chirurgischer Beziehung ein wichtiges Hilfsmittel zu sein, vindiciren zu dürfen, sondern ist der Ansicht, dass es auch gute Dienste leiste bei der Erforschung wichtiger, auf andere Weise viel schwerer oder gar nicht zu lösender Fragen auf dem Gebiete der Chirurgie.

Besonders deutlich war z. B. die innere Architektur des Calcaneus zu erkennen, und auch das Beckenbild ist technisch vorzüglich gelungen.

Für den Chirurgen nun besonders interessant ist es, dass W. auf Grund der von Buka aufgenommenen Hüftgelenksbilder glaubt, auch für die Frage von der angeborenen Hüftgelenksverrenkung Schlüsse ziehen zu können.

W. hat 23mal neuerdings die unblutige Einrenkung versucht, wovon 21 Versuche gelangen. Er vermochte nachzuweisen, dass der reponirte Kopf, bei starker Abduktion photographirt, unmittelbar am Y-förmigen Knorpel stand. Er stak jedoch viel weniger tief in der flachen Pfannentasche, als dies unter normalen Verhältnissen in der gehörig ausgehöhlten Pfanne der Fall war. Die Durchstrahlung ist also von Werth, um festzustellen, ob nach der Reposition der Kopf genau an der richtigen Stelle sitzt und sitzen bleibt, oder neben dieser Stelle, was sonst nicht so leicht festgestellt werden könnte. Durch einige Zeit nach der Reposition aufgenommene Bilder ließe sich eventuell feststellen, ob die Transformationen der Knochen an der Stelle des Gelenkes in der von Hoffa und Lorenz vermutheten Weise bei der unblutigen Reposition eben so wie bei der blutigen vor sich gehen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

2) Joachimsthal. Über den Werth der Röntgen-Bilder für die Chirurgie.

(Therapeutische Monatshefte 1897. Februar.)

J. bespricht die Verhältnisse, in welchen nach den bisherigen Erfahrungen die Röntgen-Strahlen mit Erfolg für die Chirurgie Verwendung finden können. Hauptsächlich kommen dafür noch immer metallische Fremdkörper in Betracht; doch ist es nicht immer ganz leicht, nach der Photographie die Lage des betreffenden Körpers so genau zu bestimmen, dass auf Grund dieser Bestimmung ein Eingriff vorgenommen werden kann; die perspektivischen Verschiebungen müssen sehr berücksichtigt werden. Die sonstigen Anwendungen der Röntgen-Strahlen bei Frakturen und Luxationen, bei Knochengeschwülsten und Gelenkerkrankungen, so wie bei angeborenen und erworbenen Deformitäten werden an der Hand einiger Abbildungen erläutert.

Willemer (Ludwigslust).

3) König. Über gonorrhoeische Gelenkentzündung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 47.)

K. weist auf die Häufigkeit der Gelenkerkrankungen bei Gonorrhoeikern hin, welche ihm seit seiner Übersiedlung nach Berlin häufiger als die tuberkulösen vorkommen. Der Nachweis der Gonokokken war ihm bei diesen Fällen kein einziges Mal im Gelenksaft möglich, während dagegen Staphylo- und Streptokokken gefunden wurden.

Nachdem K. darauf hingewiesen, dass in Frankreich schon seit längerer Zeit verschiedene Formen der gonorrhoeischen Gelenkentzündung unterschieden werden, machte er selbst folgende Eintheilung: 1) Hydrops articularis. 2) Hydrops articularis serofibrinosus katarhalis (Volkmann). 3) Empyem des Gelenkes. 4) Phlegmone der Gelenke, bald mehr die eitrige, bald mehr die faserstoffige Form (pseudomembranacea Ollier), charakterisirt durch das Übergreifen auf die peri- und paraartikulären Weichtheile.

Der Hydrops ist die leichteste Form. K. behandelt ihn durch Punktion und Einspritzung von Karbolsäure. Bei den schwereren Formen mit Infiltration der Kapsel und des paraartikulären Gewebes fiel K. die große Neigung zur Ankylosirung auf, ein Symptom, welches keiner anderen Krankheit in dem gleichen Maße eigen thümlich ist. Sehr häufig handelt es sich dabei um flächenhafte Verwachsungen. Besonders oft ist das Gebiet der Patella befallen. Auch die ankylosirende Form der Gelenkentzündung bei Puerperen hält K. für eine gonorrhoeische. Die Ankylose, Anfangs bindegewebig, verknöchert meist rasch und leider oft in schlechter Stellung. Zumal am Kniegelenk ist dies der Fall. Durch frühzeitige Mitbetheiligung der Sehnen sind besonders die Erkrankungen der kleinen Gelenke der Hand gefährlich, welche bei Gonorrhoeikern vorkommen. Hier ist zur Heilung die Exstirpation der Knochen nothwendig. Die Rückkehr der Beweglichkeit der Finger lässt in solchen Fällen oft lange auf sich warten.

Was die Therapie der mit paraartikulärer Phlegmone verbundenen Fälle von Gelenkerguss betrifft, so hat K. bisweilen noch durch Punktion und Ausspülung Heilung erzeugt. Die Phlegmone behandelt K. mit dem alten Mittel der Jodtinktur, für die er bei dieser Gelegenheit überhaupt eine Lanze bricht. Er spricht ihr entschiedene Erfolge zu; doch bedarf es stets einer sehr energischen Anwendung, bis zu 12mal täglich; die Haut muss wie Pergament sein. Ferner ist wichtig das Moment der Ruhigstellung des Gelenkes, in manchen Fällen das der Extension und der Distraktion (zur Verhütung von Ankylosen im Hüft- und Kniegelenk). Für die Fälle, in denen es trotz dieser Maßnahmen zu Ankylosen gekommen ist, hält K. die Röntgen-Aufnahme in so fern für wichtig, als sie die eventuelle Existenz einer Ankylose feststellen hilft. Bei bindegewebigen Ankylosen gelingt es, wenn auch oft mit sehr großen Mühen und unter Inanspruchnahme der ganzen Energie der Pat., durch Redressement forcé, Gymnastik und Massage bisweilen ein bewegliches Gelenk zu erzielen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

4) Ch. Féré. Note sur des entorses symptomatiques (entorses par hypotonie).

(Revue de chir. 1897. No. 1.)

In der kurzen Mittheilung lenkt F. erneut die Aufmerksamkeit auf die Fälle von Verrenkungen, die ihre Entstehung einer Muskel-

schlaffheit verdanken, wie sie nicht nur bei Lähmungszuständen, bei Tabes dorsalis, nach epileptischen Anfällen, sondern auch bei Neurasthenikern und Hysterischen, besonders nach der Nachtruhe auftreten kann. Ein ausführlich wiedergegebener interessanter Fall dient zur Illustration.

Kramer (Glogau).

5) **David.** Über die histologischen Befunde nach Replantation trepanirter Knochenstücke des Schädels.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 4.)

Auf Anregung von J. Wolff hat Verf. an Thieren Versuche mit Wiedereinheilung trepanirter Knochen und diesbezügliche histologische Untersuchungen angestellt. In vorliegender Arbeit theilt er seine Resultate mit, welche wesentlich von denen Barth's abweichen.

D. hat sich auf Replantation vollständig von ihrer Umgebung losgelöster Knochenplatten aus dem Schädeldach beschränkt, da er Werth darauf legte, die Marksubstanz — in diesen Fällen die Diploë — mit in den Versuch hineinzuziehen. Eine Reihe trefflicher photographischer Abbildungen erläutert die einzelnen Befunde, die er an den nach verschiedenen Zeiten getödteten Thieren hat erheben können. Seine Versuche haben nun ergeben, dass ein aus seiner Umgebung völlig losgelöstes replantirtes Stück des Schädels bei normalem Wundverlauf wieder einheilt. D. hat im Gegensatz zu Barth, welcher behauptete, dass jedes einmal ausgelöste Knochenfragment dem Tode verfallen sei, nirgends eine Knochenneubildung gesehen und nirgends eine Nekrose des implantirten oder replantirten Knochenstückes nachweisen können. Mir scheint die Deutung der histologischen Bilder, wie sie Verf. giebt, nicht ganz einwandfrei zu sein. Nach seinen Erläuterungen wie nach den Bildern selbst findet doch Knochenresorption, wenigstens an den Rändern statt. Auch ist der Zeitraum von 11 Wochen vielleicht noch zu kurz, um ein mehr oder weniger großes Knochenstück völlig zur Resorption zu bringen und die Neubildung von Ersatzknochen zu vollenden. Jedenfalls dürfte es sich empfehlen, bei so widersprechenden Resultaten die Versuche zu wiederholen. Es ist kein endgültiger Beweis erbracht, dass das eingheilte Knochenstück lebendes Gewebe darstellt. Ref.

Tschmarke (Magdeburg).

6) **Reiner und Schnitzler.** Beitrag zur Kenntnis der Blutcirculation im Gehirn.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXXVIII.)

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Frage nach der Wirkung der Blutdrucksteigerung auf den Kreislauf des Gehirns und nach dem Einfluss des Liquor cerebrospinalis auf diesen. Althann, B. Lewy, Grashey u. A. hatten meist auf Grund mathematischer Deduktionen und physikalischer Experimente die Ansicht vertreten, dass gesteigerter Blutdruck resp. Arterienerweiterung nur

bis zu einer gewissen Grenze eine Vermehrung der Blutcirculation im Gehirn zur Folge habe, dass jenseits dieser der gesteigerte Druck innerhalb der Schädelrückgrathöhle durch Vermittelung des Liquor cerebrospinalis zu einer Kompression der Venen und Kapillaren und damit zu einer Erschwerung und Verminderung der Blutdurchströmung führe. Geigel meinte sogar, dass Verengerung der Hirnarterien Hyperämie, Erweiterung derselben Anämie des Gehirns verursache. Nur v. Bergmann hatte die Ansicht ausgesprochen, dass sich eine Fluxion im Schädelinneren eben so ungestört wie an anderen Organen abzuspielen vermöge. Die Verff. suchen durch das Thierexperiment zur Lösung der strittigen Frage zu gelangen; und zwar sollte festgestellt werden: 1) in welcher Weise eine nicht allzu hohe Blutdrucksteigerung auf den Kreislauf des Gehirns wirke, und welche Rolle das Bestehen oder die Ausschaltung des Liquordruckes dabei spiele, 2) ob überhaupt und unter welchen Bedingungen eine starke Steigerung des Blutdruckes eine Verminderung des Hirnblutstromes erzeuge. Experimentirt wurde an größeren curarisirten Hunden, an welche nach der Methode von Gärtner und Wagner durch die Zahl der Blutstropfen, die aus einer in den peripheren Ast der Vena jugul. ext. nach Abbindung ihrer Seitenäste eingelegten Kanüle fielen, die Stärke der Blutdurchströmung des Gehirns gemessen wurde. Die nothwendige Blutdrucksteigerung wurde durch Reizung der peripheren Splanchnicusstümpfe erzeugt, der Einfluss des Liquordruckes, wenn gewünscht, durch Eröffnung des Subarachnoidalraumes ausgeschaltet. In einer zweiten Reihe von Versuchen wurde nicht durch allgemeine Steigerung des Blutdruckes, wie oben, die arterielle Hirnhyperämie erzeugt, sondern nur diese letztere allein durch Reizung der vasodilatatorischen Gefäßnerven des Gehirns im vagosympathischen Stumpf bei geeigneten Versuchsthieren. Die Resultate aller dieser Experimente waren übereinstimmend die, dass jede Blutdrucksteigerung eine Fluxion zum Gehirn bewirkte, die durch das Bestehen oder die Ausschaltung des Druckes der Subarachnoidalflüssigkeit nicht verändert wurde. Auch die bei Strychninvergiftung entstehende enorme Blutdrucksteigerung, die, wie schon Gärtner und Wagner nachgewiesen, zu einer bedeutenden Vermehrung des Hirnblutstromes führt, wurde durch die Eröffnung der Hüllen des Subarachnoidalraumes nicht beeinflusst. Es hat also in keinem der zahlreichen Thierversuche ein Einfluss des Liquor cerebrospinalis auf die Blutdurchströmung des Gehirns konstatiert werden können. Auf Grund dieser Experimente und im Verein mit einer Kritik der Untersuchungsbefunde der anderen erwähnten Autoren kommen Verff. zu dem Schluss, dass eine angiogene Liquordrucksteigerung sich nicht über eine gleichzeitige intravenöse erheben könne, und dass der Liquor cerebrospinalis auch außergewöhnliche Blutfüllung des Gehirns gestatte. Damit steht auch die schon von Levy betonte Thatsache im Einklang, dass die Entfernung großer Stücke der knöchernen Schädelwand ein für die Hirnfunktion völlig gleichgültiger Eingriff ist.

Die obigen Sätze finden keine Anwendung auf Drucksteigerungen im Subarachnoidalraum, die, unabhängig von Blutdrucksteigerung, aus anderen Ursachen entstehen (Geschwülste, Hirnödem, Meningitis). Diese erzeugen andere Verhältnisse und können Kreislaufstörungen zur Folge haben.

Braem (Chemnitz).

7) **Tiffany.** Intracranial operations for the cure of facial neuralgia.

(Annals of surgery 1896. November.)

Das Hauptergebnis der sehr sorgsamten Arbeit, die sich auf 108 Fälle von Trigemineuralgien stützt, die von verschiedenen Chirurgen — zumeist nach der Methode von Hartley, Krause — operirt worden sind, gipfelt in folgenden Sätzen:

Die intracranielle Operation ist indicirt:

1) wenn mehrere Äste afficirt sind, 2) wenn die schmerzhafteste Partie ihre Nervenzweige erhält nahe deren Austritt aus dem Schädel, 3) wenn der Schmerz nicht der Ausdruck ist einer konstitutionellen Krankheit, und wenn ein Cerebralleiden auszuschließen ist, 4) wenn andere Maßnahmen bereits erfolglos geblieben sind.

Bei der Resektion des Ganglion Gasseri sollen wegen der Gefahr für das Auge, und weil die im Gebiet des ersten Astes auftretenden Schmerzen meist nur reflektorischer Natur sind, nur die unteren zwei Drittel des Ganglions und die unteren beiden Äste bis zu dem Austritt aus dem Schädel entfernt werden.

Bei wachsender Erfahrung und verbesserter Technik wird die zur Zeit noch sehr hohe Mortalität (22%) zweifellos einer besseren Statistik weichen.

Tietze (Breslau).

8) **F. Bruck.** Zur Therapie der genuinen Ozaena.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 3.)

Die sicherste Behandlungsart der Ozaena ist nach der Erfahrung B.'s die von Gottstein 1878 angegebene temporäre Tamponade, welche das trockene, der Nasenschleimhaut fest anhaftende Ozaensekret zu entfernen und vor Allem dessen Neubildung und damit das Auftreten des Gestankes zu verhindern im Stande ist. Die Methode hat nach B.'s Ansicht den einen Nachtheil, dass sie, bei totaler Degeneration der einen Nasenhälfte angewendet, die Athmung daselbst ganz aufhebt. Beide Nasenlöcher dürfen demnach niemals gleichzeitig tamponirt werden, andererseits darf selbst auf einer Seite kein allzu langer Luftabschluss stattfinden. Um nun auch in der Zwischenzeit das wirksame Princip des Verfahrens zu verwerthen, empfiehlt P. eine Modifikation desselben, darin bestehend, dass er entweder gleichzeitig in jede Nasenseite oder nur in die vom Wattetampon freigelassene einen Streifen von hydrophilem Mull unter sorgsamer Berücksichtigung der Nasenathmung einführt. Dadurch wird nicht nur die fortdauernde Anwesenheit eines reizausübenden und sekretaufsaugenden Fremdkörpers in der Nasenhöhle ermöglicht,

sondern auch die Nasenathmung bei geschlossenem Munde gestattet. Die Inspirationsluft wird durch den in Folge des ausgeübten Reizes verstärkten Blutzufluss zur Schleimhaut in der Temperatur erhöht, in Folge der gesteigerten Wärmeleistung der Nase und dadurch herbeigeführter vermehrter Verdunstung der in den Mullstreifen eingesogenen Feuchtigkeit wasserreicher und endlich durch das mit zähem Schleim bedeckte enge Filter von den in ihr schwebenden Staubpartikelchen gereinigt.

Gold (Bielitz).

9) Haasler. Die Histogenese der Kiefergeschwülste.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 4.)

Die Kiefergeschwülste sind außerordentlich häufig und bieten ganz eigenartige und mannigfache Formen dar. Verf. hat mit großer Mühe und Sorgfalt eine Reihe derartiger Geschwülste einer histologischen Untersuchung unterworfen. Der erste Theil der interessanten Arbeit beschäftigt sich mit den Granulomen der Zahnwurzel; dieselben zeigen mannigfache Bilder, lassen sich aber kaum klassificiren, da sie meist Mischformen und aus verschiedenen Geweben zusammengesetzt sind. Besonders zu erwähnen ist das häufige Vorkommen von Riesenzellen, welche meist zu mehreren in Nestern vereint und vielkernig sind, und das concentrisch angeordnete Bindegewebe in der Peripherie der kleinen Geschwülste; ferner die unregelmäßig gebildeten und vertheilten Epithelien, meist stark abgeplattete kubische und niedrige Cylinderzellen. Ganz ähnlich verhält sich der Aufbau der sogenannten Epuliden und Pulpasarkome, da sie von dem gleichen Muttergewebe, dem Alveolarligament, ausgehen. Von therapeutischer Wichtigkeit ist, dass Epulis gleichzeitig mit histologisch gleichartigen Tumoren an der Wurzelspitze vorkommen, von denen aus wohl die Recidive wieder auftreten.

Was die Zahncysten anlangt, so kann man solche in den Wurzelspitzen, Granulomen und primäre paradentäre Cysten im Kiefer unterscheiden; beide Formen zeigen aber Übergänge und Ähnlichkeiten, welche sich besonders im Bau der Wandung charakterisiren, so dass die letzteren zum Theil nichts Anderes zu sein scheinen als cystische Wurzelgranulome. Andere Cysten lassen aber einen direkten Ursprung vom Schmelzorgan der Zähne deutlich erkennen. H. theilt sodann 4 Fälle von zahnhaltigen Cysten mit, deren Zusammenhang mit dem Schmelzorgan von Malassez geleugnet wird; ferner 3 Fälle von typischen Zahnwurzelcysten in verschiedenen Entwicklungsstadien, deren Zusammenhang mit dem Zahnsystem ohne Weiteres klar liegt, und endlich 3 weitere, bei denen ein solch ursächlicher Zusammenhang zwar nicht nachweisbar, aber auch nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Auf die klinischen Erscheinungen und die Therapie geht Verf. nur kurz ein.

Zum Schluss beschreibt H. noch ein multilokuläres Kieferkystom und ein encystirtes Papillom mit Cylinderepithelbelag, welche sich

beide als ganz eigenartige Geschwülste erwiesen und parodontären Ursprungs waren.

Eine Reihe von guten, zum Theil mikroskopischen Bildern illustriert die wissenschaftlich interessante Arbeit.

Tschmarke (Magdeburg).

10) **Dagron.** Vingt cas de fractures de clavicule traités par le massage.

(Extr. de journ. de méd. et de chir. prat.)

Verf. befürwortet bei Schlüsselbeinbrüchen die Behandlung mit Massage. In der Mehrzahl der Fälle wären Arbeiter, Sportsleute etc. von der Fraktur betroffen, bei denen eine kleine Unebenheit an der gebrochenen Stelle im späteren Leben nicht viel ausmache. Die Massage hat hauptsächlich den Zweck, Atrophie des Deltoides, Bewegungsstörung im Schulter- und Ellbogengelenk hintan zu halten. Sie beginnt gleich am ersten Tage mit leichten, sternalwärts gerichteten Streichbewegungen, während welcher die beiden Daumen ober- und unterhalb der Frakturstelle an die Klavikel gelegt werden. Schmerzen werden dadurch nicht verursacht, der Pat. soll sich im Gegentheil erleichtert fühlen. Dann werden besonders die vertikalen Fasern des Deltoides, Pectoralis major, ferner Cucullaris, Supra- und Infraspinatus, Sternocleidomastoideus, Rhomboideus major, Biceps, Triceps einzeln vorgenommen, um nach oberflächlicher Massage in einigen Tagen zu tieferer überzugehen. Gleich in der ersten Sitzung werden passive Bewegungen in Schulter und Ellbogen ausgeführt, und zum Schluss der Pat. angehalten, aus verschiedenen Stellungen, die man dem Arm giebt, leichte, später ausgiebigere Aktivbewegungen zu machen. Während der ersten 14 Tage wird der Arm in einer Binde unter der Kleidung getragen; es sind Fingerbewegungen und leichtere Bewegungen in der Schulter und Ellbogen erlaubt. Von da an bis zum 25. Tage etwa wird eine kleinere Binde oberhalb der Kleidung getragen und dem Pat. gestattet, kleinere Handgriffe mit dem Arm zu leisten. Am 18.—25. Tage ist die Heilung erfolgt ohne Atrophie des Deltoides, ohne Bewegungsstörung in den benachbarten Gelenken.

Die Frakturen bei Kindern eben so wie an den Enden des Schlüsselbeins heilen schneller, die funktionellen Störungen schwinden eher. Genauere Einzelheiten der Massage werden im Original gegeben. Über die einzelnen Fälle wird nicht genauer berichtet.

Borchard (Posen).

Kleinere Mittheilungen.

Erfolgreiche Operation einer Speichelfistel in Folge querer Durchtrennung des Ductus Stenonianus in der Pars masseterica.

Von

Oberarzt Dr. Carl Lauenstein in Hamburg.

Bei der Seltenheit der Speichelfisteln an sich und bei der Schwierigkeit der Operation bei Defekten im Masseterentheile des Ductus Stenonianus füge ich den

von Nicoladoni auf dem letzten Chirurgenkongress gemachten interessanten Vorschlägen den folgenden kürzlich nach einem anderen Plane mit Erfolg operirten Fall hinzu.

Der 23jährige Ewerführer S. wurde am 14. December 1896 in das Seemanns-krankenhaus aufgenommen wegen einer die linke Wange durchsetzenden Lappenwunde, die er am Abend zuvor bei einer Schlägerei bekommen hatte.

Aus dem Journal entnehme ich, dass er zu Fuß in das Hospital kam mit einem Nothverbande. Die linke Wange war geschwollen, in ihrer Mitte lag eine winklige Schnittwunde, deren Schenkel einen nach oben offenen stumpfen Winkel bildeten und in der Richtung zwischen linkem Mundwinkel und oberer Spitze der linken Ohrmuschel verliefen. Die Wunde war im Ganzen 6 cm lang und begann 3 cm vom Mundwinkel entfernt. Der die Wunde versorgende Arzt fand sie zerklüftet und von Coagulis ausgefüllt, der Musculus buccinator war durchtrennt und die Wangenschleimhaut in 3 cm Ausdehnung eröffnet. Außerdem lagen noch einige unbedeutende Verletzungen des Gesichts vor. Bei der Wundversorgung scheint auf den Ductus Stenonianus nicht geachtet worden zu sein. Die äußere Wunde wurde im Bereiche des Scheitelpunktes des Winkels durch eine Knopfnäht vereinigt, der übrige Theil der Wunde locker mit Jodoformgaze tamponirt.

Ich sah den Kranken erst, als eine Speichelfistel bemerkt wurde, am 21. December 1896, eine Woche nach der Aufnahme. Es heißt unter diesem Tage im Journal: »Wunde fest vernarbt, aber aus einer stecknadelkopfgroßen Öffnung der Wange im oberen Mundwinkel fließt der Speichel nach außen«.

Es wurde nun zunächst der Versuch gemacht, einen Seidenfaden von der Gegend der Fistel aus durch die Wange zu legen, um den linken Mundwinkel nach außen zu führen, hier zu knoten und nun durch einen Druckverband die Speichelabsonderung nach innen zu leiten. Dies war jedoch erfolglos.

Am 26. December orientirende Freilegung der Fistel, die auf einer Linie zwischen Mundwinkel und äußerem Gehörgang, 5 cm von diesem entfernt, lag, wobei sich herausstellt, dass der Ductus Stenonianus auf dem Masseter quer durchtrennt ist. Von irgend einem weiteren Eingriffe nahm ich damals Abstand. Es entleerte sich auch in der Folgezeit der gesammte Speichel der linken Parotis nach außen.

Am 12. Januar 1897 machte ich folgende Operation:

Freilegung des centralen Endes des Ductus Stenonianus in einer Ausdehnung von 2 cm. Er wird mitsammt dem umgebenden Fett beweglich gemacht. Darauf wird der Musculus masseter parallel seiner Faserrichtung stumpf durchbohrt, das Loch durch Sperren der Branchen einer eingeführten Zange gedehnt, dann entsprechend dieser Perforationsstelle die Wangenschleimhaut mit dem Messer durchtrennt. Durch diesen Schlitz wird ein starker Seidenfaden hindurchgeführt, dessen inneres Ende am Mundwinkel herausgezogen wird. Beide Enden werden fest angezogen auf der Wange geknüpft. Sodann wird das mobilisirte centrale Ende des Ductus Stenonianus mit einer Seidenknopfnäht, die nur den Rand seiner inneren Wandung fasst, in den Schlitz des Masseters, an dessen hinteren Rand eingenäht. Darüber sorgfältige Naht der äußeren Wunde mit 8 Knopfnähten. Es erfolgte Prima intentio. An der Stelle, wo der Seidenfaden, der den Mundwinkel umschnürte, die Wange durchsetzte, bildete sich ein Granulationsknopf. Aus diesem, so wie aus einem der Stichkanäle entleerte sich nach Fortnahme der Nähte und des Fadens noch einige Zeit etwas Speichel in Tröpfchen, aber die Hauptmenge des Speichels floss nach innen ab. Die beiden Stellen, wo noch etwas Speichel abfloss, sonderten reichlicher ab, wenn Pat. die Zähne fest auf einander presste, d. h. seinen Masseter kontrahirte. Sie schlossen sich sehr rasch, nachdem sie gegen Ende Januar einmal mit dem glühenden Draht geätzt waren.

Am 13. Februar stellte ich den Pat. geheilt, mit abgeschwollener Backe, vollkommen fest verheilte Narbe und freier Beweglichkeit des Unterkiefers am wissenschaftlichen Demonstrationsabend des alten allgemeinen Krankenhauses vor. Am anderen Tage wurde er aus dem Hospital entlassen.

Gegenüber dem Vorschlage von Nicoladoni, den Rand des *Musc. masseter* einzukerben, habe ich in diesem Falle einen anderen Operationsplan eingeschlagen: stumpfe Durchbohrung des *Masseter*, Einnähen des losgelösten centralen Endes des *Ductus Stenonianus* in den Muskelschlitz, resp. an dessen hinteren Rand, Offenhalten der Wangenperforation durch einen durchgeführten, um den Mundwinkel geknüpften Seidenfaden und sorgfältige Vereinigung der äußeren Wunde.

Unsere Absicht, die Speichelfistel zu schließen, wurde erreicht, und somit der Beweis geliefert, dass es möglich ist, den Speichel durch den *Musculus masseter* hindurch in den Mund zu leiten.

Ich möchte daher in geeigneten Fällen dies Verfahren zur Nachahmung empfehlen und für die Speichelfisteln in der *Portio masseterica* neben die *Nicoladoni'schen* Vorschläge stellen, um so mehr, als das bekannte Verfahren von *De Guise* im Bereich des *Masseter* nicht anwendbar ist. Principielle Gegen Gründe, den Speichelgang quer durch einen Muskel hindurch zu legen, sind nicht vorhanden, da der *Ductus Stenonianus* vor seiner Ausmündung in die Mundhöhle normalerweise den *Musculus buccinator* durchsetzt.

Dass der zwischen *Masseterendurchbohrung* und *Mundwinkel* die Wange umschnürende Faden direkt von innen nach außen die Wange durchsetzt, scheint in diesem Operationsverfahren keine besondere Schwierigkeit zu sein, wie man auf den ersten Blick wohl meinen könnte. Erbietet für den Durchtritt von Speichel nach außen keine günstigeren Chancen als die Nähte, durch die die Wangenhaut geschlossen wird. Außerdem ist ja seine Gegenwart die Garantie, dass der *Parotisschlitz* eben so wie das Loch der Wangenschleimhaut klafft und so gegenüber der genähten äußeren Wunde den *Locus minoris resistentiae* nach innen bildet.

Als nachträgliche Bemerkung zu diesem konkreten Fall sei hinzugefügt, dass vermuthlich, wenn an diesem *Pat.* ganz frisch eine exakte Vereinigung der äußeren Wangenwunde vorgenommen worden wäre, unter Offenlassen der Schleimhautverletzung, die Speichelfistel möglicherweise vermieden worden wäre. Doch ist dies ohne Bedeutung für thatsächlich bestehende Fisteln in der *Portio masseterica* und tangirt meinen obigen Vorschlag nicht.

11) A. Broca. Les complications intracraniennes des otites.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXII. p. 409.)

B. hat in 2 neuen Fällen von *Meningitis ex otitide* operirt, weil immerhin die Möglichkeit eines Irrthums in der Diagnose vorliegen konnte. Trotz des tödlichen Ausganges aller dieser Fälle hält B., eben wegen der Möglichkeit diagnostischer Irrthümer, die Eröffnung des *Antrum mast.* und der Paukenhöhle für rathsam. Für alle cerebralen Komplikationen der *Otitis* hält er den Weg vom *Tegmen tympani* aus für den besten Zugang: ihm gilt als absoluter Grundsatz, zuerst *Antrum* und Paukenhöhle zu eröffnen und dann die intracraniellen Herde von dieser Wunde aus aufzusuchen. Das gilt in erster Linie für extradurale Abscesse, zu welchen die genannte Operation direkt hinleitet: auch von einem solchen Falle giebt B. eine neue Krankengeschichte (mit Ausgang in Heilung) wieder. — Wenn nicht eine Knochenerkrankung auf diesen Weg führt, ist freilich die Freilegung des *Sinus* und der mittleren Schädelgrube, wie z. B. *Picqué* sie für jeden Fall empfohlen hat, überflüssig. — Eine *Phlebitis* des *Sin. transv.* ist unbedingt von der Hinterwand des *Antrum* aus am besten angreifbar, B. hält außerdem bei sicher gestellter Diagnose die vorgängige Unterbindung der *V. jugul.* am Halse für richtig: von den 2 neuen Fällen von *Sinusphlebitis* hat er sie in einem, geheilten, Falle ausgeführt; im anderen, tödlich verlaufenen, bei einem äußerst erschöpften Kinde, in dessen *Jugularis* klinisch kein *Thrombus* nachgewiesen werden konnte, unterließ er die Unterbindung, um die Operation abzukürzen. — Von den Gehirnabscessen sind die im *Temporallappen* gleichfalls am besten zugänglich vom *Tegmen tympani* antri aus; B. weist nach, dass hier der Zugang bei richtiger Ausführung der Operation ein sehr freier ist. *Kleinhirnabscesse* sind schwerer zu erreichen

(vor und über dem Knie des Sin. transv.), aber auch vom Hinterhaupt her müsste man durch die ganze Dicke der Kleinhirnhemisphäre hindurch gehen, ehe man in einen solchen Abscess gelangt. Die letzte Krankengeschichte des Aufsatzes berichtet sehr genau über den Verlauf eines geheilten Falles von Schläfenlappenabscess, bei dem B. die Freilegung des Antrums, der Paukenhöhle und des Hirnabscesses in 20 Minuten bewerkstelligt hat! Bei dem Kinde bestand bis zum Tage der Operation neben der chronischen Mittelohreiterung nur ein leichter Grad von Benommenheit, Pupillenerweiterung; erst am Tage der Operation traten Sprachstörungen und unmittelbar vor der Operation Koma ein.

Kümmel (Breslau).

12) **M. Cohn.** Pulsirender Exophthalmus nach Schussverletzung.

Inaug.-Diss., Jena, 1896.

Selbstmordschuss in die rechte Schläfe. Vergeblicher Versuch, das Geschoss zu finden. In $\frac{1}{4}$ Jahre bilden sich die klassischen Symptome des pulsirenden Exophthalmus heraus. Riedel unterbindet die Carotis communis. Heilung. Zum Schluss werden in einer Tabelle die 39 Fälle zusammengestellt, welche seit der 1880 erschienenen Arbeit von Sattler veröffentlicht worden sind.

Haeckel (Stettin).

13) **E. Rochard et A. Gouguenheim.** Séquestres énormes de la fosse nasale gauche. Syphilis antérieure. Impossibilité d'extraction de ces séquestres par les voies naturelles et après l'opération de Rouge. Opération d'Ollier etc.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXII. p. 281.)

Mit 15 Jahren syphilitisch inficirte 33jährige Person, ohne sonstige Tertiärsymptome, hat seit 5 Jahren stinkenden Eiterausfluss aus der Nase. Zwischen unterer Muschel und Septum links fest eingekeilt ein großer schwärzlicher Sequester; Extraktion oder Zerschneiden desselben gelang auf keine Weise, auch nicht, nachdem durch die Operation nach Rouge die Nasenöffnung erweitert war. Man klappte deshalb die Nase temporär, nach dem Ollier'schen Verfahren, herunter, konnte dabei leicht eine große Septumperforation und 2, beiden Nasenseiten angehörende, wahrscheinlich wesentlich aus dem Nasenboden gebildete Sequester konstatiren, deren Entfernung nunmehr leicht gelang. Glatte Heilung mit vollständiger Durchgängigkeit der Nase und ohne nennenswerthe Entstellung.

Kümmel (Breslau).

14) **M. V. Odenius.** Bemerkungen und Beiträge zur pathologischen Anatomie der lymphatischen Makroglossie.

(Nord. med. Arkiv 1896. No. 14.)

Verf. liefert zuerst eine scharf detaillirte Beschreibung des makro- und mikroskopischen Aussehens eines Falles von Lymphangiom der Zunge, im allgemeinen Krankenhause zu Helsingborg von Dr. G. Naumann behandelt. Dann folgen ausführliche epikritische Bemerkungen über die histologischen Einzelheiten der Geschwulst, wobei Verf. die Befunde in diesem Falle mit denjenigen Akermann's, Dahl's und Wegner's besonders vergleicht. Die engen Grenzen eines Referates verbieten ein näheres Eingehen in die Darstellung Verf.s, obschon sehr interessante Fragen der allgemeinen Pathologie darin erörtert werden. Nur die Resultate mögen hier wiedergegeben werden.

Lymphthromben fanden sich in verschiedenen Hohlräumen der Geschwulst. Sie bestanden nicht nur aus geronnener und weiter veränderter Lymphe, sondern hyalin degenerirte Lymphzellen nahmen an ihrer Zusammensetzung einen mehr oder weniger bedeutenden Antheil. Dazu kam eine wechselnde Menge von hyalin degenerirten und zu homogenen Massen zusammengefloßenen Retezellen in papillären Blasen.

Die Epidermis zeigte eine beträchtliche Verdickung; ob und in wie fern Zellenproliferation daran Theil nahm, blieb unentschieden; besonders aber wirkte eine

allgemein verbreitete und sehr charakteristische vacuoläre Degeneration der Retezellen dazu mit. Die mikroskopischen Bilder nöthigten zu der Annahme, dass diese Degeneration nicht auf entzündlicher Transsudation beruhe, sondern eine Folge der stetigen Durchtränkung mit lymphatischer Flüssigkeit sei.

Eine dichte Rundzelleninfiltration der Mucosa und Submucosa des Zungenrückens fasst Verf. auf als den Effekt der irritirenden Wirkung einerseits der Ausdehnung dieser nachgiebigen Gewebe durch die andrängende Lymph, andererseits der Insulte, denen der emporgedrängte Zungenrücken ausgesetzt ist. — Große follikelähnliche Gebilde in besonders ausgeprägter Form wurden vom Verf. in den tieferen Theilen der Zunge sehr reichlich nachgewiesen. Die Beziehungen derselben zum Lymphsystem konnten nicht näher eruiert werden.

Eine Neubildung von Lymphgefäßen hat Verf. nicht nachgewiesen, in so weit man damit eine Wucherung der Lymphendothelzellen versteht. In dem von der Rundzelleninfiltration aufgelockerten Schleimhautgewebe entstanden Spalten und Gänge, welche mit den präexistirenden Lymphbahnen in Verbindung traten. Jene Spalten wurden zuerst durch Spindelzellen ausgekleidet, und diese wandelten sich wahrscheinlich nachher in Endothelzellen um. Es bestand also ein direktes Entstehen neuer Lymphbahnen in und aus dem Bindegewebe.

A. Hansson (Warberg).

15) Schanz. Zur Kasuistik der Meningocele spuria traumatica spinalis.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 2.)

S. fügt den 3 von Liniger (dieselbe Zeitschrift 1895 No. 5) beschriebenen Fällen einen weiteren bei. Ein 56jähriger Flößknecht war am 4. Juni 1892 von einem Baumstamme in das Kreuz getroffen worden. Es war schon von dem erstbehandelnden Arzt eine Geschwulst dort bemerkt worden, erst nach 3 Monaten findet sich aber eine Notiz über Fluktuation. Die eine Zeit lang angenommene »Hydronephrose« wurde durch Probepunktion widerlegt. Frühjahr 1896 Aufnahme in die Hoffa'sche Klinik: Mannsfaustgroße, fluktuirende Geschwulst, von der Höhe des linken Darmbeinkammes 2 Finger nach rechts über die Mittellinie und vom 3. Lendenwirbel herab über das obere Drittel des Kreuzbeines reichend, rings von einem derben Wall umgeben, unveränderlich beim Pressen etc., ohne Zusammenhang mit dem Bauch. Die Punktion ergab 40 ccm einer röthlichgelben, klaren Flüssigkeit von hohem Eiweißgehalt und mit ziemlich viel rothen Blutkörperchen. Nach $\frac{1}{4}$ Jahr abermals Punktion der wieder gleich groß gewordenen Geschwulst, welche sich diesmal bei weiterer Beobachtung innerhalb zweier Tage wieder füllte. Operativer Eingriff wurde abgelehnt. Verf. neigt zur Annahme einer Meningocele und nicht eines cystisch degenerirten Hämatoms, weil die Füllung so rasch wieder erfolgte; dies wird die Folge einer Kommunikation mit dem Subduralraum sein. Die Flüssigkeit »soll« Anfangs ungetrübt gewesen sein, die spätere Blutbeimengung sei dann in Folge der leicht Insulten ausgesetzten oberflächlichen Lage wohl zu erklären. Nach persönlichen Erfahrungen über Décollement traumatique halte ich diese Argumentation zu Gunsten der Meningocele nicht für ganz stichhaltig. Jedenfalls muss in solchen Fällen an das Bestehen des eben erwähnten Krankheitsbildes gedacht werden.

Bähr (Hannover).

16) P. Ardouin. Spina bifida latent ou sans tumeur.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 6.)

Die Beobachtung betrifft ein $2\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen und gehört zu den nicht mit Hypertrichosis behafteten Fällen, zeigt auch keine nabelförmige Einziehung. Gespalten sind der 11.—12. Brust- und der 1. Lendenwirbel. Oberhalb des Spaltes bildet das Unterhautzellgewebe eine kleine Erhebung, es besteht aber keine cystische Ausbuchtung, und bei Druck entstehen keine Kompressionserscheinungen auf den Wirbelkanalinhalt. Von Außensymptomen besteht am rechten Fuß eine leichte Neigung zum Valgus, links trophoneurotische Störungen, recidivirende Maux perforants, Übereinanderstellung der Zehen (Klinodaktylie), Hallux valgus, Sensibilitätsstörungen etc.

Herm. Frank (Berlin).

17) **E. Kirrison.** Des difformités de la colonne vertébrale survenant à la suite de fractures méconnues.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 6.)

Der Kasuistik der traumatischen Wirbelerkrankungen fügt K. 2 Fälle hinzu, bei denen er die Deformität auf ein vorangegangenes Trauma zurückführt, wobei dieselbe aber erst längere Zeit danach zur Ausbildung gelangte. Im 1. Falle handelt es sich um einen 18jährigen Arbeiter, welcher durch Sturz aus der Höhe von 15 m verunglückte. Nach und nach stellte sich, nachdem die ersten Verletzungsfolgen längst beseitigt waren, eine enorme Deformität vom 12. Brust- bis 4. Lendenwirbel ein, welche, nach dem Bilde zu urtheilen, allerdings die zunächst gestellte Diagnose einer Spondylitis nicht ganz unbegreiflich erscheinen lässt. Im 2. Falle, bei einem 12 $\frac{1}{2}$ -jährigen Knaben, hatte die Verletzung selbst so geringe Folgen zunächst gemacht, dass der Knabe wegen mangelnder Beschwerden seinen Eltern gar nichts davon erzählt hatte.

Herm. Frank (Berlin).

18) **D. Pupovac.** Ein Fall von Teratoma colli mit Veränderungen in den regionären Lymphdrüsen.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 1.)

Es handelt sich um eine angeborene, gänseeigroße Geschwulst am Halse, welche durch Operation von einem 9 Wochen alten Kinde gewonnen wurde. Der Fall bietet in mancher Hinsicht Interessantes: die Geschwulst hatte im Allgemeinen den Bau einer mehrkammerigen Cyste. Mikroskopisch aber ließen sich in den Wandungen der Cysten fast alle Gewebsarten konstatiren, vor Allem Muskelfasern, Gliagewebe mit Ganglienzellen. Die große Mannigfaltigkeit der in der Geschwulst enthaltenen Gewebsarten lässt dieselbe als ein ektogenes Teratom im Sinne Klebs' erscheinen. Besonders merkwürdig ist es nun, dass die benachbarten Lymphdrüsen stark vergrößert waren und mikroskopisch ebenfalls neben einzelnen Stellen lymphoiden Gewebes die in dem Teratom gefundenen, besonders aber Gliagewebe und Ganglienzellen enthielten. Verf. ist der Ansicht, dass auf dem Wege der Lymphbahnen von dem primären Teratom aus embryonale Gewebspartikelchen in die Drüsen geschleppt wurden und dort durch ihr Wachsthum das Lymphgewebe allmählich ersetzten.

Trotzdem nach der Beschreibung die Operation eine leichte war, ohne wesentlichen Blutverlust, starb das Kind ohne besondere Symptome am Abend desselben Tages. Die Sektion ergab außer einer allgemeinen Anämie sämtlicher Organe eine Milzschwellung, trübe Schwellung der Nieren und Leber, Ekchymosen auf der Pleura und Perikard. Chemisch wurde in den Leichentheilen Quecksilber, wenn auch in geringen Mengen, nachgewiesen. — Die Wunde war mit 10/100iger Sublimatlösung ausgespült worden. — Ref. kann sich des Eindrucks nicht erwehren, als ob das Kind einer Quecksilbervergiftung erlegen sei, wenn auch die Summe der übrigen, vom Verf. zur Todeserklärung herangezogenen Momente (der operative Eingriff an sich, Blutverlust vor und nach demselben, Entfernung der linken Schilddrüsenhälfte, Unterbindung der Venae jugulares sin.) die Widerstandsfähigkeit des Kindes wesentlich herabgesetzt haben mögen. Es wäre damit dieser Fall eine neue Warnung, größere Wunden, namentlich bei Kindern, mit so starken Antiseptieis zu behandeln.

Tschmarke (Magdeburg).

19) **A. Gouguenheim.** Angine couenneuse à streptococques.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXII. p. 255.)

45jähriger Mann, wegen Dyspnoë, als deren Ursache Diphtherie angegeben wurde, zur Tracheotomie ins Hospital geschickt. Dort die Dyspnoë verschwunden: Rachenorgane intensiv roth, links an der Mandel und in ihrer Umgebung dicke graulichweiße Beläge. Im Kehlkopf eitrigschleimige Massen, Schleimhaut etwas geschwollen und injicirt (durchgebrochener perichondritischer Abscess?). Die Beläge, frei von Diphtheriebacillen, ergaben Reinkulturen von Streptokokken. Unter andauerndem hohen Fieber, später niedrigen Temperaturen, entwickelten sich,

während die Halsaffektion zurückging, linksseitige eitrige Pleuritis, Vereiterung des linken Sternoclaviculargelenkes, eitrige Perikarditis, an der Pat. starb. — Bei der sehr detaillirten Leichenuntersuchung merkwürdigerweise keine Mittheilung über Kehlkopf und Rachenorgane. **Kümmel** (Breslau).

20) **Sabracès et Cabannes.** Guérison rapide d'un goître simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde, après l'échec de la médication jodurée.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 28.)

Die Verff. schließen aus dieser Beobachtung, dass das im Schilddrüsensaft enthaltene Jod nur durch die organische Verbindung, in der es auftritt, wirksam sein kann, da viel größere Dosen Jod, wie sie in den verabreichten pharmaceutischen Präparaten enthalten sind, wirkungslos waren. Es wäre interessant, wenn sich diese Erfahrung in anderen Fällen bestätigen würde, in denen auch Jodeinreibungen und innere Darreichung von Jodkali unwirksam gefunden wurden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

21) **J. Vanverts.** Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 3.)

Verf. stellt 6 einschlägige Beobachtungen aus der französischen und englischen Litteratur zusammen und fügt folgenden Fall hinzu: Ein Knabe von 5½ Jahren, der in der Abtheilung von Dr. J. Laguerre zur Spaltung eines Halsdrüsenabscesses chloroformirt war, hörte gegen Ende der Operation plötzlich auf zu athmen. Künstliche Athmung, verbunden mit rhythmischen Traktionen der Zunge, Ätherinjektionen, Schlägen mit nassen Tüchern u. A. m. führten keine Spontanathmung herbei, so dass schließlich, obgleich die Luftwege frei waren und Luft reichlich ein- und ausdrang, zur Tracheotomie geschritten wurde, etwa 20 Minuten nach Beginn des Zwischenfalles. Sobald die Luftröhre geöffnet war, bedurfte es nur noch weniger Züge der künstlichen Respiration, und die natürliche Athmung kam in befriedigender Weise in Gang.

Die 7 Fälle veranlassen den Verf. zu der auch von anderen Autoren (Poncet, Thiéry) getheilten Annahme, dass die Tracheotomie bei schweren Zufällen in der Narkose nach 2 Richtungen wirksam sein kann, erstens mechanisch in den Fällen von reiner Asphyxie durch Verlegung der oberen Luftwege, zweitens reflektorisch in den Fällen, in welchen die oberen Luftwege frei sind, die künstliche Athmung aber erst nach Eröffnung der Trachea wirksam wird. Der bruske Eintritt der kälteren Luft in die Trachea, das Einführen der Kanüle sollen reflektorisch die Athmung anregen. V. schließt mit den Worten Poncet's: die Tracheotomie ist (bei den erwähnten Zufällen der Narkose) ein Hilfsmittel ersten Ranges, welches immer versucht werden sollte, wenn die übrigen Mittel nicht zum Ziele führen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

22) **E. Villard.** Trachéotomie pour accidents anesthésiques des plus graves; guérison.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 18.)

Während der Operation einer tiefen Halsphlegmone, welche mit Störungen der Respiration kompliziert war, kam es zu so hochgradigen asphyktischen Erscheinungen, dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Aus dieser Erfahrung leitet V. folgende Schlüsse ab:

1) Bei Operationen von Halsphlegmonen muss man während der Narkose auf schwere asphyktische Zufälle gefasst sein.

2) Bei Auftreten dieser Zufälle ist die sofortige Tracheotomie angezeigt.

3) Die Trachealkanüle braucht nicht lange getragen zu werden.

V. führt zur Erklärung der Asphyxie in seinem Falle alle die bekannten Momente an (Vermehrung des Glottisödems, Schleimsekretion im Rachen und Kehlkopf, Tieferliegen des Kopfes), glaubt aber hauptsächlich für die Asphyxie die neuen physiologischen Bedingungen verantwortlich machen zu müssen,

unter welche der Athmungsmechanismus bei der Narkose kommt. (Aus der Darstellung des Falles erhält man den Eindruck, dass die Asphyxie eine rein mechanische war; bei dem schon vorher in der Athmung behinderten Pat. war der Äther nicht am Platze. Ref.) **W. Sachs** (Mülhausen i./E.).

23) Thomas et Junod. Corps étranger de la bronche gauche chez un enfant. Trachéotomie. Guérison.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1896. No. 5.)

Ein 13 Monate alter Knabe aspirirte Bouillon, in der sich Gemüsetheilen fanden. Die sofort eingetretenen und stetig zunehmenden Respirationsstörungen, die einen im linken Bronchus sitzenden Fremdkörper vermuthen lassen, machen 6 Tage später die Tracheotomie nothwendig. Aus der eingeführten Kanüle wird an dem Operationstage ein 3 cm langes und 2 mm breites Gemüsestück ausgehustet. Bei normalem Verlauf Kanüle nach weiteren 6 Tagen entfernt.

4 Wochen später in Folge plötzlich aufgetretener, erneuter Respirationsstörungen — bei normalem Lungenbefund — Spaltung der Trachealnarbe, Einführung einer Kanüle; erst 2½ Monate nachher Entfernung derselben möglich. Die Ursache dieser erschwerten Dekanülisirung wird in der durch Rachitis bedingten abnormen Weichheit der Trachealringe gesucht; ein Umstand, der die beiden operativen Eingriffe seiner Zeit sehr erschwerte.

Kronacher (München).

24) Friedrich. Über seltene Fistelbildungen an den Lungen nach Tuberkulose und traumatischer Gangrän.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 3.)

In dem einen Falle handelte es sich um einen 17jährigen Kranken mit einer tuberkulösen Fistel am linken Oberschenkel. Die Angabe des Pat.: »bei Verklebung oder Verstopfung der Fistel sticke es ihm im Kehlkopf und werde ihm ganz voll«, war die Veranlassung zu einem Injektionsversuch mit Indigolösung in die Fistel; unmittelbar nach demselben hustete der Kranke unter starker Dyspnoë und Cyanose die blaue Flüssigkeit durch den Mund aus. Es bestand also eine Kommunikation von der Mundhöhle bis zum Oberschenkel, entweder in Folge Durchbruchs eines prävertebralen Abscesses in die Lunge mit gleichzeitiger Senkung auf dem gewöhnlichen Wege, oder durch primäre Eiterung in der Pleura mit gleichzeitigem Durchbruch in die Lunge und durch das Diaphragma. — Der 2. Fall betrifft einen 28jährigen Mann, der eine Brust- und Lungenquetschung mit sekundärer Gangrän und Empyem der Lunge, welches operirt werden musste, durchgemacht hatte. Eine nach 4 Wochen gemachte Ausspülung rief einen Erstickungsanfall hervor; eine Injektion von Indigolösung wurde durch den Mund ausgehustet. Bei Versuchen, den Kranken Rauch »schlucken« zu lassen, sieht man mit Hilfe eines in die Brusthöhle eingeführten Kehlkopfspiegels an 3 Stellen feine Rauchsäulen aufsteigen. Gelegentlich der später vorgenommenen Thorakoplastik konnte man 11 mit dem Bronchialbaum communicirende Fisteln auffinden. Durch wiederholte Kauterisation derselben gelang es schließlich, eine völlige Heilung herbeizuführen. Der interessanten Mittheilung ist eine Abbildung der zu Tage liegenden Lungenfläche beigelegt. **Tschmarke** (Magdeburg).

25) Samosch. Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

In einem einschlägigen Falle, der einen 38jährigen Mann betraf, ging Mikulicz folgendermaßen vor: Freilegung des Gelenkes mittels des Hüter-Ollierschen Schnittes, Spaltung der nach vorn innen stark ausgesackten Kapsel in senkrechter Richtung der ganzen Länge nach. Der mediale Lappen wird über den lateralen stark nach außen gezogen und mit 4 Silbernähten an dessen Außenseite fixirt (cf. Textabbildung). Jodoformgazetamponade, glatte Heilung. Nach 2 Monaten vermag Pat. ein Gewicht von 2 kg in weitem Kreise herumzuschwingen und

4 kg ohne Mitbewegung der Scapula zur Horizontalen zu heben, ein Erfolg, wie er durch die Resektion niemals zu erreichen ist.

Aus der eigenen Beobachtung im Zusammenhang mit den Fällen aus der Literatur zieht Verf. für das in der Mehrzahl der Fälle sich nothwendig erweisende operative Verfahren folgende Schlüsse: durch Freilegung des Gelenkes müssen zunächst die anatomischen Verhältnisse klar gelegt werden. Sind Knochenveränderungen vorhanden, so ist die Resektion am Platze; in allen anderen Fällen muss individuell vorgegangen werden; besonders empfehlenswerth erscheint die Herbeiführung einer Kapselduplikatur an der Stelle des geringsten Widerstandes.

Hofmeister (Tübingen).

26) F. Vidal. Hygroma sous-deltaïdien suppuré métapneumonique; absence de microbes dans le pus.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 30.)

Der unter dem Deltoides gelegene Abscess, welcher 2 Tage nach dem Abfall der Temperatur unter gelindem Fieber (38°) und starken Schmerzen sich zu bilden begann, wurde am 17. Tage seines Auftretens mit starkem Trokar punktiert. Es entleerte sich ein sehr dicker, gelblicher Eiter, in dem weder die mikroskopische Untersuchung, noch das Kulturverfahren, noch Impfversuche auf Mäuse ein positives Resultat ergaben. Dies beweist, dass, ähnlich wie bei anderen metastatischen Abscessen im Verlauf von Infektionskrankheiten, die Krankheitserreger unter besonderen Umständen sehr schnell verschwinden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Einige Worte über den Aufsatz des Herrn Dr. Beyer.

Von

Dr. med. A. v. Zajontschkowski.

Die Einwände, mit welchen Herr Dr. Beyer (Centralblatt für Chirurgie No. 8) meine Mittheilung über die Silbergaze (dieses Centralblatt No. 3) beehrt hat, darf ich, als auf einem Missverständnis beruhend, nicht ohne Beantwortung lassen.

1) Beim Citiren meines Punktes 2 übersetzt Herr Dr. Beyer »unter gewöhnlichen aseptischen Kautelen« einfach durch — »desinfectirte Hände«.

Es ist allgemein bekannt, dass bei bakteriologischen Impfungen »Aseptik« nicht »desinfectirte Hände« heisst, sondern Abschneiden des gegebenen Materials mit einer sterilisirten Schere, Übertragung mit einer sterilisirten Pincette und Impfung mit einer durchgeglühten Platinnadel.

Herr Dr. Beyer konnte verstehen, was ich mit »aseptische Kautelen« ausdrücken wollte, wenn er seine Aufmerksamkeit auf Punkt 3 meiner Mittheilung gelenkt hätte.

2) Beim Referiren des Punktes 1 meiner Mittheilung »die Silbergaze sei bakterienhaltig« verlangt Herr Dr. Beyer Beweise dafür.

Der Charakter einer vorläufigen Mittheilung erlaubt nicht, die Protokolle aller Experimente in extenso zu drucken, und ich verweise auf meine Originalarbeit, die demnächst erscheinen wird, wo man die betreffenden Daten finden wird. Jedenfalls sind die Beweise für den Bakteriengehalt der Silbergaze genau dieselben, wie sie für dieses oder jenes Material gebraucht werden.

Weiter widerspricht der Bakteriengehalt der Silbergaze, wie Dr. Beyer meint, nicht den Punkten 2 und 4 meiner Mittheilung: das aus der Silbergaze sich bildende Aktol genügt zur Abtödtung der Keime, welche sich beständig in der Silbergaze befinden; es genügt aber nicht für deren Überfluss, was wörtlich im Punkte 3 meiner Mittheilung gesagt ist.

3) Punkt 6 meiner Mittheilung »die Silbergaze ist nicht baktericid« ist nicht im Geringsten in Widerspruch mit Punkt 4, da ich in ihm die Bildung des freien Raumes um die Gaze und unter ihr bestätige, jedoch ausdrücklich betone, dass diese Stellen nur »anscheinend« bakterienfrei sind, was übrigens Dr. Beyer selbst beim Referiren des Punktes 4 wiederholt.

Hätte Dr. Beyer meinen Punkt 6 in extenso mitgetheilt, so könnte der Leser in ihm einen klaren Beweis für den Mangel der baktericiden Kraft der Silbergaze finden.

Die von mir gebrauchten Bakterienarten waren: *Streptoc. pyog.*, *Staphyl. pyog. aur. et albus* und *Bac. pyocyaneus*, was in den Punkten 9 und 16 citirt ist.

Wesswegen diese Bakterien in meinen Untersuchungen unter der Einwirkung der Silbergaze nur ein wenig von ihrer Entwicklungskraft verloren, bei Dr. Beyer dagegen vollkommen zu Grunde gingen, kann ich nicht wissen; vielleicht waren meine Bakterien lebenskräftiger und die des Dr. Beyer lebensschwächer. Diesen Einwand habe ich zum Theil vorausgesehen und desswegen am Schluss meiner Mittheilung den Satz: »die zu den Untersuchungen gebrauchten Bakterien stammten immer von frischen und akuten Fällen her« beigefügt.

4) Bei der Zusammenstellung meines Punktes 5 mit Punkt 15 kann Dr. Beyer nicht verstehen, in welcher Weise gewöhnliche inficirte Gaze »wirksamer« sei wie die Silbergaze, da für die letztere die Zeit der Einwucherung der Bakterien gleich 3 Wochen ist, für die gewöhnliche inficirte Gaze 1 Monat.

Doch aus dem Punkte 15 folgt ganz klar, dass die gewöhnliche Gaze thatsächlich eine größere Imbibitionsfähigkeit besitzt wie die Silbergaze; das heißt aber nicht, dass gewöhnliche (und dazu noch schmutzige) Gaze stärker baktericid sei wie die Silbergaze, wovon ich nirgends etwas gesagt habe. Dass es sich hier nur um die Erscheinung der Imbibition handelt, ist aus Punkt 15 ersichtlich; nur muss man ihn aufmerksam von A bis Z durchlesen.

Schließlich sehe ich nicht ein, wesshalb Herr Dr. Beyer sich darüber wundert, dass die Imbibitionsfähigkeit der gewöhnlichen (wenn auch schmutzigen) Gaze größer sei wie die der Silbergaze? Es ist eine rein physikalische, vollkommen von der chemischen Wirkung und der Biologie der Bakterien unabhängige Erscheinung!

Da Dr. Beyer die Punkte 9, 10 und 11 meiner Mittheilung, welche den Mangel der baktericiden Kraft der Silbergaze beweisen, gar nicht erwähnt, sie also für stichhaltig hält, kann ich meinerseits nicht verstehen, wesshalb er meinen Satz in Punkt 6: »die Silbergaze ist nicht baktericid« für unrichtig erklärt?

Der Umstand, dass Dr. Beyer jetzt bessere Gaze gebraucht wie früher, kann nicht im Geringsten meine Ansicht über den Werth der Silbergaze ändern, da ich natürlich ein Material, welches zur Zeit meiner Untersuchungen nicht existirt hat, nicht gebrauchen konnte. Ich habe das Material untersucht, welches in vielen Flugschriften und Aufsätzen als das beste antiseptische Material empfohlen war.

Da ich mich in jeder Beziehung gerechtfertigt fühle, halte ich die Polemik in dieser Angelegenheit für geschlossen.

Warschau, den 16. März.

Einige Bemerkungen zu der Erwiderung des Herrn Dr. v. Zajontschkowski über den Aufsatz „Silbergaze als Verbandstoff“.

Von

Dr. B. L. Beyer in Dresden.

Auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Dr. med. v. Zajontschkowski sachlich einzugehen, halte ich nicht für angezeigt, da ich nur das von mir im Centralblatt für Chirurgie No. 8 Gesagte wiederholen könnte, und hierdurch die Verschiedenheit unserer Ansicht über den Werth der Silbergaze nicht beeinflusst würde.

Herr Dr. v. Zajontschkowski hat anscheinend, wie ich schon erwähnte, das Missgeschick gehabt, ein Stück aus der ersten Fabrikationszeit stammende und daher technisch mangelhaft dargestellte Silbergaze zu seinen Untersuchungen verwendet zu haben.

Seit etwa $\frac{3}{4}$ Jahr wird aber dieser Stoff technisch viel vollkommener dargestellt, und haften nach allen meinen Untersuchungen jedenfalls diesem die von Herrn Dr. v. Zajontschkowski hervorgehobenen Mängel nicht an.

Es wäre zu wünschen, dass Herr Dr. v. Zajontschkowski den Versuchen, über die er in der von ihm angekündigten größeren Arbeit referiren will, auch die jetzige Silbergaze zu Grunde lege, da sonst seine ganzen Schlussfolgerungen als veraltet und nicht mehr zutreffend angesehen werden müssten.

*Übrigens bildet die Silbergaze nur einen Theil der Credé'schen Silberwundbehandlung, deren Schwerpunkt doch in der Anwendung von Silbersalzen, namentlich dem Itrol (*Arg. citricum pur.*) liegt, eines Stoffes, dessen bedeutender antiseptischer Werth jetzt wohl allgemein anerkannt werden dürfte. Die Silbergaze ist überall da, wo Itrol auf die Wunde gebracht wird, und das dürfte in den bei Weitem meisten Fällen stattfinden, durch einfachen Mull zu ersetzen.*

Da die Silbergaze über eine grössere Gewähr für Reinheit und Haltbarkeit neben ihrer desinficirender Kraft bietet, so dürfte sie immerhin einen werthvollen Bestandteil für die große Chirurgie und für den praktischen Arzt darstellen.

Für mich ist hiermit die Polemik über Silbergaze abgeschlossen.

69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Braunschweig

vom 20.—25. September 1897.

Die unterzeichneten Mitglieder des Vorstandes der Abtheilung für

Chirurgie

beehren sich, die Herren Fachgenossen zu der vom 20.—25. September hier stattfindenden Jahresversammlung ergebenst einzuladen.

Wir bitten, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Mitte Mai bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen, da den allgemeinen Einladungen, welche von den Geschäftsführern Anfangs Juli zur Versendung gebracht werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigegeben werden soll.

Für Mittwoch, den 22. September, ist von Seiten der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe des wissenschaftlichen Ausschusses eine gemeinsame Sitzung aller sich mit der Photographie wissenschaftlich beschäftigenden oder dieselbe als Hilfsmittel der Forschung benutzenden naturwissenschaftlichen und medicinischen Abtheilungen in Aussicht genommen, für die Herr Prof. H. W. Vogel in Charlottenburg den einleitenden Vortrag über den heutigen Stand der wissenschaftlichen Photographie zugesagt hat. An denselben sollen sich Berichte über die von anderen Seiten gemachten Erfahrungen anschließen; auch soll eine Ausstellung wissenschaftlicher Photographien damit verbunden werden, deren Organisation Herr Prof. Max Müller hierselbst übernommen hat. Die Anmeldungen von Mittheilungen für diese Sitzung und von auszustellenden Photographien erbitten wir gleichfalls spätestens bis Mitte Mai.

Zugleich ersuchen wir, uns etwaige Wünsche in Betreff weiterer gemeinsamer Sitzungen mit einzelnen anderen Abtheilungen kundgeben und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen nennen zu wollen.

Prof. Dr. med. Otto Sprengel,
Cellerstrasse 33a.

Dr. med. Felix Franke,
Bismarckstrasse 4 p.

Dr. med. Carl Strauch,
Bismarckstrasse 15 I.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. Sonntabend, den 24. April. 1897.

Inhalt: I. P. Niehans, Zur Technik der Arthrotomie. — II. E. Braatz, Über das Offenerhalten von operirten Abscessen durch Drahtnaken. (Original-Mittheilungen.)

1) Pomeranzew, Bromäthyl. — 2) Lomry, Jodoform. — 3) Silber, Salubrol. — 4) Schleich, 5) Thomalla, 6) Classen, 7) Longard, Glutol und Amyloform. — 8) und 9) Bosc und Vedel, Infusionen von Salzlösungen. — 10) Murphy, Gefäßresektion.

van Niossen, Über Pflanzenfaserseife („Ubrigin“). Ein Beitrag zur Desinfektion der operirenden Hände. (Original-Mittheilung.)

11) Vincent, Spitalbrand. — 12) v. Jaksch, Serumbehandlung. — 13) Vilcoq und Lancry, 14) Alsberg, Magenkrebs. — 15) Mulder, Magenincarceration in einen Bruch. — 16) Jordan, Tubenschwangerschaft in einem Leistenbruch. — 17) Schiller, Darmoperationen. — 18) Kriz, Darminvagination. — 19) Prochownik, Tuberkulös-r Mastdarm-polyp. — 20) Gilbert und Fournier, Gallensteine. — 21) Terrier, Leberechinococcus. — 22) Ferraton, Harnröhrenstriktur. — 23) V. Schwarz, 24) K. Schwarz, 25) Vujlić, 26) Britische Ärzte-Versammlung, Prostatahypertrophie. — 27) Rotgans, Echinococcus zwischen Blase und Mastdarm. — 28) Pawlik, Geschwülste der Nierengegend. — 29) Oehler, Zur Nierenchirurgie. — 30) Schenk, 31) Küttner, Tuberkulose der äußeren weiblichen Geschlechtstheile. — 32) Schuchardt, Paravaginale Operationen.

I. Zur Technik der Arthrotomie, Arthrektomie und Resektion am Kniegelenk.

Von

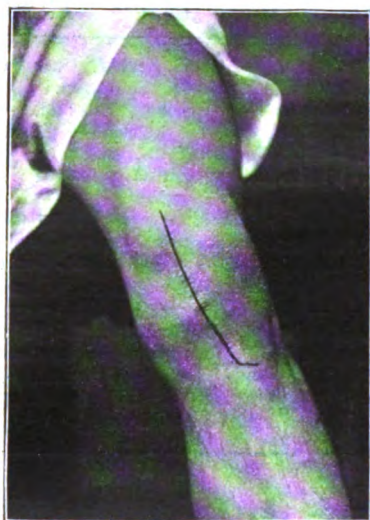
Dr. P. Niehans,
Chefarzt am Inselspital in Bern.

Ausgehend von dem Grundsatz, dass jede Operationsmethode so ausgebildet sein soll, dass sie einerseits genügenden Einblick in das Operationsfeld ermöglicht, andererseits die Funktionstüchtigkeit der bei der Operation verletzten Theile möglichst wenig beeinträchtigt, haben wir für die breite Eröffnung des Kniegelenkes seit 9 Jahren das folgende Verfahren geübt. Der Grund, warum wir es erst jetzt veröffentlichen und zur weiteren Prüfung empfehlen, liegt darin, dass wir diese Methode zuvor an mannigfachen Fällen technisch zu erproben und ganz besonders bezüglich der späteren Funktionsresultate ein klares Urtheil zu gewinnen wünschten. Sie wurde an

Kindern und Erwachsenen, zur Arthrotomie, Arthrektomie und Resektion verwendet.

Längsschnitt an der Innenseite der Sehne des Rectus femoris, 8—10 cm über der Patella beginnend, läuft durch den Vastus internus abwärts an der Kniescheibe vorbei, ca. 1 cm von derselben entfernt, in flachem Bogen zum Innenrande der Patellarsehne an der Tuberositas tibiae, hier bis auf den Knochen geführt. Am unteren Ende dieses Schnittes wird ein zweiter solcher angefügt, im rechten oder stumpfen Winkel lateralwärts laufend, die Ausläufer der Patellarsehne (Lig. patellae) durchtrennend ebenfalls bis auf den Knochen. Mit breitem Meißel wird nun von der Innenseite her eine dünne Knochenplatte (2—4 mm) mit der Tuberositas tibiae sammt dem anhaftenden Lig. patellae in seiner ganzen Breite abgehoben und nach

außen umgeklappt; dieser osteoplastische Lappen bleibt an der Außenseite der Tuberositas tibiae in ungestörter Verbindung mit der Nachbarschaft.



Die Incision wird auf der ganzen Linie, Schicht für Schicht der Gelenkhüllen trennend, bis in die Gelenkhöhle geführt, und lässt sich nun bei gleichzeitiger Flexion des Knies der ganze Streckapparat desselben sammt Patella mit Leichtigkeit nach außen umklappen, so fern die Incision im Vastus internus weit genug heraufgezogen wurde. Die vordere Hälfte des Kniegelenkes ist in allen Theilen leicht zugänglich, die Menisci, die Kreuzbänder können bequem inspicirt werden, und wenn nun noch die Seitenbänder

an den Kondylen des Femur und die Kreuzbänder an ihren Ansätzen in der Fossa intercondylica mit oder ohne dünne Knochenscheibe mit Messer oder Meißel abgelöst worden, so ist auch der rückwärts gelegene Theil des Gelenkes in vollkommenster Weise zugänglich. Nach der Ausrottung der erkrankten Theile — bei der Resektion schonen wir die fibröse Kapsel vorn und die Seitenbänder, wenn möglich — werden die Schnittländer aufs genaueste durch Katgutnähte vereinigt. Der osteoplastische Lappen wird mittels eines Nagels in situ erhalten; ist der Quadriceps atrophisch und kraftlos geworden, so genügen die Katgutnähte allein; der Nagel wird nach 10 bis 14 Tagen entfernt.

Das eben beschriebene Verfahren eignet sich vorzüglich bei Fällen von Ablösung oder Dislokation der Menisci, wo ein solcher nach einfacher Arthrotomie wieder angenäht oder entfernt werden

soll. Es sei uns gestattet, hier eine kurze Krankengeschichte mitzutheilen:

Müller, Fritz, 33 Jahre alt, Käser. Starker Körperbau. 3malige Dislokation des inneren Meniscus des linken Knies im Verlauf von 4 Jahren. Ein drittes schweres Recidiv führte den Pat. in das Spital. Es fand sich eine völlige Ablösung des Meniscus internus am vorderen inneren Umfang in der Ausdehnung von 3 cm; im Übrigen war derselbe unverändert. Anheftung am Tibiarande mit 3 Katgutnähten (Februar 1894). Nach 2 Monaten vorzügliche Funktionsfähigkeit. — Februar 1897: Der kräftige Mann, seit 1 Jahr Chef einer Molkerei, kann ohne jegliche Beschwerde vom frühen Morgen bis Abend seiner Arbeit vorstehen, fühlt für das gewöhnliche Bewegungsmaß und auch bei Belastung keinerlei Störung; die Gelenkführung ist eine sichere. Objektiv war leichte Volumensverminderung am Vastus internus zu verzeichnen. Streckung vollständig, Beugung bis zum rechten Winkel glatt und leicht, von da ab Behinderung durch Spannung im Streckapparat.

Ein ganz analoges Resultat wurde erzielt bei einem jungen Manne, welcher am inneren Meniscus eine vollkommene Ablösung in $\frac{2}{3}$ seines Umfanges mit sekundärer entzündlicher Wucherung an demselben aufwies. Der Meniscus wurde in diesem Falle excidirt.

Arthrektomie: Die Ausrottung der Kapsel in Verbindung mit temporärer Ablösung der Ligamente gelingt von diesem Schnitt aus sehr leicht, der Recessus unter der Quadricepssehne ist besonders schön zugänglich. Wir haben auf diese Weise schon wiederholt bei tuberkulösen Kapselerkrankungen leichteren Grades, wo der primäre Knochenherd oberflächlich gelegen war (z. B. in der Vorderfläche der Kondylen) durch Ignipunktur des letzteren und Versengung der kranken Synovialmembran in ihrer ganzen Ausdehnung (ohne Ex-cision) ein gutes und dauerhaftes Resultat erzielt mit sehr befriedigender Bewegungsfähigkeit. Ohne leichte Zugänglichkeit der Kapsel wäre ein solches Resultat nicht zu erwarten.

Resektion. Nur wenn Knochenscheiben von bedeutender Dicke abgetragen werden müssen, wird der Streckapparat zu lang, und passt der osteoplastische Lappen nicht mehr an seinen Platz. Die Tibia hierzu weiter unten anzufrischen darf wohl, physiologisch gedacht, für den Hebelansatz des Quadriceps nicht als zweckmäßig erscheinen. Bei allen Fällen jedoch mit mäßiger Knochenresektion lässt sich der Ausfall leicht und zweckmäßig ausgleichen durch quere Aussäugung eines entsprechenden Stückes aus der Patella und Vereinigung der noch bleibenden Knochenstreifen sammt Sehnenansatz beiderseits mittels Katgut.

Nicht nur wird der Indikation für leichte Zugänglichkeit des Operationsfeldes in bester Weise genügt, sondern es erlaubt diese Methode auch weitgehende Schonung der durch die Operation zu verletzenden Theile. Die Eröffnung der Kniegelenkkapsel und die Ablösung des osteoplastischen Lappens geschieht in der Längsrichtung, ein für die spätere Funktionstüchtigkeit sehr wichtiger Umstand, zumal für diejenigen Fälle, bei welchen Beweglichkeit erwartet wer-

den darf. Der osteoplastische Lappen heilt stets günstig an, und wird die Quadricepssehne wieder gut leistungsfähig. Sogar für die Resektionsfälle, bei welchen wir Ankylose anstreben, gilt dies: auch da gewinnt der Streckapparat inkl. Vasti, hauptsächlich jedoch die Rectussehne wieder an Volumen und Kontraktionsenergie, weit mehr als wenn durch den vorderen Bogenschnitt das Lig. patellae durchschnitten und hernach durch die Naht auch noch so exakt wieder vereinigt worden war. Diese erheblich höhere Leistung des in toto erhaltenen Streckapparates erlaubt uns auch, dem resecirten Knie ohne Nachtheil eine leichte Flexionsstellung zu geben, wodurch die Schwerlinie aus der Fersenegend in den Tarsus mit seinen elastischen Gelenken verlegt wird. Es resultirt daraus ein leichter Gang mit geringem Hinken im Vergleich zu dem harten Fersengang mit seiner Erschütterung und der ungeschickten Beckenhebung, wie sie bei vollständiger Streckung des ankylotischen Knies nothwendigerweise zu Stande kommt. Ein weiterer Beweis für die gute Leistung des Streckapparates ist die Beobachtung, dass die Flexionsstellung im ankylotischen Knie bei Kindern oder jungen Leuten vor vollendetem Wachsthum, welche sich bei Durchtrennung der Strecksehne ober- oder unterhalb der Patella nachträglich so leicht entwickelt, zumal wenn nicht ein Schutzapparat getragen wird, bei dieser Methode ausbleibt. — Wir haben noch kürzlich 2 Kinder (5 und 9 Jahre) wieder untersucht, welche vor 2 Jahren in dieser Weise operirt worden sind: Arthrektomie wegen Tuberkulose, Abtragung einer ziemlich breiten Scheibe nur der Kondylen des Femur — der eine Fall mit rechtwinkliger Flexionsstellung seit $\frac{1}{2}$ Jahre und ausgedehnter Abscedirung. Das Resultat ist ein vorzügliches: beide zeigen, seit längerer Zeit versuchsweise ohne schützenden Apparat belassen, stets den gleich günstigen Status des ankylotischen Knies, keine Zunahme der bei der Operation gegebenen leichten Flexionsstellung; der Quadriceps scheint das Gleichgewicht wirklich erhalten zu können und hat an Volumen ziemlich, an Kontraktionskraft ganz beträchtlich zugenommen unter der täglichen Arbeitsübung. Auch an den Vasti ist eine deutliche, wenn auch geringe Kontraktion zu fühlen.

Wir haben die beschriebene Schnittführung auch auf der lateralen Seite der Kniescheibe, in sonst ganz gleicher Weise ausgeführt, geprüft, und ist dieser Schnitt für specielle Fälle, wie z. B. bei Ablösung des äußeren Meniscus, wohl zu empfehlen, der innere jedoch beansprucht den Vorzug, da bei der leichten Genu valgum-Stellung, die wir am normalen Knie finden, eine breite Einsicht in das eröffnete Gelenk leichter erreicht wird bei der Umklappung der Patella sammt Streckapparat nach außen, als nach innen.

Bern, im März 1897.

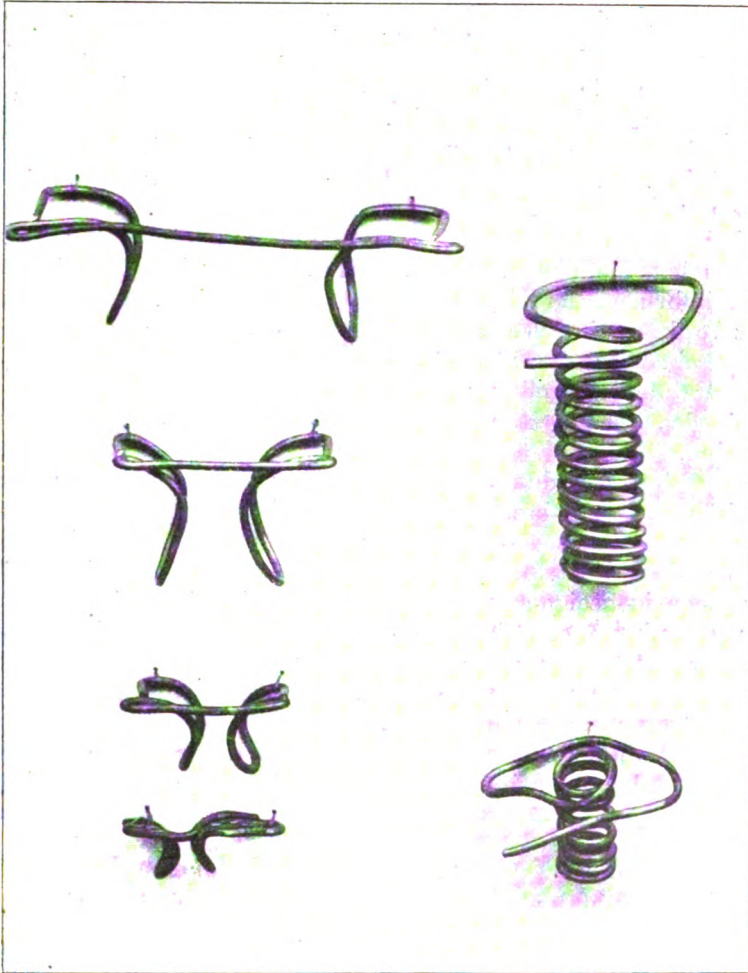
II. Über das Offenerhalten von operirten Abscessen durch Drahhaken.

Von

Dr. Egbert Braatz,

Privatdocent der Chirurgie an der Universität zu Königsberg.

Zum Offenerhalten eines geöffneten Abscesses, einer eitrigen Phlegmone bedienen wir uns entweder der Tamponade oder der Drainage. Beide Mittel genügen aber nur unvollkommen oder gar nicht, wenn



die Wundränder die Neigung haben, sich an einander zu legen, und sich aus buchtigen Höhlen dickflüssiger Inhalt entleeren soll. Denn tamponiren wir eine Eiterhöhle fest, so erzielen wir damit am ehesten eine Eiterretention, und eine lockere Tamponade ist für das

Zusammentreten der Wundränder kein Hindernis. Auch beim Drainrohr, selbst wenn wir ein starkes nehmen, liegt der übrige Theil der Wundränder an einander. So kommt es denn nicht selten vor, dass beim ersten Verbandwechsel erst dann reichlicher Eiter aus der Wunde herauszuquellen beginnt, wenn man das Drainrohr herausgezogen oder die Tamponade entfernt hat. Besonders unerwünscht ist dies gerade bei übelriechenden Abscessen, die man gern der äußeren Luft zugänglich erhalten möchte.

Um daher die Wundränder selbst gut klaffend zu erhalten, habe ich mir Drahtaken zurecht gebogen, welche in einfachster Weise diesem Zweck entsprechen. Je nach der Länge der Operationswunde und der Nachgiebigkeit der Wundränder nimmt man verschieden große Haken, die man sich vorrätzig hält, und legt sie so ein, dass die Spannung nicht allzu groß ist. Sie halten sich wegen ihrer Form (siehe Abbildung) sehr gut von selbst ohne jede weitere Befestigung. Dieses Verfahren hat noch den Vorzug, dass es sich zweckmäßigerweise mit den beiden erstgenannten verbinden lässt. Nachdem man durch Einlegen eines solchen Hakens die Wundränder aus einander gezogen hat, kann man, wenn nöthig, in den weiten Wundspalt ein Gummirohr nach der Tiefe legen und außerdem dann die Abscesshöhle ganz locker mit Gaze tamponiren, da der Tamponade die Aufgabe des Auseinanderhaltens der Wundränder abgenommen ist. Ich habe diese Art der Behandlung in einer Reihe von Fällen erprobt und sie für den lokalen Heilungsverlauf inficirter Wunden gut bewährt gefunden.

Auf der Abbildung sieht man außer diesen Haken noch zwei Spirälrohren zur tieferen Drainage. Das Kaliber dieser Röhren kann ein sehr verschiedenes sein. Das untere Drahtende ist so eingebogen, dass es nicht vorsteht, um nicht zu verletzen. Auch diese Röhren lassen sich in geeigneten Fällen mit Vortheil zur Drainage verwenden und drainiren dann besser als Gummiröhren, welche ich übrigens, dem Vorgange von Karl Reyher folgend, stets der Länge nach aufspalte. Ein so gespaltenes Gummirohr drainirt besser, als ein nur mit seitlichen Löchern versehenes.

Die Drahtaken werden von Herrn Fr. Dröll in Mannheim bezogen werden können.

1) Pomeranzew. Charakteristik des Bromäthyls in Bezug auf die Gefahr seiner Anwendung als Anästheticum.

(Die Chirurgie¹ 1897. p. 1. [Russisch].)

Nach einer historischen Einleitung über den ersten Gebrauch des Bromäthyls und der Bromäthyl-Chloroformnarkose in Russland kommt

¹ »Die Chirurgie« ist eine mit Anfang dieses Jahres erscheinende neue Monatsschrift für Chirurgie, die in Moskau von Prof. Diakonow herausgegeben und redigirt wird. Die Vorrede zum ersten Heft stellt als Programm auf: Originalartikel, möglichst vollständige Übersicht über alle Theile der Chirurgie in knappen

P. auf die Todesfälle zu sprechen, die man dort bis jetzt mit jener Art von Narkose erlebt hat. Der folgende Fall ist die nächste Veranlassung zu vorliegender Arbeit gewesen. Im Bassmann'schen Krankenhause zu Moskau sollte ein 22jähriger Mann an einer cariösen Fistel des Ileosacralgelenks operirt werden. Zuerst erhielt er einige Tropfen Bromäthyl auf eine gewöhnliche Chloroformmaske, dann 6 ccm, darauf Chloroform. Nach 6 Minuten (und Verbrauch von 6 ccm Chloroform) verschwand der Puls, die Athmung, und der Kranke blieb todt trotz aller Wiederbelebungsversuche. Die Untersuchung des Chloroforms ergab, dass dieses rein gewesen, dagegen war das Bromäthyl zersetzt, und es wurde daher diesem die Hauptschuld an dem Todesfall gegeben. Daraufhin wurde das Bromäthyl verlassen. Später versuchte P. aber durch eine genauere Analyse der bekannt gewordenen Unglücksfälle durch Bromäthyl und die Berücksichtigung der chemischen Seite desselben darüber mehr Gewissheit zu erlangen, ob sich solche üble Wirkungen des sonst in mancher Hinsicht Vorzüge bietenden Narkoticums nicht vielleicht vermeiden ließen.

Von 15 Fällen, die Reich gesammelt hat, war nur einer, derjenige aus der Billroth'schen Klinik, in welchem ein einwandsfreies Präparat gebraucht war. Bis Ende der 80er Jahre wurde zur Herstellung des Bromäthyls der Phosphor verwandt. So war auch das von Perullax im Jahre 1829 entdeckte Bromäthyl dargestellt worden. Die Herstellungsweise zeichnet sich durch Einfachheit aus, hinterlässt aber eine Reihe von schädlichen Verunreinigungen. Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre ging man von diesem Verfahren ab und stellte das Bromäthyl aus Bromkali und Alkohol unter Einwirkung von Schwefelsäure dar. Dieses Verfahren ergibt ein reines Präparat.

Als zuverlässiges Reagens zur Feststellung, ob ein Bromäthylpräparat rein oder zersetzt ist, hat P. eine 1%ige Lösung von Höllenstein erprobt. Es entsteht bei unreinem Präparat sofort eine Trübung, die in kurzer Zeit milchweiß aussieht. P. hat eine Reaktion von dem Leiter des Laboratoriums der Ferrin'schen Apotheke in Moskau, Lenardson, kennen gelernt. Für die Reaktion mit Schwefelsäure scheint die Art des Flaschenverschlusses von Einfluss zu sein; denn den gelben Ring gaben diejenigen Fläschchen, welche mit Korkstopfen verschlossen waren, während die mit Glasstopfen versehenen eine Reaktion gar nicht oder kaum gaben.

Über diese chemischen Verhältnisse giebt Verf. eine eingehende Darstellung.

Referaten aus der gesamten chirurgischen Litteratur, die sich zu einem Jahresbericht ansammeln sollen. Solche systematisch geordnete Berichte sollen das Auffinden der Litteratur über einen Gegenstand für den litterarisch Arbeitenden erleichtern. Außerdem bringt das reichhaltige Journal Mittheilungen über wichtigere Ereignisse aus dem Leben zeitgenössischer Chirurgen, Biographien, Nekrologe, ferner gelegentlich Berichte über die Thätigkeit von Kliniken, Krankenhäusern, chirurgischen Gesellschaften und Kongressen. Ref.

Folgende Schlusssätze fassen die Resultate der Untersuchungen P.'s zusammen.

1) Die gegenwärtig im Auslande geübten Darstellungsweisen des Bromäthyls bieten eine gewisse Garantie für die Reinheit seiner Zusammensetzung. 2) Das Bromäthyl hält sich in dunklen, gehörig verschlossenen Flaschen lange Zeit ohne Zersetzung, $\frac{1}{2}$ Jahr und wahrscheinlich noch viel länger. 3) Die Probe mit 1%iger Höllesteinlösung stellt ein empfehlenswerthes und äußerst einfaches Verfahren dar zur Entdeckung der Zersetzung des Bromäthyls. 4) Die Probe mit Schwefelsäure ist in Folge des Einflusses organischer Beimischungen und sogar der Art der Stopfen auf das Untersuchungsergebnis wenig beweisend. 5) Präparate von Bromäthyl, welche einen dünnen gelben Ring mit Schwefelsäure geben, kann man nicht deswegen für unrein halten. 6) Die Probe mit Schwefelsäure giebt die Möglichkeit, Bromäthyl von Bromäthylen zu unterscheiden.

Ein Litteraturverzeichnis von 31 Nummern schließt die Arbeit. (Es fehlt in diesem Verzeichnis die Dissertation von Dr. Löhns, der im Berliner physiologischen Institut namentlich die verderbliche Einwirkung länger andauernder Einwirkung des Bromäthyls auf das Herz nachgewiesen hat. Ref.)

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

2) **Lomry.** Über den antiseptischen Werth des Jodoforms in der Chirurgie. (Aus dem Laboratorium für Bakteriologie und pathologische Anatomie der Universität Löwen.)

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 4.)

Trotz zahlreicher Arbeiten über den angeblich geringen antiseptischen Werth des Jodoforms ist dasselbe nach wie vor bei fast allen Chirurgen in Gebrauch geblieben. Und von neueren Autoren ist sein Werth für die Wundbehandlung auch wieder anerkannt und gepriesen worden, besonders durch Maurel, der es die phagocytäre Wirkung der weißen Blutkörperchen anregen, und durch Stehögolef, der es die Mikrobentoxine neutralisiren lässt. Die vorliegende Arbeit soll die Wirkung des Jodoforms auf die gewöhnlichen pyogenen Mikroben prüfen. Verf. theilt seine Arbeit praktisch in drei Theile:

1) Über die Wirkung des Jodoforms auf die künstlich inficirten Wunden der Thiere;

2) über seine Wirkung auf die Mikroben in vitro;

3) über seine Wirkung auf die weißen Blutkörperchen.

Die Versuche an Thieren wurden derart vorgenommen, dass symmetrisch zwei tiefe Haut- und Muskelwunden angelegt und mit mehr oder weniger virulenten Staphylokokken inficirt wurden. Die Wunde der einen Seite wurde sodann mit Jodoform gepudert, und beide Wunden vernäht. Täglich wurden die Wunden geöffnet und ihr Aussehen, das Sekret und der Grad der Narbenbildung geprüft; eben so die ungefähre Anzahl der Mikroben im Sekret, die Zahl der

weißen Blutkörperchen und der Grad ihrer Lebensfähigkeit. Bei allen diesen Versuchen ergab sich, dass die mit Jodoform behandelten Wunden ein schönes rothes Aussehen zeigten, dass die Sekretion vermindert, die Diapedese der weißen Blutkörperchen vermehrt und ihre Vitalität keineswegs herabgesetzt, endlich dass die Entwicklung der Mikroben verlangsamt war. Diesen, als den praktisch wichtigsten Theil der Arbeit habe ich ausführlicher mittheilen zu müssen geglaubt. Die Versuche mit Platten verschiedener Nährböden, auf welche näher einzugehen den Rahmen eines kurzen Referates überschreitet, ergaben einmal eine Einschränkung der Entwicklung von pyogenen Mikroben. Auch in Bezug auf die Virulenz derselben stellte Verf. Versuche an, welche ebenfalls zu Gunsten des Jodoforms ausfielen, indem die Virulenz verringert, aber nicht vernichtet wurde. Was die Wirkung des Jodoforms auf Toxine anlangt, so hat Verf. die Experimente Stchegolef's nachgemacht, ist aber nicht zu ganz denselben glänzenden Resultaten gelangt: auch die Toxine wurden nur abgeschwächt, wie aus zahlreichen Thierversuchen sich erweist, aber nicht völlig aufgehoben; die Abschwächung betraf sowohl Strepto- und Staphylokokkentoxine, als auch solche von Tetanus, Bacterium coli und Diphtherie. — Auch die Behauptung Maurel's, dass das Jodoform die phagocytäre Wirkung der Leukocyten anregt, wird in gewissem Grade als erwiesen betrachtet. Die Gefahr, dass man mit dem nicht aseptischen Jodoform gelegentlich Entzündungserreger in die Wunde einimpfen könnte, wird vom Verf. geleugnet, da Mikroben nicht im Stande sind, sich im Jodoform zu vermehren. Die Frage, wie das Jodoform wirkt, bleibt nach wie vor eine offene. Trotzdem werden die Anhänger des beliebten, jetzt vielfach angefeindeten Mittels dieser Rehabilitirung desselben Dank wissen.

Tschmarke (Magdeburg).

3) Silber. Salubrol. Ein neues antiseptisches Streupulver. (Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 52.)

Das Salubrol, von Schuftan zuerst dargestellt, wird in den Farbwerken von Höchst am Main fabricirt und abgegeben; es ist vollständig geruchlos. Chemisch stellt es sich dar als ein Tetrabromderivat. Aus Thierversuchen folgert Verf., dass es nicht giftig ist.

Die Versuche mit Bakterienkulturen ergaben andererseits, dass dem Salubrol eine größere antiseptische Wirkung zukommt als dem Jodoform. Es hemmt nicht allein das Wachsthum von in der Entwicklung begriffenen Bakterien, sondern tödtet auch bereits üppig entwickelte Kulturen ab.

Bei der Wundbehandlung fiel besonders die stark austrocknende Wirkung auf. Nur bei fauligen Processen erfolgte in den ersten Tagen der Anwendung reichlichere Sekretion. Bei Abscessen empfiehlt sich mehr die Anwendung der Salubrolgaze, am besten 20%ige. Dieselbe wurde vor dem Gebrauch nicht sterilisirt. Die durch Salubrol erzeugte Narbe ist fester als die durch Jodoform hervorge-

rufene. Bei sehr großen Flächenwunden dürfte sich Salubrol wegen seiner sehr stark austrocknenden Wirkung zur Anwendung weniger eignen.

Zu erwähnen ist, dass Salubrol als Streupulver bei empfindlichen Pat. bisweilen Anfangs ein Gefühl von Brennen hervorruft. Salubrol-gaze hat diese Begleiterscheinung nie zur Folge. Auch Ekzeme und Exantheme kamen nie zur Beobachtung.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

- 4) **Schleich.** Zur Glutolbehandlung.
- 5) **Thomalla.** Über die Verwerthung des Glutol Schleich in der Wundbehandlung.
- 6) **Classen.** Zur Kenntniss des Amyloforms und des Glutols.
- 7) **Longard.** Zur Amyloformfrage.

(Therapeutische Monatshefte 1896. November, 1897. Januar.)

S. warnt auf Grund theoretischer Erwägungen und seiner Erfahrungen vor der Anwendung des Amyloforms; die Stärke gehe keine Verbindung mit dem Formaldehyd ein und verschmiere die Wunden.

L. hält dem entgegen, dass das von Classen hergestellte Amyloform etwas Anderes sei als das von Schleich verwandte Gemisch von Stärke und Formaldehyd, und dass er mit dem Classen'schen Präparat bei der Wundbehandlung nur gute Resultate erzielt habe.

C. selbst tritt energisch dafür ein, dass in dem Amyloform die Stärke chemische Verbindung mit dem Formaldehyd eingehe.

T. endlich erklärt das Glutol nach seinen Erfahrungen als das beste pulverförmige Antisepticum.

Willemer (Ludwigslust).

- 8) **Bosc und Vedel.** Recherches expérimentales sur les effets des injections intra veineuses massives des solutions salines simples et composées.

- 9) **Dieselben.** Des infections expérimentales (coli-bacillaires) par les injections intraveineuses massives de la solution salée simple et de leur mode d'action.

(Gaz. des hôpitaux 1896. No. 94 und 115.)

Die Verff. berichten in der ersten Arbeit über experimentell gewonnene Resultate, die sie durch intravenöse Injektionen von Salzlösungen in den Thierkörper erzielten. Die Injektionen wurden in relativ großen Dosen direkt in die Venen gemacht. Als Flüssigkeit benutzten die Verff. destillirtes Wasser, gewöhnliches Wasser, einfache Kochsalzlösungen und Lösungen von Kochsalz und schwefelsaurem Natron. Destillirtes Wasser erwies sich schon in schwachen Dosen als giftig; gewöhnliches Wasser ist weit unschädlicher und wirkt erst in großen Dosen giftig, kann also in Nothfällen zur intravenösen Injektion verwendet werden. Die einfachen Kochsalzlösungen

studirten Verff. in verschiedener Stärke. Die konzentrirteren Lösungen ($7\text{--}10\%$) wirken erst dann schädlich, wenn der Kochsalzgehalt derselben das Dreifache vom Chlornatriumgehalt des normalen Blutes übersteigt. Die schwachen Lösungen ($5\text{--}7\%$) waren stets unschädlich, selbst wenn die injicirte Menge die Blutmenge um das Dreifache überstieg. In Bezug auf die Diurese und Steigerung der Körpertemperatur wirkte die 7% ige Lösung besser als die 5% ige. Die Injektion der kombinierten Salzlösung von Chlornatrium und schwefelsaurem Natron, das in Frankreich sogenannte »Künstliche Serum«, wirkte genau so wie die einfache Salzlösung, so dass diese in Form der 7% igen Lösung als das beste Injektionsmaterial bezeichnet werden muss.

In der zweiten Arbeit berichten die Verff. über therapeutische Versuche, die sie mit der 7% igen Kochsalzinfusion bei Hunden angestellt, welche mit Kulturen des *Bacterium coli* inficirt worden waren. So inficirte Thiere gehen stets nach kürzerer oder längerer Zeit zu Grunde. Ganz anders verhalten sich die Thiere, wenn sie infundirt wurden. Je früher nach der Injektion die Infusion geschah, um so sicherer wurden die Thiere geheilt. In zweiter Linie ist der Verlauf von der Stärke der zur Infektion benutzten Dosen abhängig. Die günstigsten Resultate ergaben frühzeitige Infusionen in einer Menge, die $25\text{--}30$ ccm der Lösung auf 1 kg Körpergewicht betrug. Die Wirkung der Injektionen ist vierfach: begünstigend für die Ausscheidung des Giftes auf dem Wege der Diurese, kräftigend für die veränderten rothen Blutkörperchen, stärkend durch Erhöhung des Stoffwechsels und direkt bakterientödtend für das vergiftete Blutserum.

Jaffé (Hamburg).

10) J. B. Murphy. Resection of arteries and veins injured in continuity — end to end suture — experimental and clinical research.

(New York med. record 1897. Januar 16.)

In einem ausführlichen Bericht über 34 Experimente an Hunden und Kälbern legt M. zunächst seine Studien über die Behandlung der Arterienwunden nieder, berichtet aber am Schluss über eine erfolgreiche Invagination der Art. femoralis beim Menschen. M. fand, dass die einfache Naht nicht mehr zweckmäßig ist, wenn mehr als die Hälfte des Umfanges durchtrennt ist, sondern dass dann die Resektion der verletzten Partie mit nachfolgender Vereinigung der Enden durch Invagination vorzunehmen sei. Die Nähte werden, wie Fig. 1 zeigt, angelegt: 3 Fäden, jeder an beiden Enden mit Nadeln armirt, fixiren zuerst das proximale Ende der Arterie, welches stets das invaginirte Stück darstellt; diese Stiche nehmen nur die Adventitia und media, nie die Intima mit. An entsprechender Stelle werden nun von innen nach außen durch die ganze Dicke der Wand des distalen Arterienendes, also des Intussusciptions, $\frac{1}{3}\text{--}\frac{1}{2}$ Zoll vom

Rande entfernt, die eben genannten Nadeln paarweise durchgestoßen und die Invaginirung durch Anziehen und Knoten der Faden beendet. Ein Längsschnitt (s. Fig. 1) von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ Zoll erleichtert diese Maßnahmen; 4 oder 5 Knopfnähte befestigen den Rand des einschneidenden Rohres, in welches zuerst mit der Nadel eingegangen wird, dürfen aber das eingescheidete Stück wiederum nur mit beiden äußeren Schichten erfassen. Auf diese Art werden breite Flächen auf einander gelegt, welche der Blutdruck noch fester verbindet.

Die Gefäßscheide soll außerdem sorgfältig genäht werden, besonders bei eventueller Eiterung einen wichtigen Schutzwall darstellend. Das Operationsfeld muss stets temporär drainirt werden, da Blutgerinsel sonst die prima intentio stören. Die Wundränder des Gefäßrohres werden angefrischt, wenn dieselben nicht glatt sein

Fig. 1.

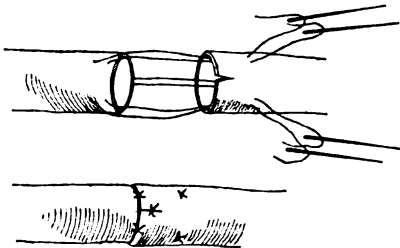


Fig. 2.

Fig. 3.

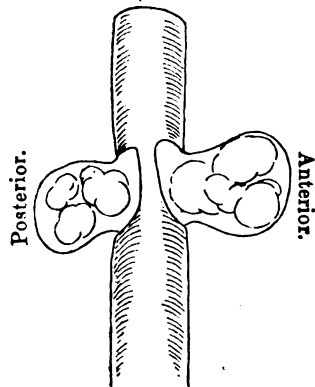
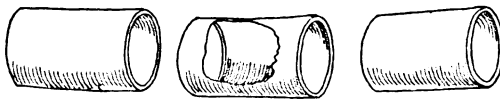


Fig. 4.



sollten. Die Blutstillung während der Operation wird durch 2 Billroth'sche Klemmzangen mit breiten Blättern, über welche Gummidrainen gezogen sind, vorsichtig ausgeführt; nöthigenfalls können auch Seidenligaturen verwendet werden, ohne die Intima bei Anlegung des Knotens — am besten Schleife zur schnelleren Entfernung — zu beschädigen. Zur Fixirung der Gefäßenden während der Naht verwendet M. die Fixirpincetten der Augenärzte; es darf die Intima wiederum nicht miterfasst werden, und genügt die Einklemmung der Adventitia. Runde, stark gekrümmte Conjunctivannadeln und entsprechend starke Seide sind zweckmäßig. Der Grund, wie oben erwähnt, die Intima zu schonen, liegt nicht in der Gefahr einer Blutung, sondern der Endarteriitis mit möglicher obliterirender Thrombose. — Nach Entfernung der Kompressionsklemmen (zuerst die distale!) wird eventuelle Blutung z. B. aus den Stichkanälen mit

Schwamm oder Fingerkompression in wenigen Minuten zu stillen sein. Die Gazedrainage wird in 48 Stunden entfernt.

Die Grenzen, innerhalb deren mit Erfolg auf eine Annäherung der elastischen und verschieblichen Arterienenden gerechnet werden kann, schwanken etwas nach der Körpergegend. Im Allgemeinen darf das resecirte Stück nicht über $\frac{3}{4}$ Zoll lang sein, schon weil durch zu starke Streckung etc. obliterirende Endarteriitis begünstigt werden kann. Allerdings besteht nach jeder Gefäßnaht die Neigung zum Verschluss, aber der Process geht langsam vor sich, lässt Zeit zur Bildung des kollateralen Kreislaufes und vermindert so die Gefahren, welche plötzliche Unterbrechung der Cirkulation hervorrufen kann. Gefäßnaht und Invagination kann füglich nur bei Berücksichtigung dieser Momente in Frage kommen (Aorta, Renalis, Splenica, Hepatica, Carotis communis etc.).

Die Indikationen für Resektion sind jedenfalls unmittelbar gegeben, wenn mehr als $\frac{2}{3}$ des Umfanges eines großen Gefäßes bei Operationen verletzt wird, oder wenn Stich-, Schuss- oder ähnliche Verletzungen in eben so ausgedehnter Weise vorliegen, und die Blutung Gefahr droht. Ist die Blutung nicht übergroß, bleibt eventuell Zeit für späteres Eingreifen und die Behandlung der eventuellen Aneurysmen. Letztere geben, wie bekannt, ein gutes Feld für erfolgreiche einfache Arteriennaht und werden von M. gleichzeitig durch Abbildungen illustriert.

Die Abhandlung behandelt ferner die Histologie der Arterien und Venen; die Verhältnisse von Thrombose und Gerinnung, die Ischämie und den Kollateralkreislauf.

Auch die Litteratur ist sowohl nach der experimentellen Seite hin berücksichtigt (Jassimowski, Bruci, Gluck, v. Horoch), als auch kasuistisch (Heidenhain, Schede, Israël etc.) (cf. auch P. Virchow, dieses Centralblatt 1895 No. 5. Niebergall, 1892 No. 48). M. hat oft schmale Venenwunden beim Menschen vernäht. Genauer berichtet Verf. über eine Schussverletzung durch Vv. saphena und femoralis. Letztere war doppelt durchbohrt, die Ausschussöffnung lag dicht über der Profunda, welche doppelt unterbunden und abgeschnitten werden musste, um die hintere Wundöffnung für die Naht zugänglich zu machen. Es trat Eiterung ein und Nachblutung aus Art. femoralis, deren Scheide primär verletzt gewesen war. Unterbindung der Arterie brachte Heilung. Die Invagination der Femoralis hat M. beim Menschen einmal und mit Erfolg ausgeführt (s. Fig. 3).

Am 19. September wurde ein 29jähriger Mann mit einer Schusswunde im Scarpa'schen Dreieck, die er vor 2 Stunden erhalten, in das Hospital gebracht. Am 6. Oktober konnte ein lautes Geräusch und verstärkte Pulsation an der Stelle der Verletzung wahrgenommen werden; Pulsation in der Tibialis postica nicht fühlbar, aber in der Dorsalis pedis. Nach Freilegung der Femoralis ergab sich, dass der Schuss mitten durch die Arterie gegangen war; hinter dem Gefäß war eine haselnussgroße aneurysmatische Tasche, und an der Vorderseite lag ein ähnlicher Befund vor: das Geschoss hatte von der Gefäßwand an der Außenseite ein wenige Millimeter breites Stück zurückgelassen, an der Innenseite nur einen schmalen

Streifen Adventitia. (Auch in die Außenseite der Vene war ein Loch gerissen, welches bei der Operation eine heftige Blutung hervorrief, die nach temporärer Unterbindung der Profunda, nahe deren Einmündung die Öffnung lag, durch Naht gestillt werden konnte. An der Nahtstelle wurde das Kaliber der Vene stark verkleinert, aber nach Entfernung der Klemmen dehnte es sich auf $\frac{1}{3}$ des gewöhnlichen Durchmessers.) Die Öffnung in der Arterie war $\frac{3}{8}$ Zoll lang; $\frac{1}{2}$ Zoll wurde reseziert, und das proximale in das distale Ende $\frac{1}{3}$ Zoll tief invaginirt, mit 4 doppelt armirten Schlingen. Die Adventitia der eingescheideten Seite wurde extra $\frac{1}{3}$ Zoll weit abgelöst und dann besonders über die Vereinigungslinie des oberen distalen mit dem inneren proximalen Ende gezogen und genäht. Nach Entfernung der Klemmen hielt die Vereinigung absolut dicht; auch wurde unterhalb der Invagination sofort Pulsation gefühlt, auch in der Tibialis und Dorsalis pedis, aber schwach. Die Gefäßscheide wurde mit Katgut genäht, die Wundränder vereinigt. Keine Drainage. Das Bein elevirt und in Watte gepackt. Kein Ödem der Extremität. Wundeiterung gering, desshalb Drainage nach 5 Tagen. Am 4. Januar Entlassung. Löwenhardt (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Über Pflanzenfaserseife (»Ubrigin«). Ein Beitrag zur Desinfektion der operirenden Hände.

Von

Dr. van Nissen in Wiesbaden.

Anfang vorigen Monats wurde mir von einer Berliner Firma¹ unter dem Namen »Ubrigin« sogenannte Pflanzenfaserseife zur Untersuchung und Begutachtung für die Fachpresse in verschiedenen Qualitäten mit und ohne Zusatz medikamentöser Ingredientien, wie Perubalsam, Theer, Schwefel etc. zugestellt.

Ich habe dieselbe praktisch verschiedentlich verworther und im Vergleich mit anderer gebräuchlicher Seife einer mikroskopischen Analyse unterzogen, was mich zu der Überzeugung geführt hat, dass wir Ärzte, zumal der Gynäkolog und Chirurg, in der Pflanzenfaserseife eine sehr werthvolle Bereicherung der Mittel zur gründlichen, mechanischen Säuberung der Hände begrüßen können. Die mechanische Beseitigung des Schmutzes ist ja, wie das auch durch die eingehenden Untersuchungen über Handdesinfektion von Prof. Fürbringer² und Ahlfeld³ neuerdings wieder hervorgehoben wurde, bei der Behandlung der Hände vor operativen Prozeduren die Hauptsache, und wird dazu minutenlanges Waschen in möglichst heißem Wasser mit Seife und Bürste vor der Benutzung des absoluten Alkohols empfohlen. Die Pflanzenfaserseife scheint mir nun in glücklicher Kombination eine gute Seife mit einem feinst suspendirten, mechanischen Reibe- und Frottermittel in Gestalt von mit der Seife innigst vermengten Pflanzenfasern zu vereinen. Sie bietet außerdem den Vortheil großer Preiswürdigkeit; die von mir vornehmlich verwendete Seife kostet pro Stück 10 M und erfüllt ihren Zweck vollkommen. Je nach Zusatz von kosmetischen und medikamentösen Zuthaten stellt sich der Preis natürlich entsprechend höher. — Durch die scheuernde Wirkung der feinst vertheilten Pflanzenfaserpartikel — cf. hierzu Fig. 1 — wird eine, ich möchte sagen mikroskopische, nach Möglichkeit eingehende Ausräumung und Beseitigung des den Poren innewohnenden Schmutzes in weit schonenderer Weise für die Haut erzielt, als mit Bürste oder Bimstein, ohne deshalb an Gründlichkeit einzubüßen. Die Haut wird auf diese Weise vor dem bei Operateuren so leicht eintretenden Rissigwerden geschützt, welch letzteres in vielen Fällen auf Reizwirkung

¹ R. Gesell, Berlin NW 52, Alt-Moabit 133.

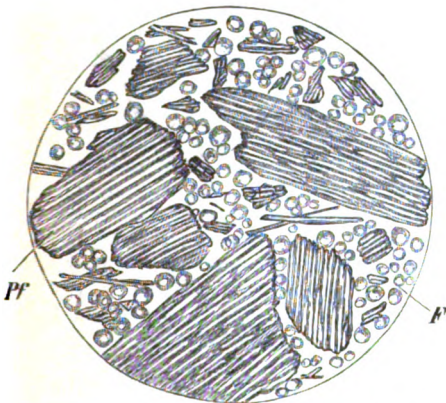
² cf. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Februar.

³ cf. Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 8.

der Borsten bei Nagelbürsten zurückzuführen ist. Man kann demnach bei Verwendung der Pflanzenfaserseife, außer etwa für die Reinigung der Nagel-Hautbuchten, die Bürsten entbehren. Beim gründlichen Einseifen, das ja in jedem Falle erforderlich, hat man zwischen den Handflächen das Gefühl der Interposition einer Menge reibender, scheuernder Partikel, ohne die Empfindung des scharfen Kratzens, namentlich bei neuen Bürsten, die andererseits nur so lange wirksam sind, als sie unverbrauchte Borsten haben.

Einer eventuellen Zersetzung und Fäulnis der pflanzlichen Bestandtheile der Seife ist durch eine zuvorige Imprägnirung derselben mit Borsäure vorgebeugt, womit ein hoher Grad von Haltbarkeit, andererseits gleichzeitig beim Waschen in Folge der antiseptischen Wirkung der Borsäure ein geringer Grad von Desinfektion der Haut erzielt wird⁴.

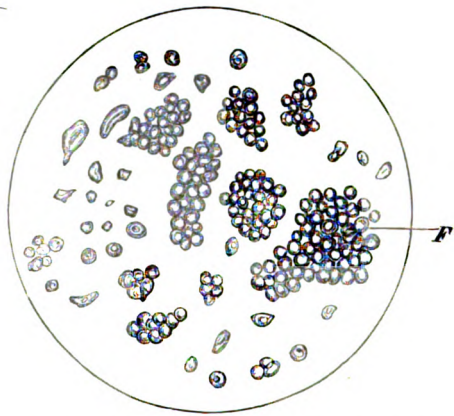
Fig. 1.



Gelöste Pflanzenfaserseife mikroskopisch.

Pf. Pflanzenfasernpartikeln.
F. Fettige Bestandtheile.

Fig. 2.



Gewöhnliche Seifenlösung mikroskopisch.

F. Fettige Bestandtheile.

Doch nicht allein zu Säuberungszwecken des Operationsfeldes wie der operirenden Hände des Arztes möchte ich die Pflanzenfaserseife warm empfehlen, auch in der Dermatologie ist dieselbe an sich, wie in den speciellen Fällen mit den medikamentösen Beigaben gemischt, so z. B. bei manchen Ekzemen, zum Reinigen und Abseifen von zuvor mit Pflastern, Salben und anderen Präparaten bestrichenen Stellen mit gutem Erfolg zu verwenden.

Besonders bei langen Inunktionskuren möchte ich für das Abseifen der geschmierten Partien vor der erneuten Einreibung den Gebrauch der Pflanzenfaserseife zum Freimachen der Poren und zur Vermeidung von Quecksilberintoxikationen anrathen.

Sonach empfehle ich den Herren Kollegen angelegentlich den Gebrauch der Pflanzenfaserseife und bin überzeugt, dass sich dieselbe bald auf dem Waschtisch, zumal der Operateure, einbürgern wird.

⁴ Ein mehrere Wochen stehender gelassener Aufguss einiger Krümel der Seife erwies sich bei Kulturversuchen in Gelatine völlig steril.

11) **Vincent.** Note sur le microbe de la pourriture d'hôpital.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1896. No. 10.)

25 in Algier beobachtete Fälle von Hospitalbrand, die bei oft nur kleinen Wunden von Kabylen und Arabern in Folge großer Unreinlichkeit und Vernachlässigung entstanden waren, hatte V. Gelegenheit bakteriologisch zu untersuchen. Immer fand sich, zuweilen sogar in kolossaler Menge, ein 10–30 μ langer Bacillus, der sich gut mit Anilinfarben, gar nicht nach Gram färbte. Zuweilen waren daneben in geringer Menge auch andere Mikroben vorhanden. Trotz vieler Versuche mit den verschiedensten Nährböden gelang es V. nicht, den Bacillus zu züchten; eben so waren Impfversuche bei Thieren ohne Erfolg.

Schneider (Siegburg).12) **v. Jaksch.** Über die Behandlung maligner Tumoren mit dem Erysipelserum von Emmerich-Scholl.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. p. 318.)

5 Fälle von inoperablem Carcinom, Lymphosarkom, nach wiederholter Operation recidivirtem Sarkom behandelte v. J. mit dem Erysipelserum. Ein therapeutischer Erfolg wurde in keinem der Fälle erzielt; in einem Falle nöthigte ein kurz nach einer Injektion aufgetretener lebensgefährlicher Collaps zur Beendigung der Behandlung. Bisweilen wurde nach den Injektionen eine Vermehrung der Leukocyten im Blut nachgewiesen. Regelmäßig traten schwere Schüttelfröste und heftige subjektive Beschwerden, 1mal akute Nephritis nach den Injektionen auf. v. J. hat deshalb weitere Versuche mit diesem Serum aufgegeben. Obwohl er der Ansicht ist, dass der von Emmerich-Scholl und anderen Autoren eingeschlagene Weg ohne Zweifel zum Ziele führen wird, so warnt er doch dringend vor der Anwendung des gegenwärtig gelieferten Serums. **Haeckel** (Stettin).

13) **Vilcoq** (Soissons) et **Lancry** (Vailly-sur-Aisne). Cancer de l'estomac. Péritonite adhésive et perforation de la paroi antérieure de l'estomac; phlegmon gangréneux et fistule gastro-cutanée.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 12.)

Der in der Überschrift hinlänglich charakterisirte Fall bildet eine seltene Form des Ausganges des Magenkrebses. Die Verf. citiren eine Arbeit von Murchison (aus dem Jahre 1858), welcher in 3 Jahrhunderten nur 25 Fälle von Magen-Bauchwandfisteln mitgetheilt fand, von denen 6 auf Krebs zurückzuführen waren.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).14) **Alsberg** (Hamburg). Kasuistische Beiträge zur Chirurgie des Magencarcinoms.

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 50.)

A. berichtet zunächst über 2 mit sehr gutem, bereits mehrere Monate andauerndem Erfolg nach Kocher's Methode ausgeführte Pylorusresektionen mit nachfolgender Gastroduodenostomie und über 1 Fall von Gastroenterostomie wegen Carcinoma pylori, der diesen Eingriff fast 3½ Jahre in gutem Befinden überlebt hat; die Sektion bestätigte die Krebsdiagnose. In einem anderen Falle dieser Operation hatte A. den Murphy-Knopf in Anwendung gezogen, der bis zum Tode der Pat. — 4½ Monate später — im Magen liegen blieb. Von günstigem Verlauf war auch 1 Fall von Jejunostomie nach der Witzel'schen Methode, in so fern Pat. für mehrere Wochen von den früheren qualvollen Beschwerden befreit wurde, während sie bei einer anderen Pat., in der Linea alba angelegt, durch Eintreten von Schleimhautvorfall durch die Fistel, nicht befreit werden konnte.

Kramer (Glogau).

15) **G. H. Mulder.** Een geval van maagincarcerotie in een hernia hypogastrica.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1897. I. No. 2.)

Verf. berichtet über einen Fall von mehr als mannskopf großem linksseitigen Leistenbruch mit Einklemmung des Magens, der während des Lebens bei einer 70jährigen Frau diagnosticirt wurde. Durch Anwendung der Magensonde konnte ein operatives Eingreifen umgangen werden: es gelang nämlich, den Bruchinhalt, so weit dieser aus dem Magen bestand, zu reponiren, während der übrig bleibende Theil, aus Gedärmen bestehend, durch Verwachsungen befestigt, zurückbleiben musste.

Nicht allein therapeutisch hatte sich hier die Sonde bewährt, auch der Diagnosestellung war sie sehr förderlich gewesen, indem erst nach der Ausheberung eine freie Kommunikation des Inhaltes zwischen den Theilen des Magens im Bauch und im Bruchsack festgestellt werden konnte.

Das angelegte Suspensorium war nicht im Stande, ein Recidiv zu verhüten. Bald traten wiederum Einklemmungserscheinungen ein, dies Mal mit tödlichem Ende. Bei der Sektion wurde ein 60 cm langer Magen vorgefunden, mit einer bindegewebigen Einschnürung an der Stelle der Bruchpforte. Auf der Schleimhaut waren Zeichen eines chronischen Katarrhs deutlich vorhanden und 2 größere runde Erosionen. Der Pylorus, das Ende des abführenden Schenkels des Magenvorfallens, war gerade in der Bruchpforte gelagert, weiter wurde neben dem Magen im Bruchsack das Unterende des Dünndarmes, der Blinddarm, Colon ascendens und theilweise das Colon transversum vorgefunden. Der größte Theil des Colon transversum lag aber noch intraabdominell und ging in der normal gelagerten Flexura coli sin. ins Colon descendens über. Noch wurde die Leber stark gesenkt gefunden, was nicht diagnosticirt war: der Unterrand lag in der Fossa iliaca ca. 6 cm unter der Crista ilei.

Dergleichen Fälle von Leistenbrüchen mit Einklemmung des Magens hat Verf. in der ihm zugänglichen Litteratur nur 6 vorgefunden. Keiner aber wurde während des Lebens diagnosticirt.

G. Th. Walter ('s Gravenhage).

16) **M. Jordan.** Tubargravidität in einer Leistenhernie. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 1.)

Die 37jährige Pat., welche in den Jahren nach ihren 2 ersten Entbindungen die Eröffnung einer eitrigen, ins Lig. lat. durchgebrochenen Pyosalpinx und mehrfache Operationen einer Blasen-Scheidenfistel, 3 Jahre später einen schweren Anfall von Kothretention überstanden hatte, wurde bald nach letzterem in die Heidelberger chirurgische Klinik aufgenommen, als sich 7 Wochen nach der letzten spärlichen Menstruation plötzlich heftige Leibscherzen, Erbrechen, Anämie und Collapserscheinungen eingestellt hatten. In der rechten Unterbauchgegend des stark aufgetriebenen Bauches fand sich im Gebiet alter Operationsnarben eine kleinfautgroße Geschwulst, darunter ein taubeneigroßer, nicht reponibler Bruch, in der linken eine apfelgroße, schmerzhaft, weiche, irreponible Leistenhernie. Wegen Fortdauer der Ileussympptome wurde nach 2 Tagen die Operation der letzteren vorgenommen und nach Spaltung des dickwandigen Bruchsackes in diesem neben schwärzlichen Blutgerinnseln ein ca. 11–12 Wochen alter Fötus mit Fruchtsack und Adnexen freigelegt und entfernt; das Colon war mit dem Bruchsack breit verwachsen; eine Appendix epipl. um Dünndarmschlingen fixirt; Tamponade der Bauchhöhle, Wundnaht. Tod am folgenden Morgen. Die Autopsie ergab die rechtsseitige Geschwulst aus einem Konvolut verwachsener Dünndarmschlingen, den darunter gelegenen Bauchbruch aus Netz bestehend, welches eine Quercolonschlinge nach unten herunterzog. Durch die vorhandenen mehrfachen Verwachsungen war es zu multiplen Darmknickungen gekommen; ferner wurde Nephritis und rechtsseitige Hydronephrose gefunden.

Außer vorstehend berichtetem Fall ist in der Litteratur nur noch eine Beobachtung von Malherbe mitgetheilt, bei welcher die Berstung eines tubaren Fruchtsackes in einem Leistenbruch das typische klinische Bild einer Brucheingklemmung erzeugt hatte.

Kramer (Glogau).

17) **Schiller.** Über die Darmoperationen in der Heidelberger chirurgischen Klinik aus den letzten 4 Jahren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

S. behandelt die seit 1. Juli 1892 in Czerny's Klinik wegen chronischer Darmleiden (ausschließlich der Affektionen des Wurmfortsatzes und Mastdarmes) ausgeführten Operationen. Die 38, an 35 Pat. vorgenommenen Eingriffe vertheilen sich folgendermaßen:

15 Darmresektionen mit 6 Todesfällen:

8 bei bösartigen Geschwülsten (4 †),

6 bei entzündlichen Geschwülsten (2 †),

1 bei Invagination;

11 Darmnähte bei widernatürlichem After und entzündlicher Kothfistel;

10 Enteroanastomosen (3 †),

3 bei bösartigen Geschwülsten (1 †),

3 bei Tuberkulose,

4 bei Invagination, Volvulus (2 †);

1 Desinvagination;

1 seitliche Einpflanzung (†).

Im Anschluss daran giebt Verf. eine statistische Übersicht über die Gesamtheit der in Czerny's Klinik wegen chronischer Darmerkrankungen ausgeführten Laparotomien, 70 an der Zahl. Von diesen kommen 44 auf die Kontinuitätsresektionen mit cirkulärer Vereinigung durch Naht oder Knopf (13 Todesfälle = 29,5%), dann folgen 11, theils mit Naht, theils mit Knopf ausgeführte Enteroanastomosen, 4mal (= 36,3%) mit tödlichem Ausgang. 12mal kam nach partieller Resektion die lineäre Naht (quer oder längs) zur Anwendung ohne Todesfall. 2 gelungene Desinvaginationen und 1 unglücklich verlaufene seitliche Einpflanzung bei Blinddarmtuberkulose vervollständigen das Bild. Die Gesamtmortalität berechnet sich auf 25,7%. Unter den verschiedenen Krankheitsformen steht bezüglich der Sterblichkeit das Carcinom obenan mit 50%, dann folgt das Sarkom mit 33,3%, Invagination mit 22,2%, Tuberkulose mit 16,6%, endlich widernatürlicher After mit 7,1%.

Bezüglich der interessanten Details der umfangreichen Arbeit so wie der aus den ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten gezogenen Schlüsse und deren Verwerthung für die Indikationsstellung sei auf das sehr lesenswerthe Original verwiesen.

Hofmeister (Tübingen).

18) **A. Kríž.** Ein Fall von ileocoecaler Darminvagination. Spontane Abstoßung des gangränösen Coecums und eines Theiles des unteren Ileums. Heilung.

(Wiener med. Presse 1896. No. 49—50.)

Verf. beobachtete bei einer 38jährigen Kranken eine typische Ileocoecal-Darminvagination, deren Desinvagination durch Hegar'sche Eingießungen und kräftige Massage gelang. Sofortige Euphorie. 14 Tage später wiederum die gleiche Invagination mit allen ihren schweren Symptomen. Desinvinationsversuche ohne Erfolg. Operation verweigert. Symptomatische Behandlung mittels Opium, Eispillen etc. Vom 6. Tage an hohes Fieber; 10 Tage später erfolgte eine profuse Stuhllentleerung unter Abgang vieler Blähungen und heftigem Tenesmus, wobei unter äußerst penetrantem Geruch ein zusammenhängendes Stück Darm in der Art eliminirt wurde, dass die Schleimhaut nach außen gekehrt, die Serosa nach einwärts gestülpt war. Nach mehreren Wochen vollkommene Heilung. Die Untersuchung des ausgestoßenen Darmstückes ergab, dass

es sich um ein 22 cm langes Darmstück, Blinddarm mit einem Theil des aufsteigenden Colons handelte. Der Blinddarm war in seiner unteren Partie in der ganzen Cirkumferenz erhalten, in dem oberen Theil nur in seiner hinteren Wandung.
P. Wagner (Leipzig).

19) **L. Prochownik.** Über einen tuberkulösen Mastdarpolypen.

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 49.)

Die apfelgroße, höckerige Geschwulst saß bei der mit Lungenspitzenenerkrankung behafteten, von sonstigen Darmerscheinungen freien 23jährigen Frau im oberen Drittel des Mastdarmes mit kurzem Stiel auf; von letzterem führte ein derber Strang zu einem tubaren oder ovarialen, den Douglas ausfüllenden tuberkulösen Abscess, so dass ein Zusammenhang der Geschwulst mit diesem als sicher anzunehmen war. P. möchte den Polypen, der leicht ausgeschält werden konnte und unter der mäßig chronisch entzündeten Mastdarmschleimhaut, abgegrenzt durch eine Bindegewebslage, unter einander zusammenhängende, in einem Fistelgang nach der Schleimhaut endigende, von einer breiten Zone stark gefäßführenden Bindegewebes umgebene käsige Herde enthielt, als eine Hervorbuchtung der Mastdarmwand in toto durch eine abscedirende tuberkulöse Periproktitis ansehen, die von Genitaltuberkulose fortgeleitet war.
Kramer (Glogau).

20) **A. Gilbert et L. Fournier.** Du rôle des microbes dans la genèse des calculs biliaires.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 13.)

Aus der Analyse von 36 Fällen, von denen 3 die Gallenblase des Rindes betreffen, gelangten die Verff. zu folgenden Schlüssen:

1) In 22 Fällen fand sich in den Steinen kein Bacillus, weder mittels Färbemethode noch mittels Kultur; die Galle war entweder steril oder wies verschiedenartige Mikroben auf.

2) In 9 Fällen enthielten die Steine sowohl wie die Galle den typischen *Bacillus coli*.

3) In 1 Fall waren einige Steine frei von Mikroben, andere enthielten eben so wie die Galle den *Colonbacillus*.

4) In 1 Fall zeigten die Steine den typischen *Colonbacillus*, die Galle war erfüllt mit einem unbeweglichen »*Paracolonbacillus*«.

5) In 1 Fall (vom Rind) fanden sich Mikroben, die färbbar, aber nicht kultivierbar waren; die Galle war inficirt mit lebenden *Colonbacillen*.

6) In 2 Fällen endlich wurden Bacillen in den Steinen gefunden, die sich nicht färben, aber kultiviren ließen; die Galle war steril.

Es entsteht die Frage, ob die Mikroben, vor Allem der *Colonbacillus*, die Ursache der Steinbildung sind, oder ob sie erst sekundär in die Steine hineingelangen. Um dies zu entscheiden, sterilisirten die Verff. Gallensteine durch tägliches 1stündiges Erhitzen auf 55° in Bouillon während mehreren Wochen und brachten nachher in die Bouillon eine Reinkultur von *Colonbacillen*. In dieser wurde der Stein 14 Tage lang bei Bruttemperatur gehalten. Nach dieser Zeit wurden bei Cholesterinsteinen ohne Pigmentschale die *Colonbacillen* im Innern angetroffen, bei denjenigen mit Pigmentschale nicht. Es bedurfte kaum dieses Versuches; denn schon die Thatsache (No. 1), dass in der Mehrzahl der Fälle in den Steinen keine Mikroben gefunden wurden, während die umgebende Galle solche enthielt, bewies, dass das Eindringen der Mikroben von außen ein nur ausnahmsweiser Vorgang sein kann.

Punkt 4, 5 und 6 unterstützen diese Annahme und zeugen für die Bedeutung der Mikroben bei dem Vorgange der Steinbildung. Das Nichtvorhandensein von Mikroben im Centrum der Steine führen die Verff. auf ein Absterben zurück; es findet sich meist in alten Fällen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

21) **F. Terrier.** Kyste hydatique du foie. — Obstruction des canaux hépatique et cholédoque. Ictère. — Angiocholite suppurée et abcès multiples du foie. — Laparotomie. — Cholecystostomie. — Mort. — Autopsie.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896. No. 13.)

In diesem Falle vertraten die Echinokokkenblasen die Rolle, welche sonst die Gallensteine spielen; sie führten eine Stauung der Galle herbei und veranlassten eine Angiocholitis infectiosa. Im Eiter fand sich der Colonbacillus in Reinkultur.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

22) **Ferraton.** Rétrécissements multiples de l'urètre (un traumatique et deux blennorrhagiques); zones urétrales hystérogènes au niveau des points coarctés.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1896. No. 11.)

Im Verlauf der Strikturenbehandlung durch allmähliche Dilatation trat eine so große Empfindlichkeit der Harnröhre auf, dass bei Berührung der Strikturen mit dem Bougie und sogar beim Druck von außen auf den Damm an entsprechender Stelle schwere hysterische Anfälle mit tiefer Bewusstlosigkeit, klonischen Krämpfen, Opisthotonus etc. ausgelöst wurden. Die Cocainisierung brachte eine bald wieder nachlassende Besserung. Die Dilatation der Harnröhre auf ein genügendes Kaliber wurde schließlich doch erreicht. **Schnelder** (Siegburg).

23) **V. Schwarz** (Essegg). Akute Manie nach Kastration wegen Prostatahypertrophie.

(Liečnički viestnik 1896. No. 8.)

Bei einem wegen prostatistischer Urinverhaltung beidseitig kastrierten 70jährigen Pat. trat weder subjektiv noch objektiv eine Besserung der Beschwerden ein. 6 Tage p. op. begann Pat. unruhig zu werden, am 10. Tage riss er sich den Verband herunter, und es entwickelten sich jetzt bei ihm immer mehr die Symptome einer akuten Manie. Auf Grund dieser Erfahrung verwirft Verf. die Kastration bei Prostatahypertrophie.

Čačković (Agram).

24) **K. Schwarz** (Agram). Die moderne operative Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Liečnički viestnik 1896. No. 3 u. 5.)

Der 64jährige Kranke konnte 3 Tage nach beidseitiger Kastration spontan urinieren, Anfangs noch in sehr kurzen, doch bald in normalen Zwischenräumen. Zugleich bessert sich die bestandene Cystitis. Bei der Entlassung (8 Wochen p. op.) ist die Prostata bedeutend verkleinert, so dass man den oberen Rand leicht tastet, der bei der Aufnahme nicht mit dem Finger zu erreichen war.

Verf. beleuchtet die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, entscheidet sich für die Resektion des Vas deferens und berichtet anknüpfend über einen solchen Fall. Einem 54jährigen Kranken mit apfelgroßer Prostata reseziert er beiderseits das Vas deferens in der Länge von 3 cm. Die Dysurie besserte sich langsam; bei der Entlassung (6 Wochen p. op.) war sie behoben und die Prostata kleiner und weicher.

Čačković (Agram).

25) **N. Vujić** (Mitrovica). Resektion beider Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie.

(Liečnički viestnik 1896. No. 8.)

V. resezierte einem 62jährigen Manne mit Ischuria paradoxa und 600 ccm Residualharn beide Vasa deferentia. Nach 4 Tagen vollständiger funktioneller Erfolg, so dass Pat. die Blase vollkommen entleeren konnte. Bei der Entlassung (17 Tage p. op.) konnte Pat. normal urinieren; die Prostata hatte sich um $\frac{1}{4}$ verkleinert.

Čačković (Agram).

26) 64. Annual meeting of the Brit. med. association held in Carlisle
July 1896.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1567.)

Section of surgery.

I. Discussion on the surgical treatment of prostatic hypertrophy.

Den einleitenden Vortrag hält David Mac Ewan, welcher die verschiedenen zur Erklärung der günstigen Wirkung der Kastration auf die Prostatahypertrophie aufgestellten Theorien kurz bespricht. Er hat 52 Fälle von Prostatahypertrophie, die mit Kastration behandelt sind, aus der Litteratur seit der White'schen Veröffentlichung (vgl. Centralblatt 1895 p. 914) gesammelt. Von den Operirten sind 6 gestorben, 4 zeigten keine Besserung, während die übrigen 42 mehr oder minder günstig beeinflusst wurden. Über den Werth der einseitigen Operation sind noch zu geringe Erfahrungen gesammelt. Von den 37 gesammelten Fällen, die mit Resektion des Vas deferens behandelt wurden, waren 26 von gutem Erfolg, 3 zeigten geringe, 4 keine Besserung, 4 starben aus mit der Operation nicht im Zusammenhang stehender Ursache. McE. selbst hat die Kastration 3mal, die Resektion des Vas deferens 1mal, stets mit gutem Erfolg ausgeführt; der 2. Pat. mit Resektion starb an Urämie. Redner fasst seine Ansichten in folgende Sätzen zusammen:

1) In einer großen Anzahl führt die Kastration eine mehr oder minder starke Atrophie der vergrößerten Prostata herbei. Diese Atrophie ist wahrscheinlich die Folge des Verlustes einer physiologischen Substanz, welche vom Hoden gebildet wird und die zur Ernährung der Prostata erforderlich ist. — 2) Die weicheren Formen der Prostatahypertrophie werden leichter beeinflusst als die harten. — 3) Die besten Erfolge giebt die Kastration bei allgemeiner Vergrößerung der Drüse; gestielte intravesikale Wucherungen werden besser mit der Prostatektomie behandelt. — 4) Eine bestehende Cystitis kann geheilt werden oder wird wenigstens bedeutend gebessert. Nur bei sehr hochgradiger Cystitis mit septischer Infektion der Nieren ist die Drainage der Blase mehr am Platze. — 5) Selbst nach jahrelang ausgeführtem Katheterismus kann sich die Funktion der Blase wieder völlig herstellen. Jedenfalls wird die Anwendung des Katheters weniger oft notwendig und seine Einführung leichter und weniger schmerzhaft. — 6) Abgesehen von den genannten Ausnahmen giebt die Kastration eben so gute Erfolge wie die Prostatektomie bei geringerer Sterblichkeit. — 7) Die Resektion der Vasa deferentia beeinflusst die Prostatahypertrophie langsamer, ist eine einfachere Operation, zu der sich die Pat. leichter entschließen, und die man daher früher empfehlen kann.

Harrison theilt seine Erfahrungen über die Resektion der Vasa deferentia mit. Von 12 Fällen, in denen er die Operation einseitig ausgeführt hat, wiesen 7 einen dauernden, guten Erfolg auf. Die beiderseitige Operation, welche er in 2 Zeiten mit einem Zwischenraum von ungefähr 1 Monat zu machen rath, hat er 10mal ausgeführt, 5mal mit gutem Erfolg, 2mal mit geringem, während von den übrigen 3 Pat. einer erst vor Kurzem operirt war, die beiden anderen sich nicht wieder vorgestellt hatten. Irgend welche örtlichen oder geistigen Störungen hat H. nach der Operation nicht wahrgenommen. Weitere Fälle müssen lehren, welche Fälle sich mehr zur Kastration, welche mehr zur Resektion der Vasa deferentia eignen.

Monsell Moullin ist der Ansicht, dass es viele Fälle giebt, welche sich mehr für die Prostatectomia suprapubica oder perinealis eignen, als für die Kastration. Jene Operation gebe, falls die Cystitis noch nicht sehr hochgradig und die Nieren noch nicht ergriffen seien, keine schlechte Prognose. Er selbst hat sie 5mal ohne Todesfall ausgeführt. Die Kastration hat er 11mal gemacht (6mal mit gutem Erfolg, 2mal mit geringer Besserung, 2 starben an Herzfehler, Schlaganfall und Urämie). Von der Entfernung nur des einen Hodens verspricht er sich keine Besserung. Auftreten geistiger Störungen hat er niemals beobachtet, dagegen öfters eine Reihe anderer Symptome, die er aber nicht auf den Verlust des Hodens zurückführt, da sie auch nach anderen Operationen des Urogenitalgebietes auftreten. Die Resektion der Vasa deferentia hat er 3mal ausgeführt. Bei 2 Pat.

schwanden die Beschwerden, wenn sich auch die Prostata nur wenig verkleinerte, der 3. starb an **Urämie**. Was den Werth der letzteren Operation anbetrifft, so steht er auf dem **Standpunkt von Guyon** (vgl. Centralblatt 1896 p. 179).

Sandberg (Bergen) hat die **Kastration**, die **Resektion** und die **Ligatur des ganzen Samenstranges** oder bloß des **Vas deferens** ausgeführt. Bei den beiden ersten Operationen hat er sichere Erfolge erzielt. Er ist der Ansicht, dass die oft so schnelle Besserung nervösen Einflüssen **zuzuschreiben** sei.

Chiene spricht sich gegen die **Kastration** aus und hält es für richtiger, in den Fällen, in welchen ein operatives Vorgehen indicirt ist, die **Prostatektomie** auszuführen.

Southam meint, es sei nur ein kleiner Theil der Prostatiker, bei welchem ein energisches chirurgisches Eingreifen nothwendig werde, und dieser könnte noch vermindert werden, wenn man den regelmäßigen Gebrauch des Katheters nicht zu sehr hinausschiebe. Früher hat er erst die **Prostatektomie** oder **Prostatomia suprapubica** oder die **Drainage der Blase** mit gutem Erfolg ausgeführt, giebt aber nach jenen neueren Erfahrungen in einer Anzahl von Fällen der doppelseitigen **Kastration** wegen der geringeren Gefahr den Vorzug. Die **Durchtrennung** oder **Resektion des Vas deferens** will er nur dann anwenden, wenn der Pat. die **Kastration** nicht gestattet.

Morten berichtet über einen Fall von doppelseitiger **Kastration**, in welchem eine ziemlich rasche Verkleinerung der Prostata eintrat, während der **Residualharn** unverändert blieb.

Lloyd hat mit der **Kastration** nicht so günstige Resultate erzielt, wie mit der **Prostatektomie** oder der **Drainage der Blase**.

Cameron schließt sich in allen Punkten den Schlussfolgerungen von Mac Ewan an. Er hat die doppelseitige **Kastration** 19 mal ausgeführt mit einem Todesfall. Bei 2 Pat. traten geistige Störungen auf, welche nach Darreichung von frischen Hoden von Schafen wieder schwanden. Auch er schreibt das Schwinden der Symptome der verminderten Kongestion zu, welche wiederum auf nervöse Einflüsse zurückzuführen sei.

H. Stettiner (Berlin).

27) J. Rotgans. De Echinococcus tusschen blaas en rectum.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1896. II. No. 26.)

In der Litteratur sind Fälle von **Echinococcus** zwischen Blase und Mastdarm ohne anderweitige Lokalisationen im Körper ziemlich selten verzeichnet. Noch seltener wurden sie richtig diagnostiziert und operativ geheilt. Zu dieser letzten Kategorie gehört der Fall von R. als 6.

Er betrifft einen 40jährigen Steinhauer aus Hoorn, der in die chirurgische Klinik zu Amsterdam aufgenommen wurde wegen Harnverhaltung und einer gleichmäßigen Schwellung in der Unterbauchgegend, genau in der Medianlinie, wie sie für die Blasenvergrößerung typisch ist. Nach einer eingehenden Untersuchung konnte aber, mit Ausschließung anderer Möglichkeiten, die der Verf. erwähnt, die Diagnose einer **Echinococcusblase** gestellt werden.

Die Operation geschah perivesikal; erst nach Durchschneidung der Vorder- und Hinterwand der Harnblase, die wie eine Haube über die Geschwulst ausgezerrt war, wurde der **Echinococcus** in Angriff genommen. Bei der Ausschälung dieses letzteren blieb aber ein Stück der Wand zurück, wesshalb unter Leitung eines metallenen Katheters eine Drainöffnung im Damm angelegt wurde. Diese Drainage wirkte aber ungenügend; denn 3 Wochen nach der Operation entleerte sich aus der Blasenbauchfistel ein Stück einer Echinokokkenmembran, obwohl die Hinterwand der Harnblase sorgfältig zugenäht war. Zum Schluss wurde vollständige Heilung erzielt.

Verf. empfiehlt die von ihm befolgte Methode nicht, eben so wenig die von Tuffier angegebene, wobei die Hinterwand der Harnblase erreicht werden sollte nach Unterwühlung des Peritoneums vom Fundus; er bevorzugt vielmehr den von Segond u. A. befolgten Weg durch den Damm.

G. Th. Walter (s Gravenhage).

28) Pawlik. Kasuistischer Beitrag zur Diagnose und Therapie der Geschwülste der Nierengegend.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 3.)

Die 6 Fälle, welche P. in der gynäkologischen Klinik der Universität Prag beobachtet hat, enthalten mancherlei Interessantes, so dass ihre Mittheilung hier gerechtfertigt erscheint. 1) Sarkom der Niere. Exstirpation, Heilung. Es handelte sich nur um eine partielle Erkrankung des Organs; das übrige Gewebe funktionirte normal, was mit Hilfe des Katheterismus beider Harnleiter festgestellt wurde. 2) Hydronephrose mit Anomalie des Harnleiters. Auch hier war nur die untere Nierenhälfte erkrankt, so dass nur eine Resektion des erkrankten Theiles vorgenommen zu werden brauchte. In beiden Fällen ließ sich der erhaltene Nierenrest vor der Operation palpieren, der wie eine Kuppe der Geschwulst aufsaß. Dieser kammartige Aufsatz ist von diagnostischer Bedeutung zur Unterscheidung von Eierstockgeschwülsten. In dem 2. Falle hatte Pat. wiederholt kolikartige Anfälle nach der Operation. Der zurückgebliebene Theil der Niere funktionirte dagegen normal. 3) Retrorenale seröse Cyste. Lumbale Incision, Drainage, Heilung. Bei Besprechung dieses Falles theilt Verf. aus einer Arbeit von Przewoski Gazeta lekarska 1889 No. 41) noch 3 Fälle mit ähnlichem, bei der Sektion gemachtem Befund und einen von Obalinski operirten Fall mit. Ob es sich ätiologisch um Reste des Wolf'schen oder Müller'schen Ganges handelt, ist zweifelhaft, da derartige Cysten erst in höherem Alter beobachtet wurden.

Der 4. Fall, große hämorrhagische Cyste der linken Nebenniere, machte besonders diagnostische Schwierigkeiten. Die Exstirpation gelang durch Laparotomie. Eine genaue mikroskopische Untersuchung stellte die Zugehörigkeit der Geschwulst zur Nebenniere fest. Es ist dies der erste geheilte Fall von Exstirpation der Nebenniere. Bronzefärbung der Haut fehlte, so dass nur die Dislokation der Niere nach unten den Sitz der Geschwulst in der Nebenniere vermuthen ließ. 5) Große sarkomatöse, metastatische Geschwulst im Mesocolon descendens. Probeincision. Tod. Die Diagnose wurde mit Hilfe von Aufblähung des Darmes und Harnleiterkatheterismus annähernd richtig gestellt. Die primäre Geschwulst, ein sarkomatöser Uteruspolyp, entzog sich der Erkennung. 6) Melanotisches Carcinom beider Nebennieren mit Metastasen in den Nieren, im Gehirn und durch den ganzen Körper zerstreut. Die Diagnose wurde durch die Sektion gestellt.

Der Mittheilung ist eine Tafel mit mikroskopischen Abbildungen von Fall 3 beigegeben.

Tschmarke (Magdeburg).

29) R. Oehler. Kasuistischer Beitrag zur Nierenchirurgie. (Traumatische Niereneiterung, Nephrektomie, Heilung.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 3.)

Es hatte sich in dem Falle wahrscheinlich um eine ganz leichte Nierenquetschung gehandelt, da Hämaturie nicht beobachtet worden war. 8 Tage nach dem Unfall (Fall von einer Leiter) trat plötzlich septisches Fieber mit Albuminurie auf, und entwickelte sich allmählich eine Anschwellung der linken Lendengegend. Durch die erste Operation wurde der in letzterer befindliche Abscess unter dem M. quadratus lumb. entleert, wegen Fortdauer des septischen Zustandes nach ca. 6 Wochen ein zweiter Eingriff, der zur Freilegung und Ausschneidung der ver eiterten Niere führte, vorgenommen. Der weitere Verlauf war sehr günstig und von Heilung gefolgt.

Kramer (Glogau).

30) Schenk. Tuberkulose der äußeren weiblichen Genitalien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 2.)

31) Küttner. Zur Tuberkulose der äußeren weiblichen Genitalien.

(Ibid.)

Von den in der Litteratur als primäre Tuberkulose der äußeren weiblichen Genitalien beschriebenen Fällen vermag nur ein Theil vor S.'s Kritik zu bestehen. Eine sicher primäre Infektion kam in Wölfler's Klinik zur Beobachtung bei

einem 4jährigen, erblich nicht belasteten Kind. Die Inokulation erfolgte wahrscheinlich durch die im Verkehr mit einem tuberkulösen Nachbarskind inficirten Finger, da das Kind die Gewohnheit hatte, an den Genitalien zu kratzen.

Anknüpfend an die Schenk'sche Mittheilung berichtet K. über eine ähnliche Beobachtung aus der Bruns'schen Klinik, welche ein 6jähriges Mädchen betraf.
Hofmeister (Tubingen).

32) Schuchardt. Weitere Erfahrungen über die paravaginale Operation.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 3.)

Verf. theilt eine Reihe weiterer Fälle mit, bei denen er mittels seiner paravaginalen Operation gute Erfolge gehabt hat (Centralblatt für Chirurgie 1893 No. 51: »Eine neue Methode der Gebärmutterexstirpation«). Der Schwerpunkt derselben liegt bekanntlich in einer ausgedehnten Scheiden-Dammneisection und in der ausgiebigen Spaltung des paravaginalen Gewebes, wodurch das Operationsfeld bedeutend übersichtlicher wird, so dass man leicht die Harnleiter freilegen und die Parametrien nöthigenfalls bis an die Beckenwand entfernen kann. Diese Schnittführung hat sich ihm neuerdings auch für Neubildungen der Scheide und für die Geschwülste der Hinterwand der Harnblase bewährt; mit Hilfe derselben hält sich S. für berechtigt, die Indikation zur Exstirpation von sogenannten »inoperablen« Uteruscarcinomen bedeutend weiter zu stellen, als es bisher üblich war. So hat er 62% der ins städtische Krankenhaus zu Stettin kommenden Frauen mit Gebärmutterkrebs einer radikalen Operation unterworfen gegenüber 20 bis 30% anderer namhafter Operateure, wie Kaltenbach, Olshausen, Czerny, Leopold, Fritsch u. A. Selbst in ganz verzweifelten Fällen hat er noch Heilung eintreten sehen. Auch eventuell vorkommende Recidive lassen sich leichter mit seiner Methode nachträglich beseitigen.

Eine Verletzung der Harnleiter ist ihm niemals begegnet. Nur in einem Falle wurde ein großes Stück eines solchen brandig, weil derselbe auf eine weite Strecke hin freigelegt werden musste. Die Parametriumstümpfe werden in die Scheidenwunde eingenäht, diese selbst ganz geschlossen. Die Heilungsdauer beträgt meist nur 14 Tage bis 3 Wochen. — Verf. fasst am Schluss seiner Ausführungen sich dahin zusammen, dass er sagt: »die Zukunft der Behandlung des Gebärmutterkrebses gehört solchen Methoden, die es ermöglichen, in jedem Falle auch die Parametrien und die weitere Umgebung des Uterus einer gründlichen Untersuchung und Behandlung zu unterwerfen«.

Dem theoretischen Theile der Arbeit sind ausführliche Krankengeschichten der operirten Frauen angefügt. In den meisten Fällen handelte es sich um Carcinom des Uterus. Es verlohnt sich, die Resultate kurz mitzuthellen: Von 18 Frauen mit vorgeschrittenem Uteruskrebs ist 1 im Anschluss an die Operation (Peritonitis) gestorben. 3 an Recidiven (Fall 3, 4 und 8; Fall 7 unbekannte Todesursache). (Ich glaube, dass die Zeit seit der Operation zum Theil noch zu kurz ist, um über alle »geheilten« Fälle ein endgültiges Urtheil abgeben zu können. Ref.) Bei No. 19 und 20 ist bereits ein Recidiv angegeben. — Zuletzt theilt Verf. einen interessanten Fall von traubenförmigem Sarkom der Scheide bei einem 3jährigen Kinde mit, welches er ebenfalls mit paravaginalem Schnitt und Exstirpation der ganzen hinteren und halben seitlichen Scheidenwand operirte; leider mit wenig Erfolg, da das Kind bald an Metastasen erkrankt wiederkam; ein neuer Beweis für die Bösartigkeit dieser nach dem mikroskopischen Bilde scheinbar harmlosen Geschwulst.

Tschmarke (Magdeburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 116), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin.

in Berlin.

in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17.

Sonnabend, den 1. Mai.

1897.

Inhalt: Braun, Über Infiltrationsanästhesie und regionale Cocainanästhesie. (Original-Mittheilung.)

1) Ruge, Anleitung zu Präparirübungen. — 2) Merkel, Topographische Anatomie. — 3) Hildebrand, Jahresbericht. — 4) Hansemann, Bösartige Geschwülste. — 5) Alessandri, Gewebseinpflanzung. — 6) Peters, Xerose- und Diphtheriebacillen. — 7) Schaeffer, 8) Saul, 9) Jakobi, Katgut. — 10) Beyer, Aortenaneurysma. — 11) Killian, Skoliose.

J. Seldowitsch, Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae; Entstehung eines Myxödems nach Entfernung derselben. (Original-Mittheilung.)

12) Decoud, Chirurgie. — 13) Blondi, Bericht. — 14) Zenoni, Streptokokken. — 15) Leichtenstern, Akute Miliartuberkel der Haut. — 16) Schally, Aneurysmenbehandlung. — 17) Ziegler, Stichverletzung der A. subclavia.

Mugnai, Berichtigung.

Über Infiltrationsanästhesie und regionale Cocainanästhesie.

Von

Privatdocent Dr. Braun in Leipzig.

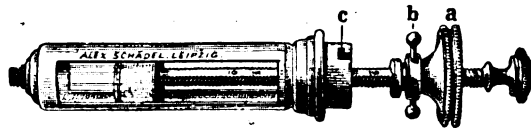
Es haben sich in letzter Zeit die Veröffentlichungen von Seiten der Chirurgen und praktischen Ärzte gemehrt, welche nachdrücklich auf die ausgezeichnete Brauchbarkeit der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie hinweisen. Wir wollen mit Schleich nicht mehr darüber rechten, dass er sein Verfahren mit einem vielleicht über- großen Enthusiasmus bekannt gegeben hat; der Enthusiasmus galt doch einer guten Sache; denn es ist nicht zu leugnen, dass eine ganze große Anzahl von chirurgischen Operationen, welche früher die Narkose erforderten, jetzt leicht, sicher und schmerzlos mit Hilfe der Infiltrationsanästhesie ausgeführt werden können.

Ein gewisser Enthusiasmus ist schon nöthig, um die Grenzen einer neuen Methode bestimmen zu können.

Ich will indessen an dieser Stelle nicht auf meine an etwa 80 Fällen¹ gemachten Erfahrungen über die Infiltrationsanästhesie eingehen. Die Methode hat ihre natürlichen Grenzen, welche nicht bloß sachlich — durch anatomische Verhältnisse und körperliche und psychische Eigenschaften des Kranken — begründet, sondern auch von dem Charakter des einzelnen Chirurgen beeinflusst sind. Darauf, so wie auf ihre Kontraindikationen, die Schwierigkeit und Umständlichkeit ihrer Anwendung in vielen Fällen will ich an anderer Stelle zurückkommen: so viel steht fest, dass die meisten Chirurgen die Grenzen der Infiltrationsanästhesie enger ziehen werden als dies Schleich selbst gethan hat. Sein Verdienst wird dadurch nicht verkleinert.

Der Zweck der vorliegenden Zeilen ist ein doppelter: einmal der, die Grenzen der Infiltrationsanästhesie zu erweitern, und ein anderes Mal der, ein gewisses Gebiet ihr zu entziehen.

Die Infiltration derber Gewebe, z. B. der Kopfschwarte, der Cutis an Handteller und Fußsohle, so wie narbig veränderter Gewebe ist mit recht großen, oft unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden. Eine außerordentliche Erleichterung der Technik der Infiltration überhaupt, wie ganz besonders der strafferer Gewebe, gewährt die Anwendung von Spritzen, deren Stempel durch eine Schraube bewegt wird. Ich habe solche Spritzen² in 2 Größen, mit 10 und 15 ccm Inhalt, anfertigen lassen. Die sehr fest gearbeitete Spritze besteht aus Glas mit Metallfassung, hat einen Asbeststempel und ist auskochbar. Die Kanülen werden nicht aufgesetzt, sondern aufgeschraubt. Ein Gummiplättchen sichert den Schluss zwischen Kanüle und Spritze.



Die Führungsstange des Stempels trägt ein Schraubengewinde, auf dem eine Schraubenmutter (a) sitzt. Ein einfacher Mechanismus (b) gestattet es, mit einem Griff diese Schraubenmutter an der Metallfassung der Spritze (c) zu befestigen. Soll die Spritze gefüllt werden, so wird diese Verbindung gelöst, der Stempel zurückgezogen,

¹ Ich habe seither eine große Anzahl von typischen Operationen, z. B. Keil-excisionen der Unterlippe, Aufmeißelung der Stirn- und Oberkieferhöhle, Tracheotomie beim Erwachsenen, Phimosenoperationen bei Erwachsenen und nicht zu ungebärdigen Kindern, Fistel- und Hämorrhoidenoperationen am Mastdarm, Dehnung des Sphincter ani, Unterbindung der Vena saphena, ferner weniger complicirte Geschwulstexstirpationen und Incisionen aller Art und an den verschiedensten Körperstellen fast stets, Herniotomien und Radikaloperationen von Brüchen, Laparotomien zum Zweck von Operationen am Magen- und Darmkanal bisweilen unter Infiltrationsanästhesie ausgeführt, und zwar schmerzlos oder doch fast schmerzlos.

² Käuflieh bei Alexander Schaedel in Leipzig.

die Schraubenmutter bis an die Fassung herangedreht, an ihr wieder befestigt und die Kanüle aufgesetzt; das Alles geschieht fast eben so schnell als das Füllen einer gewöhnlichen Spritze. Durch Drehung der Schraubenmutter wird nun der Stempel mit gleichmäßiger, unwiderstehlicher Kraft vorgeschoben, und die Infiltration umfangreicher Gebiete und auch derber Gewebe gelingt jetzt rasch und spielend. Ich möchte diese Spritze hiermit angelegentlich empfehlen.

Der andere Zweck dieser Mittheilung ist der, darauf hinzuweisen, dass wir seit langen Jahren schon eine Form der Cocainanästhesie kennen, welche, wo sie anwendbar ist, der Infiltrationsanästhesie weit überlegen erscheint.

Corning³ machte 1887 die Beobachtung, dass nach Injektion einer 4%igen Cocainlösung in die Umgebung eines sensiblen Nervenstammes nach Ablauf einiger Minuten im Verbreitungsgebiet dieses Nerven Anästhesie auftrat, wenn ein Tourniquet oberhalb der Injektionsstelle angelegt worden war. Corning benutzte den N. cutaneus brachii ext. zu diesen Versuchen, verwerthete aber praktisch seine Beobachtung nicht weiter; wir hören in den folgenden Jahren nur ganz gelegentlich, dass es eine regionäre Cocainanästhesie giebt⁴, vielfach wurde ihre Existenz sogar bestritten, und die seither von vielen Chirurgen geübte und von Reclus wohl am sorgfältigsten ausgebaute Form der Cocainanästhesie ist in Wahrheit eine rein lokale Infiltrationsanästhesie. Für diese aber Lösungen des Cocainals von stärkerer Koncentration anzuwenden als Schleich angegeben hat (1—2‰), erscheint heute völlig überflüssig, überhaupt indiskutabel. Die praktische Brauchbarkeit der rein regionären Cocainanästhesie, welche von Schleich⁵ selbst nur ganz beiläufig erwähnt wird, ist nun bereits vor Jahren von Oberst in der chirurgischen Poliklinik zu Halle an einem umfangreichen Material festgestellt worden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen wurden von Pernice⁶ publicirt, und wenngleich in dessen Arbeit die lokale Infiltrationsanästhesie und regionäre Anästhesie noch nicht mit der genügenden Schärfe aus einander gehalten werden, so finden wir doch für die Technik der regionären Cocainanästhesie an den Fingern und Zehen genaue Vorschriften, die im Wesentlichen das enthalten, was auch heute noch gültig ist.

Es zeigt sich nämlich, 1) dass 1%ige Cocainlösungen stets und überall genügen, um eine regionäre Cocainanästhesie zu erzeugen, 2) dass dies nur da ganz sicher und vollkommen gelingt, wo sich die Blutzufuhr abschneiden lässt, und wo alle peripheren Anastomosen sensibler Nerven ausgeschaltet werden können, nämlich an den Fingern und Zehen, 3) dass die volle Anästhesie in dem betreffenden Nervengebiet erst etwa 5 Minuten und selbst länger nach der Cocainein-

³ New York med. journ. 1887. Bd. XLII. Hft. 12.

⁴ Feinberg. Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 10.

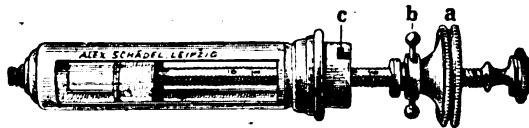
⁵ Schleich, Schmerzlose Operationen. Berlin 1894. p. 190.

⁶ Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 14.

Ich will indessen an dieser Stelle nicht auf meine an etwa 80 Fällen¹ gemachten Erfahrungen über die Infiltrationsanästhesie eingehen. Die Methode hat ihre natürlichen Grenzen, welche nicht bloß sachlich — durch anatomische Verhältnisse und körperliche und psychische Eigenschaften des Kranken — begründet, sondern auch von dem Charakter des einzelnen Chirurgen beeinflusst sind. Darauf, so wie auf ihre Kontraindikationen, die Schwierigkeit und Umständlichkeit ihrer Anwendung in vielen Fällen will ich an anderer Stelle zurückkommen: so viel steht fest, dass die meisten Chirurgen die Grenzen der Infiltrationsanästhesie enger ziehen werden als dies Schleich selbst gethan hat. Sein Verdienst wird dadurch nicht verkleinert.

Der Zweck der vorliegenden Zeilen ist ein doppelter: einmal der, die Grenzen der Infiltrationsanästhesie zu erweitern, und ein anderes Mal der, ein gewisses Gebiet ihr zu entziehen.

Die Infiltration derber Gewebe, z. B. der Kopfschwarte, der Cutis an Handteller und Fußsohle, so wie narbig veränderter Gewebe ist mit recht großen, oft unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden. Eine außerordentliche Erleichterung der Technik der Infiltration überhaupt, wie ganz besonders der strafferer Gewebe, gewährt die Anwendung von Spritzen, deren Stempel durch eine Schraube bewegt wird. Ich habe solche Spritzen² in 2 Größen, mit 10 und 15 ccm Inhalt, anfertigen lassen. Die sehr fest gearbeitete Spritze besteht aus Glas mit Metallfassung, hat einen Asbeststempel und ist auskochbar. Die Kanülen werden nicht aufgesetzt, sondern aufgeschraubt. Ein Gummiplättchen sichert den Schluss zwischen Kanüle und Spritze.



Die Führungsstange des Stempels trägt ein Schraubengewinde, auf dem eine Schraubenmutter (a) sitzt. Ein einfacher Mechanismus (b) gestattet es, mit einem Griff diese Schraubenmutter an der Metallfassung der Spritze (c) zu befestigen. Soll die Spritze gefüllt werden, so wird diese Verbindung gelöst, der Stempel zurückgezogen,

¹ Ich habe seither eine große Anzahl von typischen Operationen, z. B. Keil-excisionen der Unterlippe, Aufmeißelung der Stirn- und Oberkieferhöhle, Tracheotomie beim Erwachsenen, Phimosenoperationen bei Erwachsenen und nicht zu ungebärdigen Kindern, Fistel- und Hämorrhoidenoperationen am Mastdarm, Dehnung des Sphincter ani, Unterbindung der Vena saphena, ferner weniger complicirte Geschwulstexstirpationen und Incisionen aller Art und an den verschiedensten Körperstellen fast stets, Herniotomien und Radikaloperationen von Brüchen, Laparotomien zum Zweck von Operationen am Magen- und Darmkanal bisweilen unter Infiltrationsanästhesie ausgeführt, und zwar schmerzlos oder doch fast schmerzlos.

² Käuflich bei Alexander Schaedel in Leipzig.

die Schraubenmutter bis an die Fassung herangedreht, an ihr wieder befestigt und die Kanüle aufgesetzt; das Alles geschieht fast eben so schnell als das Füllen einer gewöhnlichen Spritze. Durch Drehung der Schraubenmutter wird nun der Stempel mit gleichmäßiger, unwiderstehlicher Kraft vorgeschoben, und die Infiltration umfangreicher Gebiete und auch derber Gewebe gelingt jetzt rasch und spielend. Ich möchte diese Spritze hiermit angelegentlich empfehlen.

Der andere Zweck dieser Mittheilung ist der, darauf hinzuweisen, dass wir seit langen Jahren schon eine Form der Cocainanästhesie kennen, welche, wo sie anwendbar ist, der Infiltrationsanästhesie weit überlegen erscheint.

Corning³ machte 1887 die Beobachtung, dass nach Injektion einer 4%igen Cocainlösung in die Umgebung eines sensiblen Nervenstammes nach Ablauf einiger Minuten im Verbreitungsgebiet dieses Nerven Anästhesie auftrat, wenn ein Tourniquet oberhalb der Injektionsstelle angelegt worden war. Corning benutzte den N. cutaneus brachii ext. zu diesen Versuchen, verwerthete aber praktisch seine Beobachtung nicht weiter; wir hören in den folgenden Jahren nur ganz gelegentlich, dass es eine regionäre Cocainanästhesie giebt⁴, vielfach wurde ihre Existenz sogar bestritten, und die seither von vielen Chirurgen geübte und von Reclus wohl am sorgfältigsten ausgebaut Form der Cocainanästhesie ist in Wahrheit eine rein lokale Infiltrationsanästhesie. Für diese aber Lösungen des Cocain-salzes von stärkerer Koncentration anzuwenden als Schleich⁵ angegeben hat (1—2‰), erscheint heute völlig überflüssig, überhaupt indiskutabel. Die praktische Brauchbarkeit der rein regionären Cocainanästhesie, welche von Schleich⁵ selbst nur ganz beiläufig erwähnt wird, ist nun bereits vor Jahren von Oberst in der chirurgischen Poliklinik zu Halle an einem umfangreichen Material festgestellt worden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen wurden von Pernice⁶ publicirt, und wenngleich in dessen Arbeit die lokale Infiltrationsanästhesie und regionäre Anästhesie noch nicht mit der genügenden Schärfe aus einander gehalten werden, so finden wir doch für die Technik der regionären Cocainanästhesie an den Fingern und Zehen genaue Vorschriften, die im Wesentlichen das enthalten, was auch heute noch gültig ist.

Es zeigt sich nämlich, 1) dass 1%ige Cocainlösungen stets und überall genügen, um eine regionäre Cocainanästhesie zu erzeugen, 2) dass dies nur da ganz sicher und vollkommen gelingt, wo sich die Blutzufuhr abschneiden lässt, und wo alle peripheren Anastomosen sensibler Nerven ausgeschaltet werden können, nämlich an den Fingern und Zehen, 3) dass die volle Anästhesie in dem betreffenden Nerven-gebiet erst etwa 5 Minuten und selbst länger nach der Cocainein-

³ New York med. journ. 1887. Bd. XLII. Hft. 12.

⁴ Feinberg. Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 10.

⁵ Schleich, Schmerzlose Operationen. Berlin 1894. p. 190.

⁶ Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 14.

spritzung eintritt, während die lokale Infiltrationsanästhesie sofort nach der Injektion ihre Höhe erreicht. Um also Finger oder Zehen anästhetisch zu machen, umschnürt man die Basis derselben mit einem Stück Drainageschlauch und knotet ihn am Hand- oder Fußgelenk. Dicht peripherwärts von dem Schlauch wird mit peripherwärts gerichteter Spritze an den 4 Stellen, wo die Nervenstämme verlaufen, je eine subkutane Injektion von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Pravaz'scher Spritze 1%iger Cocainlösung (im Ganzen also 0,01—0,02 salzsaures Cocain) gemacht.

Diese 4 Injektionen sind nöthig, auch wenn nur auf einer Seite des Gliedes operative Eingriffe vorgenommen werden sollen, um eben periphere Nerven Anastomosen auszuschalten. Nach Ablauf von 5 Minuten ist der ganze Finger oder die ganze Zehe anästhetisch, und es können beliebige Operationen, Eröffnung von Panaritien, Exartikulation von Nägeln, Exartikulationen, Amputationen u. A. m. schmerzlos ausgeführt werden, also Alles Operationen, welche täglich in großer Zahl gemacht werden müssen. Die Anästhesie hält natürlich so lange an, als die Blutzufuhr abgeschnitten bleibt.

Ich habe diese zuerst von Oberst ausgebildete Methode seit 8 Jahren wohl in Tausenden von Fällen verwendet. Die geringen Mengen des verbrauchten Cocains machen es erklärlich, dass ich Intoxikationen niemals gesehen habe.

Es war mir immer von Neuem erstaunlich, wie wenig diese ideale Form der Anästhesie im Allgemeinen Verbreitung gefunden hat, sie verdient wegen ihrer technischen Einfachheit, Sicherheit, Ungefährlichkeit und Bequemlichkeit täglich in den Kreisen praktischer Ärzte, wie in chirurgischen Polikliniken angewendet zu werden.

Sie ist in der angegebenen Beschränkung auf Finger und Zehen der Infiltrationsanästhesie überlegen, weil letztere gerade an diesen Stellen oft mit besonderen technischen Schwierigkeiten verbunden ist, die Operation des eingewachsenen Nagels z. B. nach Schleich's eigenem Ausspruch zu einer der schwierigsten unter Infiltrationsanästhesie gehört, während hier durch Einspritzung einer minimalen Menge von Cocain fern ab von dem erkrankten Gewebe auf die einfachste Weise eine weit ausgebreitete Anästhesie erzeugt werden kann, weil ferner bei nicht ganz scharf gegen die Umgebung abzugrenzenden Eiterungen, also bei sehr vielen Panaritien, die Anwendung der Infiltrationsanästhesie überhaupt bedenklich erscheint wegen der damit verbundenen Gefahr einer Weiterverbreitung der Infektion auf vorher gesunde Gewebe.

Wie wenig die regionäre Cocainanästhesie bekannt geworden ist, geht unter Anderem daraus hervor, dass in einigen neueren Arbeiten⁷ Krogius⁸, der 1894 in diesem Blatt einen diesbezüg-

⁷ Reclus, La cocaine en chirurgie. Paris 1895.

⁸ Schlatter. Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1896. No. 10.

⁸ Centralblatt für Chirurgie 1894. p. 241.

lichen Artikel veröffentlichte, gleichsam als Erfinder einer Methode genannt wird, welche bereits weit früher sorgfältig ausgearbeitet war.

Krogius verwendet überflüssigerweise 2%ige Cocainlösungen und hält die Blutabschnürung für nicht wesentlich. Dem, der die Methode versuchen will, empfehle ich, sie nur so, wie sie in ihren Grundzügen von Pernice beschrieben wurde, und mit der angegebenen Beschränkung auf Finger und Zehen zu brauchen; nur so vermag sie mit der lokalen Infiltrationsanästhesie zu konkurrieren. Ohne gleichzeitige Unterbrechung der Blutzufuhr und an anderen Körperstellen als den Fingern und Zehen hat sie sich mir als unzuverlässig erwiesen; höchstens können die den Fingern und Zehen benachbarten Theile der Hand oder des Fußes gelegentlich mit anästhetisch gemacht werden. Das geschieht z. B. an der Hand in der Weise, dass man den Oberarm oder Vorderarm mit einer Gummibinde umschnürt, dann gleichzeitig am Handrücken und Handteller in die Nachbarschaft von 4 Nervenstämmen Cocaininjektionen macht und dadurch eine über die Grenzen des betreffenden Fingers hinausgehende vollkommene Anästhesie der Gewebe erhält. Im Weiteren aber verträgt die regionäre Cocainanästhesie die Konkurrenz der Infiltrationsanästhesie in keiner Weise, und wir wundern uns nicht, wenn Reclus (l. c.) mittheilt, er habe die Methode »Krogius« versucht, sei aber mit ihr nicht zum Ziel gekommen. Soll die regionäre Cocainanästhesie mit einem Namen verbunden werden, so muss es der von Corning oder Oberst sein. Dies wollte ich hier nur feststellen und gleichzeitg von Neuem anregen, dass diese Form der Cocainanästhesie allgemein eingeführt und bei den Hunderten von Operationen, welche täglich an Fingern und Zehen nothwendig sind, regelmäßig angewendet werden möchte.

1) **G. Ruge.** Anleitungen zu den Präparirübungen an der menschlichen Leiche. 2. verbesserte Auflage.

Leipzig, **W. Engelmann**, 1896. 313 S. Mit 51 Figuren in Holzschnitt.

R.'s »Anleitungen« sind freilich für den Präparirsaal geschrieben; sie geben eine ausführliche Darstellung der bis ins Einzelne aufs gründlichste durchgearbeiteten Präparirtechnik, die der Verf. zuerst in dem Heidelberger Secirsaal unter Gegenbaur, dann als Direktor der Amsterdamer Anatomie geübt und erprobt hat. Der Umstand, dass das Buch bereits in 2. Auflage vorliegt, spricht am besten für seine praktische Brauchbarkeit, und Ref. kann bestätigen, dass es von Studenten sehr gern benutzt wird, da es in der That eine vortreffliche Anleitung zur zweckmäßigen vollständigen Ausnutzung des Präparates giebt, und sich sehr viel Anatomie daraus lernen lässt. Es liegt auf der Hand, dass Vieles daraus auch von Ärzten zweckmäßig wird verwerthet werden können. So handelt — abgesehen von der die allgemeinen Präparationsgrundsätze enthaltenden Einleitung — der 1. Abschnitt »vom Orientiren über die Leichentheile«, und es

finden sich darin eine große Anzahl sehr beherzigenswerther Angaben über Plastik der einzelnen Körpertheile. Der 2. Abschnitt behandelt die Präparation der Muskulatur, er dürfte im Allgemeinen für den praktischen Arzt das geringste Interesse besitzen. Dagegen enthält der 3. Abschnitt, der von den Eingeweiden handelt, Vieles, was auch von Jenem mit Nutzen wird verwendet werden können (Sektion des Herzens, Eröffnung der Höhlen, Entfernung der Eingeweide etc.). Der 4. Abschnitt ist der Präparation der Blutgefäße, der 5. der des Nervensystems (inkl. Eröffnung des Schädels und des Wirbelkanals, so wie der Gehirnsektion) gewidmet; der 6. Abschnitt schließlich giebt Anweisungen zur Bearbeitung der kindlichen Leiche. — Wie man sieht, ist das Buch sehr reichhaltig, und der Umfang (313 Seiten) lässt die eingehende Genauigkeit an allen Punkten schon vermuthen. Durch 51 Figuren wird das Verständnis der technischen Angaben noch unterstützt. — Theilnehmer an Ferien- und an militärischen Fortbildungskursen seien noch besonders auf das R.'sche Buch aufmerksam gemacht.

E. Gaupp (Freiburg i/B.).

2) **F. Merkel.** Handbuch der topographischen Anatomie.
Zum Gebrauch für Ärzte. II. Bd. 2. Lfg.

Braunschweig, F. Vieweg & Sohn, 1896. Mit zahlreichen mehrfarbigen Holzschn.

Die 2. Lieferung des II. Bandes von M.'s topographischer Anatomie behandelt auf 70 Seiten den Rücken und auf 160 Seiten die Brust. Zieht man hierbei in Betracht — was schon ein flüchtiges Durchblättern zeigt —, dass von kleinem Druck nicht selten Gebrauch gemacht worden ist, berücksichtigt man die konzentrierte präzise Schreibweise des Verf., so lässt schon diese Überlegung die Gründlichkeit vermuthen, mit der auch in der vorliegenden Abtheilung der Stoff behandelt ist. Der Verf. geht keiner Frage, die billigerweise aufgeworfen werden kann, aus dem Wege und behandelt sie gleichmäßig unter sachlicher Beurtheilung etwa vorhandener differenter Ansichten, zumeist auf Grund seiner eigenen Untersuchungen und Erfahrungen. Dazu ist der Stoff außerordentlich übersichtlich disponirt, so dass es rasch möglich ist, sich über einzelne Fragen erschöpfende Auskunft zu holen. Ref. hat nicht das ganze Buch von Anfang bis Ende wörtlich durchgelesen, sondern nur gesucht, sich einen genauen Überblick zu verschaffen, möchte aber auf Grund desselben einige Punkte herausgreifen, die ihm besonders aufgefallen sind. So die Bemerkungen über Bewegungsmöglichkeiten an der Wirbelsäule. Ref. hat es mit Genugthuung begrüßt, dass der Bauchwirbelsäule wieder allseitige Beugungen zugeschrieben werden, nachdem oft genug die Meyer'sche Angabe nachgebetet worden ist, wonach die Seitwärtsbeugung hier nicht oder doch nur in sehr geringem Grade möglich sei. Ergiebt ja doch schon eine flüchtige Betrachtung des nackten Lebenden, wie wenig diese und manche andere von Meyer rein theoretisch aus der Form der Gelenkflächen konstruierte

Angaben den Thatsachen entsprechen. M. hat denn auch an gefrorenen, seitwärts gebogenen Bauchwirbelsäulen konstatirt, dass hier die Gelenkfortsätze sich sehr gut bei der Schloffheit der Kapseln gegen einander verschieben können. — Die Resultate, zu denen M. auf Grund der Untersuchungen von menschlichen Embryonen auf Median-schnitten gekommen ist, finden vielfach Verwerthung, so bei der Feststellung der Thatsache, dass die Brustkrümmung der Wirbelsäule schon beim Embryo vorhanden sei, und an anderen Orten. — Sehr erwünscht wird Vielen sein, dass M. auch eine Topographie der Theile im Rückenmark giebt, also eine Übersicht über die Anordnung der grauen Säulen, der Stränge, Zellen des Rückenmarkes etc. auf Grund moderner Anschauungen. Selbst über die Grundlagen der Neuronenlehre und über die Beziehungen der hauptsächlichsten nervösen Bahnen zu einander und ihre Anordnung im Rückenmark findet man genügende und durch zahlreiche Abbildungen erläuterte Auskunft. Ref. möchte gerade hierauf besonders aufmerksam machen, da Mancher diese Dinge in einem Handbuch der »topographischen« Anatomie nicht vermuthen wird, andererseits das Eingehen auf diese Punkte als ein entschieden glücklicher Gedanke bezeichnet werden muss, da auf diesem Wege am besten für die Verbreitung von Thatsachen gewirkt wird, die zur Studienzeit der meisten jetzt practicirenden Ärzte noch nicht bekannt waren, und die doch jetzt die Grundlage für die ganze Auffassung vom Aufbau des Nervensystems bilden. — Im Abschnitt »Brust« stößt zunächst ein längeres Kapitel auf, das die Brust als Ganzes, die Formen des Brustkorbes, die Brust am Lebenden etc. betrifft und auch den praktisch — z. B. für Militärärzte — so wichtigen und doch so wenig geklärten Punkt »Brustmessung« ausführlich behandelt. Unter den einzelnen Gegenden nimmt die Regio mammalis einen besonders großen Raum ein; und da wie überall entwicklungsgeschichtliche und selbst vergleichend-anatomische Angaben eingefügt sind, wo dieselben das Verständnis von Varietäten oder Bildungsanomalien vermitteln, so ist dies auch hier bei der Besprechung der überzähligen Brustwarzen und -drüsen der Fall. Natürlich ist die Lage der Brusteingeweide zum Gegenstand ganz besonders eingehender Darstellung in Wort und Bild gemacht. Die Lage des Herzens hat M. an einer größeren Anzahl von Leichen durch neue eigene Untersuchungen derart festgestellt, dass zuerst die unversehrte vordere Brustwand, dann, nach Abtragen der Weichtheile, ohne Lageänderung der Leiche, das Thoraxskelett, schließlich, nach Fortnahme des Brustbeins und der Rippen, der Brustinhalt photographirt wurden. Die gewonnenen Einzelbilder wurden dann auf einander gepasst.

Es ist natürlich ganz unmöglich, dem reichen Inhalt des Buches in einem kurzen Referat auch nur annähernd gerecht zu werden; die angeführten Punkte sind vom Ref. durchaus nach eigenem Geschmack herausgegriffen worden. Aber, wie schon bemerkt, es wird sich nicht leicht eine Frage stellen lassen, auf die das Buch nicht

zuverlässige, allseitig orientirende Auskunft in klarer, präziser Form gäbe, mag diese Frage nun die äußere Form der Theile unter den verschiedensten Bedingungen, mag sie rein topographisch-anatomische, mag sie funktionelle oder teratologische Dinge betreffen. Die Bezeichnung »topographische Anatomie« erschöpft den reichen Inhalt des Buches nicht, das vielmehr Alles enthält, was für den Mediciner von anatomischen Dingen wichtig ist. — Die beigefügten Holzschnitte sind, dem Vieweg'schen Verlag entsprechend, vorzüglich.

E. Gaupp (Freiburg i/B.).

3) **Hildebrand.** Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. I. Jahrg. Bericht über das Jahr 1895.

Wiesbaden, J. Bergmann, 1896. XVI u. 1314 S.

Neben dem das Gesamtgebiet der Medicin umfassenden alten Canstatt'schen, in der neusten Zeit von Virchow, Gurlt und Posner herausgegebenen Jahresbericht sind seit längerer oder kürzerer Zeit Specialjahresberichte über einzelne Abschnitte der Medicin in die Öffentlichkeit getreten, denen sich als neuester der oben genannte über Chirurgie anschließt. Zu demselben hat sich unter H.'s Redaction eine größere Zahl der tüchtigsten, meist jüngeren Chirurgen des In- und Auslandes zusammengefunden, deren Jeder, so weit angängig, das Gebiet zu behandeln übernommen hat, in dem er speciell gearbeitet oder worin er größere Erfahrungen erlangt hat. Dazu kommen dann noch Einsendungen von Nebenreferenten des Auslandes, meist Werke behandelnd, die in Deutschland ihrer Sprache halber kaum Abnehmer finden dürften. Ihnen gemeinsam ist es gelungen, ein reiches Material zu verarbeiten und die Referate dem Leser dadurch schmackhaft und leicht verwerthbar zu machen, dass sie, inhaltlich im Ganzen gut geordnet, nicht selten mit einer ausführlicheren Breite gegeben, hier und da auch mit kritischen Bemerkungen begleitet sind. Die Übersicht und Beurtheilung der Fortschritte in den Einzelkapiteln des Gesamtstoffes ist damit dem Leser recht erleichtert. Der 2. Jahrgang wird darin noch Vollendetes bieten, wenn es gelingt, in ihm die schrittweise Entwicklung, die einzelne hervorragende Fragen nehmen, in der Anordnung der Einzelreferate noch historischer, als im 1. Jahrgang, zu geben, auch vielleicht zu vermeiden, dass Berichte über dasselbe Thema an 2 oder 3 Stellen aufgesucht werden müssen (im 1. Bande beispielsweise solche über Arteriennahut oder über die Krause'sche Hauteinpflanzung), überhaupt noch abgerundete Berichte über den modernsten Stand einzelner Hauptthematata zu liefern, natürlich bei möglichst vollständiger Angabe der Titel aller in das Fach schlagenden im Jahr erschienenen Arbeiten. Bieten solche nur kasuistisches Interesse, so genügt es — wie im Virchow'schen Bericht — den Inhalt in wenig Worten dem Titel anzuschließen. Unterbleibt dies, wie auch die Besprechung im zusammenfassenden Bericht, so liegt darin die Kritik, dass es für den

Arbeiter auf demselben Felde nicht lohnt, in das Original Einsicht zu nehmen.

Vergleicht man den H.'schen Bericht mit dem entsprechenden Abschnitt des Virchow'schen, so ersieht man, dass keiner die erschienene Litteratur vollständig anführt; so Manches bringt jener Bericht, was diesem fehlt, und umgekehrt. Daneben findet man wohl dieselben Referate einzelner — ausländischer — Referenten mit den nämlichen Worten hier wie dort abgedruckt. Im Allgemeinen ist außerdem der Extrakt bei Virchow mehr eingedickt als bei H.

Dem so gut begonnenen Unternehmen entsprechenden Fortschritt wünschend hoffen wir, dass der 2. Jahrgang eine noch vollendetere Leistung bieten wird.

Bichter (Breslau).

4) **Hansemann.** Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste.

Berlin, **Aug. Hirschwald**, 1897. 207 S. 83 Figuren im Text.

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, zusammenfassend darzustellen, was »für die Diagnose bösartiger Geschwülste bisher bekannt und ihm selbst durch langjährige Erfahrung zur Diagnosestellung nützlich geworden sei«. Er schickt daher den einzelnen Kapiteln eine historisch-kritische Einleitung voraus und fügt am Schluss des Werkes ein Litteraturverzeichnis bei, welches in 290 Nummern zwar 19 H.'sche Arbeiten enthält, sonst aber doch manches Grundlegende vermissen lässt. So z. B. ist es auffallend, dass über die für die ganze Geschwulstlehre so principiell bedeutungsvollen bösartigen Geschwülste, die von den Eihäuten, speciell der Serotina, ausgehen, nicht ein Wort verloren ist. Im Übrigen trägt das Buch vorwiegend das Gepräge des Subjektiven, indem sämtliche Ansichten, die zum großen Theil erheblich von denen der Autoren abweichen, durch theils schon früher veröffentlichte, theils neue Reflexionen und Untersuchungen begründet werden. So sind auch sämtliche Abbildungen nach des Verf. eigenen Präparaten gezeichnet; jedoch kann weder Auswahl noch Wiedergabe als besonders glücklich bezeichnet werden. Eine kritische Besprechung des Werkes ohne Zugrundelegung eigener Untersuchungen dürfte daher schwer sein und für den Rahmen eines Referates zu umfangreich ausfallen. Wenn ich trotzdem etwas ausführlicher bin, so geschieht dies, weil die H.'sche Arbeit geeignet ist, auf Grund zum Theil unhaltbarer Argumentationen die bisher herrschende und zum gegenseitigen Verständnis unumgängliche Einigkeit und Klarheit, so weit sie bis jetzt erzielt werden konnte, zu stören. Im Übrigen sind die in dem Werk niedergelegten Ansichten größtentheils nicht neu und haben schon von den verschiedensten Seiten Widerspruch hervorgerufen.

Verf. beginnt mit der Klassifikation der Geschwülste, wobei er im Gegensatz wohl zu den meisten, wenn nicht allen Forschern lediglich auf das morphologische Verhalten Rücksicht genommen wissen will. Für ihn ist »Carcinom eine Geschwulst mit Stroma

zuverlässige, allseitig orientirende Auskunft in klarer, präziser Form gäbe, mag diese Frage nun die äußere Form der Theile unter den verschiedensten Bedingungen, mag sie rein topographisch-anatomische, mag sie funktionelle oder teratologische Dinge betreffen. Die Bezeichnung »topographische Anatomie« erschöpft den reichen Inhalt des Buches nicht, das vielmehr Alles enthält, was für den Mediciner von anatomischen Dingen wichtig ist. — Die beigegefügtten Holzschnitte sind, dem Vieweg'schen Verlag entsprechend, vorzüglich.

E. Gaupp (Freiburg i/B.).

3) **Hildebrand.** Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. I. Jahrg. Bericht über das Jahr 1895.

Wiesbaden, J. Bergmann, 1896. XVI u. 1314 S.

Neben dem das Gesamtgebiet der Medicin umfassenden alten Canstatt'schen, in der neusten Zeit von Virchow, Gurlt und Posner herausgegebenen Jahresbericht sind seit längerer oder kürzerer Zeit Specialjahresberichte über einzelne Abschnitte der Medicin in die Öffentlichkeit getreten, denen sich als neuester der oben genannte über Chirurgie anschließt. Zu demselben hat sich unter H.'s Redaktion eine größere Zahl der tüchtigsten, meist jüngeren Chirurgen des In- und Auslandes zusammengefunden, deren Jeder, so weit zugänglich, das Gebiet zu behandeln übernommen hat, in dem er speciell gearbeitet oder worin er größere Erfahrungen erlangt hat. Dazu kommen dann noch Einsendungen von Nebenreferenten des Auslandes, meist Werke behandelnd, die in Deutschland ihrer Sprache halber kaum Abnehmer finden dürften. Ihnen gemeinsam ist es gelungen, ein reiches Material zu verarbeiten und die Referate dem Leser dadurch schmackhaft und leicht verwerthbar zu machen, dass sie, inhaltlich im Ganzen gut geordnet, nicht selten mit einer ausführlicheren Breite gegeben, hier und da auch mit kritischen Bemerkungen begleitet sind. Die Übersicht und Beurtheilung der Fortschritte in den Einzelkapiteln des Gesamtstoffes ist damit dem Leser recht erleichtert. Der 2. Jahrgang wird darin noch Vollendetes bieten, wenn es gelingt, in ihm die schrittweise Entwicklung, die einzelne hervorragende Fragen nehmen, in der Anordnung der Einzelreferate noch historischer, als im 1. Jahrgang, zu geben, auch vielleicht zu vermeiden, dass Berichte über dasselbe Thema an 2 oder 3 Stellen aufgesucht werden müssen (im 1. Bande beispielsweise solche über Arteriennaht oder über die Krause'sche Hauteinpflanzung), überhaupt noch abgerundete Berichte über den modernsten Stand einzelner Hauptthemata zu liefern, natürlich bei möglichst vollständiger Angabe der Titel aller in das Fach schlagenden im Jahr erschienenen Arbeiten. Bieten solche nur kasuistisches Interesse, so genügt es — wie im Virchow'schen Bericht — den Inhalt in wenig Worten dem Titel anzuschließen. Unterbleibt dies, wie auch die Besprechung im zusammenfassenden Bericht, so liegt darin die Kritik, dass es für den

Arbeiter auf demselben Felde nicht lohnt, in das Original Einsicht zu nehmen.

Vergleicht man den H.'schen Bericht mit dem entsprechenden Abschnitt des Virchow'schen, so ersieht man, dass keiner die erschienene Litteratur vollständig anführt; so Manches bringt jener Bericht, was diesem fehlt, und umgekehrt. Daneben findet man wohl dieselben Referate einzelner — ausländischer — Referenten mit den nämlichen Worten hier wie dort abgedruckt. Im Allgemeinen ist außerdem der Extrakt bei Virchow mehr eingedickt als bei H.

Dem so gut begonnenen Unternehmen entsprechenden Fortschritt wünschend hoffen wir, dass der 2. Jahrgang eine noch vollendetere Leistung bieten wird.

Blichter (Breslau).

4) **Hansemann.** Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste.

Berlin, **Aug. Hirschwald**, 1897. 207 S. 83 Figuren im Text.

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, zusammenfassend darzustellen, was »für die Diagnose bösartiger Geschwülste bisher bekannt und ihm selbst durch langjährige Erfahrung zur Diagnosestellung nützlich geworden sei«. Er schickt daher den einzelnen Kapiteln eine historisch-kritische Einleitung voraus und fügt am Schluss des Werkes ein Litteraturverzeichnis bei, welches in 290 Nummern zwar 19 H.'sche Arbeiten enthält, sonst aber doch manches Grundlegende vermissen lässt. So z. B. ist es auffallend, dass über die für die ganze Geschwulstlehre so principiell bedeutungsvollen bösartigen Geschwülste, die von den Eihäuten, speciell der Serotina, ausgehen, nicht ein Wort verloren ist. Im Übrigen trägt das Buch vorwiegend das Gepräge des Subjektiven, indem sämtliche Ansichten, die zum großen Theil erheblich von denen der Autoren abweichen, durch theils schon früher veröffentlichte, theils neue Reflexionen und Untersuchungen begründet werden. So sind auch sämtliche Abbildungen nach des Verf. eigenen Präparaten gezeichnet; jedoch kann weder Auswahl noch Wiedergabe als besonders glücklich bezeichnet werden. Eine kritische Besprechung des Werkes ohne Zugrundelegung eigener Untersuchungen dürfte daher schwer sein und für den Rahmen eines Referates zu umfangreich ausfallen. Wenn ich trotzdem etwas ausführlicher bin, so geschieht dies, weil die H.'sche Arbeit geeignet ist, auf Grund zum Theil unhaltbarer Argumentationen die bisher herrschende und zum gegenseitigen Verständnis unumgängliche Einigkeit und Klarheit, so weit sie bis jetzt erzielt werden konnte, zu stören. Im Übrigen sind die in dem Werk niedergelegten Ansichten größtentheils nicht neu und haben schon von den verschiedensten Seiten Widerspruch hervorgerufen.

Verf. beginnt mit der Klassifikation der Geschwülste, wobei er im Gegensatz wohl zu den meisten, wenn nicht allen Forschern lediglich auf das morphologische Verhalten Rücksicht genommen wissen will. Für ihn ist »Carcinom eine Geschwulst mit Stroma

und Parenchym in deutlicher Trennung, Sarkom eine solche, bei der Parenchym und Stroma weniger deutlich von einander getrennt sind, da die einzelnen Parenchymzellen unter sich und mit dem Stroma in innigere Verbindung treten und eine Intercellularsubstanz bilden«. Die jetzt ziemlich allgemein übliche histogenetische Eintheilung hält H. deswegen für undurchführbar, weil wir nur für sehr wenige Geschwülste im Stande seien, die Histogenese mit einiger Sicherheit zu erschließen. Dass H. damit den heutigen Stand unseres Wissens erheblich unterschätzt, wird wohl Jeder zugeben. Wenn H. allerdings die Ermittlung der Histogenese für jeden speciellen Fall verlangt, so muss man ihm mit dem obigen Satz Recht geben; aber wozu haben dann alle die früheren Forscher gearbeitet, wenn ihre mühsamen Untersuchungen in jedem einzelnen Falle wiederholt werden sollen? Bei der Bezeichnung der Carcinome als epitheliale Geschwülste findet H. das Wort »Epithel« besonders verwirrend. Als solches will er nur diejenigen Zellen bezeichnet wissen, die sich in einer ganz bestimmten Situation zu einander und zur Oberfläche irgend eines Organes befinden, nicht aber solche, die aus ihrem Verband losgelöst sind, auch wenn ihre Abkunft von Epithelien erwiesen ist. Wenn wir kurz hinterher noch den Satz finden, dass die Parenchymzellen einer Geschwulst von Epithelien abstammen können, und dass die Geschwulst trotzdem keine epitheliale zu sein brauche, so fragen wir uns mit Recht, von welcher Seite wohl die Verwirrung in den Epithelbegriff hineingetragen ist. Auch die Endotheliome machen H. bezüglich der Klassificirung Schwierigkeiten. Er will sie, sobald eine deutliche Scheidung in Stroma und Parenchym vorhanden ist, zu den Carcinomen rechnen, mit denen sie außer der Ähnlichkeit im Aussehen und im Verlauf auch noch die Möglichkeit zu metastasiren theilten. In Fällen, wo sich dann über die Histogenese etwas feststellen ließe, könne dies ja im Adjektivum hinzugefügt werden. Es kommen dann die vielen eigenthümlichen Namenbildungen heraus, die H. schon einmal (Deutsche med. Wochenschrift 1896 No. 4) vorgeschlagen hat, und die von Volkmann damals gleich als ungeeignet zurückgewiesen wurden (ebenda No. 14). Wie verschieden kann ein und dieselbe Geschwulst an verschiedenen Stellen aussehen, und doch wird selbst H. sie darum nicht mit mehreren Namen belegen wollen. Aus demselben Grunde dürfte auch die von H. principiell durchgeführte Eintheilung der Carcinome in destruierende Adenome, Cylinderzellen- und Medullarcarcinome verfehlt sein. Dass »Gefäßkrebs und Bindegewebscarcinom« ganz angebrachte Worte seien, dass Ausdrücke wie Fungus und namentlich Tuberkel für das makroskopische Verhalten von Geschwülsten »äußerst praktisch« seien, wird dem Verf. wohl Niemand glauben. Es ließe sich noch Vieles gegen das H.'sche Eintheilungsprincip sagen, es würde das aber zu weit führen. Wie wir außerdem weiterhin sehen werden, ist auch für ihn die Ermittlung der Histogenese der Geschwülste etwas so dringend Erforderliches, dass wir nicht

einzusehen vermögen, wesshalb sie nicht auch als Eintheilungsprincip verwandt werden soll. In den weiteren Kapiteln gebraucht übrigens H. das Wort Carcinom vollständig im modernen Sinne.

Über die folgenden Abschnitte, die über die Morphologie bösartiger Geschwülste im Verhältnis zum Muttergewebe (Histogenese!) karyokinetische und degenerative Vorgänge im Parenchym bösartiger Geschwülste, Verhalten der Metastasen und Recidive zu den Primärgeschwülsten, das Stroma der bösartigen Geschwülste, ihr Verhalten zu den Organparenchymen, die Funktion der Geschwulstzellen, die Histogenese und Ätiologie, endlich die Bedeutung der Befunde für die Diagnose handeln, müssen wir hier kurz hinweggehen; wir möchten jedoch bemerken, dass das Ganze an einer gewissen Unübersichtlichkeit krankt. Wir erwähnen daraus nur, dass H. den Hauptwerth bei der Beurtheilung der Bösartigkeit einer Geschwulst auf die Anaplasie der Zellen legt. Zur Erklärung fügen wir hinzu, dass H. unter einer anaplastischen eine solche Zelle versteht, die weniger differenzirt als ihre Mutterzelle ist und eine größere, selbständige Existenzfähigkeit besitzt. Um das beurtheilen zu können, muss man also unbedingt die Mutterzelle kennen oder, anders ausgedrückt, die Histogenese der betreffenden Geschwulst. Den Grad der Anaplasie will der Verf. auch als Grad der Bösartigkeit einer Geschwulst aufgefasst wissen. Seine darauf gerichteten Untersuchungen haben ergeben, dass, wenn die Geschwulst sich als stark anaplastisch erwies, Recidive und Metastasen fast nie ausblieben. Worauf schließlich die Anaplasie beruhe, weiß H. auch nicht zu sagen.

Zum Schluss weist Verf. auf die Wichtigkeit hin, die anamnestischen Daten über Alter, Geschlecht des erkrankten Individuums, Zeit, seit der die Geschwulst besteht, ihre Lokalisation und ungefähre Größe für den Untersuchenden haben. Von den Praktikern wird, vielleicht weil sie der mikroskopischen Untersuchung mehr zutrauen, als sie nach dem heutigen Stand unseres Wissens zu leisten vermag, in dieser Hinsicht bei der Übersendung einer Geschwulst Zwecks Untersuchung vielfach gefehlt.

Einige praktische Rathschläge über Vorbereitung der Objekte bis zur Fertigstellung des mikroskopischen Präparates, wie den Gang der Untersuchung des letzteren werden dann noch hinzugefügt.

Wir können dem Verf. nur Recht geben, wenn er in seiner Einleitung sagt: »Wer erwartet, nach der Lektüre dieses Buches ohne Weiteres jede Geschwulst als gutartig oder bösartig zu erkennen, der lege es lieber ungelesen bei Seite, denn er wird nur eine Täuschung erfahren«. Wer das Buch lesen will, muss sich, wie der Verf. selbst, in den Gegenstand hineinarbeiten, dann wird er aber auch einen dauernden Nutzen davon haben, selbst wenn er, wie wir das in vielen Punkten gar nicht anders erwarten, mit den Ansichten H.'s nicht übereinstimmt. Dass das Werk für den Praktiker eine wesentliche Bereicherung seiner Hilfsmittel zur Diagnosestellung sein wird, erscheint uns unwahrscheinlich.

Pels Leusden (Göttingen).

5) R. Alessandri. Einpflanzung lebender, reifer und embryonalen Gewebe in einige Organe des Körpers.

(Policlinico 1896. Juni 1.)

Verf. will das Verhalten überpflanzter Gewebstheile studiren, insbesondere auch im Hinblick auf die Theorie der Entstehung von Geschwülsten aus embryonalen Gewebstestern.

Im vorliegenden ersten Theil berichtet Verf. über eine Reihe von Transplantationsversuchen, die er an Hunden vorgenommen hat. Es handelte sich um erwachsene, reife Gewebe (Leber und Milz). Die einzupflanzenden Stücke wurden entweder von demselben Thier genommen, oder von anderen Thieren im gleichen Moment der Operation.

I. Leberüberpflanzung:

1) In keinem Falle ist es zu einem wahren und eigentlichen Einwachsen des eingepflichten Stückes gekommen.

2) Bei den Einpflanzungen von Leber in Lebergewebe scheinen die Zellen wenigstens eine relative Lebensfähigkeit für kurze Zeit zu behalten, erscheint die Möglichkeit des Weiterwachsens nicht ganz ausgeschlossen. Die Leberzellen sind in eine gleichmäßig granulirte Masse verwandelt, stark gelb gefärbt. Nur vereinzelt ist ein Kern zu sehen. Einzelne Zellen sind völlig aufgelöst, bestehen nur aus einem Haufen Pigment. Das gelbe Pigment ist zweifellos aus dem Protoplasma der Leberzellen entstanden, seine Bildung demnach als eine vitale Funktion zu betrachten.

3) Bei der Einpflanzung von Lebergewebe in Milz ist die Lebensfähigkeit nur für kurze Zeit erhalten; es kommt zur degenerativen Atrophie. Die Leberzellen sind größtentheils kaum noch als Schatten sichtbar, sehr blass. Der Kern ebenfalls kaum sichtbar; das Protoplasma ist degenerirt. Zur Pigmentbildung kommt es nicht, weil die Degeneration zu rasch vor sich geht. In späteren Präparaten ist das Lebergewebe kaum noch zu erkennen.

4) Bei der Einpflanzung von Lebergewebe in Niere, Hoden und Unterhautzellgewebe ist der Erfolg stets ein negativer; es kommt zu rapidem und vollständigem Schwund des Lebergewebes.

II. Die Resultate der Milzüberpflanzung waren folgende:

1) Die Einpflanzung von Milzgewebe in Leber ist nicht nur möglich, sondern sogar leicht zu erhalten.

2) Das überpflanzte Stück Milz heilt nie vollständig ein; ein Theil desselben nekrotisirt und wird weiterhin resorbirt; ein anderer Theil jedoch, und zwar gewöhnlich der am tiefsten — in unmittelbarer Nachbarschaft des normalen Lebergewebes — gelegene, bleibt am Leben und heilt ein. Hier findet sich das Milzgewebe gut erhalten (mit Reticulum, Pulpa, Malpighi'schen Körperchen) und von normaler Farbe.

3) In der ersten Zeit erleidet das eingepflanzte Gewebe vorübergehende Schädigungen; später ist es ganz normal. Ob der am Leben

erhaltene Theil des eingepflanzten Milzstückes auch an Volumen zunehmen kann, lässt Verf. unentschieden.

4) Einpflanzungen von Milzgewebe in Niere und Unterhautzellgewebe sind stets von negativem Erfolg. Es kommt rasch zur Degeneration des eingepflanzten Stückes; dasselbe verschwindet alsdann völlig durch Resorption und wird durch eine einfache Narbe ersetzt.

H. Bartsch (Heidelberg).

6) Peters. Über das Verhältniss der Xerosebacillen zu den Diphtheriebacillen, nebst Bemerkungen über die Conjunctivitis crouposa.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 9.)

Zur Entscheidung der Frage von der Identität oder Nichtidentität des Diphtherie- und Xerosebacillus verglich P. 16 verschiedene »diphtherieähnliche« Kulturen mit einander, von denen 6 von Fällen von Halsdiphtherie herstammten, 3 von endemisch impetiginösem Ekzem des Gesichts, 2 von alter recidivirter Conjunctivitis granulosa, 1 von Xerosis conjunctivae, 1 von Conjunctivitis crouposa, 1 von Pseudodiphtherie der Nase und endlich 1 aus einem Falle, wo sie im sonst gesunden Rachen gefunden wurden. P. hält mit Schanz den Xerosebacillus der Conjunctiva für vollkommen identisch mit dem Löffler'schen Diphtheriebacillus, so weit nicht die Virulenz mit in Frage kommt. Ob diese lediglich die letztere betreffenden Unterschiede genügen, um 2 ganz verschiedene Arten von Mikroorganismen anzunehmen, oder ob sie als Glieder einer und derselben Familie anzusehen sind, glaubt P. dahin entscheiden zu sollen, dass viele Gründe für die letztere Annahme sprechen, wenn auch noch der Nachweis fehle, dass aus ganz avirulenten Formen schwach oder stark virulente gezüchtet werden können. Dass diese Aufgabe bisher nicht gelöst wurde, liegt nach P. zum Theil daran, dass man bislang zu wenig geneigt war, an die Verwandtschaft beider Arten zu glauben.

P. sucht diese Annahme noch an der Hand einschlägiger klinischer und bakteriologischer Beobachtungen, so wie durch die Mittheilung eines selbst beobachteten besonders eklatanten Falles zu stützen.

Hübener (Breslau).

7) R. Schaeffer. Zur Frage der Katgutsterilisation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 2.)

Trotz der Einwände von verschiedener Seite (vide die Referate über diesen Gegenstand in No. 6 des Jahrganges 1897 dieses Centralblattes), beharrt S. bei der Empfehlung seiner Methode der Katgutsterilisation, welche gegenüber anderen Methoden außer der Zuverlässigkeit ein bequemes, rasches und billiges Verfahren voraus hat, und widerlegt die Anfechtungen seiner Gegner in dieser Richtung. Bezüglich der Einwendung, dass das nach seiner Methode desinficirte Katgut leicht reiße, konstatirt S. einen Präparationsfehler, indem

nicht absoluter (99%iger), sondern ein verdünnter Alkohol zur Anwendung kam. Wird der allerdings leicht zu beschaffende 95%ige Alkohol benutzt, dann muss man nach der Formel

$$x \frac{95}{100} = 85 \text{ d. h. } x = 89,5,$$

oder abgerundet 90 ccm Alkohol nehmen, dem man dann nur 10% Aq. destillata zusetzt. Den Einwand Saul's, dass durch Kochen des rohen Katguts in der Sublimatlösung das Sublimat ausfällt und unwirksam wird, erklärt S. als nicht zutreffend. Der Gewichtsverlust, den das lösliche Sublimat bei einen mit viel Katgut beschickten Apparate erleidet, beträgt nach dem Kochen, Erkalten und Absetzen der Lösung etwa 0,1%, woraus allerdings folgt, dass man die Lösung nicht öfter als 2—3mal benutzen darf, um die höchst resistenten Kartoffelbacillen tödten zu können.

Auf Grund seiner wiederholten, an eigenen, an den Pseudo-Saul'schen und an den Hofmeister'schen Milzbrandsporen gemachten Versuche hält S. an der Behauptung fest, dass das Saul'sche Verfahren zur Abtötung der Milzbrandsporen nicht genügt und betont schließlich, dass er die Katgutsterilisationsfrage als im Wesentlichen schon vor den Arbeiten Saul's, Hofmeister's und Kossmann's und seiner eigenen als gelöst betrachtete. Es war ihm nur darum zu thun, eine Verbesserung der alten Kocher'schen und der v. Bergmann'schen Methode, welche ja bei genügend langer Einwirkung der verwendeten Substanzen Befriedigendes leisten, durch ein schnelles und bequemes Verfahren zu erstreben.

Gold (Bielitz).

8) E. Saul. Zur Katgutfrage.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 5.)

Nach einigen Erwiderungen auf den vorstehend referirten Aufsatz Schaeffer's sieht S. keine Möglichkeit, mit Schaeffer in Übereinstimmung zu kommen, da dieser trotz der Einwendung Behring's an der Sublimatmodifikation festhält und im Widerspruch mit Geppert den Fadenversuch nach wie vor zur Bestimmung eines antiseptischen Werthes für ausreichend erklärt. Im Übrigen erscheinen S. die ökonomischen Vortheile der Methode Schaeffer's zweifelhaft, da er seine Lösung sehr oft wechseln muss, während sie bei der Karbolsäurekombination beliebig oft gebraucht werden kann. S. ist der Ansicht, dass die Entscheidung in der Katgutfrage nicht nur auf dem Gebiete der Desinfektionsversuche liegt, sondern auch auf der Verwendung schlechter Katgutqualitäten beruht. Er giebt daher der Heiß-Alkoholsterilisation den Vorzug, weil sie einerseits die rechtzeitige Untersuchung der Qualität des Katguts gestattet, andererseits den Vortheil der Schnelldesinfektion bietet.

Gold (Bielitz).

4) O. Jakobi. Experimentelle Beiträge zur Katgutsterilisation.

Inaug.-Diss., Göttingen, 1897.

Verf. hat auf Anregung und unter Leitung des Ref. die Aufgabe bearbeitet, auf billigem, einfachem Wege mit Vermeidung besonderer Apparate Katgut sicher zu sterilisiren, auch beim Vorhandensein von Milzbrandsporen und noch resistenteren Sporen, und zwar so, dass dabei andere wesentliche Eigenschaften, Festigkeit, Resorptionsfähigkeit etc. nicht leiden.

Nach einer kritisirenden Übersicht der bisherigen Verfahren der Katgutsterilisation theilt Verf. die eigenen Versuche mit.

Versuche über die Sterilisation mit Sublimat schloss Verf. auf Veranlassung des Ref. aus, welcher dies Verfahren Betreffs der Sterilisation anerkennt, demselben aber als Nachtheil anrechnet, dass die Fäden mehr oder weniger unlösliche Quecksilberverbindungen in sich festhalten, welche nachtheilig einwirken können.

Verf. unternahm 3 Gruppen von Beobachtungen, von denen die erste sich mit der Prüfung einer Anzahl von chemischen Körpern auf ihre keimtödtende Eigenschaft beim Katgut beschäftigt.

Die zweite Gruppe enthält Versuche, durch welche die antiseptische Eigenschaft einiger Körper, welche sich in der 1. Gruppe am besten bewährt hatten, verglichen und bei Reinzuchten von Milzbrand und Staphylococcus weiter geprüft wird.

Die dritte Gruppe enthält Untersuchungen über die sterilisirende Wirksamkeit des Juniperusöls auf sehr resistente Sporen (Milzbrand etc.).

Gruppe I. Es wurden 2 cm lange Fadenstücke dicken Katguts in Peptonbouillon mit Milzbrand inficirt und nach 5tägiger Bebrütung bei 36—37° C. über Chlorcalcium getrocknet. Aus den trockenen Fäden keimte außer dem Milzbrand Heubacillus, welcher also wohl ursprünglich in den Fäden enthalten war.

Die so inficirten trockenen Fadenstücke wurden der antiseptischen Wirksamkeit folgender Körper unterworfen: Jodtrichlorid (in Alkohol gelöst), Tinct. jodi, Aqua chlori, Monochloressigsäure, Hydroxylamin, Phenylhydracin, Schwefelkohlenstoff, Fenchon, Fenchylalkohol, β -Naphthol, Terpentinöl, Juniperusöl.

Der beste Erfolg wurde erzielt mit Jodtinktur, Monochloressigsäure, Terpentinöl und vor Allem mit Juniperusöl, deren Wirksamkeit in einer Tabelle zusammengestellt ist.

Gruppe II. Die Katgutfadenabschnitte wurden in strömendem Wasserdampf sterilisirt, dann die eine Hälfte mit Milzbrand, die andere mit Staphylococcus aureus in Peptonbouillon inficirt und getrocknet. Es zeigte sich, dass Juniperusöl die Staphylokokken in 3 Tagen, die Milzbrandbacillen in 4 Tagen, Terpentinöl die ersteren in 7, letztere in 11 Tagen tödtete. Juniperusöl aus Beeren hatte die gleiche Wirksamkeit wie das aus dem Holz.

Gruppe III. Die Beschickung der Fäden mit sehr resistenten Milzbrandsporen geschah folgendermaßen. Die etwa 2 cm langen

Abschnitte dicken Katguts, durch Dampf sterilisirt, wurden dicht neben einander auf die Oberfläche von Bouillon-Peptonagar in Röhrchen gelagert, durch Betupfen mit Milzbrandkultur auf der Oberfläche inficirt und bei 30° C. bebrütet. Nach 3 Tagen waren die Fäden in eine Milzbrandkultur eingebettet. Nach 5 Tagen zeigte das Mikroskop überall glänzende Sporen. Nun wurden die Fäden in sterilisirte Gaze gebracht, darin abgedrückt und über Chlorcalcium getrocknet.

Versuchsreihe I. Diese Sporen widerstehen auch dem Juniperusöl sehr lange. Nach 6-, 9-, 24-, 34tägigem Liegen in letzterem keimte immer noch Milzbrand. Erst nach 52 Tagen blieben die Fäden steril.

Versuchsreihe II. Bei den in gleicher Weise inficirten Fäden hatte sich (wahrscheinlich aus der Gaze trotz der Sterilisation) noch ein anderer Bacillus zu dem Milzbrand hinzugesellt, dessen Sporen noch viel resistenter waren. Nach 24tägigem Liegen in Juniperusöl keimten an allen Fäden beide Bacillenarten, nach 46- und 52tägigem Liegen keimte nur der fremde Bacillus.

Nach 58tägigem Aufenthalt in Juniperusöl wurden 8 Fäden untersucht. Bei allen keimte der fremde Bacillus, 1mal mit ihm auch wieder noch Milzbrand! Nach 3 Monaten blieben die Fäden sämtlich steril.

Versuche, die sporentödtende Wirksamkeit des Juniperusöls durch Zusatz von 10- und 20%iger wasserfreier Karbolsäure zu erhöhen, wurden bis zum 46. Tage fortgesetzt, waren aber ohne Erfolg.

Die Festigkeit beim Zug und beim Knoten des nach verschiedenen Methoden sterilisirten Katguts wurde ferner vom Verf. untersucht.

Es wurden Fäden aus ein und derselben Docke verwandt. Die Prüfung einer Anzahl dieser Fäden ergab, dass sie sehr gleichmäßig ein Gewicht bis zu 7½ Pfund trugen. In Terpentinöl und Juniperusöl sterilisirte Fäden trugen dasselbe Gewicht. Nach Jodtinktursterilisation rissen die Fäden bei 5 Pfund. Nach dem Saul'schen Verfahren sterilisirte Fäden rissen schon bei 4½ Pfund Belastung. Die nach Hofmeister behandelten Fäden hatten an Zugfähigkeit wenig eingeübt, rissen aber nach etwa 2monatlicher Aufbewahrung bei Knotenschürzung durch leichten Zug.

Die Resorbirbarkeit des in verschiedener Weise sterilisirten Katguts betreffen weitere Untersuchungen.

Es wurde das Juniperusölkatgut (jodoformirt, siehe unten) mit dem Hofmeister'schen Katgut verglichen. Ersteres war beim Hund im Subkutangewebe nach 4—7 Tagen reaktionslos resorbiert. Das Hofmeister'sche Katgut wurde nur sehr schwierig resorbiert. Erst am 10.—14. Tage waren die Fäden so weit gelockert, dass sie durch Zug entfernt werden konnten.

Jodoformirung des sterilisirten Katguts wird vom Verf., um dem Katgut dauernde antiseptische Eigenschaft zu verleihen, befür-

wortet. Diese Jodoformbehandlung des Katguts wurde von Körte, Direktor der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses am Urban in Berlin, eingeführt und mit sehr guten Resultaten erprobt. Nach seiner Vorschrift kommt das durch Juniperusöl in 6 Tagen sterilisirte Katgut 6—8 Stunden in eine Lösung von Alcoholicum absolut. und Glycerin aa, dann 6—8 Stunden in eine Lösung von Jodoform 5, Äther 25, Alkohol 75 Theile. Aufbewahrt wird dann das Katgut in Alkohol mit 2% Glycerinzusatz. Derart zubereitetes Katgut ist in der hiesigen Frauenklinik von Prof. Runge seit Jahren angewendet und hat sich vorzüglich bewährt.

Verf. hat diese Methode etwas modificirt.

Zunächst verlangt nach seinen Versuchen die absolute Sicherheit gegen resistente Sporen, dass das Katgut 3 Monate in Juniperusöl verbleibt. Man kann sich leicht so einrichten, dass stets ein solches Katgut zur Verfügung steht. Noch leichter werden Fabriken und Händler ein solches Katgut stets zur Verfügung stellen können. Solches Katgut wird dann durch Auswaschen mit einem Gemisch von Alkohol und Äther während 12—24 Stunden vom Juniperusöl befreit und nun mit einer Jodoformlösung mit Glycerinzusatz (z. B. Jodoform 5, Äther 50, Alcohol. absol. 50, Glycerin 20) durchtränkt und 6—8 Stunden und länger in dieser Durchtränkung belassen. (Da sich diese Lösung nicht hält, wird zur Zeit nur so viel bereitet, als zur Durchtränkung der vorliegenden, sterilisirten Katgutdocken nothwendig ist.) Die Aufbewahrung geschieht entweder trocken oder in Flüssigkeiten, welche weder das Katgut verändern, noch das Jodoform auslaugen, also z. B. Glycerin, Jodoformöl etc.

Erfahrungen liegen Verf. bis jetzt nur mit getrocknetem Katgut vor. Die Trocknung geschieht zwischen Jodoform-, Sublimat- oder sterilisirter Gaze. Aufbewahrt wird dieses Katgut in doppelten Blechkästen zwischen Jodoform- oder Sublimatgaze oder auch in gläsernen Standgefäßen in Docken in einer Glasplatte hängend, wie es bei der Aufbewahrung des Katguts in Flüssigkeiten eingebürgert ist.

Dieses trockene Jodoformkatgut wurde in der hiesigen chirurgischen Poliklinik und in der Privatpraxis des Ref. seit 8 Monaten zu vollster Zufriedenheit verwendet. **Rosenbach** (Göttingen).

10) J. Beyer. Zusammenstellung und kritische Verwerthung der mit Galvanopunktur behandelten Fälle von Aortenaneurysma.

Inaug.-Diss., Freiburg i/B., 1896. 77 S.

Verf. giebt zuerst eine kurze Übersicht über die verschiedenen Verfahren der Galvanopunktur bei Aortenaneurysma und beschreibt die beiden hauptsächlich angewendeten Methoden: diejenige von Cini-selli, mit Einführung beider Pole in das Aneurysma, und diejenige von Dujardin-Beaumetz, bei welcher der positive Pol in das Aneurysma eingeführt wird, während der negative Pol bloß auf die Haut zu liegen kommt.

Sodann giebt er eine Zusammenstellung der 89 bisher mit Galvanopunktur behandelten Fälle. Bei 10 derselben wurde von den betreffenden Autoren Heilung angegeben, doch ist dieselbe nur in einem Falle durch die Autopsie nachgewiesen worden. (Pat. starb nach 4—5 Jahren, jedoch nicht an den Folgen des Aneurysmas.) Bei 46 Pat. wurde Besserung beobachtet, und bei den übrigen erfolgte der Tod kurze Zeit nach der Operation, mit und ohne Schuld des Eingriffes.

Aus der etwas kurz gerathenen kritischen Verwerthung der Resultate geht so viel hervor, dass die beiden Hauptverfahren ungefähr gleichwerthig sind. Verf. schließt mit der Bemerkung, dass Dujardin-Beaumetz selbst trotz der erzielten Erfolge von dem Verfahren abgekommen sei, indem er ihm nur das Vermögen zuschrieb, das Fortschreiten des Aneurysmas nach außen hinzuhalten und die Schmerzen zu lindern, nicht aber dasjenige, den Durchbruch zu verhüten.

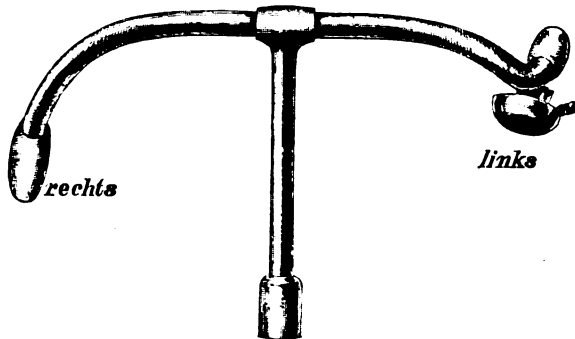
de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) O. G. T. Kiliani. The bicycle for scoliosis.

(New York med. record 1896. Oktober 31.)

Das Zweirad stellt einen so ausgezeichneten medico-mechanischen Apparat für aktive und passive Bewegungen dar, dass K. auf den Gedanken kam, es für orthopädische Zwecke zu modificiren.

Die Lenkstange besteht aus 2 Theilen und ist durch einen einfachen Keil- und Schraubenverschluss beiderseits so verstellbar, dass jeder Handgriff nach Wunsch gesenkt werden kann, um das Körper-



gewicht nach dieser Seite zu lenken (s. Fig.). In beigefügter Figur ist der rechte Handgriff tiefer gestellt, eine Stellung, die für die habituelle Scoliosis dorsalis dextra convexa et lumbalis sinistra convexa mit Erfolg verwerthet wird.

Verf. erläutert nun an der Hand von Photographien die einzelnen Phasen der Pedalbewegungen und erzielt, namentlich mit Zuhilfenahme des schiefen Sitzes (durch Erhöhung der linken Sattelhälfte in angeführtem Beispiel) Korrektion.

Bisher hat K. 2 Knaben und 2 Mädchen derartig behandelt.

Die Muskelaktion und Gymnastik in frischer Luft ist ebenfalls ein wichtiger Faktor der Methode. Der Sattel erscheint ziemlich hoch gestellt, um das Gewicht nach vorn zu bringen.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Frauen-Obuchoffhospitals in St. Petersburg.)

Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae; Entstehung eines Myxödems nach Entfernung derselben.

Von

Dr. med. J. Seldowitsch.

Nebenkröpfe an der Zungenwurzel sind ein äußerst seltener Befund. In der Litteratur habe ich nur 4 klinische Beschreibungen derselben finden können (Wolff, Gallisch, Ilraith, Warren).

Meine Mittheilung betrifft ein Mädchen von 14 Jahren, bei der sich auf der Zungenwurzel, am Foramen coecum, eine rundliche, glatte, ziemlich derbe Geschwulst von der Größe einer Kirsche befand; dieselbe saß der Zunge breit auf, verdeckte den Racheneingang und verursachte Schlingbeschwerden.

Genauere Angaben über ihre Entstehung konnte die Kranke nicht machen; Beschwerden hatten sich seit einigen Monaten eingestellt. Pat. war ganz normal entwickelt und zeigte keine weiteren pathologischen Erscheinungen.

Die recht bedeutenden Beschwerden, welche der Tumor dem Mädchen verursachte, veranlassten Herrn Oberarzt Dr. H. Zeidler, denselben — unter Cocainanästhesie — mittels galvanokautischer Schlinge zu entfernen.

Der Verlauf nach der Operation war ein normaler, und die Kranke verließ das Hospital ganz genesen.

Histologisch bestand die Geschwulst aus Schilddrüsengewebe: regelmäßige Follikel mit colloiden Massen angefüllt.

In Anbetracht dessen, dass noch in letzter Zeit von einigen Autoren (Kanthak) die Möglichkeit eines Tumors von Schilddrüsenbau auf der Zunge bezweifelt wird, stellte ich Untersuchungen an einem 5wöchentlichen Embryo an, welche darauf hinweisen, dass vom embryologischen Standpunkt aus die Möglichkeit einer Struma accessoria linguae unzweifelhaft zugelassen werden muss.

7 Monate nach der Operation wurde die Kranke wieder bei uns aufgenommen mit dem ausgesprochenen Bilde eines Myxödems: Schwellung des Gesichts und der Mundschleimhaut, vergrößerte Zunge, Anschwellung über den Schlüsselbeinen, starke Vergrößerung des Halsumfanges und eine etwas geringere der Hände und des Bauches, Kältegefühl, Fehlen der Schweißsekretion, Trockenheit der Haut, Verminderung des Hämoglobingehaltes und der rothen Blutkörperchen. Besonders stark ausgesprochen waren die Veränderungen, welche die Kranke in intellektueller Hinsicht erlitten hatte: Trägheit, vollständige Apathie der Umgebung gegenüber, stark verlangsamter Gang, Vergesslichkeit und volle Arbeitsunfähigkeit in Folge zu raschen Ermüdens.

Wir hatten es also mit einem Myxoedema operativum zu thun, welches sich nach Exstirpation einer Struma accessoria ausgebildet hatte, — eine Erscheinung, welche bis jetzt noch nicht beschrieben worden ist, trotz häufigen Vorkommens und Entfernung accessorischer Kröpfe am Halse, dem gewöhnlichen Entstehungs-orte derselben. Vermuthlich war die normale Schilddrüse überhaupt nicht entwickelt — am Halse konnten wir sie nicht durchfühlen —, und die accessorische auf der Zunge hatte allein funktionirt.

Die Kranke wurde mit vollem Erfolg einer Thyreoidinkur unterworfen und verließ das Hospital vollkommen hergestellt und arbeitsfähig. Die Behandlung wird — mit kleineren Dosen — ambulatorisch fortgeführt.

Der beschriebene Fall beweist die Möglichkeit einer Entwicklung von Myxoedema operativum nach totaler Entfernung eines Nebenkropfes, mahnt daher zur Vorsicht, und werden wir in Zukunft bei Behandlung der Strumae accessoriae eben so zu verfahren haben, wie bei den gewöhnlichen Kröpfen, d. h. dieselben sind entweder pharmakotherapeutisch — mit Schilddrüsenpräparaten — zu behandeln oder nur theilweise zu entfernen, wenigstens in den Fällen, in denen das Vorhandensein einer normalen Schilddrüse nicht ganz sicher ist.

Eine ausführliche, mit Abbildungen versehene Mittheilung dieses, wie uns scheint, sehr lehrreichen Falles wird in den »Annalen der russischen Chirurgie« erscheinen.

12) Chirurgia y Medicina operatoria por Diógenes Decoud, Profesor sustituto de clinica quirúrgica.

Buenos-Aires, Felix Lajouane, 1896. 456 S.

Das Buch behandelt die verschiedensten Gebiete der Chirurgie, ohne nach einheitlichem Plane angelegt zu sein. Verf., welcher Universitätslehrer in Buenos-Aires und zugleich Leiter eines großen Militärlazarettes ist, giebt in der 1. Hälfte dieser Schrift Vorlesungen über operative Chirurgie wieder, die hauptsächlich Amputationen mit Berücksichtigung der Indikationen derselben besprechen. Es sind aber nur herausgegriffene Kapitel, die im Einzelnen sehr ausführlich und mit Nebeneinanderstellung unglaublich vieler Methoden — wodurch die Übersichtlichkeit entschieden leidet — abgehandelt werden. Neu ist eine Methode der Schnittführung zur Talusexstirpation, welche bezweckt, nach Herausnahme des Talus die weitere Operation ganz nach dem Befunde an den anstoßenden Knochen und Gelenken modificiren zu können, so dass z. B. die Pirogoff'sche Operation gleich angeschlossen werden kann. Als kasuistischer Beleg für die Zweckmäßigkeit dieser Schnittführung wird nur kurz 1 Fall von Talustuberkulose angeführt.

Weitere Vorlesungen behandeln die Diagnostik einzelner chirurgischer Krankheiten: Darmverschluss, Neubildungen der Brustdrüse, Krankheiten des Hodens und Hodensackes, Neubildungen der Kiefer: theoretisch gehaltene ausführliche Aufzählungen der einzelnen diagnostischen Anhaltspunkte. Persönliche Erfahrungen werden nicht mit eingefügt, Verf. stellt die Ansichten europäischer Autoritäten neben einander und citirt meist französische, in zweiter Linie deutsche und englische Schriften.

Die 2. Hälfte des Buches bringt eine Reihe kasuistischer Mittheilungen, die auch ohne Zusammenhang an einander gefügt sind und manche theoretisch und praktisch wichtige Erfahrung mittheilen.

Zur Narkose bedient sich Verf. der Morphin-Atropin-Chloroform-Methode, wie sie von Frankreich aus empfohlen wurde. Er rühmt sie in der ersten der beiden Abhandlungen, die der Narkose gewidmet sind, sehr und wendet sie mit Vorliebe bei Potatoren und ängstlichen Personen an. In der folgenden, anscheinend später geschriebenen Abhandlung über dies Thema werden aber 2 Unfälle berichtet, die das Vertrauen zu der Methode nicht gerade erhöhen. In beiden Fällen setzte der Puls beim Hautschnitt plötzlich aus, nachdem der Chloroformirnde sich überzeugt hatte, dass der Cornealreflex verschwunden war. Nur in dem einen Falle gelang es, durch künstliche Athmung den Puls wieder hervorzurufen. In diesem Falle war klinisch Herzmuskelentartung nachgewiesen worden, in dem anderen, der tödlich verlief, war Herzvergrößerung und »Verdickung« der Mitralklappen (Sektion) vorhanden.

Auch bei der reinen Chloroformnarkose hat Verf. einen Todesfall durch Herzlähmung bei einem gesunden Mann erlebt. Äther scheint er nicht anzuwenden. Dagegen macht er sehr viele Operationen unter Cocainanästhesie (1%ige Lösungen). Er empfiehlt sie auch für manche abdominale Eingriffe, da nach seinen Erfah-

rungen das Bauchfell nur sehr wenig empfindlich ist. So wird in einem besonderen Kapitel über eine Gastrostomie nach Frank berichtet, die unter Cocainanästhesie ausgeführt werden konnte. Auch die Bassini'sche Operation macht Verf. in neuerer Zeit mit Vorliebe unter lokaler Anästhesie. Die Methode von Krogus-Helsingfors (Centralblatt für Chirurgie 1894 p. 241), »periphere Analgesie durch Cocainisirung des sensiblen Nerven« hat Verf. bei einer Fingerexartikulation durch Injektion des N. ulnaris 1mal zu seiner Zufriedenheit (sin ngingun inconveniente) ausgeführt.

Ein Kapitel bespricht die Eingeweideoperationen und handelt speciell von Anastomosenapparaten. Gleichzeitig mit Murphy hat ein Kollege des Verf. in Buenos-Aires, Ramangé, einen »Enteroplexo« erdacht, der im Centralblatt für Chirurgie 1894 p. 866 übrigens beschrieben ist. Hier wird die erste Anwendung des Apparates am Menschen berichtet. Es handelte sich um Vereinigung des Quercolons nach Resektion von 15 cm wegen strikturirenden Carcinoms. Die Ungleichheit der Darmlichtungen machte die Hineinfügung des Apparates äußerst schwierig, doch war die Passage nach der Operation völlig wieder hergestellt. Bei einer Recidivoperation nach 20 Monaten fand man den »Ramangé« noch an seinem Platze, eingeschlossen in Neubildungsmassen. Eine weitere Anwendung hat der Apparat wohl nicht erlebt, nach Verf.'s Ansicht ist er mit Recht vom »Murphy« verdrängt worden. Trotzdem giebt Verf. in einem Anhang zu diesem Werke die Abbildung eines »verbesserten Enteroplexo«, auf den hier wohl nicht eingegangen zu werden braucht.

Aus der Militärpraxis bringt Verf. eine ganze Reihe von Schussverletzungen, die in den verschiedensten Beziehungen Interessantes bieten. Es sind zum Theil Schüsse aus dem argentinischen 7,65 mm-Gewehr, sonst aber auch Verwundungen mit den verschiedenartigsten Schusswaffen, welche in den »Revolutionen« der süd-amerikanischen Republiken zur Verwendung kommen. In 2 Fällen von komplirter Splitterfraktur, die eiternd in Behandlung kamen, hat Verf. nach Incision der Abscesse etc. größere Kontinuitätsresektionen ausgeführt. So hat er vom Humerus 12 cm fortgenommen und durch Silbernaht in 4 Wochen Konsolidation herbeigeführt. Nach 2 Monaten betrug die Verkürzung 10 cm. Im anderen Falle wurden 12 cm von der Tibia und Fibula resecirt, trotzdem hat die bleibende Verkürzung nur 15—20 mm betragen (?).

Weiter werden mehrere extradurale Abscesse durch eingekeilte Gewehrsgeschosse berichtet, auch mehrere Fälle von Schädel- und Gehirnverletzung durch Schüsse, die aber nichts Besonderes bieten.

Aus den vielen Einzelbeobachtungen, die sich natürlich hier nicht wiedergeben lassen, sei noch ein Erlebnis bei einer Aneurysmaoperation herausgegriffen. Die Geschwulst, anscheinend von der A. femoralis ausgehend, sollte, nach 10tägiger Kompression (Broca'scher Apparat) extirpirt werden. Bei der Operation zeigt sich, dass es ein Aneurysma varicosum der Vasa poplitea ist, das sich unter den Vastus hinaufgedrängt hatte; und die Operation wird, weil die Cirkulation nicht gefährdet werden darf, abgebrochen. Nach 3 Tagen plötzlicher Tod. Embolie der Lungenarterie.

Verf. macht die Kompression für die Embolie verantwortlich und glaubt, diese Methode ganz aufgeben zu müssen.

Die letzte Arbeit ist eine Veröffentlichung über die Methoden und Resultate der Radikaloperation von Brüchen. Verf. bringt eine Liste von 196 Bruchoperirten, meist Soldaten, mit 1 Todesfall (eingeklemmter Nabelbruch). Er operirt jede Hernie beim Erwachsenen. Von selteneren Brüchen finden sich 6 Narbenbrüche, sämtlich nach Schnittwunden entstanden, und 5 Nabelbrüche, die nach der älteren Methode operirt wurden.

Von den 182 Leistenbrüchen wurden 112 nach Bassini, jedoch mit Hinzufügung der Bruchsackbehandlung nach Barker oder nach Ball, 19 nach Postempsky, 36 nach Championnière und 8 (indirekte Hernien) nach einer neuen Methode operirt, die in 3schichtiger fortlaufender Seidennaht besteht. In 7 Fällen endlich wurde die Kastration (bei atrophischem Hoden) und vollständige

Naht angewendet. Verf. warnt davor, einer Methode zu Liebe den gegebenen anatomischen Verhältnissen Zwang anzuthun. Von den seit 1893 Operirten sind 5 mit Recidiven wiedergekommen. In jedem dieser Fälle wird vom Verf. ein bestimmter technischer Fehler für den Misserfolg verantwortlich gemacht; Verf. hat aber nie ein Recidiv gesehen in den Fällen, wo er »die Methoden befolgt hat, welche auf richtiger Bruchsackbehandlung und Rekonstruktion des Leistenkanals, sei es unter der Aponeurose, sei es unter der Haut, basiren«.

Er benutzt ausschließlich Seide für alle Nähte. Drainage ist bei den neueren Sterilisationsmethoden (Sorel) nicht nöthig.

Die Arbeit enthält in dem Text, welcher der kasuistischen Aufzählung vorausgeschickt ist, viele persönliche Erfahrungen über Einzelheiten der neueren Operationsmethoden.
G. Meyer (Gotha).

13) **Biondi.** Quadrennio chirurgico a Cagliari.

Cagliari, **Muscas di P. Valdès**, 1896. 43 Zinkotypien im Text. 321 S.

Der Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Klinik zu Cagliari umfasst 793 Fälle der verschiedensten Art, die tabellarisch und systematisch zusammengestellt sind, zum Theil mit kurzen Krankengeschichten.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

14) **C. Zenoni.** Über die Frage der Homologie der Streptokokken.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. XXI. Hft. 1.)

Bei einem 40jährigen Manne stellte sich 8 Monate nach Acquisition einer Gonorrhoe, die nicht vollständig ausheilte, nach übermäßigen Strapazen beim Velocipedfahren, Orchitis ein, der 10 Tage später eine eitrige Peritonitis folgte, welcher der Pat. einige Stunden nach der Operation erlag. Bakteriologisch gelang der Nachweis besonders großer, dicker Streptokokken (»Riesenstreptokokken«), die indessen durch verschiedene Versuche mit dem gewöhnlichen Streptococcus identificirt werden konnten und auch bei der Weiterzüchtung ihre ursprüngliche Größe einbüßten.

Verf. nimmt trotz des fehlenden Nachweises von Gonokokken eine gonorrhoeische Peritonitis an mit Mischinfektion von Streptokokken, »da es geschehen kann, dass die Gonokokken bei alt gewordener Gonorrhoeform häufig nicht mehr nachzuweisen sind, während die Erreger der Misch- oder sekundären Infektion dann allein gefunden werden«.

Bedenklich erscheint es dem Ref., zur Identificirung von Streptokokkenstämmen die mindestens sehr fragwürdige Wirkung des Marmorek'schen sogenannten Antistreptokokkenserums heranzuziehen.
Hübener (Breslau).

15) **Leichtenstern.** Akute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Tuberkulose. (Aus dem Bürgerhospital zu Köln.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 1. Mit 1 Tafel.)

Der mitgetheilte Fall zeigt, dass die allgemeine akute Miliartuberkulose auch zum Auftreten von Miliartuberkeln in der Haut Anlass geben kann. Die letzteren stellten sich als kleine, mohnkorn- bis höchstens hanfkorngroße, lebhaft rothe, derbe, kegelförmig zugespitzte Papeln dar, die sich auf vollständig normaler Haut mit scharfem Kontour steil erhoben und allmählich auf den verschiedensten Körperstellen bemerkbar wurden. Die meisten bildeten sich nach kürzerem oder auch längerem (8- bis 14tägigem) Bestand unter Ablassung und feinsten Abschuppung vollständig zurück; bei anderen kam es auf der Spitze zur Bildung eines rasch eintrocknenden minimalen Bläschens und erst dann zur Rückbildung; wiederum bei anderen entstand aus dem letzteren eine kleine, gleichfalls schnell trocknende Pustel, niemals ein Hautgeschwür. Die Zahl der gleichzeitig vorhandenen Papeln und papulopustulösen Efflorescenzen betrug im Gesicht höchstens 4—6, auf dem Rumpfe 6—8 etc., war also nicht groß; niemals bestand auch nur die geringste Neigung zur Gruppenbildung. Allmählich kam es im Gefolge der Eruption der Miliartuberkel in der Haut zu akuten Lymphdrüschenschwellungen, schließ-

lich auch zu miliaren, ulcerös zerfallenden Knötchenbildungen auf der Mundschleimhaut. — Mikroskopisch zeigte sich, im Papillarkörper der Haut gelegen, ein linsenförmiger Tuberkel mit zahllosen Tuberkelbacillen im Innern, der epidermoidale Theil des Knötchens etagenförmig gebaut, indem zwischen Schichten gewucherter Hornhaut abwechselnd serofibrinöse Exsudatschichten lagen; bezüglich der weiteren Einzelheiten vgl. das Original und die beigegebene schöne Tafel.

Kramer (Glogau).

16) A. Schally. Zur Behandlung der Aneurysmen mittels Kompression.

(Prager med. Wochenschrift 1896. No. 51 u. 52.)

S. berichtet zunächst über 3 Fälle traumatischer Aneurysmen aus Wölfler's Klinik, die durch digitale Kompression geheilt wurden.

Fall 1 betraf einen 74jährigen Mann, der nach einem Sturz in eine Senkgrube ein großes Aneurysma im unteren Drittel des linken Oberschenkels bekam. Nach 2½ständiger Digitalkompression der Cruralarterie war die Pulsation im Aneurysma erloschen. Nach 6 Monaten ließ sich nur noch eine geringe Verdickung nachweisen.

Fall 2 betraf einen 32jährigen Tischler mit Aneurysma der rechten Cruralgegend nach einer Messerverletzung. Nach 2¾ Stunden langer Digitalkompression der Arterie hörte die Pulsation im Aneurysma auf; die Geschwulst verkleinerte sich von da ab stetig.

Fall 3 betraf einen pulsirenden Exophthalmus bei einer 30jährigen Frau, durch eine Strohhalmsverletzung entstanden und durch 24 Stunden lange Digitalkompression der gleichseitigen A. carotis zur Heilung gebracht.

Die Hauptgefahr der operativen Behandlung der Aneurysmen liegt in der nachfolgenden Gangrän der Extremität. So fand Erichsen nach Unterbindung der Arterien über 50% Misserfolge, von denen 25% auf Gangrän zurückzuführen sind. Dagegen konstatierte Barwell bei Digitalkompression nur 6,8% Todesfälle bzw. Amputationen. Der Grund hierfür liegt wohl darin, dass, wie Billroth bereits betonte, der Thrombus des aneurysmatischen Sackes für den Blutstrom noch durchgängig bleibt. Die besten Aussichten zur Heilung bieten die frisch entstandenen traumatischen Aneurysmen, weniger günstige die wahren bei Atherom. Als Methoden der Kompression konkurrieren die instrumentelle und manuelle Kompression und die Einwicklung der Extremität mit elastischen Binden nach Reid. S. empfiehlt die Digitalkompression als ungefährlichste und sicherste Methode, obwohl sie die Geduld und Ausdauer von Arzt und Pat. oft stark auf die Probe stellt. So berichtet S. in einem Nachtrag noch über ein traumatisches Aneurysma der A. subclavia bei einem 25jährigen Bergmann, das nach einer Messerstichverletzung entstanden war und 5 Tage lang eine Kompression von 5 bis 10 Stunden erforderlich machte, um pulslos zu werden. Von da ab erfolgte jedoch spontan stetige Verkleinerung.

Jaffé (Hamburg).

17) P. Ziegler. Ein Fall von Stichverletzung der Arteria subclavia unterhalb des Schlüsselbeines; Unterbindung; Heilung.

(Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München.)

München, J. F. Lehmann, 1896.

Verletzungen der A. subclavia durch Hieb oder Stich enden in Folge der enormen Blutung zumeist mit dem Tode, bevor ärztliche Hilfe zur Stelle ist. Aber auch unter Denjenigen, welche noch lebend in die Hände des Arztes gelangen, ist die Mortalität eine sehr große. Z. vermehrt die Statistik der Stichverletzungen der Subclavia durch einen geheilten Fall: Ein 21jähriger Bäckergehilfe erhielt bei einer Rauferei mehrere Messerstiche und stürzte bewusstlos und blutüberströmt zusammen. Überführung ohne Verband in die chirurgische Klinik. Hochgradige Blutleere, Puls nirgends fühlbar, Pupillen weit, reaktionslos. Außer einigen mehr oder weniger bedeutenden Stichverletzungen an verschiedenen Körperstellen fand man eine 2½ cm lange, senkrecht nach abwärts ziehende klaffende Stichwunde

1 Finger unterhalb des linken Schlüsselbeines, entsprechend der Mohrenheim'schen Grube. Aus keiner der Wunden erfolgte mehr Blutung. Unter Autotransfusion und Kompression der A. subclavia oberhalb der Clavicula Erweiterung der Wunde nach oben und nach unten, um eventuell die Durchsägung der Clavicula vornehmen zu können. Durchtrennung des Pectoralis major und minor in der Richtung des Hautschnittes, Entfernung von Blutgerinnseln, wobei sich ein arterieller Blutstrom ergoss. Stumpfe Isolirung der A. subclavia, welche fast quer zu 2 Dritteln an der Venenseite durchtrennt war. Vollständige Durchtrennung des Gefäßes und centrale so wie periphere Unterbindung mit Katgut. Naht der Muskulatur und Haut. Drainage. Nach Kochsalztransfusion und Anwendung von Excitantien erholt sich Pat. ziemlich rasch. Wundverlauf reaktionslos. Nach 3 Monaten konnte der Kranke ungestört seinem Berufe nachgehen. Keine Cirkulationsstörungen, kein Radialpuls.

Die Diagnose, welche in Z.'s Falle keine Schwierigkeiten bot, kann unter Umständen eine unklare sein, zumal wenn die primäre, kolossale Blutung fehlt (Enge des Wundkanals, Kleinheit der Wunde, Verschiebung der Muskulatur, Längsverlauf der Arterienwunde), oder wenn die Blutung bei Erscheinen des Arztes schon stand, und der stattgehabte Blutverlust der Beobachtung entgeht. In solchen Fällen kommt der Vorwölbung in der Gegend der Mohrenheim'schen Grube eine große Bedeutung zu, da bei Venenverletzung oder solcher einer kleineren Arterie die gespannte Muskulatur die Bildung eines derartigen Extravasates nicht gestattet. Bezüglich des operativen Eingriffes kommt wohl nur die Aufsuchung der Arterie an Ort und Stelle der Verletzung und ihre centrale so wie periphere Unterbindung in Betracht. Der atypische Schnitt senkrecht zum Schlüsselbein ermöglicht die Freilegung in gewisser Ausdehnung, so wie die eventuell sich notwendig erweisende quere Durchsägung der Clavicula, er empfiehlt sich aber noch aus dem Grunde, weil manchmal die äußere Wunde infraklavikulär sitzt, und trotzdem die Arterie hinter oder sogar über der Clavicula durchtrennt sein kann.

Gold (Bielitz).

Berichtigung.

In No. 12 des Centralblattes für Chirurgie vom 27. März 1897 berichtet Prof. Jonnesco aus Bukarest über »ein neues Verfahren der Radikalbehandlung der Leistenhernien«, welches wesentlich in der Verödung des Leistenkanals und in der Verstärkung der Bauchwand an diesem Ort besteht.

Dieser Vorschlag ist nicht neu, und sei es mir erlaubt, daran zu erinnern, dass ich schon im Jahre 1890⁽¹⁾ die Verödung des Leistenkanals und die Verstärkung der Bauchwand Behufs Radikalbehandlung der Leistenhernien vorgeschlagen und 1893⁽²⁾ über die Ausführung des Vorschlages berichtet habe.

Meiner Technik gleicht im Wesentlichen das Verfahren von Prof. Jonnesco.

Der Werth meines Verfahrens ist erwiesen durch die besten unmittelbaren und Dauererfolge bei etwa 70 von mir operirten Fällen.

Arezzo (Italien), den 15. April 1897.

Dr. A. Mugnat, Docent für Chirurgie.

¹⁾ Nuovo processo per la cura radicale delle ernie inguinali. Roma, 1890 e Riforma medica 1891 No. 90.

²⁾ 10 casi di ernia inguinale curati radicalmente con processo proprio. Arezzo, 1894.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18.

Sonnabend, den 8. Mai.

1897.

Inhalt: A. Wildt, Ersatz des harten Gaumens nach Oberkieferresektion durch Drehung der Nasenscheidewand. (Original-Mittheilung.)

1) Laehr, Lepra und Syringomyelie. — 2) Hoffa, Skoliose. — 3) La Bonnardière, Angeborene spastische Gliederstarre. — 4) Heymann, Laryngologie und Rhinologie. — 5) Sevestre, Tracheotomie. — 6) Thost, Trachealkanülen. — 7) Fowler, Intrathoracische Tuberkulose. — 8) Obalínský, Phlegmonen des hinteren Brustfellraumes. — 9) Marmariau, Kalte Abscesse am Brustkorb. — 10) Rose, Verfahren, den Urin beider Nieren getrennt aufzufangen. — 11) Scharff, 12) Wossidlo, Anästhesirung der Harnwege. — 13) Stierlin, 14) Bazi, Hoher Blasenschnitt. — 15) Harrison, Behandlung von Albuminurie. — 16) Bazy, Pyelonephritis. — 17) Floersheim, Prostatahypertrophie.

18) Hauser, Ein römisches Militärlazarett. — 19) Heidenhain, Traumatische Wirbelentzündung. — 20) Posner und Frank, Elastische Katheter. — 21) Conitzer, Prostata-tuberkulose. — 22) Kolischer, Papillom der Harnröhre. — 23) Partsch, Blasenverletzung. — 24) Severeanu, Blasensteine. — 25) Nitze, Harnleiterkatheter. — 26) Schwalbe, Nierenverlagerung. — 27) Lemon, 28) Tuffier, 29) Dayot fils, Hydronephrose. — 30) Tuffier, Nierentuberkulose. — 31) Routier, Pyelonephritis. — 32) Wikerhauser, Sarkom der Adnexe. — 33) Reinecke, Operationstisch. — 34) Braatz, Verbesserte Messergriffe.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Bürgerhospitals zu Köln a/Rh.)

Ersatz des harten Gaumens nach Oberkieferresektion durch Drehung der Nasenscheidewand.

Von

Dr. A. Wildt.

Am 3. Sitzungstage des XXI. Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 11. Juni 1892¹, trug Bardenheuer die von ihm ersonnene Methode der Bildung einer neuen Gaumenplatte nach Oberkieferresektion vor. Schon im Vorjahre hatte er diese Methode und ihre Entwicklung in der Festschrift für Thiersch² niedergelegt. Sein Verfahren war folgendes.

¹ Bardenheuer, Über Unterkiefer- und Oberkieferresektion. Archiv für klin. Chirurgie Bd. XLIV. p. 604—611.

² Bardenheuer, Vorschläge zu plastischen Operationen bei chirurgischen Eingriffen in der Mundhöhle. II. Resektionen des Oberkiefers. Archiv für klin. Chirurgie Bd. XLIII. p. 39—52.

Nach Resektion des Oberkiefers mit Einschluss der Gaumenplatte von dem bekannten Winkelschnitt aus trennte er den entstehenden Wangenschleimhautlappen in einen Wangenhaut- und einen Schleimhautmuskellappen; diese blieben an ihrem unteren Ende, der Oberlippe, in Zusammenhang. Der Schleimhautlappen diente zum Ersatz der Gaumenplatte, indem er so über den Defekt gezogen wurde, dass sein innerer (früher oberer Rand) mit dem Schleimhautwundrande der Gaumenplatte der anderen Seite sich vereinigen ließ, während sein hinterer Rand mit dem Wundrande des weichen Gaumens vernäht wurde.

Dieser Lappen allein genügte jedoch nicht zum definitiven Verschluss; die Nähte rissen ein, und der Lappen rollte sich nach seiner Wundfläche, also nach oben hin, auf. Es galt daher, diesem Schleimhautmuskellappen eine Stütze durch einen anderen Lappen zu geben, wodurch ihm gleichzeitig auch eine bessere Ernährung gesichert werden konnte. Zu diesem Zweck pflanzte Bardenheuer in den Defekt des harten Gaumens zunächst einen Stirnhautlappen so ein, dass seine Wundfläche nach der Mundhöhle, seine Epidermisfläche also nach oben sah. Als Basis gab er diesem Lappen das obere Augenlid und je einen etwa 1 cm breiten Hautstreifen zur Seite der beiden Augenwinkel. Um den freien Lidrand wurde der Lappen nach unten geschlagen, mit der Wundfläche nach vorn sehend. Die Spitze des Lappens wurde nun nach hinten gezogen, so dass der untere Theil des heruntergeklappten Lappens in den Defekt der Gaumenplatte zu liegen kam, Wundfläche nach unten. Der hintere Rand wurde mit dem Wundrande des weichen Gaumens vernäht; von den beiden seitlichen Rändern des Lappens wurde der innere mit dem Wundrande der Schleimhaut der Nasenscheidewand vereinigt. Der äußere Rand wurde mit der Wundfläche des durch Theilung des Wangenschleimhautlappens in erwähnter Weise gewonnenen Hautwangenlappens vernäht, und zwar in der Nähe der Furche, welche durch die Theilung entstanden war. Als letzter Akt der Plastik wurde der aus dem Wangenlappen gewonnene Schleimhautlappen über die nach der Mundhöhle sehende Wundfläche des Stirnlappens herübergezogen und in der angegebenen Weise an den Wundrand der Schleimhaut der anderseitigen Gaumenplatte, bezw. an den Wundrand des weichen Gaumens angenäht. Versenkte Nähte setzten die beiden Lappen in genaueren Kontakt.

Zum Schluss der ganzen Operation wurde der im Anfang der Operation gebildete Wangenlappen wieder an seiner alten Stelle vernäht. Seine Wundfläche kam also in Berührung mit der Wundfläche des oberen Theiles des Stirnlappens, mit der sie durch einige versenkte Nähte noch inniger verbunden wurde.

Sekundär wurde dann die Brücke des Stirnlappens ungefähr in der Höhe des unteren Orbitalrandes durchtrennt; der obere, ursprünglich untere Theil des Lappens wurde wieder nach oben geklappt und an seiner ursprünglichen Stelle angenäht. Der noch bleibende

Stirndefekt wurde nach Thiersch geschlossen. Hierbei musste man darauf achten, dass die Augenbraue in dem zurückzuklappenden Theil des Lappens enthalten war.

In späteren Fällen entnahm Bardenheuer einen Knochenperiosthautlappen aus der Stirn und bildete so mit Erfolg eine neue knöcherne Highmorshöhle.

Die Resultate dieses Verfahrens waren gut. Die Sprache litt kaum. Die Entstellung war eine geringe gegenüber den Resultaten der sonstigen Oberkieferresektionen ohne diese Plastik; die Wange blieb relativ prominent.

Die Technik dieses Verfahrens ist schwierig, besonders die richtige Implantation des Stirnlappens. Die Ausführung der Plastik nahm daher stets längere Zeit in Anspruch, ein Umstand, der nach einer eingreifenden Operation, wie die Resektion des Oberkiefers genannt werden muss, nicht gleichgültig erscheinen kann. Betreffs des kosmetischen Resultates war durch die Lappenentnahme von der Stirn eine größere Gesichtsentstellung gegeben. Es galt also, diese Plastik zu vereinfachen und womöglich einen festen, knöchernen Verschluss des Defektes zu erzielen.

Nach eingehenden Versuchen an der Leiche wandte Bardenheuer daher ein neues Verfahren an, welches darin besteht, dass er die Nasenscheidewand zur Deckung des Defektes des harten Gaumens benutzt. Dieselbe wird von dem vorderen Theil des Nasengerüstes und von der Schädelbasis gelöst und alsdann um ihren Ansatz am harten Gaumen, wie um ein Charnier, so herumgeklappt, dass sie horizontal zu liegen kommt. Mit ihren Rändern wird alsdann einerseits der weiche Gaumen, andererseits der Schleimhautwundrand des Wangenlappens vereinigt.

Eine ähnliche Idee hat allerdings schon früher Sabatier³ ausgesprochen für den Verschluss der angeborenen Gaumenspalte. Derselbe versuchte in einem Falle von einseitigem, angeborenen Gaumenspalt bei einem 14jährigen Mädchen die Nasenscheidewand zur Deckung des Defektes heranzuziehen. Er bildete mit Hammer und Meißel einen der Form und Größe des Defektes entsprechenden Lappen aus der Nasenscheidewand, indem er dieselbe zunächst von der Schädelbasis durch einen horizontalen Schnitt, dann vom vorderen Theil der Nase durch einen vertikalen Schnitt trennte. Er operirte hierbei vom Munde aus. Um nun die Scheidewand herumbrechen zu können, schnitt er am Nasenflügel der anderen Seite ein und gewann so Raum, um den Zeigefinger in die andere Nasenhöhle einführen zu können. Durch Fingerdruck suchte er alsdann die Scheidewand herumzulegen, was aber nicht gelang, indem dieselbe 5 mm oberhalb des Ansatzes an den harten Gaumen einbrach. Er

³ Sabatier, Procédé d'uranoplastie par rotation de la cloison nasale. Province méd. 1890. Oktober 11. p. 451.

replacirte daher die Scheidewand und schloss den Gaumenspalt nach Lannelongue. Wie Sabatier selbst angiebt, ging die erste Anregung zu diesem Versuch, welchen Sabatier kurz vor der erwähnten Veröffentlichung in Kürze auf dem internationalen medicinischen Kongress zu Berlin vortrug, von Claude Martin aus.

Die Technik Bardenheuer's nun ist folgende. Als Hautschnitt wählt er den alten, etwas modificirten Dieffenbach'schen Winkelschnitt, dessen vertikaler Schenkel von der Basis der Nasenwurzel auf der Mitte des Nasenrückens herabsteigt und median durch die Oberlippe geführt wird; der horizontale Schenkel des Schnittes verläuft von der Mitte der Nasenwurzel quer über die Nase bis zum inneren Augenwinkel, folgt von dort dem unteren Orbitalrande und verläuft dann wieder quer nach außen bis auf die Außenfläche des Jochbogens (siehe Fig. 1). Nach Abpräpariren des Wangenlappens wird nun zunächst die Resektion des Oberkiefers in typischer Weise ausgeführt. Alsdann wird die Nasenscheidewand in der in Fig. 2 dargestellten Weise durchtrennt.

Fig. 1.



Fig. 2.



Um die Scheidewand von der Schädelbasis zu lösen, setzt man die Knochenschere vorn etwas oberhalb der Grenze des knöchernen und knorpeligen Nasengerüsts ein; zunächst wird der Schnitt eine kurze Strecke horizontal, parallel der Schädelbasis nach hinten geführt und verläuft dann in sanftem Bogen nach abwärts bis zum Ansatz der Scheidewand an den harten Gaumen. Vom vorderen Theil des Nasengerüsts löst man die Scheidewand durch einen parallel dem Nasenrücken in kurzer Entfernung von demselben nach abwärts bis dicht über die Verbindungsstelle von hartem Gaumen und Scheidewand verlaufenden Schnitt. Derselbe beginnt oben an derselben Stelle, wo der die Scheidewand von der Schädelbasis lösende Schnitt beginnt, so dass hier die beiden Schnitte im stumpfen, nach hinten offenen Winkel zusammentreffen. Vom unteren Ende des parallel

dem Nasenrücken geführten Schnittes aus führt man einen Schnitt horizontal dicht der Naht entlang durch das vordere Drittel der Nasenscheidewand. Die Blutung bei dieser Mobilisirung der Nasenscheidewand ist kaum nennenswerth.

Dadurch, dass man in der Vereinigungslinie von Nasenscheidewand und hartem Gaumen das vordere Drittel der ersteren durchtrennt, wird die Gefahr vermieden, dass die Scheidewand beim Umbrechen derselben etwa höher als an ihrem Ansatz abbricht, eine Gefahr, an der Sabatier's Versuch scheiterte. Es wird dadurch in der Ansatzlinie ein »Locus minoris resistentiae« gegenüber der niederdrückenden Kraft gebildet. Auf solche Weise wird bedeutend einfacher das Ziel erreicht, welches Sabatier durch seinen Vorschlag zu erreichen suchte, bei der angeborenen, einseitigen Gaumenspalte den nach der Spalte zu sehenden Rand der anderseitigen Gaumenplatte zu incidiren und etwa in der vorderen Hälfte bis 2 Drittel der Verbindung von Scheidewand und Gaumen den Knochen zu durchmeißeln, um so den Widerstand gegen die Umlegung zu brechen.

Hierauf wird der Wangenlappen in gleicher Weise, wie bei der früheren Methode, indess nicht in der gleichen Ausdehnung, in einen Schleimhautmuskellappen und einen Hautlappen getrennt. Es ist der Wangenlappen ja an der inneren Seite in seinem unteren Abschnitt bedeckt von der Schleimhaut der Wange und der Tasche zwischen dem Zahnfortsatz des Oberkiefers und der Lippe. Während es nun bei dem früheren Verfahren darauf ankam, von dieser Schleimhaut möglichst viel zu erhalten, da sie zum Ersatz des harten Gaumens mit herangezogen werden sollte, ist dies jetzt nicht mehr so nothwendig, weil sie ja nur an die die Gaumenplatte ersetzende Nasenscheidewand angenäht werden soll. Man kann also an den Stellen, wo sich der Tumor der Schleimhaut genähert hat, ein viel reichlicheres Stück derselben excidiren, im Hinblick auf die häufigen Recidive ein nicht zu unterschätzender Vorthail. Die Trennung wird in der Weise ausgeführt, dass man, eben so wie bei der früheren Methode, den oberen Rand der Schleimhaut mit 2 Pincetten fasst und nach innen zieht. Durch Schnitte, welche oberhalb dieses Randes von innen oben nach außen unten in die Dicke des Wangenlappens eindringen, wird dieser in den Schleimhautmuskellappen und den Hautlappen geschieden. Es hat jedoch diese Scheidung viel weniger weitgehend zu sein wie bei dem früheren Verfahren; es soll nur eine Furche zur Aufnahme des Wundrandes der Nasenscheidewand gebildet werden, wozu die Bildung eines Schleimhautlappens von etwa 1 cm Breite genügt.

Es folgt nun das Herumbrechen der Nasenscheidewand. Der aus der Scheidewand gebildete Knochenschleimhautlappen wird an seiner vorderen und oberen Ecke erfasst und so weit nach außen gezogen, dass zunächst 1, dann 2 Finger durch die Spalte in die Nasenhöhle der anderen Seite eingeführt werden können. Es ge-

lingt dies leicht, ohne dass dabei eine Fraktur zu befürchten ist; denn hier, an der oberen und vorderen Ecke des Lappens, besteht dieser neben dem beiderseitigen Schleimhautüberzug aus Knorpel, und etwas rückwärts davon liegt die Verbindung von Lamina perpendicularis und Vomer, so dass an dieser Stelle die Scheidewand leicht etwas nachgiebt. Indem man nun die Fingerspitzen bis auf den Grund des unteren Nasenganges führt und die Finger auf die ganze Fläche des Lappens auflegt, wird dieser unter gleichmäßigem Druck herumgelegt und bricht, oder biegt sich auch, wie die Experimente und die Erfahrung zeigen, stets in oder ganz dicht an der Nahtverbindung von Vomer und harter Gaumenplatte um, wo ja auch der untere horizontale Theil des Schnittes einen Locus minoris resistentiae gebildet hat.

Diesen Theil der Operation veranschaulicht Fig. 3, wo die Nasenscheidewand halb herumgelegt gedacht ist.

Fig. 3.



Nachdem nun die Nasenscheidewand bis zur Horizontalen herumgelegt ist, wird an die hintere Hälfte des früher oberen Randes des Lappens der Wundrand des weichen Gaumens angenäht. Dadurch wird die Nasenscheidewand in ihrer neuen Lage bereits hinreichend fixirt. Als Nahtmaterial dient nur Katgut oder Seide. An die andere Hälfte des früher oberen, jetzt äußeren Randes des Lappens wird der hintere Theil des nach innen gezogenen Randes des Schleimhautlappens, der aus dem ganzen Wangenlappen gebildet wurde, angenäht. Der vordere Rand des Lappens wird mit dem vorderen Theil des Schleimhautlappens vereinigt, also mit demjenigen Theil, welcher größtentheils

der Lippe resp. der Backentasche entspricht. Dabei lagert sich successiv der ganze Wangenlappen wieder in seine frühere Lage. Zuletzt werden dann die Wundränder der äußeren Haut und der Lippe wieder vereinigt.

In dem auf diese Weise operirten Falle hatte die 64jährige Pat. seit 4 Monaten eine Anschwellung der linken Gesichtshälfte bemerkt, welche ohne Schmerzen zu erregen wuchs; zeitweise war Nasenbluten aus dem linken Nasenloch aufgetreten.

Die Pat. stellt sich vor mit einer fast faustgroßen Auftreibung der Gegend des linken Oberkiefers und starkem linksseitigen Exophthalmus. S = 20 : 200. Die Beweglichkeit des Bulbus ist stark beschränkt. Am Augenhintergrunde sind keine Veränderungen zu bemerken. Der linke Nasengang ist ganz ausgefüllt von einer bei Sondenuntersuchung blutenden Tumormasse. Auch im Nasen-Rachenraum ist der Tumor zu fühlen. Die Gaumenplatte ist nicht vorgewölbt. Die den Tumor bedeckende Haut ist verdünnt und geröthet.

Diagnose: Sarcoma maxillae sup. sin.

Am 7. August 1896 wurde nun am hängenden Kopfe von dem erwähnten Winkelschnitt aus die Resektion des Oberkiefers und des Jochbeines ausgeführt. Der Tumor ist in den Siebbeinhöhlen verbreitet und wird von dort mit dem Hohlmeißel entfernt, wobei an einer Stelle die Basis cranii bis auf die Dura mater mit fortgenommen werden musste. Wegen Collaps der Pat. wurde der plastische Theil der Operation verschoben und der Wangenlappen in seiner alten Lage befestigt.

Nach 11 Tagen, am 18. August 1896, wird in einer 2. Sitzung zunächst das linke Auge nach Anfrischung der Lidränder vernäht und alsdann der Wangenlappen wieder zurückgeschlagen. Die Nasenscheidewand wird nun zunächst in der oben beschriebenen Weise durchtrennt, herumgeklappt und ihr hinterer Rand mit dem angefrischten Wundrande des weichen Gaumens vernäht. Von der Schleimhaut des Wangenlappens wird an der Stelle, welche dem Os zygomaticum entspricht, noch ein ca. $\frac{3}{4}$ cm breiter Streifen, weil dem Sitz des Tumors zu sehr genähert, excidirt. Alsdann wird in bekannter Weise der Schleimhautmuskel lappen von dem Hautwangenlappen getrennt und der erstere, wie oben angegeben, mit den Rändern der Nasenscheidewand vernäht, was sehr leicht gelingt.

Es blieb nur noch eine Wundfläche an dem Hautlappen der Wange. Um diese zu decken, entnahm Bardenheuer einen ca. 4 cm langen und 2 cm breiten Hautlappen von der Stirn mit der Basis am inneren Augenwinkel. Dieser Lappen wird nun so heruntergeklappt, dass seine Epidermis nach innen sieht. Mit seinem jetzt oberen Rande wird er unterhalb und etwas nach hinten vom Wundrande des unteren Augenlides, etwa an der Stelle, wo die untere Grenze des M. orbicularis oculi liegt, angenäht. Jetzt wird, indem der Wangenhautlappen langsam zurückgeklappt wird, der untere Rand dieses Stirnlappens an die Wundfläche des Wangenlappens befestigt und zuletzt der ganze Wangenlappen in seiner ursprünglichen Lage vernäht. Es kommen also die Wundflächen des Stirn- und Wangenhautlappens in genaue Berührung. Ausgestopft wird die Wundhöhle von außen oben, wo in der Naht eine Öffnung gelassen war. Der Stirndefekt wurde nach Thiersch gedeckt.

Die ersten 2 Tage wurde die Pat. mit Nährklystieren und die nächstfolgenden Tage durch die Schlundsonde ernährt. Der Wundverlauf war afebril, die Nähte hielten vorzüglich. Nur im hinteren Theil des osteoplastischen Lappens stieß sich am 8. Tage nach der Plastik eine kleine, dreieckige Partie der oberflächlichen Schleimhautlagen nekrotisch ab. Am 20. September wurde die Pat. entlassen. — Der Erfolg der Plastik ist recht gut. Die Pat. isst und trinkt ohne jede Störung, ihre Sprache hat nicht gelitten. Die Wange ist relativ prominent, die Nase ist nicht eingefallen. Das Resultat wird nur durch ein stärkeres Ödem des oberen Augenlides beeinträchtigt, jedenfalls eine Folge der Schnittführung entlang dem unteren Orbitalrande und ansteigend am äußeren Rande desselben nach oben; letzterer Theil der Schnittführung war nothwendig, weil das Os zygomaticum mit entfernt werden musste.

Die Vortheile dieses neuen Verfahrens nun sind folgende. Mit dem früheren Verfahren gemeinsam hat es den völligen Abschluss von Mund- und Wundhöhle und verringert somit die Infektionsgefahr bedeutend gegenüber den Fällen ohne Plastik. Auch die Sprache wird dadurch besser erhalten. Die neue Methode zeichnet sich vor der älteren aus durch ihre leichtere Ausführbarkeit, die weit geringere Gesichtsentstellung, den geringeren Blutverlust, die kürzere Zeitdauer und vor Allem dadurch, dass eine wirklich feste Gaumenplatte gebildet wird. Durch letzteren Umstand wird der Zunge sowohl beim Kauen als beim Sprechen ein wirklich fester Widerhalt geboten und dadurch ein bedeutend besseres funktionelles Resultat erzielt. Auch gegen die narbige Einziehung der Wange bildet die feste, neue Gaumenplatte eine weit sicherere Stütze als der aus

Weichtheilen gebildete Gaumen, und garantirt also auch ein kosmetisch besseres Resultat. Ein Nachtheil aus der Entfernung eines großen Theiles der Nasenscheidewand von seiner ursprünglichen Stelle hat sich weder für die Sprache, noch für die Erhaltung der Nasenform ergeben.

Wenn man dies neue Bardenheuer'sche Verfahren in seiner Einfachheit und leichten Ausführbarkeit betrachtet, so wird man zugeben müssen, dass, wenn man nicht auf den plastischen Ersatz des harten Gaumens verzichten will, dies Verfahren sowohl das einfachste als auch, was den Erfolg angeht, das sicherste und aussichtsvollste genannt werden darf.

1) **M. Laehr.** Lepra und Syringomyelie. Differentialdiagnostische Bemerkungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 3.)

Den Anschauungen mancher Autoren, dass die Syringomyelie und die Morvan'sche Krankheit, wenigstens in der überwiegenden Anzahl der Fälle, keine selbständige, sondern nur lepröse Krankheitsformen darstellen, tritt L. entgegen und führt nach ausführlicher Besprechung dieser Erkrankungen und ihrer Kriterien aus, dass die Differentialdiagnose zwischen ihnen, wenn auch unter Umständen schwierig, so doch möglich ist, dass also Lepra und Syringomyelie nicht nur ätiologisch und anatomisch, sondern auch vom klinischen Standpunkt von einander wohl zu trennende Krankheiten sind. L. betont, dass auf den verschiedenen anatomischen Sitz beider Erkrankungen bei der Differentialdiagnose Rücksicht genommen werden müsse; denn die Lepra ist eine multiple Affektion der Haut und peripherischen Nerven, die Syringomyelie eine centrale Erkrankung bestimmter Rückenmarksabschnitte. Die für die Differentialdiagnose hauptsächlich in Betracht kommenden Momente hat L. in seiner Abhandlung erschöpfend hervorgehoben. **Gold** (Bielitz).

2) **A. Hoffa.** Das Problem der Skoliosenbehandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Der orthopädischen Chirurgie bereitet die Behandlung der Skoliose immer noch die größten Schwierigkeiten. Nach H. muss der Orthopäd, soll die Skoliosenbehandlung eine rationelle sein, dahin streben, die Wirbelsäule zu »deskoliosiren« und diese in der der pathologischen Haltung der Wirbelsäule entgegengesetzten Haltung zu fixiren. Gymnastik und modellirendes Redressement sind die Mittel, die gewissermaßen ein System pseudoankylotischer Gelenke darstellende skoliotische Wirbelsäule wieder beweglich zu machen. Durch Zuhilfenahme einer ganzen Reihe von Apparaten, welche im Großen und Ganzen den Zweck verfolgen, die an der konkaven Seite der verkrümmten Wirbelsäule geschrumpften Bänder und Muskeln zu

dehnen, wird eine Mobilisierung der Wirbelsäule auf passivem Wege erstrebt. Der Endzweck des passiven Redressements ist nach H. der, die Wirbelsäule so beweglich zu machen, dass es die Pat. allmählich lernen, ihre Skoliose selbst aktiv umzukrümmen, eine Aufgabe, welche nur zum Ziel führen kann, wenn die Selbstredression von allem Anfang an systematisch geübt wird. Ist die Möglichkeit einer völligen Überkorrektur der skoliotischen Wirbelsäule durch fortgesetzte Übungen, welche H. ausführlich beschreibt, erreicht, so ist der Zeitpunkt gekommen, die Wirbelsäule in der überkorrigierten Stellung durch einen Gipsverband zu fixieren, welcher von den Achseln herab den ganzen Rumpf, das Becken und den Oberschenkel bis zum Knie umfasst, wodurch die nach Kräften zu erstrebende Lordose der Lendenwirbelsäule erreicht wird. Nach Abnahme des Verbandes (2—4 Monate) bleiben die Kinder unwillkürlich noch 8—10 Tage lang in ihrer »deskoliosierten« Haltung. Diese Zeit benutzt H., um ihnen ein Stützkorsett nach Hessing'schem Modell machen zu lassen. Damit erscheint die Behandlung, welche selbst in schweren Fällen eine tadellose Haltung des Oberkörpers erreichte, jedoch noch nicht abgeschlossen; es muss die Rückenmuskulatur durch täglich fortgesetzte gymnastische Übungen und Massage des Rückens weiter geübt werden. Selbstredend sind nur solche Skoliosen mit Erfolg zu behandeln, bei welchen noch die Mobilisation der Wirbelsäule möglich ist. Eine ambulante Behandlung ist nicht am Platze; sie leistet beim besten Willen nichts; skoliotische Kinder gehören in eine gut geleitete orthopädische Anstalt. Gold (Bielitz).

3) J. La Bonnardière. Traitement orthopédique des affections tabéto-spasmodiques infantiles particulièrement de la maladie de Little.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 6.)

Zur Behandlung der angeborenen spastischen Gliederstarre verfährt Vincent, dessen Methode von dem Autor dargestellt wird, folgendermaßen. In Chloroformnarkose wird zunächst untersucht, ob die Kontrakturen sich lösen und mittels Gipsverbänden und späterhin orthopädische Maschinen ausgleichen lassen, oder auf fibrösen Retraktionen der Muskeln beruhen. Im letzteren Fall Tenotomien eventuell mit subkutaner Durchschlagung der Adduktoren und nicht zu ausgiebige Ausgleichung der Deformität, um die Sehnen funktions- und für die spätere methodische Übung fähig zu erhalten. Unmittelbar nach deren Geraderichtung Fixierung des Erfolges in Gipsverbänden in starker Spreizstellung der Beine. Nach 30 bis 40 Tagen Massage, Elektrisation, Übungen nebst Gebrauch von Kal. bromatum oder jodatum. Die ersten Gehübungen werden durch einen orthopädischen Stützapparat erleichtert, der Knie- und Fußgelenke in der Regel feststellt und nur die Hüftbewegungen gestattet, oder erst die Beine freigibt und die Hüften fixiert — je nach

Umständen. Ein specialisirtes Bild der Erfolge der Behandlung giebt der Autor nicht, sondern führt nur 11 günstige Fälle auf, welche ergeben, dass die Kinder, welche vorher nie stehen noch laufen konnten, im Krankenhaus wenigstens mit Stützen sich vorwärts bewegen, nach weiterem Verlauf (bis zu 3 Jahren Beobachtung) mit anderen Kindern ihres Alters spielen, sich »fast so gut«, wie diese bewegen können und sich auch nach der Seite des Allgemeinbefindens hin gut entwickeln. (In der Kritik der sonstigen therapeutischen Maßnahmen durch den Autor vermisst man den Heussnerschen ingeniösen Apparat, dessen lebendige Federkraft der vom Autor urgirten »éducation méthodique des membres« noch viel mehr zu entsprechen scheint, als sein stabiler Tutor. Ref.)

Hermann Frank (Berlin).

4) P. Heymann. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie.

Wien, A. Hölder, 1896. Lieferung 3—5.

Die 3. und 5. Lieferung stellen den Beginn des 3. Bandes dieses groß angelegten Werkes dar, welcher den Erkrankungen der Nase gewidmet ist. Sie enthalten die Anatomie und Entwicklungsgeschichte, dargestellt von v. Mihalkovics, einem auf diesem schwierigen Gebiete selbst mit Erfolg thätigen Forscher; die Histologie der Nasenschleimhaut aus der Feder P. Schiefferdecker's und die Physiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen, bearbeitet von Saule.

Die 4. Lieferung bringt die Darstellung der Anatomie des Kehlkopfes durch Zuckerkandl zu Ende, enthält ferner ein Kapitel über die Entwicklung des Kehlkopfes und der Luftröhre von demselben Autor, die Histologie der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut, vom Herausgeber Heymann bearbeitet, und beginnt das Kapitel über die Physiologie des Kehlkopfes in der Darstellung von J. R. Ewald.

Die vorliegenden Lieferungen reihen sich in jeder Beziehung würdig den ersten beiden, hier schon besprochenen, an. Besonders sei wiederum auf die vorzüglichen Abbildungen hingewiesen, wie überhaupt die Ausstattung seitens der Verlagsbuchhandlung eine glänzende ist.

Teichmann (Berlin).

5) Sevestre (Paris). Parallèle entre la trachéotomie et le tubage dans le croup.

(Progrès méd. 1897. No. 6.)

Mit der Einführung der Serumbehandlung hat die »Tochter zweier Väter«, Bouchut's und O'Dwyer's, sich rasch in Frankreich eingebürgert und verdrängt die Tracheotomie, die seiner Zeit durch die Autorität Trousseau's Alleinherrscherin geworden war, immer mehr. Mit dem verbesserten Instrumentarium ist die Technik nicht allzu schwer zu erlernen, und hat gegenüber der Tracheotomie die Tubage den großen Vortheil, dass sie rascher und mit weniger Assistenz als jene

ausgeführt werden kann und dann die weitere Badebehandlung nicht hindert. Dem gegenüber steht der Nachtheil, dass die Technik besonders geübt werden muss, die Nachbehandlung aber nicht, wie bei der Tracheotomie, in Händen von Laien bleiben kann, wegen der Leichtigkeit des Aushustens der Kanüle und der Nothwendigkeit, dieselbe öfter zu wechseln. Sie bleibt deshalb die Methode der Wahl nur dann, wenn der Kranke unter dauernder direkter Aufsicht des Arztes bleibt; sonst ist die Tracheotomie indicirt.

Roesting (Hamburg).

6) A. Thost. Über Trachealkanülen.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. No. 12.)

Nach den Erfahrungen, welche Verf. bei der Nachbehandlung Tracheotomirter zur Wiederherstellung des normalen Luftweges mit den verschiedenen Kanülen gemacht hat, bevorzugt er am meisten die Durham'sche Kanüle, weil bei ihr eine Verletzung der hinteren Luftröhrenwand durch den unteren Rand der Kanüle vermieden wird, weil ihre Biegung mehr dem Winkel entspricht, den der Wundkanal mit dem eröffneten Trachealrohr bildet, und weil das Schild der Kanüle mit dem Rohr nicht starr verbunden ist, sondern je nach der Schwellung der Weichtheile an dem horizontalen Schenkel des Rohres verschoben werden kann. Dadurch kann auch der Druck auf die hintere Trachealwand vermieden oder, wenn derselbe, wie bei Verbiegungsstenosen, erwünscht ist, verstärkt werden. Auch die Vortheile der Gersuny'schen Kanüle mit ihrem der Wundöffnung angepassten längsovalen Querschnitt und ihrem sich verjüngenden unteren Ende sind bei der Konstruktion neuer Kanülenformen zu beachten. An Stelle der Fenster in den »Sprechkanülen« bewähren sich Haarsiebe, welche der Luft den Durchtritt bequem gestatten, aber das Hineinwuchern von Granulationen in die Kanüle verhindern. Die mit Haarsieben vergitterten Fenster müssen aber so weit zurückgelagert werden, dass sie in die Lichtung der Luftröhre, nicht aber innerhalb des Wundkanals, vor Allem nicht an den inneren oberen Wundwinkel zu liegen kommen. Jede Kanüle müsste ferner, um den Reiz beim Wechseln und das Drücken des Wundkanals zu vermeiden, einen konisch geformten Obturator mit festem Handgriff haben, mittels dessen man dieselbe rasch, schonend und sicher selbst in stark verengte Wundkanäle wieder einführen kann. Wenn irgend möglich, ist die Tracheotomia inferior zu machen, weil sich gezeigt hat, dass in den Fällen, wo Stenosen, speciell Granulationsstenosen beobachtet wurden, fast ausschließlich die Tracheotomia superior gemacht war. Wichtig erscheint ferner, dass bei der Operation der Einschnitt in die Luftröhre möglichst ausgiebig und der Größe der einzulegenden Kanüle entsprechend gemacht wird, und dass die entzündete und verdickte Schleimhaut recht vollkommen durchtrennt wird. Schließlich müsste es sich nach Verf.s Beobachtungen empfehlen, nach dem Einschnitt beiderseits von der vorderen Wand der

Luftröhre so viel zu reseciren, dass ein Einbiegen der Knorpel und dadurch ein spornartiges Hineindrängen der Schleimhaut von hinten her in die Lichtung vermieden wird. Zu dieser Resektion eignet sich vorzüglich das Hartmann'sche Konchotom. Als Material für die Kanülen kommt schon wegen der Schraubenvorrichtung und der Haarsiebfenster nur Silber oder Neusilber in Betracht.

Teichmann (Berlin).

7) **G. Fowler.** The surgery of intrathoracic tuberculosis.

(Annals of surgery 1896. November.)

Die vorliegende Arbeit enthält eine auf genauer Kenntnis der Litteratur beruhende Darstellung der bisher bei den tuberkulösen Erkrankungen der Pleura, der Lunge, des Perikards und der Mediastinalräume gemachten chirurgischen Erfahrungen. Sie wird deshalb jedem auf diesem Gebiet Arbeitenden willkommen sein. Bindende Schlüsse zieht jedoch Verf. aus dem Mitgetheilten eben so wenig als er die Kasuistik um eigene Beobachtungen bereichert. Es möge daher genügen, auf dieselbe hingewiesen zu haben.

Tietze (Breslau).

8) **A. Obaliński** (Krakau). Beitrag zur operativen Behandlung der Phlegmonen des hinteren Brustfellraumes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 50.)

Um zu Erkrankungsherden der Wirbelkörper oder des hinteren Brustfellraumes zu gelangen, werden mehr oder weniger umfangreiche Resektionen der Rippen in der Gegend ihres Ursprungs vorgenommen, die Wandpleura von den Rippenköpfchen und Wirbelkörpern abgelöst (Winkelschnitt nach Nasiloff, T-Schnitt nach Vincent, gerader Längsschnitt linkerseits nach Quénu-Hartmann). Der wichtigste Akt, die Ablösung der Pleura parietalis von den Rippenköpfchen und Brustwirbelkörpern, verläuft anstandslos, andere Male kommt es zu Pleuraeinrissen und Pneumothorax, wobei Verf. durch sofortigen Verschluss und aseptische Tamponade die Entstehung einer eitrigen Pleuritis umgangen hat. Die Anzeigen zu dieser Operation sind gewöhnlich folgende: a) Halsphlegmonen, die sich in den hinteren Brustfellraum senken oder selbständige Phlegmonen des hinteren Mediastinums; b) ein neben der Wirbelsäule auftretender Abscess oder eine am Thorax oder in der Lendengegend auftretende Fistel bei Wirbelcaries etc.; endlich c) Fremdkörper im Ösophagus mit genau lokalisirtem Sitz.

Die akute Phlegmone des hinteren Mediastinums ist eine seltene Erkrankung (3mal in 13 Fällen der zusammengestellten Kasuistik). Hervorzuheben sind noch 2 Fälle, die ihren Ausgang nahmen von einer akuten Brustwirbelostitis. Verf. selbst hat im Ganzen 5 hierhergehörige Fälle mit günstigem Erfolg operirt.

Hinterstolssner (Teschen).

9) **J. Marmariau.** Contribution à l'étude des abcès froids de la paroi thoracique latérale, des abcès d'origine pleurale.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896. 91 S.

Der Werth dieser Dissertation beruht, abgesehen von einer mit Genauigkeit bearbeiteten historischen Einleitung und Beschreibung des oben bezeichneten Themas, auf einer großen Reihe von Beobachtungen, welche theils von anderen namhaften Autoren, theils vom Verf. selbst herrühren, welche letztere derselbe ausführlich mittheilt. Auf Grund derselben kommt M. zu folgenden Schlüssen: Außer den kalten Abscessen des Thorax, welche ihren Ursprung in einem Erkrankungsprocess der Rippen haben, muss man auch jenen Abscessen eine erhöhte Aufmerksamkeit schenken, welche aus primären Erkrankungen der Pleura hervorgehen. Die letzteren sind zweifellos häufiger als man denkt und nur deshalb so selten beobachtet und beschrieben worden, weil man die Ursache des Abscesses einfach zu meist in einer Erkrankung des Skelettes zu suchen gewohnt war. Dass es solche Abscesse pleuralen Ursprungs giebt, beweist M. durch eine Reihe von klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen, in welchen ihr Zusammenhang mit Zerstörungen der Pleura (Leplat) erwiesen war. Diese pleuralen Abscesse zeichnen sich durch Schmerzlosigkeit aus und erreichen dabei oft eine beträchtliche Größe, ohne den Träger besonders zu belästigen. Die Rippenresektion ist bei ihnen nur als Hilfsoperation anzusehen, die den Zugang zur subkostalen Pleuratasche ermöglicht, deren Befreiung von fungösen Massen durch Ausschabung und Aufdeckung von durch Fistelkanäle communicirenden weiteren Herden mit besonderer Sorgfalt vorgenommen werden muss, um eine vollständige Heilung sichern zu können.

Gold (Bielitz).

10) **H. Rose.** Ein neues Verfahren, bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen.

(Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 5.)

R. beschreibt ein anscheinend sehr zweckmäßiges, einfaches Instrument zum Abfangen des Urins aus den Harnleitern, auf welches wir kurz aufmerksam machen, indem wir Betreffs der Details, so wie der Abbildungen auf das leicht zugängliche Original verweisen. Die zu untersuchende Frau wird, nachdem die Blase entleert und ausgespült, in steile Beckenhochlagerung gebracht und das R.'sche Instrument, ein 1 cm Lichtweite messendes, 5 1/2 cm langes, am vesikalen Ende schräg abgeschnittenes cylindrisches Speculum eingeführt, wonach sich die Höhlung der Blase mit Luft füllt und nach unten bezw. für die kopfabwärts liegende Frau nach oben ausdehnt; Harnröhre und Harnleitermündungen liegen in der Blase zu oberst. Durch geeignete Drehung des Speculums ist jede Harnleitermündung unschwer für sich einzustellen, und mittels der schräg geschnittenen Speculummündung lässt diese Partie der Blase sich zum festen An-

schmiegen an das Instrument bringen, welches nun von dem einsprudelnden Urin gefüllt wird. Man entnimmt denselben aus der Speculumröhre mit einer Spritze. Die zweite Körperseite wird untersucht, nachdem die Blase zuvor in aufgerichteter Stellung der Frau neuerdings katheterisirt und gespült worden. Die beschriebene Methode wird vom Autor als völlig sicher, frei von Infektionsgefahr und als ungefährlich, da Narkose überflüssig, bezeichnet. Cocainisirung scheint nothwendig, nachfolgende Inkontinenz nicht zu befürchten. Der Preis des bei Bolte Nachf. in Hamburg käuflichen Speculums beträgt 9 *M.*

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

11) P. Scharff. Über Erzeugung von Analgesie in den hinteren Harnwegen.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 1.)

S. empfiehlt zur Herbeiführung der Analgesie im Bereich der hinteren Harnwege den faradischen Strom oder zur Ersparung des Reizes bei Einführung von Instrumenten in Harnröhre und Blase die Applikation der Nervina in wässriger Lösung vom Mastdarm aus. Er bedient sich u. A. folgender Lösung: Morph. mur. 0,3 Atropini sulf. 0,01 Aq. dest. 100,0. 2,5—5 g dieser Lösung als Klysma sollen genügen, um völlige Analgesie zu erzeugen.

F. Krumm (Karlsruhe).

12) H. Wossidlo. Das Eukaïn als lokales Anästheticum der Harnröhre und Blase.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 2.)

W. erreichte durch Applikation von 1—2 g einer 2%igen Lösung des Eukaïnium hydrochloricum eine für alle endourethralen Eingriffe und die Cystoskopie ausreichende Anästhesie. Dasselbe ist weniger giftig und billiger wie Cocain und erträgt Sterilisation durch Kochen, ohne zersetzt zu werden.

F. Krumm (Karlsruhe).

13) R. Stierlin. Zur Technik des hohen Steinschnittes.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 293.)

Der Kern der S.'schen Mittheilung liegt in der Empfehlung der Anheftung der Blasenwand an die Bauchwandwundränder für die ersten Nachbehandlungstage der Sectio alta, der von S. sogenannten »Ventrofixation der Blase«. Die einschlägigen Erfahrungen des Verf. sind keine geringen, da er als Hospitalarzt in Sofia (Bulgarien) von 1893—1896 41 Blasensteine in Behandlung bekam, von welchen die männlichen Pat. (37) mit Sectio alta, die weiblichen (2) mit Sectio vaginalis behandelt wurden (2 Fälle kamen nicht zur Operation). Von den 37 hohen Steinschnitten endigten 4 = 10,8% tödlich. Während 3 dieser Fälle an wahrscheinlich schon vor der Operation bestehender eitriger Pyelitis starben, ging ein Fall, der erste des Verf., welcher mit Blasenschluss durch Naht versorgt war, an Un-

dichtwerden der Naht und Urininfiltration zu Grunde. Seitdem hat S. die Blasennaht aufgegeben. Als Grund, die Blasennaht zu meiden, führt S. auch die Konkrementbildung um die versenkten Nahtfäden an. Bei Benutzung von Seidenfäden ist diese Konkrementbildung wiederholt beobachtet; für ausgeschlossen hält sie S. auch bei Katgutnähten nicht. S. legt beiderseits 1—2 Blasen-Bauchfixationsnähte mit starker Seide an, die er spätestens nach 3 Tagen entfernt. Außerdem gebraucht er einen weichen Dauerkatheter, durch welchen Spülungen gemacht werden. Die durchschnittliche Hospitalbehandlungsdauer betrug 39 Tage.

Nach S.'s Erfahrungen ist Bulgarien als ein blasensteinreiches Land zu betrachten; einige bestimmte Ortschaften schienen besonders disponirt. Was das Alter der S.'schen Steinkranken betrifft, so fielen auf das 1.—5. Lebensjahr über $\frac{1}{3}$, auf das 6.—10. fast $\frac{1}{4}$, auf das 1. Lebensdecennium weit über die Hälfte der Fälle.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

14) **Bazi.** Sur un travail de M. Mougeot (Chaumont), intitulé: Cystostomie sus-pubienne.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 124.)

Unter Mittheilung einer Anzahl theils von Mougeot, theils von ihm selbst beobachteter Fälle spricht sich B. ziemlich energisch gegen den von einigen Chirurgen getriebenen Missbrauch mit der Anlegung einer Blasenfistel aus und fasst seine Ansichten in folgenden Schlussfolgerungen zusammen: 1) Der Blasenschnitt mit einer temporären oder definitiven Fistel ist namentlich indicirt bei Schmerzen, deren Ursache in einer Blasenkrankung liegt, bei Blutharnen und Infektionen mit subakutem Verlauf, welche der Verweilkatheter nicht zu beseitigen vermocht hatte. 2) Er ist ohnmächtig bei akuter septischer Infektion, kann und muss aber doch in einem solchen Falle versucht werden. 3) Bei schmerzhaftem Katheterismus lässt sich der Blasenschnitt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch verschiedene Mittel ersetzen, namentlich den Verweilkatheter. 4) Ausnahmsweise muss man zum Blasenschnitt schreiten bei falschen Wegen und schwierigem Katheterismus. 5) Eine noch seltenere Indikation ist die Unmöglichkeit des Katheterismus.

Reichel (Breslau).

15) **R. Harrison.** On the treatment of some forms of albuminurie by acupuncture.

(New York med. record 1896. No. 7.)

H. weist auf seine frühere Publikation »Über die Beziehung des intrarenalen Druckes zur Albuminurie und 3 Fälle von Verschwinden des Eiweißes nach Punktion oder Incision der Kapsel« hin. Diese Operationen wurden nicht zur Behandlung der Albuminurie ursprünglich unternommen, sondern um irgend welche vermuthete andere Nierenerkrankungen zu entdecken, die nach dem Einschnitt vergeh-

lich gesucht wurden (Lancet 1896. Januar 4). Newman berichtete aus Glasgow ebenfalls 2 Fälle, in denen die Eiweißausscheidung nach Festlegung der Wandernieren aufhörte. Aus einer Privatmittheilung von Dr. Höber aus Homburg erwähnt Verf. eines weiteren Erfolges einer Incision wegen vermutheter Niereneiterung, die nur Blut ergab, aber Aufhören der Albuminurie (nach Influenza) bewirkte.

Bei genauerer Betrachtung dieser Fälle glaubt H. zu dem Schluss berechtigt, dass das Verschwinden des Albumens in direktem Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff steht: »Das Organ befindet sich in einem Zustand der Spannung, als Resultat der entzündlichen Hyperämie oder auch in Folge mechanischer Gefäßobstruktion«. Die Palpation bei verschiedenen Operationen gab ebenfalls Gelegenheit, sich von den äußerst verschiedenen Spannungsverhältnissen »bald schlaff«, bald »wie eine zum Platzen reife Pflaume gespannt«, zu überzeugen. Glaucoma und Orchitis acuta sollen entsprechende Zustände sein; bei letzterer führte Henry Schmidt mit kleinen Incisionen nicht nur unmittelbaren Schwund der Spannung und Schmerzen herbei, sondern verhinderte auch jeden dauernden Schaden der sekretorischen Funktion dieses Organs.

Die wechselseitigen Kompensationsverhältnisse der Nieren erfordern trotz beiderseitiger Affektion in diesen Fällen nur einseitigen Eingriff. Die günstige Beeinflussung der Sekretion durch Incision einer Nierenkongestion erläutert Verf. durch die Krankengeschichte einer frischen Kontusion, nach der erhebliche Verminderung der Urinmenge (500 g pro die) auftrat. Die Temperatursteigerung veranlasste die Incision, um auf eventuelle perirenale Eiterung zu fahnden. Der Versuch misslang, allein nach dem Einschnitt wurde bald die normale Urinmenge entleert.

Auf die Kongestionszustände bei Scharlachnephritis und die unsichere Wirksamkeit innere Mittel zur Herabsetzung der Albuminurie wird hingewiesen.

Ein chirurgischer Eingriff bei Scharlachnephritis muss nach H. in Betracht gezogen werden 1) bei den akuten Fällen mit sehr schlechter Prognose, 2) bei den chronischen Zuständen ohne Neigung zur Heilung, die zu Herzstörungen führen und schlechte Prognose geben.

Jedenfalls ist in zweifelhaften Fällen der nöthige kleine Lendenschnitt vorzunehmen, damit der Operateur das Organ abtasten kann, wenn der Assistent vom Bauche aus die Niere gegendrückt. Bei Spannungszuständen mäßigen Grades mögen 3—4 Punktionen in verschiedenen Richtungen gemacht werden, bei stärkerer Spannung ein Schnitt in die Rindensubstanz. Die Wunde soll ausgestopft werden, um jederzeit der Sekretion, sei es Blut, Urin oder Eiter, freien Abfluss zu sichern.

Die Lektüre der Arbeit H.'s befriedigt in so fern nicht, als die Krankengeschichten durchaus ungenau sind, und die Urinbefunde nur angedeutet werden — wohl zu entschuldigen, da die Eingriffe

ja zu anderen diagnostischen Zwecken unternommen waren, und nur zufällig das Aufhören der Albuminurie nachträglich bemerkt und in kausaler Beziehung verwerthet wurde. **Loewenhardt** (Breslau).

16) **Bazy.** Note sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des pyélonéphrites suppurées.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 264.)

B. ist der Ansicht, dass die meisten, wenn nicht alle Eiterungen der Niere und des Nierenbeckens, auch die sogenannten ascendirenden Pyelonephritiden, auf dem Wege der Blutbahn, nicht durch direkte Fortleitung der Infektion durch den Harnleiter aufwärts zu Stande kommen. Er hat die Versuche von Lewin und Goldschmitt wiederholt und kann ihre Resultate bestätigen. In den Harnleiter dringt die in die Blase injicirte Farbfüssigkeit, aber nicht bei Überausdehnung der Blase, sondern im Gegentheil, wenn diese nur 15—20 g enthält, auf die Injektion reagirt und Cylinderform annimmt. Das Hineingelangen pathogener Mikroben in die Niere oder das Nierenbecken genügt auch für sich allein nicht zur Erzeugung einer Eiterung, sondern es bedarf dazu noch eines prädisponirenden Momentes, einer Knickung oder Kompression des Harnleiters, die zu einer Harnstauung führt. Daraus erklärt sich auch die oft zu beobachtende Einseitigkeit der Erkrankung. — Für die Diagnose enthält seine Mittheilung nichts Neues. Als Methode der Wahl betrachtet er bei der Behandlung die Incision; die primäre Nephrektomie sei nur ausnahmsweise gestattet, wenn die Niere ganz oder fast ganz zerstört sei. Bleibende Undurchgängigkeit des Harnleiters, reichliche Eiterabsonderung, Bildung neuer Abscesse im Nierenparenchym betrachtet er als Indikationen zur sekundären Nephrektomie. Während er für Exstirpation von Nierengeschwülsten der Laparotomie den Vorzug giebt, rath er für die Nephrektomie wegen Eiterungen zum Lendenschnitt.

Reichel (Breslau).

17) **L. Floersheim.** Traitement opératoire moderne de l'hypertrophie de la prostate.

(Arch. génér. de méd. 1897. Januar.)

Auf Grund eines eingehenden Studiums der zur Zeit über obiges Thema vorliegenden internationalen Litteratur kommt Verf. zu folgenden, mit Mac Ewan übereinstimmenden Schlussfolgerungen:

1) In einer gewissen Anzahl von Fällen von Kastration lässt sich eine mehr oder minder große Atrophie der Prostata nachweisen. Diese Atrophie ist aller Wahrscheinlichkeit nach das Resultat des Verlustes einer physiologischen, durch die Hoden erzeugten Substanz, die die Ernährung der Drüse bedingt.

2) Die Atrophie tritt schneller ein bei den Formen der weichen elastischen Hypertrophie, sie kann aber auch in den Fällen der harten, mit Arteriosklerose kombinierten Hypertrophie erfolgen.

3) Die Hypertrophie des mittleren Lappens kann auf die Kastration schwinden, wogegen die ungleichmäßige Hypertrophie mit der Prostatektomie behandelt werden muss.

4) Der Blasenkatarrh kann gebessert oder geheilt werden, falls er nicht zu sehr veraltet ist.

5) Die schweren Erkrankungen der Blase, begleitet von septischer Infektion der Niere und starken Blasenschmerzen, werden gebessert durch die Drainage der Blase.

6) Die Kontraktilität der Blase kann wiederkehren, selbst nach langjährigem Katheterismus.

7) Die Kastration giebt gleich gute Resultate wie die Prostatektomie bei einer geringen Mortalität.

8) Die Resektion des Vas deferens befördert langsamer den Schwund der Prostata als die Kastration, dagegen ist die Operation einfacher und kann eher empfohlen werden, um so mehr als man den Eingriff ohne Narkose ausführen kann, und die Operation nicht entstellend ist.

Auf Grund einer Statistik von 57 Fällen rechnet Verf. für die Resektion des Vas deferens folgende Resultate aus: 80% Besserung und Heilung, 13% negative Resultate und 7% Todesfälle.

Longard (Aachen).

Kleinere Mittheilungen.

18) O. Hauser. Ein römisches Militärhospiz.

Stäffa, E. Gull, 1897.

In dem bereits von Tacitus als Heilquelle erwähnten Baden (Aquae) in Aargau wurden durch eine 3jährige Ausgrabungskampagne die Grundrisse eines Gebäudes, bestehend aus 14 Zimmern verschiedener Dimensionen, aufgedeckt, das offenbar einst ein römisches Militärlazarett aus der Mitte des 2. Jahrhunderts n. Chr., wie sich aus den aufgefundenen Münzen etc. schließen lässt, gewesen sein muss. Zahlreich sind die Gegenstände, die auf die chirurgische Fertigkeit der damaligen römischen Ärzte hinweisen. Man fand in den einzelnen Räumen zerstreut u. A. 120 Sonden, eine große Anzahl derselben mit Brennkolben (Glüheisen) ausgestattet, 25 Messer, darunter manche Formen, die noch heute bei den Chirurgen in Gebrauch sind, Pincetten, Spatelsonden, Salben- und Ohrlöffelchen aus Bein und Silber, so wie ein 13 cm langes Fragment eines Katheters (in Baden früher bereits ein solcher aus Bronze gefunden). Interessant sind ferner 2 Wagen mit fein verzierten Schalen, Gewichtsteine, 2 Pulverschälchen mit den Inschriften »Manna S« und »Manna I«, was halbes und ganzes Pulver bedeuten soll, ein Bronzeetui (wahrscheinlich Instrumententasche), eine Reihe von Amphoren, an einem kleinen Bronzegefäß haftende Salbe, deren chemische Analyse eine Zusammensetzung von Blei und Schweinefett ergab, stellenweise angesammelten Weizen und Fenchel, so wie Birkenharz und viele größere und kleinere Reibesteine. — Ref. hatte im vorigen Sommer Gelegenheit, die ganze »Lazaretteinrichtung« in der nationalen Landesausstellung in Genf, wo sie ausgestellt war, in Augenschein zu nehmen und sich von der Reichhaltigkeit derselben zu überzeugen.

Da noch 18 Juchart vom Spatenstich unberührt geblieben sind, so steht zu erwarten, dass noch weitere interessante Details der römischen Medicin, im Besonderen auch der Chirurgie, ans Tageslicht kommen werden.

G. Buschan (Stettin).

19) **L. Heidenhain.** Erfahrungen über traumatische Wirbelentzündungen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 3.)

Die Arbeit enthält die ausführlichen Mittheilungen von 11 in der Greifswalder Klinik zur Beobachtung gekommenen Fällen und liefert einen werthvollen Beitrag zur Kasuistik des Kümmell'schen Krankheitsbildes. Unter ihnen befindet sich eine Beobachtung, in welcher ein Jahr nach dem Unfall, Fall auf das Gesicht, eine tuberkulöse Spondylitis sich entwickelt hatte, und die Laminektomie einen Abscess ergab. Ohne auf die Krankengeschichten im Einzelnen einzugehen, knüpft H. daran noch einige Bemerkungen über die Diagnose und Therapie, erstere nichts Neues bietend, dagegen an diesem Platze in zusammenhängender Darstellung wohl angebracht. Die Therapie besteht in schwereren Fällen in Ruhelage, ev. Extension. Später werden Stützapparate angeordnet, wobei H. den soliden stählernen gegenüber den Gips- und Holzkorsetts den Vorzug giebt, wegen größerer Haltbarkeit und geringerer Behinderung. (Ref. hat mit den stählernen Stützapparaten weniger günstige Erfahrungen gemacht und bevorzugt die Holzkorsetts, welche namentlich in den schwereren Fällen wegen ihrer größeren Stützfläche sehr am Platze sind.) Die Erwerbsunfähigkeit soll bei dieser Krankheit als voll angenommen werden. Ich möchte hier doch eine gewisse Individualisirung vorziehen, zumal da die Frage, ob der Process zum Stillstand gekommen ist, nicht allzu selten aus den subjektiven Angaben des Verletzten und all den hiermit bekanntlich verbundenen Nebenumständen beantwortet werden muss.

Bähr (Hannover).

20) **C. Posner und E. R. W. Frank.** Über elastische Katheter.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 1.)

Die Verff. haben durch interessante Untersuchungen eine neue Methode für die Prüfung elastischer Katheter festzustellen vermocht. Durch Schneiden auf dem Gefriermikrotom und mikroskopische Untersuchungen konnten sie nachweisen, dass bei minderwerthigen Kathetern vor Allem Unregelmäßigkeiten in der Vertheilung des Lackes, insbesondere Fehlen der inneren Lackschicht, dann aber auch in der Anordnung des Fadengewebes in Form von Lücken und Auffaserungen vorkommen.

Bei Prüfung von Kathetern der verschiedensten Herkunft wurde gefunden, dass deutsche Fabrikate (Katheter der Firma Rüsç in Cannstatt) nicht nur die gerühmtesten ausländischen (Delamotte, Vergue u. A.) an Güte völlig erreichten, sondern sich vor allen anderen Fabrikaten durch vortreffliche Ausbildung der inneren Lackschicht und Güte und Gleichmäßigkeit des Fadengewebes auszeichneten — beides Vorzüge, welche sowohl für die leichtere Reinigung, als auch für die Dauerhaftigkeit und Widerstandsfähigkeit der Katheter sehr ins Gewicht fallen.

Minderwerthige Fabrikate deutscher Herkunft bezeichnen die Verff. auf Grund ihrer Untersuchungen als unbrauchbar und recht gefährlich. Die englischen Seidenkatheter entsprechen an Güte etwa den Cannstatter Fabrikaten.

Gegen Einwirkung von Karbol in 3%iger Lösung und Sublimat in 1%iger erwiesen sich sämtliche Katheter annähernd gleich widerstandsfähig.

Bei der Desinfektion durch direktes Kochen oder im Wasserdampf zeigten die besten französischen und englischen Katheter Verlust der inneren Lackschicht und Auffaserung des Stützgewebes, während die Katheter der Firma Rüsç mehrere Prozeduren der Art recht gut vertrugen. Dagegen wurde die Desinfektion mit Formalin und Trioxymethylen von allen Kathetern gleichmäßig gut ertragen. — Der Arbeit sind die mikroskopischen Bilder beigegeben.

F. Krumm (Karlsruhe).

21) L. Conitzer. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Prostata-tuberkulose.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 1.)

Außer als Begleiterscheinung einer kombinierten Urogenitaltuberkulose findet sich die tuberkulöse Erkrankung der Prostata auch primär in Form multipler käsiger Herde. Die Diagnose ist in solchen Fällen schwer und wird gewöhnlich nur gestellt, wenn sie durch Nebenerkrankungen der Nachbarorgane, besonders der Blase, begünstigt wird.

C. theilt einen Fall der Art mit, in dem von Alsberg aus folgenden Symptomen die Diagnose gestellt wurde. Es fand sich 1) ein schmerzhafter Widerstand in der Pars prostatica beim Katheterisiren, 2) eine ungleichmäßige schmerzhaftige Schwellung der Prostata bei der Mastdarmuntersuchung, 3) Eiter im Urin bei saurer Reaktion desselben, mikroskopisch Tuberkelbacillen. Durch cystoskopische Untersuchung wurden miliare Tuberkel in der Blase gefunden.

Nach der Operation — Exstirpation des durchweg mit käsigen Herden durchsetzten rechten, Auslöfflung des linken Prostatallappens — trat vorübergehende Besserung der Urinentleerung und des Allgemeinbefindens ein. Wenige Wochen später trat eine Tuberkulose des linken Nebenhodens auf. Nach einigen Monaten zeigten sich deutliche Symptome einer aufsteigenden Tuberkulose der Harnwege und der linken Niere, die bald den Tod herbeiführte.

Verf. tritt für die operative Therapie ein, auch dann, wenn noch keine Fisteln oder Abscesse den Weg zeigen, und hofft auf bessere Erfolge, wenn die Diagnose bei häufigerer sorgfältiger Untersuchung vom Darm her früher gestellt wird.

F. Krumm (Karlsruhe).

22) G. Kolischer. Geheilte Fall von Papillomen am Orificium urethrae internum. (K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Rundschau 1897. No. 6.)

Die Pat. litt an Harndrang, der nach jedem Uriniren sich steigerte, zu starken Schmerzanfällen und Blutungen führte. Sie war wegen dieser »nervösen« Beschwerden lange erfolglos behandelt. Cystoskopisch fanden sich Papillome an der inneren Harnröhrenmündung. Mit dem Harnstrahl wurden dieselben in die Harnröhre gespült, dann bei Kontraktion des Sphinkters gereizt und gelegentlich gezerzt und abgerissen. Mit der Füllung der Blase wurden sie wieder frei. Daher der eigenthümliche Symptomenkomplex.

Abtragung mit der Schere und Kauterisirung im Cystoskop führte zu völliger Heilung.

Grissom (Hamburg).

23) Partsch. Eigenartige Verletzung der Blase.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 2.)

Ein 39-jähriger Knecht schlug Ende Juli 1896 beim Herabgleiten vom Heuboden mit dem Gesäß auf. Trotz anfänglich starken Schmerzes konnte er noch gehen, bekam aber plötzlich heftigen Stuhldrang. Über die Beschaffenheit des Stuhles wusste er nichts anzugeben. In den nächsten Tagen bestand Harndrang verbunden mit Hämaturie. Seinem Dienst konnte er aber fortgesetzt nachkommen. Nach 2½ Monaten steigerte sich der Harndrang allmählich bis zur Inkontinenz; und bei der Aufnahme am 6. Oktober bestand ausgesprochene Cystitis. Bei gut passirbarer Harnröhre lässt die Sonde am Übergang der Pars prostatica in den Blasengrund einen Stein erkennen, der auch durch den Mastdarm bezw. bei kombinierter Untersuchung zu fühlen ist. Blase ziemlich fest kontrahirt. Am 18. Oktober hoher Blasenschnitt. Auch in der Narkose lässt sich die Blase durch Füllung nicht dehnen. Deshalb Verletzung des Bauchfells, dessen Wunde sofort mit fortlaufender Katgutnaht geschlossen wird. Die Entfernung des Steines machte einige Schwierigkeiten, denn derselbe hatte sich um einen Nagel gebildet, der mit seinem Kopfe noch etwa 3 cm in dem Blasenboden steckte. Keine nennenswerthe Blutung. Spülung mit Tavel'scher Lösung. Die Blasenwunde wurde

nicht genäht, wegen der eventuellen Nothwendigkeit, nochmals eingreifen zu müssen, und ein Katheter in dieselbe befestigt. Am 13. November war die Wunde so weit geschlossen, dass sie für Urin undurchgängig war. Der Urin war klar und normal, der Mechanismus der Entleerung ungestört, Kontinenz 3—4 Stunden. Der Stein, aus Phosphaten bestehend, hat einen Umfang von 10 cm, wiegt mit dem Nagel 30 g, abgesehen von dem, was bei den Entfernungsversuchen durch Zerbröckeln verloren gegangen war. Er zeigt in der Form eine Anpassung an seine Lageverhältnisse. Die Harninfiltration wurde wohl durch das Narbengewebe hintangehalten. Der lange Zimmermannsnagel war wahrscheinlich durch den After eingedrungen und als die Weichtheile sich wieder ausdehnten, im Inneren verschwunden. Bemerkenswerth ist das Wachsthum des Steines in so kurzer Zeit. Verf. meint, wäre es nicht zur Autopsie gekommen, er hätte vielleicht die Bildung des Steines, als durch den Unfall bedingt, für zweifelhaft gehalten. Beachtenswerth ist ferner, dass Pat. seinen Dienst versehen konnte. Verf. warnt deshalb zur Vorsicht in der Beurtheilung dessen, was der Einzelne leisten resp. ertragen kann.

Bähr (Hannover).

24) Severeanu. Spontanes Zerbrechen von Blasensteinen in der Blase.

(Spitalul. 1897. No. 3.)

Der Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, für den er kein Analogon in der Litteratur kennt.

Es handelt sich um einen jungen Landbewohner von 18 Jahren, der im Alter von 2 Jahren Zeichen eines Blasenleidens geboten haben soll: Er äußerte heftige Schmerzempfindungen während des Urinlassens. Diese Schmerzen stellten sich immer wieder ein bis zum Alter von 9 Jahren; zu dieser Zeit verschwanden sie von selbst, ohne dass eine Behandlung eingeleitet worden wäre. Der Knabe konnte körperliche Anstrengungen gut ausführen, ohne die geringsten Beschwerden reiten und laufen. 3 Monate vor seinem Eintritt ins Spital fiel er Nachts in einen Graben. Sofort fühlte er heftige Schmerzen im Unterleib, und von diesem Augenblick an begannen wieder die alten Störungen bei der Urinentleerung; während des Harnens wurde der Urinstrahl unterbrochen, und noch andere Symptome von Blasenkonkrementen zeigten sich. Der Urin war niemals bluthaltig gewesen.

Durch Rectaluntersuchung und Einführung von Bougies konnte S. nachweisen, dass die Blase 2 oder mehrere Fremdkörper enthielt, von denen einer am anderen entlang sich verschieben ließ. Durch die Cystotomia suprapubica konnte Verf. die zwei Theile eines Blasensteines entfernen. Der ganze Stein bot im Durchmesser die Maße 37 zu 40 mm, er wog 30 g. Die Flächen der beiden Theile, die einander angelegen hatten, zeigten Unebenheiten, die genau in einander passten; an dem einen Theil passte der hervorstehende Kern des Steines gerade in eine entsprechende Vertiefung des anderen Theiles. Die Bruchflächen der 2 Theile waren glatt, so dass man schließen musste, dass der Stein bei dem Falle des Pat. in den Graben zerbrochen sei. Die einzige Erklärung, die Verf. finden konnte, war die einer plötzlichen heftigen Kontraktion der Blase um den Stein herum während des Falles. Der Stein bestand aus harnsauren Salzen. — Der Schilderung sind 2 Abbildungen beigegeben.

Gerota (Berlin).

25) M. Nitze. Eine neue Modifikation des Harnleiterkatheters.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 1.)

Die Neuerung besteht darin, dass die Lampe sich in der Fortsetzung des eigentlichen Cystoskops befindet, dass beider Achsen zusammenfallen. Als Vortheile werden erwähnt: zunächst die Anbringung einer stärkeren Lampe, dann die Einfachheit des Schnabeltheiles, der nur noch aus dem dünneren und kürzeren Katheterleitrohr besteht, ferner die leichte Sterilisirbarkeit und die bequeme und einfache Handhabung bei Einlegen des Harnleiterkatheters und Zurückführen des Metallinstruments.

F. Krumm (Karlsruhe).

26) **E. Schwalbe.** Mittheilung über zwei Fälle von kongenitaler Nierenverlagerung.

(Virchow's Archiv 1896. Bd. CXLVI.)

Fälle von angeborener Nierenverlagerung sind schon mehrfach beschrieben. Die beiden hier mitgetheilten, in dem Heidelberger pathologischen Institut beobachteten Fälle, sind zufällige Sektionsbefunde. Sie betreffen 2 Männer, welche aus anderen Ursachen verstorben waren. Bei beiden war die rechte Niere dislocirt. Bei dem ersten war die verlagerte Niere, die vor dem 3.—5. Lendenwirbel mit ihrer Hauptmasse auf der linken Seite lag, mit der linken zu einer Art Hufeisenniere verschmolzen, im zweiten handelte es sich um eine einfache Tieflagerung und Fixation vor dem 4. und 5. Lendenwirbel unterhalb der Aortentheilung. Bei beiden Fällen zeigten sich an den dislocirten Organen Furchen und Unregelmäßigkeiten der Oberfläche, die an embryonale Lappung erinnerten; die Gefäßversorgung war unregelmäßig und mehrfach, dergleichen die Verhältnisse der Harnleiter abnorme. Im 2. Falle zeigte der Harnleiter eine im Verhältnis zur Kürze des Weges bis zur Blase zu große Länge und schleifenförmigen Verlauf. 2 Abbildungen illustriren diese Verhältnisse.

Beschwerden wurden durch diese Abnormitäten nach den angestellten Erhebungen nicht verursacht, auch waren keine Druckerscheinungen auf die Gefäße bemerkbar. Verf. weist kurz auf die Möglichkeit hin, dass derartige Abnormitäten zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben könnten — solche Fälle sind auch bereits beschrieben, Ref. — und auf die Nothwendigkeit, bei Bauchgeschwülsten an die Möglichkeit einer abnorm gelagerten Niere zu denken.

Braem (Chemnitz).

27) **Lemon (Milwaukee).** Gunshot wounds of the kidney. Report of two cases.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1897. No. 2.)

L. beobachtete und operirte 2 Fälle von Nierenschussverletzung bei jungen Männern. Bei dem einen war das Geschoss aus unbekannter Waffe und nicht genauer angegebener, aber wohl nicht sehr großer Entfernung vom Rücken aus in den Körper eingedrungen, bei dem anderen ein Revolvergeschoss ganz aus der Nähe von vorn, 2 Zoll einwärts von der Brustwarzenlinie oberhalb der 9. rechten Rippe, so dass hier die Pleurahöhle eröffnet worden war. Nach der Schussrichtung wurde eine Nierenverletzung vermuthet und diese Annahme durch den mittels Katheters entleerten blutigen Urin bestätigt. Die Niere wurde beide Male in typischer Weise von einem Lendenschnitt aus freigelegt und zeigte sich im unteren Theil quer durchlocht. Im 1. Falle war ein erheblicher Erguss von Blut und Urin in der Umgebung der Niere vorhanden. Aus dem Schusskanal, welcher so weit war, dass man einen Finger hätte einführen können, blutete es zunächst andauernd weiter. Nach Einführung eines Tampons wurden die Wunden wieder geschlossen, und die Heilung kam ohne erhebliche Zwischenfälle zu Stande (beide Männer litten an akuter Gonorrhöe, der eine bekam eine Epididymitis).

Der zunächst mittels Katheters entleerte Urin enthielt bei beiden in den ersten Tagen noch Blut; im 1. Falle ging 3 Tage lang wenigstens ein Drittel der Urinmenge durch die Wunde ab. Nach 4 Wochen wurden beide Pat. gesund entlassen. Den ersten glaubt Verf. durch den Eingriff vor dem Tode oder wenigstens schwereren Komplikationen gerettet zu haben, während beim zweiten die Heilung vielleicht auch ohne Operation erfolgt wäre. L. empfiehlt bei Schussverletzungen der Niere die Probeincision, welche unter aseptischen Kautelen stets gefahrlos sei.

Martens (Göttingen).

28) **Tuffier.** Hydronéphrose intermittente droite, chez un homme, à coudure fixe de l'uretère. Néphrectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 46.)

Die Überschrift bezeichnet den Inhalt. Der hydronephrotische Sack hatte die Größe zweier Fäuste. Zur Nephrektomie entschloss sich T., da die durch Ver-

wachung ihrer beiden Schenkel fixirte Knickung des Harnleiters sich nicht beseitigen ließ, und graue Knoten an der Oberfläche der Niere eine Eiterung vermuthen ließen. Die spätere bakteriologische Untersuchung ergab völlige Asepsis des Inhaltes des Sackes und der Niere. **Reichel** (Breslau).

29) Dayot fils (Rennes). Observation de tumeur du rein droit (Hydronéphrose congénitale) ayant simulé une grossesse. Néphrectomie transperitonéale. Guérison.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 749.)

Die Angabe der 21jährigen Kranken, schwanger zu sein, das Ausbleiben der früher ganz regelmäßigen Menstruation seit 5 Monaten, Anschwellung der Brüste, Pigmentation der Linea alba, allmähliche Umfangszunahme des Leibes erschwerten in dem von D. beobachteten Falle die Diagnose und ließen anfänglich an Schwangerschaft denken, wenn auch die Größe der Bauchgeschwulst einer Schwangerschaft am Ende des 7., nicht des 5. Monates entsprach. Die rechtsseitige Lage der Geschwulst, die genaue Palpation der Genitalien schlossen diesen Verdacht jedoch bald aus und ermöglichten die Diagnose »retroperitoneale cystische Geschwulst, wahrscheinlich Hydronephrose«. Die transperitoneale Exstirpation verlief glatt und führte zur völligen Genesung. Der rechtsseitige Harnleiter war dicht vor seiner Einmündung in den Cystensack stark verengt, als habe hier eine Einschnürung durch ein Band stattgefunden; unmittelbar unterhalb der Verengung war er geknickt. **Reichel** (Breslau).

30) Tuffier. Intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein.

(Gaz. méd. de Paris 1897. No. 3.)

T. veröffentlicht seine Statistik über die Fälle von Operationen bei Nierentuberkulose während der letzten 8 Jahre.

Vorausschickend, dass die chirurgische Intervention nur eintritt, wenn alle inneren Mittel erschöpft sind, und dass der Chirurg, wenn er operirt, allein gegen die durch die Affektion hervorgerufenen Zustände vorzugehen hat, ohne die Tuberkulose selbst zu heilen, theilt T. diesen chirurgischen Eingriff nach 3 großen Indikationen: wiederholte reichliche Blutungen, Schmerzen, Erscheinungen von Infektion und Intoxikation.

Wegen ersterer Indikation wurden 2 Operationen gemacht. Eine Frau von 42 Jahren. Nephrektomie. Vollständige Heilung. Ein Mädchen von 20 Jahren, welches 3 Jahre lang profuse Blutungen hatte. Juni 1893 Nephrotomie. Die Kranke blieb 18 Monate ohne Hämaturie. Ende 1895 und 1896 zeigte sich etwas, doch ohne die Nothwendigkeit, einzugreifen.

Bei Schmerzen wurde 3mal operirt. Dieselben zeigten sich in der Form von Nierenkoliken. Die Kranken waren mit in Folge der Hämaturie sehr herunter. Einmal Nephrektomie bei einem Kranken, der geheilt blieb. Auffallend war bei ihm eben so, wie bei den anderen, das anfängliche Fettwerden nach der Operation, welches jedoch in keinem Falle anhielt. Besonders interessant ist die 2. Beobachtung. Sie betraf ein junges Mädchen, das zahlreiche französische, deutsche, österreichische, englische etc. Chirurgen konsultirt hatte. Sie war an lebhaften Schmerzen im Knie, dann in der Nierengegend in Folge eines Traumas erkrankt. Keine der vielen Diagnosen, wie Lithiasis, bewegliche Niere, Neuralgie etc. traf das Richtige. T. beobachtete die Pat. lange Zeit, ohne zu sicherer Diagnose zu kommen, als Dr. Gennes im Urin Tuberkelbacillen fand. Nephrektomie, zahlreiche kalte Abscesse in der Niere. Der Harnleiter war erweitert und granulös. Die Kranke ist später von Israël gesehen worden. Dieser fand an der Harnleiteröffnung eine geschwürige Fläche, ein Zeichen der beginnenden Tuberkulisation der Blase, entstanden auf absteigendem Wege.

Der 3. Kranke blieb gesund.

In Betreff der letzten Indikation, Infektion oder Intoxikationserscheinungen, berichtet Verf., dass er 9mal eingreifen musste, dass aber die Resultate dabei

wenig ermutigend waren. Man tröstet wohl die Kranken, heilt sie aber nicht. Man folgt den durch die Eiterungen gegebenen generellen Indikationen und öffnet, wo ein eitriger tuberkulöser Herd ist. **A. Henry** (Breslau).

31) **A. Routier.** Pyélo-néphrite. — Néphrectomie. — Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 233.)

R. berichtet über 2 Fälle erfolgreich operirter Pyonephrosen. Im ersten hatte sich die Krankheit anscheinend akut, ohne jede bekannte Ursache, binnen wenigen Wochen entwickelt. Trotz des Nachweises einer freilich nicht deutlich abgrenzbaren Geschwulst im linken Hypochondrium und von Eiter im Urin hatte R. die Diagnose nicht zu stellen vermocht, sondern schritt in der Annahme einer abgescackten tuberkulösen Peritonitis zur Laparotomie. Nachdem diese die Diagnose klargestellt hatte, begnügte er sich in Anbetracht des elenden Allgemeinbefindens zunächst mit Einnähung des Eitersackes in die Bauchwunde und Anlegung einer Urinistel. Erst nach 4 Monaten, nachdem sich der Kranke inzwischen rasch erholt und gekräftigt hatte, exstirpirte er den Eitersack sammt Niere auf transperitonealem Wege. — Im 2. Falle, in dem es sich um eine intermittirende Pyonephrose handelte, operirte er mittels Lendenschnittes. In beiden ligirte er den Stiel mit einer Gummischnur, die sich sammt dem nekrotischen Stiel freilich erst nach 27, resp. 30 Tagen austieß. Beide Pat. genasen. **Reichel** (Breslau).

32) **T. Wikerhauser.** Pyosalpinx. Sarcoma abdominis. Recidiv. (Drei Laparotomien.)

(Liečnicki viestnik 1896. No. 3.)

1892 operirte W. bei einer Frau eine Adnexgeschwulst. 1893 kam sie ins Krankenhaus mit einem faustgroßen Sarkom in der Narbe, welches nebst den kranken Adnexen entfernt wurde. Ende 1895 wurde sie zum 3. Male operirt wegen Recidivs, welches, auch auf Blind- und Dünndarm übergegriffen, in den Darm hineingewachsen war. Wegen großer Hinfälligkeit der Pat. wurde der Darm nicht resecirt, sondern eine Ileokolostomie angelegt. Nach der Operation erholte sich die Pat. rasch, begann aber bald wieder herunterzukommen und ging nach 5 Wochen an allgemeiner Anämie und fettiger Degeneration zu Grunde. Dieser Fall zeigt die Bildung einer Neubildung auf entzündlicher Basis und Überimpfung derselben auf Nachbargewebe. **Čačković** (Agram).

33) **Reinecke.** In der Höhe verstellbarer Untersuchungs- und Operationstisch.

(Ärztliche Polytechnik 1897. Januar.)

Obiger Tisch hat eine 3theilige Platte, jeder Theil für sich stellbar, ferner kann jedoch auch die Höhe des Tisches am Kopf- und Fußende beliebig verändert werden. Dadurch ist der Tisch auch als Sopha zum Untersuchen und Massiren verwendbar. Das Kopf- und Mittelstück der Tischplatte sind je 50, das Fußstück 80 cm lang. Der ganze Apparat besteht aus Eisen mit Email-Lack. Er ist leicht zu desinficiren.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

34) **E. Braatz.** Eine Verbesserung der Unhandlichkeit der metallenen Messergriffe.

(Ärztliche Polytechnik 1897. Februar.)

Die modernen, leicht desinficirbaren ganz metallenen Messer sind bekanntlich im Handgriff plump und unbequem. B. hat deshalb ganz schmale Handgriffe anfertigen lassen, über welche ein Gummirohr gestülpt wird, damit man sie fest ergreifen kann. Messer und Gummi werden vor dem Gebrauch durch Kochen aseptisch gemacht.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19.

Sonnabend, den 15. Mai.

1897.

Inhalt: Kocher, Resultate der Hernien-Radikaloperation. (Original-Mittheilung.)

1) **Sée**, 2) **Jundell** und **Ätman**, 3) **Helman**, Gonococcus. — 4) **Balzer**, Phagedänischer Schanker. — 5) **Dubujadoux**, Schankerbubo. — 6) **Feulard**, 7) **Welander**, 8) **Vollmer**, Syphilis. — 9) **Loebowitz**, Airol. — 10) **Thomas-Thomescio**, Zur Ätiologie der Dermatosen. — 11) **Beck**, Molluscum contagiosum. — 12) **Lukasiewicz**, Mycosis fungoides. — 13) **Nielsen**, Melanosis et keratosis arsenicalis. — 14) **Wäich**, 15) **Krösling**, Trichophytosis. — 16) und 17) **Pacl**, Angeborene Hüftverrenkung. — 18) **Liermann**, Schenkelhalsbrüche. — 19) **Gaudeffroy**, 20) **Delagénière**, Coxitis. — 21) **Phocas** und **Potel**, Angeborener Kniescheibenmangel. — 22) **Coulhon**, Kniescheibenbruch. — 23) **Hartmann**, 24) **Hennequin**, Unterschenkelbruch. — 25) **Corazza**, Bericht. — 26) **Remlinger**, Erb'sche Lähmung. — 27) **Finckh**, Schulterverrenkung. — 28) **Barsis**, Bicepsriss. — 29) **Zenker**, Angeborene Hüftverrenkung. — 30) **Harte**, Löthung der unteren Oberschenkelepiphyse. — 31) **Hammer**, Gonococcus. — 32) **Zarubin**, Schilddrüsenpräparate bei Hautkrankheiten.

Resultate der Hernien-Radikaloperation.

Von

Professor Kocher in Bern.

In einer Mittheilung über die Resultate der Radikaloperation der Hernien, welche der Autor mir zuzusenden die Güte hatte, macht Coley in New-York auf die vorzüglichen Resultate aufmerksam, welche sich in geschickten Händen zumal mit Bassini's Methode erreichen lassen. Dass Bassini einen genialen Griff gethan hat mit seinem Verfahren, ist allgemein anerkannt, und mit Recht hat sein Verfahren große Verbreitung gefunden; auch wir machen in Fällen, wo wir eine specielle Indikation dafür sehen, davon Gebrauch.

Dass aber das Verfahren in gewissen Fällen verletzend werden kann und mühsam, dass es ferner nicht gute Resultate geben kann bei eintretender Eiterung, wo die Nähte nicht halten, das wird Jedermann zugeben, der auch bei älteren Leuten und größeren Brüchen die Operation der Radikalheilung zu unternehmen sich verpflichtet fühlt. Und welcher Chirurg hat denn niemals bei einer seiner Bruchoperationen eine Eiterung gesehen? Ist sie ja anerkanntermaßen

hier häufiger als an vielen anderen Körperstellen. Dass die Naht-eiterung den Resultaten der Bassini'schen Radikaloperation Eintrag thun muss, ist zweifellos, da man zuerst den Leistenkanal spaltet, um ihn nachher wieder zusammenzunähen.

Es bleibt desshalb wünschenswerth, Methoden zu haben, welche auch bei Leuten, die eingreifendere und complicirtere Operationen nicht vertragen und unter Verhältnissen, wo Eiterung eintritt, mit Erfolg anwendbar sind. Zu diesen Verfahren rechne ich unter Anderem die von mir angegebene laterale Verlagerungsmethode. Statistische Erhebungen, über welche ich gleich referiren werde, haben ergeben, dass die Methode selbst bei älteren Individuen gefahrlos ist, und dass selbst bei eingetretener Eiterung das Endresultat nicht beeinträchtigt wird. Coley thut alle anderen Methoden außer der Bassini'schen und einer eigenen Modifikation derselben mit der Bemerkung ab, dass dieselben nur in den Händen ihrer Erfinder brillante Resultate geben, für andere Operateure aber wenig Werth haben. Diese Art der Aburtheilung über Methoden, die man nicht geprüft hat, scheint mir eine Zurückweisung zu verdienen. Macewen hat zur Genüge gezeigt, dass auch mit seiner Methode sich sehr gute Ergebnisse erzielen lassen, eben so giebt es eine Anzahl anderer Methoden, die in geübten Händen sich bewährt haben.

Wir wissen, dass eine große Zahl kompetenter Fachgenossen mit dem von uns empfohlenen Verfahren sehr zufrieden sind und hoffen, dass dieselben ihre Resultate seiner Zeit mittheilen werden. So viel können wir belegen, dass eine Anzahl jüngerer Chirurgen, d. h. unsere Assistenten, das Verfahren in einer großen Zahl von Fällen geübt haben, und dass dabei auch in anderen Händen als den unsrigen völlig befriedigende Erfolge herausgekommen sind; dies zu beweisen, halten wir nach Coley's Herausforderung für unsere Pflicht. Wir können es um so besser, als einer unserer Doktoranden eben mit einer zweiten Zusammenstellung von Resultaten der Radikaloperation fertig geworden ist, die demnächst in Form einer Doktordissertation in extenso publicirt werden soll.

Herr Cand. med. Lebensohn hat auf Grund unserer Krankengeschichten die Resultate der Radikaloperation von 197 Hernien zusammengestellt, welche in den Jahren 1894 bis Mitte 1896 ausgeführt worden sind. Darunter sind 103 Herniae inguinales externae, bei welchen die laterale Verlagerungsmethode zur Anwendung kam. Eine vollkommene Primaheilung, wie wir sie verstehen, d. h. wo nach 1—2 Tagen der Drain entfernt wird und die Wunde vollkommen mit Begraben der Nähte verklebt ist, trat in 91,3 % der Fälle ein, so dass die Pat. nach 10,7 Tagen im Mittel entlassen werden konnten. Bei 8,7 % verzögerte sich die Heilung durch länger dauernde Sekretion, und hier war die mittlere Heilungsdauer 32,6 Tage. Lebensohn konnte nachweisen, dass die großen Brüche eine etwas längere Heilungsdauer bis zur Entlassung beanspruchten als die kleineren. Eben so hatte das Alter deutlichen Einfluss, indem bei Individuen über

35 Jahre im Durchschnitt 4 Tage längere Heilungsdauer beansprucht wurde als bei jüngeren Individuen.

Über 88 Fälle konnte bestimmte Nachricht erhalten werden über den gegenwärtigen Status. Das Resultat unter Hinzunahme von 23 von Beresowsky gesammelten Endresultaten derselben Operationsmethode war folgendes:

Von 111 mittels lateraler Verlagerungsmethode operirten Fällen von äußerer Leistenhernie, die stets den Prüfstein abgeben muss für eine Methode, recidivirten 4 Fälle = 3,6 %. Zu bemerken ist, dass 2 dieser Recidivfälle gleichzeitig an 2 Brüchen operirt worden waren, die 2 anderen schon früher Hernienoperationen überstanden hatten. Es waren also Individuen mit größerer Neigung zu Bruchbildung.

Von den geheilt Gebliebenen sind 26 Fälle in der Zeit von Anfang bis Mitte 1896 operirt, 35 Fälle im Jahre 1895, 24 Fälle im Jahre 1894, endlich die 23 Fälle von Beresowsky im Jahre 1893.

Wenn wir uns nach der Gefahr der Operation im Vergleich zu anderen Methoden umsehen, so dürfen wir hervorheben, dass unter den 126 von Beresowsky und Lebensohn zusammengestellten Fällen von Radikaloperation mittels der lateralen Verlagerungsmethode im Zeitraum von ca. $3\frac{1}{2}$ Jahren kein einziger gestorben ist; die Mortalität ist also = 0. Wir wissen sehr wohl, dass die Frage der Mortalität wesentlich von ganz anderen Faktoren abhängt, als von der Technik des Verfahrens, aber man wird doch aus der Thatsache, dass wir keinen einzigen Patienten verloren haben, ersehen können, dass selbst, wenn einmal eine Störung des Wundverlaufes eintritt, die Methode nicht zu schweren Komplikationen zu führen angethan ist. Sie lässt in dieser Hinsicht nichts zu wünschen übrig.

Was die Frage der Recidive anlangt, so scheint unser Verfahren um ein Geringes ungünstiger zu sein als das Verfahren von Bassini nach Coley's Zusammenstellung. Allein das ist nur scheinbar.

Unter den 360 Radikaloperationen von Coley befinden sich nicht weniger als 250 bei Kindern unter 14 Jahren. Wenn man bedenkt, dass die äußeren Leistenhernien bei Kindern die Hauptrolle spielen, so kann man leicht ersehen, wie weit überwiegend bei Coley das kindliche Alter vertreten sein muss für diese Kategorie von Radikaloperationen. Bei seinen letzten 160 Fällen hat er bloß 8 über 30 Jahre alte Pat. zu verzeichnen und bloß 2 über 40 Jahre alte. Wir haben dagegen bei 198 Hernien bloß 20 unter 15 Jahren, dafür 61 über 40 Jahre alte Individuen verzeichnet.

Dass bei Kindern die Radikaloperation ungleich bessere Resultate geben muss und giebt, als bei Erwachsenen, zumal älteren Leuten, liegt auf der Hand; es ist daher nicht gerechtfertigt, die Resultate bei Kindern und Erwachsenen ohne Weiteres zu vergleichen. Merzt man die Kinder unter 15 Jahren aus, so dürfte Bassini's Methode selbst in so geübten Händen wie denjenigen Coley's keineswegs bessere Resultate aufweisen, als die Verlagerungsmethode. Es sei

gestattet, hervorzuheben, dass — so weit ich aus Coley's Bericht entnehmen kann — die Operationen, über welche er berichtet, alle von ihm selber ausgeführt worden sind. In einer Klinik ist man genöthigt, einen Theil der alltäglich vorkommenden Operationen auch von Assistenten und Operationszöglingen ausführen zu lassen, die nothwendigerweise anfänglich noch keine eigentliche Übung mitbringen. Nach den Erhebungen von Lebensohn ist von sämmtlichen von mir selber mittels der lateralen Verlagerungsmethode operirten Fällen kein einziger recidiv geworden, aber es ist sicher als ein noch schöneres Resultat zu verzeichnen, dass auch bei Zuzählung der von jüngeren Chirurgen, also theilweise noch wenig geübten Händen ausgeführten Fälle die Methode bloß einen so geringen Procentsatz von Recidiven ergibt, nämlich 4 Fälle auf 111 Operationen. Für diejenigen Kollegen, welchen unser Verfahren stets noch nicht genügende Sicherheit gegen Trichterbildung des Peritoneums an der Verlagerungsstelle und gegen Gefahr der Recidive zu bieten scheint, beschreiben wir kurz eine Modifikation, die wir in einigen Fällen ausgeführt haben, die als Invaginations-Verlagerung zu bezeichnen wäre. Sie besteht in Folgendem:

Die Schnitte werden genau in der von uns für die laterale Verlagerung geschilderten¹ Weise angelegt, der Samenstrang am Austritt aus dem vorderen Leistenring freigelegt und der Bruchsack nach Spaltung des Kremasters und der Tunica vaginalis communis so hoch hinauf wie möglich isolirt. Dann wird ganz wie bei der lateralen Verlagerungsmethode 1 cm über dem Poupert'schen Bande die Fascia obliqui externi 1—2 cm lateralwärts von der Gegend des hinteren Leistenrings gespalten, bloß mit etwas längerem Schnitt ($1\frac{1}{2}$ cm) als gewöhnlich.

Statt nun mit der gebogenen Zange durch diesen kleinen Schnitt unter die Fascie einzugehen, den Bruchsackgrund zu fassen und durch den Leistenkanal zurückzuziehen, trennt man außer der Fascia obl. ext. mit der Knopfsonde die Fasern des Obliquus internus und transversus, fasst die Fascia transversa und das Peritoneum mit Häkchen oder Zangen und eröffnet das letztere mit einem kleinen Schnitt. Durch diese Öffnung im Peritoneum wird die gebogene Zange in die Peritonealhöhle und in das Innere des Bruchsackes eingeführt, dessen Spitze ein- und entgegengestülpt, mit der Zange gefasst und unter Zurückziehen der Zange nicht nur der Bruchsack durch den Leistenkanal zurück zu der kleinen lateralen Wunde herausgezogen, sondern zugleich in seiner ganzen Länge vollkommen invaginirt, so dass die peritoneale Fläche des Bruchsackes nach außen gekehrt aus der Wunde über dem Lig. Pouparti heraushängt.

Auf diese Weise kann bis zu und mit dem im hinteren Leistenring liegenden Bruchhals der Bruchsack in ganzer Länge aus dem Leistenkanal herausgezogen werden, und es kann keine Andeutung einer

¹ Vgl. 3. Auflage unserer Operationslehre.

trichterförmigen Ausstülpung des Peritoneums zurückbleiben oder neu entstehen. Der vorgezogene Bruchsack wird durchstoichen sammt dem mit 2—4 Arterienzangen angezogenen Parietalperitoneum und nach beiden Seiten sammt diesem umschnürt. So ist die kleine Peritonealwunde geschlossen; ein paar Nähte (welche Muskeln und Fascia obliqui externi fassen) schließen den Rest der kleinen Wunde in der übrigen Bauchwand. Bei diesem Vorgehen erkennt man an den narbigen Streifen des Peritoneums, dass man den Bruchsackhals, welcher im hinteren Leistenring gelegen hatte, zur Wunde lateralwärts von demselben herausgezogen hat.

In vollkommenerer Weise kann man kaum den Bruchsack in seiner ganzen Länge aus dem Leistenkanal herausbringen und den hinteren Ring mit straff gespanntem Peritoneum verschließen, ohne dabei den Samenstrang irgend wie zu schädigen. Will man sich mit gründlicher Beseitigung des Bruchsackes nicht begnügen lassen, so verengt man unter Einstülpung der Fascia obliqui externi noch den Leistenkanal durch ein paar Knopfnähte. Die Eröffnung des Peritoneums ist bei erwähnter Modifikation der Verlagerung etwas schwieriger als letztere Methode nach unserer gewöhnlichen Ausführung. Man kann sich dieselbe erleichtern, indem man die Stelle der Eröffnung mittels einer krummen Zange emporhebt, die durch einen Schlitz im Bruchsack eingeführt ist. Aber immerhin ist auch diese Methode noch ungleich einfacher als die Bassini'sche Methode; das wird Jeder zugeben, der beide Methoden hat ausführen sehen oder selber in analogen Fällen ausgeführt hat. Einfachheit und Raschheit der Ausführung einer Operation ohne viel Quetschung, ohne Einlage vieler Nähte und Knoten, ohne nennenswerthe Blutung ist aber zumal bei älteren Leuten ein nicht zu unterschätzender Gewinn.

Bern, den 30. April 1897.

1) **M. Sée.** Le gonocoque.

Paris, **F. Alcan**, 1896. 354 S.

Die Litteratur über den Gonococcus und die gonorrhoeischen Erkrankungen ist besonders in den letzten Jahren eine so reichliche geworden, dass es selbst für den Fachmann schwer ist, sie vollständig zu übersehen. Das tritt in deutschen wie in fremdländischen Veröffentlichungen oft in recht unangenehmer Weise hervor. Gerade von diesem Standpunkt aus ist es mit Freude zu begrüßen, dass ein junger französischer Kollege sich die Aufgabe gestellt hat, in zusammenhängender Darstellung unsere Kenntnisse von dem Gonococcus mit steter Berücksichtigung der Litteratur wiederzugeben. Die als »Thèse du doctorat« benutzte Arbeit ist so eine ziemlich ausführliche Monographie geworden; in geringerer Anzahl enthält sie eigene Erfahrungen und Experimente des Verf.; ihr Hauptwerth beruht auf einer recht — wenn natürlich auch nicht wirklich ganz — vollständigen Wiedergabe der Litteratur, deren thatsächlicher Inhalt in geschickter Weise zusammengestellt ist.

Auf Einzelheiten einzugehen ist hier nicht der Ort. Für die französische Ärzteswelt hat die Arbeit den Werth einer ausführlichen Reproduktion der deutschen Publikationen auf diesem Gebiet, welche in so ausführlichen und sachverständigen Referaten sonst kaum oder schwer zugänglich sind. Auch für den Deutschen ist diese Zusammenstellung werthvoll, und die genaue Berücksichtigung der französischen Litteratur ist für uns von großem Interesse. So sei das Buch denen, welche der Gonorrhoeeforschung, ohne eigene Specialstudien zu machen, folgen wollen, bestens empfohlen.

Jadassohn (Bern).

2) J. Jundell und C. G. Åtman. Über die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Die Reinzüchtung der Gonokokken hat, seit die Bedeutung der eigentlichen gonorrhoeischen Metastasen mit immer größerer Sicherheit erkannt worden ist, auch für den Chirurgen an Interesse gewonnen. Die Verff. kommen bei ihren Untersuchungen zu dem Resultat, dass die sicherste und beste Methode die von Kiefer modificirte Wertheim's ist: 2 Theile Agar (3—3½% Agar, 5% Pepton, 2% Glycerin; neutrale Reaktion) und 1 Theil Ascitesflüssigkeit. Den von Finger, Ghon und Schlagenhauser benutzten Harnagar fanden sie in vergleichenden Untersuchungen viel weniger sicher. Durch die Kultur haben die Verff. auch bei Prostatitis (in einem Falle nach negativem mikroskopischen Befund) Gonokokken nachgewiesen. Mit der von Finger vorgeschlagenen Behandlung des Trippers mit Wärme haben J. und Å. Erfolge nicht erzielt.

Jadassohn (Bern).

3) H. Heiman. Klinische und bakteriologische Studie über das Vorkommen des Gonococcus (Neisser) in der männlichen Harnröhre und im Vulvo-Vaginaltractus der Kinder.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Die sehr eingehenden Untersuchungen Verf.s bringen im Wesentlichen eine Bestätigung der in den letzten Jahren angesammelten Kenntnisse über den Gonococcus. H. hält Pleuraflüssigkeit mit Agar für den besten Nährboden, ist mit Urinagar nicht sonderlich zufrieden gewesen, tritt für die Nothwendigkeit der Anwendung der Gram'schen Methode ein, glaubt, dass es eine katarrhalische Kolpitis specifischer, aber nicht gonorrhoeischer Natur neben der gonorrhoeischen giebt und hat die specifische Bedeutung des Gonococcus — was wohl nicht mehr nothwendig ist — durch Inokulationsversuche am Menschen erwiesen.

Jadassohn (Bern).

4) **F. Balzer.** Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittels dauernder Irrigation mit einer heißen Lösung von Kali permanganicum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. Hft. 11.)

Zur Behandlung des »phagedänischen Schankers« — d. h. nach B. »der schweren und hartnäckigen Form des Schankers« — empfiehlt Verf. Spülungen mit 45° heißen, 1—2 $\frac{0}{100}$ igen Lösungen von Kali hypermanganicum, die 2—4 Stunden täglich zu dauern haben (in der Zwischenzeit Verband mit Jodoform, Höllensteinsalbe oder sonst einem Antisepticum); die Spülungen finden — je nach der Lokalität — mit einem Irrigator oder in einem Glaszylinder, in den der Penis hineingehängt wird, statt. (Ref. hat in den letzten Jahren alle phagedänischen Schanker mit Jodoform und feuchten Verbänden resp. Bädern mit verdünntem Kampherwein behandelt und damit regelmäßig sehr schnelle und gute Erfolge erzielt.)

Jadassohn (Bern).

5) **Dubujadoux.** Traitement du bubon d'origine chancreuse par l'injection préalable de salol camphré jodoformé.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1896. No. 8.)

Zur Behandlung von Schanker-Bubonen verwendet D. eine Lösung von Jodoform in Kampher-Salol im Verhältnis von 1:5. Hiervon werden ein bis zwei Drittel einer Pravaz'schen Spritze in die Bubonen injicirt, am nächsten Tage der unterdessen gelatinös gewordene Eiter durch einen kleinen Schnitt entfernt und die Wundhöhle mit Gaze ausgestopft, die in derselben Lösung getränkt ist. Bei diesem Verfahren soll völlige Heilung in durchschnittlich 7 Tagen erzielt werden.

Bei Durchsicht der 18 auszugsweise mitgetheilten Krankengeschichten hat Ref. den Eindruck gewonnen, als ob es sich nicht gerade um schwere Fälle gehandelt hätte. **Schneider** (Siegburg).

6) **Foulard.** Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 33—37.)

Die Frage nach der Dauer der Kontagiosität der Syphilis ist zu verschiedenen Zeiten sehr verschieden beantwortet worden. Erst allmählich ist man zu der Auffassung gelangt, dass die Fähigkeit eines Kranken, die Krankheit auf Umgebung und Nachkommenschaft zu übertragen, um so geringer ist, je weiter seine Krankheit vorgeschritten ist, und dass schließlich die Übertragbarkeit aufhört. Die Möglichkeit, diesen Punkt genau zu fixiren, wäre von größter Bedeutung auch in sozialer Beziehung (Ehe, Prostitution).

In Frankreich (Fournier) ist die Ansicht vorherrschend, dass 4 Jahre nach der Infektion die Übertragbarkeit als erloschen gelten darf, wenn das letzte Jahr ohne Erscheinungen verlaufen war. Es

gestattet, hervorzuheben, dass — so weit ich aus Coley's Bericht entnehmen kann — die Operationen, über welche er berichtet, alle von ihm selber ausgeführt worden sind. In einer Klinik ist man genöthigt, einen Theil der alltäglich vorkommenden Operationen auch von Assistenten und Operationszöglingen ausführen zu lassen, die nothwendigerweise anfänglich noch keine eigentliche Übung mitbringen. Nach den Erhebungen von Lebensohn ist von sämmtlichen von mir selber mittels der lateralen Verlagerungsmethode operirten Fällen kein einziger recidiv geworden, aber es ist sicher als ein noch schöneres Resultat zu verzeichnen, dass auch bei Zuzählung der von jüngeren Chirurgen, also theilweise noch wenig geübten Händen ausgeführten Fälle die Methode bloß einen so geringen Procentsatz von Recidiven ergibt, nämlich 4 Fälle auf 111 Operationen. Für diejenigen Kollegen, welchen unser Verfahren stets noch nicht genügende Sicherheit gegen Trichterbildung des Peritoneums an der Verlagerungsstelle und gegen Gefahr der Recidive zu bieten scheint, beschreiben wir kurz eine Modifikation, die wir in einigen Fällen ausgeführt haben, die als Invaginations-Verlagerung zu bezeichnen wäre. Sie besteht in Folgendem:

Die Schnitte werden genau in der von uns für die laterale Verlagerung geschilderten¹ Weise angelegt, der Samenstrang am Austritt aus dem vorderen Leistenring freigelegt und der Bruchsack nach Spaltung des Kremasters und der Tunica vaginalis communis so hoch hinauf wie möglich isolirt. Dann wird ganz wie bei der lateralen Verlagerungsmethode 1 cm über dem Poupert'schen Bande die Fascia obliqui externi 1—2 cm lateralwärts von der Gegend des hinteren Leistenrings gespalten, bloß mit etwas längerem Schnitt (1½ cm) als gewöhnlich.

Statt nun mit der gebogenen Zange durch diesen kleinen Schnitt unter die Fascie einzugehen, den Bruchsackgrund zu fassen und durch den Leistenkanal zurückzuziehen, trennt man außer der Fascia obl. ext. mit der Knopfsonde die Fasern des Obliquus internus und transversus, fasst die Fascia transversa und das Peritoneum mit Häkchen oder Zangen und eröffnet das letztere mit einem kleinen Schnitt. Durch diese Öffnung im Peritoneum wird die gebogene Zange in die Peritonealhöhle und in das Innere des Bruchsackes eingeführt, dessen Spitze ein- und entgegengestülpt, mit der Zange gefasst und unter Zurückziehen der Zange nicht nur der Bruchsack durch den Leistenkanal zurück zu der kleinen lateralen Wunde herausgezogen, sondern zugleich in seiner ganzen Länge vollkommen invaginirt, so dass die peritoneale Fläche des Bruchsackes nach außen gekehrt aus der Wunde über dem Lig. Pouperti heraushängt.

Auf diese Weise kann bis zu und mit dem im hinteren Leistenring liegenden Bruchhals der Bruchsack in ganzer Länge aus dem Leistenkanal herausgezogen werden, und es kann keine Andeutung einer

¹ Vgl. 3. Auflage unserer Operationslehre.

trichterförmigen Ausstülpung des Peritoneums zurückbleiben oder neu entstehen. Der vorgezogene Bruchsack wird durchstochen sammt dem mit 2—4 Arterienzangen angezogenen Parietalperitoneum und nach beiden Seiten sammt diesem umschnürt. So ist die kleine Peritonealwunde geschlossen; ein paar Nähte (welche Muskeln und Fascia obliqui externi fassen) schließen den Rest der kleinen Wunde in der übrigen Bauchwand. Bei diesem Vorgehen erkennt man an den narbigen Streifen des Peritoneums, dass man den Bruchsackhals, welcher im hinteren Leistenring gelegen hatte, zur Wunde lateralwärts von demselben herausgezogen hat.

In vollkommenerer Weise kann man kaum den Bruchsack in seiner ganzen Länge aus dem Leistenkanal herausbringen und den hinteren Ring mit straff gespanntem Peritoneum verschließen, ohne dabei den Samenstrang irgend wie zu schädigen. Will man sich mit gründlicher Beseitigung des Bruchsackes nicht begnügen lassen, so verengt man unter Einstülpung der Fascia obliqui externi noch den Leistenkanal durch ein paar Knopfnähte. Die Eröffnung des Peritoneums ist bei erwähnter Modifikation der Verlagerung etwas schwieriger als letztere Methode nach unserer gewöhnlichen Ausführung. Man kann sich dieselbe erleichtern, indem man die Stelle der Eröffnung mittels einer krummen Zange emporhebt, die durch einen Schlitz im Bruchsack eingeführt ist. Aber immerhin ist auch diese Methode noch ungleich einfacher als die Bassini'sche Methode; das wird Jeder zugeben, der beide Methoden hat ausführen sehen oder selber in analogen Fällen ausgeführt hat. Einfachheit und Raschheit der Ausführung einer Operation ohne viel Quetschung, ohne Einlage vieler Nähte und Knoten, ohne nennenswerthe Blutung ist aber zumal bei älteren Leuten ein nicht zu unterschätzender Gewinn.

Bern, den 30. April 1897.

1) **M. Sée.** Le gonocoque.

Paris, **F. Alcan**, 1896. 354 S.

Die Litteratur über den Gonococcus und die gonorrhöischen Erkrankungen ist besonders in den letzten Jahren eine so reichliche geworden, dass es selbst für den Fachmann schwer ist, sie vollständig zu übersehen. Das tritt in deutschen wie in fremdländischen Veröffentlichungen oft in recht unangenehmer Weise hervor. Gerade von diesem Standpunkt aus ist es mit Freude zu begrüßen, dass ein junger französischer Kollege sich die Aufgabe gestellt hat, in zusammenhängender Darstellung unsere Kenntnisse von dem Gonococcus mit steter Berücksichtigung der Litteratur wiederzugeben. Die als »Thèse du doctorat« benutzte Arbeit ist so eine ziemlich ausführliche Monographie geworden; in geringerer Anzahl enthält sie eigene Erfahrungen und Experimente des Verf.; ihr Hauptwerth beruht auf einer recht — wenn natürlich auch nicht wirklich ganz — vollständigen Wiedergabe der Litteratur, deren thatsächlicher Inhalt in geschickter Weise zusammengestellt ist.

Auf Einzelheiten einzugehen ist hier nicht der Ort. Für die französische Ärzteswelt hat die Arbeit den Werth einer ausführlichen Reproduktion der deutschen Publikationen auf diesem Gebiet, welche in so ausführlichen und sachverständigen Referaten sonst kaum oder schwer zugänglich sind. Auch für den Deutschen ist diese Zusammenstellung werthvoll, und die genaue Berücksichtigung der französischen Litteratur ist für uns von großem Interesse. So sei das Buch denen, welche der Gonorrhoeeforschung, ohne eigene Specialstudien zu machen, folgen wollen, bestens empfohlen.

Jadassohn (Bern).

2) J. Jundell und C. G. Åtman. Über die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Die Reinzüchtung der Gonokokken hat, seit die Bedeutung der eigentlichen gonorrhoeischen Metastasen mit immer größerer Sicherheit erkannt worden ist, auch für den Chirurgen an Interesse gewonnen. Die Verff. kommen bei ihren Untersuchungen zu dem Resultat, dass die sicherste und beste Methode die von Kiefer modificirte Wertheim's ist: 2 Theile Agar (3—3½% Agar, 5% Pepton, 2% Glycerin; neutrale Reaktion) und 1 Theil Ascitesflüssigkeit. Den von Finger, Ghon und Schlegel benutzten Harnagar fanden sie in vergleichenden Untersuchungen viel weniger sicher. Durch die Kultur haben die Verff. auch bei Prostatitis (in einem Falle nach negativem mikroskopischen Befund) Gonokokken nachgewiesen. Mit der von Finger vorgeschlagenen Behandlung des Trippers mit Wärme haben J. und Å. Erfolge nicht erzielt.

Jadassohn (Bern).

3) H. Heiman. Klinische und bakteriologische Studie über das Vorkommen des Gonococcus (Neisser) in der männlichen Harnröhre und im Vulvo-Vaginaltractus der Kinder.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Die sehr eingehenden Untersuchungen Verf.s bringen im Wesentlichen eine Bestätigung der in den letzten Jahren angesammelten Kenntnisse über den Gonococcus. H. hält Pleuraflüssigkeit mit Agar für den besten Nährboden, ist mit Urinagar nicht sonderlich zufrieden gewesen, tritt für die Nothwendigkeit der Anwendung der Gram'schen Methode ein, glaubt, dass es eine katarrhalische Kolpitis specifischer, aber nicht gonorrhoeischer Natur neben der gonorrhoeischen giebt und hat die specifische Bedeutung des Gonococcus — was wohl nicht mehr nothwendig ist — durch Inokulationsversuche am Menschen erwiesen.

Jadassohn (Bern).

4) **F. Balzer.** Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittels dauernder Irrigation mit einer heißen Lösung von Kali permanganicum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. Hft. 11.)

Zur Behandlung des »phagedänischen Schankers« — d. h. nach B. »der schweren und hartnäckigen Form des Schankers« — empfiehlt Verf. Spülungen mit 45° heißen, 1—2 $\frac{0}{100}$ igen Lösungen von Kali hypermanganicum, die 2—4 Stunden täglich zu dauern haben (in der Zwischenzeit Verband mit Jodoform, Höllensteinsalbe oder sonst einem Antisepticum); die Spülungen finden — je nach der Lokalität — mit einem Irrigator oder in einem Glaszylinder, in den der Penis hineingehängt wird, statt. (Ref. hat in den letzten Jahren alle phagedänischen Schanker mit Jodoform und feuchten Verbänden resp. Bädern mit verdünntem Kampherwein behandelt und damit regelmäßig sehr schnelle und gute Erfolge erzielt.)

Jadassohn (Bern).

5) **Dubujadoux.** Traitement du bubon d'origine chancreuse par l'injection préalable de salol camphré jodoformé.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1896. No. 8.)

Zur Behandlung von Schanker-Bubonen verwendet D. eine Lösung von Jodoform in Kampher-Salol im Verhältnis von 1 : 5. Hiervon werden ein bis zwei Drittel einer Pravaz'schen Spritze in die Bubonen injicirt, am nächsten Tage der unterdessen gelatinös gewordene Eiter durch einen kleinen Schnitt entfernt und die Wundhöhle mit Gaze ausgestopft, die in derselben Lösung getränkt ist. Bei diesem Verfahren soll völlige Heilung in durchschnittlich 7 Tagen erzielt werden.

Bei Durchsicht der 18 auszugsweise mitgetheilten Krankengeschichten hat Ref. den Eindruck gewonnen, als ob es sich nicht gerade um schwere Fälle gehandelt hätte. **Schneider** (Siegburg).

6) **Feulard.** Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 33—37.)

Die Frage nach der Dauer der Kontagiosität der Syphilis ist zu verschiedenen Zeiten sehr verschieden beantwortet worden. Erst allmählich ist man zu der Auffassung gelangt, dass die Fähigkeit eines Kranken, die Krankheit auf Umgebung und Nachkommenschaft zu übertragen, um so geringer ist, je weiter seine Krankheit vorgeschritten ist, und dass schließlich die Übertragbarkeit aufhört. Die Möglichkeit, diesen Punkt genau zu fixiren, wäre von größter Bedeutung auch in sozialer Beziehung (Ehe, Prostitution).

In Frankreich (Fournier) ist die Ansicht vorherrschend, dass 4 Jahre nach der Infektion die Übertragbarkeit als erloschen gelten darf, wenn das letzte Jahr ohne Erscheinungen verlaufen war. Es

mehren sich aber jetzt die Beobachtungen, dass dieser Termin für viele Fälle zu kurz berechnet war.

Es ist bekannt, dass Tuberkulose, Alkoholismus, nervöse Belastung den Verlauf der Syphilis ungünstig beeinflussen. Diese Momente sind aber für die Dauer der Kontagiosität ohne Belang. Dagegen erzeugen chronisch wiederholte Schleimhautreizungen (z. B. des Mundes bei Tabakrauchern, der Genitalien bei Prostituirten) eine Neigung zur verspäteten Eruption von Schleimhautpapeln, dieser für die Ansteckung weitaus gefährlichsten Erscheinungsform der Syphilis.

Verf. bringt sodann eine reiche Kasuistik von Syphilisübertragung in der Ehe; es waren bei allen Ehemännern mehr als 4, ja bis zu 17 Jahren seit dem Primäraffekt verflossen, und doch hatten sich bei ihnen noch sekundäre Symptome gezeigt, die zur Infektion der Ehefrauen führten. Es folgen sodann Beobachtungen von Übertragung durch Veränderungen, die allgemein als tertiär und ungefährlich gelten. Der Ort der Infektion blieb 6mal unbekannt (darunter 2 wahrscheinliche Fälle von Übertragung durch den Fötus), 5mal geschah sie durch oberflächliche Substanzverluste an den Genitalien, 2mal durch tertiäre Geschwüre am Penis, 6mal durch Erosionen am oder im Munde.

Die Art und die Dauer der Behandlung ist ganz ohne Einfluss auf die Dauer der Infektiosität. Die Virulenz des Giftes ist durch das lange Verweilen im Körper des Kranken durchaus nicht abgeschwächt, der nach langer Zeit noch inficirte Theil kann leichte und schwerste Formen der Syphilis zeigen. Es spielt also die Disposition des inficirten Theiles eine größere Rolle, als die Beschaffenheit des inficirenden Theiles.

Es ist somit unmöglich, die Dauer der kontagiösen Periode bestimmt festzustellen. Immerhin passt die Annahme, dass die Kontagiosität nach 3—4 Jahren erloschen sei, auf die große Mehrzahl der Fälle. Es ist aber im konkreten Falle ganz unmöglich zu entscheiden, ob man etwa auf eine verlängerte Kontagiosität rechnen soll; wohl aber soll man bei starken Rauchern an diese Möglichkeit denken und mit der Heirathserlaubnis vorsichtig sein.

Grisson (Hamburg).

7) E. Weland. Klinische Studien über Nierenerkrankungen bei Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1—3.)

Die Frage von dem Zusammenhang von Nierenerkrankungen mit Syphilis einer- und mit Quecksilberbehandlung andererseits ist zwar viel besprochen worden, aber es liegt nur wenig wirklich wissenschaftlich brauchbares Material zu ihrer Entscheidung vor. Desswegen ist es sehr dankbar zu begrüßen, dass Verf. sein sehr großes Syphilismaterial seit Jahren speciell mit Rücksicht auf diese Frage verfolgt und jetzt die Resultate seiner Untersuchungen mit all der Skepsis, die wir an ihm kennen, publicirt. Wer künftig auf

diesem Gebiet arbeiten will, wird die Gesichtspunkte, welche W. in dieser wie in früheren Arbeiten aufgestellt hat, berücksichtigen müssen. Hier können wir natürlich nur die wesentlichsten Ergebnisse in aller Kürze mittheilen. Die minimalen Mengen von Eiweiß, welche die Trichloressigsäure aufdeckt, sind im Allgemeinen nicht zu beachten. Aber selbst eine Albuminurie, die nur mit dieser Methode zu konstatiren ist, ist beim ersten Auftreten und bei Recidiven der sekundären Syphilis selten, noch seltener eine solche, die durch Salpetersäure gefunden wird — ob es sich dabei wirklich um eine parenchymatöse Nephritis handelt, ist sehr zweifelhaft. Dagegen giebt es im weiteren Verlauf der Syphilis Fälle von interstitieller Nephritis, bei denen der Zusammenhang mit der Syphilis wenigstens wahrscheinlich ist. Im tertiären Stadium kommen — aber gleichfalls selten — Nephritiden vor, die — wegen ihres gleichzeitigen Auftretens mit zerfallenden Gummata an anderen Körperstellen und wegen ihres Verschwindens bei spezifischer Behandlung — mit größter Wahrscheinlichkeit auf zerfallende Gummata in den Nieren zurückzuführen sind; in diesen Fällen ist der Urin schmutziggelblich, trüb, enthält wenig Eiweiß, verschiedene (Blut- und Epithel-) Cylinder und viel Detritus. Durch die Hg-Behandlung kommt es — je nach der individuellen Disposition, welche für die Nieren eben so verschieden ist wie für alle anderen Organe — oft zu Cylindrurie, seltener zu Albuminurie in schwererer oder leichter Form; diese Affektionen gehen meist schnell und ohne eine dauernde Schädigung oder eine gesteigerte Disposition zu Nierenentzündung zurückzulassen vorüber; Verf. betont noch besonders, dass völlig normaler Harn ganz eben so wenig dazu berechtigt, auf eine zu geringe Resorption des Hg zu schließen, wie ganz gesundes Zahnfleisch — über die Resorption kann nur die Untersuchung von Harn und Koth Aufschluss geben. Bei einigermaßen hochgradiger Nephritis muss natürlich, wenn Hg trotzdem zugeführt wird — und das ist häufig nothwendig — der Zustand der Nieren aufs sorgfältigste kontrollirt werden. Der Gedanke, dass bei Nephritis das Hg in größerer Menge durch den Speichel ausgeschieden wird und daher leichter Stomatitis entsteht, wird von W. als falsch nachgewiesen. Dagegen hat W. in solchen Fällen eine starke Ausscheidung durch den Koth, oft auch durch den Urin konstatirt. Eine große Anzahl von Krankengeschichten bildet die Unterlage für die eben wiedergegebenen Schlüsse.

Jadassohn (Bern).

8) E. Vollmer. Syphilis und Soolbäder.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. Hft. 11.)

Die Bedeutung der verschiedenen Bäder für die Syphilistherapie wird sehr verschieden beurtheilt. Verf. tritt warm für die in Soolbädern angewendeten Trink- und Badekuren ein, weil sie die Ausscheidung des Quecksilbers vermehren und damit namentlich bei schwächlichen Pat. die Anwendung höherer Quecksilberdosen möglich

machen, weil sie, wie er glaubt, einen »centrifugalen Sekretionsstrom« aus der Haut bedingen und dadurch die Ausscheidung des Syphilisgiftes, z. B. bei starker Roseola, begünstigen, endlich weil sie eine specielle Einwirkung auf die Lymphdrüsen haben.

Jadassohn (Bern).

9) **J. S. Loebowitz.** Über die therapeutische Verwendbarkeit des Airols in der dermatologischen Praxis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Die in der Pick'schen Klinik in Prag mit dem neuen Ersatzmittel des Jodoforms gemachten Erfahrungen stellt Verf. als im Ganzen sehr günstige dar. Initialsklerosen (nach Reinigung mit Äther und Sublimat 1 : 1000, mit Airol und grauem Pflaster bedeckt) reinigten sich sehr schnell; die Granulationsbildung ging — wie immer bei syphilitischen Geschwüren ohne Allgemeinbehandlung — langsamer vor sich; die Sekretion hörte bald auf; junges Epithel wurde — wenn es nicht durch eine Salbe geschützt wurde — manchmal durch das Airol zur Abstoßung gebracht. Exulcerirte Papeln und gummöse Geschwülste wurden ebenfalls sehr günstig beeinflusst; auch bei Ulcera mollia war das Airol dem Jodoform nicht unterlegen. Bei einigen eröffneten Bubonen war der Einfluss auf Sekretion und Granulationsbildung ein ganz besonders günstiger — bei anderen verhinderte das Airol den Belag nicht, während das dem Jodoform bald gelang. In dieser Beziehung also verdient das letztere den Vorzug. Bei innerer Darreichung (in Dosen von 1 bis 3 g pro die) wurde das Airol gut vertragen und schnell resorbiert. Auch bei Brandwunden, nach Paquelinisirung von Lupusherden, bei Beingeschwüren (in Verbindung mit Salicylseifenpflaster) bewährte sich das neue Mittel, das durch die erwähnten Eigenschaften, wie durch seine Geruchlosigkeit und Billigkeit einen Platz in unserem Arzneischatz verdient.

Jadassohn (Bern).

10) **J. Thomas-Thomescio.** Considérations sur l'étiologie générale des dermatoses avec une étude spéciale sur le rôle du système nerveux dans la pathogénie de quelques affections cutanées.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1895.

Die vorliegende wesentlich kritisch referirende und philosophirende Arbeit giebt einen guten Überblick über die ätiologischen Anschauungen speciell der modernen französischen Dermatologie. Verf. theilt die Hautkrankheiten ein in I. solche mit äußerer Ursache (traumatisch, parasitär), II. Toxikodermatosen, III. Trophodermatosen, IV. Dermatoneurosen, und V. Hautdifformitäten (über die Berechtigung dieser wie jeder anderen Klassifikation ließe sich streiten). Er giebt einen kurzen Überblick über die I. und II. Klasse und hält sich speciell bei den nervösen Hautkrankheiten auf; die Grundlagen

unserer Kenntnisse auf diesem Gebiet werden kritisch erörtert und dann die einzelnen Affektionen (Erytheme, Rosacea, Lupus erythematosus, Ekzeme, pruriginöse Dermatosen) zum Theil auf Grund eigener Beobachtungen besprochen. Die — rein hypothetischen — Auseinandersetzungen über die Pathogenese der nervösen Dermatosen und die prognostischen und therapeutischen Bemerkungen haben eine geringere Bedeutung; aus den letzteren ist hervorzuheben, dass der Verf. sich dem bei uns als überwunden geltenden Standpunkt anschließt, dass man manche Hautkrankheiten nicht heilen dürfe, weil sie in einer Wechselbeziehung zu inneren Leiden stehen.

Jadassohn (Bern).

11) C. Beck. Beiträge zur Kenntniss des Molluscum contagiosum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die Diskussion über die Natur des Molluscum contagiosum wird augenscheinlich nicht zur Ruhe kommen, bis die Frage definitiv gelöst ist, ob die eigenartigen, in diesen Geschwülsten zu beobachtenden Zellveränderungen parasitär oder degenerativ sind. Für den nicht specialistisch Interessirten ist es kaum mehr möglich, den Einzelheiten dieser Diskussion zu folgen; es sei desswegen hier auch nur hervorgehoben, dass B. neben einem genaueren Studium der Pigmentirung des Molluscum — das eine tiefe Störung der Epithelpigmentirung ergab — mit einer neuen, im Original nachzulesenden Färbungsmethode zu dem Wahrscheinlichkeitsschluss gekommen ist, dass die von ihm in interessanten Bildern dargestellte Zellveränderung degenerativer Natur ist.

Jadassohn (Bern).

12) Łukasiewicz. Über das erste und zweite Stadium der Alibert'schen Dermatoze (Mycosis fungoides).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die unter dem Namen »Mycosis fungoides« bekannt gewordene, zuerst von Alibert beschriebene Dermatoze ist in ihrer Ätiologie noch ganz unaufgeklärt und auch in ihrem klinischen und anatomischen Verhalten noch nicht genügend durchgearbeitet. Namentlich die ersten beiden Stadien (das der ekzemartigen Herde und das der knoten- und buckelförmigen Infiltrate) sind relativ wenig untersucht, während die beiden weiteren (das der rasch wachsenden Geschwülste und das der Kachexie) speciell zu anatomischen Studien naturgemäß reichlicher Gelegenheit gegeben haben. Der Pat. Ł.'s ist — vermuthlich wegen der an sich als rein zufällig aufzufassenden Kombination mit Tuberkulose — vor der eigentlichen Geschwulstbildung gestorben. Auf Grund seines histologischen Befundes kommt Verf. zu dem Resultat, dass es sich auch in den ersten Stadien dieser Dermatoze um eine wesentlich in Proliferation der Bindegewebszellen sich äussernde Entzündung handelt, während die exsudativen Processe sehr in den Hintergrund treten. Von den verschiedenen Erklärungsversuchen

stimmt L. keinem zu. Mikroorganismen von irgend welcher Bedeutung hat er nicht gefunden, und er sieht keinerlei Grund, die Krankheit, wie das verschiedentlich geschehen ist, als infektiöse Granulationsgeschwulst aufzufassen. Eben so wenig möchte er sie in Beziehung zur Lymphadenie bringen — die Drüsengeschwülste, die auch der Pat. des Verf. gehabt hat, waren einfach chronisch-entzündlicher Natur und als unmittelbare Folge der Hauterkrankung zu deuten. Von den Hautsarkomen, zu welchen Kaposi die Mycosis fungoides früher zu rechnen geneigt war, ist sie durch den histologischen Befund streng geschieden. Die neuerdings von Kaposi angenommene Gruppe der »sarkoiden Geschwülste« vermag L. ebenfalls aus histologischen Gründen nicht anzuerkennen und so bleibt nur ein Non liquet übrig.

Jadassohn (Bern).

13) L. Nielsen. Melanosis et keratosis arsenicalis.

(Monatsschrift für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 3.)

Von den Nebenwirkungen des Arsens haben in den letzten Jahren besonders 2 Beachtung gefunden: die Arsenpigmentirung und die Arsenkeratosen. Der Verf. hat beide Erscheinungen bei einem Pat., welcher ein Jahr lang Solutio Fowleri in mäßigen Dosen genommen hatte, noch ein Jahr nach Aufhören der Medikation beobachtet, und schildert im Anschluss an diese Beobachtung das in der Litteratur niedergelegte Material. Die Arsenpigmentirung schließt sich entweder an, bestehende Hauterkrankungen, die mit Arsen behandelt worden sind, an oder sie entsteht primär, ohne vorhergehendes Erythem (das aber als Arsenexanthem vorkommen kann) nach akuten und chronischen Vergiftungen oder nach einer stärkeren oder schwächeren Arsenbehandlung, bald nach kürzerer, bald nach längerer Zeit; sie tritt nach Gowers zuerst in Form kleiner runder Flecke auf, lässt, wenn sie diffus wird, oft kleine weiße Stellen bestehen, ist mehr oder weniger intensiv braun, besonders stark oft an den physiologisch reichlicher pigmentirten Theilen; die Schleimhäute bleiben im Allgemeinen frei (Ausnahmen: Darm und 1mal Conjunctiven). Die Verfärbung kann nach kürzerer oder auch nach sehr langer Zeit (event. unter Abschuppung und Jucken) schwinden; sie kann auch andauern. Differentialdiagnostisch ist vor Allem der Morbus Addisonii zu berücksichtigen. Therapeutisch ist außer dem Fortlassen des Arsens nicht viel zu thun.

Die Arsenkeratose ist bisher wesentlich seltener beobachtet worden als die Melanose; in etwa der Hälfte der Fälle bestand die letztere neben der ersteren. Die Bedingungen für ihr Zustandekommen sind ungefähr die gleichen. Die Keratose ist immer symmetrisch, meist an Flachhänden und Fußsohlen lokalisiert; sie ist entweder diffus über diese Regionen ausgebreitet, manchmal auf die Fußbrücken übergreifend, oder sie tritt in zahlreichen zerstreuten kleinen Hornbildungen (Corns) auf, die sich aber meist mit der diffusen Form kombiniren; sie können an den Schweißdrüsenausführungsgängen

lokalisirt, eine Hyperidrosis kann mit ihnen kombinirt sein, aber auch allein auftreten. Die Keratose entwickelt sich meist ganz allmählich, selten mit Entzündungserscheinungen, selten mit Schmerzen oder Jucken. N. referirt im Anschluss daran über Hutchinson's »Arsenik-Cancers«, die meist im Anschluss an mit Arsen behandelte Psoriasis entstanden sind; die durch das Arsen bedingten »Hauthörner« können in Cancroid übergehen. Die Keratose verschwindet nach Aussetzen des Medikaments spontan oder durch Behandlung — mit warmen Seifen- und Sodabädern, Kataplasmen, Salicyl- oder Resorcinpräparaten. Die Histologie ist noch unbekannt. **Jadassohn** (Bern).

14) **L. Wälch.** Beiträge zur Anatomie der Trichophytosis.
(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Hft. 1.)

So eifrig man sich in den letzten Jahren mit der bakteriologischen Untersuchung des Trichophyton oder der Trichophytonarten beschäftigt hat, so sehr ist die histologische Untersuchung — wohl wegen des schwer erhältlichen pathologisch-anatomischen Materials — vernachlässigt worden. Verf. hat in der Pick'schen Klinik in Prag Gelegenheit gehabt, ein Präparat von Trichophytia capillitii, 5 von Trichophytie der sog. unbehaarten Theile und eines von Sycosis barbae parasitaria zu untersuchen. Er kommt zu dem — hier natürlich nur ganz kurz wiederzugebenden — Resultat, dass das Trichophyton die Rinde des Haars verschieden weit nach unten und oben durch- und umwächst, sich auch in den verhornenden Schichten des Haarbalges vermehrt, den Bulbus aber verschont, Exsudation in die Epidermis, Proliferation der Epithelien, Perifolliculitis bedingt; die Schwere der Entzündung richtet sich nach der anatomischen Struktur der Hautpartie; sie ist bei Lanugo geringer, als bei Bart- oder Kopfhaaren; sie hängt wohl auch von verschiedener individueller Disposition und endlich von der verschiedenen Virulenz der Pilze ab. Die histologischen Befunde bei den klinisch sehr differenten Formen der Trichophytie sind nur graduell verschieden.

Jadassohn (Bern).

15) **R. Krösing.** Weitere Studien über Trichophytonpilze.
(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Hft. 1 u. 2.)

Die sehr eingehenden, in der Breslauer dermatologischen Klinik angestellten Untersuchungen des Verf. müssen in ihren Einzelheiten von den Interessenten im Original studirt werden. Hier können nur die allgemeiner interessanten Resultate in kurzem Auszug wiedergegeben werden. K. betont die Nothwendigkeit, aus einer Spore, resp. einem Mycelglied, Kulturen zu züchten, weil nur so gewonnene als wirklich sichere Reinkulturen gelten können; er konnte an solchen Kulturen die Eintheilung Sabourand's in groß- und kleinsporige Trichophytonarten nicht als berechtigt erkennen; bei energischem Schütteln von aus einem Haarstumpf oder einer Schuppe gewachsenen Kulturen

21) **L. Conitzer.** Beitrag zur Diagnose und Therapie der Prostata-tuberkulose.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 1.)

Außer als Begleiterscheinung einer kombinierten Urogenitaltuberkulose findet sich die tuberkulöse Erkrankung der Prostata auch primär in Form multipler käsiger Herde. Die Diagnose ist in solchen Fällen schwer und wird gewöhnlich nur gestellt, wenn sie durch Nebenerkrankungen der Nachbarorgane, besonders der Blase, begünstigt wird.

C. theilt einen Fall der Art mit, in dem von Alsberg aus folgenden Symptomen die Diagnose gestellt wurde. Es fand sich 1) ein schmerzhafter Widerstand in der Pars prostatica beim Katheterisiren, 2) eine ungleichmäßige schmerzhaftige Schwellung der Prostata bei der Mastdarmuntersuchung, 3) Eiter im Urin bei saurer Reaktion desselben, mikroskopisch Tuberkelbacillen. Durch cystoskopische Untersuchung wurden miliare Tuberkel in der Blase gefunden.

Nach der Operation — Exstirpation des durchweg mit käsigen Herden durchsetzten rechten, Auslöfflung des linken Prostatalappens — trat vorübergehende Besserung der Urinentleerung und des Allgemeinbefindens ein. Wenige Wochen später trat eine Tuberkulose des linken Nebenhodens auf. Nach einigen Monaten zeigten sich deutliche Symptome einer aufsteigenden Tuberkulose der Harnwege und der linken Niere, die bald den Tod herbeiführte.

Verf. tritt für die operative Therapie ein, auch dann, wenn noch keine Fisteln oder Abscesse den Weg zeigen, und hofft auf bessere Erfolge, wenn die Diagnose bei häufigerer sorgfältiger Untersuchung vom Darm her früher gestellt wird.

F. Krumm (Karlsruhe).

22) **G. Kolischer.** Geheilte Fall von Papillomen am Orificium urethrae internum. (K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Rundschau 1897. No. 6.)

Die Pat. litt an Harndrang, der nach jedem Uriniren sich steigerte, zu starken Schmerzanfällen und Blutungen führte. Sie war wegen dieser »nervösen« Beschwerden lange erfolglos behandelt. Cystoskopisch fanden sich Papillome an der inneren Harnröhrenmündung. Mit dem Harnstrahl wurden dieselben in die Harnröhre gespült, dann bei Kontraktion des Sphinkters gereizt und gelegentlich gezerzt und abgerissen. Mit der Füllung der Blase wurden sie wieder frei. Daher der eigenthümliche Symptomenkomplex.

Abtragung mit der Schere und Kauterisirung im Cystoskop führte zu völliger Heilung.

Grissom (Hamburg).

23) **Partsch.** Eigenartige Verletzung der Blase.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 2.)

Ein 39-jähriger Knecht schlug Ende Juli 1896 beim Herabgleiten vom Heuboden mit dem Gesäß auf. Trotz anfänglich starken Schmerzes konnte er noch gehen, bekam aber plötzlich heftigen Stuhldrang. Über die Beschaffenheit des Stuhles wusste er nichts anzugeben. In den nächsten Tagen bestand Harndrang verbunden mit Hämaturie. Seinem Dienst konnte er aber fortgesetzt nachkommen. Nach 2½ Monaten steigerte sich der Harndrang allmählich bis zur Inkontinenz; und bei der Aufnahme am 6. Oktober bestand ausgesprochene Cystitis. Bei gut passirbarer Harnröhre lässt die Sonde am Übergang der Pars prostatica in den Blasengrund einen Stein erkennen, der auch durch den Mastdarm bzw. bei kombinierter Untersuchung zu fühlen ist. Blase ziemlich fest kontrahirt. Am 18. Oktober hoher Blasenschnitt. Auch in der Narkose lässt sich die Blase durch Füllung nicht dehnen. Desshalb Verletzung des Bauchfells, dessen Wunde sofort mit fortlaufender Katgutnaht geschlossen wird. Die Entfernung des Steines machte einige Schwierigkeiten, denn derselbe hatte sich um einen Nagel gebildet, der mit seinem Kopfende noch etwa 3 cm in dem Blasenboden steckte. Keine nennenswerthe Blutung. Spülung mit Tavel'scher Lösung. Die Blasenwunde wurde

nicht genäht, wegen der eventuellen Nothwendigkeit, nochmals eingreifen zu müssen, und ein Katheter in dieselbe befestigt. Am 13. November war die Wunde so weit geschlossen, dass sie für Urin undurchgängig war. Der Urin war klar und normal, der Mechanismus der Entleerung ungestört, Kontinenz 3—4 Stunden. Der Stein, aus Phosphaten bestehend, hat einen Umfang von 10 cm, wiegt mit dem Nagel 30 g, abgesehen von dem, was bei den Entfernungsversuchen durch Zerbröckeln verloren gegangen war. Er zeigt in der Form eine Anpassung an seine Lageverhältnisse. Die Harninfiltration wurde wohl durch das Narbengewebe hintangehalten. Der lange Zimmermannsnagel war wahrscheinlich durch den After eingedrungen und als die Weichtheile sich wieder ausdehnten, im Inneren verschwunden. Bemerkenswerth ist das Wachsthum des Steines in so kurzer Zeit. Verf. meint, wäre es nicht zur Autopsie gekommen, er hätte vielleicht die Bildung des Steines, als durch den Unfall bedingt, für zweifelhaft gehalten. Beachtenswerth ist ferner, dass Pat. seinen Dienst versehen konnte. Verf. warnt deshalb zur Vorsicht in der Beurtheilung dessen, was der Einzelne leisten resp. ertragen kann. **Bähr (Hannover).**

24) Severeanu. Spontanes Zerbrechen von Blasensteinen in der Blase.
(Spitalul. 1897. No. 3.)

Der Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, für den er kein Analogon in der Litteratur kennt.

Es handelt sich um einen jungen Landbewohner von 18 Jahren, der im Alter von 2 Jahren Zeichen eines Blasenleidens geboten haben soll: Er äußerte heftige Schmerzempfindungen während des Urinlassens. Diese Schmerzen stellten sich immer wieder ein bis zum Alter von 9 Jahren; zu dieser Zeit verschwanden sie von selbst, ohne dass eine Behandlung eingeleitet worden wäre. Der Knabe konnte körperliche Anstrengungen gut ausführen, ohne die geringsten Beschwerden reiten und laufen. 3 Monate vor seinem Eintritt ins Spital fiel er Nachts in einen Graben. Sofort fühlte er heftige Schmerzen im Unterleib, und von diesem Augenblick an begannen wieder die alten Störungen bei der Urinentleerung; während des Harnens wurde der Urinstrahl unterbrochen, und noch andere Symptome von Blasenkonkrementen zeigten sich. Der Urin war niemals bluthaltig gewesen.

Durch Rectaluntersuchung und Einführung von Bougies konnte S. nachweisen, dass die Blase 2 oder mehrere Fremdkörper enthielt, von denen einer am anderen entlang sich verschieben ließ. Durch die Cystotomia suprapubica konnte Verf. die zwei Theile eines Blasensteines entfernen. Der ganze Stein bot im Durchmesser die Maße 37 zu 40 mm, er wog 30 g. Die Flächen der beiden Theile, die einander angelegen hatten, zeigten Unebenheiten, die genau in einander passten; an dem einen Theil passte der hervorstehende Kern des Steines gerade in eine entsprechende Vertiefung des anderen Theiles. Die Bruchflächen der 2 Theile waren glatt, so dass man schließen musste, dass der Stein bei dem Falle des Pat. in den Graben zerbrochen sei. Die einzige Erklärung, die Verf. finden konnte, war die einer plötzlichen heftigen Kontraktion der Blase um den Stein herum während des Falles. Der Stein bestand aus harnsauren Salzen. — Der Schilderung sind 2 Abbildungen beigegeben. **Gerota (Berlin).**

25) M. Nitze. Eine neue Modifikation des Harnleiterkatheters.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 1.)

Die Neuerung besteht darin, dass die Lampe sich in der Fortsetzung des eigentlichen Cystoskops befindet, dass beider Achsen zusammenfallen. Als Vortheile werden erwähnt: zunächst die Anbringung einer stärkeren Lampe, dann die Einfachheit des Schnabeltheiles, der nur noch aus dem dünneren und kürzeren Katheterleitrohr besteht, ferner die leichte Sterilisirbarkeit und die bequeme und einfache Handhabung bei Einlegen des Harnleiterkatheters und Zurückführen des Metallinstruments. **F. Krumm (Karlsruhe).**

26) **E. Schwalbe.** Mittheilung über zwei Fälle von kongenitaler Nierenverlagerung.

(Virchow's Archiv 1896. Bd. CXLVI.)

Fälle von angeborener Nierenverlagerung sind schon mehrfach beschrieben. Die beiden hier mitgetheilten, in dem Heidelberger pathologischen Institut beobachteten Fälle, sind zufällige Sektionsbefunde. Sie betreffen 2 Männer, welche aus anderen Ursachen verstorben waren. Bei beiden war die rechte Niere dislocirt. Bei dem ersten war die verlagerte Niere, die vor dem 3.—5. Lendenwirbel mit ihrer Hauptmasse auf der linken Seite lag, mit der linken zu einer Art Hufeisenniere verschmolzen, im zweiten handelte es sich um eine einfache Tieflagerung und Fixation vor dem 4. und 5. Lendenwirbel unterhalb der Aortentheilung. Bei beiden Fällen zeigten sich an den dislocirten Organen Furchen und Unregelmäßigkeiten der Oberfläche, die an embryonale Lappung erinnerten; die Gefäßversorgung war unregelmäßig und mehrfach, dergleichen die Verhältnisse der Harnleiter abnorme. Im 2. Falle zeigte der Harnleiter eine im Verhältnis zur Kürze des Weges bis zur Blase zu große Länge und schleifenförmigen Verlauf. 2 Abbildungen illustriren diese Verhältnisse.

Beschwerden wurden durch diese Abnormitäten nach den angestellten Erhebungen nicht verursacht, auch waren keine Druckerscheinungen auf die Gefäße bemerkbar. Verf. weist kurz auf die Möglichkeit hin, dass derartige Abnormitäten zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben könnten — solche Fälle sind auch bereits beschrieben, Ref. — und auf die Nothwendigkeit, bei Bauchgeschwülsten an die Möglichkeit einer abnorm gelagerten Niere zu denken.

Braem (Chemnitz).

27) **Lemon (Milwaukee).** Gunshot wounds of the kidney. Report of two cases.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1897. No. 2.)

L. beobachtete und operirte 2 Fälle von Nierenschussverletzung bei jungen Männern. Bei dem einen war das Geschoss aus unbekannter Waffe und nicht genauer angegebener, aber wohl nicht sehr großer Entfernung vom Rücken aus in den Körper eingedrungen, bei dem anderen ein Revolvergeschoss ganz aus der Nähe von vorn, 2 Zoll einwärts von der Brustwarzenlinie oberhalb der 9. rechten Rippe, so dass hier die Pleurahöhle eröffnet worden war. Nach der Schussrichtung wurde eine Nierenverletzung vermuthet und diese Annahme durch den mittels Katheters entleerten blutigen Urin bestätigt. Die Niere wurde beide Male in typischer Weise von einem Lendenschnitt aus freigelegt und zeigte sich im unteren Theil quer durchlocht. Im 1. Falle war ein erheblicher Erguss von Blut und Urin in der Umgebung der Niere vorhanden. Aus dem Schusskanal, welcher so weit war, dass man einen Finger hätte einführen können, blutete es zunächst andauernd weiter. Nach Einführung eines Tampons wurden die Wunden wieder geschlossen, und die Heilung kam ohne erhebliche Zwischenfälle zu Stande (beide Männer litten an akuter Gonorrhöe, der eine bekam eine Epididymitis).

Der zunächst mittels Katheters entleerte Urin enthielt bei beiden in den ersten Tagen noch Blut; im 1. Falle ging 3 Tage lang wenigstens ein Drittel der Urinmenge durch die Wunde ab. Nach 4 Wochen wurden beide Pat. gesund entlassen. Den ersten glaubt Verf. durch den Eingriff vor dem Tode oder wenigstens schwereren Komplikationen gerettet zu haben, während beim zweiten die Heilung vielleicht auch ohne Operation erfolgt wäre. L. empfiehlt bei Schussverletzungen der Niere die Probeincision, welche unter aseptischen Kautelen stets gefahrlos sei.

Martens (Göttingen).

28) **Tuffier.** Hydronéphrose intermittente droite, chez un homme, à coudure fixe de l'uretère. Néphrectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 46.)

Die Überschrift bezeichnet den Inhalt. Der hydronephrotische Sack hatte die Größe zweier Fäuste. Zur Nephrektomie entschloss sich T., da die durch Ver-

wachung ihrer beiden Schenkel fixirte Knickung des Harnleiters sich nicht beseitigen ließ, und graue Knoten an der Oberfläche der Niere eine Eiterung vermuthen ließen. Die spätere bakteriologische Untersuchung ergab völlige Asepsis des Inhaltes des Sackes und der Niere. **Reichel** (Breslau).

29) Dayot fils (Rennes). Observation de tumeur du rein droit (Hydronephrose congénitale) ayant simulé une grossesse. Néphrectomie transperitonéale. Guérison.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 749.)

Die Angabe der 21jährigen Kranken, schwanger zu sein, das Ausbleiben der früher ganz regelmäßigen Menstruation seit 5 Monaten, Anschwellung der Brüste, Pigmentation der Linea alba, allmähliche Umfangszunahme des Leibes erschwerten in dem von D. beobachteten Falle die Diagnose und ließen anfänglich an Schwangerschaft denken, wenn auch die Größe der Bauchgeschwulst einer Schwangerschaft am Ende des 7., nicht des 5. Monates entsprach. Die rechtsseitige Lage der Geschwulst, die genaue Palpation der Genitalien schlossen diesen Verdacht jedoch bald aus und ermöglichten die Diagnose »retroperitoneale cystische Geschwulst, wahrscheinlich Hydronephrose«. Die transperitoneale Exstirpation verlief glatt und führte zur völligen Genesung. Der rechtsseitige Harnleiter war dicht vor seiner Einmündung in den Cystensack stark verengt, als habe hier eine Einschnürung durch ein Band stattgefunden; unmittelbar unterhalb der Verengung war er geknickt.

Reichel (Breslau).

30) Tuffier. Intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein.

(Gaz. méd. de Paris 1897. No. 3.)

T. veröffentlicht seine Statistik über die Fälle von Operationen bei Nierentuberkulose während der letzten 8 Jahre.

Vorausschickend, dass die chirurgische Intervention nur eintritt, wenn alle inneren Mittel erschöpft sind, und dass der Chirurg, wenn er operirt, allein gegen die durch die Affektion hervorgerufenen Zustände vorzugehen hat, ohne die Tuberkulose selbst zu heilen, theilt T. diesen chirurgischen Eingriff nach 3 großen Indikationen: wiederholte reichliche Blutungen, Schmerzen, Erscheinungen von Infektion und Intoxikation.

Wegen ersterer Indikation wurden 2 Operationen gemacht. Eine Frau von 42 Jahren. Nephrektomie. Vollständige Heilung. Ein Mädchen von 20 Jahren, welches 3 Jahre lang profuse Blutungen hatte. Juni 1893 Nephrotomie. Die Kranke blieb 18 Monate ohne Hämaturie. Ende 1895 und 1896 zeigte sich etwas, doch ohne die Nothwendigkeit, einzugreifen.

Bei Schmerzen wurde 3mal operirt. Dieselben zeigten sich in der Form von Nierenkoliken. Die Kranken waren mit in Folge der Hämaturie sehr herunter. Einmal Nephrektomie bei einem Kranken, der geheilt blieb. Auffallend war bei ihm eben so, wie bei den anderen, das anfängliche Fettwerden nach der Operation, welches jedoch in keinem Falle anhielt. Besonders interessant ist die 2. Beobachtung. Sie betraf ein junges Mädchen, das zahlreiche französische, deutsche, österreichische, englische etc. Chirurgen konsultirt hatte. Sie war an lebhaften Schmerzen im Knie, dann in der Nierengegend in Folge eines Traumas erkrankt. Keine der vielen Diagnosen, wie Lithiasis, bewegliche Niere, Neuralgie etc. traf das Richtige. T. beobachtete die Pat. lange Zeit, ohne zu sicherer Diagnose zu kommen, als Dr. Gennes im Urin Tuberkelbacillen fand. Nephrektomie, zahlreiche kalte Abscesse in der Niere. Der Harnleiter war erweitert und granulös. Die Kranke ist später von Israël gesehen worden. Dieser fand an der Harnleiteröffnung eine geschwürige Fläche, ein Zeichen der beginnenden Tuberkulisation der Blase, entstanden auf absteigendem Wege.

Der 3. Kranke blieb gesund.

In Betreff der letzten Indikation, Infektion oder Intoxikationserscheinungen, berichtet Verf., dass er 9mal eingreifen musste, dass aber die Resultate dabei

wenig ermutigend waren. Man tröstet wohl die Kranken, heilt sie aber nicht. Man folgt den durch die Eiterungen gegebenen generellen Indikationen und öffnet, wo ein eitriger tuberkulöser Herd ist. **A. Henry** (Breslau).

31) **A. Routier.** Pyélo-néphrite. — Nephrectomie. — Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 233.)

R. berichtet über 2 Fälle erfolgreich operirter Pyonephrosen. Im ersten hatte sich die Krankheit anscheinend akut, ohne jede bekannte Ursache, binnen wenigen Wochen entwickelt. Trotz des Nachweises einer freilich nicht deutlich abgrenzbaren Geschwulst im linken Hypochondrium und von Eiter im Urin hatte R. die Diagnose nicht zu stellen vermocht, sondern schritt in der Annahme einer abgesackten tuberkulösen Peritonitis zur Laparotomie. Nachdem diese die Diagnose klargestellt hatte, begnügte er sich in Anbetracht des elenden Allgemeinbefindens zunächst mit Einnähung des Eitersackes in die Bauchwunde und Anlegung einer Urinistel. Erst nach 4 Monaten, nachdem sich der Kranke inzwischen rasch erholt und gekräftigt hatte, exstirpirte er den Eitersack sammt Niere auf transperitonealem Wege. — Im 2. Falle, in dem es sich um eine intermittirende Pyonephrose handelte, operirte er mittels Lendenschnittes. In beiden ligirte er den Stiel mit einer Gummischnur, die sich sammt dem nekrotischen Stiel freilich erst nach 27, resp. 30 Tagen abstieß. Beide Pat. genasen. **Reichel** (Breslau).

32) **T. Wikerhauser.** Pyosalpinx. Sarcoma abdominis. Recidiv. (Drei Laparotomien.)

(Liečnicki viestnik 1896. No. 3.)

1892 operirte W. bei einer Frau eine Adnexitgeschwulst. 1893 kam sie ins Krankenhaus mit einem faustgroßen Sarkom in der Narbe, welches nebst den kranken Adnexen entfernt wurde. Ende 1895 wurde sie zum 3. Male operirt wegen Recidivs, welches, auch auf Blind- und Dünndarm übergegriffen, in den Darm hineingewachsen war. Wegen großer Hinfälligkeit der Pat. wurde der Darm nicht resecirt, sondern eine Ileokolostomie angelegt. Nach der Operation erholte sich die Pat. rasch, begann aber bald wieder herunterzukommen und ging nach 5 Wochen an allgemeiner Anämie und fettiger Degeneration zu Grunde. Dieser Fall zeigt die Bildung einer Neubildung auf entzündlicher Basis und Überimpfung derselben auf Nachbargebilde. **Čačkovlić** (Agram).

33) **Reinecke.** In der Höhe verstellbarer Untersuchungs- und Operationstisch.

(Ärztliche Polytechnik 1897. Januar.)

Obiger Tisch hat eine 3theilige Platte, jeder Theil für sich stellbar, ferner kann jedoch auch die Höhe des Tisches am Kopf- und Fußende beliebig verändert werden. Dadurch ist der Tisch auch als Sopha zum Untersuchen und Massiren verwendbar. Das Kopf- und Mittelstück der Tischplatte sind je 50, das Fußstück 80 cm lang. Der ganze Apparat besteht aus Eisen mit Email-Lack. Er ist leicht zu desinficiren.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

34) **E. Braatz.** Eine Verbesserung der Unhandlichkeit der metallenen Messergriffe.

(Ärztliche Polytechnik 1897. Februar.)

Die modernen, leicht desinficirbaren ganz metallenen Messer sind bekanntlich im Handgriff plump und unbequem. B. hat deshalb ganz schmale Handgriffe anfertigen lassen, über welche ein Gummirohr gestülpt wird, damit man sie fest ergreifen kann. Messer und Gummi werden vor dem Gebrauch durch Kochen aseptisch gemacht.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19.

Sonnabend, den 15. Mai.

1897.

Inhalt: Kocher, Resultate der Hernien-Radikaloperation. (Original-Mittheilung.)

1) **Sée**, 2) **Jundell** und **Ätman**, 3) **Helman**, Gonococcus. — 4) **Balzer**, Phagedänischer Schanker. — 5) **Dubujadoux**, Schankerbubo. — 6) **Foulard**, 7) **Welander**, 8) **Vollmer**, Syphilis. — 9) **Loebowitz**, Airol. — 10) **Thomas-Thomescio**, Zur Ätiologie der Dermatosen. — 11) **Beck**, Molluscum contagiosum. — 12) **Lukasiewicz**, Mycosis fungoides. — 13) **Nielsen**, Melanosis et keratosis arsenicalis. — 14) **Wälich**, 15) **Krösling**, Trichophytosis. — 16) und 17) **Pacl**, Angeborene Hüftverrenkung. — 18) **Liermann**, Schenkelhalsbrüche. — 19) **Gaudeffroy**, 20) **Delagénière**, Coxitis. — 21) **Phocas** und **Potel**, Angeborener Kniescheibenmangel. — 22) **Coulhon**, Kniescheibenbruch. — 23) **Hartmann**, 24) **Hennequin**, Unterschenkelbruch.
25) **Corazza**, Bericht. — 26) **Remlinger**, Erb'sche Lähmung. — 27) **Finckh**, Schulterverrenkung. — 28) **Barsis**, Bicepsriss. — 29) **Zenker**, Angeborene Hüftverrenkung. — 30) **Harte**, Löthung der unteren Oberschenkelepiphyse. — 31) **Hammer**, Gonococcus. — 32) **Zarubin**, Schilddrüsenpräparate bei Hautkrankheiten.

Resultate der Hernien-Radikaloperation.

Von

Professor Kocher in Bern.

In einer Mittheilung über die Resultate der Radikaloperation der Hernien, welche der Autor mir zuzusenden die Güte hatte, macht Coley in New-York auf die vorzüglichen Resultate aufmerksam, welche sich in geschickten Händen zumal mit Bassini's Methode erreichen lassen. Dass Bassini einen genialen Griff gethan hat mit seinem Verfahren, ist allgemein anerkannt, und mit Recht hat sein Verfahren große Verbreitung gefunden; auch wir machen in Fällen, wo wir eine specielle Indikation dafür sehen, davon Gebrauch.

Dass aber das Verfahren in gewissen Fällen verletzend werden kann und mühsam, dass es ferner nicht gute Resultate geben kann bei eintretender Eiterung, wo die Nähte nicht halten, das wird Jedermann zugeben, der auch bei älteren Leuten und größeren Brüchen die Operation der Radikalheilung zu unternehmen sich verpflichtet fühlt. Und welcher Chirurg hat denn niemals bei einer seiner Bruchoperationen eine Eiterung gesehen? Ist sie ja anerkanntermaßen

hier häufiger als an vielen anderen Körperstellen. Dass die Naht-eiterung den Resultaten der Bassini'schen Radikaloperation Eintrag thun muss, ist zweifellos, da man zuerst den Leistenkanal spaltet, um ihn nachher wieder zusammenzunähen.

Es bleibt deshalb wünschenswerth, Methoden zu haben, welche auch bei Leuten, die eingreifendere und complicirtere Operationen nicht vertragen und unter Verhältnissen, wo Eiterung eintritt, mit Erfolg anwendbar sind. Zu diesen Verfahren rechne ich unter Anderem die von mir angegebene laterale Verlagerungsmethode. Statistische Erhebungen, über welche ich gleich referiren werde, haben ergeben, dass die Methode selbst bei älteren Individuen gefahrlos ist, und dass selbst bei eingetretener Eiterung das Endresultat nicht beeinträchtigt wird. Coley thut alle anderen Methoden außer der Bassini'schen und einer eigenen Modifikation derselben mit der Bemerkung ab, dass dieselben nur in den Händen ihrer Erfinder brillante Resultate geben, für andere Operateure aber wenig Werth haben. Diese Art der Aburtheilung über Methoden, die man nicht geprüft hat, scheint mir eine Zurückweisung zu verdienen. Macewen hat zur Genüge gezeigt, dass auch mit seiner Methode sich sehr gute Ergebnisse erzielen lassen, eben so giebt es eine Anzahl anderer Methoden, die in geübten Händen sich bewährt haben.

Wir wissen, dass eine große Zahl kompetenter Fachgenossen mit dem von uns empfohlenen Verfahren sehr zufrieden sind und hoffen, dass dieselben ihre Resultate seiner Zeit mittheilen werden. So viel können wir belegen, dass eine Anzahl jüngerer Chirurgen, d. h. unsere Assistenten, das Verfahren in einer großen Zahl von Fällen geübt haben, und dass dabei auch in anderen Händen als den unsrigen völlig befriedigende Erfolge herausgekommen sind; dies zu beweisen, halten wir nach Coley's Herausforderung für unsere Pflicht. Wir können es um so besser, als einer unserer Doktoranden eben mit einer zweiten Zusammenstellung von Resultaten der Radikaloperation fertig geworden ist, die demnächst in Form einer Doktordissertation in extenso publicirt werden soll.

Herr Cand. med. Lebensohn hat auf Grund unserer Krankengeschichten die Resultate der Radikaloperation von 197 Hernien zusammengestellt, welche in den Jahren 1894 bis Mitte 1896 ausgeführt worden sind. Darunter sind 103 Herniae inguinales externae, bei welchen die laterale Verlagerungsmethode zur Anwendung kam. Eine vollkommene Primaheilung, wie wir sie verstehen, d. h. wo nach 1—2 Tagen der Drain entfernt wird und die Wunde vollkommen mit Begraben der Nähte verklebt ist, trat in 91,3 % der Fälle ein, so dass die Pat. nach 10,7 Tagen im Mittel entlassen werden konnten. Bei 8,7 % verzögerte sich die Heilung durch länger dauernde Sekretion, und hier war die mittlere Heilungsdauer 32,6 Tage. Lebensohn konnte nachweisen, dass die großen Brüche eine etwas längere Heilungsdauer bis zur Entlassung beanspruchten als die kleineren. Eben so hatte das Alter deutlichen Einfluss, indem bei Individuen über

35 Jahre im Durchschnitt 4 Tage längere Heilungsdauer beansprucht wurde als bei jüngeren Individuen.

Über 88 Fälle konnte bestimmte Nachricht erhalten werden über den gegenwärtigen Status. Das Resultat unter Hinzunahme von 23 von Beresowsky gesammelten Endresultaten derselben Operationsmethode war folgendes:

Von 111 mittels lateraler Verlagerungsmethode operirten Fällen von äußerer Leistenhernie, die stets den Prüfstein abgeben muss für eine Methode, recidivirten 4 Fälle = 3,6 %. Zu bemerken ist, dass 2 dieser Recidivfälle gleichzeitig an 2 Brüchen operirt worden waren, die 2 anderen schon früher Hernienoperationen überstanden hatten. Es waren also Individuen mit größerer Neigung zu Bruchbildung.

Von den geheilt Gebliebenen sind 26 Fälle in der Zeit von Anfang bis Mitte 1896 operirt, 35 Fälle im Jahre 1895, 24 Fälle im Jahre 1894, endlich die 23 Fälle von Beresowsky im Jahre 1893.

Wenn wir uns nach der Gefahr der Operation im Vergleich zu anderen Methoden umsehen, so dürfen wir hervorheben, dass unter den 126 von Beresowsky und Lebensohn zusammengestellten Fällen von Radikaloperation mittels der lateralen Verlagerungsmethode im Zeitraum von ca. 3½ Jahren kein einziger gestorben ist; die Mortalität ist also = 0. Wir wissen sehr wohl, dass die Frage der Mortalität wesentlich von ganz anderen Faktoren abhängt, als von der Technik des Verfahrens, aber man wird doch aus der Thatsache, dass wir keinen einzigen Patienten verloren haben, ersehen können, dass selbst, wenn einmal eine Störung des Wundverlaufes eintritt, die Methode nicht zu schweren Komplikationen zu führen angethan ist. Sie lässt in dieser Hinsicht nichts zu wünschen übrig.

Was die Frage der Recidive anlangt, so scheint unser Verfahren um ein Geringes ungünstiger zu sein als das Verfahren von Bassini nach Coley's Zusammenstellung. Allein das ist nur scheinbar.

Unter den 360 Radikaloperationen von Coley befinden sich nicht weniger als 250 bei Kindern unter 14 Jahren. Wenn man bedenkt, dass die äußeren Leistenhernien bei Kindern die Hauptrolle spielen, so kann man leicht ersehen, wie weit überwiegend bei Coley das kindliche Alter vertreten sein muss für diese Kategorie von Radikaloperationen. Bei seinen letzten 160 Fällen hat er bloß 8 über 30 Jahre alte Pat. zu verzeichnen und bloß 2 über 40 Jahre alte. Wir haben dagegen bei 198 Hernien bloß 20 unter 15 Jahren, dafür 61 über 40 Jahre alte Individuen verzeichnet.

Dass bei Kindern die Radikaloperation ungleich bessere Resultate geben muss und giebt, als bei Erwachsenen, zumal älteren Leuten, liegt auf der Hand; es ist daher nicht gerechtfertigt, die Resultate bei Kindern und Erwachsenen ohne Weiteres zu vergleichen. Merzt man die Kinder unter 15 Jahren aus, so dürfte Bassini's Methode selbst in so geübten Händen wie denjenigen Coley's keineswegs bessere Resultate aufweisen, als die Verlagerungsmethode. Es sei

gestattet, hervorzuheben, dass — so weit ich aus Coley's Bericht entnehmen kann — die Operationen, über welche er berichtet, alle von ihm selber ausgeführt worden sind. In einer Klinik ist man genöthigt, einen Theil der alltäglich vorkommenden Operationen auch von Assistenten und Operationszöglingen ausführen zu lassen, die nothwendigerweise anfänglich noch keine eigentliche Übung mitbringen. Nach den Erhebungen von Lebensohn ist von sämmtlichen von mir selber mittels der lateralen Verlagerungsmethode operirten Fällen kein einziger recidiv geworden, aber es ist sicher als ein noch schöneres Resultat zu verzeichnen, dass auch bei Zuzählung der von jüngeren Chirurgen, also theilweise noch wenig geübten Händen ausgeführten Fälle die Methode bloß einen so geringen Procentsatz von Recidiven ergiebt, nämlich 4 Fälle auf 111 Operationen. Für diejenigen Kollegen, welchen unser Verfahren stets noch nicht genügende Sicherheit gegen Trichterbildung des Peritoneums an der Verlagerungsstelle und gegen Gefahr der Recidive zu bieten scheint, beschreiben wir kurz eine Modifikation, die wir in einigen Fällen ausgeführt haben, die als Invaginations-Verlagerung zu bezeichnen wäre. Sie besteht in Folgendem:

Die Schnitte werden genau in der von uns für die laterale Verlagerung geschilderten¹ Weise angelegt, der Samenstrang am Austritt aus dem vorderen Leistenring freigelegt und der Bruchsack nach Spaltung des Kremasters und der Tunica vaginalis communis so hoch hinauf wie möglich isolirt. Dann wird ganz wie bei der lateralen Verlagerungsmethode 1 cm über dem Poupert'schen Bande die Fascia obliqui externi 1—2 cm lateralwärts von der Gegend des hinteren Leistenrings gespalten, bloß mit etwas längerem Schnitt (1½ cm) als gewöhnlich.

Statt nun mit der gebogenen Zange durch diesen kleinen Schnitt unter die Fascie einzugehen, den Bruchsackgrund zu fassen und durch den Leistenkanal zurückzuziehen, trennt man außer der Fascia obl. ext. mit der Knopfsonde die Fasern des Obliquus internus und transversus, fasst die Fascia transversa und das Peritoneum mit Häkchen oder Zangen und eröffnet das letztere mit einem kleinen Schnitt. Durch diese Öffnung im Peritoneum wird die gebogene Zange in die Peritonealhöhle und in das Innere des Bruchsackes eingeführt, dessen Spitze ein- und entgegengestülpt, mit der Zange gefasst und unter Zurückziehen der Zange nicht nur der Bruchsack durch den Leistenkanal zurück zu der kleinen lateralen Wunde herausgezogen, sondern zugleich in seiner ganzen Länge vollkommen invaginirt, so dass die peritoneale Fläche des Bruchsackes nach außen gekehrt aus der Wunde über dem Lig. Pouparti heraushängt.

Auf diese Weise kann bis zu und mit dem im hinteren Leistenring liegenden Bruchhals der Bruchsack in ganzer Länge aus dem Leistenkanal herausgezogen werden, und es kann keine Andeutung einer

¹ Vgl. 3. Auflage unserer Operationslehre.

trichterförmigen Ausstülpung des Peritoneums zurückbleiben oder neu entstehen. Der vorgezogene Bruchsack wird durchstoßen sammt dem mit 2—4 Arterienzangen angezogenen Parietalperitoneum und nach beiden Seiten sammt diesem umschnürt. So ist die kleine Peritonealwunde geschlossen; ein paar Nähte (welche Muskeln und Fascia obliqui externi fassen) schließen den Rest der kleinen Wunde in der übrigen Bauchwand. Bei diesem Vorgehen erkennt man an den narbigen Streifen des Peritoneums, dass man den Bruchsackhals, welcher im hinteren Leistenring gelegen hatte, zur Wunde lateralwärts von demselben herausgezogen hat.

In vollkommenerer Weise kann man kaum den Bruchsack in seiner ganzen Länge aus dem Leistenkanal herausbringen und den hinteren Ring mit straff gespanntem Peritoneum verschließen, ohne dabei den Samenstrang irgend wie zu schädigen. Will man sich mit gründlicher Beseitigung des Bruchsackes nicht begnügen lassen, so verengt man unter Einstülpung der Fascia obliqui externi noch den Leistenkanal durch ein paar Knopfnähte. Die Eröffnung des Peritoneums ist bei erwähnter Modifikation der Verlagerung etwas schwieriger als letztere Methode nach unserer gewöhnlichen Ausführung. Man kann sich dieselbe erleichtern, indem man die Stelle der Eröffnung mittels einer krummen Zange emporhebt, die durch einen Schlitz im Bruchsack eingeführt ist. Aber immerhin ist auch diese Methode noch ungleich einfacher als die Bassini'sche Methode; das wird Jeder zugeben, der beide Methoden hat ausführen sehen oder selber in analogen Fällen ausgeführt hat. Einfachheit und Raschheit der Ausführung einer Operation ohne viel Quetschung, ohne Einlage vieler Nähte und Knoten, ohne nennenswerthe Blutung ist aber zumal bei älteren Leuten ein nicht zu unterschätzender Gewinn.

Bern, den 30. April 1897.

1) **M. Sée.** Le gonocoque.

Paris, **F. Alcan**, 1896. 354 S.

Die Litteratur über den Gonococcus und die gonorrhoeischen Erkrankungen ist besonders in den letzten Jahren eine so reichliche geworden, dass es selbst für den Fachmann schwer ist, sie vollständig zu übersehen. Das tritt in deutschen wie in fremdländischen Veröffentlichungen oft in recht unangenehmer Weise hervor. Gerade von diesem Standpunkt aus ist es mit Freude zu begrüßen, dass ein junger französischer Kollege sich die Aufgabe gestellt hat, in zusammenhängender Darstellung unsere Kenntnisse von dem Gonococcus mit steter Berücksichtigung der Litteratur wiederzugeben. Die als »Thèse du doctorat« benutzte Arbeit ist so eine ziemlich ausführliche Monographie geworden; in geringerer Anzahl enthält sie eigene Erfahrungen und Experimente des Verf.; ihr Hauptwerth beruht auf einer recht — wenn natürlich auch nicht wirklich ganz — vollständigen Wiedergabe der Litteratur, deren thatsächlicher Inhalt in geschickter Weise zusammengestellt ist.

Auf Einzelheiten einzugehen ist hier nicht der Ort. Für die französische Ärzteswelt hat die Arbeit den Werth einer ausführlichen Reproduktion der deutschen Publikationen auf diesem Gebiet, welche in so ausführlichen und sachverständigen Referaten sonst kaum oder schwer zugänglich sind. Auch für den Deutschen ist diese Zusammenstellung werthvoll, und die genaue Berücksichtigung der französischen Litteratur ist für uns von großem Interesse. So sei das Buch denen, welche der Gonorrhoeeforschung, ohne eigene Specialstudien zu machen, folgen wollen, bestens empfohlen.

Jadassohn (Bern).

2) J. Jundell und C. G. Åtman. Über die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Die Reinzüchtung der Gonokokken hat, seit die Bedeutung der eigentlichen gonorrhoeischen Metastasen mit immer größerer Sicherheit erkannt worden ist, auch für den Chirurgen an Interesse gewonnen. Die Verff. kommen bei ihren Untersuchungen zu dem Resultat, dass die sicherste und beste Methode die von Kiefer modificirte Wertheim's ist: 2 Theile Agar (3—3½% Agar, 5% Pepton, 2% Glycerin; neutrale Reaktion) und 1 Theil Ascitesflüssigkeit. Den von Finger, Ghon und Schlagenhauser benutzten Harnagar fanden sie in vergleichenden Untersuchungen viel weniger sicher. Durch die Kultur haben die Verff. auch bei Prostatitis (in einem Falle nach negativem mikroskopischen Befund) Gonokokken nachgewiesen. Mit der von Finger vorgeschlagenen Behandlung des Trippers mit Wärme haben J. und Å. Erfolge nicht erzielt.

Jadassohn (Bern).

3) H. Heiman. Klinische und bakteriologische Studie über das Vorkommen des Gonococcus (Neisser) in der männlichen Harnröhre und im Vulvo-Vaginaltractus der Kinder.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Die sehr eingehenden Untersuchungen Verf.s bringen im Wesentlichen eine Bestätigung der in den letzten Jahren angesammelten Kenntnisse über den Gonococcus. H. hält Pleuraflüssigkeit mit Agar für den besten Nährboden, ist mit Urinagar nicht sonderlich zufrieden gewesen, tritt für die Nothwendigkeit der Anwendung der Gram'schen Methode ein, glaubt, dass es eine katarrhalische Kolpitis specifischer, aber nicht gonorrhoeischer Natur neben der gonorrhoeischen giebt und hat die specifische Bedeutung des Gonococcus — was wohl nicht mehr nothwendig ist — durch Inokulationsversuche am Menschen erwiesen.

Jadassohn (Bern).

4) **F. Balzer.** Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittels dauernder Irrigation mit einer heißen Lösung von Kali permanganicum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. Hft. 11.)

Zur Behandlung des »phagedänischen Schankers« — d. h. nach B. »der schweren und hartnäckigen Form des Schankers« — empfiehlt Verf. Spülungen mit 45° heißen, 1—2%igen Lösungen von Kali hypermanganicum, die 2—4 Stunden täglich zu dauern haben (in der Zwischenzeit Verband mit Jodoform, Höllensteinsalbe oder sonst einem Antisepticum); die Spülungen finden — je nach der Lokalität — mit einem Irrigator oder in einem Glaszylinder, in den der Penis hineingehängt wird, statt. (Ref. hat in den letzten Jahren alle phagedänischen Schanker mit Jodoform und feuchten Verbänden resp. Bädern mit verdünntem Kampherwein behandelt und damit regelmäßig sehr schnelle und gute Erfolge erzielt.)

Jadassohn (Bern).

5) **Dubujadoux.** Traitement du bubon d'origine chancreuse par l'injection préalable de salol camphré jodoformé.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1896. No. 8.)

Zur Behandlung von Schanker-Bubonen verwendet D. eine Lösung von Jodoform in Kampher-Salol im Verhältnis von 1:5. Hiervon werden ein bis zwei Drittel einer Pravaz'schen Spritze in die Bubonen injicirt, am nächsten Tage der unterdessen gelatinös gewordene Eiter durch einen kleinen Schnitt entfernt und die Wundhöhle mit Gaze ausgestopft, die in derselben Lösung getränkt ist. Bei diesem Verfahren soll völlige Heilung in durchschnittlich 7 Tagen erzielt werden.

Bei Durchsicht der 18 auszugsweise mitgetheilten Krankengeschichten hat Ref. den Eindruck gewonnen, als ob es sich nicht gerade um schwere Fälle gehandelt hätte. **Schneider** (Siegburg).

6) **Feulard.** Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 33—37.)

Die Frage nach der Dauer der Kontagiosität der Syphilis ist zu verschiedenen Zeiten sehr verschieden beantwortet worden. Erst allmählich ist man zu der Auffassung gelangt, dass die Fähigkeit eines Kranken, die Krankheit auf Umgebung und Nachkommenschaft zu übertragen, um so geringer ist, je weiter seine Krankheit vorgeschritten ist, und dass schließlich die Übertragbarkeit aufhört. Die Möglichkeit, diesen Punkt genau zu fixiren, wäre von größter Bedeutung auch in sozialer Beziehung (Ehe, Prostitution).

In Frankreich (Fournier) ist die Ansicht vorherrschend, dass 4 Jahre nach der Infektion die Übertragbarkeit als erloschen gelten darf, wenn das letzte Jahr ohne Erscheinungen verlaufen war. Es

mehren sich aber jetzt die Beobachtungen, dass dieser Termin für viele Fälle zu kurz berechnet war.

Es ist bekannt, dass Tuberkulose, Alkoholismus, nervöse Belastung den Verlauf der Syphilis ungünstig beeinflussen. Diese Momente sind aber für die Dauer der Kontagiosität ohne Belang. Dagegen erzeugen chronisch wiederholte Schleimhautreizungen (z. B. des Mundes bei Tabakrauchern, der Genitalien bei Prostituirten) eine Neigung zur verspäteten Eruption von Schleimhautpapeln, dieser für die Ansteckung weitaus gefährlichsten Erscheinungsform der Syphilis.

Verf. bringt sodann eine reiche Kasuistik von Syphilisübertragung in der Ehe; es waren bei allen Ehemännern mehr als 4, ja bis zu 17 Jahren seit dem Primäraffekt verflossen, und doch hatten sich bei ihnen noch sekundäre Symptome gezeigt, die zur Infektion der Ehefrauen führten. Es folgen sodann Beobachtungen von Übertragung durch Veränderungen, die allgemein als tertiär und ungefährlich gelten. Der Ort der Infektion blieb 6mal unbekannt (darunter 2 wahrscheinliche Fälle von Übertragung durch den Fötus), 5mal geschah sie durch oberflächliche Substanzverluste an den Genitalien, 2mal durch tertiäre Geschwüre am Penis, 6mal durch Erosionen am oder im Munde.

Die Art und die Dauer der Behandlung ist ganz ohne Einfluss auf die Dauer der Infektiosität. Die Virulenz des Giftes ist durch das lange Verweilen im Körper des Kranken durchaus nicht abgeschwächt, der nach langer Zeit noch inficirte Theil kann leichte und schwerste Formen der Syphilis zeigen. Es spielt also die Disposition des inficirten Theiles eine größere Rolle, als die Beschaffenheit des inficirenden Theiles.

Es ist somit unmöglich, die Dauer der kontagiösen Periode bestimmt festzustellen. Immerhin passt die Annahme, dass die Kontagiosität nach 3—4 Jahren erloschen sei, auf die große Mehrzahl der Fälle. Es ist aber im konkreten Falle ganz unmöglich zu entscheiden, ob man etwa auf eine verlängerte Kontagiosität rechnen soll; wohl aber soll man bei starken Rauchern an diese Möglichkeit denken und mit der Heirathserlaubnis vorsichtig sein.

Grissón (Hamburg).

7) E. Welanders. Klinische Studien über Nierenerkrankungen bei Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1—3.)

Die Frage von dem Zusammenhang von Nierenerkrankungen mit Syphilis einer- und mit Quecksilberbehandlung andererseits ist zwar viel besprochen worden, aber es liegt nur wenig wirklich wissenschaftlich brauchbares Material zu ihrer Entscheidung vor. Desswegen ist es sehr dankbar zu begrüßen, dass Verf. sein sehr großes Syphilismaterial seit Jahren speciell mit Rücksicht auf diese Frage verfolgt und jetzt die Resultate seiner Untersuchungen mit all der Skepsis, die wir an ihm kennen, publicirt. Wer künftig auf

diesem Gebiet arbeiten will, wird die Gesichtspunkte, welche W. in dieser wie in früheren Arbeiten aufgestellt hat, berücksichtigen müssen. Hier können wir natürlich nur die wesentlichsten Ergebnisse in aller Kürze mittheilen. Die minimalen Mengen von Eiweiß, welche die Trichloressigsäure aufdeckt, sind im Allgemeinen nicht zu beachten. Aber selbst eine Albuminurie, die nur mit dieser Methode zu konstatiren ist, ist beim ersten Auftreten und bei Recidiven der sekundären Syphilis selten, noch seltener eine solche, die durch Salpetersäure gefunden wird — ob es sich dabei wirklich um eine parenchymatöse Nephritis handelt, ist sehr zweifelhaft. Dagegen giebt es im weiteren Verlauf der Syphilis Fälle von interstitieller Nephritis, bei denen der Zusammenhang mit der Syphilis wenigstens wahrscheinlich ist. Im tertiären Stadium kommen — aber gleichfalls selten — Nephritiden vor, die — wegen ihres gleichzeitigen Auftretens mit zerfallenden Gummata an anderen Körperstellen und wegen ihres Verschwindens bei spezifischer Behandlung — mit größter Wahrscheinlichkeit auf zerfallende Gummata in den Nieren zurückzuführen sind; in diesen Fällen ist der Urin schmutziggelblich, trüb, enthält wenig Eiweiß, verschiedene (Blut- und Epithel-) Cylinder und viel Detritus. Durch die Hg-Behandlung kommt es — je nach der individuellen Disposition, welche für die Nieren eben so verschieden ist wie für alle anderen Organe — oft zu Cylindrurie, seltener zu Albuminurie in schwererer oder leichter Form; diese Affektionen gehen meist schnell und ohne eine dauernde Schädigung oder eine gesteigerte Disposition zu Nierenentzündung zurückzulassen vorüber; Verf. betont noch besonders, dass völlig normaler Harn ganz eben so wenig dazu berechtigt, auf eine zu geringe Resorption des Hg zu schließen, wie ganz gesundes Zahnfleisch — über die Resorption kann nur die Untersuchung von Harn und Koth Aufschluss geben. Bei einigermaßen hochgradiger Nephritis muss natürlich, wenn Hg trotzdem zugeführt wird — und das ist häufig nothwendig — der Zustand der Nieren aufs sorgfältigste kontrollirt werden. Der Gedanke, dass bei Nephritis das Hg in größerer Menge durch den Speichel ausgeschieden wird und daher leichter Stomatitis entsteht, wird von W. als falsch nachgewiesen. Dagegen hat W. in solchen Fällen eine starke Ausscheidung durch den Koth, oft auch durch den Urin konstatirt. Eine große Anzahl von Krankengeschichten bildet die Unterlage für die eben wiedergegebenen Schlüsse.

Jadassohn (Bern).

8) E. Vollmer. Syphilis und Soolbäder.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. Hft. 11.)

Die Bedeutung der verschiedenen Bäder für die Syphilistherapie wird sehr verschieden beurtheilt. Verf. tritt warm für die in Soolbädern angewendeten Trink- und Badekuren ein, weil sie die Ausscheidung des Quecksilbers vermehren und damit namentlich bei schwächlichen Pat. die Anwendung höherer Quecksilberdosen möglich

machen, weil sie, wie er glaubt, einen »centrifugalen Sekretionsstrom« aus der Haut bedingen und dadurch die Ausscheidung des Syphilisgiftes, z. B. bei starker Roseola, begünstigen, endlich weil sie eine specielle Einwirkung auf die Lymphdrüsen haben.

Jadassohn (Bern).

9) **J. S. Loebowitz.** Über die therapeutische Verwendbarkeit des Airois in der dermatologischen Praxis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Die in der Pick'schen Klinik in Prag mit dem neuen Ersatzmittel des Jodoforms gemachten Erfahrungen stellt Verf. als im Ganzen sehr günstige dar. Initialsklerosen (nach Reinigung mit Äther und Sublimat 1:1000, mit Airol und grauem Pflaster bedeckt) reinigten sich sehr schnell; die Granulationsbildung ging — wie immer bei syphilitischen Geschwüren ohne Allgemeinbehandlung — langsamer vor sich; die Sekretion hörte bald auf; junges Epithel wurde — wenn es nicht durch eine Salbe geschützt wurde — manchmal durch das Airol zur Abstoßung gebracht. Exulcerirte Papeln und gummöse Geschwülste wurden ebenfalls sehr günstig beeinflusst; auch bei *Ulcera mollia* war das Airol dem Jodoform nicht unterlegen. Bei einigen eröffneten Bubonen war der Einfluss auf Sekretion und Granulationsbildung ein ganz besonders günstiger — bei anderen verhinderte das Airol den Belag nicht, während das dem Jodoform bald gelang. In dieser Beziehung also verdient das letztere den Vorzug. Bei innerer Darreichung (in Dosen von 1 bis 3 g pro die) wurde das Airol gut vertragen und schnell resorbiert. Auch bei Brandwunden, nach Paquelinisierung von Lupusherden, bei Beingeschwüren (in Verbindung mit Salicylseifenpflaster) bewährte sich das neue Mittel, das durch die erwähnten Eigenschaften, wie durch seine Geruchlosigkeit und Billigkeit einen Platz in unserem Arzneischatz verdient.

Jadassohn (Bern).

10) **J. Thomas-Thomescio.** Considérations sur l'étiologie générale des dermatoses avec une étude spéciale sur le rôle du système nerveux dans la pathogénie de quelques affections cutanées.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1895.

Die vorliegende wesentlich kritisch referirende und philosophirende Arbeit giebt einen guten Überblick über die ätiologischen Anschauungen speciell der modernen französischen Dermatologie. Verf. theilt die Hautkrankheiten ein in I. solche mit äußerer Ursache (traumatisch, parasitär), II. Toxikodermatosen, III. Trophodermatosen, IV. Dermatoneurosen, und V. Hautdifformitäten (über die Berechtigung dieser wie jeder anderen Klassifikation ließe sich streiten). Er giebt einen kurzen Überblick über die I. und II. Klasse und hält sich speciell bei den nervösen Hautkrankheiten auf; die Grundlagen

unserer Kenntnisse auf diesem Gebiet werden kritisch erörtert und dann die einzelnen Affektionen (Erytheme, Rosacea, Lupus erythematosus, Ekzeme, pruriginöse Dermatosen) zum Theil auf Grund eigener Beobachtungen besprochen. Die — rein hypothetischen — Auseinandersetzungen über die Pathogenese der nervösen Dermatosen und die prognostischen und therapeutischen Bemerkungen haben eine geringere Bedeutung; aus den letzteren ist hervorzuheben, dass der Verf. sich dem bei uns als überwunden geltenden Standpunkt anschließt, dass man manche Hautkrankheiten nicht heilen dürfe, weil sie in einer Wechselbeziehung zu inneren Leiden stehen.

Jadassohn (Bern).

11) C. Beck. Beiträge zur Kenntnis des Molluscum contagiosum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die Diskussion über die Natur des Molluscum contagiosum wird augenscheinlich nicht zur Ruhe kommen, bis die Frage definitiv gelöst ist, ob die eigenartigen, in diesen Geschwülsten zu beobachtenden Zellveränderungen parasitär oder degenerativ sind. Für den nicht specialistisch Interessirten ist es kaum mehr möglich, den Einzelheiten dieser Diskussion zu folgen; es sei desswegen hier auch nur hervorgehoben, dass B. neben einem genaueren Studium der Pigmentirung des Molluscum — das eine tiefe Störung der Epithelpigmentirung ergab — mit einer neuen, im Original nachzulesenden Färbungsmethode zu dem Wahrscheinlichkeitsschluss gekommen ist, dass die von ihm in interessanten Bildern dargestellte Zellveränderung degenerativer Natur ist.

Jadassohn (Bern).

12) Łukasiewicz. Über das erste und zweite Stadium der Alibert'schen Dermatoze (Mycosis fungoides).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die unter dem Namen »Mycosis fungoides« bekannt gewordene, zuerst von Alibert beschriebene Dermatoze ist in ihrer Ätiologie noch ganz unaufgeklärt und auch in ihrem klinischen und anatomischen Verhalten noch nicht genügend durchgearbeitet. Namentlich die ersten beiden Stadien (das der ekzemartigen Herde und das der knoten- und buckelförmigen Infiltrate) sind relativ wenig untersucht, während die beiden weiteren (das der rasch wachsenden Geschwülste und das der Kachexie) speciell zu anatomischen Studien naturgemäß reichlicher Gelegenheit gegeben haben. Der Pat. Ł.'s ist — vermuthlich wegen der an sich als rein zufällig aufzufassenden Kombination mit Tuberkulose — vor der eigentlichen Geschwulstbildung gestorben. Auf Grund seines histologischen Befundes kommt Verf. zu dem Resultat, dass es sich auch in den ersten Stadien dieser Dermatoze um eine wesentlich in Proliferation der Bindegewebszellen sich äußernde Entzündung handelt, während die exsudativen Processe sehr in den Hintergrund treten. Von den verschiedenen Erklärungsversuchen

machen, weil sie, wie er glaubt, einen »centrifugalen Sekretionsstrom« aus der Haut bedingen und dadurch die Ausscheidung des Syphilisgiftes, z. B. bei starker Roseola, begünstigen, endlich weil sie eine specielle Einwirkung auf die Lymphdrüsen haben.

Jadassohn (Bern).

9) **J. S. Loebowitz.** Über die therapeutische Verwendbarkeit des Airois in der dermatologischen Praxis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Die in der Pick'schen Klinik in Prag mit dem neuen Ersatzmittel des Jodoforms gemachten Erfahrungen stellt Verf. als im Ganzen sehr günstige dar. Initialsklerosen (nach Reinigung mit Äther und Sublimat 1 : 1000, mit Airol und grauem Pflaster bedeckt) reinigten sich sehr schnell; die Granulationsbildung ging — wie immer bei syphilitischen Geschwüren ohne Allgemeinbehandlung — langsamer vor sich; die Sekretion hörte bald auf; junges Epithel wurde — wenn es nicht durch eine Salbe geschützt wurde — manchmal durch das Airol zur Abstoßung gebracht. Exulcerirte Papeln und gummöse Geschwülste wurden ebenfalls sehr günstig beeinflusst; auch bei Ulcera mollia war das Airol dem Jodoform nicht unterlegen. Bei einigen eröffneten Bubonen war der Einfluss auf Sekretion und Granulationsbildung ein ganz besonders günstiger — bei anderen verhinderte das Airol den Belag nicht, während das dem Jodoform bald gelang. In dieser Beziehung also verdient das letztere den Vorzug. Bei innerer Darreichung (in Dosen von 1 bis 3 g pro die) wurde das Airol gut vertragen und schnell resorbirt. Auch bei Brandwunden, nach Paquelinisirung von Lupusherden, bei Beingeschwüren (in Verbindung mit Salicylseifenpflaster) bewährte sich das neue Mittel, das durch die erwähnten Eigenschaften, wie durch seine Geruchlosigkeit und Billigkeit einen Platz in unserem Arzneischatz verdient.

Jadassohn (Bern).

10) **J. Thomas-Thomescio.** Considérations sur l'étiologie générale des dermatoses avec une étude spéciale sur le rôle du système nerveux dans la pathogénie de quelques affections cutanées.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1895.

Die vorliegende wesentlich kritisch referirende und philosophirende Arbeit giebt einen guten Überblick über die ätiologischen Anschauungen speciell der modernen französischen Dermatologie. Verf. theilt die Hautkrankheiten ein in I. solche mit äußerer Ursache (traumatisch, parasitär), II. Toxikodermatosen, III. Trophodermatosen, IV. Dermatoneurosen, und V. Hautdifformitäten (über die Berechtigung dieser wie jeder anderen Klassifikation ließe sich streiten). Er giebt einen kurzen Überblick über die I. und II. Klasse und hält sich speciell bei den nervösen Hautkrankheiten auf; die Grundlagen

unserer Kenntnisse auf diesem Gebiet werden kritisch erörtert und dann die einzelnen Affektionen (Erytheme, Rosacea, Lupus erythematosus, Ekzeme, pruriginöse Dermatosen) zum Theil auf Grund eigener Beobachtungen besprochen. Die — rein hypothetischen — Auseinandersetzungen über die Pathogenese der nervösen Dermatosen und die prognostischen und therapeutischen Bemerkungen haben eine geringere Bedeutung; aus den letzteren ist hervorzuheben, dass der Verf. sich dem bei uns als überwunden geltenden Standpunkt anschließt, dass man manche Hautkrankheiten nicht heilen dürfe, weil sie in einer Wechselbeziehung zu inneren Leiden stehen.

Jadassohn (Bern).

11) C. Beck. Beiträge zur Kenntnis des Molluscum contagiosum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die Diskussion über die Natur des Molluscum contagiosum wird augenscheinlich nicht zur Ruhe kommen, bis die Frage definitiv gelöst ist, ob die eigenartigen, in diesen Geschwülsten zu beobachtenden Zellveränderungen parasitär oder degenerativ sind. Für den nicht specialistisch Interessirten ist es kaum mehr möglich, den Einzelheiten dieser Diskussion zu folgen; es sei deswegen hier auch nur hervorgehoben, dass B. neben einem genaueren Studium der Pigmentirung des Molluscum — das eine tiefe Störung der Epithelpigmentirung ergab — mit einer neuen, im Original nachzulesenden Färbungsmethode zu dem Wahrscheinlichkeitsschluss gekommen ist, dass die von ihm in interessanten Bildern dargestellte Zellveränderung degenerativer Natur ist.

Jadassohn (Bern).

12) Łukasiewicz. Über das erste und zweite Stadium der Alibert'schen Dermatoze (Mycosis fungoides).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die unter dem Namen »Mycosis fungoides« bekannt gewordene, zuerst von Alibert beschriebene Dermatoze ist in ihrer Ätiologie noch ganz unaufgeklärt und auch in ihrem klinischen und anatomischen Verhalten noch nicht genügend durchgearbeitet. Namentlich die ersten beiden Stadien (das der ekzemartigen Herde und das der knoten- und buckelförmigen Infiltrate) sind relativ wenig untersucht, während die beiden weiteren (das der rasch wachsenden Geschwülste und das der Kachexie) speciell zu anatomischen Studien naturgemäß reichlicher Gelegenheit gegeben haben. Der Pat. Ł.'s ist — vermuthlich wegen der an sich als rein zufällig aufzufassenden Kombination mit Tuberkulose — vor der eigentlichen Geschwulstbildung gestorben. Auf Grund seines histologischen Befundes kommt Verf. zu dem Resultat, dass es sich auch in den ersten Stadien dieser Dermatoze um eine wesentlich in Proliferation der Bindegewebszellen sich äußernde Entzündung handelt, während die exsudativen Processe sehr in den Hintergrund treten. Von den verschiedenen Erklärungsversuchen

stimmt L. keinem zu. Mikroorganismen von irgend welcher Bedeutung hat er nicht gefunden, und er sieht keinerlei Grund, die Krankheit, wie das verschiedentlich geschehen ist, als infektiöse Granulationsgeschwulst aufzufassen. Eben so wenig möchte er sie in Beziehung zur Lymphadenie bringen — die Drüsengeschwülste, die auch der Pat. des Verf. gehabt hat, waren einfach chronisch-entzündlicher Natur und als unmittelbare Folge der Hauterkrankung zu deuten. Von den Hautsarkomen, zu welchen Kaposi die Mycosis fungoides früher zu rechnen geneigt war, ist sie durch den histologischen Befund streng geschieden. Die neuerdings von Kaposi angenommene Gruppe der »sarkoiden Geschwülste« vermag L. ebenfalls aus histologischen Gründen nicht anzuerkennen und so bleibt nur ein Non liquet übrig.

Jadassohn (Bern).

13) L. Nielsen. Melanosis et keratosis arsenicalis.

(Monatsschrift für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 3.)

Von den Nebenwirkungen des Arsens haben in den letzten Jahren besonders 2 Beachtung gefunden: die Arsenpigmentirung und die Arsenkeratosen. Der Verf. hat beide Erscheinungen bei einem Pat., welcher ein Jahr lang Solutio Fowleri in mäßigen Dosen genommen hatte, noch ein Jahr nach Aufhören der Medikation beobachtet, und schildert im Anschluss an diese Beobachtung das in der Litteratur niedergelegte Material. Die Arsenpigmentirung schließt sich entweder an, bestehende Hauterkrankungen, die mit Arsen behandelt worden sind, an oder sie entsteht primär, ohne vorhergehendes Erythem (das aber als Arsenexanthem vorkommen kann) nach akuten und chronischen Vergiftungen oder nach einer stärkeren oder schwächeren Arsenbehandlung, bald nach kürzerer, bald nach längerer Zeit; sie tritt nach Gowers zuerst in Form kleiner runder Flecke auf, lässt, wenn sie diffus wird, oft kleine weiße Stellen bestehen, ist mehr oder weniger intensiv braun, besonders stark oft an den physiologisch reichlicher pigmentirten Theilen; die Schleimhäute bleiben im Allgemeinen frei (Ausnahmen: Darm und 1mal Conjunctiven). Die Verfärbung kann nach kürzerer oder auch nach sehr langer Zeit (event. unter Abschuppung und Jucken) schwinden; sie kann auch andauern. Differentialdiagnostisch ist vor Allem der Morbus Addisonii zu berücksichtigen. Therapeutisch ist außer dem Fortlassen des Arsens nicht viel zu thun.

Die Arsenkeratose ist bisher wesentlich seltener beobachtet worden als die Melanose; in etwa der Hälfte der Fälle bestand die letztere neben der ersteren. Die Bedingungen für ihr Zustandekommen sind ungefähr die gleichen. Die Keratose ist immer symmetrisch, meist an Flachhänden und Fußsohlen lokalisiert; sie ist entweder diffus über diese Regionen ausgebreitet, manchmal auf die Fußbrücken übergreifend, oder sie tritt in zahlreichen zerstreuten kleinen Hornbildungen (Corns) auf, die sich aber meist mit der diffusen Form kombinieren; sie können an den Schweißdrüsenausführungsgängen

lokalisirt, eine Hyperidrosis kann mit ihnen kombinirt sein, aber auch allein auftreten. Die Keratose entwickelt sich meist ganz allmählich, selten mit Entzündungserscheinungen, selten mit Schmerzen oder Jucken. N. referirt im Anschluss daran über Hutchinson's »Arsenik-Cancers«, die meist im Anschluss an mit Arsen behandelte Psoriasis entstanden sind; die durch das Arsen bedingten »Hauthörner« können in Cancroid übergehen. Die Keratose verschwindet nach Aussetzen des Medikaments spontan oder durch Behandlung — mit warmen Seifen- und Sodabädern, Kataplasmen, Salicyl- oder Resorcinpräparaten. Die Histologie ist noch unbekannt. **Jadassohn** (Bern).

14) L. Wälch. Beiträge zur Anatomie der Trichophytosis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Hft. 1.)

So eifrig man sich in den letzten Jahren mit der bakteriologischen Untersuchung des Trichophyton oder der Trichophytonarten beschäftigt hat, so sehr ist die histologische Untersuchung — wohl wegen des schwer erhältlichen pathologisch-anatomischen Materials — vernachlässigt worden. Verf. hat in der Pick'schen Klinik in Prag Gelegenheit gehabt, ein Präparat von Trichophytia capillitii, 5 von Trichophytie der sog. unbehaarten Theile und eines von Sycosis barbae parasitaria zu untersuchen. Er kommt zu dem — hier natürlich nur ganz kurz wiederzugebenden — Resultat, dass das Trichophyton die Rinde des Haars verschieden weit nach unten und oben durch- und umwächst, sich auch in den verhornenden Schichten des Haarbalges vermehrt, den Bulbus aber verschont, Exsudation in die Epidermis, Proliferation der Epithelien, Perifolliculitis bedingt; die Schwere der Entzündung richtet sich nach der anatomischen Struktur der Hautpartie; sie ist bei Lanugo geringer, als bei Bart- oder Kopfharen; sie hängt wohl auch von verschiedener individueller Disposition und endlich von der verschiedenen Virulenz der Pilze ab. Die histologischen Befunde bei den klinisch sehr differenten Formen der Trichophytie sind nur graduell verschieden.

Jadassohn (Bern).

15) R. Krösing. Weitere Studien über Trichophytonpilze.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Hft. 1 u. 2.)

Die sehr eingehenden, in der Breslauer dermatologischen Klinik angestellten Untersuchungen des Verf. müssen in ihren Einzelheiten von den Interessenten im Original studirt werden. Hier können nur die allgemeiner interessanten Resultate in kurzem Auszug wiedergegeben werden. K. betont die Nothwendigkeit, aus einer Spore, resp. einem Mycelglied, Kulturen zu züchten, weil nur so gewonnene als wirklich sichere Reinkulturen gelten können; er konnte an solchen Kulturen die Eintheilung Sabourand's in groß- und kleinsporige Trichophytonarten nicht als berechtigt erkennen; bei energischem Schütteln von aus einem Haarstumpf oder einer Schuppe gewachsenen Kulturen

in sterilem Wasser gelang es die Keime zu isoliren und zu konstatiren, dass aus einer Erkrankung immer nur ein Pilz zu gewinnen ist. Nur der makroskopische, nicht der mikroskopische Befund der Kulturen, — der letztere ist sehr wechselnd — kann zur Differenzirung verschiedener Trichophytonpilze benutzt werden, unter der Voraussetzung, dass die Kulturbedingungen ganz gleichartige sind. Am charakteristischsten erscheinen die Unterschiede der einzelnen Pilzarten auf der Kartoffel; nach dem Wachsthum auf diesem Nährboden ließen sich drei konstant kulturell verschiedene Gruppen von Trichophytonpilzen unterscheiden. Doch können tiefe und oberflächliche Affektionen durch denselben Pilz bedingt werden; das Trichophyton ist an sich — ohne Mischinfektion — im Stande, Eiterungen hervorzurufen; das klinische Bild gestattet keinen Schluss auf die Eigenschaften des Pilzes. Die Kartoffelkultur ergiebt das gleiche Bild, wenn auch die für dieselbe verwendete Stammkultur sehr verschieden alt und auf verschiedenem Nährboden gezüchtet war (im Gegensatz zu Král's Behauptung einer hochgradigen Pleomorphie des Trichophytens). Die Pilze wachsen auf alkalischem und saurem Nährboden mit und ohne Sauerstoffzutritt. Bei Meerschweinchen konnte nie das klinische Bild der Sykosis erzeugt werden; durch subkutane Einverleibung entstehen Knoten, in denen die Pilze aber schnell zu Grunde gehen.

Jadassohn (Bern).

16) **A. Paci.** Observations sur la méthode recente publiée par M. Lorenz pour le traitement non sanglant de la luxation congénitale du fémur.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 6.)

In der Gegenüberstellung seiner und der Lorenz'schen Methode sucht der Autor den Nachweis zu erbringen, dass zwischen beiden ein principieller Unterschied nicht bestehe, wobei er sich allerdings auf die Meinungsäußerungen deutscher Chirurgen stützen kann. Bezüglich der Art der Einrenkung kann er den einzigen Unterschied nur in der verschiedenen Werthschätzung sehen, welche Beide der Abduktion zumessen; er glaubt, dass es die Bewegung sei, welche, weit entfernt, den Kopf einzustellen, vielmehr geeignet sei, die Luxation hervorzurufen. Die Nachbehandlung wäre allerdings in so fern verschieden, als Lorenz schon nach 2—3 Monaten die Pat. herumlaufen ließe. Indess wäre ein wirkliches Gehen mit parallel gestellten Beinen auch bei Lorenz nicht vor 7 Monaten erreicht, während er die ersten 8 Monate zur Sicherung des neugebildeten Gelenks lieber in Ruhelage, mit Verbänden, Apparaten etc. verbringen ließe, obwohl auch bei seiner Methode bereits nach 4 Monaten ein Gelenk fertig sei, wie sein pathologisch-anatomisches Präparat beweise. Was die einzelnen »Tempi« der Einrichtung betreffe (von denen Lorenz bekanntlich nichts wissen will), so sei das Eingangsmanöver Lorenz', die forcirte Extension, überflüssig, weil dieselben Vorthelle durch die Flexion erreicht

würden, zu der Lorenz doch übergehen muss, und der Mehrgewinn, welcher nur durch Zerreißung der Kapsel und des Ligament. Bertini erreicht werden könne, vielleicht nur $\frac{1}{2}$ cm betrüge. Eine forcirte Abduktion zum rechten Winkel, noch dazu rein, ohne Rotationen, wäre aber überhaupt »unmöglich«.

Es ist hier natürlich nicht der Ort, um in dem Widerstreit der Meinungen Partei zu ergreifen; indess kann der Ref. die Bemerkung nicht unterdrücken, dass P. in der Widerlegung der Lorenz'schen Kritik nicht sehr glücklich verfährt. Er argumentirt immer noch mit dem Fall Sch. S. (wohl Sophie Schnee), »dem einzigen, bei welchem zur Zeit der Vorstellung die Behandlung zu Ende war«¹; von Lorenz' Haupttrumpf, der Einrenkungserschütterung, ist gar keine Rede, so dass dieser immer noch berechtigt scheint, nur von einer »vortheilhaften« Transposition des Kopfes durch P. zu sprechen, und für das, was Lorenz für ein Wesentliches seiner Methode erklärt, die funktionelle Belastungsmethode, scheint das Verständnis auch nicht vollkommen. **H. Frank** (Berlin).

17) **Paci.** Della lussazione iliaca comune congenita del femore e della sua cura razionale incruenta.

(Arch. di ortoped. 1896. No. 5 u. 6.)

Die Lorenz'sche Methode ist principiell diejenige von P., und die Abweichungen, welche Lorenz davon macht, hält P. für unnütz oder schädlich. Seine 4 Tempi beschreibt er ausführlich. Sie sind bekanntlich: 1) Flexion, 2) Druck aufs Knie von oben (der Kopf steigt herab und gewinnt am Lig. triangulare einen Hebelstützpunkt), 3) mäßige Abduktion und Auswärtsrotation (Kopf stellt sich der Pfanne gegenüber), 4) Streckung und Innenrotation (Kopf schnappt ein). Alles geschieht manuell.

Die sogenannte Reposition gelingt auch bei älteren Kindern, so fern die Verhältnisse der Pfanne und des Schenkelhalses es erlauben. Eine wirkliche Reposition sei allerdings selten oder nie möglich, da ja eine ausgebildete Pfanne nicht existire; vielmehr könne durch die Methode nur der Kopf gegenüber oder an Stelle der rudimentären resp. der fehlenden Pfanne gebracht werden und müsse dort durch den Gebrauch und durch seine Bewegungen sich eine neue Pfanne einreiben (Lorenz' funktionelle Belastungsmethode).

Weiter giebt P. einige theoretische und anatomische Auseinandersetzungen. Wirkliche Repositionshindernisse sind nach ihm fast allein die Muskeln. Die Kontraktur der Adduktorengruppe kann so stark sein, dass die Operation misslingt. Darum besteht das Wesentliche der Paci'schen Methode darin, durch geeignete Tempi die Insertionspunkte der Muskeln zu nähern und durch langsame dehnende

¹ Man kann nur annehmen, dass das Manuskript des im Novemberheft veröffentlichten Aufsatzes sehr lange bei der Redaktion geruht haben muss, worauf allerdings keine diesbezügliche Bemerkung derselben hinweist.

Bewegungen unter Benutzung des Knochens als Hebel die Spannungen zu überwinden. Gewichtsextension oder Zug durch Maschinen sind aber als nutzlos (?) verworfen.

Endlich wird ein Becken eines Kindes beschrieben, welches von Nota nach P.'s Methode doppelseitig mit Erfolg operirt worden war, aber nach 4 Monaten an Enteritis starb. 5 Tafeln illustriren den Befund am Becken, an dem Schenkelkopf, der verdickten Kapsel, den alten, durch einen Knochenwall kenntlichen Standort des Kopfes und die neugebildete Pfanne, welche schon eine Art Limbus besitzt. Links liegt der Kopf zu weit nach vorn (dies erinnert an den Lorenz-schen Einwurf einer vorderen Luxation statt Reposition, Ref.). Wirklicher Knorpel fehlt, nur kleine Inseln von Netzknorpel haben sich gebildet, das Lig. teres fehlt. Eine Restitutio ad integrum kann also von der Reposition nicht erwartet werden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

18) Liermann. Zur Behandlung der Schenkelhalsbrüche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 46.)

L. geht von der Erfahrung aus, dass die längere Bettlage bei alten Leuten Gefahren für das Leben bringt, die ambulante Behandlung der Schenkelhalsbrüche das Erstrebenswerthe ist. Bei derselben ist von Wichtigkeit für die Erreichung guter Endresultate, dass das Kniegelenk möglichst frühzeitig bewegt werden kann. Die Hessing-schen Apparate sind sehr kostspielig und bedürfen zu ihrer Herstellung längerer Zeit. L. verwendet nun zur Distraction und Fixation der Bruchenden in richtiger Stellung die früher schon von ihm für die Anwendung bei Brüchen des Ober- und Unterschenkels empfohlene Schraubenextensionsschiene. Dieselbe kann als Gehschiene schon in den ersten Tagen nach der Verletzung Verwendung finden. Dadurch, dass die Entlastung des Hüftgelenks durch die innere Schiene allein auf die direkteste Art zu Stande kommt, fällt selbst ängstlichen Pat. das Gehen in dem Apparat nicht schwer. Die Fixation des Beines in der extendirten Stellung leidet auch während des Gehens keine Noth. Der Sitzhalbring, der zunächst die Körperlast übernimmt, ist nur einseitig an der Entlastungsschiene befestigt, wodurch eine gewisse Elasticität und ein Federn desselben beim Gehen zu Stande kommt.

Eine gewisse Beweglichkeit des Kniegelenks wird durch Lockerung der Schraube am Kniescharnier am 8. bis 10. Tage erreicht. Auch Bewegungen im Fußgelenk lassen sich während des Tragens der Schiene ermöglichen. Für die Nachtruhe kann durch Feststellen des Kniescharniers das Bein jederzeit wieder in extendirter Stellung fixirt werden. Aus 3 mitgetheilten Krankengeschichten ergibt sich, dass 2mal jede Verkürzung und Atrophie am Schluss der Behandlung fehlte, 1mal eine solche von 3 cm vorhanden war.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

19) **P. Gaudeffroy.** Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896. Mit 4 Abb. im Texte.

Die große, 138 Seiten umfassende Arbeit behandelt in ausführlicher Weise die im Titel bezeichnete Erkrankung. Abgesehen von den vielen eingehend beschriebenen Krankengeschichten, welche manches Beachtenswerthe mittheilen, zeichnet sich die Arbeit in Bezug auf die Beschreibung der verschiedenen Ursachen der Entstehung, in Bezug auf die detaillirte Behandlung der einzelnen Kapitel, als da sind: pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf, Prognose und einzuschlagende Behandlungsmethoden dieser Erkrankung, durch Genauigkeit und Ausführlichkeit aus. Es sei Jedem, welcher für dieses Kapitel der Chirurgie Interesse zeigt, das Studium der Monographie im Original empfohlen. Verf. gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden therapeutischen Regeln:

Gelenksabscesse soll man punktiren. Bei etablierter Fistel soll man in den ersten 6—8 Monaten einfach antiseptisch verbinden, Bettruhe anordnen und eine Ausschabung des Fistelganges mit nachfolgender Injektion von Kamphernaphthol oder Sublimat-Ausreibungen versuchen. Hat sich diese Therapie nach der oben erwähnten Zeit als erfolglos erwiesen, so soll man nicht länger zuwarten, sondern die Resektion des Oberschenkels ausführen, welche bei dem Umstand, als das Darmbein zu dieser Zeit noch intakt ist, die günstigsten Erfolge aufzuweisen vermag. Nur bei kleinen Kindern, welchen erfahrungsgemäß die Neigung zur Spontanheilung innewohnt, kann man bis zum Ablauf eines Jahres nach der Fistelbildung mit der Operation warten. In jenen Fällen, in denen die Fistel $\frac{1}{2}$, 1, 2 oder gar 3 Jahre besteht, ist die Resektion, wenngleich sie nur sehr mäßige Resultate geben wird, doch am Platze, um das Allgemeinbefinden des Kranken zu heben. Wenn die Fistel trotzdem bestehen bleibt, oder sich die Anzahl derselben vermehrt, wenn Osteomyelitis des Oberschenkelknochens entstanden ist, der Allgemeinzustand des Kranken ein schlechter wird, im Harn Eiweiß nachzuweisen ist, dann heißt es das Leben des Pat. retten. Dies ist nur durch die Exartikulation des Oberschenkels ermöglicht, nach welcher die Eiterung vermindert, das Allgemeinbefinden gebessert und der Eiweißausscheidung Einhalt gethan werden kann. Jede Therapie wird durch den Aufenthalt des Kranken am Meeresstrande wesentlich unterstützt werden.

Gold (Bielitz).

20) **H. Delagénière** (Le Mans). Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage transtrochantérien.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 717.)

Die Hüftgelenkresektion mit ihren funktionell oft wenig günstigen Ausgängen glaubt Verf. durch sein neues Operationsverfahren um-

Bewegungen unter Benutzung des Knochens als Hebel die Spannungen zu überwinden. Gewichtsextension oder Zug durch Maschinen sind aber als nutzlos (?) verworfen.

Endlich wird ein Becken eines Kindes beschrieben, welches von Nota nach P.'s Methode doppelseitig mit Erfolg operirt worden war, aber nach 4 Monaten an Enteritis starb. 5 Tafeln illustriren den Befund am Becken, an dem Schenkelkopf, der verdickten Kapsel, den alten, durch einen Knochenwall kenntlichen Standort des Kopfes und die neugebildete Pfanne, welche schon eine Art Limbus besitzt. Links liegt der Kopf zu weit nach vorn (dies erinnert an den Lorenz-schen Einwurf einer vorderen Luxation statt Reposition, Ref.). Wirklicher Knorpel fehlt, nur kleine Inseln von Netzknorpel haben sich gebildet, das Lig. teres fehlt. Eine Restitutio ad integrum kann also von der Reposition nicht erwartet werden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

18) Liermann. Zur Behandlung der Schenkelhalsbrüche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 46.)

L. geht von der Erfahrung aus, dass die längere Bettlage bei alten Leuten Gefahren für das Leben bringt, die ambulante Behandlung der Schenkelhalsbrüche das Erstrebenswerthe ist. Bei derselben ist von Wichtigkeit für die Erreichung guter Endresultate, dass das Kniegelenk möglichst frühzeitig bewegt werden kann. Die Hessing-schen Apparate sind sehr kostspielig und bedürfen zu ihrer Herstellung längerer Zeit. L. verwendet nun zur Distraction und Fixation der Bruchenden in richtiger Stellung die früher schon von ihm für die Anwendung bei Brüchen des Ober- und Unterschenkels empfohlene Schraubenextensionsschiene. Dieselbe kann als Gehschiene schon in den ersten Tagen nach der Verletzung Verwendung finden. Dadurch, dass die Entlastung des Hüftgelenks durch die innere Schiene allein auf die direkteste Art zu Stande kommt, fällt selbst ängstlichen Pat. das Gehen in dem Apparat nicht schwer. Die Fixation des Beines in der extendirten Stellung leidet auch während des Gehens keine Noth. Der Sitzhalbring, der zunächst die Körperlast übernimmt, ist nur einseitig an der Entlastungsschiene befestigt, wodurch eine gewisse Elasticität und ein Federn desselben beim Gehen zu Stande kommt.

Eine gewisse Beweglichkeit des Kniegelenks wird durch Lockerung der Schraube am Kniescharnier am 8. bis 10. Tage erreicht. Auch Bewegungen im Fußgelenk lassen sich während des Tragens der Schiene ermöglichen. Für die Nachtruhe kann durch Feststellen des Kniescharniers das Bein jederzeit wieder in extendirter Stellung fixirt werden. Aus 3 mitgetheilten Krankengeschichten ergibt sich, dass 2mal jede Verkürzung und Atrophie am Schluss der Behandlung fehlte, 1mal eine solche von 3 cm vorhanden war.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

19) P. Gaudeffroy. Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896. Mit 4 Abb. im Texte.

Die große, 138 Seiten umfassende Arbeit behandelt in ausführlicher Weise die im Titel bezeichnete Erkrankung. Abgesehen von den vielen eingehend beschriebenen Krankengeschichten, welche manches Beachtenswerthe mittheilen, zeichnet sich die Arbeit in Bezug auf die Beschreibung der verschiedenen Ursachen der Entstehung, in Bezug auf die detaillierte Behandlung der einzelnen Kapitel, als da sind: pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf, Prognose und einzuschlagende Behandlungsmethoden dieser Erkrankung, durch Genauigkeit und Ausführlichkeit aus. Es sei Jedem, welcher für dieses Kapitel der Chirurgie Interesse zeigt, das Studium der Monographie im Original empfohlen. Verf. gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden therapeutischen Regeln:

Gelenksabscesse soll man punktieren. Bei etablierter Fistel soll man in den ersten 6—8 Monaten einfach antiseptisch verbinden, Betruhe anordnen und eine Ausschabung des Fistelganges mit nachfolgender Injektion von Kamphernaphthol oder Sublimat-Ausreibungen versuchen. Hat sich diese Therapie nach der oben erwähnten Zeit als erfolglos erwiesen, so soll man nicht länger zuwarten, sondern die Resektion des Oberschenkels ausführen, welche bei dem Umstand, als das Darmbein zu dieser Zeit noch intakt ist, die günstigsten Erfolge aufzuweisen vermag. Nur bei kleinen Kindern, welchen erfahrungsgemäß die Neigung zur Spontanheilung innewohnt, kann man bis zum Ablauf eines Jahres nach der Fistelbildung mit der Operation warten. In jenen Fällen, in denen die Fistel $\frac{1}{2}$, 1, 2 oder gar 3 Jahre besteht, ist die Resektion, wenngleich sie nur sehr mäßige Resultate geben wird, doch am Platze, um das Allgemeinbefinden des Kranken zu heben. Wenn die Fistel trotzdem bestehen bleibt, oder sich die Anzahl derselben vermehrt, wenn Osteomyelitis des Oberschenkelknochens entstanden ist, der Allgemeinzustand des Kranken ein schlechter wird, im Harn Eiweiß nachzuweisen ist, dann heißt es das Leben des Pat. retten. Dies ist nur durch die Exartikulation des Oberschenkels ermöglicht, nach welcher die Eiterung vermindert, das Allgemeinbefinden gebessert und der Eiweißausscheidung Einhalt gethan werden kann. Jede Therapie wird durch den Aufenthalt des Kranken am Meeresstrande wesentlich unterstützt werden.

Gold (Bielitz).

20) H. Delagénière (Le Mans). Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage transtrochantérien.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 717.)

Die Hüftgelenkresektion mit ihren funktionell oft wenig günstigen Ausgängen glaubt Verf. durch sein neues Operationsverfahren um-

gehen zu können. Ausgehend von der Erfahrung, dass die Mehrzahl der Coxitiden ostalen Ursprungs sei, dass die Knochenherde wiederum am häufigsten im Schenkelkopf gefunden werden, schlägt er vor, mittels eines dem Langenbeck'schen Resektionsschnitt ähnlichen, nur etwas weiter abwärts geführten Schnittes die obere Fläche des Schenkelhalses bloßzulegen, die Sehnenansätze und das Periost etwas zurückzuhebeln, und nun mit Meißel, schneidender Knochenzange und scharfem Löffel eine genügend breite Rinne in den Schenkelhals, -Kopf und großen Trochanter zu graben, welche außen an der Basis des großen Rollhügels mündet. Von ihr aus wird die gesammte Spongiosa des Schenkelkopfes und eventuell auch des Schenkelhalses ausgeschabt, hingegen bleibt die Corticalis erhalten, von der knorpligen Gelenkfläche wird nur ein der Breite der Rinne entsprechendes Stück weggenommen, um die Gelenkhöhle drainiren zu können; nur wenn der Gelenkkopf ganz erkrankt ist, wird er ganz entfernt. Durch den in ihm geschaffenen Ausschnitt wird auch die Gelenkhöhle ausgiebig ausgeschabt. Am Schluss wird die Wundhöhle mit 10%iger Chlorzinklösung desinficirt, in die Rinne des Schenkelhalses ein Metalldrainrohr bis ins Gelenk eingelegt, die übrige Wunde durch Naht geschlossen, das Bein in Extension fixirt. 2 derart operirte Fälle wurden zum Beleg der Ausführbarkeit und des guten Erfolges der Operation angeführt. (Beide sind noch viel zu frisch, um über das Dauerresultat ein Urtheil zu erlauben. Dass es möglich sein soll, von der Lücke im Gelenkkopf aus wirklich alles kranke Gewebe aus der Pfanne exakt zu entfernen, erscheint doch sehr zweifelhaft. Ref.)

Reichel (Breslau).

21) G. Phocas und G. Potel. Sur l'absence congénitale de la rotule.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5.)

Mit Einschluss einer eigenen ausführlich mitgetheilten Beobachtung haben die Autoren 30 Fälle von angeborenem Kniescheibenmangel aus der Litteratur zusammengestellt, von denen aber einige, theils weil die Kniescheibe nur ein zufällig fehlender Knochen war (Koincidenz mit unteren Skelettdefekten), theils eine Verwechslung mit Atrophie bei angeborener Kniescheibenverrenkung vorlag, ausscheiden. Von 27 echten Defekten waren 18 doppelseitig, 9 einseitig, und zwar 2 davon vergesellschaftet mit Atrophie der anderen Seite. In allen Fällen lagen Fußdeformitäten, Klump-, Spitz-, Valgus- oder Talusfuß, ferner Atrophie und Retraktion der Quadricepssehne vor. Bezüglich der Ätiologie halten die Autoren an der Theorie neuromyopathischer Entstehung fest, sei sie nun centraler oder peripherischer Natur. Die Kniescheibe bildet sich nicht, weil der Quadriceps mit seiner Sehne verkümmert ist, sie kann sich aber verspätet noch neubilden, wenn unter dem Einfluss der Behandlung der Quadriceps wieder in Thätigkeit tritt. Die Diagnose des Fehlens ist nicht immer leicht, sie kann wie in der eigenen Beobachtung

durch Skiaskopie sichergestellt werden. Das Knie ist glatt, die Fossa intercondylica leer, der Condylus medialis femoris häufig hypertrophisch unter Valgusbildung, das Knie nicht selten in pathologischer Stellung, verrenkt, in der Regel nach vorn, oder recurvum, oder in Beugestellung. Daneben besteht Spitz- oder Klumpfuß; in einigen Fällen fehlte auch die Fibula, niemals die Tibia. Funktionell ist die Flexion häufig beschränkt; zuweilen besteht seitliche Beweglichkeit, im Übrigen ist die Funktionsstörung sehr variabel. Die Prognose hängt zum großen Theil von der Behandlung ab, welche sich auch nach den Begleiterscheinungen richtet. Massage und Elektrizität können den Quadriceps stärken und damit die Bildung der Kniescheibe herbeiführen.

H. Frank (Berlin).

22) Coulhon. Un nouvel appareil pour la fracture de la rotule.

(Gaz. des hôpitaux 1896. No. 139.)

C. beschreibt einen Verband zur Behandlung einfacher Kniescheibenbrüche, mit dem er bis jetzt in 2 Fällen knöcherne Heilung erzielt haben will.

Nachdem das Gelenk zunächst durch Ruhe, Hochlagerung etc. zum Abschwellen gebracht worden ist, wird das Bein auf eine 80 cm lange, 15 cm breite, mit einem Wattekissen bedeckte Schiene gelagert. Diese trägt in der Gegend des Knies an ihren Rändern je 2 runde, 8 cm von einander entfernte Ausschnitte. Nachdem die Fragmente einander genähert worden sind, legt man je ein Wattekissen, an denen sich Ränder von Flockseide befinden, oberhalb und unterhalb der Kniescheibe auf das Bein. Nun wird ein 2 cm breites Band zunächst über das obere Kissen gelegt, zu beiden Seiten heruntergeführt, in die unteren Ausschnitte der Schiene geleitet, unten gekreuzt und über dem unteren Kissen auf dem Knie geknotet. Ein zweites Band wird vom unteren Kissen aus durch die oberen Ausschnitte der Schiene auf das obere Kniekissen geführt und hier geknotet. Hierdurch sollen die Fragmente unverrückbar fest an einander gehalten werden. Die ganze Extremität kommt schließlich auf ein Schrägkissen. Die Heilung des Bruches ist nach 6 Wochen beendet, worauf zur Massage übergegangen werden kann. Jaffé (Hamburg).

23) H. Hartmann. Fracture très oblique du tibia. Consolidation vicieuse. Ostéotomie. Extension continue. Guérison.

24) Hennequin. Description et application de l'appareil à extension continue pour fractures de jambe.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5.)

Im Anschluss an die Demonstration des Hartmann'schen Falles, bei welchem der Hennequin'sche Extensionsapparat 4 cm Verkürzung, als Überbleibsel eines schlecht geheilten Unterschenkelbruches, ausgleichen konnte, was selbst nach Freilegung der Bruch-

gehen zu können. Ausgehend von der Erfahrung, dass die Mehrzahl der Coxitiden ostalen Ursprungs sei, dass die Knochenherde wiederum am häufigsten im Schenkelkopf gefunden werden, schlägt er vor, mittels eines dem Langenbeck'schen Resektionsschnitt ähnlichen, nur etwas weiter abwärts geführten Schnittes die obere Fläche des Schenkelhalses bloßzulegen, die Sehnenansätze und das Periost etwas zurückzuhebeln, und nun mit Meißel, schneidender Knochenzange und scharfem Löffel eine genügend breite Rinne in den Schenkelhals, -Kopf und großen Trochanter zu graben, welche außen an der Basis des großen Rollhügels mündet. Von ihr aus wird die gesammte Spongiosa des Schenkelkopfes und eventuell auch des Schenkelhalses ausgeschabt, hingegen bleibt die Corticalis erhalten, von der knorpligen Gelenkfläche wird nur ein der Breite der Rinne entsprechendes Stück weggenommen, um die Gelenkhöhle drainiren zu können; nur wenn der Gelenkkopf ganz erkrankt ist, wird er ganz entfernt. Durch den in ihm geschaffenen Ausschnitt wird auch die Gelenkhöhle ausgiebig ausgeschabt. Am Schluss wird die Wundhöhle mit 10%iger Chlorzinklösung desinficirt, in die Rinne des Schenkelhalses ein Metalldrainrohr bis ins Gelenk eingelegt, die übrige Wunde durch Naht geschlossen, das Bein in Extension fixirt. 2 derart operirte Fälle wurden zum Beleg der Ausführbarkeit und des guten Erfolges der Operation angeführt. (Beide sind noch viel zu frisch, um über das Dauerresultat ein Urtheil zu erlauben. Dass es möglich sein soll, von der Lücke im Gelenkkopf aus wirklich alles kranke Gewebe aus der Pfanne exakt zu entfernen, erscheint doch sehr zweifelhaft. Ref.)

Reichel (Breslau).

21) G. Phocas und G. Potel. Sur l'absence congénitale de la rotule.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5.)

Mit Einschluss einer eigenen ausführlich mitgetheilten Beobachtung haben die Autoren 30 Fälle von angeborenem Kniescheibenmangel aus der Litteratur zusammengestellt, von denen aber einige, theils weil die Kniescheibe nur ein zufällig fehlender Knochen war (Koincidenz mit unteren Skelettdefekten), theils eine Verwechslung mit Atrophie bei angeborener Kniescheibenverrenkung vorlag, ausscheiden. Von 27 echten Defekten waren 18 doppelseitig, 9 einseitig, und zwar 2 davon vergesellschaftet mit Atrophie der anderen Seite. In allen Fällen lagen Fußdeformitäten, Klump-, Spitz-, Valgus- oder Talusfuß, ferner Atrophie und Retraktion der Quadricepssehne vor. Bezüglich der Ätiologie halten die Autoren an der Theorie neuromyopathischer Entstehung fest, sei sie nun centraler oder peripherischer Natur. Die Kniescheibe bildet sich nicht, weil der Quadriceps mit seiner Sehne verkümmert ist, sie kann sich aber verspätet noch neubilden, wenn unter dem Einfluss der Behandlung der Quadriceps wieder in Thätigkeit tritt. Die Diagnose des Fehlens ist nicht immer leicht, sie kann wie in der eigenen Beobachtung

durch Skiaskopie sichergestellt werden. Das Knie ist glatt, die Fossa intercondylica leer, der Condylus medialis femoris häufig hypertrophisch unter Valgusbildung, das Knie nicht selten in pathologischer Stellung, verrenkt, in der Regel nach vorn, oder recurvum, oder in Beugestellung. Daneben besteht Spitz- oder Klumpfuß; in einigen Fällen fehlte auch die Fibula, niemals die Tibia. Funktionell ist die Flexion häufig beschränkt; zuweilen besteht seitliche Beweglichkeit, im Übrigen ist die Funktionsstörung sehr variabel. Die Prognose hängt zum großen Theil von der Behandlung ab, welche sich auch nach den Begleiterscheinungen richtet. Massage und Elektrizität können den Quadriceps stärken und damit die Bildung der Kniescheibe herbeiführen.

H. Frank (Berlin).

22) Coulhon. Un nouvel appareil pour la fracture de la rotule.

(Gaz. des hôpitaux 1896. No. 139.)

C. beschreibt einen Verband zur Behandlung einfacher Kniescheibenbrüche, mit dem er bis jetzt in 2 Fällen knöcherne Heilung erzielt haben will.

Nachdem das Gelenk zunächst durch Ruhe, Hochlagerung etc. zum Abschwellen gebracht worden ist, wird das Bein auf eine 80 cm lange, 15 cm breite, mit einem Wattekissen bedeckte Schiene gelagert. Diese trägt in der Gegend des Knies an ihren Rändern je 2 runde, 8 cm von einander entfernte Ausschnitte. Nachdem die Fragmente einander genähert worden sind, legt man je ein Wattekissen, an denen sich Ränder von Flockseide befinden, oberhalb und unterhalb der Kniescheibe auf das Bein. Nun wird ein 2 cm breites Band zunächst über das obere Kissen gelegt, zu beiden Seiten heruntergeführt, in die unteren Ausschnitte der Schiene geleitet, unten gekreuzt und über dem unteren Kissen auf dem Knie geknotet. Ein zweites Band wird vom unteren Kissen aus durch die oberen Ausschnitte der Schiene auf das obere Kniekissen geführt und hier geknotet. Hierdurch sollen die Fragmente unverrückbar fest an einander gehalten werden. Die ganze Extremität kommt schließlich auf ein Schrägkissen. Die Heilung des Bruches ist nach 6 Wochen beendet, worauf zur Massage übergegangen werden kann. Jaffé (Hamburg).

23) H. Hartmann. Fracture très oblique du tibia. Consolidation vicieuse. Ostéotomie. Extension continue. Guérison.

24) Hennequin. Description et application de l'appareil à extension continue pour fractures de jambe.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5.)

Im Anschluss an die Demonstration des Hartmann'schen Falles, bei welchem der Hennequin'sche Extensionsapparat 4 cm Verkürzung, als Überbleibsel eines schlecht geheilten Unterschenkelbruches, ausgleichen konnte, was selbst nach Freilegung der Bruch-

stelle durch gewaltsamen Zug nicht gelingen wollte, beschreibt Hennequin selbst seine Vorrichtung, welche in den neueren orthopädischen Mittheilungen aus Paris eine ziemliche Rolle spielt. Eine genauere Beschreibung der etwas complicirten Einrichtung lässt sich nicht gut im Referat wiedergeben, nur des Principi sei gedacht. Der Fuß liegt, gegen Druck durch mit Streupulver gefüllte Kissen gedeckt, in einem Gips Schuh und wird mit Gewichten extendirt. Um der Reibung beim Zug auf der Unterlage entgegenzuwirken und die Schwere des Gliedes für den Zweck vortheilhaft auszunutzen, ist das untere Ende des Unterschenkels aufgehängt an Rollen, welche oberhalb des Unterschenkels an einer schräg gegen das Fußende herabsteigenden Führungsstange herunterlaufen. Zur möglichsten Ausschaltung des Zuges der gespannten Muskulatur etc., welche sich der Geraderichtung widersetzt, ist von der physiologischen Thatsache Gebrauch gemacht, dass ein Muskel, dessen natürliche Ansatzpunkte einander genähert sind, keiner vollen Kraftentwicklung fähig ist (z. B. erschwerter Faustschluss bei starker Beugstellung der Hand, Unmöglichkeit, die Fingerglieder zu strecken bei möglichster Rückwärtsstreckung der Hand). Dieses Ziel sucht H. zu erreichen, indem er den Fuß in senkrechter Stellung, den Unterschenkel im Knie, den Oberschenkel in der Hüfte gebeugt liegen lässt, d. h. der Unterschenkel liegt auf erhöhter Ebene.

H. Frank (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

- 25) L. Corazza. Bericht über chirurgische Thätigkeit vom 1. Juli 1894 bis 31. December 1895.
(Rivista Veneta di scienze med. 1896.)

Es wurden im Ganzen 1220 Pat. aufgenommen, mit 6% Todesfällen. Im Einzelnen sind folgende Fälle und Beobachtungen bemerkenswerth:

Krampfhafter Torticollis seit 7 Jahren. — Neurektomie des N. accessorius Willisii, 2 cm lang.

Besserung, aber keine Heilung.

Komplicirte Fraktur des linken Scheitelbeins; Kraniotomie, Exstruktion des Fremdkörpers, Heilung.

Ein Messingknopf hatte sich in Folge des Risses eines Transmissionsriemens von jenem abgelöst und den Arbeiter getroffen. Es entstand eine perforirende Schädelwunde; der Fremdkörper blieb mit seinem Rand in der Schädelöffnung stecken. Es stellte sich zunächst Verlust der Sprache ein, dann allgemeine Krämpfe, weiterhin Schluckbeschwerden, Trachealrasseln, Bewusstseinsstrübung, Pulsverlangsamung, enge Pupillen. — Nach Trepanation, Exstruktion des Fremdkörpers so wie dreier Knochensplitter, Desinfektion und Verband verschwanden allmählich die Krampfanfälle, die Sprache kehrte zurück, und es trat völlige Heilung ein.

Unvollständige Ankylose des Ellbogens durch Callusbildung. — Resektion des Olecranon. — Heilung.

Fraktur im Bereich der unteren Humerusepiphyse (vor 5 Monaten), mit unvollständiger Ankylose in Streckstellung geheilt. Die Unmöglichkeit der Beugung kam daher, dass das Olecranon sich an dem nach hinten ausgewichenen unteren

Fragment, resp. Callus, anhakete; nach Resektion des Olecranon wurde die Funktion des Gelenkes völlig normal.

Spina bifida (Meningocele) lumbaris. — Excision. — Heilung.

Kind von 4 Monaten, hat von der Geburt an in der Gegend der letzten Lendenwirbel eine kugelförmige Geschwulst von Apfelgröße, mit Flüssigkeit gefüllt und durch einen schmalen Stiel mit dem Wirbelkanal kommunizierend. Excision der Cystenwände, Reposition der vorgefundenen Nervenbündel, Naht der Pia, der Dura, der Haut. In der ersten Nacht 3 eklamptische Anfälle. Anfangs Fieber. Dann völlige Heilung.

Kothfistel. — Heilung durch Excision eines Divertikels.

15jähriges Mädchen, hatte im Alter von 2½ Jahren einen Abscess der Bauchwand gehabt, nach dessen Incision eine Kothfistel zurückblieb; dieselbe schloss sich mit 9 Jahren spontan, brach aber nach 6 Jahren abermals auf (Entleerung von Spulwürmern). Bei der Operation fand sich ein 10 cm langes Divertikel des Dünndarmes, welches exstirpiert wurde; Heilung. — Da die Kothfistel dicht neben dem Nabel lag, so nimmt Verf. an, dass es sich um ein Meckel'sches Divertikel (Duct. omphalo-mesenter.) handle, das durch Perforation (Spulwürmer) die Fistel verursacht habe.

Narbenstenose des Pylorus.

Bei der Operation fand man den Pylorus an der Wirbelsäule fixiert. — Querer Einschnitt in die Magenwandung, dicht am Pylorus; Pyloroplastik. Es erfolgte Tod unter den Erscheinungen von Bronchitis und Pleuroperitonitis. Verf. widerrät danach die Pyloroplastik bei fixiertem Pylorus; die Gastroenterostomie sei dann vorzuziehen.

Hernien.

Die Radikaloperation wurde fast stets nach Bassini ausgeführt. Von interessanten Vorkommnissen erwähnt Verf. den Fall einer direkten Leistenhernie bei einer Frau, wo die Blase den Inhalt des Bruchsackes bildete, so wie einen Fall von Tuberkulose des Bruchsackes bei kongenitaler Leistenhernie. Bei der Operation des letzten Falles fand man die Innenfläche des Bruchsackes mit miliaren Tuberkeln besetzt, diffus geröthet und geschwollen; ein Gleiches fand sich am Hoden, der mitsammt dem Bruchsack exstirpiert wurde. Es trat Heilung ein. Unter den Radikaloperationen der Leistenbrüche (nach Bassini) sah Verf. in 6—7% der Fälle Recidive eintreten. Dieselben sind größtentheils zurückzuführen auf folgende Ursachen: Unvollendete Operation (z. B. wegen Gefahr der Anästhesie), specielle anatomische Eigenthümlichkeiten (z. B. Atrophie der Bauchmuskeln und Aponeurosen), Störungen in der Wundheilung, Erkrankungen nach der Operation, Pneumonie). — Dass auch noch 6 Jahre nach der Operation ein Recidiv eintreten kann, lehrt ein vom Verf. mitgetheilter Fall. **H. Bartsch** (Heidelberg).

6) Remlinger. Un cas de paralysie radicaire du plexus brachial (type supérieur de Erb) consécutif à une chute de cheval.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1896. No. 9.)

Der Fall interessirt den Chirurgen wegen seiner Ätiologie. Ein Unterlieutenant wurde beim Zureiten eines Pferdes von demselben abgeworfen und fiel mit dem Kopf voran zu Boden. Dabei stieß die rechte Schulter zuerst auf denselben auf, und der Kopf wurde stark nach der linken Schulter gebeugt, so dass Kopf und Schulter beinahe eine gerade Linie bildeten. Die Folge war ohne das Eintreten einer Fraktur oder Luxation eine sofortige Lähmung an der rechten Schulter und dem Oberarm. Am nächsten Tage stellten sich heftige Schmerzen am Erb'schen Supraclaviculärpunkt ein. Die gelähmten Muskeln — Deltoides, Supra- und Infraspinatus, Biceps, Brachialis internus — atrophirten nach einiger Zeit. Die Lähmung, welche offenbar auf der Zerreißung einiger Fasern des 5. und 6. Cervicalnerven beruhte, trotzte jeder Therapie. **Schneider** (Siegburg).

27) Finckh. Über die Reponibilität der veralteten Schultergelenkluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

F. hat durch statistische Bearbeitung der in der Bruns'schen Klinik beobachteten Fälle von Oberarmverrenkungen einen werthvollen Beitrag zur Lehre von den Schulterverrenkungen überhaupt geliefert.

Am stärksten belastet ist das 6. Decennium (71 von 223 Fällen). Männer sind mit 81, Frauen mit 19% betheiligt. Auf die rechte Seite entfallen 67, auf die linke 33% der beobachteten Verletzungen. Auf 201 vordere (97,5%) kommen 5 hintere (2,4%) Verrenkungen; unter den vorderen sind 190 axillare resp. subcoracoidale (92%), 8 präscapulare, 2 subclaviculare und 1 erecta. Bezüglich der Ätiologie sei hier auf die seltenen Fälle hingewiesen, wo die Luxation durch Muskelzug entstand (Fehlhub mit dem Schläger oder der Peitsche); wiederholt fand sich als Ursache ein heftiger Zug am Arm, z. B. in der Art, dass Pat., im Begriff eine Treppe hinabzustürzen, während des Falles mit den Händen noch einen Halt zu gewinnen vermochte. Auf diese Weise kam sogar eine doppelseitige Verrenkung zu Stande. — Von Komplikationen sind erwähnt: Bruch des Oberarmschaftes (1), des anatomischen und chirurgischen Halses (5), des großen Tuberkels (4), der Pfanne (2), Erscheinungen von Nervenkompression (5), völlige motorische und sensible Lähmung (2). Zahlreich sind die Beispiele recidivirender und habitueller Verrenkungen. — In den Fällen, welche wegen Irreponibilität zur Operation gelangten, wurde als Repositionshindernis meist eine Fraktur des großen Tuberkels gefunden. Von üblen Zufällen während der Repositionsversuche kamen zur Beobachtung: Bruch des Humerushalses, welcher durch Bildung einer Pseudarthrose 3mal eine Besserung der Funktion ergab; vorübergehende Schädigung der Nervenstämme in 3 Fällen, 1mal Hautemphysem des Brustkorbes mit Athemnoth.

Von 100 Fällen veralteter Luxationen wurde bei 73 der Versuch unblutiger Reposition gemacht; in einem Theil der Fälle unterblieb er, weil die Funktion des verrenkten Armes eine auffallend gute war, in einem anderen, weil von vorn herein ein Erfolg der unblutigen Behandlung nicht zu erwarten stand. 48mal gelang die Reposition. Nach mehr als 14wöchentlichem Bestand der Verrenkung gelang die Einrenkung in keinem Falle. Die Berechnung der erreichten Resultate mit Bezug auf die Zeit des Bestehens der Verrenkung führt Verf. zu folgender Schlussthese: Wenn keine Komplikation mit der Humerusluxation verknüpft ist, ist die Prognose der 2—4 Wochen alten Luxationen eine absolut günstige; bis zu 9wöchentlicher Dauer eine recht gute (77% Heilungen der Fälle aus der 3. bis 9. Woche). Die länger als 9 Wochen bestehenden Schulterluxationen lassen sich auf unblutigem Wege nur ausnahmsweise noch reponiren.

Hofmeister (Tübingen).

28) A. Barsis. Über die subkutane Ruptur des langen Bicepskopfes.

(Wiener med. Presse 1896. No. 50.)

Verf. theilt aus dem Bum'schen Ambulatorium für Mechanotherapie 3 Fälle von subkutaner Ruptur des langen Bicepskopfes mit. Wahrscheinlich war in allen 3 Fällen der Abriss am Übergang des Muskels in die Sehne oder knapp unterhalb desselben erfolgt, da in keinem der Fälle ein oberes Ende des Muskels zu tasten war, und da andererseits das Rissende am herabgesunkenen Theil des Muskels nur aus Muskelsubstanz bestand. Bei den Kranken erfolgte die Ruptur dadurch, dass der kontrahierte Biceps plötzlich und unvermuthet gedehnt wurde. 2 Kranke hatten das äußerst schmerzhafteste Gefühl des Zerreißen empfunden, der 3. Kranke hatte das Gefühl eines Peitschenhiebes. Die direkten Ruptursymptome: Bildung einer Lücke im Verlauf des Biceps, Herabsinken des Muskelbauches gegen die Ellbogengegend, Ausfall der Funktion, waren in allen 3 Fällen vorhanden. Bei einem Kranken bestand auch das Hüter'sche Symptom: Fähigkeit, den Arm in pronirter Stellung zu beugen, nicht aber in supinirter.

Therapeutisch werden die besten Resultate mittels des mobilisirenden Verfahrens erzielt.

P. Wagner (Leipsig).

29) F. Zenker (Hamburg). Beitrag zur Lorenz'schen unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Z. hat in 1 Falle von doppelseitiger angeborener Hüftverrenkung 4 Monate nach der nach Lorenz' Methode erfolgten Einrenkung von dem Becken des 3½-jährigen Knaben ein Skiagramm machen lassen und mit dem gewonnenen Bilde das eines 2., therapeutisch noch nicht in Angriff genommenen Falles von einseitiger Luxation eines 2½-jährigen Mädchens verglichen. An letzterem war das Vorhandensein des Y-Knorpels und die Verdickung und Verbreiterung des knöchernen Grundes der kranken Pfanne gegenüber der gesunden Seite auffallend. An dem doppelseitig verrenkt gewesenen Becken fand sich rechts, wo bei der Einrenkung kein deutliches Repositionsgeräusch wahrgenommen worden, der Kopf, nur hinter die rechte Spina ant. inf. sich anstützend, transponirt, links in die rudimentäre Pfanne richtig reponirt und unter dem oberen hinteren Pfannenrande gegenüber kräftigem Druck nach oben feststehend. — In den weiteren Bemerkungen sucht Z. den wesentlichen Unterschied zwischen der Paci'schen, oft nur Transposition erreichenden, und der Lorenz'schen unblutigen Methode festzustellen und das Princip der Mikulicz'- und Schede'schen Verfahren klarzulegen, mit denen nur selten ideale Repositionen, häufiger günstige Transpositionen erzielt würden. Verf. glaubt schließlich den von Lorenz bei der unblutigen Einrenkung erhaltenen Resultaten für die blutige Reposition die Lehre entnehmen zu können, dass es nicht nöthig sei, bei der Operation die Pfannenaushöhlung so tief, wie bisher üblich, zu machen, und hofft, dass durch diese Maßregel die gefürchtete Folge der blutigen Operation, die Ankylose des betreffenden Gelenkes, eher vermieden werden könne.

Kramer (Glogau).

30) R. H. Harte (Philadelphia). Epiphyseal separation of the lower end of the femur.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Juni.)

H. berichtet über 5 Fälle dieser seltenen Affektion, welche im Episcopal Hospital zu Philadelphia zur Beobachtung kamen.

1) Ein 10jähriger Knabe, der sich hinten auf einen fahrenden Wagen hängte, kam mit dem Bein in das Rad. Complicirte Epiphysenlösung am unteren Femurende. Die Epiphyse vollkommen losgelöst, der nackte Schaft der Diaphyse zur Wunde herausragend. Amputation im mittleren Drittel. Heilung.

2) Ein Knabe von 14 Jahren kam in einen Treibriemen und trug links eine einfache Fraktur des Oberschenkels, rechts eine Epiphysentrennung des unteren Femurendes davon. Außerordentliche Difformität; Knie und Kondylen konnten nach rechts und links verschoben werden, eine seitliche Verrenkung im Kniegelenk vortäuschend. Da auf der gleichen Seite noch ein complicirter Splitterbruch des Unterschenkels bestand, so wurde die Oberschenkelamputation gemacht. Heilung.

3) Einem 16jährigen Jungen war eine schwere Eisenplatte auf das Bein gefallen und hatte es dicht oberhalb des Knies getroffen. Auch hier wurde durch die seitliche Verschiebung der Epiphyse eine Verrenkung im Kniegelenk vorgetäuscht. Die Retention der Fragmente war außerordentlich schwierig und wurde im Schienenverband versucht. Nach einigen Tagen trat Vereiterung ein, welche die Amputation nothwendig machte. Heilung.

4) Ein junger Mensch von 18 Jahren lag derart auf einem Frachtwagen, dass seine Beine durch die seitlich angebrachte Thür nach außen gestreckt waren. Beim Fahren stieß er an eine Telegraphenstange an, welche das Bein gegen die Wagenthürkante stemmte und so zur Epiphysenablösung führte. Die Diagnose wurde dadurch leicht gestellt, dass es gelang, Knie und Kondylen gegen den Femurschaft seitlich zu verschieben. Heilung unter Extension.

27) Finckh. Über die Reponibilität der veralteten Schultergelenkluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

F. hat durch statistische Bearbeitung der in der Bruns'schen Klinik beobachteten Fälle von Oberarmverrenkungen einen werthvollen Beitrag zur Lehre von den Schulterverrenkungen überhaupt geliefert.

Am stärksten belastet ist das 6. Decennium (71 von 223 Fällen). Männer sind mit 81, Frauen mit 19% betheiligt. Auf die rechte Seite entfallen 67, auf die linke 33% der beobachteten Verletzungen. Auf 201 vordere (97,5%) kommen 5 hintere (2,4%) Verrenkungen; unter den vorderen sind 190 axillare resp. subcoracoidale (92%), 8 präscapulare, 2 subclaviculare und 1 erecta. Bezüglich der Ätiologie sei hier auf die seltenen Fälle hingewiesen, wo die Luxation durch Muskelzug entstand (Fehlhub mit dem Schläger oder der Peitsche); wiederholt fand sich als Ursache ein heftiger Zug am Arm, z. B. in der Art, dass Pat., im Begriff eine Treppe hinabzustoßen, während des Falles mit den Händen noch einen Halt zu gewinnen vermochte. Auf diese Weise kam sogar eine doppelseitige Verrenkung zu Stande. — Von Komplikationen sind erwähnt: Bruch des Oberarmschaftes (1), des anatomischen und chirurgischen Halses (5), des großen Tuberkels (4), der Pfanne (2), Erscheinungen von Nervenkompression (5), völlige motorische und sensible Lähmung (2). Zahlreich sind die Beispiele recidivirender und habitueller Verrenkungen. — In den Fällen, welche wegen Irreponibilität zur Operation gelangten, wurde als Repositionshindernis meist eine Fraktur des großen Tuberkels gefunden. Von üblen Zufällen während der Repositionsversuche kamen zur Beobachtung: Bruch des Humerushalses, welcher durch Bildung einer Pseudarthrose 3mal eine Besserung der Funktion ergab; vorübergehende Schädigung der Nervenstämmen in 3 Fällen, 1mal Hautemphysem des Brustkorbes mit Athemnoth.

Von 100 Fällen veralteter Luxationen wurde bei 73 der Versuch unblutiger Reposition gemacht; in einem Theil der Fälle unterblieb er, weil die Funktion des verrenkten Armes eine auffallend gute war, in einem anderen, weil von vorn herein ein Erfolg der unblutigen Behandlung nicht zu erwarten stand. 48mal gelang die Reposition. Nach mehr als 14wöchentlichem Bestand der Verrenkung gelang die Einrenkung in keinem Falle. Die Berechnung der erreichten Resultate mit Bezug auf die Zeit des Bestehens der Verrenkung führt Verf. zu folgender Schlussthese: Wenn keine Komplikation mit der Humerusluxation verknüpft ist, ist die Prognose der 2—4 Wochen alten Luxationen eine absolut günstige; bis zu 9wöchentlicher Dauer eine recht gute (77% Heilungen der Fälle aus der 3. bis 9. Woche). Die länger als 9 Wochen bestehenden Schulterluxationen lassen sich auf unblutigem Wege nur ausnahmsweise noch reponiren.

Hofmeister (Tübingen).

28) A. Barsis. Über die subkutane Ruptur des langen Bicepskopfes.

(Wiener med. Presse 1896. No. 50.)

Verf. theilt aus dem Bum'schen Ambulatorium für Mechanotherapie 3 Fälle von subkutaner Ruptur des langen Bicepskopfes mit. Wahrscheinlich war in allen 3 Fällen der Abriss am Übergang des Muskels in die Sehne oder knapp unterhalb desselben erfolgt, da in keinem der Fälle ein oberes Ende des Muskels zu tasten war, und da andererseits das Rissende am herabgesunkenen Theil des Muskels nur aus Muskelsubstanz bestand. Bei den Kranken erfolgte die Ruptur dadurch, dass der kontrahierte Biceps plötzlich und unvermuthet gedehnt wurde. 2 Kranke hatten das äußerst schmerzhafteste Gefühl des Zerreißen empfunden, der 3. Kranke hatte das Gefühl eines Peitschenhiebes. Die direkten Ruptursymptome: Bildung einer Lücke im Verlauf des Biceps, Herabsinken des Muskelbauches gegen die Ellbogengegend, Ausfall der Funktion, waren in allen 3 Fällen vorhanden. Bei einem Kranken bestand auch das Hüter'sche Symptom: Fähigkeit, den Arm in pronirter Stellung zu beugen, nicht aber in supinirter.

Therapeutisch werden die besten Resultate mittels des mobilisirenden Verfahrens erzielt.

P. Wagner (Leipzig).

29) F. Zenker (Hamburg). Beitrag zur Lorenz'schen unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Z. hat in 1 Falle von doppelseitiger angeborener Hüftverrenkung 4 Monate nach der nach Lorenz' Methode erfolgten Einrenkung von dem Becken des 3 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben ein Skiagramm machen lassen und mit dem gewonnenen Bilde das eines 2., therapeutisch noch nicht in Angriff genommenen Falles von einseitiger Luxation eines 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchens verglichen. An letzterem war das Vorhandensein des Y-Knorpels und die Verdickung und Verbreiterung des knöchernen Grundes der kranken Pfanne gegenüber der gesunden Seite auffallend. An dem doppelseitig verrenkt gewesenen Becken fand sich rechts, wo bei der Einrenkung kein deutliches Repositionsgeräusch wahrgenommen worden, der Kopf, nur hinter die rechte Spina ant. inf. sich anstütsend, transponirt, links in die rudimentäre Pfanne richtig reponirt und unter dem oberen hinteren Pfannenrande gegenüber kräftigem Druck nach oben feststehend. — In den weiteren Bemerkungen sucht Z. den wesentlichen Unterschied zwischen der Paci'schen, oft nur Transposition erreichenden, und der Lorenz'schen unblutigen Methode festzustellen und das Princip der Mikulicz'- und Schede'schen Verfahren klarzulegen, mit denen nur selten ideale Repositionen, häufiger günstige Transpositionen erzielt würden. Verf. glaubt schließlich den von Lorenz bei der unblutigen Einrenkung erhaltenen Resultaten für die blutige Reposition die Lehre entnehmen zu können, dass es nicht nöthig sei, bei der Operation die Pfannenaushöhlung so tief, wie bisher üblich, zu machen, und hofft, dass durch diese Maßregel die gefürchtete Folge der blutigen Operation, die Ankylose des betreffenden Gelenkes, eher vermieden werden könne.

Kramer (Glogau).

30) R. H. Harte (Philadelphia). Epiphyseal separation of the lower end of the femur.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Juni.)

H. berichtet über 5 Fälle dieser seltenen Affektion, welche im Episcopal Hospital zu Philadelphia zur Beobachtung kamen.

1) Ein 10jähriger Knabe, der sich hinten auf einen fahrenden Wagen hängte, kam mit dem Bein in das Rad. Complicirte Epiphysenlösung am unteren Femurende. Die Epiphyse vollkommen losgelöst, der nackte Schaft der Diaphyse zur Wunde herausragend. Amputation im mittleren Drittel. Heilung.

2) Ein Knabe von 14 Jahren kam in einen Treibriemen und trug links eine einfache Fraktur des Oberschenkels, rechts eine Epiphysentrennung des unteren Femurendes davon. Außerordentliche Difformität; Knie und Kondylen konnten nach rechts und links verschoben werden, eine seitliche Verrenkung im Kniegelenk vortäuschend. Da auf der gleichen Seite noch ein complicirter Splitterbruch des Unterschenkels bestand, so wurde die Oberschenkelamputation gemacht. Heilung.

3) Einem 16jährigen Jungen war eine schwere Eisenplatte auf das Bein gefallen und hatte es dicht oberhalb des Knies getroffen. Auch hier wurde durch die seitliche Verschiebung der Epiphyse eine Verrenkung im Kniegelenk vorgetäuscht. Die Retention der Fragmente war außerordentlich schwierig und wurde im Schienenverband versucht. Nach einigen Tagen trat Vereiterung ein, welche die Amputation nothwendig machte. Heilung.

4) Ein junger Mensch von 18 Jahren lag derart auf einem Frachtwagen, dass seine Beine durch die seitlich angebrachte Thür nach außen gestreckt waren. Beim Fahren stieß er an eine Telegraphenstange an, welche das Bein gegen die Wagenthürkante stemmte und so zur Epiphysenablösung führte. Die Diagnose wurde dadurch leicht gestellt, dass es gelang, Knie und Kondylen gegen den Femurschaft seitlich zu verschieben. Heilung unter Extension.

5) Ein Junge von 15 Jahren gerieth, auf einem Wagen liegend, mit einem Bein in das sich drehende Rad. Starker Erguss im Kniegelenk und über dem Condylus int. fem. Krepitation und seitliche Beweglichkeit. Heilung im Extensionsverband.

Da die Gewalteinwirkung stets eine bedeutende ist, so ist die Prognose, wie aus den 5 Fällen hervorgeht, stets sehr zweifelhaft. Verf. ist der Meinung, dass die Amputation vor der Resektion im entsprechenden Falle den Vorzug verdient.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

31) Hammer. Über Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Die Forderung Neisser's, dass bei der Kontrolle der Prostituirten die Sekrete mikroskopisch untersucht werden, damit auch die gonorrhöisch Erkrankten, bei welchen die Diagnose makroskopisch nicht zu stellen ist — und das ist die Mehrzahl — der Hospitalbehandlung zugewiesen werden, ist bisher nur in Breslau, und auch dort nur unvollkommen, durchgeführt. Es ist daher von besonderem Interesse, von dem sehr eingehenden Bericht, den H. über die Stuttgarter Verhältnisse giebt, Kenntnis zu nehmen. In Stuttgart ist durchgeführt, was aus den verschiedensten Gründen empfehlenswerth erscheint, dass die Kontrolluntersuchung in den Händen des Arztes liegt, der zugleich die Hospitalbehandlung der Prostituirten leitet. Bei allen Prostituirten — bei der relativ kleinen Zahl ist das leicht durchführbar — wird 1mal wöchentlich das Harnröhrensekret, alle 4 Wochen statt dessen das Cervicalsekret untersucht. Diejenigen, bei denen Gonokokken gefunden wurden, wurden ins Hospital gebracht. H. hat die Breslauer Erfahrung, dass die makroskopische Diagnose nicht genügt, vollkommen bestätigt; die Zahl der gonorrhöischen Prostituirten im Hospital hat sich seit der Einführung der Untersuchung wesentlich vermehrt. Verf. betont die — Jedem, der viel Gonorrhöen untersucht hat, bekannte — Thatsache, dass der Gehalt des Harnröhrensekretes an Eiterkörperchen für die Diagnose eine Bedeutung hat; je mehr solche, um so wahrscheinlicher, je mehr Epithelien, um so unwahrscheinlicher die Anwesenheit von Gonokokken. Von den Beobachtungen des Verf. im Hospital, welche im Ganzen mit denen des Ref. im Breslauer Allerheiligen-Hospital (cf. Lappe, Statistische Beiträge zur Gonorrhö der Prostituirten, Allgemeine med. Centralzeitung 1897 No. 7 u. 8) decken, sei hervorgehoben, dass die Behandlung, der Urethritis mit Ichthyol gute Resultate gegeben hat; die Uteringonorrhö wurde mit Auswischungen mit 5- und 10%iger Chlorzinklösung, die Bartholinitis mit Ätzungen mit einer mit Höllestein armirten Sonde behandelt; bei den letzteren ist der spontane Ausgang in Eiterung oder Verklebung mit Cystenbildung recht günstig. Die genau kontrollirten Heilungsergebnisse sind speciell bei der Urethralgonorrhö als relativ gut zu bezeichnen.

Jadassohn (Bern).

32) V. Zarubin. Zur Frage von der Behandlung der Hautkrankheiten mit den Schilddrüsenpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Da die Thyreoidinbehandlung von vielen Seiten auch für die Behandlung von Hautkrankheiten sehr warm empfohlen worden ist, müssen hier die absolut negativen Resultate, die Verf. bei 3 Psoriasispat. und bei einem mit Sykosis idiopathica mit dieser Therapie erzielt hat, erwähnt werden. Z. hat bei seinen Pat. eine ziemlich hochgradige Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Gewichtsabnahme, Schlaflosigkeit etc. beobachtet und warnt vor der kritiklosen Anwendung dieses keineswegs indifferenten Mittels. (Auch Ref. hat speciell bei Psoriasis das Thyreoidin und die frische Schilddrüse erfolglos — aber allerdings ohne unangenehme Nebenwirkungen — versucht.)

Jadassohn (Bern).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

VON

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20.

Sonnabend, den 22. Mai.

1897.

Inhalt: W. Zoege v. Manteuffel, Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis.
(Original-Mittheilung.)

1) Müller, Lungenembolien bei Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate. — 2) Fraenkel, Angiosklerose. — 3) Spletschka, Mikrosporon furfur. — 4) Tandler, Pityriasis rosea. — 5) Nikolski, Pemphigus foliaceus. — 6) Isaac, Naphthalan. — 7) Müller, Frostbeulen. — 8) Heidenhain, Pruritus. — 9) Bellissent, Osteomyelitis. — 10) Sulzer, Muskelatrophie. — 11) Hennequin, Ambulatorische Frakturbehandlung. — 12) Naz, Tuberculosis sacro-iliaca. — 13) Lorenz, Angeborene Hüftverrenkung. — 14) af Schultén, Osteomyelitis des Oberschenkels. — 15) Casati, Gritti'sche Operation.

E. Juvara, Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung. (Original-Mittheilung.)

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 17) Ballance und Abbot, Antistreptokokkenserum. — 18) Jacob, Tetanus. — 19) Dipper, Infiltrationsanästhesie. — 20) Waterhouse und Gibbs, Chloroformanästhesie. — 21) Nannottl, Gonokokkenpyämie. — 22) v. Notthafft, Blennorrhoe. — 23) Kopp, Multiple Angiome. — 24) Berliner, Morbus Basedowi und Alopecie. — 25) Kozerski, Hautaktinomykose. — 26) Hintner, Multiple Hautgangrän. — 27) Koch, Lupus erythematodes. — 28) Dohi, Rhinophyma. — 29) Dreyzel, Lichen ruber. — 30) Colombini, Xanthom. — 31) Herxheimer, Impetigo contagiosa vegetans. — 32) Peter, Pemphigus neonatorum. — 33) Roxburgh und Collis, Akromegalie. — 34) Vallas, Intraklavikuläre Amputation der oberen Gliedmaßen. — 35) Cousin, Exstirpation des Schulterblattes. — 36) Berger, Pseudarthrose des Oberarms. — 37) Stoli, Bicepsriss. — 38) Watjoff, Intra-uterine Knochenbrüche.

Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis.

Von

W. Zoege von Manteuffel in Dorpat.

Die Desinfektion der Hände des Arztes ist ein noch ungelöstes Problem, trotz aller praktischen Erfolge der Chirurgie unserer Tage, die das Gegentheil zu beweisen scheinen. Wir sind noch nicht im Stande, unsere Hände so zu desinficiren, dass die Desinfektion unter allen Umständen einer strengen experimentellen Kritik Stand hält. Das lehren uns die Versuche Kümmell's, Fürbringer's, Sängers, Reinecke's, das zeigten uns die Demonstrationen v. Bergmann's auf dem vorletzten internationalen Kongress und die neueren Unter-

suchungen Lauenstein's und Anderer. Eine relative Keimfreiheit können wir erhalten, eine absolute nicht, und immer wieder müssen wir mit dem schwankenden Faktor rechnen, dass das Körpergewebe des Operirten in letzter Instanz mit seinen vitalen Eigenschaften den allerdings meist nicht großen Fehler in der Desinfektion unserer Hände korrigirt. Wir erreichen damit im Allgemeinen, was wir brauchen. Wir erreichen diese relative, aber genügende Keimfreiheit der Hände jedoch nicht mehr, wenn wir infektiöses Material berührt, unsere Hände in Koth oder Eiter getaucht haben.

Durch das sehr bunte Material des hiesigen Stadtkrankenhauses und die Nothwendigkeit, reine und septische Kranke promiscue zu operiren, Empyeme und Phlegmonen zu spalten und gleich darauf Verletzte zu versorgen, bin ich darauf gekommen, die Hände vor Infektion durch ausgekochte Gummihandschuhe zu schützen. Hat man eine größere Zahl geschulter Assistenten, so kann man sich ja wohl auch ohne das helfen. Aber selbst nach vielfachem Waschen, ja oft noch am anderen Tage werde ich nach einer Operation an schwer Septischen das unheimliche Gefühl nicht los, dass meine Hände nicht sicher sind, obgleich heut zu Tage der üble Geruch bald fortzubringen ist, der früher, als man noch nicht mit Alkohol zu desinficiren verstand, sich außerordentlich lange hielt.

Einen weiteren Vortheil der Handschuhe lernte ich bald kennen. Ich selbst leide nicht an Furunkeln. Einer meiner Assistenten jedoch hatte fortwährend mit den Operationsfurunkeln zu kämpfen. Hier waren uns die Handschuhe ebenfalls von großem Werth. — Schließlich hatte ich dann noch Gelegenheit, den Nutzen der ausgekocht bereit stehenden Handschuhe zu erkennen, als Verletzungen eingebracht wurden, die sofortige Hilfe erheischten, und wo 5 Minuten Desinfektion einen bedrohlichen Zeitverlust bedeuteten. Es konnte die primäre Tamponade bei einer Verletzung der Mammaria interna mit Handschuhen ausgeführt und Zeit zur sorgfältigen Desinfektion gewonnen werden. Dasselbe galt von einigen schweren Verletzungen des Abdomens.

Ich benutze die Handschuhe jetzt:

- 1) bei Operationen an Septischen;
- 2) bei Operationen an reinen Wunden, wenn sie nicht auf-schiebbar sind, und ich durch irgend einen Umstand und trotz Punkt 1) mit septischen Dingen in Berührung gekommen bin;
- 3) bei unaufschiebbaren Operationen, in Zeiten, in denen die Hand des Arztes eine Verletzung trägt, oder gar einen Furunkel etc.;
- 4) bei plötzlichen Unglücksfällen.

Unter unaufschiebbaren Operationen verstehe ich nicht bloß Herniotomien, Tracheotomien etc., kurz Operationen, die an sich unaufschiebbar sind. Oft zwingen auch äußere Umstände dazu, eine Operation vorzunehmen zu einer Zeit, wo man gerade eine Verletzung, die sich nicht desinficiren lässt etc., an der Hand trägt. —

In allen den oben genannten Fällen ist es meiner Ansicht nach nicht immer, sagen wir besser nicht möglich, sich die Hände sicher zu desinficiren. Man tröstete sich bei den akut eingebrachten Verletzungen damit, dass man von zwei Übeln das kleinere wählen, dass man vor Allem die augenblickliche Gefahr bekämpfen müsse. Man behielt aber nach solchen Operationen, die mit septisch inficirter oder mit kranker Hand ausgeführt wurden, ein schlechtes Gewissen, bis der Fall glimpflich mit einer Stichkanalleitung, mit einer gepferten pr. Int. oder aber schlimmer mit allgemeiner septischer Infektion auslief.

In Handschuhen zu operiren ist natürlich etwas unbequem. Bei den Operationen an Septischen hat das nicht so sehr viel zu sagen. Hier handelt es sich doch meist um technisch nicht schwierige Eingriffe. Anders liegen die Verhältnisse, wenn wir die septisch inficirte oder verwundete, die nicht desinficirbare Hand mit dem Gummihandschuh decken, um eine beliebige aseptische Operation auszuführen. Sitzt der Handschuh knapp, so wird die Hand etwas anämisch und bald müde. Die käuflichen Handschuhe haben außerdem einen Fehler: es ist keine Ausweitung für den Daumenballen vorhanden, der Daumen ist daher schwer zu abduciren. Sind wieder die Finger zu lang, so hindern sie das rasche Ergreifen namentlich der Instrumente mit scherenförmigen Griffen. Aber auch bei gut sitzenden Handschuhen, etwa nach Maß gefertigten, wird die Operation vielleicht etwas länger dauern. Was will das aber sagen gegenüber der absoluten Sicherheit einer »ausgekochten Hand«! Und man kann doch schließlich auch größere Operationen ganz gut ohne wesentlichen Zeitverlust ausführen: Ich habe die Handschuhe (außer bei septischen Operationen) bei folgenden Operationen benutzt: bei einer Radikaloperation einer Hernie nach Bassini, zwei Radikaloperationen von Nabelhernien, einer Radikaloperation einer Inguinalhernie beim Weibe, einer Ellbogengelenkresektion von einem radialen Schnitt aus. Die Operationen dauerten vielleicht 5—10 Minuten länger als sonst, aber ich habe noch wenig Übung und noch keine gut sitzenden Handschuhe.

Natürlich pflege ich, so weit das im betreffenden Falle möglich ist, erst meine Hände zu desinficiren, damit, falls der Handschuh irgend wo angeschnitten wird, darunter wenigstens keine ganz undesinficirte Haut zum Vorschein kommt; schon um die Handschuhe anzuziehen, ist das geboten, obgleich man sie sich auch mit einem sterilen Handschuh anziehen kann. Die Ärmel des Operationskittels trage ich schon lange am Handgelenk geschlossen oder wenigstens bis auf dasselbe herabreichend, bei bis zum Ellbogen desinficirtem Arm. Ich habe mir jetzt Handschuhe fertigen lassen, die etwas länger sind als die bei den Chemikern üblichen und über den Ärmel hinaufragen.

In letzter Zeit habe ich auch die für unser chirurgisches Gewissen so peinliche und doch so häufig nothwendige Operation des Touchirens

per anum, wo es nicht auf sehr feines Detail ankam, mit Gummihandschuh oder wenigstens Gummifinger ausgeführt. Sitzt der Finger glatt, so ist man übrigens erstaunt, wie wenig er die Palpation hindert.

Ich kann somit die ausgekochten Gummihandschuhe als ein sehr zweckmäßiges Inventarstück des Operationssaales jedem Operateur empfehlen. Eben so dürften sie auf Rettungsstationen etc. von Nutzen sein. Ob sie im Kriege eine Verwendung finden können, wage ich nicht zu entscheiden. Der Landarzt, der sie bequem in einem Glasgefäß in ein steriles Handtuch geschlagen mitführen kann, wird sie zu schätzen wissen; denn die Desinfektion der Hände in der Bauernhütte wird fast stets mangelhaft ausfallen, — während der ausgekochte Gummihandschuh eine absolut keimfreie Hand garantiert.

1) **M. Möller.** Über Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Unter den Argumenten, welche immer gegen die Anwendung ungelöster Quecksilberpräparate zur Injektionsbehandlung der Syphilis angeführt werden, steht in erster Linie die Thatsache, dass durch diese Injektionen gefährdrohende Lungenerscheinungen hervorgerufen werden können. Dieselben wurden von Lesser, der sie zuerst beobachtete, als Lungeninfarkte durch Injektion in eine Lungenvene, von Quincke als Pneumonien auf Grund einer Hg-Intoxikation (analog der Stomatitis, Enteritis etc.), von v. Watraszewski als Fettembolien (durch das ölige Vehikel der Hg-Suspension) gedeutet. In seiner sehr verdienstvollen Arbeit giebt Verf. nach einer historischen Darstellung dieser Frage zunächst seine eigenen Erfahrungen wieder; er hat (unter 3835 Injektionen von Thymolquecksilber) 43 mal Lungenerscheinungen beobachtet, d. h. bei jeder 89. Injektion. Die Symptome sind qualitativ gleich, quantitativ außerordentlich verschieden. Meist stellt sich sofort nach der Injektion, seltener erst nach einigen Stunden oder am nächsten Tage, Hustenreiz ein, oder auch Angstgefühl, Stechen auf der Brust, Athemnoth, Störungen im Allgemeinbefinden (Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), ev. ein Schüttelfrost. Objektiv war auf den Lungen entweder nichts nachzuweisen, oder auf beschränkten Gebieten subkrepitirendes Rasseln, zuweilen Reibungsgeräusch, abgekürzter Schall; immer günstiger Ausgang, nach oft nur mehrtägiger, manchmal längerer Krankheitsdauer.

Durch Versuche an Kaninchen bewies M., dass die wichtigsten Veränderungen in der That durch das Hg-Präparat hervorgerufen werden, dass das Paraffin, das als Suspensionsmittel dient, nur eine geringe Bedeutung haben kann, und dass die Annahme v. Watraszewski's, dass Suspensionen in Gummischleim ungefährlicher seien, eben so wenig zu recht bestehe, wie die Quincke's, dass die Lungenerscheinungen ein Ausdruck der Allgemeinintoxikation seien.

Die Nebenerscheinungen dagegen, wie z. B. die vom Darm, sind als Folge der akuten Hg-Resorption aufzufassen; sie kommen auch gelegentlich bei Injektion gelöster Hg-Salze zu Stande. Zur Vermeidung der Embolien, die zweifellos durch Injektion in die Muskelvenen bedingt sind, ist die Anwendung feinst gepulverter Präparate und die tiefe subkutane Injektion statt der intramuskulären zu empfehlen. (Die Zahl der von M. beobachteten Embolien ist eine auffallend große; zum Theil liegt das vielleicht an der besonderen Aufmerksamkeit, welche der Verf. dieser Komplikation zugewendet hat, in Folge deren ihm auch sehr unbedeutende Erscheinungen nicht entgangen sind; die intramuskuläre Injektion kann nicht wohl die Ursache dieser großen Zahl sein; denn Ref. injicirt seit Jahren nie in eine Hautfalte, sondern immer senkrecht in die Tiefe und darum zweifellos sehr oft in die Muskulatur, hat aber Embolien nur in ganz verschwindend seltenen Fällen gesehen — trotzdem im Hospital die Injektionen von den verschiedensten Assistenten ausgeführt wurden; vielleicht ist aber die Feinheit der Pulverisirung der Grund für diese Unterschiede.)

Jadassohn (Bern).

2) A. Fraenkel (Wien). Über neurotische Angiosklerose. (Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 9 u. 10.)

Das Ergebnis der Untersuchungen des Verf. gipfelt in dem Satze, dass unter dem Einfluss von Krankheiten und Läsionen des Nervensystems anatomische Veränderungen der Blutgefäße (neurotische Angiosklerose) entstehen können und entstehen, die zur Ursache schwerer Schädigung der Gewebsernährung oder selbst der ausgesprochenen Gewebse Nekrose werden können. Dieser Zusammenhang war schon von Billroth, v. Winiwarter und späteren Autoren betont worden. Bei den Erklärungsversuchen des Zusammenhanges zwischen Nervenkrankheit und Gangrän spielt bis in die jüngste Zeit die Lehre von den trophischen Funktionen des Nervensystems die größte Rolle. Mit der Beobachtung, dass bei neurotischen Gangränen sich an den zuführenden Gefäßen des erkrankten Bezirkes schwere anatomische Veränderungen vorfinden, muss es zunächst interessiren, in wie weit diese Gefäßveränderungen als solche vom Nervenprocess direkt abhängig sein können. Ein Fall von Mal perforant du pied gab Verf. die erste Veranlassung, dieser Frage näher zu treten. Es handelte sich um einen 37jährigen Mann, der die Initialsymptome der Tabes darbot; an der rechten Fußsohle ein kraterförmiges Geschwür, an der linken Fußsohle zerklüftete Epidermiswucherung, an deren Stelle späterhin es gleichfalls zum fortschreitenden ulcerösen Zerfall kommt. Bei der histologischen Untersuchung des Grundes und der Ränder der exstirpirten Geschwüre fiel vor Allem eine mächtige Hypertrophie der Media an den kleinsten Arterien auf, die kaum eine Lichtung aufwiesen, und deren Wand durch diese Wucherung der Muskelschicht stark verdickt war. Man hatte den Eindruck, als habe man hier das Bild eines von Muskel-

hypertrophie begleiteten Gefäßkrampfes. Es lag nahe, diesen Gefäßzustand als Folge des tabischen Processes anzusehen, das perforierende Geschwür als Folge dieses Gefäßkrampfes. Verf. theilt nun zwei weitere analoge Beobachtungen mit. In allen Fällen bestand neben einander Nerven- und Gefäßveränderung als Begleiterscheinung schwerer Ernährungsstörung der Gewebe. Verf. ging nun daran, bei Nervenkrankheiten, die degenerative Processe an den peripheren Nerven zur Folge haben und andererseits auch sogenannte trophische Störungen aufweisen, nachzusehen, ob auch bei ihnen regelmäßig sich Gefäßveränderungen vorfinden, die als prädisponirende anatomische Grundlage für das Entstehen dieser trophischen Störungen aufgefasst werden könnten, und andererseits zu versuchen, ob es experimentell gelingen könnte, durch Ausschaltung bestimmter Nervenbahnen so wie die trophischen Störungen, auch die Gefäßveränderungen hervorzurufen. In 36 Fällen derartiger Nervenkrankheiten (Tabes, progressive Paralyse, Neuritis, Syringomyelie), die erfahrungsgemäß zu sogenannten trophischen Störungen prädisponiren, fanden sich mehr oder weniger erhebliche Gefäßerkrankungen an den peripheren Nerven, die als angiosklerotische bezeichnet werden konnten. Indem sich dieser Befund namentlich bei Individuen diesseits der Altersgrenze, welcher angiosklerotische Processe zukommen, zeigte, so folgte aus diesen Untersuchungen, dass jene Nervenkrankheiten von einer vorzeitigen Angiosklerose begleitet sind. Verf. beschreibt die Details der beobachteten Gefäßveränderungen, an welchen sowohl Arterien als Venen theilnehmen. Namentlich die peripheren Arterien zeigen eine durch mächtige Hypertrophie und Hyperplasie der Media bedingte Wandverdickung, während die gleichzeitigen Veränderungen der Intima keinen nennenswerthen Grad erreichen. In einem zweiten Typus oder vielmehr Stadium desselben Processes kommt es zu allgemeiner Größenzunahme des Gefäßes, wobei jetzt um so auffälliger die Hypertrophie der Intima vortritt, welche zu erheblicher Verengerung der Lichtung führt. Analog sind die Veränderungen der Venen, deren Strukturbild oft eine arterienähnliche Beschaffenheit gewinnt. Von entscheidender Bedeutung für die Beurtheilung der hier vorliegenden Verhältnisse ist das Ergebnis des Thierexperiments, welches durchaus positiv ausfiel und über die Abhängigkeit von gewissen unter das allgemeine Bild der Angiosklerose einzureihenden Gefäßveränderungen von Nervenschädigungen und Degenerationen keinen Zweifel übrig ließ. Die bezüglichen Versuche bestätigen die analogen Untersuchungen von Bervoe's. Verf. hat an 12 Thieren (2 Hunden, 10 Kaninchen) den Ischiadicus durchschnitten. Nach 3 bis 4 Wochen zeigten die Thiere die ersten trophischen Störungen. Bezüglich der Einzelheiten sei auf die Originalarbeit verwiesen. 6 Wochen nach der Nervendurchschneidung zeigt das mikroskopische Bild bereits eine deutliche Verdickung der Arterie (Hypertrophie und Hyperplasie der Media). In einem späteren Stadium nehmen an dieser Größenzunahme alle Schichten der Gefäßwand theil, die Größen-

zunahme der Venen ist womöglich noch bedeutender als die der Arterien. Es ist anzunehmen, dass die unmittelbare Wirkung der Nervenläsion zunächst in einem chronischen Reizzustande der Arterie, in einem Arterienkrampf besteht, der schließlich in der Hypertrophie der Muscularis seinen Ausdruck findet. Dem ersten mehr aktiven Verhalten der Gefäßwand folgt später, nach 2 bis 3 Monaten, ein Zustand passiver Dilatation, in dem die Leistungsfähigkeit der Muskulatur ihre Grenze erreicht und dem Blutdruck nicht mehr Stand hält (Dehnung der Gefäßwand, unregelmäßige Wucherung der Intima). Aus allen Beobachtungen geht hervor, dass die vorzeitige Angiosklerose, welche bei Krankheitsprocessen angetroffen wird, die erfahrungsgemäß auch zu Neuritiden und Nervendegenerationen führen, durch eben diese degenerativen Prozesse in den Nerven bedingt ist.

Die sogenannten trophischen Störungen sind in Zukunft als vasomotorische und in zweiter Linie als angiosklerotische zu betrachten, und die Gefäßveränderungen, welche diesen Ernährungsstörungen zu Grunde liegen, als neurotische Angiosklerosen. Hierdurch fänden auch die bei Alkoholismus, Bleivergiftung und anderen Intoxikationen vorkommenden Gefäßerkrankungen und Ernährungsstörungen der Gewebe so wie auch die diabetische Gangrän ihre von der bisherigen abweichende Erklärung.

Hinterstolsser (Teschen).

3) Th. Spietschka. Untersuchungen über das Mikrosporon furfur.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die Pilze der Pityriasis versicolor sind bisher noch nie in überzeugender Weise rein gezüchtet worden; so gering die praktische, so groß ist die theoretische Bedeutung dieser Erkrankung. Deshalb ist es mit Freude zu begrüßen, dass in der Pick'schen Klinik in Prag die Frage der Kultivirung des Mikrosporon furfur in Angriff genommen worden ist. Die Resultate der Arbeit, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, sind die folgenden: Es fand sich in 12 Fällen ein Fadenpilz, der sich von den anderen Mycelpilzen unterscheiden lässt und bei anderen Krankheiten nie konstatiert wurde, und dessen Reinkultur in einem Falle bei Überimpfung ein typisches positives Resultat ergab; in den Schuppen der dadurch erzeugten Dermatoze ließ sich derselbe Pilz nachweisen; diese Resultate veranlassen den Verf., die von ihm erhaltenen Kulturen, die sehr pleomorph sind, mit Bestimmtheit als die Kulturen des Mikrosporon furfur anzusprechen. Am beweisendsten in dieser Richtung scheint das Impfresultat zu sein — die Pityriasis versicolor tritt bekanntlich nur bei besonders prädisponirten Menschen auf und ist daher kaum je contagiös —; um so auffallender ist der positive Erfolg einer Kulturinokulation.

Jadassohn (Bern).

4) **G. Tandler.** Über Pityriasis rosea.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1. u 2.)

Die Pityriasis rosea, eine Dermatoze, die von dem französischen Dermatologen Gibert beschrieben wurde, wurde zuerst vielfach und wird von Kaposi auch jetzt noch für identisch mit dem Herpes tonsurans maculosus gehalten. Die meisten anderen Autoren sind der Ansicht, dass sie eine eigene, wohl charakterisirte Krankheit ist; Viele, und unter diesen auch Pick und sein Schüler T., glauben, dass es neben dieser Hautkrankheit auch eine mit Recht als Herpes tonsurans maculosus zu bezeichnende gäbe. Die Pityriasis rosea tritt oft zuerst in einer, der sog. »Primitivplaque« auf, breitet sich sehr bald in Form von kleinen, peripher wachsenden, feinschuppigen, ganz oberflächlich entzündeten, gelegentlich zusammenfließenden Herden besonders über den Rumpf aus, verläuft ohne Allgemeinerscheinungen, mit geringem oder ohne Jucken und führt meist nach Ablauf einiger Wochen zu spontaner Heilung. Verf. hat bei einer größeren Anzahl solcher Fälle nach der von Wälsch angegebenen Färbungsmethode sowohl Schuppen als auch Schnitte excidirter Stücke untersucht und außer einer nicht konstant vorkommenden und nicht charakteristischen Sporenart, der er eine Bedeutung nicht beimisst, keinerlei Pilzelemente gefunden; auch Kulturversuche verliefen negativ. Die histologische Untersuchung ergab oberflächliche, nicht irgend wie spezifische Entzündungserscheinungen. Der Verf. tritt demgemäß der Kaposi'schen Anschauung entgegen; er hält die Pityriasis rosea für einen erythematösen Process und glaubt — in Übereinstimmung mit den Franzosen — dass es sich nicht um eine ektogen übertragene Mykose handelt. (Ref. ist auf Grund zahlreicher eigener Untersuchungen ebenfalls davon überzeugt, dass Pityriasis rosea keine Trichophytie und von dem zweifellos existirenden Herpes tonsurans maculosus auch klinisch zu unterscheiden ist. Dagegen scheint es ihm sehr wahrscheinlich, dass sie eine ektogen entstandene Mykose mit noch unbekanntem Erreger ist; dafür spricht neben den klinischen Eigenthümlichkeiten vor Allem die Thatsache, dass diese Krankheit durch parasiticide Mittel, speciell durch Chrysarobin und Pyrogallussäure, in ganz schwacher Konzentration in kürzester Zeit zu beseitigen ist.)

Jadassohn (Bern).

5) **P. W. Nikolski.** Pemphigus foliaceus Cazenavi.

(Med. Obosrenje 1896. No. 22. [Russisch.])

N. bespricht die Krankheit auf Grund von 17 Fällen aus der Litteratur und 5 eigenen aus Prof. Stukowenkow's Klinik. Das Wesen der Krankheit besteht nach ihm in leichter Ablösbarkeit der ganzen Hornschicht der Haut (zwischen Glas- und Körnerschicht). So entstehen die wichtigsten Symptome: Schläffe Blasen, Entblößung der Unterhaut, Borken, Anomalien der Regeneration der Hornschicht. Mikroskopisch fand N. Hypertrophie der tieferen Hautschichten. — Andere Organe: Anämiesymptome, Diarrhöen, verschiedene Nerven-

störungen. Ätiologie: Erkältungen, psychische Insulte. N. sieht in der Krankheit eine Trophoneurose ohne Betheiligung der Gefäße; daher muss die Behandlung Kräftigung des Nervensystems zum Ziele haben.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

6) **Isaac.** Über Naphthalan. Aus Dr. Max Josef's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 52.)

Das Naphthalan, eine braunschwarz-grünliche, salbenähnliche Masse, dem in Russland, von wo es stammt, eine stark antiseptische und keimtödtende Wirkung zugeschrieben wird, wurde vom Verf. bei 50 verschiedenen Hauterkrankungen erprobt, meist chronischen Ekzemen, ferner auch bei Prurigo, Pruritus, Psoriasis vulgaris, Ichthyosis, Ekzema impetiginosum, sekundären Ekzemen nach Scabies, Diabetes, Ulcus cruris etc.

Es wurde messerrückendick aufgetragen und mit einer dünnen Watteschicht oder Leinwand bedeckt. Die Erfolge waren zum Theil günstige.

Es empfiehlt sich daher die Anwendung

- 1) bei mehr umschriebenen Dermatosen,
- 2) bei schon längere Zeit bestehender,
- 3) bei frischere Reizerscheinungen nicht mehr darbietender Erkrankung.

Auf akute Ekzeme und ausgedehnte ekzematöse Partien verwandt wirkte das Naphthalan nicht günstig.

Bei Psoriasis vulgaris wirkte es gar nicht.

Verf. fasst zum Schluss sein Urtheil dahin zusammen, dass das Naphthalan in allen Fällen, wo die Anwendung von Theer indicirt erscheint, eine der des Theers zum mindesten gleichkommende Wirksamkeit entfaltet.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

7) **E. Müller.** Zur Behandlung der Frostbeulen.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1896. No. 52.)

Von der Thatsache ausgehend, dass Frostbeulen am lebhaftesten schmerzen, wenn stärkerer Blutzufluss stattfindet, behandelte M. dieselben mit Kompressivverbänden, indem er nach vorheriger kurzer Suspension der betreffenden Extremität die erkrankte Stelle mit straff angezogenen Heftpflasterstreifen bedeckte. Die Erfolge sollen sehr gut gewesen sein.

König (Wiesbaden).

8) **A. Heidenhain** (Köslin). Zur Behandlung des Pruritus pudendorum und Pruritus ani.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 2.)

Den bekannt wohlthätigen Einfluss der hochgradigen Wärme bei Hyperämie benutzt H. zur Behandlung der den Pruritus bedingenden erkrankten Theile, indem er in heißes Wasser, dem auf 1 Liter

ein gehäufte Esslöffel Acidum tannicum zugesetzt wurde, getauchte Kompressen auf diese Partien auflegen lässt. Jeder Pruritus sei auf diese Weise heilbar. Bei P. pudendorum des Weibes schickt er desinficirende Injektionen (Lysol, dann laues Wasser, endlich Sublimatlösung unmittelbar hinter einander) in die Scheide voraus und legt zwischen die großen Labien einen in Tanninlösung getauchten Gazetampon. Er ist der Überzeugung, dass die desinficirende Eigenschaft des Tannins, welches leider die Wäsche ruiniert, bei der Heilung des Pruritus eine große Rolle spielt. Gold (Bielitz).

9) **A. Bellissent.** Contribution à l'étude du traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë et du traitement curatif de l'ostéomyélite chronique (ostéoplasties).

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

In der lesenswerthen Arbeit beschreibt Verf. zuerst genauer die serotherapeutischen Versuche Canon's, dann die Frühoperation nach dem Vorschlag Küster's, Karewski's, bespricht die einfache Incision des Periosts, die Trepanation des Knochens sowohl bei akuter Osteomyelitis, als wie bei Ostitis neuralgica und Knochenabscess. Bei der chronischen Form kommt das Evidement, die Resektion des Knochens und schließlich die Amputation resp. Exartikulation in Frage. Die verschiedenen Methoden, die im Knochen entstandenen Defekte zu ersetzen, werden genauer erörtert. Die Methoden nach Jaboulay und af Schultén sind durch ihren Werth an der Leiche geprüft worden. Abbildungen erklären die einzelnen Verfahren.

Verf. kommt zu den Schlüssen:

- 1) Die Immunisirungsversuche waren noch nicht genügend, fordern aber zu neuen Experimenten in dieser Beziehung auf.
- 2) Breite und zahlreiche Trepanationen des Knochens genügen in der größten Zahl der mittelschweren Fälle, die Ausräumung der Markhöhle muss für die schweren Formen bleiben.
- 3) Bei chronischer Osteomyelitis sei die Incision mit der Abhebelung des Periostes ungenügend, außer in einigen Fällen, die als Folgen eines typhösen Fiebers aufgetreten wären.
- 4) Die Trepanation genügt bei Ostitis neuralgica und kleinem Knochenabscess.
- 5) Das Evidement ist zur Anwendung zu bringen bei größeren Knochenabscessen und bei Nekrose der Diaphyse, wenn die stehbleibenden Knochenmassen Halt genug bieten. Es ist vorzuziehen der Tunnellirung nach Sédillot, welche oft zur Fistelbildung führe.
- 6) Die Resektion ist für die den ganzen Knochen durchsetzenden chronischen Formen aufzusparen, eine Epiphysenlinie möglichst zu erhalten. Ferner soll die Resektion nur an den Gliedern mit zwei Knochen zur Anwendung kommen.

7) Nur wenn die Weichtheile in zu weiter Ausdehnung ergriffen wären, ist die Amputation erlaubt.

8) Eingepflanzter lebender Knochen bleibt nicht am Leben, sondern wirkt nur durch seine Anwesenheit. Die Implantation von decalcinirten Knochen, die verschiedenen Plomben erfordern eine bei Osteomyelitis nur selten zu erlangende aseptische Höhle. Nur beim Ersatz eines ganzen Knochens ist die Überlegenheit der Einpflanzung lebenden Knochens anzuerkennen, und zwar nach der Methode Mac Ewen's und Poncet's. Am besten ist Material von demselben oder von einem anderen Menschen zu verwenden, weniger geeignet von einem Thier. Die Einpflanzung hat in der Zeit der Wundheilung zu erfolgen.

9) Bei genügendem Knochenmaterial kommt die osteoplastische Methode in Frage. Das Verfahren von Neuber ist ungenügend, da es nicht die Knochenhöhle als solche berücksichtigt; dasselbe gilt von der Methode Aldoff's. Die osteoplastische Nekrotomie nach Bier passt nur für die Tibia und wendet sich nicht gegen schon bestehende Knochenhöhlen. Nach Leichenversuchen ist die Methode Jaboulay's (Procédé univalve) einfacher als die Annäherung beider Wände an einander nach dem Vorschlag af Schultén's, und man wird ihr den Vorzug geben bei allen Knochen, mit Ausnahme des Vorderarmes und des Calcaneus.

Krankengeschichten eigener wie fremder Beobachtung schließen die Arbeit, der noch die Photographie einer Resektion der ganzen Diaphyse des Radius beigegeben ist, eben so wie des nach 4 Monaten erzielten guten funktionellen Erfolges.

Borchard (Posen).

10) M. Sulzer. Anatomische Untersuchungen über Muskelatrophie artikulären Ursprungs.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift für Prof. E. Hagenbach-Burekhardt.)

Basel u. Leipzig, C. Sallmann, 1897. 173 S. Mit 2 Abbildungen.

Die gründliche, unter Hanau in St. Gallen ausgeführte Arbeit sucht der alten Lehre von Inaktivitätsatrophie der Muskeln bei Gelenkerkrankungen gegenüber der modernen Theorie von der Reflexatrophie wieder etwas Geltung zu verschaffen. Ausgehend von den von Hanau im Jahre 1895 auf dem Physiologenkongress in Bern mitgetheilten Beobachtungen von Atrophie des M. soleus und Erhaltensein des das Kniegelenk überspringenden Gastrocnemius in Fällen von Fußgelenkankylose untersuchte Verf. das Verhalten der Muskeln in 8 Fällen von Ankylosen und Gelenkerkrankungen; und zwar wurde sowohl das makroskopische Aussehen und das Gewicht (im Vergleich zum gleichen Muskel der anderen Extremität), als auch das mikroskopische Verhalten an frischen Zupfpräparaten und an Schnitten berücksichtigt. Wir beschränken uns darauf, ohne auf die Einzelheiten jedes Falles einzugehen, das Gesamtergebnis mitzutheilen, zu dem Verf. gelangt ist.

*

Was die Fälle von völliger Ankylose betrifft, so konnte S. nachweisen, dass für die Atrophie der in Frage kommenden Muskeln einzig und allein das Maß der Inaktivität, der sie anheimgefallen, in Frage kommt. Die ganz außer Thätigkeit gesetzten, nur das ankylosirte Gelenk überspringenden Muskeln fanden sich, in älteren Fällen wenigstens, völlig entartet, bisweilen durch Fett ersetzt. Die in ihrer Thätigkeit nur reducirten, außer dem versteiften noch ein bewegliches Gelenk bedienenden Muskeln dagegen fanden sich nur bis zu einem gewissen Grade atrophisch. Diese funktionelle Vertheilung der Atrophie mit im Voraus zu bestimmender Auslese unter den verschiedenen Muskeln einer Extremität lässt sich nach Verf. nur durch Inaktivität, nicht aber durch einen Reflexvorgang erklären.

Schwerer zu beurtheilen sind die Fälle von Gelenkentzündungen mit wenigstens passiv beweglichem Gelenk. Verf. findet, ohne aus der verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen weitergehende Schlüsse ziehen zu wollen, dass die Inaktivität auch hier eine ganz hervorragende Rolle spielt, und zwar nach demselben Gesetz, welches sich bei den Fällen von Ankylose als richtig erwiesen hat. Am auffallendsten zeigte sich dies bei Gonitis an den verschiedenen Köpfen des *M. quadriceps femoris*. Der am Becken inserirende *M. rectus* zeigte in allen Fällen weniger Atrophie, als die sich am Oberschenkel anheftenden *Mm. vasti* und als der *M. cruralis*.

Diese Resultate stimmen völlig mit denen überein, welche Strasser 1883, gestützt auf seine Untersuchungen an einem ankylosirten Ellbogen, in einer zu wenig beachteten Arbeit mitgeteilt hatte, und bilden eine Bestätigung der schon 1859 geäußerten Ansicht Cruveilhier's, dass der Grad der Muskelatrophie von dem Grad der vorhandenen Beweglichkeit abhängt.

So viel geht aus der Arbeit von S. hervor, dass die Inaktivität bei der Muskelatrophie nach Gelenkerkrankungen eine große, wenn nicht die Hauptrolle spielt, und dass es ungerechtfertigt wäre, sie so sehr in den Hintergrund zu drängen, wie es z. B. die Charcot'sche Schule thut. In wie fern reflektorische Einflüsse dabei gleichzeitig im Spiel sind, das muss erst noch untersucht werden. Es wäre theoretisch wohl denkbar, dass der von Vulpian, Paget, Charcot u. A. vermuthete trophoneurotische Reflex nur in denjenigen Muskeln zu Stande käme, welche in Folge der Gelenkerkrankung völlig unthätig geworden sind. Die Atrophie wäre in diesem Falle sowohl Reflex-, als Inaktivitätsatrophie. (D. Ref.)

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) J. Hennequin. Étude critique sur le traitement ambulatoire.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

Die ambulatorische Frakturbehandlung oder, wie sie der Autor lieber bezeichnen möchte, die Behandlung unter Gebrauch des Gliedes (>par l'activité<) hat in Frankreich bisher keinen Anklang finden können,

obwohl dies Land, wie der Autor klagt, »geneigt ist, auf jedes Geräusch von jenseits des Rheins mit so aufmerksamen und zuweilen so willigen Ohren zu lauschen, dass man versucht wird, an den König Midas zu denken.« Auch er selbst kommt zu dem Schluss, dass die Hoffnung, die Verletzten vor der Konsolidation eines Ober- oder Unterschenkelknochenbruches mit Nutzen zum Gehen zu bringen, für den Augenblick nur ein schöner Traum ist, dessen Verwirklichung, so sehr man sie wünschen möchte, vor der Hand noch nicht entgegen gesehen werden kann; — allerdings kommt er dazu nicht auf Grund eigener Erfahrungen oder Beobachtungen anderer Fälle, sondern lediglich auf dem Wege der Deduktionen. Gegenüber den enthusiastischen Lobeserhebungen der Verfechter dieser »modernen« Behandlungsweise kann man sich seine eigene Meinung sehr wohl vorbehalten und wird doch zugeben müssen, dass diese Kritik des Verf. von Voreingenommenheit nicht frei ist. Für ihn zerfallen die dem Verfahren nachgerühmten Vorzüge in Nichts, die Technik kann die wichtigsten Forderungen einer rationellen Frakturbehandlung nur unvollkommen oder in unzuverlässiger Weise erfüllen, sodaß die Gefahr des Misserfolges alle Vortheile ohne Weiteres aufwiegt. Allerdings stellt sich für ihn die Behandlung nur im Bilde eines mühsam einige Schritte im Saal oder Hof eines Hospitals Herumwankenden dar. Höchstens Unterschenkelquerbrüche bei Erwachsenen mit sitzender Beschäftigung mögen dieser Behandlung unterworfen werden können, bei Greisen, Kindern, der ungeheuren Mehrzahl der Frauen, sehr dicken, muskelstarken oder sehr schwächlichen Individuen ist sie kontraindicirt oder ohne jeden Nutzen.

H. Frank (Berlin).

12) **Naz.** De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque et en particulier de certaines formes frustes de cette affection.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

Die umfangreiche Arbeit stützt sich auf 40 Beobachtungen, von denen 8 aus der Klinik Delbet's stammen und Veranlassung zu der Dissertation gegeben haben. Der Ausdruck Sacrocoxalgie soll für die tuberkulösen Formen reservirt bleiben. Da der Bandapparat an dem Gelenk sehr stark ist, so kommt es, dass die tuberkulösen Granulationen sich zum Theil periartikulär ausbreiten, und dass nie sich Luxationen oder Subluxationen ausbilden. Die atypische Form ergreift nicht das ganze Gelenk, sondern nur einen bestimmten Theil, und ist begleitet von einer Hyperostosenbildung, welche Neigung zur Ankylosirung hat. Diese letztere Form weicht von dem typischen, bekannten klinischen Bild wesentlich ab. Ihre Symptome sind im Wesentlichen nur das Hüftweh und der Abscess. Diese Form wird von Delbet bezeichnet als Sacrocoxalgie fruste und sie überwiegt an Häufigkeit des Vorkommens die typische Form. Differentialdiagnostisch kommt besonders in Erwägung die Coxalgie und die Tuberkulose der Lendenwirbelsäule.

Bei den trockenen Formen der Erkrankung kommt die konservative Behandlung in Betracht, bestehend in horizontaler oder vertikaler (portativer) Extension. Bei Eiterung, Fistelbildung sind operative Eingriffe, wie Auskratzung, Spaltung etc., am Platze.

Man muss aber hierbei Alles forträumen, gegebenenfalls sogar sich durch eine Trepanation von dem Zustand der vorderen Gelenkfläche überzeugen. Kontraindicirt ist dies trotz des Rathschlages von Golding Bird bei den leichteren Formen der Erkrankung und bei Individuen mit schon vorgeschrittenen sonstigen tuberkulösen Erkrankungen. Die operativen Resultate würden noch bessere sein, wenn man sich nach dem Vorschlag Delbet's schon bei der bloßen Schwellung der Gelenkgegend zum Eingriff entschliesse.

Jodoformeinspritzungen haben bei den Abscessen dieser Erkrankung keinen Zweck, weil die Höhle Zwerchsackform hat, und so das Jodoform nicht an den eigentlichen Erkrankungsherd gelangt.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Tabelle von 38 aus der Literatur (es sind nur französische und einige englische Autoren berücksichtigt) zusammengetragenen einschlägigen, operativ behandelten Fällen.

Borchard (Posen).

13) **A. Lorenz.** Reposition de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde d'après la méthode d'Adolphe Lorenz, de Vienne.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 2.)

Der Artikel bringt die Replik, welche für die französischen Leser der Zeitschrift durch die Angriffe Paci's in derselben (s. Ref. No. 2) nothwendig geworden ist, für die deutschen Leser aber nichts Neues; der Inhalt stimmt auch zu den dem obigen Referat angefügten Ref.-Bemerkungen. Von Neuem betont L., dass seine Methode eine vollkommene Reposition darstellt, Paci nur eine Verbesserung der Stellung des Kopfes im Auge hat, und dass, wenn auch in beiden Verfahren die Flexion des Oberschenkels eine Rolle zu spielen hat, die letztere doch grundverschieden, die Ähnlichkeit eine ganz äußerliche ist. Sie dient Paci zur Herunterholung des Kopfes, welcher auf dem Wege der Cirkumduktion in eine bessere Stellung gelangt, ihm nur, um den Kopf, welcher durch Extension heruntergebracht ist, hinter den hinteren Rand der Gelenkpfanne zu führen, von wo aus er dann hineingebracht wird. Zur Konsolidation der neuen Stellung will Paci den Zug und Ruhe, L. die Muskelthätigkeit, welche den Kopf gewissermaßen selbstthätig durch Einschnürung festhält, und die Funktion.

H. Frank (Berlin).

14) **M. W. af Schultén.** En metod att genom en plastisk operation utfylla benhålor i femur.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXXVIII. p. 671.)

Die osteomyelitischen Erkrankungen des Schenkelbeins sind oft von sehr großen Zerstörungsprocessen gefolgt, bezw. Sequestern, Gra-

nulationsherden oder Abscessen im Knochenmark. Die nach den operativen Eingriffen zurückgebliebenen großen Höhlen heilen — wenn es überhaupt je gelingt — wie bekannt nur schwer und immer sehr langsam, selbst wenn eine sorgfältige Entfernung aller kranken Theile stattgefunden hat. Die radikale Beseitigung einer solchen Höhle bietet den Chirurgen oft die größten Schwierigkeiten dar. Die Zahl der dafür vorgeschlagenen Methoden ist eine große. Man hat zuerst versucht, durch Abmeißelung der Knochenkanten in möglichst weiter Ausdehnung eine muldenförmige Grube herzustellen und Haut-Muskel-Periostlappen in die Tiefe zu lagern. Ferner sind Methoden vorgeschlagen, um diese Höhlen unter feuchtem Blutschorf zur Füllung zu bringen. Weiter sind dekalcinirte Knochen, Celluloidplatten, Gipsbrei und Amalgam von hervorragenden Autoren empfohlen worden. Aber keine dieser Methoden hat die auf sie gesetzten Hoffnungen erfüllt. Verf., der vor Kurzem eine osteoplastische Methode, um Knochenhöhlen in der Tibia auszufüllen, ersonnen hat (cf. Referat in diesem Blatte 1897 p. 283), veröffentlicht a. a. O. eine Methode, Höhlen im Schenkelbein zu beseitigen.

Da die anatomischen Verhältnisse am Femur eine Mobilisirung der Knochenlamellen, wie sie Verf. am Schienbein mit so vorzüglichen Resultaten ausgeführt hat, verbieten, verfährt er am Schenkelbein in folgender Weise. Nachdem die Höhle in einer ersten Sitzung von Sequestern, krankhaften Granulationen etc. in üblicher Weise mit scharfen Löffeln vollständig ausgeräumt ist, und zwar in so weiter Ausdehnung, dass alles Krankhafte mit Gewissheit entfernt ist, wird die Wunde in der ganzen Ausdehnung sorgfältig austamponirt. Diese Tamponade wird etwa 3—4 Wochen fortgesetzt, bis dass die Wände überall mit frischen Granulationen austapeziert sind. Jetzt folgt in einer zweiten Sitzung die plastische Füllung derselben. Die Höhle wird zuerst von den Granulationen und dem neugebildeten Bindegewebe durch gründliches Auskratzen befreit. Nach exakter Blutstillung unter Lösung des vorher angelegten Esmarch'schen Schlauches wird sodann ein gestielter Muskel-Periostlappen von der Umgebung der Knochenhöhle ausgeschnitten. Wenn es, wie gewöhnlich, sich um eine Höhle am unteren Ende des Schenkels handelt, und zur Entfernung der krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung ein äußerer Längsschnitt gelegt ist, spaltet man mit einem transversalen Schnitt vom medialen Wundrand an der vorderen Seite des Schenkels und etwa handbreit oberhalb der Kniescheibe Haut und Unterhautbindegewebe. Nach Lospräpariren der so entstandenen rechtwinkligen Hautlappen kann man den Muskel-Periostlappen in beliebiger Größe ausschneiden, und dieser wird dann hinlänglich mobilisirt — während genügend breite Basis gelassen wird — und in die Knochenhöhle eingeklappt. Hier wird er eventuell, aber unter Vermeidung aller Spannung, mit einigen Katgutnähten fixirt. Ist die Größe des Lappens richtig berechnet, füllt er die Höhle vollständig aus. Die Hautwunden werden, eventuell nach Anfrischung der

Ränder der ersten Wunde, fast bis an die Winkel genäht. Verf. warnt ausdrücklich vor irgend einer vollständigen Schließung der Wunde. Die keineswegs aseptischen Verhältnisse, die eine solche Wunde darstellt, verbieten dies ohnehin von selbst.

Der Verband soll die Wunde in möglichst großer Ruhe lassen. Um diesen Zweck in noch höherem Grad als mit einem aseptischen Verband zu erreichen, legt Verf. über die Wunde zuerst einen Metalldrahtbogen — etwa wie ein Chloroformkorb — und dann den Verband. Die Verbandtheile kommen in dieser Weise nie mit der Wunde in direkte Berührung. Ist die Eiterung nicht groß, wird der erste Verband bis 14 Tage liegen gelassen.

Die Wunde heilt gewöhnlich binnen 1—2 Monaten. Sollte die Heilung noch längere Zeit in Anspruch nehmen, ist es wahrscheinlich, dass die krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung nicht vollständig entfernt worden sind.

Ist die Knochenhöhle sehr groß, lässt sie sich nicht mit einem Muskel-Periostlappen ausfüllen, so bildet Verf. einen oberen und einen unteren Lappen, bezw. mit proximalem und distalem Stiel, und zwar so, dass die Lappen von der vorderen resp. hinteren Seite des Schenkels genommen werden. In vereinzelten Fällen, besonders bei Höhlen im oberen Theil des Schenkelbeins, kann es vortheilhaft sein, den Lappen von vorn herein mit unterem Stiel zu schneiden, auch wenn er solitär ist.

Verf. hat diese Methode in etwa 20 Fällen benutzt. Die Resultate waren sehr befriedigend. Fälle, die vorher allen Behandlungsmethoden widerstanden und zu unschließbaren Fisteln geführt hatten, wurden im Laufe von 1—2 Monaten völlig und dauernd geheilt. Recidive haben sich nicht gezeigt, wenn nur in der ersten Sitzung gründliche Ausräumung gemacht war.

Verf. hat durch beigelegte schematisirende Zeichnungen sein Verfahren veranschaulicht. 13 ausführliche Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen schließen die Arbeit ab.

A. Hansson (Warberg).

15) E. Casati. Di una modificazione all' amputazione osteoplastica del ginocchio alla Gritti.

(Communicazione letta all' accademia delle scienze medicale e naturali di Ferrara il giorno 31 Maggio 1896.)

Die starke Verkürzung des Amputationsstumpfes bei der osteoplastischen Oberschenkelamputation nach Gritti versuchte Verf. zuerst durch eine Plastik der Quadricepssehne zu vermeiden; alle hier angestellten Versuche erwiesen sich ihm aber als praktisch unausführbar. Er schlägt deshalb eine andere Methode vor, die er selbst in 3 Fällen bereits mit gutem Erfolg angewendet hat. Nach Exartikulation des Unterschenkels in gewöhnlicher Weise sägt er eine kaum centimeterdicke Scheibe von der Gelenkfläche des Oberschenkels ab und zerlegt dann, ebenfalls mit der Säge, die Kniescheibe in frontaler

Richtung in 2 Scheiben, indem er an der Hinterfläche und am oberen Ende derselben beginnt und unten eine Weichtheilbrücke stehen lässt. Die so gespaltene Kniescheibe lässt sich dann wie ein Buch aus einander klappen und deren hintere Hälfte der mit dem Meißel entsprechend zugespitzten Sägefläche des Oberschenkels ohne Spannung auflegen. Auf diese Weise wird der Amputationsstumpf um die Höhe der Kniescheibe verlängert. Sultan (Göttingen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung.

Von

Dr. E. Juvara,

Assistent der II. chirurgischen Klinik in Bukarest.

Der Barbier C. C., 40 Jahre alt, wohnhaft in Berlad, tritt in das Berlader Spital »Barlad si Elena Beldiman« (Direktor Dr. Cerechez) am 27. Juli 1896 wegen eines großen Tumors in der Kniekehle ein.

Im Alter von 16 Jahren hat Pat. einen Tripper ohne weitere Folgen überstanden, 2 Jahre später ein Ulcus molle mit rechtsseitiger Adenitis.

Im Frühling 1895 bekam er eine akute, fieberhafte Erkrankung; zu derselben Zeit schwellen seine beiden Unterschenkel an und bedeckten sich mit zahlreichen eitrigen Geschwüren. Auf Anrathen eines Arztes machte Pat. eine Jodkur in einer Badestation durch, von wo er geheilt zurückkam; der rechte Unterschenkel aber blieb immer geschwollen; hier spürte er Schmerzen, Kribbeln, Beschwerden im Gehen und Stehen.

Im Winter desselben Jahres fiel Pat. auf dem Eise; Tags darauf tritt er ins Spital ein. Damals konnte man eine Schwellung der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels konstatiren. Die Haut war geröthet und geschwollen, und durch Palpation konnte man nur schwierig einen harten, pulsirenden Tumor fühlen; es wurde ein entzündetes Aneurysma diagnosticirt. Pat. wurde sofort in absolute Ruhe gebracht, der Unterschenkel in einer Rinne immobilisirt. Nach 8 Tagen ging das akute Stadium zurück, bald darauf verließ Pat. das Spital. Mit der Zeit wurde sein Gang aber schwieriger, die Schmerzen kontinuierlich, und manchmal waren dieselben so unerträglich, dass sie nur durch Morphininjektionen gestillt werden konnten.

In diesem Zustand tritt Pat. neuerdings ins Berlader Spital ein, wo ich ihn gelegentlich meines dortigen Aufenthaltes zu sehen bekam. Er ist sehr kräftig gebaut, mit einem sehr gut entwickelten Knochen- und Muskelsystem. Die rechte Wade hat einen Umfang von 65 cm, beinahe 20 cm mehr als die linke. Am unteren Theile der Kniekehle, unter der Biegungsfalte, beginnt eine eirundliche Erhebung, die am mittleren Dritttheil des Unterschenkels aufhört. Die Haut, von normalem Aussehen, ist über dem Tumor gespannt, aber verschieblich. Mittels Palpation lässt sich ein fixer Tumor von der Größe eines Kindskopfes feststellen. Das obere Ende lässt sich leicht begrenzen, während unten innen und außen die Begrenzung wegen der Bedeckung durch Muskelschichten nicht leicht ist. Nach außen scheint er mit der Fibula enge Verbindungen zu haben. Der Tumor zeigt isochrone Bewegungen mit den Pulsationen der Arterien, welche Bewegungen mehr mitgetheilt, als der Ausdruck wirklicher Erweiterung zu sein scheinen. Auskultation ergibt kein Geräusch. Der leicht zu fühlende Puls an der Art. femoralis und der Art. poplitea, oberhalb des Tumors, ist absolut unfühlbar in der Art. tibialis ant., der Pedica und der Tibialis post. Das Kniegelenk ist frei und

die Bewegungen normal. An der vorderen Fläche des Unterschenkels nichts Abnormes.

Alle Arterien sind weich, leicht zu komprimiren, nicht atheromatös. Das Herz normal.

Pat. klagt über anhaltende, durch Druck gesteigerte, manchmal starke Schmerzen, die bis in den Fuß irradiiren; manchmal fühlt er Kribbeln und Erstarrung des Unterschenkels.

Mit Rücksicht auf diesen klinischen Symptomenkomplex stellte ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Aneurysma des Truncus tibio-fibularis, vielleicht auch des unteren Endes der Art. poplitea oder einer der hinteren Arterien des Unterschenkels (Tibialis post. oder Fibularis).

Die Operation: Chloroformanästhesie. Die Esmarch'sche Binde, über das Kniegelenk gebunden, wurde leicht über den Sack geschnürt, damit nicht durch eine Bewegung ein Coagulum in die Cirkulation geschleudert werde. — Auf der hinteren Fläche des Unterschenkels wird ein Schnitt von der Mitte der Kniekehle bis eine Hand breit über der Ferse gemacht. Der Schnitt trennt die Aponeurosis und die Zwillingsmuskeln; die V. saphena ext. wird zur Seite gezogen. Unter den beiden Zwillingsmuskeln findet man den Soleus, dessen hinterer, sehr gedehnter und verdünnter Bogen wie eine Schärpe die hintere Fläche des Tumors umgiebt, so dass der letztere in 2 Hälften getheilt wird: einen oberen Theil, in der unteren Hälfte der Kniekehle gelegen, und einen unteren Theil unter dem Soleus. Mittels Pincette und Hohlsonde wird die hintere Fläche des Aneurysmas von der vorderen Fläche des Soleus isolirt, letzterer unter Leitung des Zeigefingers in der ganzen Länge gespalten. Der Soleus, sehr gedehnt, ist degenerirt; man findet in ihm blasse Muskelfasern mit Fettfaszikeln vermengt.

Der in seiner ganzen Größe entblößte Tumor ist eiförmig, mit der Spitze nach unten; seine Wände sind zumal am unteren Theile sehr dünn. — Sein oberer Stiel wird mittels einer Pincette gefasst. Er ist vom Ende der Art. und V. poplitea gebildet, welch letztere sich in der inneren Wand des Sackes verliert. Der N. tibialis post., auf der inneren Fläche des Sackes verlaufend, liegt in einer Rinne der Wand. Seine Loslösung ist der schwierigste Theil der Operation, sie war aber eine vollständige, kein einziger seiner Zweige wurde zerrissen.

Die Isolirung des Sackes nach innen gelingt rasch, während sie nach außen sehr schwierig ist, da der Sack am Kopf und an der Diaphyse der Fibula anhaftete.

Während dieser Isolirung zerriss der Sack, und so wurde es möglich, ihn von seinem Inhalt zu entleeren und seine Wände vollständig zu isoliren.

Das obere Ende wird unterhalb der Zange abgeschnitten, der Sack nach vorn gezogen und seine vordere Wand bis in den Zwischenknochenraum präparirt; inzwischen wurde die Art. tibialis ant. und der Ursprung der Art. tibialis post. und fibularis mit einer Zange gefasst und unterbunden. Die beiden Lappen des Soleus werden zusammengeknüpft, dann die Zwillingsmuskeln und endlich die Aponeurosis und die Haut. Drainage wird weggelassen, ein antiseptischer Kompressionsverband angelegt und die Extremität in einer Rinne immobilisirt.

Die Heilung verlief einfach. Bloß einige Seidenfäden eiterten und mussten herausgenommen werden, oder stießen sich von selbst aus. Pat. fiebert nicht, beklagt sich nicht über Schmerzen, spürt manchmal Kribbeln. Die Extremität ist warm, empfindlich, die Haut hat ein normales Aussehen. Nach 7 Tagen werden die oberflächlichen Fäden herausgezogen. Eine eitrige Serosität entquillt dem oberen Ende der Wunde, welche sofort drainirt wird. Nach einigen Tagen hört die Sekretion gänzlich auf, die Wunde ist total rein und beginnt schnell zu granuliren. 1 Monat nach der Operation, am 28. August, verlässt Pat. das Spital.

8 Monate nach der Operation sah ich den Pat. völlig geheilt wieder.

Dieser Fall ist von 2 Gesichtspunkten interessant: 1) wegen der Seltenheit der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis, 2) wegen der Art der Behandlung der Exstirpation.

Die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis sind sehr selten. Delbet giebt in seiner Statistik von 1875—1887 nur einen einzigen Fall an, den von Tillaux. Vigue beschreibt unter 36 spontanen Aneurysmen des Unterschenkels nur 3 des Truncus tibio-fibularis.

In meinem Falle fängt der Aneurysmasack am unteren Ende der Art. poplitea unter dem Ursprung der unteren Kollateralen an; von demselben stammen: oben die Art. poplitea, vorn die Tibialis ant. und unten, durch einen gemeinsamen Stamm, die Art. tibialis post. und fibularis.

Von allen Behandlungsmethoden der Aneurysmen ist die Exstirpation des Sackes, nach Unterbindung der Ursprungsarterien, die bewährteste. Darüber giebt es keinen Zweifel; mein früherer Chef Delbet hat mittels 2 sehr vollständiger Statistiken die Superiorität der Exstirpation demonstriert. In der 1. Statistik hat er alle Fälle von 1875 bis 1887 gesammelt und fand auf 320 für verschiedene Aneurysmen angewandte Ligaturen 18,90% Todesfälle, während 63 in derselben Zeit ausgeübte Exstirpationen nur 11,32% Todesfälle ergaben. In der 2. Statistik sammelt er die Fälle von den Jahren 1887 bis 1894 und findet 10 Todesfälle auf 189 Ligaturen. Die Zahl der Exstirpationen war in starker Proportion gestiegen; denn in 7 Jahren übte man 76 Exstirpationen aus, d. h. 13 mehr als in den ersten 12 Jahren. Diese 76 Exstirpationen geben nur einen einzigen Todesfall.

Sonach ergab sich, dass die Exstirpation die beste, sicherste und wenigst gefährliche Methode ist, die weniger zur Gangrän disponirt und vollkommene und dauerhafte Resultate erzielt. Die Ligatur dagegen giebt sehr oft nur eine temporäre Heilung; denn das Aneurysma kann recidiviren, oder die Schmerzen bestehen fort.

Was die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis betrifft, welche an diesem anfangen oder sich von der Art. poplitea oder Tibialis post. verbreiten, so weiß Delbet nicht, wie sie zu behandeln sind; er meint, welche Methode immer angewendet werde, könne man nicht verhindern, dass Gangrän eintrete, bedingt durch die Behinderung der Cirkulation.

In meinem Falle ist die Exstirpation des Sackes von keinem einzigen Symptom der ungenügenden Cirkulation begleitet, die Extremität keinen Moment von Gangrän bedroht gewesen.

Der Kollateralweg, durch welchen sich die Cirkulation herstellte, ist wahrscheinlich durch die Zirkel der Periartikularen und durch die Art. recurrens tibialis und tibialis ant. repräsentirt.

Obwohl im vorliegenden Falle, in welchem Exstirpation versucht wurde, das erhaltene Resultat ein ganz ausgezeichnetes war, genügt es doch nicht, das letzte Wort über die Behandlung der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis zu sprechen. Ich glaube aber, dass auch hier die Exstirpation die beste Methode ist, besonders für große, mit Gerinnseln angefüllte Aneurysmen, in deren Umgebung ein genügender Collateralkreislauf bestehen muss, um die Cirkulation des Unterschenkels wieder herzustellen.

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

85. Sitzung Montag, den 8. Februar 1897, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Wolff.

1) Herr David: Zur Frage des Verhaltens austrepanirter und wieder eingeeheilter Schädelstücke.

Zur Ergänzung der von ihm bereits im Archiv für klin. Chirurgie gegen die von A. Barth vertretene Ansicht, dass losgelöste und dann wieder replantirte Knochenstücke ausnahmslos dem Tode verfallen, geltend gemachten Bedenken, führt D. noch einige Momente an, durch deren Nichtbeachtung Barth zu seinen Trugschlüssen gelangt ist.

In einer systematisch durchgeführten Untersuchungsreihe hatte D. die histologischen Vorgänge bei Einheilung replantirter Knochenfragmente beobachtet und war auf Grund dieser Untersuchungen, im Gegensatz zu Barth, zu dem Resultat

4) **G. Tandler.** Über Pityriasis rosea.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1. u 2.)

Die Pityriasis rosea, eine Dermatoze, die von dem französischen Dermatologen Gibert beschrieben wurde, wurde zuerst vielfach und wird von Kaposi auch jetzt noch für identisch mit dem Herpes tonsurans maculosus gehalten. Die meisten anderen Autoren sind der Ansicht, dass sie eine eigene, wohl charakterisirte Krankheit ist; Viele, und unter diesen auch Pick und sein Schüler T., glauben, dass es neben dieser Hautkrankheit auch eine mit Recht als Herpes tonsurans maculosus zu bezeichnende gäbe. Die Pityriasis rosea tritt oft zuerst in einer, der sog. »Primitivplaque« auf, breitet sich sehr bald in Form von kleinen, peripher wachsenden, feinschuppigen, ganz oberflächlich entzündeten, gelegentlich zusammenfließenden Herden besonders über den Rumpf aus, verläuft ohne Allgemeinerscheinungen, mit geringem oder ohne Jucken und führt meist nach Ablauf einiger Wochen zu spontaner Heilung. Verf. hat bei einer größeren Anzahl solcher Fälle nach der von Wälsch angegebenen Färbungsmethode sowohl Schuppen als auch Schnitte excidirter Stücke untersucht und außer einer nicht konstant vorkommenden und nicht charakteristischen Sporenart, der er eine Bedeutung nicht beimisst, keinerlei Pilzelemente gefunden; auch Kulturversuche verliefen negativ. Die histologische Untersuchung ergab oberflächliche, nicht irgend wie spezifische Entzündungserscheinungen. Der Verf. tritt demgemäß der Kaposi'schen Anschauung entgegen; er hält die Pityriasis rosea für einen erythematösen Process und glaubt — in Übereinstimmung mit den Franzosen — dass es sich nicht um eine ektogen übertragene Mykose handelt. (Ref. ist auf Grund zahlreicher eigener Untersuchungen ebenfalls davon überzeugt, dass Pityriasis rosea keine Trichophytie und von dem zweifellos existirenden Herpes tonsurans maculosus auch klinisch zu unterscheiden ist. Dagegen scheint es ihm sehr wahrscheinlich, dass sie eine ektogen entstandene Mykose mit noch unbekanntem Erreger ist; dafür spricht neben den klinischen Eigenthümlichkeiten vor Allem die Thatsache, dass diese Krankheit durch parasiticide Mittel, speciell durch Chrysarobin und Pyrogallussäure, in ganz schwacher Konzentration in kürzester Zeit zu beseitigen ist.)

Jadassohn (Bern).

5) **P. W. Nikolski.** Pemphigus foliaceus Cazenavi.

(Med. Obosrenje 1896. No. 22. [Russisch.])

N. bespricht die Krankheit auf Grund von 17 Fällen aus der Litteratur und 5 eigenen aus Prof. Stukowenkow's Klinik. Das Wesen der Krankheit besteht nach ihm in leichter Ablösbarkeit der ganzen Hornschicht der Haut (zwischen Glas- und Körnerschicht). So entstehen die wichtigsten Symptome: Schlappe Blasen, Entblößung der Unterhaut, Borken, Anomalien der Regeneration der Hornschicht. Mikroskopisch fand N. Hypertrophie der tieferen Hautschichten. — Andere Organe: Anämiesymptome, Diarrhöen, verschiedene Nerven-

störungen. Ätiologie: Erkältungen, psychische Insulte. N. sieht in der Krankheit eine Trophoneurose ohne Betheiligung der Gefäße; daher muss die Behandlung Kräftigung des Nervensystems zum Ziele haben.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

6) **Isaac.** Über Naphthalan. Aus Dr. Max Josef's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 52.)

Das Naphthalan, eine braunschwarz-grünliche, salbenähnliche Masse, dem in Russland, von wo es stammt, eine stark antiseptische und keimtödtende Wirkung zugeschrieben wird, wurde vom Verf. bei 50 verschiedenen Hauterkrankungen erprobt, meist chronischen Ekzemen, ferner auch bei Prurigo, Pruritus, Psoriasis vulgaris, Ichthyosis, Ekzema impetiginosum, sekundären Ekzemen nach Scabies, Diabetes, Ulcus cruris etc.

Es wurde messerrückendick aufgetragen und mit einer dünnen Watteschicht oder Leinwand bedeckt. Die Erfolge waren zum Theil günstige.

Es empfiehlt sich daher die Anwendung

1) bei mehr umschriebenen Dermatosen,

2) bei schon längere Zeit bestehender,

3) bei frischere Reizerscheinungen nicht mehr darbietender Erkrankung.

Auf akute Ekzeme und ausgedehnte ekzematöse Partien verwandt wirkte das Naphthalan nicht günstig.

Bei Psoriasis vulgaris wirkte es gar nicht.

Verf. fasst zum Schluss sein Urtheil dahin zusammen, dass das Naphthalan in allen Fällen, wo die Anwendung von Theer indicirt erscheint, eine der des Theers zum mindesten gleichkommende Wirksamkeit entfaltet.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

7) **E. Müller.** Zur Behandlung der Frostbeulen.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1896. No. 52.)

Von der Thatsache ausgehend, dass Frostbeulen am lebhaftesten schmerzen, wenn stärkerer Blutzufluss stattfindet, behandelte M. dieselben mit Kompressivverbänden, indem er nach vorheriger kurzer Suspension der betreffenden Extremität die erkrankte Stelle mit straff angezogenen Heftpflasterstreifen bedeckte. Die Erfolge sollen sehr gut gewesen sein.

König (Wiesbaden).

8) **A. Heidenhain** (Köslin). Zur Behandlung des Pruritus pudendorum und Pruritus ani.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 2.)

Den bekannt wohlthätigen Einfluss der hochgradigen Wärme bei Hyperämie benutzt H. zur Behandlung der den Pruritus bedingenden erkrankten Theile, indem er in heißes Wasser, dem auf 1 Liter

ein gehäufte Esslöffel Acidum tannicum zugesetzt wurde, getauchte Kompressen auf diese Partien auflegen lässt. Jeder Pruritus sei auf diese Weise heilbar. Bei P. pudendorum des Weibes schickt er desinficirende Injektionen (Lysol, dann laues Wasser, endlich Sublimatlösung unmittelbar hinter einander) in die Scheide voraus und legt zwischen die großen Labien einen in Tanninlösung getauchten Gazetampon. Er ist der Überzeugung, dass die desinficirende Eigenschaft des Tannins, welches leider die Wäsche ruiniert, bei der Heilung des Pruritus eine große Rolle spielt. Gold (Bielitz).

9) **A. Bellissent.** Contribution à l'étude du traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë et du traitement curatif de l'ostéomyélite chronique (ostéoplasties).

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

In der lesenswerthen Arbeit beschreibt Verf. zuerst genauer die serotherapeutischen Versuche Canon's, dann die Frühoperation nach dem Vorschlag Küster's, Karewski's, bespricht die einfache Incision des Periosts, die Trepanation des Knochens sowohl bei akuter Osteomyelitis, als wie bei Ostitis neuralgica und Knochenabscess. Bei der chronischen Form kommt das Evidement, die Resektion des Knochens und schließlich die Amputation resp. Exartikulation in Frage. Die verschiedenen Methoden, die im Knochen entstandenen Defekte zu ersetzen, werden genauer erörtert. Die Methoden nach Jaboulay und af Schultén sind durch ihren Werth an der Leiche geprüft worden. Abbildungen erklären die einzelnen Verfahren.

Verf. kommt zu den Schlüssen:

1) Die Immunisirungsversuche waren noch nicht genügend, fordern aber zu neuen Experimenten in dieser Beziehung auf.

2) Breite und zahlreiche Trepanationen des Knochens genügen in der größten Zahl der mittelschweren Fälle, die Ausräumung der Markhöhle muss für die schweren Formen bleiben.

3) Bei chronischer Osteomyelitis sei die Incision mit der Abhebelung des Periostes ungenügend, außer in einigen Fällen, die als Folgen eines typhösen Fiebers aufgetreten wären.

4) Die Trepanation genügt bei Ostitis neuralgica und kleinem Knochenabscess.

5) Das Evidement ist zur Anwendung zu bringen bei größeren Knochenabscessen und bei Nekrose der Diaphyse, wenn die stehbleibenden Knochenmassen Halt genug bieten. Es ist vorzuziehen der Tunnellirung nach Sédillot, welche oft zur Fistelbildung führe.

6) Die Resektion ist für die den ganzen Knochen durchsetzenden chronischen Formen aufzusparen, eine Epiphysenlinie möglichst zu erhalten. Ferner soll die Resektion nur an den Gliedern mit zwei Knochen zur Anwendung kommen.

7) Nur wenn die Weichtheile in zu weiter Ausdehnung ergriffen wären, ist die Amputation erlaubt.

8) Eingepflanzter lebender Knochen bleibt nicht am Leben, sondern wirkt nur durch seine Anwesenheit. Die Implantation von calcinirten Knochen, die verschiedenen Plomben erfordern eine bei Osteomyelitis nur selten zu erlangende aseptische Höhle. Nur beim Ersatz eines ganzen Knochens ist die Überlegenheit der Einpflanzung lebenden Knochens anzuerkennen, und zwar nach der Methode Mac Ewen's und Poncet's. Am besten ist Material von demselben oder von einem anderen Menschen zu verwenden, weniger geeignet von einem Thier. Die Einpflanzung hat in der Zeit der Wundheilung zu erfolgen.

9) Bei genügendem Knochenmaterial kommt die osteoplastische Methode in Frage. Das Verfahren von Neuber ist ungenügend, da es nicht die Knochenhöhle als solche berücksichtigt; dasselbe gilt von der Methode Aldoff's. Die osteoplastische Nekrotomie nach Bier passt nur für die Tibia und wendet sich nicht gegen schon bestehende Knochenhöhlen. Nach Leichenversuchen ist die Methode Jaboulay's (Procédé univalve) einfacher als die Annäherung beider Wände an einander nach dem Vorschlag af Schultén's, und man wird ihr den Vorzug geben bei allen Knochen, mit Ausnahme des Vorderarmes und des Calcaneus.

Krankengeschichten eigener wie fremder Beobachtung schließen die Arbeit, der noch die Photographie einer Resektion der ganzen Diaphyse des Radius beigegeben ist, eben so wie des nach 4 Monaten erzielten guten funktionellen Erfolges.

Borchard (Posen).

10) **M. Sulzer.** Anatomische Untersuchungen über Muskelatrophie artikulären Ursprungs.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift für Prof. E. Hagenbach-Burckhardt.)

Basel u. Leipzig, **C. Sallmann**, 1897. 173 S. Mit 2 Abbildungen.

Die gründliche, unter Hanau in St. Gallen ausgeführte Arbeit sucht der alten Lehre von Inaktivitätsatrophie der Muskeln bei Gelenkerkrankungen gegenüber der modernen Theorie von der Reflexatrophie wieder etwas Geltung zu verschaffen. Ausgehend von den von Hanau im Jahre 1895 auf dem Physiologenkongress in Bern mitgetheilten Beobachtungen von Atrophie des M. soleus und Erhaltensein des das Kniegelenk überspringenden Gastrocnemius in Fällen von Fußgelenkankylose untersuchte Verf. das Verhalten der Muskeln in 8 Fällen von Ankylosen und Gelenkerkrankungen; und zwar wurde sowohl das makroskopische Aussehen und das Gewicht (im Vergleich zum gleichen Muskel der anderen Extremität), als auch das mikroskopische Verhalten an frischen Zupfpräparaten und an Schnitten berücksichtigt. Wir beschränken uns darauf, ohne auf die Einzelheiten jedes Falles einzugehen, das Gesamtergebnis mitzutheilen, zu dem Verf. gelangt ist.

*

Was die Fälle von völliger Ankylose betrifft, so konnte S. nachweisen, dass für die Atrophie der in Frage kommenden Muskeln einzig und allein das Maß der Inaktivität, der sie anheimgefallen, in Frage kommt. Die ganz außer Thätigkeit gesetzten, nur das ankylosirte Gelenk überspringenden Muskeln fanden sich, in älteren Fällen wenigstens, völlig entartet, bisweilen durch Fett ersetzt. Die in ihrer Thätigkeit nur reducirten, außer dem versteiften noch ein bewegliches Gelenk bedienenden Muskeln dagegen fanden sich nur bis zu einem gewissen Grade atrophisch. Diese funktionelle Vertheilung der Atrophie mit im Voraus zu bestimmender Auslese unter den verschiedenen Muskeln einer Extremität lässt sich nach Verf. nur durch Inaktivität, nicht aber durch einen Reflexvorgang erklären.

Schwerer zu beurtheilen sind die Fälle von Gelenkentzündungen mit wenigstens passiv beweglichem Gelenk. Verf. findet, ohne aus der verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen weitergehende Schlüsse ziehen zu wollen, dass die Inaktivität auch hier eine ganz hervorragende Rolle spielt, und zwar nach demselben Gesetz, welches sich bei den Fällen von Ankylose als richtig erwiesen hat. Am auffallendsten zeigte sich dies bei Gonitis an den verschiedenen Köpfen des M. quadriceps femoris. Der am Becken inserirende M. rectus zeigte in allen Fällen weniger Atrophie, als die sich am Oberschenkel anheftenden Mm. vasti und als der M. cruralis.

Diese Resultate stimmen völlig mit denen überein, welche Strasser 1883, gestützt auf seine Untersuchungen an einem ankylosirten Ellbogen, in einer zu wenig beachteten Arbeit mitgetheilt hatte, und bilden eine Bestätigung der schon 1859 geäußerten Ansicht Cruveilhier's, dass der Grad der Muskelatrophie von dem Grad der vorhandenen Beweglichkeit abhängt.

So viel geht aus der Arbeit von S. hervor, dass die Inaktivität bei der Muskelatrophie nach Gelenkerkrankungen eine große, wenn nicht die Hauptrolle spielt, und dass es ungerechtfertigt wäre, sie so sehr in den Hintergrund zu drängen, wie es z. B. die Charcot'sche Schule thut. In wie fern reflektorische Einflüsse dabei gleichzeitig im Spiel sind, das muss erst noch untersucht werden. Es wäre theoretisch wohl denkbar, dass der von Vulpian, Paget, Charcot u. A. vermuthete trophoneurotische Reflex nur in denjenigen Muskeln zu Stande käme, welche in Folge der Gelenkerkrankung völlig unthätig geworden sind. Die Atrophie wäre in diesem Falle sowohl Reflex-, als Inaktivitätsatrophie. (D. Ref.)

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) J. Hennequin. Étude critique sur le traitement ambulatoire.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

Die ambulatorische Frakturbehandlung oder, wie sie der Autor lieber bezeichnen möchte, die Behandlung unter Gebrauch des Gliedes (>par l'activité<) hat in Frankreich bisher keinen Anklang finden können,

obwohl dies Land, wie der Autor klagt, »geneigt ist, auf jedes Geräusch von jenseits des Rheins mit so aufmerksamen und zuweilen so willigen Ohren zu lauschen, dass man versucht wird, an den König Midas zu denken.« Auch er selbst kommt zu dem Schluss, dass die Hoffnung, die Verletzten vor der Konsolidation eines Ober- oder Unterschenkelknochenbruches mit Nutzen zum Gehen zu bringen, für den Augenblick nur ein schöner Traum ist, dessen Verwirklichung, so sehr man sie wünschen möchte, vor der Hand noch nicht entgegen gesehen werden kann; — allerdings kommt er dazu nicht auf Grund eigener Erfahrungen oder Beobachtungen anderer Fälle, sondern lediglich auf dem Wege der Deduktionen. Gegenüber den enthusiastischen Lobeserhebungen der Verfechter dieser »modernen« Behandlungsweise kann man sich seine eigene Meinung sehr wohl vorbehalten und wird doch zugeben müssen, dass diese Kritik des Verf. von Voreingenommenheit nicht frei ist. Für ihn zerfallen die dem Verfahren nachgerühmten Vorzüge in Nichts, die Technik kann die wichtigsten Forderungen einer rationellen Frakturbehandlung nur unvollkommen oder in unzuverlässiger Weise erfüllen, sodaß die Gefahr des Misserfolges alle Vortheile ohne Weiteres aufwiegt. Allerdings stellt sich für ihn die Behandlung nur im Bilde eines mühsam einige Schritte im Saal oder Hof eines Hospitals Herumwankenden dar. Höchstens Unterschenkelquerbrüche bei Erwachsenen mit sitzender Beschäftigung mögen dieser Behandlung unterworfen werden können, bei Greisen, Kindern, der ungeheuren Mehrzahl der Frauen, sehr dicken, muskelstarken oder sehr schwächlichen Individuen ist sie kontraindicirt oder ohne jeden Nutzen.

H. Frank (Berlin).

12) Naz. De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque et en particulier de certaines formes frustes de cette affection.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

Die umfangreiche Arbeit stützt sich auf 40 Beobachtungen, von denen 8 aus der Klinik Delbet's stammen und Veranlassung zu der Dissertation gegeben haben. Der Ausdruck Sacrocoxalgie soll für die tuberkulösen Formen reservirt bleiben. Da der Bandapparat an dem Gelenk sehr stark ist, so kommt es, dass die tuberkulösen Granulationen sich zum Theil periartikulär ausbreiten, und dass nie sich Luxationen oder Subluxationen ausbilden. Die atypische Form ergreift nicht das ganze Gelenk, sondern nur einen bestimmten Theil, und ist begleitet von einer Hyperostosenbildung, welche Neigung zur Ankylosirung hat. Diese letztere Form weicht von dem typischen, bekannten klinischen Bild wesentlich ab. Ihre Symptome sind im Wesentlichen nur das Hüftweh und der Abscess. Diese Form wird von Delbet bezeichnet als Sacrocoxalgie fruste und sie überwiegt an Häufigkeit des Vorkommens die typische Form. Differentialdiagnostisch kommt besonders in Erwägung die Coxalgie und die Tuberkulose der Lendenwirbelsäule.

Was die Fälle von völliger Ankylose betrifft, so konnte S. nachweisen, dass für die Atrophie der in Frage kommenden Muskeln einzig und allein das Maß der Inaktivität, der sie anheimgefallen, in Frage kommt. Die ganz außer Thätigkeit gesetzten, nur das ankylosirte Gelenk überspringenden Muskeln fanden sich, in älteren Fällen wenigstens, völlig entartet, bisweilen durch Fett ersetzt. Die in ihrer Thätigkeit nur reducirten, außer dem versteiften noch ein bewegliches Gelenk bedienenden Muskeln dagegen fanden sich nur bis zu einem gewissen Grade atrophisch. Diese funktionelle Vertheilung der Atrophie mit im Voraus zu bestimmender Auslese unter den verschiedenen Muskeln einer Extremität lässt sich nach Verf. nur durch Inaktivität, nicht aber durch einen Reflexvorgang erklären.

Schwerer zu beurtheilen sind die Fälle von Gelenkentzündungen mit wenigstens passiv beweglichem Gelenk. Verf. findet, ohne aus der verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen weitergehende Schlüsse ziehen zu wollen, dass die Inaktivität auch hier eine ganz hervorragende Rolle spielt, und zwar nach demselben Gesetz, welches sich bei den Fällen von Ankylose als richtig erwiesen hat. Am auffallendsten zeigte sich dies bei Gonitis an den verschiedenen Köpfen des *M. quadriceps femoris*. Der am Becken inserirende *M. rectus* zeigte in allen Fällen weniger Atrophie, als die sich am Oberschenkel anheftenden *Mm. vasti* und als der *M. cruralis*.

Diese Resultate stimmen völlig mit denen überein, welche Strasser 1883, gestützt auf seine Untersuchungen an einem ankylosirten Ellbogen, in einer zu wenig beachteten Arbeit mitgetheilt hatte, und bilden eine Bestätigung der schon 1859 geäußerten Ansicht Cruveilhier's, dass der Grad der Muskelatrophie von dem Grad der vorhandenen Beweglichkeit abhängt.

So viel geht aus der Arbeit von S. hervor, dass die Inaktivität bei der Muskelatrophie nach Gelenkerkrankungen eine große, wenn nicht die Hauptrolle spielt, und dass es ungerechtfertigt wäre, sie so sehr in den Hintergrund zu drängen, wie es z. B. die Charcot'sche Schule thut. In wie fern reflektorische Einflüsse dabei gleichzeitig im Spiel sind, das muss erst noch untersucht werden. Es wäre theoretisch wohl denkbar, dass der von Vulpian, Paget, Charcot u. A. vermuthete trophoneurotische Reflex nur in denjenigen Muskeln zu Stande käme, welche in Folge der Gelenkerkrankung völlig unthätig geworden sind. Die Atrophie wäre in diesem Falle sowohl Reflex-, als Inaktivitätsatrophie. (D. Ref.)

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) J. Hennequin. Étude critique sur le traitement ambulatoire.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

Die ambulatorische Frakturbehandlung oder, wie sie der Autor lieber bezeichnen möchte, die Behandlung unter Gebrauch des Gliedes (>par l'activité<) hat in Frankreich bisher keinen Anklang finden können,

obwohl dies Land, wie der Autor klagt, »geneigt ist, auf jedes Geräusch von jenseits des Rheins mit so aufmerksamen und zuweilen so willigen Ohren zu lauschen, dass man versucht wird, an den König Midas zu denken.« Auch er selbst kommt zu dem Schluss, dass die Hoffnung, die Verletzten vor der Konsolidation eines Ober- oder Unterschenkelknochenbruches mit Nutzen zum Gehen zu bringen, für den Augenblick nur ein schöner Traum ist, dessen Verwirklichung, so sehr man sie wünschen möchte, vor der Hand noch nicht entgegen gesehen werden kann; — allerdings kommt er dazu nicht auf Grund eigener Erfahrungen oder Beobachtungen anderer Fälle, sondern lediglich auf dem Wege der Deduktionen. Gegenüber den enthusiastischen Lobeserhebungen der Verfechter dieser »modernen« Behandlungsweise kann man sich seine eigene Meinung sehr wohl vorbehalten und wird doch zugeben müssen, dass diese Kritik des Verf. von Voreingenommenheit nicht frei ist. Für ihn zerfallen die dem Verfahren nachgerühmten Vorzüge in Nichts, die Technik kann die wichtigsten Forderungen einer rationellen Frakturbehandlung nur unvollkommen oder in unzuverlässiger Weise erfüllen, sodaß die Gefahr des Misserfolges alle Vortheile ohne Weiteres aufwiegt. Allerdings stellt sich für ihn die Behandlung nur im Bilde eines mühsam einige Schritte im Saal oder Hof eines Hospitals Herumwankenden dar. Höchstens Unterschenkelquerbrüche bei Erwachsenen mit sitzender Beschäftigung mögen dieser Behandlung unterworfen werden können, bei Greisen, Kindern, der ungeheuren Mehrzahl der Frauen, sehr dicken, muskelstarken oder sehr schwächlichen Individuen ist sie kontraindicirt oder ohne jeden Nutzen.

H. Frank (Berlin).

12) **Naz.** De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque et en particulier de certaines formes frustes de cette affection.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

Die umfangreiche Arbeit stützt sich auf 40 Beobachtungen, von denen 8 aus der Klinik Delbet's stammen und Veranlassung zu der Dissertation gegeben haben. Der Ausdruck Sacrocoxalgie soll für die tuberkulösen Formen reservirt bleiben. Da der Bandapparat an dem Gelenk sehr stark ist, so kommt es, dass die tuberkulösen Granulationen sich zum Theil periartikulär ausbreiten, und dass nie sich Luxationen oder Subluxationen ausbilden. Die atypische Form ergreift nicht das ganze Gelenk, sondern nur einen bestimmten Theil, und ist begleitet von einer Hyperostosenbildung, welche Neigung zur Ankylosirung hat. Diese letztere Form weicht von dem typischen, bekannten klinischen Bild wesentlich ab. Ihre Symptome sind im Wesentlichen nur das Hüftweh und der Abscess. Diese Form wird von Delbet bezeichnet als Sacrocoxalgie fruste und sie überwiegt an Häufigkeit des Vorkommens die typische Form. Differentialdiagnostisch kommt besonders in Erwägung die Coxalgie und die Tuberkulose der Lendenwirbelsäule.

Bei den trockenen Formen der Erkrankung kommt die konservative Behandlung in Betracht, bestehend in horizontaler oder vertikaler (portativer) Extension. Bei Eiterung, Fistelbildung sind operative Eingriffe, wie Auskratzung, Spaltung etc., am Platze.

Man muss aber hierbei Alles forträumen, gegebenenfalls sogar sich durch eine Trepanation von dem Zustand der vorderen Gelenkfläche überzeugen. Kontraindicirt ist dies trotz des Rathschlages von Golding Bird bei den leichteren Formen der Erkrankung und bei Individuen mit schon vorgeschrittenen sonstigen tuberkulösen Erkrankungen. Die operativen Resultate würden noch bessere sein, wenn man sich nach dem Vorschlag Delbet's schon bei der bloßen Schwellung der Gelenkgegend zum Eingriff entschliesse.

Jodoformeinspritzungen haben bei den Abscessen dieser Erkrankung keinen Zweck, weil die Höhle Zwerchsackform hat, und so das Jodoform nicht an den eigentlichen Erkrankungsherd gelangt.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Tabelle von 38 aus der Literatur (es sind nur französische und einige englische Autoren berücksichtigt) zusammengetragenen einschlägigen, operativ behandelten Fällen.

Borchard (Posen).

13) A. Lorenz. Reposition de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde d'après la méthode d'Adolphe Lorenz, de Vienne.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 2.)

Der Artikel bringt die Replik, welche für die französischen Leser der Zeitschrift durch die Angriffe Paci's in derselben (s. Ref. No. 2) nothwendig geworden ist, für die deutschen Leser aber nichts Neues; der Inhalt stimmt auch zu den dem obigen Referat angefügten Ref.-Bemerkungen. Von Neuem betont L., dass seine Methode eine vollkommene Reposition darstellt, Paci nur eine Verbesserung der Stellung des Kopfes im Auge hat, und dass, wenn auch in beiden Verfahren die Flexion des Oberschenkels eine Rolle zu spielen hat, die letztere doch grundverschieden, die Ähnlichkeit eine ganz äußerliche ist. Sie dient Paci zur Herunterholung des Kopfes, welcher auf dem Wege der Cirkumduktion in eine bessere Stellung gelangt, ihm nur, um den Kopf, welcher durch Extension heruntergebracht ist, hinter den hinteren Rand der Gelenkpfanne zu führen, von wo aus er dann hineingebracht wird. Zur Konsolidation der neuen Stellung will Paci den Zug und Ruhe, L. die Muskelthätigkeit, welche den Kopf gewissermaßen selbstthätig durch Einschnürung festhält, und die Funktion.

H. Frank (Berlin).

14) M. W. af Schultén. En metod att genom en plastisk operation utfylla benhålor i femur.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXXVIII. p. 671.)

Die osteomyelitischen Erkrankungen des Schenkelbeins sind oft von sehr großen Zerstörungsprocessen gefolgt, bezw. Sequestern, Gra-

nulationsherden oder Abscessen im Knochenmark. Die nach den operativen Eingriffen zurückgebliebenen großen Höhlen heilen — wenn es überhaupt je gelingt — wie bekannt nur schwer und immer sehr langsam, selbst wenn eine sorgfältige Entfernung aller kranken Theile stattgefunden hat. Die radikale Beseitigung einer solchen Höhle bietet den Chirurgen oft die größten Schwierigkeiten dar. Die Zahl der dafür vorgeschlagenen Methoden ist eine große. Man hat zuerst versucht, durch Abmeißelung der Knochenkanten in möglichst weiter Ausdehnung eine muldenförmige Grube herzustellen und Haut-Muskel-Periostlappen in die Tiefe zu lagern. Ferner sind Methoden vorgeschlagen, um diese Höhlen unter feuchtem Blutschorf zur Füllung zu bringen. Weiter sind dekalcinirte Knochen, Celluloidplatten, Gipsbrei und Amalgam von hervorragenden Autoren empfohlen worden. Aber keine dieser Methoden hat die auf sie gesetzten Hoffnungen erfüllt. Verf., der vor Kurzem eine osteoplastische Methode, um Knochenhöhlen in der Tibia auszufüllen, ersonnen hat (cf. Referat in diesem Blatte 1897 p. 283), veröffentlicht a. a. O. eine Methode, Höhlen im Schenkelbein zu beseitigen.

Da die anatomischen Verhältnisse am Femur eine Mobilisirung der Knochenlamellen, wie sie Verf. am Schienbein mit so vorzüglichen Resultaten ausgeführt hat, verbieten, verfährt er am Schenkelbein in folgender Weise. Nachdem die Höhle in einer ersten Sitzung von Sequestern, krankhaften Granulationen etc. in üblicher Weise mit scharfen Löffeln vollständig ausgeräumt ist, und zwar in so weiter Ausdehnung, dass alles Krankhafte mit Gewissheit entfernt ist, wird die Wunde in der ganzen Ausdehnung sorgfältig austamponirt. Diese Tamponade wird etwa 3—4 Wochen fortgesetzt, bis dass die Wände überall mit frischen Granulationen austapeziert sind. Jetzt folgt in einer zweiten Sitzung die plastische Füllung derselben. Die Höhle wird zuerst von den Granulationen und dem neugebildeten Bindegewebe durch gründliches Auskratzen befreit. Nach exakter Blutstillung unter Lösung des vorher angelegten Esmarch'schen Schlauches wird sodann ein gestielter Muskel-Periostlappen von der Umgebung der Knochenhöhle ausgeschnitten. Wenn es, wie gewöhnlich, sich um eine Höhle am unteren Ende des Schenkels handelt, und zur Entfernung der krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung ein äußerer Längsschnitt gelegt ist, spaltet man mit einem transversalen Schnitt vom medialen Wundrand an der vorderen Seite des Schenkels und etwa handbreit oberhalb der Kniescheibe Haut und Unterhautbindegewebe. Nach Lospräpariren der so entstandenen rechtwinkligen Hautlappen kann man den Muskel-Periostlappen in beliebiger Größe ausschneiden, und dieser wird dann hinlänglich mobilisirt — während genügend breite Basis gelassen wird — und in die Knochenhöhle eingeklappt. Hier wird er eventuell, aber unter Vermeidung aller Spannung, mit einigen Katgutnähten fixirt. Ist die Größe des Lappens richtig berechnet, füllt er die Höhle vollständig aus. Die Hautwunden werden, eventuell nach Anfrischung der

Ränder der ersten Wunde, fast bis an die Winkel genäht. Verf. warnt ausdrücklich vor irgend einer vollständigen Schließung der Wunde. Die keineswegs aseptischen Verhältnisse, die eine solche Wunde darstellt, verbieten dies ohnehin von selbst.

Der Verband soll die Wunde in möglichst großer Ruhe lassen. Um diesen Zweck in noch höherem Grad als mit einem aseptischen Verband zu erreichen, legt Verf. über die Wunde zuerst einen Metalldrahtbogen — etwa wie ein Chloroformkorb — und dann den Verband. Die Verbandtheile kommen in dieser Weise nie mit der Wunde in direkte Berührung. Ist die Eiterung nicht groß, wird der erste Verband bis 14 Tage liegen gelassen.

Die Wunde heilt gewöhnlich binnen 1—2 Monaten. Sollte die Heilung noch längere Zeit in Anspruch nehmen, ist es wahrscheinlich, dass die krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung nicht vollständig entfernt worden sind.

Ist die Knochenhöhle sehr groß, lässt sie sich nicht mit einem Muskel-Periostlappen ausfüllen, so bildet Verf. einen oberen und einen unteren Lappen, bezw. mit proximalem und distalem Stiel, und zwar so, dass die Lappen von der vorderen resp. hinteren Seite des Schenkels genommen werden. In vereinzelter Fällen, besonders bei Höhlen im oberen Theil des Schenkelbeins, kann es vortheilhaft sein, den Lappen von vorn herein mit unterem Stiel zu schneiden, auch wenn er solitär ist.

Verf. hat diese Methode in etwa 20 Fällen benutzt. Die Resultate waren sehr befriedigend. Fälle, die vorher allen Behandlungsmethoden widerstanden und zu unschließbaren Fisteln geführt hatten, wurden im Laufe von 1—2 Monaten völlig und dauernd geheilt. Recidive haben sich nicht gezeigt, wenn nur in der ersten Sitzung gründliche Ausräumung gemacht war.

Verf. hat durch beigelegte schematisirende Zeichnungen sein Verfahren veranschaulicht. 13 ausführliche Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen schließen die Arbeit ab.

A. Hansson (Warberg).

15) E. Casati. Di una modificazione all' amputazione osteoplastica del ginocchio alla Gritti.

(Communicazione letta all' accademia delle scienze medicale e naturali di Ferrara il giorno 31 Maggio 1896.)

Die starke Verkürzung des Amputationsstumpfes bei der osteoplastischen Oberschenkelamputation nach Gritti versuchte Verf. zuerst durch eine Plastik der Quadricepssehne zu vermeiden; alle hier angestellten Versuche erwiesen sich ihm aber als praktisch unausführbar. Er schlägt deshalb eine andere Methode vor, die er selbst in 3 Fällen bereits mit gutem Erfolg angewendet hat. Nach Exartikulation des Unterschenkels in gewöhnlicher Weise sägt er eine kaum centimeterdicke Scheibe von der Gelenkfläche des Oberschenkels ab und zerlegt dann, ebenfalls mit der Säge, die Kniescheibe in frontaler

Richtung in 2 Scheiben, indem er an der Hinterfläche und am oberen Ende derselben beginnt und unten eine Weichtheilbrücke stehen lässt. Die so gespaltene Kniescheibe lässt sich dann wie ein Buch aus einander klappen und deren hintere Hälfte der mit dem Meißel entsprechend zugespitzten Sägefläche des Oberschenkels ohne Spannung auflegen. Auf diese Weise wird der Amputationsstumpf um die Höhe der Kniescheibe verlängert.

Sultan (Göttingen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung.

Von

Dr. E. Juvara,

Assistent der II. chirurgischen Klinik in Bukarest.

Der Barbier C. C., 40 Jahre alt, wohnhaft in Berlad, tritt in das Berlader Spital »Barlad si Elena Beldiman« (Direktor Dr. Cerchez) am 27. Juli 1896 wegen eines großen Tumors in der Kniekehle ein.

Im Alter von 16 Jahren hat Pat. einen Tripper ohne weitere Folgen überstanden, 2 Jahre später ein Ulcus molle mit rechtsseitiger Adenitis.

Im Frühling 1895 bekam er eine akute, fieberhafte Erkrankung; zu derselben Zeit schollen seine beiden Unterschenkel an und bedeckten sich mit zahlreichen eitrigen Geschwüren. Auf Anrathen eines Arztes machte Pat. eine Jodkur in einer Badestation durch, von wo er geheilt zurückkam; der rechte Unterschenkel aber blieb immer geschwollen; hier spürte er Schmerzen, Kribbeln, Beschwerden im Gehen und Stehen.

Im Winter desselben Jahres fiel Pat. auf dem Eise; Tags darauf tritt er ins Spital ein. Damals konnte man eine Schwellung der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels konstatiren. Die Haut war geröthet und geschwollen, und durch Palpation konnte man nur schwierig einen harten, pulsirenden Tumor fühlen; es wurde ein entzündetes Aneurysma diagnosticirt. Pat. wurde sofort in absolute Ruhe gebracht, der Unterschenkel in einer Rinne immobilisirt. Nach 8 Tagen ging das akute Stadium zurück, bald darauf verließ Pat. das Spital. Mit der Zeit wurde sein Gang aber schwieriger, die Schmerzen kontinuierlich, und manchmal waren dieselben so unerträglich, dass sie nur durch Morphininjektionen gestillt werden konnten.

In diesem Zustand tritt Pat. neuerdings ins Berlader Spital ein, wo ich ihn gelegentlich meines dortigen Aufenthaltes zu sehen bekam. Er ist sehr kräftig gebaut, mit einem sehr gut entwickelten Knochen- und Muskelsystem. Die rechte Wade hat einen Umfang von 65 cm, beinahe 20 cm mehr als die linke. Am unteren Theile der Kniekehle, unter der Biegungsfalte, beginnt eine eirundliche Erhebung, die am mittleren Drittheil des Unterschenkels aufhört. Die Haut, von normalem Aussehen, ist über dem Tumor gespannt, aber verschieblich. Mittels Palpation lässt sich ein fixer Tumor von der Größe eines Kindskopfes feststellen. Das obere Ende lässt sich leicht begrenzen, während unten innen und außen die Begrenzung wegen der Bedeckung durch Muskelschichten nicht leicht ist. Nach außen scheint er mit der Fibula enge Verbindungen zu haben. Der Tumor zeigt isochrone Bewegungen mit den Pulsationen der Arterien, welche Bewegungen mehr mitgetheilt, als der Ausdruck wirklicher Erweiterung zu sein scheinen. Auskultation ergibt kein Geräusch. Der leicht zu fühlende Puls an der Art. femoralis und der Art. poplitea, oberhalb des Tumors, ist absolut unfühlbar in der Art. tibialis ant., der Pedialis und der Tibialis post. Das Kniegelenk ist frei und

Ränder der ersten Wunde, fast bis an die Winkel genäht. Verf. warnt ausdrücklich vor irgend einer vollständigen Schließung der Wunde. Die keineswegs aseptischen Verhältnisse, die eine solche Wunde darstellt, verbieten dies ohnehin von selbst.

Der Verband soll die Wunde in möglichst großer Ruhe lassen. Um diesen Zweck in noch höherem Grad als mit einem aseptischen Verband zu erreichen, legt Verf. über die Wunde zuerst einen Metalldrahtbogen — etwa wie ein Chloroformkorb — und dann den Verband. Die Verbandtheile kommen in dieser Weise nie mit der Wunde in direkte Berührung. Ist die Eiterung nicht groß, wird der erste Verband bis 14 Tage liegen gelassen.

Die Wunde heilt gewöhnlich binnen 1—2 Monaten. Sollte die Heilung noch längere Zeit in Anspruch nehmen, ist es wahrscheinlich, dass die krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung nicht vollständig entfernt worden sind.

Ist die Knochenhöhle sehr groß, lässt sie sich nicht mit einem Muskel-Periostlappen ausfüllen, so bildet Verf. einen oberen und einen unteren Lappen, bezw. mit proximalem und distalem Stiel, und zwar so, dass die Lappen von der vorderen resp. hinteren Seite des Schenkels genommen werden. In vereinzelt Fällen, besonders bei Höhlen im oberen Theil des Schenkelbeins, kann es vortheilhaft sein, den Lappen von vorn herein mit unterem Stiel zu schneiden, auch wenn er solitär ist.

Verf. hat diese Methode in etwa 20 Fällen benutzt. Die Resultate waren sehr befriedigend. Fälle, die vorher allen Behandlungsmethoden widerstanden und zu unschließbaren Fisteln geführt hatten, wurden im Laufe von 1—2 Monaten völlig und dauernd geheilt. Recidive haben sich nicht gezeigt, wenn nur in der ersten Sitzung gründliche Ausräumung gemacht war.

Verf. hat durch beigelegte schematisirende Zeichnungen sein Verfahren veranschaulicht. 13 ausführliche Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen schließen die Arbeit ab.

A. Haussan (Warberg).

15) E. Casati. Di una modificazione all' amputazione osteoplastica del ginocchio alla Gritti.

(Communicazione letta all' accademia delle scienze medicale e naturali di Ferrara il giorno 31 Maggio 1896.)

Die starke Verkürzung des Amputationsstumpfes bei der osteoplastischen Oberschenkelamputation nach Gritti versuchte Verf. zuerst durch eine Plastik der Quadricepssehne zu vermeiden; alle hier angestellten Versuche erwiesen sich ihm aber als praktisch unausführbar. Er schlägt deshalb eine andere Methode vor, die er selbst in 3 Fällen bereits mit gutem Erfolg angewendet hat. Nach Exartikulation des Unterschenkels in gewöhnlicher Weise sägt er eine kaum centimeterdicke Scheibe von der Gelenkfläche des Oberschenkels ab und zerlegt dann, ebenfalls mit der Säge, die Kniescheibe in frontaler

Richtung in 2 Scheiben, indem er an der Hinterfläche und am oberen Ende derselben beginnt und unten eine Weichtheilbrücke stehen lässt. Die so gespaltene Kniescheibe lässt sich dann wie ein Buch aus einander klappen und deren hintere Hälfte der mit dem Meißel entsprechend zugespitzten Sägefläche des Oberschenkels ohne Spannung auflegen. Auf diese Weise wird der Amputationsstumpf um die Höhe der Kniescheibe verlängert. Sultan (Göttingen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung.

Von

Dr. E. Juvara,

Assistent der II. chirurgischen Klinik in Bukarest.

Der Barbier C. C., 40 Jahre alt, wohnhaft in Berlad, tritt in das Berlader Spital »Barlad si Elena Beldiman« (Direktor Dr. Cerechez) am 27. Juli 1896 wegen eines großen Tumors in der Kniekehle ein.

Im Alter von 16 Jahren hat Pat. einen Tripper ohne weitere Folgen überstanden, 2 Jahre später ein Ulcus molle mit rechtsseitiger Adenitis.

Im Frühling 1895 bekam er eine akute, fieberhafte Erkrankung; zu derselben Zeit schwellen seine beiden Unterschenkel an und bedeckten sich mit zahlreichen eitrigen Geschwüren. Auf Anrathen eines Arztes machte Pat. eine Jodkur in einer Badestation durch, von wo er geheilt zurückkam; der rechte Unterschenkel aber blieb immer geschwollen; hier spürte er Schmerzen, Kribbeln, Beschwerden im Gehen und Stehen.

Im Winter desselben Jahres fiel Pat. auf dem Eise; Tags darauf tritt er ins Spital ein. Damals konnte man eine Schwellung der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels konstatiren. Die Haut war geröthet und geschwollen, und durch Palpation konnte man nur schwierig einen harten, pulsirenden Tumor fühlen; es wurde ein entzündetes Aneurysma diagnosticirt. Pat. wurde sofort in absolute Ruhe gebracht, der Unterschenkel in einer Rinne immobilisirt. Nach 8 Tagen ging das akute Stadium zurück, bald darauf verließ Pat. das Spital. Mit der Zeit wurde sein Gang aber schwieriger, die Schmerzen kontinuierlich, und manchmal waren dieselben so unerträglich, dass sie nur durch Morphininjektionen gestillt werden konnten.

In diesem Zustand tritt Pat. neuerdings ins Berlader Spital ein, wo ich ihn gelegentlich meines dortigen Aufenthaltes zu sehen bekam. Er ist sehr kräftig gebaut, mit einem sehr gut entwickelten Knochen- und Muskelsystem. Die rechte Wade hat einen Umfang von 65 cm, beinahe 20 cm mehr als die linke. Am unteren Theile der Kniekehle, unter der Biegungsfalte, beginnt eine eirundliche Erhebung, die am mittleren Dritttheil des Unterschenkels aufhört. Die Haut, von normalem Aussehen, ist über dem Tumor gespannt, aber verschieblich. Mittels Palpation lässt sich ein fixer Tumor von der Größe eines Kindskopfes feststellen. Das obere Ende lässt sich leicht begrenzen, während unten innen und außen die Begrenzung wegen der Bedeckung durch Muskelschichten nicht leicht ist. Nach außen scheint er mit der Fibula enge Verbindungen zu haben. Der Tumor zeigt isochrone Bewegungen mit den Pulsationen der Arterien, welche Bewegungen mehr mitgetheilt, als der Ausdruck wirklicher Erweiterung zu sein scheinen. Auskultation ergiebt kein Geräusch. Der leicht zu fühlende Puls an der Art. femoralis und der Art. poplitea, oberhalb des Tumors, ist absolut unfühlbar in der Art. tibialis ant., der Pediacca und der Tibialis post. Das Kniegelenk ist frei und

die Bewegungen normal. An der vorderen Fläche des Unterschenkels nichts Abnormes.

Alle Arterien sind weich, leicht zu komprimiren, nicht atheromatös. Das Herz normal.

Pat. klagt über anhaltende, durch Druck gesteigerte, manchmal starke Schmerzen, die bis in den Fuß irradiiren; manchmal fühlt er Kribbeln und Erstarrung des Unterschenkels.

Mit Rücksicht auf diesen klinischen Symptomenkomplex stellte ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Aneurysma des Truncus tibio-fibularis, vielleicht auch des unteren Endes der Art. poplitea oder einer der hinteren Arterien des Unterschenkels (Tibialis post. oder Fibularis).

Die Operation: Chloroformanästhesie. Die Esmarch'sche Binde, über das Kniegelenk gebunden, wurde leicht über den Sack geschnúrt, damit nicht durch eine Bewegung ein Coagulum in die Cirkulation geschleudert werde. — Auf der hinteren Fläche des Unterschenkels wird ein Schnitt von der Mitte der Kniekehle bis eine Hand breit über der Ferse gemacht. Der Schnitt trennt die Aponeurosis und die Zwillingsmuskeln; die V. saphena ext. wird zur Seite gezogen. Unter den beiden Zwillingsmuskeln findet man den Soleus, dessen hinterer, sehr gedehnter und verdünnter Bogen wie eine Schärpe die hintere Fläche des Tumors umgiebt, so dass der letztere in 2 Hälften getheilt wird: einen oberen Theil, in der unteren Hälfte der Kniekehle gelegen, und einen unteren Theil unter dem Soleus. Mittels Pincette und Hohlsonde wird die hintere Fläche des Aneurysmas von der vorderen Fläche des Soleus isolirt, letzterer unter Leitung des Zeigefingers in der ganzen Länge gespalten. Der Soleus, sehr gedehnt, ist degenerirt; man findet in ihm blasse Muskelfasern mit Fettfascikeln vermenget.

Der in seiner ganzen Größe entblöste Tumor ist eiförmig, mit der Spitze nach unten; seine Wände sind zumal am unteren Theile sehr dünn. — Sein oberer Stiel wird mittels einer Pincette gefasst. Er ist vom Ende der Art. und V. poplitea gebildet, welche letztere sich in der inneren Wand des Sackes verliert. Der N. tibialis post., auf der inneren Fläche des Sackes verlaufend, liegt in einer Rinne der Wand. Seine Loslösung ist der schwierigste Theil der Operation, sie war aber eine vollständige, kein einziger seiner Zweige wurde zerrissen.

Die Isolirung des Sackes nach innen gelingt rasch, während sie nach außen sehr schwierig ist, da der Sack am Kopf und an der Diaphyse der Fibula anhaftete.

Während dieser Isolirung zerriss der Sack, und so wurde es möglich, ihn von seinem Inhalt zu entleeren und seine Wände vollständig zu isoliren.

Das obere Ende wird unterhalb der Zange abgeschnitten, der Sack nach vorn gezogen und seine vordere Wand bis in den Zwischenknochenraum präparirt; inzwischen wurde die Art. tibialis ant. und der Ursprung der Art. tibialis post. und fibularis mit einer Zange gefasst und unterbunden. Die beiden Lappen des Soleus werden zusammengenäht, dann die Zwillingsmuskeln und endlich die Aponeurosis und die Haut. Drainage wird weggelassen, ein antiseptischer Kompressionsverband angelegt und die Extremität in einer Rinne immobilisirt.

Die Heilung verlief einfach. Bloß einige Seidenfäden eiterten und mussten herausgenommen werden, oder stießen sich von selbst aus. Pat. fiebert nicht, beklagt sich nicht über Schmerzen, spürt manchmal Kribbeln. Die Extremität ist warm, empfindlich, die Haut hat ein normales Aussehen. Nach 7 Tagen werden die oberflächlichen Fäden herausgezogen. Eine eitrige Serosität entquillt dem oberen Ende der Wunde, welche sofort drainirt wird. Nach einigen Tagen hört die Sekretion gänzlich auf, die Wunde ist total rein und beginnt schnell zu granuliren. 1 Monat nach der Operation, am 28. August, verlässt Pat. das Spital.

8 Monate nach der Operation sah ich den Pat. völlig geheilt wieder.

Dieser Fall ist von 2 Gesichtspunkten interessant: 1) wegen der Seltenheit der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis, 2) wegen der Art der Behandlung der Exstirpation.

Die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis sind sehr selten. Delbet giebt in seiner Statistik von 1875—1887 nur einen einzigen Fall an, den von Tillaux. Vigueu beschreibt unter 36 spontanen Aneurysmen des Unterschenkels nur 3 des Truncus tibio-fibularis.

In meinem Falle fängt der Aneurysmasack am unteren Ende der Art. poplitea unter dem Ursprung der unteren Kollateralen an; von demselben stammen: oben die Art. poplitea, vorn die Tibialis ant. und unten, durch einen gemeinsamen Stamm, die Art. tibialis post. und fibularis.

Von allen Behandlungsmethoden der Aneurysmen ist die Exstirpation des Sackes, nach Unterbindung der Ursprungsarterien, die bewährteste. Darüber giebt es keinen Zweifel; mein früherer Chef Delbet hat mittels 2 sehr vollständiger Statistiken die Superiorität der Exstirpation demonstrirt. In der 1. Statistik hat er alle Fälle von 1875 bis 1887 gesammelt und fand auf 320 für verschiedene Aneurysmen angewandte Ligaturen 18,90% Todesfälle, während 63 in derselben Zeit ausgeübte Exstirpationen nur 11,32% Todesfälle ergaben. In der 2. Statistik sammelt er die Fälle von den Jahren 1887 bis 1894 und findet 10 Todesfälle auf 189 Ligaturen. Die Zahl der Exstirpationen war in starker Proportion gestiegen; denn in 7 Jahren übte man 76 Exstirpationen aus, d. h. 13 mehr als in den ersten 12 Jahren. Diese 76 Exstirpationen geben nur einen einzigen Todesfall.

Sonach ergab sich, dass die Exstirpation die beste, sicherste und wenigst gefährliche Methode ist, die weniger zur Gangrän disponirt und vollkommene und dauerhafte Resultate erzielt. Die Ligatur dagegen giebt sehr oft nur eine temporäre Heilung; denn das Aneurysma kann recidiviren, oder die Schmerzen bestehen fort.

Was die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis betrifft, welche an diesem anfangen oder sich von der Art. poplitea oder Tibialis post. verbreiten, so weiß Delbet nicht, wie sie zu behandeln sind; er meint, welche Methode immer angewendet werde, könne man nicht verhindern, dass Gangrän eintrete, bedingt durch die Behinderung der Cirkulation.

In meinem Falle ist die Exstirpation des Sackes von keinem einzigen Symptom der ungenügenden Cirkulation begleitet, die Extremität keinen Moment von Gangrän bedroht gewesen.

Der Kollateralweg, durch welchen sich die Cirkulation herstellte, ist wahrscheinlich durch die Zirkel der Periartikularen und durch die Art. recurrens tibialis und tibialis ant. repräsentirt.

Obwohl im vorliegenden Falle, in welchem Exstirpation versucht wurde, das erhaltene Resultat ein ganz ausgezeichnetes war, genügt es doch nicht, das letzte Wort über die Behandlung der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis zu sprechen. Ich glaube aber, dass auch hier die Exstirpation die beste Methode ist, besonders für große, mit Gerinnseln angefüllte Aneurysmen, in deren Umgebung ein genügender Collateralkreislauf bestehen muss, um die Cirkulation des Unterschenkels wieder herzustellen.

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

85. Sitzung Montag, den 8. Februar 1897, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Wolff.

1) Herr David: Zur Frage des Verhaltens austrepanirter und wieder eingeeheilter Schädelstücke.

Zur Ergänzung der von ihm bereits im Archiv für klin. Chirurgie gegen die von A. Barth vertretene Ansicht, dass losgelöste und dann wieder replantirte Knochenstücke ausnahmslos dem Tode verfallen, geltend gemachten Bedenken, führt D. noch einige Momente an, durch deren Nichtbeachtung Barth zu seinen Trugschlüssen gelangt ist.

In einer systematisch durchgeführten Untersuchungsreihe hatte D. die histologischen Vorgänge bei Einheilung replantirter Knochenfragmente beobachtet und war auf Grund dieser Untersuchungen, im Gegensatz zu Barth, zu dem Resultat

gekommen, dass derartige Knochenstücke bei glattem Wundverlauf vorübergehend in ihrer Vitalität herabgesetzt werden, dieselbe aber nach einiger Zeit wieder voll erhalten und dann makro- und mikroskopisch sich in keiner Weise von anderem normalen Knochen unterscheiden. — Bei allen Replantationen, mag man dieselben am Knochen oder an einem anderen Gewebe vornehmen, werden neue physiologische und histologische Verhältnisse gesetzt, da das replantierte Stück vorübergehend aus dem Kreislauf ausgeschlossen ist. Es wird aber nach einiger Zeit wieder eingeschaltet, neu vaskularisirt und damit in seiner Integrität erhalten. Nur der Unterschied besteht zwischen dem Knochen- und allen anderen Geweben, dass dasselbe sehr viel schwieriger neu zu vaskularisiren ist, und dass daher bis zu seiner Restitutio ad integrum längere Zeit vergeht, während welcher der Knochen theil gewissermaßen eine Vita minima zeigt. Diese findet ihren Ausdruck in der Herabsetzung der Tinktionsfähigkeit der Knochenzellen; jedoch ist die Färbbarkeit stets nur herabgesetzt, nie aufgehoben, und die Zellen wie die Kerne sind, wenn auch häufig erst mit starken Vergrößerungen wahrnehmbar, immer erhalten. Proportional der aufsteigenden Untersuchungsreihe wird die Färbbarkeit wieder bis zur Norm erhöht.

Barth war zu seiner Auffassung durch diese tinktoriellen Differenzen gekommen, die ihm bei Außerachtlassung der physiologischen Verhältnisse eine Nekrotisirung des Knochenfragments vorgetäuscht hatten, während sie ausschließlich im Sinne der oben ausgeführten Thatsachen zu deuten sind.

Diskussion: Herr Rawitz bemerkt, dass die Irrthümer, zu denen Herr Barth bei seinen Untersuchungen gelangte, und die ihn zu Ansichten führten, welche von denen aller übrigen Autoren sehr bedeutend abweichen, im Wesentlichen auf die fehlerhafte Technik geschoben werden müssen. Müller'sche Flüssigkeit, so wie Flemming's Chromosmiumeisessiggemisch, so werthvoll und vorzüglich besonders das letztere Reagens bei Fixirung von weichen Gebilden ist, sind bei der mikroskopischen Bearbeitung des Knochengewebes schlechterdings unbrauchbar. Herrn Barth's mikroskopische Präparate, die R. zu untersuchen Gelegenheit hatte, beweisen keineswegs die von Herrn Barth ausgesprochenen Ansichten, können vielmehr mit größerem Recht im Sinne des Vortr. verwandt werden.

2) Herr J. Wolff: Über die Operation der doppelten durchgehenden Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück.

Die Rücklagerung des Zwischenkiefers nach Incision des Vomer in den Fällen von doppelter durchgehender Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück hat immer nur für die erste Zeit, keineswegs aber für die Dauer befriedigende Resultate ergeben. Untersuchte man die operirten Fälle nach einer Reihe von Jahren, so fand man den Zwischenkiefer ganz verkümmert, wacklig und in einem für das Essen unbrauchbaren Zustande. Jedes Mal stand zugleich die Oberlippe in sehr hässlich entstellender Weise weit gegen die Unterlippe zurück.

Der Grund hierfür lag nicht in der Werthlosigkeit des Zwischenkiefers an sich, sondern in der durch die Incision des Vomer beeinträchtigten Ernährung des ohnehin schon in nur geringem Zusammenhang mit dem Mutterboden stehenden Zwischenkiefers.

Hiernach ist es nothwendig, wie dies bereits G. Simon vorgeschlagen hat, den prominirenden Bürzel unverletzt zu lassen; und die Lippe unter allen Umständen über dem Bürzel zu vereinigen.

W. stellt einen 7jährigen Knaben vor, bei welchem er, als Pat. 3 Tage alt war, mittels seiner Methode der Lippensaumverziehung und Zickzacknaht zuerst die rechte Seite der Spalte über dem an der Nasenspitze sitzenden Mittelstück geschlossen hat. Der Zwischenkiefer stellte sich, da seine rechte Seite durch die vereinigte Lippe zurückgedrängt wurde, schräg. 4 Wochen später wurde in gleicher Weise die linke Seite der Spalte operirt. Jetzt stellte sich alsbald der Zwischenkiefer, da er nunmehr rechts und links in gleicher Weise zurückgedrängt wurde, wieder gerade. Als das Kind 9 Monate alt war, schloss W. die Gaumenspalte.

Gegenwärtig zeigt sich der Zwischenkiefer mächtig entwickelt, 2 cm breit, eben so weit herabragend wie die Seitentheile des Alveolarfortsatzes. Er liegt vor den vereinigten Seitentheilen, und ist mit ihnen nicht knöchern, aber doch so fest verwachsen, dass es nur durch kraftvolles Rücken mittels der Finger möglich ist, ihn um ein ganz Geringes seitlich zu verschieben. Er ist zum Abbeißen von Speisestücken vollkommen gut brauchbar.

Das Gesichtsprofil des Knaben ist normal. Der Zahnbogen des Oberkiefers prominirt wie im normalen Zustande ein wenig vor demjenigen des Unterkiefers.

Ein kurzes Septum cutaneum der Nase, von dem ursprünglich keine Spur vorhanden gewesen war, hat sich gebildet.

Die Lippe hat eine schöne Länge, einen normal geformten Lippensaum; ihre beiden Hälften sind symmetrisch. Nur ist die Lippe, da die Operation in 2 Absätzen gemacht wurde, und da außerdem vor Kurzem noch 2 verschönernde Nachoperationen zur besseren Formirung der Nasenflügel vorgenommen worden sind, bis jetzt noch ziemlich stark narbig.

Die Nasenflügel selbst und die Wangen sind frei von Narben; die Nasenflügel normal geformt.

Die Gaumenspalte ist durch die im 10. Lebensmonat vorgenommene Gaumennaht in vollkommener Weise geschlossen; nicht das kleinste Fistelchen ist geblieben; auch die Uvula ist vereinigt und wohlgebildet.

Das Schlingen und das Athmen geschehen in durchaus normaler Weise.

Die Sprache ist in Folge der frühzeitigen Operation der Gaumenspalte, ohne dass der Knabe jemals besonderen Sprachunterricht erhalten hätte, in verhältnismäßig befriedigender Weise hergestellt. Der Knabe besucht die Schule und wird vom Lehrer und den Mitschülern gut verstanden. Nur die Zischlaute spricht er noch mangelhaft aus.

Der vorgestellte Fall dient mithin nicht nur zur Empfehlung der Lippenvereinigung über dem unverletzten Bürzel, sondern auch zugleich zur weiteren Empfehlung der frühzeitigen Gaumennaht.

Unter 233 bisher von W. operirten Fällen von angeborener Gaumenspalte betrafen 131 Kinder bis zu 6 Jahren.

Diskussion: Herr König hält das Verfahren des Votr. bezüglich der Lippe für zu umständlich. Er hat viele Hasenscharten mit prominirendem Bürzel nach v. Bardeleben operirt. Dabei war der Erfolg eben so gut, wie in dem vorgestellten Falle. Die Lippe war nach 14 Tagen geheilt, ohne dass so viele Nachoperationen erforderlich, und ohne dass so starke Narben, wie hier, vorhanden waren. Er erhebt ferner Einspruch dagegen, die Gaumennaht bei Kindern von 4 Jahren und darüber noch als frühzeitige Operation zu bezeichnen, da sie in diesem Alter von den meisten Chirurgen ausgeführt wird.

Herr Wolff würde, wenn Fälle gezeigt werden könnten, in denen noch nach Ablauf einer Reihe von Jahren der nach v. Bardeleben operirte Zwischenkiefer eben so gute Verhältnisse darbierte, wie in dem vorgestellten Falle, aber auch nur dann, seine Ansicht ändern. Solche Fälle existiren indess in der gesamten Litteratur nicht. Gegenüber den guten Ernährungs-, Funktions- und kosmetischen Verhältnissen des Zwischenkiefers bei seinem Verfahren komme es wenig in Betracht, wenn die Lippe ein wenig mehr als gewöhnlich narbig ausfällt.

Die Ausführung der Gaumennaht halten nach v. Langenbeck einzelne Chirurgen auch jetzt noch erst bei 7 Jahr alten Individuen für rathsam; im Sinne dieser Chirurgen ist also die Operation auch bei 6jährigen Kindern noch eine frühzeitige. Unter W.'s 131 so bezeichneten Operationen betreffen übrigens nur 28 Kinder von 4 bis 6 Jahren. In 47 Fällen handelte es sich um Kinder im 1. Lebensjahr, in 56 Fällen um solche von 1 bis 3 Jahren.

Herr Sonnenburg bemerkt, dass es ihm in 1 Falle gelungen ist, eine knöcherne Einheilung des Zwischenkiefers zu erzielen. Er weist zugleich auf die hohe Mortalitätsziffer der an doppelter Hasenscharte operirten Kinder hin.

gekommen, dass derartige Knochenstücke bei glattem Wundverlauf vorübergehend in ihrer Vitalität herabgesetzt werden, dieselbe aber nach einiger Zeit wieder voll erhalten und dann makro- und mikroskopisch sich in keiner Weise von anderem normalen Knochen unterscheiden. — Bei allen Replantationen, mag man dieselben am Knochen oder an einem anderen Gewebe vornehmen, werden neue physiologische und histologische Verhältnisse gesetzt, da das replantierte Stück vorübergehend aus dem Kreislauf ausgeschlossen ist. Es wird aber nach einiger Zeit wieder eingeschaltet, neu vaskularisirt und damit in seiner Integrität erhalten. Nur der Unterschied besteht zwischen dem Knochen- und allen anderen Geweben, dass dasselbe sehr viel schwieriger neu zu vaskularisiren ist, und dass daher bis zu seiner Restitutio ad integrum längere Zeit vergeht, während welcher der Knochen theil gewissermaßen eine Vita minima zeigt. Diese findet ihren Ausdruck in der Herabsetzung der Tinktionsfähigkeit der Knochenzellen; jedoch ist die Färbbarkeit stets nur herabgesetzt, nie aufgehoben, und die Zellen wie die Kerne sind, wenn auch häufig erst mit starken Vergrößerungen wahrnehmbar, immer erhalten. Proportional der aufsteigenden Untersuchungsreihe wird die Färbbarkeit wieder bis zur Norm erhöht.

Barth war zu seiner Auffassung durch diese tinktoriellen Differenzen gekommen, die ihm bei Außerachtlassung der physiologischen Verhältnisse eine Nekrotisirung des Knochenfragments vorgetäuscht hatten, während sie ausschließlich im Sinne der oben ausgeführten Thatsachen zu deuten sind.

Diskussion: Herr Rawitz bemerkt, dass die Irrthümer, zu denen Herr Barth bei seinen Untersuchungen gelangte, und die ihn zu Ansichten führten, welche von denen aller übrigen Autoren sehr bedeutend abweichen, im Wesentlichen auf die fehlerhafte Technik geschoben werden müssen. Müller'sche Flüssigkeit, so wie Flemming's Chromosmiumeisessiggemisch, so werthvoll und vorzüglich besonders das letztere Reagens bei Fixirung von weichen Gebilden ist, sind bei der mikroskopischen Bearbeitung des Knochengewebes schlechterdings unbrauchbar. Herrn Barth's mikroskopische Präparate, die R. zu untersuchen Gelegenheit hatte, beweisen keineswegs die von Herrn Barth ausgesprochenen Ansichten, können vielmehr mit größerem Recht im Sinne des Vortr. verwandt werden.

2) Herr J. Wolff: Über die Operation der doppelten durchgehenden Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück.

Die Rücklagerung des Zwischenkiefers nach Incision des Vomer in den Fällen von doppelter durchgehender Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück hat immer nur für die erste Zeit, keineswegs aber für die Dauer befriedigende Resultate ergeben. Untersuchte man die operirten Fälle nach einer Reihe von Jahren, so fand man den Zwischenkiefer ganz verkümmert, wacklig und in einem für das Essen unbrauchbaren Zustande. Jedes Mal stand zugleich die Oberlippe in sehr hässlich entstellender Weise weit gegen die Unterlippe zurück.

Der Grund hierfür lag nicht in der Werthlosigkeit des Zwischenkiefers an sich, sondern in der durch die Incision des Vomer beeinträchtigten Ernährung des ohnehin schon in nur geringem Zusammenhang mit dem Mutterboden stehenden Zwischenkiefers.

Hiernach ist es nothwendig, wie dies bereits G. Simon vorgeschlagen hat, den prominirenden Bürzel unverletzt zu lassen; und die Lippe unter allen Umständen über dem Bürzel zu vereinigen.

W. stellt einen 7jährigen Knaben vor, bei welchem er, als Pat. 3 Tage alt war, mittels seiner Methode der Lippensaumverziehung und Zickzacknaht zuerst die rechte Seite der Spalte über dem an der Nasenspitze sitzenden Mittelstück geschlossen hat. Der Zwischenkiefer stellte sich, da seine rechte Seite durch die vereinigte Lippe zurückgedrängt wurde, schräg. 4 Wochen später wurde in gleicher Weise die linke Seite der Spalte operirt. Jetzt stellte sich alsbald der Zwischenkiefer, da er nunmehr rechts und links in gleicher Weise zurückgedrängt wurde, wieder gerade. Als das Kind 9 Monate alt war, schloss W. die Gaumenspalte.

Gegenwärtig zeigt sich der Zwischenkiefer mächtig entwickelt, 2 cm breit, eben so weit herabragend wie die Seitentheile des Alveolarfortsatzes. Er liegt vor den vereinigten Seitentheilen, und ist mit ihnen nicht knöchern, aber doch so fest verwachsen, dass es nur durch kraftvolles Rücken mittels der Finger möglich ist, ihn um ein ganz Geringes seitlich zu verschieben. Er ist zum Abbeißen von Speisstücken vollkommen gut brauchbar.

Das Gesichtspröfil des Knaben ist normal. Der Zahnbogen des Oberkiefers prominirt wie im normalen Zustande ein wenig vor demjenigen des Unterkiefers.

Ein kurzes Septum cutaneum der Nase, von dem ursprünglich keine Spur vorhanden gewesen war, hat sich gebildet.

Die Lippe hat eine schöne Länge, einen normal geformten Lippensaum; ihre beiden Hälften sind symmetrisch. Nur ist die Lippe, da die Operation in 2 Absätzen gemacht wurde, und da außerdem vor Kurzem noch 2 verschönernde Nachoperationen zur besseren Formirung der Nasenflügel vorgenommen worden sind, bis jetzt noch ziemlich stark narbig.

Die Nasenflügel selbst und die Wangen sind frei von Narben; die Nasenflügel normal geformt.

Die Gaumenspalte ist durch die im 10. Lebensmonat vorgenommene Gaumennaht in vollkommener Weise geschlossen; nicht das kleinste Fistelchen ist geblieben; auch die Uvula ist vereinigt und wohlgebildet.

Das Schlingen und das Athmen geschehen in durchaus normaler Weise.

Die Sprache ist in Folge der frühzeitigen Operation der Gaumenspalte, ohne dass der Knabe jemals besonderen Sprachunterricht erhalten hätte, in verhältnismäßig befriedigender Weise hergestellt. Der Knabe besucht die Schule und wird vom Lehrer und den Mitschülern gut verstanden. Nur die Zischlaute spricht er noch mangelhaft aus.

Der vorgestellte Fall dient mithin nicht nur zur Empfehlung der Lippenvereinigung über dem unverletzten Bűrzel, sondern auch zugleich zur weiteren Empfehlung der frühzeitigen Gaumennaht.

Unter 233 bisher von W. operirten Fällen von angeborener Gaumenspalte bestrafen 131 Kinder bis zu 6 Jahren.

Diskussion: Herr König hält das Verfahren des Votr. bezüglich der Lippe für zu umständlich. Er hat viele Hasenscharten mit prominirendem Bűrzel nach v. Bardeleben operirt. Dabei war der Erfolg eben so gut, wie in dem vorgestellten Falle. Die Lippe war nach 14 Tagen geheilt, ohne dass so viele Nachoperationen erforderlich, und ohne dass so starke Narben, wie hier, vorhanden waren. Er erhebt ferner Einspruch dagegen, die Gaumennaht bei Kindern von 4 Jahren und darüber noch als frühzeitige Operation zu bezeichnen, da sie in diesem Alter von den meisten Chirurgen ausgeführt wird.

Herr Wolff würde, wenn Fälle gezeigt werden könnten, in denen noch nach Ablauf einer Reihe von Jahren der nach v. Bardeleben operirte Zwischenkiefer eben so gute Verhältnisse darbiete, wie in dem vorgestellten Falle, aber auch nur dann, seine Ansicht ändern. Solche Fälle existiren indess in der gesammten Litteratur nicht. Gegenüber den guten Ernährungs-, Funktions- und kosmetischen Verhältnissen des Zwischenkiefers bei seinem Verfahren komme es wenig in Betracht, wenn die Lippe ein wenig mehr als gewöhnlich narbig ausfällt.

Die Ausführung der Gaumennaht halten nach v. Langenbeck einzelne Chirurgen auch jetzt noch erst bei 7 Jahr alten Individuen für rathsam; im Sinne dieser Chirurgen ist also die Operation auch bei 6jährigen Kindern noch eine frühzeitige. Unter W.'s 131 so bezeichneten Operationen betreffen übrigens nur 28 Kinder von 4 bis 6 Jahren. In 47 Fällen handelte es sich um Kinder im 1. Lebensjahr, in 56 Fällen um solche von 1 bis 3 Jahren.

Herr Sonnenburg bemerkt, dass es ihm in 1 Falle gelungen ist, eine knöcherne Einheilung des Zwischenkiefers zu erzielen. Er weist zugleich auf die hohe Mortalitätsziffer der an doppelter Hasenscharte operirten Kinder hin.

Herr König findet, dass die einfache Hasenscharte mit erheblicher Prominenz des medialen Randes häufig schwieriger zu operiren ist als die doppelseitige. Er meißelt alsdann die prominirende Partie ein, drängt sie gegen den entgegengesetzten Spaltrand, und bringt so beide Ränder in das gleiche Niveau.

Herr Nasse hat das gleiche Verfahren wie Herr König wiederholt mit gutem Erfolg ausgeführt.

Herr Wolff weist darauf hin, dass das von Herrn Sonnenburg erreichte Resultat sehr bemerkenswerth sei, da sonst bisher knöcherne Einheilungen nicht beobachtet worden sind.

Die von den Herren König und Nasse ausgeübte Einmeißlung hält er für ganz entbehrlich, wenn man dafür die Lippe am lateralen Spaltrand in ausgiebiger Weise vom Oberkiefer ablöst. Dazu ist allerdings die Ausübung der von ihm wiederholt beschriebenen und empfohlenen, von anderer Seite aber noch nirgends beachteten Digitalkonstriktion erforderlich. Diese Konstriktion, welche eine fast absolut blutlose Ausführung der Hasenschartenoperation ermöglicht, ist übrigens, wie W. hinzufügt, zugleich dasjenige Mittel, durch welches wir die Mortalitätsverhältnisse der an Hasenscharte operirten Kinder ganz wesentlich zu verbessern vermögen.

3) Herr J. Wolff: Vorstellung eines weiteren Falles von frühzeitiger Gaumennaht.

Wie der vorige Fall, so zeigt auch der zweite von W. vorgestellte Fall, in welchem W., als Pat. 14 Monate alt war, die Gaumenspalte geschlossen hat, die Vorzüge der frühzeitigen Operation. Der sehr intelligente 9jährige Knabe, bei welchem es sich um eine nicht mit Hasenscharte complicirte angeborene Gaumenspalte gehandelt hatte, spricht, obwohl er niemals besonderen Sprachunterricht genossen hat, ohne jede Verzerrung der Gesichtsmuskeln durchaus normal, so dass Niemand auf die Vermuthung kommen kann, dass der Gaumen gespalten gewesen war.

Bei nicht frühzeitig vorgenommener Operation hat W. noch niemals von selbst, d. i. ohne Zuhilfenahme der Rachenprothese oder des methodischen Sprachunterrichts, ein eben so gutes Resultat bezüglich der Sprache eintreten sehen. v. Langenbeck's und Billroth's Ansicht, dass den beim Sprechen in Betracht kommenden Gaumensmuskeln um so leichter eine der normalen gleichkommende Entwicklung zu Theil werden müsse, in je früherem Alter die Operation gelinge, hat sich also hier, wie auch in vielen anderen Fällen, als richtig erwiesen.

4) Herr J. Wolff: Über halbseitige Strumektomie bei Morbus Basedowi.

Nach Buschan, der einen »genuinen« und einen »auf kropfiger Basis entstandenen« Basedow unterscheidet, sind unter 81 bisher bekannt gewordenen Fällen von Strumektomie bei M. Basedowi höchstens 2 Fälle von Heilung des genuinen zu verzeichnen gewesen.

Indess hat weder diese, noch irgend eine andere der bisherigen Statistiken der nichtoperativen oder operativen Behandlung des M. Basedowi eine genügende Verlässlichkeit. Alle bisherigen Statistiken leiden an dem Mangel, dass fast überall da, wo von »Besserungen«, »erheblichen Besserungen« oder »Heilungen« die Rede ist, die einzelnen Erscheinungen des Basedow nicht genau genug bezüglich dieser Besserung bezw. Heilung geprüft worden sind. Namentlich sind auch in den allermeisten Fällen die Besserungen bezw. Heilungen der einzelnen Erscheinungen nicht hinreichend sicher bezüglich der Dauerhaftigkeit dieser Besserungen oder Heilungen geprüft worden.

W. stellt eine Pat. vor, die er im Mai 1892 operirt hat, bei welcher es sich also um eine fast 5jährige Beobachtungsdauer handelt. Bei der Pat. hatte sich im Frühjahr 1891, als sie im Alter von 23 Jahren stand, Chlorose und große psychische Reizbarkeit eingestellt; im Juni 1891 traten Kropf und Herzpalpitationen hinzu; bald darauf Exophthalmus, Hitzegefühl, profuse Schweißausbrüche, Durstgefühl, Zittern, Schlaflosigkeit und Athemnoth. 1 Jahr hindurch hatte sie sich interner Behandlung unterzogen, bei genügender Ruhe und guter Pflege. Die

Krankheitserscheinungen hatten sich dabei aber immer mehr verschlimmert. Sehr bleich und heruntergekommen und mit hochgradiger Dyspnoë kam sie im Mai 1892 in die Klinik. W. entfernte die linke Kropfhälfte, welche 86 g wog. Die größere zurückgebliebene rechtsseitige Hälfte wurde auf ca. 100 g geschätzt. Die Luftröhre war wie in den übrigen von W. operirten Basedowfällen säbelscheidenförmig. Am 25. Tage nach der Operation wurde Pat. mit geheilter Wunde entlassen. Die Athembeschwerden waren vollkommen beseitigt; die meisten übrigen Erscheinungen des Basedow bestanden aber vorläufig noch fort. Im Laufe des Sommers nahm Pat. 24 Pfund an Körpergewicht zu; auch besserten sich allmählich alle Erscheinungen des Basedow. Seit dem Herbst 1892 ist Pat. absolut frei von allen subjektiven Beschwerden; sie hat ein gesundes Aussehen bekommen und ihre frühere Fröhlichkeit wiedererlangt. Im April 1893 hat sie sich verheirathet; September 1894 und Oktober 1895 hat sie geboren.

Gegenwärtig besteht noch ein pflaumengroßer rechtsseitiger Kropfrest, dessen Gewicht auf höchstens 40 g abzuschätzen ist, ferner ein sehr geringer Exophthalmus; kaum noch andeutungsweise das Graefe'sche Symptom. Dagegen ist die Herzthätigkeit durchaus normal; Pulsfrequenz 70. Tremor, wenn überhaupt vorhanden, minimal; Schweißsekretion, psychischer Zustand, Schlaf normal. Stellwag'sches und Möbius'sches Symptom, Kopfschmerz und Ohrensausen geschwunden. Sensibilität im Bereich des Trigeminus nach Prof. Mendel's Feststellung intakt; dessgleichen der elektrische Leitungswiderstand der Haut ohne deutliche Abweichung gegen die Norm. Das absolut gute subjektive Befinden hat im Laufe der letzten 4 Jahre niemals die geringste Unterbrechung erfahren.

Zu weit gehende allgemeine Schlussfolgerungen dürfen, so erfreulich auch der Verlauf des Falles war und geblieben ist, natürlich nicht aus demselben gezogen werden. Aber in Verbindung mit dem, was Rehn, Mikulicz, Krönlén u. A. berichtet haben, zeigt doch der Fall, dass es unzulässig ist, über die Strumektomie bei M. Basedowi, wie es Buschan gethan hat, und wie es mit ihm viele Neuropathologen, die die operirten Fälle gar nicht gesehen oder genauer geprüft haben, thun, den Stab zu brechen.

Nicht einmal das kann zugestanden werden, dass die Kropfexstirpation bei M. Basedowi, wie viele Autoren annehmen, lediglich in denjenigen Fällen eine Berechtigung habe, in welchen Trachealstenose vorhanden ist. In dem vorgestellten Falle sind nach der Operation die Herzaffectio, der Tremor, die profuse Schweißsekretion, die psychische Alteration geschwunden. Alle diese Erscheinungen haben mit der Trachealstenose nichts zu thun; sie fehlen bei noch so hochgradiger durch gewöhnliche Kröpfe erzeugter Trachealstenose.

Der Fall zeigt ex juvantibus, dass mit den Hypothesen der meisten Neuropathologen, nach welchen der Basedow lediglich entweder auf einem primären Reiz- oder Lähmungszustande des Sympathicus, oder auf einer Vaguslähmung, oder auf einer organischen oder funktionellen Erkrankung des Bulbus der Medulla oblongata, oder auf einer Neurose der Gehirnrinde beruhen soll, uns nicht gedient sein kann.

Vielmehr gewinnt auf Grund der Beobachtung dieses Falles aufs Neue die Hypothese an Wahrscheinlichkeit, dass der Kropf eine gewisse, sei es zunächst auch noch so dunkle ursächliche Rolle bei der Entstehung des Basedow spielt, mag es sich dabei um Besonderheiten der anatomischen Lage einzelner Kröpfe in Beziehung zum Sympathicus oder Vagus handeln, oder um Intoxikation des Nervensystems durch einen von der Schilddrüse producirten Giftstoff oder um eine von den Endverzweigungen des Sympathicus in der Schilddrüse ausgehende Reflexneurose.

Wenigstens ist eine solche Annahme so lange berechtigt, als es den internen Ärzten nicht gelungen ist, uns Fälle von eben so schweren Störungen durch genuine Basedow'sche Krankheit, wie in dem vorgestellten Falle, zu zeigen, in welchen ein eben so lange andauerndes Schwinden aller subjektiven Krankheitserscheinungen, wie hier, auch ohne Operation erzielt worden wäre.

5) Herr J. Wolff: Zur Arthrolysis cubiti.

Zur Ergänzung seiner früheren Mittheilungen über die Arthrolyse bei Ellbogen-gelenksankylose stellt W. einen Fall von straff fibröser, durch Trauma bedingter, mit Anwesenheit von Callusmassen im Gelenk komplieirter Ankylose vor, in welchem die Operationswunde erst nach langwieriger Eiterung geheilt ist, und in welchem trotzdem ein relativ sehr befriedigendes Resultat erreicht wurde.

Die 37jährige Pat. hatte im August 1895 eine Fractura supracondylica mit Fractura intercondylica in das Gelenk hinein erlitten und eine fast vollkommene, stumpfwinklige Ankylose des Gelenks zurückbehalten, die durch Callusmassen im Gelenk, Synovitis hyperplastica und nutritive Verkürzung und Schrumpfung der das Gelenk umgebenden Weichtheile bedingt war. Die Ankylose hatte den energischsten, mehr als ein Vierteljahr hindurch fortgesetzten Versuchen unblutiger Behandlung getrotzt.

Im Januar 1896 führte W. die Arthrolyse aus. Nach Ablösung des Triceps vom Olecranon und Durchtrennung aller sehr straffen Bänder- und Kapseladhärenzen wurden die die Fossa supratrochlearis posterior ausfüllenden sehr reichlichen Callusmassen fortgemeißelt, ferner die ebenfalls durch Callusmassen bedingten Unebenheiten zwischen den Knorpelflächen der Rotula und Trochlea geglättet und die Spitze des Proc. coronoideus entfernt. Nachdem hierdurch eine ausgiebige Flexion und Extension erreicht worden war, wurde auch noch durch Lösung der straffen fibrösen Stränge in der Umgebung des Radioulnargelenks eine möglichst freie Pronation und Supination herbeigeführt. — Am 13. Tage nach der Operation trat eine Nachblutung ein, die es erforderlich machte, die Wunde wieder ganz frei zu legen. Erst Anfang Mai war vollkommene Heilung eingetreten.

Pat. beugt jetzt aktiv bis 75° und streckt bis 130°. Pronation und Supination vollführt sie aktiv in einer Exkursion von 100°. Sie vermag die Hand beim Essen zum Munde zu führen, sich anzuziehen, dabei die Hand zum Zuknöpfen der Kleider auf den Rücken zu führen, sich die Haare zu flechten, beim Nähen die Arbeitsgegenstände den Augen gehörig zu nähern, einen Stuhl an der Lehne zu fassen und in die Höhe zu halten, während sie alles Dies früher nicht auszuführen vermochte. — Die Gelenkenden zeigen dabei natürlich eine vorzügliche, der normalen fast ganz gleiche Formation.

6) Herr Joachimsthal: Funktionelle Formveränderungen an den Muskeln.

J. zeigt im Anschluss an seine experimentellen Untersuchungen über funktionelle Formveränderungen an den Muskeln (cf. Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 4) unter Demonstration eines Pat. und einer Reihe von Gipsabgüssen, Röntgen-Bildern und Photographien von Kranken die Möglichkeit, schon am Lebenden mit derselben Sicherheit wie im Experiment, und wie dies Roux und Rivière an der Leiche bei der Untersuchung des Pronator quadratus gelungen ist, Beweise für die Selbstregulation der Muskellänge zu erbringen.

Bei der Nachuntersuchung einer Reihe von Pat., die vor langen Jahren von Prof. Wolff wegen angeborenen Klumpfußes mittels des portativen Etappenverbandes behandelt und zur Heilung gebracht waren, ergab sich trotz guter Form und Funktion des Fußes eine stets wiederkehrende eigenartige »Atrophie« der Wade, durchaus verschieden von dem gewöhnlichen Verhalten dieses Körperteiles bei mangelhafter Funktion der unteren Extremitäten. Während nämlich bei einer gewöhnlichen Atrophie die Wade allmählich unter gleichmäßigem Schwund des Muskels an Umfang abnimmt, drängt sich bei den in Rede stehenden Pat. die Muskelmasse auf das oberste Drittel resp. Viertel des Unterschenkels zusammen und bildet hier eine starke Vorwölbung, während der ganze untere Theil aus sehniger Substanz besteht und bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer extremen Atrophie des Muskels gewährt. Um diese Verkürzung des Wadenmuskels herbeizuführen, konkurriren gewöhnlich 2 Umstände. Einmal resultirt fast immer selbst nach der bestgelungenen Behandlung eine Beweglichkeitsbeschränkung im Fußgelenk; weiterhin besteht — wie dies eine Reihe von Röntgen-Bildern zeigen — in der Regel eine mehr oder minder ausgesprochene Atrophie des

Calcaneusfortsatzes, meist verbunden mit einer plantarwärts gerichteten Abknickung desselben, wodurch eine Verminderung der Länge des Hebelarmes für die Achillessehne und so eine weitere Einschränkung der Exkursion ihres Ansatzpunktes gesetzt wird.

Wenn auch in einer weniger markanten Weise als bei Pat. mit redressirtem Klumpfuß, zeigen auch alle diejenigen Kranken, die in Folge irgend einer Affektion des Fußgelenks oder der benachbarten Knochen dauernd eine Einschränkung der Beweglichkeit im Sprunggelenk erworben haben, die charakteristische, durch die Haut sichtbare Verkürzung des Wadenmuskels; ja es gelang vielfach bei Pat. mit abgelauener Caries pedis aus der bloßen Inspektion der Wade in später durch die Untersuchung erwiesener Weise vorausszusagen, dass eine Beschränkung der Beweglichkeit im Fußgelenk vorliegen müsse, und dabei gleichzeitig eine vollkommene Ankylose ausschließen. Denn in letzterem Falle — bei einem vollkommenen Aufhören der Beweglichkeit — schwindet der muskulöse Apparat der Wade in einer gleichmäßigen Weise.

7) Herr J. Wolff: Vorstellung zweier Fälle von Lorenz'scher unblutiger Einrenkung der angeborenen Hüftgelenkluxation.

Die bis jetzt noch bestehende Unsicherheit unseres Urtheils über den Werth der blutigen und unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation kann, wie W. aufs Neue betont, durch Zuhilfenahme der Röntgen-Bilder erheblich verringert werden.

Die Röntgen-Bilder gewähren Demjenigen, der an ihrer Hand die Behandlungsergebnisse verfolgt, viele Überraschungen, und zwar manchmal recht unbehagliche, in so fern sie öfters zeigten, dass der vermeintlich noch in der Pfanne steckende Kopf wieder aus derselben herausgeschlüpft ist.

Dafür gewährt es uns aber auch in anderen Fällen wieder, als Zeugnis für den hohen Werth der Lorenz'schen unblutigen Einrenkung, die erfreuliche Gewissheit, dass der Kopf wirklich dauernd an der richtigen Stelle geblieben ist.

W. stellt einen 4jährigen Knaben und ein 12jähriges Mädchen vor, die bereits seit nahezu 3 bzw. seit $3\frac{1}{2}$ Monaten ohne jeden Verband oder Apparat umhergehen, und bei denen das Röntgen-Bild in unzweideutiger Weise die wirklich erreichte dauernde Feststellung des Kopfes im Acetabulum beweist. Beide neugebildeten Hüftgelenke sind, nachdem sie anfänglich sehr starr gewesen waren, gut beweglich geworden. Der Gang der beiden Pat. ist vortrefflich.

8) Herr Lindemann: Über die Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olecranon.

Bei Querbrüchen der Patella wird in der Wolff'schen Klinik folgendermaßen verfahren:

Der Assistent setzt einen Zeigefinger an der Basis, den anderen an der Spitze der Patella unter spitzem Winkel an. Während die beiden Zeigefinger die Fragmente krampfhaft fest an einander gedrückt haben, wird ein Gipsverband, unter Miteingipsung der Finger des Assistenten, direkt auf die Hand angelegt. In der Nähe der Finger werden die Gipstouren verstärkt und fest angedrückt, so dass sich oberhalb und unterhalb der Fragmente ein fester Wall bildet, welcher das Auseinanderweichen derselben verhindert. Sobald der Gipsverband hart geworden ist, zieht der Assistent die Finger heraus. Von einer Punktion des Gelenks wird in der Regel Abstand genommen. Die Fragmente lassen sich leichter an einander gedrückt halten, wenn sie gewissermaßen im Bluterguss schwimmen. Zugleich kann man sie alsdann etwas tiefer fassen. — Nach 2— $2\frac{1}{2}$ Wochen beginnt die Massagebehandlung. — Bei Olecranonfrakturen drückt in gleicher Weise der Assistent mit einem Finger das obere Fragment gegen das untere herab. — Der Vortr. berichtet über 4 in dieser Weise behandelte Frakturen der Patella und 1 Fraktur des Olecranon. Jedes Mal ist knöcherne Vereinigung der Fragmente eingetreten. Einen der Fälle von Patellarfraktur und den Fall von Olecranonfraktur stellt der Vortr. vor.

Sarfert (Berlin).

17) **Ballance and Abbot.** A case of acute haemorrhagic septicaemia treated by antistreptococcus serum.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1853.)

Bei einem Arzt entwickelte sich im Anschluss an eine Daumenverletzung, die er sich bei Sektion einer eitrigen Bauchfellentzündung zugezogen, ein schwer septischer Zustand. Bereits 6 Stunden nach Einspritzung von 3,5 ccm Antistreptococcusserum trat eine deutliche Besserung ein, die nach Wiederholung der Einspritzungen an den folgenden Tagen zunahm. Der Einfluss des Serums zeigte sich in dem Aufhellen des vorher benommenen Bewusstseins, im Aufhören der Kopfschmerzen, Verlangsamung von Puls und Athmung, Feuchtwerden der Haut, allmählichem Fieberabfall und günstiger Beeinflussung des Wundverlaufes. Das Serum, über dessen Bereitung J. Bokenham nähere Mittheilungen macht, ist aus dem Blut eines Esels gewonnen, welcher mehrere Monate hindurch ansteigende Einspritzungen von Streptokokken erhalten hat. $\frac{1}{100}$ eines Kubikcentimeters Serum soll die Wirkung einer tödlichen Dosis von Streptokokken am Versuchsthier aufheben.

H. Stettiner (Berlin).

18) **B. Jacob.** Ein in Heilung übergegangener, mit Antitoxin behandelter Fall von Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 6.)

Fall von Tetanus im Anschluss an eine Schussverletzung der Schulter bei einem 14jährigen Knaben. Wunde durch Steinchen, Erde und Kleidungsfasern stark verunreinigt. Inkubationszeit 12 Tage (Ref. rechnet 15 Tage heraus, wenn kein Druckfehler, sogar 7 Wochen), Beginn der Krämpfe in der betreffenden Schultermuskulatur. Mittelschwerer Fall. Innerhalb von 5 Tagen 10 g Behring'sches Tetanusantitoxin in 2 Dosen à 5 g. Auffallende Besserung nach der 2. Injektion. Heilung.

Hübener (Breslau).

19) **Dipper.** Über Schleich's Infiltrationsanästhesie. (Aus der chirurgischen Abtheilung der evangelischen Diakonissenanstalt in Stuttgart. Dirigirender Arzt Dr. Steinthal.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 50.)

Die Methode wurde von S. in 88 Fällen angewandt, und zwar 1) in 30 Exstirpationen (hauptsächlich Lymphome, Atherome, Strumen, Dermoidcysten etc.). In einem Falle von verwachsenen Lymphomen war Allgemeinnarkose nothwendig. 1 Fall von Strumektomie gelang vollständig schmerzlos, in den beiden anderen wurden zum Schluss noch 8 g Chloroform verbraucht. — 2) wurden 15 Incisionen und Auskratzen von Abscessen vorgenommen (fast völlig schmerzlos). — 3) fanden 14 Laparotomien statt. Zum Theil musste nach Eröffnung des Leibes in diesen Fällen noch zur Narkose gegriffen werden, bei der jedoch nur sehr wenig Chloroform verbraucht wurde. — 4) sind 5 Herniotomien zu erwähnen. Das Manipuliren in der Gegend der Bruchpforte bei den eingeklemmten Brüchen war schmerzhaft und bedingte 2mal Chloroformanwendung. — Auch noch in 24 anderen Fällen wurde das Verfahren angewandt, zum Theil mit recht gutem Erfolg, so besonders bei einer Tracheotomie an einem 60jährigen Manne.

S. benutzte stets die Schleich'sche Lösung No. II (Cocain. muriat. 0,1, Morph. muriat. 0,025, Natr. chlorat. 0,2 auf 100 Wasser gelöst). Es trat stets Heilung per primam ein. Ein Nachtheil ist das Ödem des Gewebes und der psychische Effekt auf den Kranken.

Verf. betrachtet die Infiltrationsanästhesie als eine sehr wichtige Konkurrentin der Allgemeinnarkose, besonders auch bei Operationen am Darmkanal und voraussichtlich unkomplizierten Laparotomien.

B. Wagner (Mülheim a. d. R.).

20) **Waterhouse and Gibbs.** A case of arrest of the hearts action and of respiration during chloroform anaesthesia: bleeding from internal jugular vein: recovery.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1855.)

Bei der Entfernung der tuberkulösen Halsdrüsen eines 17jährigen sonst gesunden Mannes unter Chloroformnarkose trat nach Verlauf von 40 Minuten, in welchen ca. 55 g Chloroform verbraucht waren, ganz plötzlich Stillstand der Herzthätigkeit ein und wenige Sekunden später auch Aufhören der Athmung. Da die sofort eingeleitete künstliche Athmung nach mehreren Minuten noch keinen Erfolg zeigte, wurde ein kleiner Einschnitt in die frei liegende Vena jugul. int. gemacht und ca. 100 ccm Blut abgelassen. Nachdem sodann die Öffnung mit Zangen verschlossen, wurde von Neuem künstliche Athmung gemacht, die nunmehr binnen kurzer Zeit von gutem Erfolg gekrönt war, indem sich Herzschlag und Athmung wieder einstellten. Die Verf. sind der Ansicht, dass die Blutentziehung aus der Vene, durch welche der stark ausgedehnte rechte Ventrikel erleichtert sei, dem Pat. das Leben gerettet habe. Sie schlagen vor, in ähnlichen Fällen ähnlich zu handeln. Die Wahl der Vene hängt von dem Ort der Operation ab. Der Erfolg wird desto günstiger sein, je näher die Vene dem Herzen gelegen.

H. Stettiner (Berlin).

21) **A. Nannotti (Pisa).** Contributo allo studio della piremia da gonococco.

(Morgagni 1896. p. 824.)

Der von N. ausführlich beschriebene Fall von Gonokokkenpyämie bringt zwar in seinen Einzelheiten nichts Neues, dürfte aber doch in so fern unser Interesse beanspruchen, als er gewissermaßen ein Schulschema für Metastasenentwicklung bei Gonorrhoe darstellt, an dem uns alle sonst einzeln beobachteten Lokalisationen des gonorrhoeischen Giftes vereint vorgeführt werden.

Bei der 31jährigen verheiratheten Pat. hatte sich zuerst eine einfache Scheiden- und Harnröhrengonorrhoe entwickelt, an die sich eine Endometritis und eine Vereiterung der linken Bartholini'schen Drüse anschloss. Behandlung: Spaltung des Abscesses; Ausspülungen der Gebärmutter mit übermangansaurem Kali in Lösung von 1:5000. Der Abscess heilte nach wenigen Tagen aus; der Ausfluss aus der Gebärmutter wurde jedoch noch stärker und die Adnexe schmerzhaft. Nach längerer erfolgloser Fortsetzung der Ausspülungen entschloss sich Verf. auf Drängen der Pat. zur Ausschabung der Gebärmutter. Am 4. Tage nach derselben entwickelte sich das typische Bild einer Perimetritis und Bauchfellentzündung, und bald darauf konnte man zwischen dem rechten vorderen Scheidengewölbe und der Gegend über der Symphyse eine Geschwulst von der Größe einer Apfelsine abtasten. Behandlung: Opium, feuchtwarme Umschläge. Nach 9 Tagen wurde Pat. fieberfrei, die Geschwulst verkleinerte sich (Fluktuation war nirgends wahrnehmbar). Nach ca. 6—7tägigem Wohlbefinden trat unter erneutem Fieber schmerzhaftes Schwellen des linken Ellbogens auf mit Röthung und Spannung der Haut. In derselben Weise wurden dann nach einander der andere Ellbogen, die Gelenke des linken Fußes und in einem Zeitraum von 12 Tagen sämtliche Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenke ergriffen. Ein operativer Eingriff wurde nicht gestattet. Schließlich entwickelte sich noch ein eigroßer Abscess in Folge einer Sehnenscheidenentzündung der Strecksehnen des linken Fußes. Während des ca. 12 Tage andauernden Höhestadiums des Fiebers wurde ein systolisches Geräusch an der Miträis wahrgenommen, das später wieder verschwand. Die reichlich gegebene Salicylsäure blieb ohne jede Wirkung; profuse Schweiße fehlten vollständig.

Sämmtliche Erscheinungen bildeten sich nach und nach zurück (mit Ausnahme des Abscesses, der gespalten wurde); die Pat. konnte nach 50tägigem Aufenthalt das Krankenhaus geheilt verlassen.

Bemerkenswerth ist, dass durch die sorgfältig und wiederholt vorgenommene mikroskopische Untersuchung sowohl im Ausfluss der Harnröhre und der Gebärmutter als auch im Eiter des Sehnenscheidenabscesses und in der durch Punktion

Ränder der ersten Wunde, fast bis an die Winkel genäht. Verf. warnt ausdrücklich vor irgend einer vollständigen Schließung der Wunde. Die keineswegs aseptischen Verhältnisse, die eine solche Wunde darstellt, verbieten dies ohnehin von selbst.

Der Verband soll die Wunde in möglichst großer Ruhe lassen. Um diesen Zweck in noch höherem Grad als mit einem aseptischen Verband zu erreichen, legt Verf. über die Wunde zuerst einen Metalldrahtbogen — etwa wie ein Chloroformkorb — und dann den Verband. Die Verbandtheile kommen in dieser Weise nie mit der Wunde in direkte Berührung. Ist die Eiterung nicht groß, wird der erste Verband bis 14 Tage liegen gelassen.

Die Wunde heilt gewöhnlich binnen 1—2 Monaten. Sollte die Heilung noch längere Zeit in Anspruch nehmen, ist es wahrscheinlich, dass die krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung nicht vollständig entfernt worden sind.

Ist die Knochenhöhle sehr groß, lässt sie sich nicht mit einem Muskel-Periostlappen ausfüllen, so bildet Verf. einen oberen und einen unteren Lappen, bezw. mit proximalem und distalem Stiel, und zwar so, dass die Lappen von der vorderen resp. hinteren Seite des Schenkels genommen werden. In vereinzelten Fällen, besonders bei Höhlen im oberen Theil des Schenkelbeins, kann es vortheilhaft sein, den Lappen von vorn herein mit unterem Stiel zu schneiden, auch wenn er solitär ist.

Verf. hat diese Methode in etwa 20 Fällen benutzt. Die Resultate waren sehr befriedigend. Fälle, die vorher allen Behandlungsmethoden widerstanden und zu unschließbaren Fisteln geführt hatten, wurden im Laufe von 1—2 Monaten völlig und dauernd geheilt. Recidive haben sich nicht gezeigt, wenn nur in der ersten Sitzung gründliche Ausräumung gemacht war.

Verf. hat durch beigelegte schematisirende Zeichnungen sein Verfahren veranschaulicht. 13 ausführliche Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen schließen die Arbeit ab.

A. Hansson (Warberg).

15) E. Casati. Di una modificazione all' amputazione osteoplastica del ginocchio alla Gritti.

(Communicazione letta all' accademia delle scienze medicale e naturali di Ferrara il giorno 31 Maggio 1896.)

Die starke Verkürzung des Amputationsstumpfes bei der osteoplastischen Oberschenkelamputation nach Gritti versuchte Verf. zuerst durch eine Plastik der Quadricepssehne zu vermeiden; alle hier angestellten Versuche erwiesen sich ihm aber als praktisch unausführbar. Er schlägt deshalb eine andere Methode vor, die er selbst in 3 Fällen bereits mit gutem Erfolg angewendet hat. Nach Exartikulation des Unterschenkels in gewöhnlicher Weise sägt er eine kaum centimeterdicke Scheibe von der Gelenkfläche des Oberschenkels ab und zerlegt dann, ebenfalls mit der Säge, die Kniescheibe in frontaler

Richtung in 2 Scheiben, indem er an der Hinterfläche und am oberen Ende derselben beginnt und unten eine Weichtheilbrücke stehen lässt. Die so gespaltene Kniescheibe lässt sich dann wie ein Buch aus einander klappen und deren hintere Hälfte der mit dem Meißel entsprechend zugespitzten Sägefläche des Oberschenkels ohne Spannung auflegen. Auf diese Weise wird der Amputationsstumpf um die Höhe der Kniescheibe verlängert.

Sultan (Göttingen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung.

Von

Dr. E. Juvara,

Assistent der II. chirurgischen Klinik in Bukarest.

Der Barbier C. C., 40 Jahre alt, wohnhaft in Berlad, tritt in das Berlader Spital »Barlad si Elena Beldiman« (Direktor Dr. Cercez) am 27. Juli 1896 wegen eines großen Tumors in der Kniekehle ein.

Im Alter von 16 Jahren hat Pat. einen Tripper ohne weitere Folgen überstanden, 2 Jahre später ein Ulcus molle mit rechtsseitiger Adenitis.

Im Frühling 1895 bekam er eine akute, fieberhafte Erkrankung; zu derselben Zeit schollen seine beiden Unterschenkel an und bedeckten sich mit zahlreichen eitrigen Geschwüren. Auf Anrathen eines Arztes machte Pat. eine Jodkur in einer Badestation durch, von wo er geheilt zurückkam; der rechte Unterschenkel aber blieb immer geschwollen; hier spürte er Schmerzen, Kribbeln, Beschwerden im Gehen und Stehen.

Im Winter desselben Jahres fiel Pat. auf dem Eise; Tags darauf tritt er ins Spital ein. Damals konnte man eine Schwellung der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels konstatiren. Die Haut war geröthet und geschwollen, und durch Palpation konnte man nur schwierig einen harten, pulsirenden Tumor fühlen; es wurde ein entzündetes Aneurysma diagnosticirt. Pat. wurde sofort in absolute Ruhe gebracht, der Unterschenkel in einer Rinne immobilisirt. Nach 8 Tagen ging das akute Stadium zurück, bald darauf verließ Pat. das Spital. Mit der Zeit wurde sein Gang aber schwieriger, die Schmerzen kontinuierlich, und manchmal waren dieselben so unerträglich, dass sie nur durch Morphininjektionen gestillt werden konnten.

In diesem Zustand tritt Pat. neuerdings ins Berlader Spital ein, wo ich ihn gelegentlich meines dortigen Aufenthaltes zu sehen bekam. Er ist sehr kräftig gebaut, mit einem sehr gut entwickelten Knochen- und Muskelsystem. Die rechte Wade hat einen Umfang von 65 cm, beinahe 20 cm mehr als die linke. Am unteren Theile der Kniekehle, unter der Biegungsfalte, beginnt eine eirundliche Erhebung, die am mittleren Drittheil des Unterschenkels aufhört. Die Haut, von normalem Aussehen, ist über dem Tumor gespannt, aber verschieblich. Mittels Palpation lässt sich ein fixer Tumor von der Größe eines Kindskopfes feststellen. Das obere Ende lässt sich leicht begrenzen, während unten innen und außen die Begrenzung wegen der Bedeckung durch Muskelschichten nicht leicht ist. Nach außen scheint er mit der Fibula enge Verbindungen zu haben. Der Tumor zeigt isochrone Bewegungen mit den Pulsationen der Arterien, welche Bewegungen mehr mitgetheilt, als der Ausdruck wirklicher Erweiterung zu sein scheinen. Auskultation ergibt kein Geräusch. Der leicht zu fühlende Puls an der Art. femoralis und der Art. poplitea, oberhalb des Tumors, ist absolut unfühlbar in der Art. tibialis ant., der Pediacia und der Tibialis post. Das Kniegelenk ist frei und

die Bewegungen normal. An der vorderen Fläche des Unterschenkels nichts Abnormes.

Alle Arterien sind weich, leicht zu komprimiren, nicht atheromatös. Das Herz normal.

Pat. klagt über anhaltende, durch Druck gesteigerte, manchmal starke Schmerzen, die bis in den Fuß irradiiren; manchmal fühlt er Kribbeln und Erstarrung des Unterschenkels.

Mit Rücksicht auf diesen klinischen Symptomenkomplex stellte ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Aneurysma des Truncus tibio-fibularis, vielleicht auch des unteren Endes der Art. poplitea oder einer der hinteren Arterien des Unterschenkels (Tibialis post. oder Fibularis).

Die Operation: Chloroformanästhesie. Die Esmarch'sche Binde, über das Kniegelenk gebunden, wurde leicht über den Sack geschnürt, damit nicht durch eine Bewegung ein Coagulum in die Cirkulation geschleudert werde. — Auf der hinteren Fläche des Unterschenkels wird ein Schnitt von der Mitte der Kniekehle bis eine Hand breit über der Ferse gemacht. Der Schnitt trennt die Aponeurosis und die Zwillingsmuskeln; die V. saphena ext. wird zur Seite gezogen. Unter den beiden Zwillingsmuskeln findet man den Soleus, dessen hinterer, sehr gedehnter und verdünnter Bogen wie eine Schärpe die hintere Fläche des Tumors umgibt, so dass der letztere in 2 Hälften getheilt wird: einen oberen Theil, in der unteren Hälfte der Kniekehle gelegen, und einen unteren Theil unter dem Soleus. Mittels Pincette und Hohlsonde wird die hintere Fläche des Aneurysmas von der vorderen Fläche des Soleus isolirt, letzterer unter Leitung des Zeigefingers in der ganzen Länge gespalten. Der Soleus, sehr gedehnt, ist degenerirt; man findet in ihm blasse Muskelfasern mit Fettfascikeln vermengt.

Der in seiner ganzen Größe entblößte Tumor ist eiförmig, mit der Spitze nach unten; seine Wände sind zumal am unteren Theile sehr dünn. — Sein oberer Stiel wird mittels einer Pincette gefasst. Er ist vom Ende der Art. und V. poplitea gebildet, welch letztere sich in der inneren Wand des Sackes verliert. Der N. tibialis post., auf der inneren Fläche des Sackes verlaufend, liegt in einer Rinne der Wand. Seine Loslösung ist der schwierigste Theil der Operation, sie war aber eine vollständige, kein einziger seiner Zweige wurde zerrissen.

Die Isolirung des Sackes nach innen gelingt rasch, während sie nach außen sehr schwierig ist, da der Sack am Kopf und an der Diaphyse der Fibula anhaftete.

Während dieser Isolirung zerriss der Sack, und so wurde es möglich, ihn von seinem Inhalt zu entleeren und seine Wände vollständig zu isoliren.

Das obere Ende wird unterhalb der Zange abgeschnitten, der Sack nach vorn gezogen und seine vordere Wand bis in den Zwischenknochenraum präparirt; in- zwischen wurde die Art. tibialis ant. und der Ursprung der Art. tibialis post. und fibularis mit einer Zange gefasst und unterbunden. Die beiden Lappen des Soleus werden zusammengeñäht, dann die Zwillingsmuskeln und endlich die Aponeurosis und die Haut. Drainage wird weggelassen, ein antiseptischer Kompressionsverband angelegt und die Extremität in einer Rinne immobilisirt.

Die Heilung verlief einfach. Bloß einige Seidenfäden eiterten und mussten herausgenommen werden, oder stießen sich von selbst aus. Pat. fiebert nicht, beklagt sich nicht über Schmerzen, spürt manchmal Kribbeln. Die Extremität ist warm, empfindlich, die Haut hat ein normales Aussehen. Nach 7 Tagen werden die oberflächlichen Fäden herausgezogen. Eine eitrige Serosität entquillt dem oberen Ende der Wunde, welche sofort drainirt wird. Nach einigen Tagen hört die Sekretion gänzlich auf, die Wunde ist total rein und beginnt schnell zu granuliren. 1 Monat nach der Operation, am 28. August, verlässt Pat. das Spital.

8 Monate nach der Operation sah ich den Pat. völlig geheilt wieder.

Dieser Fall ist von 2 Gesichtspunkten interessant: 1) wegen der Seltenheit der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis, 2) wegen der Art der Behandlung der Exstirpation.

Die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis sind sehr selten. Delbet giebt in seiner Statistik von 1875—1887 nur einen einzigen Fall an, den von Tillaux.

Vigueu beschreibt unter 36 spontanen Aneurysmen des Unterschenkels nur 3 des Truncus tibio-fibularis.

In meinem Falle fängt der Aneurysmasack am unteren Ende der Art. poplitea unter dem Ursprung der unteren Kollateralen an; von demselben stammen: oben die Art. poplitea, vorn die Tibialis ant. und unten, durch einen gemeinsamen Stamm, die Art. tibialis post. und fibularis.

Von allen Behandlungsmethoden der Aneurysmen ist die Exstirpation des Sackes, nach Unterbindung der Ursprungsarterien, die bewährteste. Darüber giebt es keinen Zweifel; mein früherer Chef Delbet hat mittels 2 sehr vollständiger Statistiken die Superiorität der Exstirpation demonstriert. In der 1. Statistik hat er alle Fälle von 1875 bis 1887 gesammelt und fand auf 320 für verschiedene Aneurysmen angewandte Ligaturen 18,90% Todesfälle, während 63 in derselben Zeit ausgeübte Exstirpationen nur 11,32% Todesfälle ergaben. In der 2. Statistik sammelt er die Fälle von den Jahren 1887 bis 1894 und findet 10 Todesfälle auf 189 Ligaturen. Die Zahl der Exstirpationen war in starker Proportion gestiegen; denn in 7 Jahren übte man 76 Exstirpationen aus, d. h. 13 mehr als in den ersten 12 Jahren. Diese 76 Exstirpationen geben nur einen einzigen Todesfall.

Sonach ergab sich, dass die Exstirpation die beste, sicherste und wenigst gefährliche Methode ist, die weniger zur Gangrän disponirt und vollkommene und dauerhafte Resultate erzielt. Die Ligatur dagegen giebt sehr oft nur eine temporäre Heilung; denn das Aneurysma kann recidiviren, oder die Schmerzen bestehen fort.

Was die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis betrifft, welche an diesem anfangen oder sich von der Art. poplitea oder Tibialis post. verbreiten, so weiß Delbet nicht, wie sie zu behandeln sind; er meint, welche Methode immer angewendet werde, könne man nicht verhindern, dass Gangrän eintrete, bedingt durch die Behinderung der Cirkulation.

In meinem Falle ist die Exstirpation des Sackes von keinem einzigen Symptom der ungenügenden Cirkulation begleitet, die Extremität keinen Moment von Gangrän bedroht gewesen.

Der Kollateralweg, durch welchen sich die Cirkulation herstellte, ist wahrscheinlich durch die Zirkel der Periaortikalen und durch die Art. recurrens tibialis und tibialis ant. repräsentirt.

Obwohl im vorliegenden Falle, in welchem Exstirpation versucht wurde, das erhaltene Resultat ein ganz ausgezeichnetes war, genügt es doch nicht, das letzte Wort über die Behandlung der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis zu sprechen. Ich glaube aber, dass auch hier die Exstirpation die beste Methode ist, besonders für große, mit Gerinnseln angefüllte Aneurysmen, in deren Umgebung ein genügender Collateralkreislauf bestehen muss, um die Cirkulation des Unterschenkels wieder herzustellen.

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

85. Sitzung Montag, den 8. Februar 1897, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Wolff.

1) Herr David: Zur Frage des Verhaltens austrepanirter und wieder eingetheilter Schädelstücke.

Zur Ergänzung der von ihm bereits im Archiv für klin. Chirurgie gegen die von A. Barth vertretene Ansicht, dass losgelöste und dann wieder replantirte Knochenstücke ausnahmslos dem Tode verfallen, geltend gemachten Bedenken, führt D. noch einige Momente an, durch deren Nichtbeachtung Barth zu seinen Trugschlüssen gelangt ist.

In einer systematisch durchgeführten Untersuchungsreihe hatte D. die histologischen Vorgänge bei Einheilung replantirter Knochenfragmente beobachtet und war auf Grund dieser Untersuchungen, im Gegensatz zu Barth, zu dem Resultat

gekommen, dass derartige Knochenstücke bei glattem Wundverlauf vorübergehend in ihrer Vitalität herabgesetzt werden, dieselbe aber nach einiger Zeit wieder voll erhalten und dann makro- und mikroskopisch sich in keiner Weise von anderem normalen Knochen unterscheiden. — Bei allen Replantationen, mag man dieselben am Knochen oder an einem anderen Gewebe vornehmen, werden neue physiologische und histologische Verhältnisse gesetzt, da das replantierte Stück vorübergehend aus dem Kreislauf ausgeschlossen ist. Es wird aber nach einiger Zeit wieder eingeschaltet, neu vaskularisirt und damit in seiner Integrität erhalten. Nur der Unterschied besteht zwischen dem Knochen- und allen anderen Geweben, dass dasselbe sehr viel schwieriger neu zu vaskularisiren ist, und dass daher bis zu seiner Restitutio ad integrum längere Zeit vergeht, während welcher der Knochen theil gewissermaßen eine Vita minima zeigt. Diese findet ihren Ausdruck in der Herabsetzung der Tinktionsfähigkeit der Knochenzellen; jedoch ist die Färbbarkeit stets nur herabgesetzt, nie aufgehoben, und die Zellen wie die Kerne sind, wenn auch häufig erst mit starken Vergrößerungen wahrnehmbar, immer erhalten. Proportional der aufsteigenden Untersuchungsreihe wird die Färbbarkeit wieder bis zur Norm erhöht.

Barth war zu seiner Auffassung durch diese tinktoriellen Differenzen gekommen, die ihm bei Außerachtlassung der physiologischen Verhältnisse eine Nekrotisirung des Knochenfragments vorgetäuscht hatten, während sie ausschließlich im Sinne der oben ausgeführten Thatsachen zu deuten sind.

Diskussion: Herr Rawitz bemerkt, dass die Irrthümer, zu denen Herr Barth bei seinen Untersuchungen gelangte, und die ihn zu Ansichten führten, welche von denen aller übrigen Autoren sehr bedeutend abweichen, im Wesentlichen auf die fehlerhafte Technik geschoben werden müssen. Müller'sche Flüssigkeit, so wie Flemming's Chromosmiumeisessiggemisch, so werthvoll und vorzüglich besonders das letztere Reagens bei Fixirung von weichen Gebilden ist, sind bei der mikroskopischen Bearbeitung des Knochengewebes schlechterdings unbrauchbar. Herrn Barth's mikroskopische Präparate, die R. zu untersuchen Gelegenheit hatte, beweisen keineswegs die von Herrn Barth ausgesprochenen Ansichten, können vielmehr mit größerem Recht im Sinne des Vortr. verwandt werden.

2) Herr J. Wolff: Über die Operation der doppelten durchgehenden Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück.

Die Rücklagerung des Zwischenkiefers nach Incision des Vomer in den Fällen von doppelter durchgehender Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück hat immer nur für die erste Zeit, keineswegs aber für die Dauer befriedigende Resultate ergeben. Untersuchte man die operirten Fälle nach einer Reihe von Jahren, so fand man den Zwischenkiefer ganz verkümmert, wacklig und in einem für das Essen unbrauchbaren Zustande. Jedes Mal stand zugleich die Oberlippe in sehr hässlich entstellender Weise weit gegen die Unterlippe zurück.

Der Grund hierfür lag nicht in der Werthlosigkeit des Zwischenkiefers an sich, sondern in der durch die Incision des Vomer beeinträchtigten Ernährung des ohnehin schon in nur geringem Zusammenhang mit dem Mutterboden stehenden Zwischenkiefers.

Hiernach ist es nothwendig, wie dies bereits G. Simon vorgeschlagen hat, den prominirenden Bűrzel unverletzt zu lassen; und die Lippe unter allen Umständen über dem Bűrzel zu vereinigen.

W. stellt einen 7jährigen Knaben vor, bei welchem er, als Pat. 3 Tage alt war, mittels seiner Methode der Lippensaumverziehung und Zickzacknaht zuerst die rechte Seite der Spalte über dem an der Nasenspitze sitzenden Mittelstück geschlossen hat. Der Zwischenkiefer stellte sich, da seine rechte Seite durch die vereinigte Lippe zurückgedrängt wurde, schräg. 4 Wochen später wurde in gleicher Weise die linke Seite der Spalte operirt. Jetzt stellte sich alsbald der Zwischenkiefer, da er nunmehr rechts und links in gleicher Weise zurückgedrängt wurde, wieder gerade. Als das Kind 9 Monate alt war, schloss W. die Gaumenspalte.

Gegenwärtig zeigt sich der Zwischenkiefer mächtig entwickelt, 2 cm breit, eben so weit herabragend wie die Seitentheile des Alveolarfortsatzes. Er liegt vor den vereinigten Seitentheilen, und ist mit ihnen nicht knöchern, aber doch so fest verwachsen, dass es nur durch kraftvolles Rücken mittels der Finger möglich ist, ihn um ein ganz Geringes seitlich zu verschieben. Er ist zum Abbeißen von Speisstücken vollkommen gut brauchbar.

Das Gesichtspröfil des Knaben ist normal. Der Zahnbogen des Oberkiefers prominirt wie im normalen Zustande ein wenig vor demjenigen des Unterkiefers.

Ein kurzes Septum cutaneum der Nase, von dem ursprünglich keine Spur vorhanden gewesen war, hat sich gebildet.

Die Lippe hat eine schöne Länge, einen normal geformten Lippensaum; ihre beiden Hälften sind symmetrisch. Nur ist die Lippe, da die Operation in 2 Absätzen gemacht wurde, und da außerdem vor Kurzem noch 2 verschönernde Nachoperationen zur besseren Formirung der Nasenflügel vorgenommen worden sind, bis jetzt noch ziemlich stark narbig.

Die Nasenflügel selbst und die Wangen sind frei von Narben; die Nasenflügel normal geformt.

Die Gaumenspalte ist durch die im 10. Lebensmonat vorgenommene Gaumennaht in vollkommener Weise geschlossen; nicht das kleinste Fistelchen ist geblieben; auch die Uvula ist vereinigt und wohlgebildet.

Das Schlingen und das Athmen geschehen in durchaus normaler Weise.

Die Sprache ist in Folge der frühzeitigen Operation der Gaumenspalte, ohne dass der Knabe jemals besonderen Sprachunterricht erhalten hätte, in verhältnismäßig befriedigender Weise hergestellt. Der Knabe besucht die Schule und wird vom Lehrer und den Mitschülern gut verstanden. Nur die Zischlaute spricht er noch mangelhaft aus.

Der vorgestellte Fall dient mithin nicht nur zur Empfehlung der Lippenvereinigung über dem unverletzten Bűrzel, sondern auch zugleich zur weiteren Empfehlung der frühzeitigen Gaumennaht.

Unter 233 bisher von W. operirten Fällen von angeborener Gaumenspalte bestrafen 131 Kinder bis zu 6 Jahren.

Diskussion: Herr König hält das Verfahren des Votr. bezüglich der Lippe für zu umständlich. Er hat viele Hasenscharten mit prominirendem Bűrzel nach v. Bardeleben operirt. Dabei war der Erfolg eben so gut, wie in dem vorgestellten Falle. Die Lippe war nach 14 Tagen geheilt, ohne dass so viele Nachoperationen erforderlich, und ohne dass so starke Narben, wie hier, vorhanden waren. Er erhebt ferner Einspruch dagegen, die Gaumennaht bei Kindern von 4 Jahren und darüber noch als frühzeitige Operation zu bezeichnen, da sie in diesem Alter von den meisten Chirurgen ausgeführt wird.

Herr Wolff würde, wenn Fälle gezeigt werden könnten, in denen noch nach Ablauf einer Reihe von Jahren der nach v. Bardeleben operirte Zwischenkiefer eben so gute Verhältnisse darbiete, wie in dem vorgestellten Falle, aber auch nur dann, seine Ansicht ändern. Solche Fälle existiren indess in der gesammten Litteratur nicht. Gegenüber den guten Ernährungs-, Funktions- und kosmetischen Verhältnissen des Zwischenkiefers bei seinem Verfahren komme es wenig in Betracht, wenn die Lippe ein wenig mehr als gewöhnlich narbig ausfällt.

Die Ausführung der Gaumennaht halten nach v. Langenbeck einzelne Chirurgen auch jetzt noch erst bei 7 Jahr alten Individuen für rathsam; im Sinne dieser Chirurgen ist also die Operation auch bei 6jährigen Kindern noch eine frühzeitige. Unter W.'s 131 so bezeichneten Operationen betreffen übrigens nur 28 Kinder von 4 bis 6 Jahren. In 47 Fällen handelte es sich um Kinder im 1. Lebensjahr, in 56 Fällen um solche von 1 bis 3 Jahren.

Herr Sonnenburg bemerkt, dass es ihm in 1 Falle gelungen ist, eine knöcherne Einheilung des Zwischenkiefers zu erzielen. Er weist zugleich auf die hohe Mortalitätsziffer der an doppelter Hasenscharte operirten Kinder hin.

Herr König findet, dass die einfache Hasenscharte mit erheblicher Prominenz des medialen Randes häufig schwieriger zu operiren ist als die doppelseitige. Er meißeilts alsdann die prominirende Partie ein, drängt sie gegen den entgegengesetzten Spaltrand, und bringt so beide Ränder in das gleiche Niveau.

Herr Nasse hat das gleiche Verfahren wie Herr König wiederholt mit gutem Erfolg ausgeführt.

Herr Wolff weist darauf hin, dass das von Herrn Sonnenburg erreichte Resultat sehr bemerkenswerth sei, da sonst bisher knöcherne Einheilungen nicht beobachtet worden sind.

Die von den Herren König und Nasse ausgeübte Einmeißlung hält er für ganz entbehrlich, wenn man dafür die Lippe am lateralen Spaltrand in ausgiebiger Weise vom Oberkiefer ablöst. Dazu ist allerdings die Ausübung der von ihm wiederholt beschriebenen und empfohlenen, von anderer Seite aber noch nirgends beachteten Digitalkonstriktion erforderlich. Diese Konstriktion, welche eine fast absolut blutlose Ausführung der Hasenschartenoperation ermöglicht, ist übrigens, wie W. hinzufügt, zugleich dasjenige Mittel, durch welches wir die Mortalitätsverhältnisse der an Hasenscharte operirten Kinder ganz wesentlich zu verbessern vermögen.

3) Herr J. Wolff: Vorstellung eines weiteren Falles von frühzeitiger Gaumennaht.

Wie der vorige Fall, so zeigt auch der zweite von W. vorgestellte Fall, in welchem W., als Pat. 14 Monate alt war, die Gaumenspalte geschlossen hat, die Vorzüge der frühzeitigen Operation. Der sehr intelligente 9jährige Knabe, bei welchem es sich um eine nicht mit Hasenscharte complicirte angeborene Gaumenspalte gehandelt hatte, spricht, obwohl er niemals besonderen Sprachunterricht genossen hat, ohne jede Verzerrung der Gesichtsmuskeln durchaus normal, so dass Niemand auf die Vermuthung kommen kann, dass der Gaumen gespalten gewesen war.

Bei nicht frühzeitig vorgenommener Operation hat W. noch niemals von selbst, d. i. ohne Zuhilfenahme der Rachenprothese oder des methodischen Sprachunterrichts, ein eben so gutes Resultat bezüglich der Sprache eintreten sehen. v. Langenbeck's und Billroth's Ansicht, dass den beim Sprechen in Betracht kommenden Gaumenmuskeln um so leichter eine der normalen gleichkommende Entwicklung zu Theil werden müsse, in je früherem Alter die Operation gelinge, hat sich also hier, wie auch in vielen anderen Fällen, als richtig erwiesen.

4) Herr J. Wolff: Über halbseitige Strumektomie bei Morbus Basedowi.

Nach Buschan, der einen »genuinen« und einen »auf kropfiger Basis entstandenen« Basedow unterscheidet, sind unter 81 bisher bekannt gewordenen Fällen von Strumektomie bei M. Basedowi höchstens 2 Fälle von Heilung des genuinen zu verzeichnen gewesen.

Indess hat weder diese, noch irgend eine andere der bisherigen Statistiken der nichtoperativen oder operativen Behandlung des M. Basedowi eine genügende Verlässlichkeit. Alle bisherigen Statistiken leiden an dem Mangel, dass fast überall da, wo von »Besserungen«, »erheblichen Besserungen« oder »Heilungen« die Rede ist, die einzelnen Erscheinungen des Basedow nicht genau genug bezüglich dieser Besserung bezw. Heilung geprüft worden sind. Namentlich sind auch in den allermeisten Fällen die Besserungen bezw. Heilungen der einzelnen Erscheinungen nicht hinreichend sicher bezüglich der Dauerhaftigkeit dieser Besserungen oder Heilungen geprüft worden.

W. stellt eine Pat. vor, die er im Mai 1892 operirt hat, bei welcher es sich also um eine fast 5jährige Beobachtungsdauer handelt. Bei der Pat. hatte sich im Frühjahr 1891, als sie im Alter von 23 Jahren stand, Chlorose und große psychische Reizbarkeit eingestellt; im Juni 1891 traten Kropf und Herzpalpitation hinzu; bald darauf Exophthalmus, Hitzegefühl, profuse Schweißausbrüche, Zittern, Schlaflosigkeit und Athemnoth. 1 Jahr hindurch hatte sie Behandlung unterzogen, bei genügender Ruhe und guter Pflege. Die

Krankheitserscheinungen hatten sich dabei aber immer mehr verschlimmert. Sehr bleich und heruntergekommen und mit hochgradiger Dyspnoë kam sie im Mai 1892 in die Klinik. W. entfernte die linke Kropfhälfte, welche 86 g wog. Die größere zurückgebliebene rechtsseitige Hälfte wurde auf ca. 100 g geschätzt. Die Luftröhre war wie in den übrigen von W. operirten Basedowfällen säbelscheidenförmig. Am 25. Tage nach der Operation wurde Pat. mit geheilter Wunde entlassen. Die Athembeschwerden waren vollkommen beseitigt; die meisten übrigen Erscheinungen des Basedow bestanden aber vorläufig noch fort. Im Laufe des Sommers nahm Pat. 24 Pfund an Körpergewicht zu; auch besserten sich allmählich alle Erscheinungen des Basedow. Seit dem Herbst 1892 ist Pat. absolut frei von allen subjektiven Beschwerden; sie hat ein gesundes Aussehen bekommen und ihre frühere Fröhlichkeit wiedererlangt. Im April 1893 hat sie sich verheirathet; September 1894 und Oktober 1895 hat sie geboren.

Gegenwärtig besteht noch ein pfaumengroßer rechtsseitiger Kropfrest, dessen Gewicht auf höchstens 40 g abzuschätzen ist, ferner ein sehr geringer Exophthalmus; kaum noch andeutungsweise das Graefe'sche Symptom. Dagegen ist die Herzthätigkeit durchaus normal; Pulsfrequenz 70. Tremor, wenn überhaupt vorhanden, minimal; Schweißsekretion, psychischer Zustand, Schlaf normal. Stellwag'sches und Möbius'sches Symptom, Kopfschmerz und Ohrensausen geschwunden. Sensibilität im Bereich des Trigeminus nach Prof. Mendel's Feststellung intact; dessgleichen der elektrische Leitungswiderstand der Haut ohne deutliche Abweichung gegen die Norm. Das absolut gute subjektive Befinden hat im Laufe der letzten 4 Jahre niemals die geringste Unterbrechung erfahren.

Zu weit gehende allgemeine Schlussfolgerungen dürfen, so erfreulich auch der Verlauf des Falles war und geblieben ist, natürlich nicht aus demselben gezogen werden. Aber in Verbindung mit dem, was Rehn, Mikulicz, Krönlein u. A. berichtet haben, zeigt doch der Fall, dass es unzulässig ist, über die Strumektomie bei M. Basedowi, wie es Buschan gethan hat, und wie es mit ihm viele Neuropathologen, die die operirten Fälle gar nicht gesehen oder genauer geprüft haben, thun, den Stab zu brechen.

Nicht einmal das kann zugestanden werden, dass die Kropfexstirpation bei M. Basedowi, wie viele Autoren annehmen, lediglich in denjenigen Fällen eine Berechtigung habe, in welchen Trachealstenose vorhanden ist. In dem vorgestellten Falle sind nach der Operation die Herzaffektion, der Tremor, die profuse Schweißsekretion, die psychische Alteration geschwunden. Alle diese Erscheinungen haben mit der Trachealstenose nichts zu thun; sie fehlen bei noch so hochgradiger durch gewöhnliche Kröpfe erzeugter Trachealstenose.

Der Fall zeigt ex juvantibus, dass mit den Hypothesen der meisten Neuropathologen, nach welchen der Basedow lediglich entweder auf einem primären Reiz- oder Lähmungszustande des Sympathicus, oder auf einer Vaguslähmung, oder auf einer organischen oder funktionellen Erkrankung des Bulbus der Medulla oblongata, oder auf einer Neurose der Gehirnrinde beruhen soll, uns nicht gedient sein kann.

Vielmehr gewinnt auf Grund der Beobachtung dieses Falles aufs Neue die Hypothese an Wahrscheinlichkeit, dass der Kropf eine gewisse, sei es zunächst auch noch so dunkle ursächliche Rolle bei der Entstehung des Basedow spielt, mag es sich dabei um Besonderheiten der anatomischen Lage einzelner Kröpfe in Beziehung zum Sympathicus oder Vagus handeln, oder um Intoxikation des Nervensystems durch einen von der Schilddrüse producirten Giftstoff oder um eine von den Endverzweigungen des Sympathicus in der Schilddrüse ausgehende Reflexneurose.

Wenigstens ist eine solche Annahme so lange berechtigt, als es den internen Ärzten nicht gelungen ist, uns Fälle von eben so schweren Störungen durch genuine Basedow'sche Krankheit, wie in dem vorgestellten Falle, zu zeigen, in welchen ein eben so lange andauerndes Schwinden aller subjektiven Krankheitserscheinungen, wie hier, auch ohne Operation erzielt worden wäre.

ein gehäufte Esslöffel Acidum tannicum zugesetzt wurde, getauchte Kompressen auf diese Partien auflegen lässt. Jeder Pruritus sei auf diese Weise heilbar. Bei P. pudendorum des Weibes schickt er desinficirende Injektionen (Lysol, dann laues Wasser, endlich Sublimatlösung unmittelbar hinter einander) in die Scheide voraus und legt zwischen die großen Labien einen in Tanninlösung getauchten Gazetampon. Er ist der Überzeugung, dass die desinficirende Eigenschaft des Tannins, welches leider die Wäsche ruiniert, bei der Heilung des Pruritus eine große Rolle spielt. Gold (Bielitz).

9) **A. Bellissent.** Contribution à l'étude du traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë et du traitement curatif de l'ostéomyélite chronique (ostéoplasties).

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

In der lesenswerthen Arbeit beschreibt Verf. zuerst genauer die serotherapeutischen Versuche Canon's, dann die Frühoperation nach dem Vorschlag Küster's, Karewski's, bespricht die einfache Incision des Periosts, die Trepanation des Knochens sowohl bei akuter Osteomyelitis, als wie bei Ostitis neuralgica und Knochenabscess. Bei der chronischen Form kommt das Evidement, die Resektion des Knochens und schließlich die Amputation resp. Exartikulation in Frage. Die verschiedenen Methoden, die im Knochen entstandenen Defekte zu ersetzen, werden genauer erörtert. Die Methoden nach Jaboulay und af Schultén sind durch ihren Werth an der Leiche geprüft worden. Abbildungen erklären die einzelnen Verfahren.

Verf. kommt zu den Schlüssen:

1) Die Immunisirungsversuche waren noch nicht genügend, fordern aber zu neuen Experimenten in dieser Beziehung auf.

2) Breite und zahlreiche Trepanationen des Knochens genügen in der größten Zahl der mittelschweren Fälle, die Ausräumung der Markhöhle muss für die schweren Formen bleiben.

3) Bei chronischer Osteomyelitis sei die Incision mit der Abhebelung des Periostes ungenügend, außer in einigen Fällen, die als Folgen eines typhösen Fiebers aufgetreten wären.

4) Die Trepanation genügt bei Ostitis neuralgica und kleinem Knochenabscess.

5) Das Evidement ist zur Anwendung zu bringen bei größeren Knochenabscessen und bei Nekrose der Diaphyse, wenn die stehbleibenden Knochenmassen Halt genug bieten. Es ist vorzuziehen der Tunnellirung nach Sédillot, welche oft zur Fistelbildung führe.

6) Die Resektion ist für die den ganzen Knochen durchsetzenden chronischen Formen aufzusparen, eine Epiphysenlinie möglichst zu erhalten. Ferner soll die Resektion nur an den Gliedern mit zwei Knochen zur Anwendung kommen.

7) Nur wenn die Weichtheile in zu weiter Ausdehnung ergriffen wären, ist die Amputation erlaubt.

8) Eingepflanzter lebender Knochen bleibt nicht am Leben, sondern wirkt nur durch seine Anwesenheit. Die Implantation von decalcinirten Knochen, die verschiedenen Plomben erfordern eine bei Osteomyelitis nur selten zu erlangende aseptische Höhle. Nur beim Ersatz eines ganzen Knochens ist die Überlegenheit der Einpflanzung lebenden Knochens anzuerkennen, und zwar nach der Methode Mac Ewen's und Poncet's. Am besten ist Material von demselben oder von einem anderen Menschen zu verwenden, weniger geeignet von einem Thier. Die Einpflanzung hat in der Zeit der Wundheilung zu erfolgen.

9) Bei genügendem Knochenmaterial kommt die osteoplastische Methode in Frage. Das Verfahren von Neuber ist ungenügend, da es nicht die Knochenhöhle als solche berücksichtigt; dasselbe gilt von der Methode Aldoff's. Die osteoplastische Nekrotomie nach Bier passt nur für die Tibia und wendet sich nicht gegen schon bestehende Knochenhöhlen. Nach Leichenversuchen ist die Methode Jaboulay's (Procédé univalve) einfacher als die Annäherung beider Wände an einander nach dem Vorschlag af Schultén's, und man wird ihr den Vorzug geben bei allen Knochen, mit Ausnahme des Vorderarmes und des Calcaneus.

Krankengeschichten eigener wie fremder Beobachtung schließen die Arbeit, der noch die Photographie einer Resektion der ganzen Diaphyse des Radius beigegeben ist, eben so wie des nach 4 Monaten erzielten guten funktionellen Erfolges.

Borchard (Posen).

10) **M. Sulzer.** Anatomische Untersuchungen über Muskelatrophie artikulären Ursprungs.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift für Prof. E. Hagenbach-Burekhardt.)

Basel u. Leipzig, **C. Sallmann**, 1897. 173 S. Mit 2 Abbildungen.

Die gründliche, unter Hanau in St. Gallen ausgeführte Arbeit sucht der alten Lehre von Inaktivitätsatrophie der Muskeln bei Gelenkerkrankungen gegenüber der modernen Theorie von der Reflexatrophie wieder etwas Geltung zu verschaffen. Ausgehend von den von Hanau im Jahre 1895 auf dem Physiologenkongress in Bern mitgetheilten Beobachtungen von Atrophie des M. soleus und Erhaltenensein des das Kniegelenk überspringenden Gastrocnemius in Fällen von Fußgelenkankylose untersuchte Verf. das Verhalten der Muskeln in 8 Fällen von Ankylosen und Gelenkerkrankungen; und zwar wurde sowohl das makroskopische Aussehen und das Gewicht (im Vergleich zum gleichen Muskel der anderen Extremität), als auch das mikroskopische Verhalten an frischen Zupfpräparaten und an Schnitten berücksichtigt. Wir beschränken uns darauf, ohne auf die Einzelheiten jedes Falles einzugehen, das Gesamtergebnis mitzutheilen, zu dem Verf. gelangt ist.

*

Was die Fälle von völliger Ankylose betrifft, so konnte S. nachweisen, dass für die Atrophie der in Frage kommenden Muskeln einzig und allein das Maß der Inaktivität, der sie anheimgefallen, in Frage kommt. Die ganz außer Thätigkeit gesetzten, nur das ankylosirte Gelenk überspringenden Muskeln fanden sich, in älteren Fällen wenigstens, völlig entartet, bisweilen durch Fett ersetzt. Die in ihrer Thätigkeit nur reducirten, außer dem versteiften noch ein bewegliches Gelenk bedienenden Muskeln dagegen fanden sich nur bis zu einem gewissen Grade atrophisch. Diese funktionelle Vertheilung der Atrophie mit im Voraus zu bestimmender Auslese unter den verschiedenen Muskeln einer Extremität lässt sich nach Verf. nur durch Inaktivität, nicht aber durch einen Reflexvorgang erklären.

Schwerer zu beurtheilen sind die Fälle von Gelenkentzündungen mit wenigstens passiv beweglichem Gelenk. Verf. findet, ohne aus der verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen weitergehende Schlüsse ziehen zu wollen, dass die Inaktivität auch hier eine ganz hervorragende Rolle spielt, und zwar nach demselben Gesetz, welches sich bei den Fällen von Ankylose als richtig erwiesen hat. Am auffallendsten zeigte sich dies bei Gonitis an den verschiedenen Köpfen des *M. quadriceps femoris*. Der am Becken inserirende *M. rectus* zeigte in allen Fällen weniger Atrophie, als die sich am Oberschenkel anheftenden *Mm. vasti* und als der *M. cruralis*.

Diese Resultate stimmen völlig mit denen überein, welche Strasser 1883, gestützt auf seine Untersuchungen an einem ankylosirten Ellbogen, in einer zu wenig beachteten Arbeit mitgetheilt hatte, und bilden eine Bestätigung der schon 1859 geäußerten Ansicht Cruveilhier's, dass der Grad der Muskelatrophie von dem Grad der vorhandenen Beweglichkeit abhängt.

So viel geht aus der Arbeit von S. hervor, dass die Inaktivität bei der Muskelatrophie nach Gelenkerkrankungen eine große, wenn nicht die Hauptrolle spielt, und dass es ungerechtfertigt wäre, sie so sehr in den Hintergrund zu drängen, wie es z. B. die Charcot'sche Schule thut. In wie fern reflektorische Einflüsse dabei gleichzeitig im Spiel sind, das muss erst noch untersucht werden. Es wäre theoretisch wohl denkbar, dass der von Vulpian, Paget, Charcot u. A. vermuthete trophoneurotische Reflex nur in denjenigen Muskeln zu Stande käme, welche in Folge der Gelenkerkrankung völlig unthätig geworden sind. Die Atrophie wäre in diesem Falle sowohl Reflex-, als Inaktivitätsatrophie. (D. Ref.)

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) J. Hennequin. Étude critique sur le traitement ambulatoire.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

Die ambulatorische Frakturbehandlung oder, wie sie der Autor lieber bezeichnen möchte, die Behandlung unter Gebrauch des Gliedes (>par l'activité<) hat in Frankreich bisher keinen Anklang finden können,

obwohl dies Land, wie der Autor klagt, »geneigt ist, auf jedes Geräusch von jenseits des Rheins mit so aufmerksamen und zuweilen so willigen Ohren zu lauschen, dass man versucht wird, an den König Midas zu denken.« Auch er selbst kommt zu dem Schluss, dass die Hoffnung, die Verletzten vor der Konsolidation eines Ober- oder Unterschenkelknochenbruches mit Nutzen zum Gehen zu bringen, für den Augenblick nur ein schöner Traum ist, dessen Verwirklichung, so sehr man sie wünschen möchte, vor der Hand noch nicht entgegen gesehen werden kann; — allerdings kommt er dazu nicht auf Grund eigener Erfahrungen oder Beobachtungen anderer Fälle, sondern lediglich auf dem Wege der Deduktionen. Gegenüber den enthusiastischen Lobeserhebungen der Verfechter dieser »modernen« Behandlungsweise kann man sich seine eigene Meinung sehr wohl vorbehalten und wird doch zugeben müssen, dass diese Kritik des Verf. von Voreingenommenheit nicht frei ist. Für ihn zerfallen die dem Verfahren nachgerühmten Vorzüge in Nichts, die Technik kann die wichtigsten Forderungen einer rationellen Frakturbehandlung nur unvollkommen oder in unzuverlässiger Weise erfüllen, sodaß die Gefahr des Misserfolges alle Vortheile ohne Weiteres aufwiegt. Allerdings stellt sich für ihn die Behandlung nur im Bilde eines mühsam einige Schritte im Saal oder Hof eines Hospitals Herumwankenden dar. Höchstens Unterschenkelquerbrüche bei Erwachsenen mit sitzender Beschäftigung mögen dieser Behandlung unterworfen werden können, bei Greisen, Kindern, der ungeheuren Mehrzahl der Frauen, sehr dicken, muskelstarken oder sehr schwächlichen Individuen ist sie kontraindicirt oder ohne jeden Nutzen.

H. Frank (Berlin).

12) **Naz.** De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque et en particulier de certaines formes frustes de cette affection.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

Die umfangreiche Arbeit stützt sich auf 40 Beobachtungen, von denen 8 aus der Klinik Delbet's stammen und Veranlassung zu der Dissertation gegeben haben. Der Ausdruck Sacrocoxalgie soll für die tuberkulösen Formen reservirt bleiben. Da der Bandapparat an dem Gelenk sehr stark ist, so kommt es, dass die tuberkulösen Granulationen sich zum Theil periartikulär ausbreiten, und dass nie sich Luxationen oder Subluxationen ausbilden. Die atypische Form ergreift nicht das ganze Gelenk, sondern nur einen bestimmten Theil, und ist begleitet von einer Hyperostosenbildung, welche Neigung zur Ankylosirung hat. Diese letztere Form weicht von dem typischen, bekannten klinischen Bild wesentlich ab. Ihre Symptome sind im Wesentlichen nur das Hüftweh und der Abscess. Diese Form wird von Delbet bezeichnet als Sacrocoxalgie fruste und sie überwiegt an Häufigkeit des Vorkommens die typische Form. Differentialdiagnostisch kommt besonders in Erwägung die Coxalgie und die Tuberkulose der Lendenwirbelsäule.

Bei den trockenen Formen der Erkrankung kommt die konservative Behandlung in Betracht, bestehend in horizontaler oder vertikaler (portativer) Extension. Bei Eiterung, Fistelbildung sind operative Eingriffe, wie Auskratzung, Spaltung etc., am Platze.

Man muss aber hierbei Alles forträumen, gegebenenfalls sogar sich durch eine Trepanation von dem Zustand der vorderen Gelenkfläche überzeugen. Kontraindicirt ist dies trotz des Rathschlages von Golding Bird bei den leichteren Formen der Erkrankung und bei Individuen mit schon vorgeschrittenen sonstigen tuberkulösen Erkrankungen. Die operativen Resultate würden noch bessere sein, wenn man sich nach dem Vorschlag Delbet's schon bei der bloßen Schwellung der Gelenkgegend zum Eingriff entschliesse.

Jodoformeinspritzungen haben bei den Abscessen dieser Erkrankung keinen Zweck, weil die Höhle Zwerchsackform hat, und so das Jodoform nicht an den eigentlichen Erkrankungsherd gelangt.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Tabelle von 38 aus der Litteratur (es sind nur französische und einige englische Autoren berücksichtigt) zusammengetragenen einschlägigen, operativ behandelten Fällen.

Borchard (Posen).

13) **A. Lorenz.** Reposition de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde d'après la méthode d'Adolphe Lorenz, de Vienne.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 2.)

Der Artikel bringt die Replik, welche für die französischen Leser der Zeitschrift durch die Angriffe Paci's in derselben (s. Ref. No. 2) nothwendig geworden ist, für die deutschen Leser aber nichts Neues; der Inhalt stimmt auch zu den dem obigen Referat angefügten Ref.-Bemerkungen. Von Neuem betont L., dass seine Methode eine vollkommene Reposition darstellt, Paci nur eine Verbesserung der Stellung des Kopfes im Auge hat, und dass, wenn auch in beiden Verfahren die Flexion des Oberschenkels eine Rolle zu spielen hat, die letztere doch grundverschieden, die Ähnlichkeit eine ganz äußerliche ist. Sie dient Paci zur Herunterholung des Kopfes, welcher auf dem Wege der Cirkumduktion in eine bessere Stellung gelangt, ihm nur, um den Kopf, welcher durch Extension heruntergebracht ist, hinter den hinteren Rand der Gelenkpfanne zu führen, von wo aus er dann hineingebracht wird. Zur Konsolidation der neuen Stellung will Paci den Zug und Ruhe, L. die Muskelthätigkeit, welche den Kopf gewissermaßen selbstthätig durch Einschnürung festhält, und die Funktion.

H. Frank (Berlin).

14) **M. W. af Schultén.** En metod att genom en plastisk operation utfylla benhålör i femur.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXXVIII. p. 671.)

Die osteomyelitischen Erkrankungen des Schenkelbeins sind oft von sehr großen Zerstörungsprocessen gefolgt, bezw. Sequestern, Gra-

nulationsherden oder Abscessen im Knochenmark. Die nach den operativen Eingriffen zurückgebliebenen großen Höhlen heilen — wenn es überhaupt je gelingt — wie bekannt nur schwer und immer sehr langsam, selbst wenn eine sorgfältige Entfernung aller kranken Theile stattgefunden hat. Die radikale Beseitigung einer solchen Höhle bietet den Chirurgen oft die größten Schwierigkeiten dar. Die Zahl der dafür vorgeschlagenen Methoden ist eine große. Man hat zuerst versucht, durch Abmeißelung der Knochenkanten in möglichst weiter Ausdehnung eine muldenförmige Grube herzustellen und Haut-Muskel-Periostlappen in die Tiefe zu lagern. Ferner sind Methoden vorgeschlagen, um diese Höhlen unter feuchtem Blutschorf zur Füllung zu bringen. Weiter sind dekalcinirte Knochen, Celluloidplatten, Gipsbrei und Amalgam von hervorragenden Autoren empfohlen worden. Aber keine dieser Methoden hat die auf sie gesetzten Hoffnungen erfüllt. Verf., der vor Kurzem eine osteoplastische Methode, um Knochenhöhlen in der Tibia auszufüllen, ersonnen hat (cf. Referat in diesem Blatte 1897 p. 283), veröffentlicht a. a. O. eine Methode, Höhlen im Schenkelbein zu beseitigen.

Da die anatomischen Verhältnisse am Femur eine Mobilisirung der Knochenlamellen, wie sie Verf. am Schienbein mit so vorzüglichen Resultaten ausgeführt hat, verbieten, verfährt er am Schenkelbein in folgender Weise. Nachdem die Höhle in einer ersten Sitzung von Sequestern, krankhaften Granulationen etc. in üblicher Weise mit scharfen Löffeln vollständig ausgeräumt ist, und zwar in so weiter Ausdehnung, dass alles Krankhafte mit Gewissheit entfernt ist, wird die Wunde in der ganzen Ausdehnung sorgfältig austamponirt. Diese Tamponade wird etwa 3—4 Wochen fortgesetzt, bis dass die Wände überall mit frischen Granulationen austapeziert sind. Jetzt folgt in einer zweiten Sitzung die plastische Füllung derselben. Die Höhle wird zuerst von den Granulationen und dem neugebildeten Bindegewebe durch gründliches Auskratzen befreit. Nach exakter Blutstillung unter Lösung des vorher angelegten Esmarch'schen Schlauches wird sodann ein gestielter Muskel-Periostlappen von der Umgebung der Knochenhöhle ausgeschnitten. Wenn es, wie gewöhnlich, sich um eine Höhle am unteren Ende des Schenkels handelt, und zur Entfernung der krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung ein äußerer Längsschnitt gelegt ist, spaltet man mit einem transversalen Schnitt vom medialen Wundrand an der vorderen Seite des Schenkels und etwa handbreit oberhalb der Kniescheibe Haut und Unterhautbindegewebe. Nach Lospräpariren der so entstandenen rechtwinkligen Hautlappen kann man den Muskel-Periostlappen in beliebiger Größe ausschneiden, und dieser wird dann hinlänglich mobilisirt — während genügend breite Basis gelassen wird — und in die Knochenhöhle eingeklappt. Hier wird er eventuell, aber unter Vermeidung aller Spannung, mit einigen Katgutnähten fixirt. Ist die Größe des Lappens richtig berechnet, füllt er die Höhle vollständig aus. Die Hautwunden werden, eventuell nach Anfrischung der

Ränder der ersten Wunde, fast bis an die Winkel genäht. Verf. warnt ausdrücklich vor irgend einer vollständigen Schließung der Wunde. Die keineswegs aseptischen Verhältnisse, die eine solche Wunde darstellt, verbieten dies ohnehin von selbst.

Der Verband soll die Wunde in möglichst großer Ruhe lassen. Um diesen Zweck in noch höherem Grad als mit einem aseptischen Verband zu erreichen, legt Verf. über die Wunde zuerst einen Metalldrahtbogen — etwa wie ein Chloroformkorb — und dann den Verband. Die Verbandtheile kommen in dieser Weise nie mit der Wunde in direkte Berührung. Ist die Eiterung nicht groß, wird der erste Verband bis 14 Tage liegen gelassen.

Die Wunde heilt gewöhnlich binnen 1—2 Monaten. Sollte die Heilung noch längere Zeit in Anspruch nehmen, ist es wahrscheinlich, dass die krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung nicht vollständig entfernt worden sind.

Ist die Knochenhöhle sehr groß, lässt sie sich nicht mit einem Muskel-Periostlappen ausfüllen, so bildet Verf. einen oberen und einen unteren Lappen, bezw. mit proximalem und distalem Stiel, und zwar so, dass die Lappen von der vorderen resp. hinteren Seite des Schenkels genommen werden. In vereinzelten Fällen, besonders bei Höhlen im oberen Theil des Schenkelbeins, kann es vortheilhaft sein, den Lappen von vorn herein mit unterem Stiel zu schneiden, auch wenn er solitär ist.

Verf. hat diese Methode in etwa 20 Fällen benutzt. Die Resultate waren sehr befriedigend. Fälle, die vorher allen Behandlungsmethoden widerstanden und zu unschließbaren Fisteln geführt hatten, wurden im Laufe von 1—2 Monaten völlig und dauernd geheilt. Recidive haben sich nicht gezeigt, wenn nur in der ersten Sitzung gründliche Ausräumung gemacht war.

Verf. hat durch beigelegte schematisirende Zeichnungen sein Verfahren veranschaulicht. 13 ausführliche Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen schließen die Arbeit ab.

A. Hansson (Warberg).

15) E. Casati. Di una modificazione all' amputazione osteoplastica del ginocchio alla Gritti.

(Communicazione letta all' accademia delle scienze medicale e naturali di Ferrara il giorno 31 Maggio 1896.)

Die starke Verkürzung des Amputationstumpfes bei der osteoplastischen Oberschenkelamputation nach Gritti versuchte Verf. zuerst durch eine Plastik der Quadricepssehne zu vermeiden; alle hier angestellten Versuche erwiesen sich ihm aber als praktisch unausführbar. Er schlägt desshalb eine andere Methode vor, die er selbst in 3 Fällen bereits mit gutem Erfolg angewendet hat. Nach Exartikulation des Unterschenkels in gewöhnlicher Weise sägt er eine kaum centimeterdicke Scheibe von der Gelenkfläche des Oberschenkels ab und zerlegt dann, ebenfalls mit der Säge, die Kniescheibe in frontaler

Richtung in 2 Scheiben, indem er an der Hinterfläche und am oberen Ende derselben beginnt und unten eine Weichtheilbrücke stehen lässt. Die so gespaltene Kniescheibe lässt sich dann wie ein Buch aus einander klappen und deren hintere Hälfte der mit dem Meißel entsprechend zugespitzten Sägefläche des Oberschenkels ohne Spannung auflegen. Auf diese Weise wird der Amputationsstumpf um die Höhe der Kniescheibe verlängert. Sultan (Göttingen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung.

Von

Dr. E. Juvara,

Assistent der II. chirurgischen Klinik in Bukarest.

Der Barbier C. C., 40 Jahre alt, wohnhaft in Berlad, tritt in das Berlader Spital »Barlad si Elena Beldiman« (Direktor Dr. Cerechez) am 27. Juli 1896 wegen eines großen Tumors in der Kniekehle ein.

Im Alter von 16 Jahren hat Pat. einen Tripper ohne weitere Folgen überstanden, 2 Jahre später ein Ulcus molle mit rechtsseitiger Adenitis.

Im Frühling 1895 bekam er eine akute, fieberhafte Erkrankung; zu derselben Zeit schwellen seine beiden Unterschenkel an und bedeckten sich mit zahlreichen eitrigen Geschwüren. Auf Anrathen eines Arztes machte Pat. eine Jodkur in einer Badestation durch, von wo er geheilt zurückkam; der rechte Unterschenkel aber blieb immer geschwollen; hier spürte er Schmerzen, Kribbeln, Beschwerden im Gehen und Stehen.

Im Winter desselben Jahres fiel Pat. auf dem Eise; Tags darauf tritt er ins Spital ein. Damals konnte man eine Schwellung der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels konstatiren. Die Haut war geröthet und geschwollen, und durch Palpation konnte man nur schwierig einen harten, pulsirenden Tumor fühlen; es wurde ein entzündetes Aneurysma diagnosticirt. Pat. wurde sofort in absolute Ruhe gebracht, der Unterschenkel in einer Rinne immobilisirt. Nach 8 Tagen ging das akute Stadium zurück, bald darauf verließ Pat. das Spital. Mit der Zeit wurde sein Gang aber schwieriger, die Schmerzen kontinuierlich, und manchmal waren dieselben so unerträglich, dass sie nur durch Morphininjektionen gestillt werden konnten.

In diesem Zustand tritt Pat. neuerdings ins Berlader Spital ein, wo ich ihn gelegentlich meines dortigen Aufenthaltes zu sehen bekam. Er ist sehr kräftig gebaut, mit einem sehr gut entwickelten Knochen- und Muskelsystem. Die rechte Wade hat einen Umfang von 65 cm, beinahe 20 cm mehr als die linke. Am unteren Theile der Kniekehle, unter der Biegungsfalte, beginnt eine eirundliche Erhebung, die am mittleren Drittheil des Unterschenkels aufhört. Die Haut, von normalem Aussehen, ist über dem Tumor gespannt, aber verschieblich. Mittels Palpation lässt sich ein fixer Tumor von der Größe eines Kindskopfes feststellen. Das obere Ende lässt sich leicht begrenzen, während unten innen und außen die Begrenzung wegen der Bedeckung durch Muskelschichten nicht leicht ist. Nach außen scheint er mit der Fibula enge Verbindungen zu haben. Der Tumor zeigt isochrone Bewegungen mit den Pulsationen der Arterien, welche Bewegungen mehr mitgetheilt, als der Ausdruck wirklicher Erweiterung zu sein scheinen. Auskultation ergibt kein Geräusch. Der leicht zu fühlende Puls an der Art. femoralis und der Art. poplitea, oberhalb des Tumors, ist absolut unfühlbar in der Art. tibialis ant., der Pediacia und der Tibialis post. Das Kniegelenk ist frei und

27) Finckh. Über die Reponibilität der veralteten Schultergelenkluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

F. hat durch statistische Bearbeitung der in der Bruns'schen Klinik beobachteten Fälle von Oberarmverrenkungen einen werthvollen Beitrag zur Lehre von den Schulterverrenkungen überhaupt geliefert.

Am stärksten belastet ist das 6. Decennium (71 von 223 Fällen). Männer sind mit 81, Frauen mit 19% betheiligt. Auf die rechte Seite entfallen 67, auf die linke 33% der beobachteten Verletzungen. Auf 201 vordere (97,5%) kommen 5 hintere (2,4%) Verrenkungen; unter den vorderen sind 190 axillare resp. subcoracoidale (92%), 8 präscapulare, 2 subclaviculare und 1 erecta. Bezüglich der Ätiologie sei hier auf die seltenen Fälle hingewiesen, wo die Luxation durch Muskelzug entstand (Fehlhieb mit dem Schläger oder der Peitsche); wiederholt fand sich als Ursache ein heftiger Zug am Arm, z. B. in der Art, dass Pat., im Begriff eine Treppe hinabzustoßen, während des Falles mit den Händen noch einen Halt zu gewinnen vermochte. Auf diese Weise kam sogar eine doppelseitige Verrenkung zu Stande. — Von Komplikationen sind erwähnt: Bruch des Oberarmschaftes (1), des anatomischen und chirurgischen Halses (5), des großen Tuberkels (4), der Pfanne (2), Erscheinungen von Nervenkompression (5), völlige motorische und sensible Lähmung (2). Zahlreich sind die Beispiele recidivirender und habitueller Verrenkungen. — In den Fällen, welche wegen Irreponibilität zur Operation gelangten, wurde als Repositionshindernis meist eine Fraktur des großen Tuberkels gefunden. Von üblen Zufällen während der Repositionsversuche kamen zur Beobachtung: Bruch des Humerushalses, welcher durch Bildung einer Pseudarthrose 3mal eine Besserung der Funktion ergab; vorübergehende Schädigung der Nervenstämmen in 3 Fällen, 1mal Hautemphysem des Brustkorbes mit Athemnoth.

Von 100 Fällen veralteter Luxationen wurde bei 73 der Versuch unblutiger Reposition gemacht; in einem Theil der Fälle unterblieb er, weil die Funktion des verrenkten Armes eine auffallend gute war, in einem anderen, weil von vorn herein ein Erfolg der unblutigen Behandlung nicht zu erwarten stand. 48mal gelang die Reposition. Nach mehr als 14wöchentlichem Bestand der Verrenkung gelang die Einrenkung in keinem Falle. Die Berechnung der erreichten Resultate mit Bezug auf die Zeit des Bestehens der Verrenkung führt Verf. zu folgender Schlussthese: Wenn keine Komplikation mit der Humerusluxation verknüpft ist, ist die Prognose der 2—4 Wochen alten Luxationen eine absolut günstige; bis zu 9wöchentlicher Dauer eine recht gute (77% Heilungen der Fälle aus der 3. bis 9. Woche). Die länger als 9 Wochen bestehenden Schulterluxationen lassen sich auf unblutigem Wege nur ausnahmsweise noch reponiren.

Hofmeister (Tübingen).

28) A. Barsis. Über die subkutane Ruptur des langen Bicepskopfes.

(Wiener med. Presse 1896. No. 50.)

Verf. theilt aus dem Bum'schen Ambulatorium für Mechanotherapie 3 Fälle von subkutaner Ruptur des langen Bicepskopfes mit. Wahrscheinlich war in allen 3 Fällen der Abriss am Übergang des Muskels in die Sehne oder knapp unterhalb desselben erfolgt, da in keinem der Fälle ein oberes Ende des Muskels zu tasten war, und da andererseits das Rissende am herabgesunkenen Theil des Muskels nur aus Muskelsubstanz bestand. Bei den Kranken erfolgte die Ruptur dadurch, dass der kontrahierte Biceps plötzlich und unvermuthet gedehnt wurde. 2 Kranke hatten das äußerst schmerzhaftes Gefühl des Zerreißen empfunden, der 3. Kranke hatte das Gefühl eines Peitschenhiebes. Die direkten Ruptursymptome: Bildung einer Lücke im Verlauf des Biceps, Herabsinken des Muskelbauches gegen die Ellbogengegend, Ausfall der Funktion, waren in allen 3 Fällen vorhanden. Bei einem Kranken bestand auch das Hüter'sche Symptom: Fähigkeit, den Arm in pronirter Stellung zu beugen, nicht aber in supinirter.

Therapeutisch werden die besten Resultate mittels des mobilisirenden Verfahrens erzielt. **P. Wagner** (Leipzig).

29) **F. Zenker** (Hamburg). Beitrag zur Lorenz'schen unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Z. hat in 1 Falle von doppelseitiger angeborener Hüftverrenkung 4 Monate nach der nach Lorenz' Methode erfolgten Einrenkung von dem Becken des 3 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben ein Skiagramm machen lassen und mit dem gewonnenen Bilde das eines 2., therapeutisch noch nicht in Angriff genommenen Falles von einseitiger Luxation eines 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchens verglichen. An letzterem war das Vorhandensein des Y-Knorpels und die Verdickung und Verbreiterung des knöchernen Grundes der kranken Pfanne gegenüber der gesunden Seite auffallend. An dem doppelseitig verrenkt gewesenen Becken fand sich rechts, wo bei der Einrenkung kein deutliches Repositionsgeräusch wahrgenommen worden, der Kopf, nur hinter die rechte Spina ant. inf. sich anstützend, transponirt, links in die rudimentäre Pfanne richtig reponirt und unter dem oberen hinteren Pfannenrande gegenüber kräftigem Druck nach oben feststehend. — In den weiteren Bemerkungen sucht Z. den wesentlichen Unterschied zwischen der Paci'schen, oft nur Transposition erreichenden, und der Lorenz'schen unblutigen Methode festzustellen und das Princip der Mikulicz'- und Schede'schen Verfahren klarzulegen, mit denen nur selten ideale Repositionen, häufiger günstige Transpositionen erzielt würden. Verf. glaubt schließlich den von Lorenz bei der unblutigen Einrenkung erhaltenen Resultaten für die blutige Reposition die Lehre entnehmen zu können, dass es nicht nöthig sei, bei der Operation die Pfannenaushöhlung so tief, wie bisher üblich, zu machen, und hofft, dass durch diese Maßregel die gefürchtete Folge der blutigen Operation, die Ankylose des betreffenden Gelenkes, eher vermieden werden könne.

Kramer (Glogau).

30) **R. H. Harte** (Philadelphia). Epiphyseal separation of the lower-end of the femur.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Juni.)

H. berichtet über 5 Fälle dieser seltenen Affektion, welche im Episcopal Hospital zu Philadelphia zur Beobachtung kamen.

1) Ein 10jähriger Knabe, der sich hinten auf einen fahrenden Wagen hängte, kam mit dem Bein in das Rad. Complicirte Epiphysenlösung am unteren Femurende. Die Epiphyse vollkommen losgelöst, der nackte Schaft der Diaphyse zur Wunde herausragend. Amputation im mittleren Drittel. Heilung.

2) Ein Knabe von 14 Jahren kam in einen Treibriemen und trug links eine einfache Fraktur des Oberschenkels, rechts eine Epiphysentrennung des unteren Femurendes davon. Außerordentliche Difformität; Knie und Kondylen konnten nach rechts und links verschoben werden, eine seitliche Verrenkung im Kniegelenk vortäuschend. Da auf der gleichen Seite noch ein complicirter Splitterbruch des Unterschenkels bestand, so wurde die Oberschenkelamputation gemacht. Heilung.

3) Einem 16jährigen Jungen war eine schwere Eisenplatte auf das Bein gefallen und hatte es dicht oberhalb des Knies getroffen. Auch hier wurde durch die seitliche Verschiebung der Epiphyse eine Verrenkung im Kniegelenk vorgetäuscht. Die Retention der Fragmente war außerordentlich schwierig und wurde im Schienenverband versucht. Nach einigen Tagen trat Vereiterung ein, welche die Amputation nothwendig machte. Heilung.

4) Ein junger Mensch von 18 Jahren lag derart auf einem Frachtwagen, dass seine Beine durch die seitlich angebrachte Thür nach außen gestreckt waren. Beim Fahren stieß er an eine Telegraphenstange an, welche das Bein gegen die Wagenthürkante stemmte und so zur Epiphysenablösung führte. Die Diagnose wurde dadurch leicht gestellt, dass es gelang, Knie und Kondylen gegen den Femurschaft seitlich zu verschieben. Heilung unter Extension.

5) Ein Junge von 15 Jahren gerieth, auf einem Wagen liegend, mit einem Bein in das sich drehende Rad. Starker Erguss im Kniegelenk und über dem Condylus int. fem. Krepitation und seitliche Beweglichkeit. Heilung im Extensionsverband.

Da die Gewalteinwirkung stets eine bedeutende ist, so ist die Prognose, wie aus den 5 Fällen hervorgeht, stets sehr zweifelhaft. Verf. ist der Meinung, dass die Amputation vor der Resektion im entsprechenden Falle den Vorzug verdient.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

31) **Hammer.** Über Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Die Forderung Neisser's, dass bei der Kontrolle der Prostituirten die Sekrete mikroskopisch untersucht werden, damit auch die gonorrhöisch Erkrankten, bei welchen die Diagnose makroskopisch nicht zu stellen ist — und das ist die Mehrzahl — der Hospitalbehandlung zugewiesen werden, ist bisher nur in Breslau, und auch dort nur unvollkommen, durchgeführt. Es ist daher von besonderem Interesse, von dem sehr eingehenden Bericht, den H. über die Stuttgarter Verhältnisse giebt, Kenntnis zu nehmen. In Stuttgart ist durchgeführt, was aus den verschiedensten Gründen empfehlenswerth erscheint, dass die Kontrolluntersuchung in den Händen des Arztes liegt, der zugleich die Hospitalbehandlung der Prostituirten leitet. Bei allen Prostituirten — bei der relativ kleinen Zahl ist das leicht durchführbar — wird 1mal wöchentlich das Harnröhrensekret, alle 4 Wochen statt dessen das Cervicalsekret untersucht. Diejenigen, bei denen Gonokokken gefunden wurden, wurden ins Hospital gebracht. H. hat die Breslauer Erfahrung, dass die makroskopische Diagnose nicht genügt, vollkommen bestätigt; die Zahl der gonorrhöischen Prostituirten im Hospital hat sich seit der Einführung der Untersuchung wesentlich vermehrt. Verf. betont die — Jedem, der viel Gonorrhöen untersucht hat, bekannte — Thatsache, dass der Gehalt des Harnröhrensekretes an Eiterkörperchen für die Diagnose eine Bedeutung hat; je mehr solche, um so wahrscheinlicher, je mehr Epithelien, um so unwahrscheinlicher die Anwesenheit von Gonokokken. Von den Beobachtungen des Verf. im Hospital, welche im Ganzen mit denen des Ref. im Breslauer Allerheiligen-Hospital (cf. Lappe, Statistische Beiträge zur Gonorrhoe der Prostituirten, Allgemeine med. Centralzeitung 1897 No. 7 u. 8) decken, sei hervorgehoben, dass die Behandlung; der Urethritis mit Ichthyol gute Resultate gegeben hat; die Uteringonorrhoe wurde mit Auswischungen mit 5- und 10%iger Chlorzinklösung, die Bartholinitis mit Ätzen mit einer mit Höllenstein armirten Sonde behandelt; bei den letzteren ist der spontane Ausgang in Eiterung oder Verklebung mit Cystenbildung recht günstig. Die genau kontrollirten Heilungsergebnisse sind speciell bei der Urethralgonorrhoe als relativ gut zu bezeichnen.

Jadassohn (Bern).

32) **V. Zarubin.** Zur Frage von der Behandlung der Hautkrankheiten mit den Schilddrüsenpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Da die Thyreoidinbehandlung von vielen Seiten auch für die Behandlung von Hautkrankheiten sehr warm empfohlen worden ist, müssen hier die absolut negativen Resultate, die Verf. bei 3 Psoriasispat. und bei einem mit Sykosis idiopathica mit dieser Therapie erzielt hat, erwähnt werden. Z. hat bei seinen Pat. eine ziemlich hochgradige Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Gewichtsabnahme, Schlaflosigkeit etc. beobachtet und warnt vor der kritiklosen Anwendung dieses keineswegs indifferenten Mittels. (Auch Ref. hat speciell bei Psoriasis das Thyreoidin und die frische Schilddrüse erfolglos — aber allerdings ohne unangenehme Nebenwirkungen — versucht.)

Jadassohn (Bern).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20.

Sonnabend, den 22. Mai.

1897.

Inhalt: W. Zoege v. Manteuffel, Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis.
(Original-Mittheilung.)

1) **Müller**, Lungenembolien bei Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate. — 2) **Fraenkel**, Angiosklerose. — 3) **Spietschka**, Mikrosporon furfur. — 4) **Tandler**, Pityriasis rosea. — 5) **Nikolski**, Pemphigus foliaceus. — 6) **Isaac**, Naphthalan. — 7) **Müller**, Frostbeulen. — 8) **Heidenhain**, Pruritus. — 9) **Bellissent**, Osteomyelitis. — 10) **Sulzer**, Muskelatrophie. — 11) **Hennequin**, Ambulatorische Frakturbehandlung. — 12) **Naz**, Tuberculosis sacro-iliaca. — 13) **Lorenz**, Angeborene Hüftverrenkung. — 14) **at Schultén**, Osteomyelitis des Oberschenkels. — 15) **Casati**, Gritti'sche Operation.

E. Juvara, Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung. (Original-Mittheilung.)

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 17) **Ballance** und **Abbot**, Antistreptokokkenserum. — 18) **Jacob**, Tetanus. — 19) **Dipper**, Infiltrationsanästhesie. — 20) **Waterhouse** und **Gibbs**, Chloroformanästhesie. — 21) **Nannotti**, Gonokokkenpyämie. — 22) **v. Notthafft**, Blennorrhoe. — 23) **Kopp**, Multiple Angiome. — 24) **Berliner**, Morbus Basedowi und Alopecie. — 25) **Kozerski**, Hautaktinomykose. — 26) **Hintner**, Multiple Hautangrän. — 27) **Koch**, Lupus erythematodes. — 28) **Dohi**, Rhinophyma. — 29) **Dreysel**, Lichen ruber. — 30) **Colombini**, Xanthom. — 31) **Herxheimer**, Impetigo contagiosa vegetans. — 32) **Peter**, Pemphigus neonatorum. — 33) **Roxburgh** und **Collis**, Akromegalie. — 34) **Vallas**, Intraklavikuläre Amputation der oberen Gliedmaßen. — 35) **Cousin**, Exstirpation des Schulterblattes. — 36) **Berger**, Pseudarthrose des Oberarms. — 37) **Stoll**, Bicepsriß. — 38) **Wajloff**, Intra-uterine Knochenbrüche.

Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis.

Von

W. Zoege von Manteuffel in Dorpat.

Die Desinfektion der Hände des Arztes ist ein noch ungelöstes Problem, trotz aller praktischen Erfolge der Chirurgie unserer Tage, die das Gegentheil zu beweisen scheinen. Wir sind noch nicht im Stande, unsere Hände so zu desinficiren, dass die Desinfektion unter allen Umständen einer strengen experimentellen Kritik Stand hält. Das lehren uns die Versuche Kümmell's, Fürbringer's, Säger's, Reinecke's, das zeigten uns die Demonstrationen v. Bergmann's auf dem vorletzten internationalen Kongress und die neueren Unter-

suchungen Lauenstein's und Anderer. Eine relative Keimfreiheit können wir erhalten, eine absolute nicht, und immer wieder müssen wir mit dem schwankenden Faktor rechnen, dass das Körpergewebe des Operirten in letzter Instanz mit seinen vitalen Eigenschaften den allerdings meist nicht großen Fehler in der Desinfektion unserer Hände korrigirt. Wir erreichen damit im Allgemeinen, was wir brauchen. Wir erreichen diese relative, aber genügende Keimfreiheit der Hände jedoch nicht mehr, wenn wir infektiöses Material berührt, unsere Hände in Koth oder Eiter getaucht haben.

Durch das sehr bunte Material des hiesigen Stadtkrankenhauses und die Nothwendigkeit, reine und septische Kranke promiscue zu operiren, Empyeme und Phlegmonen zu spalten und gleich darauf Verletzte zu versorgen, bin ich darauf gekommen, die Hände vor Infektion durch ausgekochte Gummihandschuhe zu schützen. Hat man eine größere Zahl geschulter Assistenten, so kann man sich ja wohl auch ohne das helfen. Aber selbst nach vielfachem Waschen, ja oft noch am anderen Tage werde ich nach einer Operation an schwer Septischen das unheimliche Gefühl nicht los, dass meine Hände nicht sicher sind, obgleich heut zu Tage der üble Geruch bald fortzubringen ist, der früher, als man noch nicht mit Alkohol zu desinficiren verstand, sich außerordentlich lange hielt.

Einen weiteren Vortheil der Handschuhe lernte ich bald kennen. Ich selbst leide nicht an Furunkeln. Einer meiner Assistenten jedoch hatte fortwährend mit den Operationsfurunkeln zu kämpfen. Hier waren uns die Handschuhe ebenfalls von großem Werth. — Schließlich hatte ich dann noch Gelegenheit, den Nutzen der ausgekocht bereit stehenden Handschuhe zu erkennen, als Verletzungen eingebracht wurden, die sofortige Hilfe erheischten, und wo 5 Minuten Desinfektion einen bedrohlichen Zeitverlust bedeuteten. Es konnte die primäre Tamponade bei einer Verletzung der Mammaria interna mit Handschuhen ausgeführt und Zeit zur sorgfältigen Desinfektion gewonnen werden. Dasselbe galt von einigen schweren Verletzungen des Abdomens.

Ich benutze die Handschuhe jetzt:

- 1) bei Operationen an Septischen;
- 2) bei Operationen an reinen Wunden, wenn sie nicht auf-schiebbar sind, und ich durch irgend einen Umstand und trotz Punkt 1) mit septischen Dingen in Berührung gekommen bin;
- 3) bei unaufschiebbaren Operationen, in Zeiten, in denen die Hand des Arztes eine Verletzung trägt, oder gar einen Furunkel etc.;
- 4) bei plötzlichen Unglücksfällen.

Unter unaufschiebbaren Operationen verstehe ich nicht bloß Herniotomien, Tracheotomien etc., kurz Operationen, die an sich unaufschiebbar sind. Oft zwingen auch äußere Umstände dazu, eine Operation vorzunehmen zu einer Zeit, wo man gerade eine Verletzung, die sich nicht desinficiren lässt etc., an der Hand trägt. —

In allen den oben genannten Fällen ist es meiner Ansicht nach nicht immer, sagen wir besser nicht möglich, sich die Hände sicher zu desinficiren. Man tröstete sich bei den akut eingebrachten Verletzungen damit, dass man von zwei Übeln das kleinere wählen, dass man vor Allem die augenblickliche Gefahr bekämpfen müsse. Man behielt aber nach solchen Operationen, die mit septisch inficirter oder mit kranker Hand ausgeführt wurden, ein schlechtes Gewissen, bis der Fall glimpflich mit einer Stichkanalleitung, mit einer geopfertem pr. Int. oder aber schlimmer mit allgemeiner septischer Infektion auslief.

In Handschuhen zu operiren ist natürlich etwas unbequem. Bei den Operationen an Septischen hat das nicht so sehr viel zu sagen. Hier handelt es sich doch meist um technisch nicht schwierige Eingriffe. Anders liegen die Verhältnisse, wenn wir die septisch inficirte oder verwundete, die nicht desinficirbare Hand mit dem Gummihandschuh decken, um eine beliebige aseptische Operation auszuführen. Sitzt der Handschuh knapp, so wird die Hand etwas anämisch und bald müde. Die käuflichen Handschuhe haben außerdem einen Fehler: es ist keine Ausweitung für den Daumenballen vorhanden, der Daumen ist daher schwer zu abduciren. Sind wieder die Finger zu lang, so hindern sie das rasche Ergreifen namentlich der Instrumente mit scherenförmigen Griffen. Aber auch bei gut sitzenden Handschuhen, etwa nach Maß gefertigten, wird die Operation vielleicht etwas länger dauern. Was will das aber sagen gegenüber der absoluten Sicherheit einer »ausgekochten Hand«! Und man kann doch schließlich auch größere Operationen ganz gut ohne wesentlichen Zeitverlust ausführen: Ich habe die Handschuhe (außer bei septischen Operationen) bei folgenden Operationen benutzt: bei einer Radikaloperation einer Hernie nach Bassini, zwei Radikaloperationen von Nabelhernien, einer Radikaloperation einer Inguinalhernie beim Weibe, einer Ellbogengelenkresektion von einem radialen Schnitt aus. Die Operationen dauerten vielleicht 5—10 Minuten länger als sonst, aber ich habe noch wenig Übung und noch keine gut sitzenden Handschuhe.

Natürlich pflege ich, so weit das im betreffenden Falle möglich ist, erst meine Hände zu desinficiren, damit, falls der Handschuh irgend wo angeschnitten wird, darunter wenigstens keine ganz undesinficirte Haut zum Vorschein kommt; schon um die Handschuhe anzuziehen, ist das geboten, obgleich man sie sich auch mit einem sterilen Handschuh anziehen kann. Die Ärmel des Operationskittels trage ich schon lange am Handgelenk geschlossen oder wenigstens bis auf dasselbe herabreichend, bei bis zum Ellbogen desinficirtem Arm. Ich habe mir jetzt Handschuhe fertigen lassen, die etwas länger sind als die bei den Chemikern üblichen und über den Ärmel hinaufragen.

In letzter Zeit habe ich auch die für unser chirurgisches Gewissen so peinliche und doch so häufig nothwendige Operation des Touchirens

machen, weil sie, wie er glaubt, einen »centrifugalen Sekretionsstrom« aus der Haut bedingen und dadurch die Ausscheidung des Syphilisgiftes, z. B. bei starker Roseola, begünstigen, endlich weil sie eine specielle Einwirkung auf die Lymphdrüsen haben.

Jadassohn (Bern).

9) **J. S. Loebowitz.** Über die therapeutische Verwendbarkeit des Airois in der dermatologischen Praxis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Die in der Pick'schen Klinik in Prag mit dem neuen Ersatzmittel des Jodoforms gemachten Erfahrungen stellt Verf. als im Ganzen sehr günstige dar. Initialsklerosen (nach Reinigung mit Äther und Sublimat 1 : 1000, mit Airol und grauem Pflaster bedeckt) reinigten sich sehr schnell; die Granulationsbildung ging — wie immer bei syphilitischen Geschwüren ohne Allgemeinbehandlung — langsamer vor sich; die Sekretion hörte bald auf; junges Epithel wurde — wenn es nicht durch eine Salbe geschützt wurde — manchmal durch das Airol zur Abstoßung gebracht. Exulcerirte Papeln und gummöse Geschwülste wurden ebenfalls sehr günstig beeinflusst; auch bei Ulcera molliä war das Airol dem Jodoform nicht unterlegen. Bei einigen eröffneten Bubonen war der Einfluss auf Sekretion und Granulationsbildung ein ganz besonders günstiger — bei anderen verhinderte das Airol den Belag nicht, während das dem Jodoform bald gelang. In dieser Beziehung also verdient das letztere den Vorzug. Bei innerer Darreichung (in Dosen von 1 bis 3 g pro die) wurde das Airol gut vertragen und schnell resorbirt. Auch bei Brandwunden, nach Paquelinisirung von Lupusherden, bei Beingeschwüren (in Verbindung mit Salicylseifenpflaster) bewährte sich das neue Mittel, das durch die erwähnten Eigenschaften, wie durch seine Geruchlosigkeit und Billigkeit einen Platz in unserem Arzneischatz verdient.

Jadassohn (Bern).

10) **J. Thomas-Thomescio.** Considérations sur l'étiologie générale des dermatoses avec une étude spéciale sur le rôle du système nerveux dans la pathogénie de quelques affections cutanées.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1895.

Die vorliegende wesentlich kritisch referirende und philosophirende Arbeit giebt einen guten Überblick über die ätiologischen Anschauungen speciell der modernen französischen Dermatologie. Verf. theilt die Hautkrankheiten ein in I. solche mit äußerer Ursache (traumatisch, parasitär), II. Toxikodermatosen, III. Trophodermatosen, IV. Dermatoneurosen, und V. Hautdifformitäten (über die Berechtigung dieser wie jeder anderen Klassifikation ließe sich streiten). Er giebt einen kurzen Überblick über die I. und II. Klasse und hält sich speciell bei den nervösen Hautkrankheiten auf; die Grundlagen

unserer Kenntnisse auf diesem Gebiet werden kritisch erörtert und dann die einzelnen Affektionen (Erytheme, Rosacea, Lupus erythematosus, Ekzeme, pruriginöse Dermatosen) zum Theil auf Grund eigener Beobachtungen besprochen. Die — rein hypothetischen — Auseinandersetzungen über die Pathogenese der nervösen Dermatosen und die prognostischen und therapeutischen Bemerkungen haben eine geringere Bedeutung; aus den letzteren ist hervorzuheben, dass der Verf. sich dem bei uns als überwunden geltenden Standpunkt anschließt, dass man manche Hautkrankheiten nicht heilen dürfe, weil sie in einer Wechselbeziehung zu inneren Leiden stehen.

Jadassohn (Bern).

11) C. Beck. Beiträge zur Kenntnis des Molluscum contagiosum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die Diskussion über die Natur des Molluscum contagiosum wird augenscheinlich nicht zur Ruhe kommen, bis die Frage definitiv gelöst ist, ob die eigenartigen, in diesen Geschwülsten zu beobachtenden Zellveränderungen parasitär oder degenerativ sind. Für den nicht specialistisch Interessirten ist es kaum mehr möglich, den Einzelheiten dieser Diskussion zu folgen; es sei desswegen hier auch nur hervorgehoben, dass B. neben einem genaueren Studium der Pigmentirung des Molluscum — das eine tiefe Störung der Epithelpigmentirung ergab — mit einer neuen, im Original nachzulesenden Färbungsmethode zu dem Wahrscheinlichkeitsschluss gekommen ist, dass die von ihm in interessanten Bildern dargestellte Zellveränderung degenerativer Natur ist.

Jadassohn (Bern).

12) Łukasiewicz. Über das erste und zweite Stadium der Alibert'schen Dermatoze (Mycosis fungoides).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die unter dem Namen »Mycosis fungoides« bekannt gewordene, zuerst von Alibert beschriebene Dermatoze ist in ihrer Ätiologie noch ganz unaufgeklärt und auch in ihrem klinischen und anatomischen Verhalten noch nicht genügend durchgearbeitet. Namentlich die ersten beiden Stadien (das der ekzemartigen Herde und das der knoten- und buckelförmigen Infiltrate) sind relativ wenig untersucht, während die beiden weiteren (das der rasch wachsenden Geschwülste und das der Kachexie) speciell zu anatomischen Studien naturgemäß reichlicher Gelegenheit gegeben haben. Der Pat. Ł.'s ist — vermuthlich wegen der an sich als rein zufällig aufzufassenden Kombination mit Tuberkulose — vor der eigentlichen Geschwulstbildung gestorben. Auf Grund seines histologischen Befundes kommt Verf. zu dem Resultat, dass es sich auch in den ersten Stadien dieser Dermatoze um eine wesentlich in Proliferation der Bindegewebszellen sich äußernde Entzündung handelt, während die exsudativen Processe sehr in den Hintergrund treten. Von den verschiedenen Erklärungsversuchen

stimmt L. keinem zu. Mikroorganismen von irgend welcher Bedeutung hat er nicht gefunden, und er sieht keinerlei Grund, die Krankheit, wie das verschiedentlich geschehen ist, als infektiöse Granulationsgeschwulst aufzufassen. Eben so wenig möchte er sie in Beziehung zur Lymphadenie bringen — die Drüsengeschwülste, die auch der Pat. des Verf. gehabt hat, waren einfach chronisch-entzündlicher Natur und als unmittelbare Folge der Hauterkrankung zu deuten. Von den Hautsarkomen, zu welchen Kaposi die Mycosis fungoides früher zu rechnen geneigt war, ist sie durch den histologischen Befund streng geschieden. Die neuerdings von Kaposi angenommene Gruppe der »sarkoiden Geschwülste« vermag L. ebenfalls aus histologischen Gründen nicht anzuerkennen und so bleibt nur ein Non liquet übrig.

Jadassohn (Bern).

13) L. Nielsen. Melanosis et keratosis arsenicalis.

(Monatsschrift für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 3.)

Von den Nebenwirkungen des Arsens haben in den letzten Jahren besonders 2 Beachtung gefunden: die Arsenpigmentirung und die Arsenkeratosen. Der Verf. hat beide Erscheinungen bei einem Pat., welcher ein Jahr lang Solutio Fowleri in mäßigen Dosen genommen hatte, noch ein Jahr nach Aufhören der Medikation beobachtet, und schildert im Anschluss an diese Beobachtung das in der Litteratur niedergelegte Material. Die Arsenpigmentirung schließt sich entweder an, bestehende Hauterkrankungen, die mit Arsen behandelt worden sind, an oder sie entsteht primär, ohne vorhergehendes Erythem (das aber als Arsenexanthem vorkommen kann) nach akuten und chronischen Vergiftungen oder nach einer stärkeren oder schwächeren Arsenbehandlung, bald nach kürzerer, bald nach längerer Zeit; sie tritt nach Gowers zuerst in Form kleiner runder Flecke auf, lässt, wenn sie diffus wird, oft kleine weiße Stellen bestehen, ist mehr oder weniger intensiv braun, besonders stark oft an den physiologisch reichlicher pigmentirten Theilen; die Schleimhäute bleiben im Allgemeinen frei (Ausnahmen: Darm und 1mal Conjunctiven). Die Verfärbung kann nach kürzerer oder auch nach sehr langer Zeit (event. unter Abschuppung und Jucken) schwinden; sie kann auch andauern. Differentialdiagnostisch ist vor Allem der Morbus Addisonii zu berücksichtigen. Therapeutisch ist außer dem Fortlassen des Arsens nicht viel zu thun.

Die Arsenkeratose ist bisher wesentlich seltener beobachtet worden als die Melanose; in etwa der Hälfte der Fälle bestand die letztere neben der ersteren. Die Bedingungen für ihr Zustandekommen sind ungefähr die gleichen. Die Keratose ist immer symmetrisch, meist an Flachhänden und Fußsohlen lokalisiert; sie ist entweder diffus über diese Regionen ausgebreitet, manchmal auf die Fußbrücken übergreifend, oder sie tritt in zahlreichen zerstreuten kleinen Hornbildungen (Corns) auf, die sich aber meist mit der diffusen Form kombiniren; sie können an den Schweißdrüsenausführungsgängen

lokalisirt, eine Hyperidrosis kann mit ihnen kombinirt sein, aber auch allein auftreten. Die Keratose entwickelt sich meist ganz allmählich, selten mit Entzündungserscheinungen, selten mit Schmerzen oder Jucken. N. referirt im Anschluss daran über Hutchinson's »Arsenik-Cancers«, die meist im Anschluss an mit Arsen behandelte Psoriasis entstanden sind; die durch das Arsen bedingten »Hauthörner« können in Cancroid übergehen. Die Keratose verschwindet nach Aussetzen des Medikaments spontan oder durch Behandlung — mit warmen Seifen- und Sodabädern, Kataplasmen, Salicyl- oder Resorcinpräparaten. Die Histologie ist noch unbekannt. **Jadassohn** (Bern).

14) L. Wälch. Beiträge zur Anatomie der Trichophytosis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Hft. 1.)

So eifrig man sich in den letzten Jahren mit der bakteriologischen Untersuchung des Trichophyton oder der Trichophytonarten beschäftigt hat, so sehr ist die histologische Untersuchung — wohl wegen des schwer erhältlichen pathologisch-anatomischen Materials — vernachlässigt worden. Verf. hat in der Pick'schen Klinik in Prag Gelegenheit gehabt, ein Präparat von Trichophytia capillitii, 5 von Trichophytie der sog. unbehaarten Theile und eines von Sycosis barbae parasitaria zu untersuchen. Er kommt zu dem — hier natürlich nur ganz kurz wiederzugebenden — Resultat, dass das Trichophyton die Rinde des Haars verschieden weit nach unten und oben durch- und umwächst, sich auch in den verhornenden Schichten des Haarbalges vermehrt, den Bulbus aber verschont, Exsudation in die Epidermis, Proliferation der Epithelien, Perifolliculitis bedingt; die Schwere der Entzündung richtet sich nach der anatomischen Struktur der Hautpartie; sie ist bei Lanugo geringer, als bei Bart- oder Kopfhaaren; sie hängt wohl auch von verschiedener individueller Disposition und endlich von der verschiedenen Virulenz der Pilze ab. Die histologischen Befunde bei den klinisch sehr differenten Formen der Trichophytie sind nur graduell verschieden.

Jadassohn (Bern).

15) R. Krösing. Weitere Studien über Trichophytonpilze.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Hft. 1 u. 2.)

Die sehr eingehenden, in der Breslauer dermatologischen Klinik angestellten Untersuchungen des Verf. müssen in ihren Einzelheiten von den Interessenten im Original studirt werden. Hier können nur die allgemeiner interessanten Resultate in kurzem Auszug wiedergegeben werden. K. betont die Nothwendigkeit, aus einer Spore, resp. einem Mycelglied, Kulturen zu züchten, weil nur so gewonnene als wirklich sichere Reinkulturen gelten können; er konnte an solchen Kulturen die Eintheilung Sabourand's in groß- und kleinsporige Trichophytonarten nicht als berechtigt erkennen; bei energischem Schütteln von aus einem Haarstumpf oder einer Schuppe gewachsenen Kulturen

in sterilem Wasser gelang es die Keime zu isoliren und zu konstatiren, dass aus einer Erkrankung immer nur ein Pilz zu gewinnen ist. Nur der makroskopische, nicht der mikroskopische Befund der Kulturen, — der letztere ist sehr wechselnd — kann zur Differenzirung verschiedener Trichophytonpilze benutzt werden, unter der Voraussetzung, dass die Kulturbedingungen ganz gleichartige sind. Am charakteristischsten erscheinen die Unterschiede der einzelnen Pilzarten auf der Kartoffel; nach dem Wachsthum auf diesem Nährboden ließen sich drei konstant kulturell verschiedene Gruppen von Trichophytonpilzen unterscheiden. Doch können tiefe und oberflächliche Affektionen durch denselben Pilz bedingt werden; das Trichophyton ist an sich — ohne Mischinfektion — im Stande, Eiterungen hervorzurufen; das klinische Bild gestattet keinen Schluss auf die Eigenschaften des Pilzes. Die Kartoffelkultur ergiebt das gleiche Bild, wenn auch die für dieselbe verwendete Stammkultur sehr verschieden alt und auf verschiedenem Nährboden gezüchtet war (im Gegensatz zu Král's Behauptung einer hochgradigen Pleomorphie des Trichophytens). Die Pilze wachsen auf alkalischem und saurem Nährboden mit und ohne Sauerstoffzutritt. Bei Meerschweinchen konnte nie das klinische Bild der Sykosis erzeugt werden; durch subkutane Einverleibung entstehen Knoten, in denen die Pilze aber schnell zu Grunde gehen.

Jadassohn (Bern).

16) **A. Paci.** Observations sur la méthode recente publiée par M. Lorenz pour le traitement non sanglant de la luxation congénitale du fémur.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 6.)

In der Gegenüberstellung seiner und der Lorenz'schen Methode sucht der Autor den Nachweis zu erbringen, dass zwischen beiden ein principieller Unterschied nicht bestehe, wobei er sich allerdings auf die Meinungsäußerungen deutscher Chirurgen stützen kann. Bezüglich der Art der Einrenkung kann er den einzigen Unterschied nur in der verschiedenen Werthschätzung sehen, welche Beide der Abduktion zumessen; er glaubt, dass es die Bewegung sei, welche, weit entfernt, den Kopf einzustellen, vielmehr geeignet sei, die Luxation hervorzurufen. Die Nachbehandlung wäre allerdings in so fern verschieden, als Lorenz schon nach 2—3 Monaten die Pat. herumlaufen ließe. Indess wäre ein wirkliches Gehen mit parallel gestellten Beinen auch bei Lorenz nicht vor 7 Monaten erreicht, während er die ersten 8 Monate zur Sicherung des neugebildeten Gelenks lieber in Ruhelage, mit Verbänden, Apparaten etc. verbringen ließe, obwohl auch bei seiner Methode bereits nach 4 Monaten ein Gelenk fertig sei, wie sein pathologisch-anatomisches Präparat beweise. Was die einzelnen »Tempi« der Einrichtung betreffe (von denen Lorenz bekanntlich nichts wissen will), so sei das Eingangsmanöver Lorenz', die forcirte Extension, überflüssig, weil dieselben Vorthelle durch die Flexion erreicht

würden, zu der Lorenz doch übergehen muss, und der Mehrgewinn, welcher nur durch Zerreißung der Kapsel und des Ligament. Bertini erreicht werden könne, vielleicht nur $\frac{1}{2}$ cm betrüge. Eine forcirte Abduktion zum rechten Winkel, noch dazu rein, ohne Rotationen, wäre aber überhaupt »unmöglich«.

Es ist hier natürlich nicht der Ort, um in dem Widerstreit der Meinungen Partei zu ergreifen; indess kann der Ref. die Bemerkung nicht unterdrücken, dass P. in der Widerlegung der Lorenz'schen Kritik nicht sehr glücklich verfährt. Er argumentirt immer noch mit dem Fall Sch. S. (wohl Sophie Schnee), »dem einzigen, bei welchem zur Zeit der Vorstellung die Behandlung zu Ende war«¹; von Lorenz' Haupttrumpf, der Einrenkungserschütterung, ist gar keine Rede, so dass dieser immer noch berechtigt scheint, nur von einer »vortheilhaften« Transposition des Kopfes durch P. zu sprechen, und für das, was Lorenz für ein Wesentliches seiner Methode erklärt, die funktionelle Belastungsmethode, scheint das Verständnis auch nicht vollkommen.

H. Frank (Berlin).

17) **Paci.** Della lussazione iliaca comune congenita del femore e della sua cura razionale incruenta.

(Arch. di ortoped. 1896. No. 5 u. 6.)

Die Lorenz'sche Methode ist principiell diejenige von P., und die Abweichungen, welche Lorenz davon macht, hält P. für unnütz oder schädlich. Seine 4 Tempi beschreibt er ausführlich. Sie sind bekanntlich: 1) Flexion, 2) Druck aufs Knie von oben (der Kopf steigt herab und gewinnt am Lig. triangulare einen Hebelstützpunkt), 3) mäßige Abduktion und Auswärtsrotation (Kopf stellt sich der Pfanne gegenüber), 4) Streckung und Innenrotation (Kopf schnappt ein). Alles geschieht manuell.

Die sogenannte Reposition gelingt auch bei älteren Kindern, so fern die Verhältnisse der Pfanne und des Schenkelhalses es erlauben. Eine wirkliche Reposition sei allerdings selten oder nie möglich, da ja eine ausgebildete Pfanne nicht existire; vielmehr könne durch die Methode nur der Kopf gegenüber oder an Stelle der rudimentären resp. der fehlenden Pfanne gebracht werden und müsse dort durch den Gebrauch und durch seine Bewegungen sich eine neue Pfanne einreiben (Lorenz' funktionelle Belastungsmethode).

Weiter giebt P. einige theoretische und anatomische Auseinandersetzungen. Wirkliche Repositionshindernisse sind nach ihm fast allein die Muskeln. Die Kontraktur der Adduktorengruppe kann so stark sein, dass die Operation misslingt. Darum besteht das Wesentliche der Paci'schen Methode darin, durch geeignete Tempi die Insertionspunkte der Muskeln zu nähern und durch langsame dehnende

¹ Man kann nur annehmen, dass das Manuskript des im Novemberheft veröffentlichten Aufsatzes sehr lange bei der Redaktion geruht haben muss, worauf allerdings keine diesbezügliche Bemerkung derselben hinweist.

Bewegungen unter Benutzung des Knochens als Hebel die Spannungen zu überwinden. Gewichtsextension oder Zug durch Maschinen sind aber als nutzlos (?) verworfen.

Endlich wird ein Becken eines Kindes beschrieben, welches von *Nota* nach P.'s Methode doppelseitig mit Erfolg operirt worden war, aber nach 4 Monaten an Enteritis starb. 5 Tafeln illustriren den Befund am Becken, an dem Schenkelkopf, der verdickten Kapsel, den alten, durch einen Knochenwall kenntlichen Standort des Kopfes und die neugebildete Pfanne, welche schon eine Art Limbus besitzt. Links liegt der Kopf zu weit nach vorn (dies erinnert an den *Lorenz*-schen Einwurf einer vorderen Luxation statt Reposition, *Ref.*). Wirklicher Knorpel fehlt, nur kleine Inseln von Netzknorpel haben sich gebildet, das *Lig. teres* fehlt. Eine *Restitutio ad integrum* kann also von der Reposition nicht erwartet werden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

18) **Liermann.** Zur Behandlung der Schenkelhalsbrüche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 46.)

L. geht von der Erfahrung aus, dass die längere Bettlage bei alten Leuten Gefahren für das Leben bringt, die ambulante Behandlung der Schenkelhalsbrüche das Erstrebenswerthe ist. Bei derselben ist von Wichtigkeit für die Erreichung guter Endresultate, dass das Kniegelenk möglichst frühzeitig bewegt werden kann. Die *Hessing*-schen Apparate sind sehr kostspielig und bedürfen zu ihrer Herstellung längerer Zeit. L. verwendet nun zur Distraction und Fixation der Bruchenden in richtiger Stellung die früher schon von ihm für die Anwendung bei Brüchen des Ober- und Unterschenkels empfohlene Schraubenextensionsschiene. Dieselbe kann als Gehschiene schon in den ersten Tagen nach der Verletzung Verwendung finden. Dadurch, dass die Entlastung des Hüftgelenks durch die innere Schiene allein auf die direkteste Art zu Stande kommt, fällt selbst ängstlichen Pat. das Gehen in dem Apparat nicht schwer. Die Fixation des Beines in der extendirten Stellung leidet auch während des Gehens keine Noth. Der Sitzhalbring, der zunächst die Körperlast übernimmt, ist nur einseitig an der Entlastungsschiene befestigt, wodurch eine gewisse Elasticität und ein Federn desselben beim Gehen zu Stande kommt.

Eine gewisse Beweglichkeit des Kniegelenks wird durch Lockerung der Schraube am Kniescharnier am 8. bis 10. Tage erreicht. Auch Bewegungen im Fußgelenk lassen sich während des Tragens der Schiene ermöglichen. Für die Nachtruhe kann durch Feststellen des Kniescharniers das Bein jederzeit wieder in extendirter Stellung fixirt werden. Aus 3 mitgetheilten Krankengeschichten ergibt sich, dass 2mal jede Verkürzung und Atrophie am Schluss der Behandlung fehlte, 1mal eine solche von 3 cm vorhanden war.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

19) P. Gaudeffroy. Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896. Mit 4 Abb. im Texte.

Die große, 138 Seiten umfassende Arbeit behandelt in ausführlicher Weise die im Titel bezeichnete Erkrankung. Abgesehen von den vielen eingehend beschriebenen Krankengeschichten, welche manches Beachtenswerthe mittheilen, zeichnet sich die Arbeit in Bezug auf die Beschreibung der verschiedenen Ursachen der Entstehung, in Bezug auf die detaillirte Behandlung der einzelnen Kapitel, als da sind: pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf, Prognose und einzuschlagende Behandlungsmethoden dieser Erkrankung, durch Genauigkeit und Ausführlichkeit aus. Es sei Jedem, welcher für dieses Kapitel der Chirurgie Interesse zeigt, das Studium der Monographie im Original empfohlen. Verf. gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden therapeutischen Regeln:

Gelenksabscesse soll man punktiren. Bei etablierter Fistel soll man in den ersten 6—8 Monaten einfach antiseptisch verbinden, Bettruhe anordnen und eine Ausschabung des Fistelganges mit nachfolgender Injektion von Kamphernaphthol oder Sublimat-Ausreibungen versuchen. Hat sich diese Therapie nach der oben erwähnten Zeit als erfolglos erwiesen, so soll man nicht länger zuwarten, sondern die Resektion des Oberschenkels ausführen, welche bei dem Umstand, als das Darmbein zu dieser Zeit noch intakt ist, die günstigsten Erfolge aufzuweisen vermag. Nur bei kleinen Kindern, welchen erfahrungsgemäß die Neigung zur Spontanheilung innewohnt, kann man bis zum Ablauf eines Jahres nach der Fistelbildung mit der Operation warten. In jenen Fällen, in denen die Fistel $\frac{1}{2}$, 1, 2 oder gar 3 Jahre besteht, ist die Resektion, wenngleich sie nur sehr mäßige Resultate geben wird, doch am Platze, um das Allgemeinbefinden des Kranken zu heben. Wenn die Fistel trotzdem bestehen bleibt, oder sich die Anzahl derselben vermehrt, wenn Osteomyelitis des Oberschenkelknochens entstanden ist, der Allgemeinzustand des Kranken ein schlechter wird, im Harn Eiweiß nachzuweisen ist, dann heißt es das Leben des Pat. retten. Dies ist nur durch die Exartikulation des Oberschenkels ermöglicht, nach welcher die Eiterung vermindert, das Allgemeinbefinden gebessert und der Eiweißausscheidung Einhalt gethan werden kann. Jede Therapie wird durch den Aufenthalt des Kranken am Meeresstrande wesentlich unterstützt werden.

Gold (Bielitz).

20) H. Delagénière (Le Mans). Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage transtrochantérien.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 717.)

Die Hüftgelenkresektion mit ihren funktionell oft wenig günstigen Ausgängen glaubt Verf. durch sein neues Operationsverfahren um-

gehen zu können. Ausgehend von der Erfahrung, dass die Mehrzahl der Coxitiden ostalen Ursprungs sei, dass die Knochenherde wiederum am häufigsten im Schenkelkopf gefunden werden, schlägt er vor, mittels eines dem Langenbeck'schen Resektionsschnitt ähnlichen, nur etwas weiter abwärts geführten Schnittes die obere Fläche des Schenkelhalses bloßzulegen, die Sehnenansätze und das Periost etwas zurückzuhebeln, und nun mit Meißel, schneidender Knochenzange und scharfem Löffel eine genügend breite Rinne in den Schenkelhals, -Kopf und großen Trochanter zu graben, welche außen an der Basis des großen Rollhügels mündet. Von ihr aus wird die gesammte Spongiosa des Schenkelkopfes und eventuell auch des Schenkelhalses ausgeschabt, hingegen bleibt die Corticalis erhalten, von der knorpligen Gelenkfläche wird nur ein der Breite der Rinne entsprechendes Stück weggenommen, um die Gelenkhöhle drainiren zu können; nur wenn der Gelenkkopf ganz erkrankt ist, wird er ganz entfernt. Durch den in ihm geschaffenen Ausschnitt wird auch die Gelenkhöhle ausgiebig ausgeschabt. Am Schluss wird die Wundhöhle mit 10%iger Chlorzinklösung desinficirt, in die Rinne des Schenkelhalses ein Metalldrainrohr bis ins Gelenk eingelegt, die übrige Wunde durch Naht geschlossen, das Bein in Extension fixirt. 2 derart operirte Fälle wurden zum Beleg der Ausführbarkeit und des guten Erfolges der Operation angeführt. (Beide sind noch viel zu frisch, um über das Dauerresultat ein Urtheil zu erlauben. Dass es möglich sein soll, von der Lücke im Gelenkkopf aus wirklich alles kranke Gewebe aus der Pfanne exakt zu entfernen, erscheint doch sehr zweifelhaft. Ref.)

Reichel (Breslau).

21) G. Phocas und G. Potel. Sur l'absence congénitale de la rotule.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5.)

Mit Einschluss einer eigenen ausführlich mitgetheilten Beobachtung haben die Autoren 30 Fälle von angeborenem Kniescheibenmangel aus der Litteratur zusammengestellt, von denen aber einige, theils weil die Kniescheibe nur ein zufällig fehlender Knochen war (Koincidenz mit unteren Skelettdefekten), theils eine Verwechslung mit Atrophie bei angeborener Kniescheibenverrenkung vorlag, ausscheiden. Von 27 echten Defekten waren 18 doppelseitig, 9 einseitig, und zwar 2 davon vergesellschaftet mit Atrophie der anderen Seite. In allen Fällen lagen Fußdeformitäten, Klump-, Spitz-, Valgus- oder Talusfuß, ferner Atrophie und Retraktion der Quadricepssehne vor. Bezüglich der Ätiologie halten die Autoren an der Theorie neuromyopathischer Entstehung fest, sei sie nun centraler oder peripherischer Natur. Die Kniescheibe bildet sich nicht, weil der Quadriceps mit seiner Sehne verkümmert ist, sie kann sich aber verspätet noch neubilden, wenn unter dem Einfluss der Behandlung der Quadriceps wieder in Thätigkeit tritt. Die Diagnose des Fehlens ist nicht immer leicht, sie kann wie in der eigenen Beobachtung

durch Skiaskopie sichergestellt werden. Das Knie ist glatt, die Fossa intercondylica leer, der Condylus medialis femoris häufig hypertrophisch unter Valgusbildung, das Knie nicht selten in pathologischer Stellung, verrenkt, in der Regel nach vorn, oder recurvum, oder in Beugestellung. Daneben besteht Spitz- oder Klumpfuß; in einigen Fällen fehlte auch die Fibula, niemals die Tibia. Funktionell ist die Flexion häufig beschränkt; zuweilen besteht seitliche Beweglichkeit, im Übrigen ist die Funktionsstörung sehr variabel. Die Prognose hängt zum großen Theil von der Behandlung ab, welche sich auch nach den Begleiterscheinungen richtet. Massage und Elektrizität können den Quadriceps stärken und damit die Bildung der Kniescheibe herbeiführen.

H. Frank (Berlin).

22) **Coulhon.** Un nouvel appareil pour la fracture de la rotule.

(Gaz. des hôpitaux 1896. No. 139.)

C. beschreibt einen Verband zur Behandlung einfacher Kniescheibenbrüche, mit dem er bis jetzt in 2 Fällen knöcherne Heilung erzielt haben will.

Nachdem das Gelenk zunächst durch Ruhe, Hochlagerung etc. zum Abschwellen gebracht worden ist, wird das Bein auf eine 80 cm lange, 15 cm breite, mit einem Wattekissen bedeckte Schiene gelagert. Diese trägt in der Gegend des Knies an ihren Rändern je 2 runde, 8 cm von einander entfernte Ausschnitte. Nachdem die Fragmente einander genähert worden sind, legt man je ein Wattekissen, an denen sich Ränder von Flockseide befinden, oberhalb und unterhalb der Kniescheibe auf das Bein. Nun wird ein 2 cm breites Band zunächst über das obere Kissen gelegt, zu beiden Seiten heruntergeführt, in die unteren Ausschnitte der Schiene geleitet, unten gekreuzt und über dem unteren Kissen auf dem Knie geknotet. Ein zweites Band wird vom unteren Kissen aus durch die oberen Ausschnitte der Schiene auf das obere Kniekissen geführt und hier geknotet. Hierdurch sollen die Fragmente unverrückbar fest an einander gehalten werden. Die ganze Extremität kommt schließlich auf ein Schrägkissen. Die Heilung des Bruches ist nach 6 Wochen beendet, worauf zur Massage übergegangen werden kann. Jaffé (Hamburg).

23) **H. Hartmann.** Fracture très oblique du tibia. Consolidation vicieuse. Ostéotomie. Extension continue. Guérison.

24) **Hennequin.** Description et application de l'appareil à extension continue pour fractures de jambe.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5.)

Im Anschluss an die Demonstration des Hartmann'schen Falles, bei welchem der Hennequin'sche Extensionsapparat 4 cm Verkürzung, als Überbleibsel eines schlecht geheilten Unterschenkelbruches, ausgleichen konnte, was selbst nach Freilegung der Bruch-

stelle durch gewaltsamen Zug nicht gelingen wollte, beschreibt Hennequin selbst seine Vorrichtung, welche in den neueren orthopädischen Mittheilungen aus Paris eine ziemliche Rolle spielt. Eine genauere Beschreibung der etwas complicirten Einrichtung lässt sich nicht gut im Referat wiedergeben, nur des Principi sei gedacht. Der Fuß liegt, gegen Druck durch mit Streupulver gefüllte Kissen gedeckt, in einem Gipsschuh und wird mit Gewichten extendirt. Um der Reibung beim Zug auf der Unterlage entgegenzuwirken und die Schwere des Gliedes für den Zweck vortheilhaft auszunutzen, ist das untere Ende des Unterschenkels aufgehängt an Rollen, welche oberhalb des Unterschenkels an einer schräg gegen das Fußende herabsteigenden Führungsstange herunterlaufen. Zur möglichsten Ausschaltung des Zuges der gespannten Muskulatur etc., welche sich der Geraderichtung widersetzt, ist von der physiologischen Thatsache Gebrauch gemacht, dass ein Muskel, dessen natürliche Ansatzpunkte einander genähert sind, keiner vollen Kraftentwicklung fähig ist (z. B. erschwerter Faustschluss bei starker Beugstellung der Hand, Unmöglichkeit, die Fingerglieder zu strecken bei möglichster Rückwärtsstreckung der Hand). Dieses Ziel sucht H. zu erreichen, indem er den Fuß in senkrechter Stellung, den Unterschenkel im Knie, den Oberschenkel in der Hüfte gebeugt liegen lässt, d. h. der Unterschenkel liegt auf erhöhter Ebene.

H. Frank (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

- 25) L. Corazza. Bericht über chirurgische Thätigkeit vom 1. Juli 1894 bis 31. December 1895.
(Rivista Veneta di scienze med. 1896.)

Es wurden im Ganzen 1220 Pat. aufgenommen, mit 6% Todesfällen. Im Einzelnen sind folgende Fälle und Beobachtungen bemerkenswerth:

Krampfhafter Torticollis seit 7 Jahren. — Neurektomie des N. accessorius Willisii, 2 cm lang.

Besserung, aber keine Heilung.

Komplicirte Fraktur des linken Scheitelbeins; Kraniotomie, Exstruktion des Fremdkörpers, Heilung.

Ein Messingknopf hatte sich in Folge des Risses eines Transmissionsriemens von jenem abgelöst und den Arbeiter getroffen. Es entstand eine perforirende Schädelwunde; der Fremdkörper blieb mit seinem Rand in der Schädelöffnung stecken. Es stellte sich zunächst Verlust der Sprache ein, dann allgemeine Krämpfe, weiterhin Schluckbeschwerden, Trachealrasseln, Bewusstseinsstrübung, Pulsverlangsamung, enge Pupillen. — Nach Trepanation, Exstruktion des Fremdkörpers so wie dreier Knochensplinter, Desinfektion und Verband verschwanden allmählich die Krampfanfälle, die Sprache kehrte zurück, und es trat völlige Heilung ein.

Unvollständige Ankylose des Ellbogens durch Callusbildung. — Resektion des Olecranon. — Heilung.

Fraktur im Bereich der unteren Humerusepiphyse (vor 5 Monaten), mit unvollständiger Ankylose in Streckstellung geheilt. Die Unmöglichkeit der Beugung kam daher, dass das Olecranon sich an dem nach hinten ausgewichenen unteren

Fragment, resp. Callus, anhatte; nach Resektion des Olecranon wurde die Funktion des Gelenkes völlig normal.

Spina bifida (Meningocele) lumbaris. — Excision. — Heilung.

Kind von 4 Monaten, hat von der Geburt an in der Gegend der letzten Lendenwirbel eine kugelförmige Geschwulst von Apfelgröße, mit Flüssigkeit gefüllt und durch einen schmalen Stiel mit dem Wirbelkanal kommunizierend. Excision der Cystenwände, Reposition der vorgefundenen Nervenbündel, Naht der Pia, der Dura, der Haut. In der ersten Nacht 3 eklamptische Anfälle. Anfangs Fieber. Dann völlige Heilung.

Kothfistel. — Heilung durch Excision eines Divertikels.

15jähriges Mädchen, hatte im Alter von 2½ Jahren einen Abscess der Bauchwand gehabt, nach dessen Incision eine Kothfistel zurückblieb; dieselbe schloss sich mit 9 Jahren spontan, brach aber nach 6 Jahren abermals auf (Entleerung von Spulwürmern). Bei der Operation fand sich ein 10 cm langes Divertikel des Dünndarmes, welches exstirpiert wurde; Heilung. — Da die Kothfistel dicht neben dem Nabel lag, so nimmt Verf. an, dass es sich um ein Meckel'sches Divertikel (Duct. omphalo-mesenter.) handle, das durch Perforation (Spulwürmer) die Fistel verursacht habe.

Narbenstenose des Pylorus.

Bei der Operation fand man den Pylorus an der Wirbelsäule fixiert. — Quererschnitt in die Magenwandung, dicht am Pylorus; Pyloroplastik. Es erfolgte Tod unter den Erscheinungen von Bronchitis und Pleuropneumonie. Verf. widerrät danach die Pyloroplastik bei fixiertem Pylorus; die Gastroenterostomie sei dann vorzuziehen.

Hernien.

Die Radikaloperation wurde fast stets nach Bassini ausgeführt. Von interessanten Vorkommnissen erwähnt Verf. den Fall einer direkten Leistenhernie bei einer Frau, wo die Blase den Inhalt des Bruchsackes bildete, so wie einen Fall von Tuberkulose des Bruchsackes bei kongenitaler Leistenhernie. Bei der Operation des letzten Falles fand man die Innenfläche des Bruchsackes mit miliaren Tuberkeln besetzt, diffus geröthet und geschwollen; ein Gleiches fand sich am Hoden, der mitsammt dem Bruchsack exstirpiert wurde. Es trat Heilung ein. Unter den Radikaloperationen der Leistenbrüche (nach Bassini) sah Verf. in 6—7% der Fälle Recidive eintreten. Dieselben sind größtentheils zurückzuführen auf folgende Ursachen: Unvollendete Operation (z. B. wegen Gefahr der Anästhesie), specielle anatomische Eigenthümlichkeiten (z. B. Atrophie der Bauchmuskeln und Aponeurosen), Störungen in der Wundheilung, Erkrankungen nach der Operation, Pneumonie). — Dass auch noch 6 Jahre nach der Operation ein Recidiv eintreten kann, lehrt ein vom Verf. mitgetheilter Fall. **H. Bartsch** (Heidelberg).

6) Bemlinger. Un cas de paralysie radicaire du plexus brachial (type supérieur de Erb) consécutif à une chute de cheval.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1896. No. 9.)

Der Fall interessirt den Chirurgen wegen seiner Ätiologie. Ein Unterleutnant wurde beim Zureiten eines Pferdes von demselben abgeworfen und fiel mit dem Kopf voran zu Boden. Dabei stieß die rechte Schulter zuerst auf denselben auf, und der Kopf wurde stark nach der linken Schulter gebeugt, so dass Kopf und Schulter beinahe eine gerade Linie bildeten. Die Folge war ohne das Eintreten einer Fraktur oder Luxation eine sofortige Lähmung an der rechten Schulter und dem Oberarm. Am nächsten Tage stellten sich heftige Schmerzen am Erb'schen Supraclavicularpunkt ein. Die gelähmten Muskeln — Deltoides, Supra- und Infraspinatus, Biceps, Brachialis internus — atrophirten nach einiger Zeit. Die Lähmung, welche offenbar auf der Zerreißung einiger Fasern des 5. und 6. Cervicalnerven beruhte, trotzte jeder Therapie. **Schneider** (Siegburg).

gestattet, hervorzuheben, dass — so weit ich aus Coley's Bericht entnehmen kann — die Operationen, über welche er berichtet, alle von ihm selber ausgeführt worden sind. In einer Klinik ist man genöthigt, einen Theil der alltäglich vorkommenden Operationen auch von Assistenten und Operationszöglingen ausführen zu lassen, die nothwendigerweise anfänglich noch keine eigentliche Übung mitbringen. Nach den Erhebungen von Lebensohn ist von sämmtlichen von mir selber mittels der lateralen Verlagerungsmethode operirten Fällen kein einziger recidiv geworden, aber es ist sicher als ein noch schöneres Resultat zu verzeichnen, dass auch bei Zuzählung der von jüngeren Chirurgen, also theilweise noch wenig geübten Händen ausgeführten Fälle die Methode bloß einen so geringen Procentsatz von Recidiven ergibt, nämlich 4 Fälle auf 111 Operationen. Für diejenigen Kollegen, welchen unser Verfahren stets noch nicht genügende Sicherheit gegen Trichterbildung des Peritoneums an der Verlagerungsstelle und gegen Gefahr der Recidive zu bieten scheint, beschreiben wir kurz eine Modifikation, die wir in einigen Fällen ausgeführt haben, die als Invaginations-Verlagerung zu bezeichnen wäre. Sie besteht in Folgendem:

Die Schnitte werden genau in der von uns für die laterale Verlagerung geschilderten¹ Weise angelegt, der Samenstrang am Austritt aus dem vorderen Leistenring freigelegt und der Bruchsack nach Spaltung des Kremasters und der Tunica vaginalis communis so hoch hinauf wie möglich isolirt. Dann wird ganz wie bei der lateralen Verlagerungsmethode 1 cm über dem Poupart'schen Bande die Fascia obliqui externi 1—2 cm lateralwärts von der Gegend des hinteren Leistenrings gespalten, bloß mit etwas längerem Schnitt (1½ cm) als gewöhnlich.

Statt nun mit der gebogenen Zange durch diesen kleinen Schnitt unter die Fascie einzugehen, den Bruchsackgrund zu fassen und durch den Leistenkanal zurückzuziehen, trennt man außer der Fascia obl. ext. mit der Knopfsonde die Fasern des Obliquus internus und transversus, fasst die Fascia transversa und das Peritoneum mit Häkchen oder Zangen und eröffnet das letztere mit einem kleinen Schnitt. Durch diese Öffnung im Peritoneum wird die gebogene Zange in die Peritonealhöhle und in das Innere des Bruchsackes eingeführt, dessen Spitze ein- und entgegengestülpt, mit der Zange gefasst und unter Zurückziehen der Zange nicht nur der Bruchsack durch den Leistenkanal zurück zu der kleinen lateralen Wunde herausgezogen, sondern zugleich in seiner ganzen Länge vollkommen invaginirt, so dass die peritoneale Fläche des Bruchsackes nach außen gekehrt aus der Wunde über dem Lig. Pouparti heraushängt.

Auf diese Weise kann bis zu und mit dem im hinteren Leistenring liegenden Bruchhals der Bruchsack in ganzer Länge aus dem Leistenkanal herausgezogen werden, und es kann keine Andeutung einer

¹ Vgl. 3. Auflage unserer Operationslehre.

trichterförmigen Ausstülpung des Peritoneums zurückbleiben oder neu entstehen. Der vorgezogene Bruchsack wird durchstochen sammt dem mit 2—4 Arterienzangen angezogenen Parietalperitoneum und nach beiden Seiten sammt diesem umschnürt. So ist die kleine Peritonealwunde geschlossen; ein paar Nähte (welche Muskeln und Fascia obliqui externi fassen) schließen den Rest der kleinen Wunde in der übrigen Bauchwand. Bei diesem Vorgehen erkennt man an den narbigen Streifen des Peritoneums, dass man den Bruchsackhals, welcher im hinteren Leistenring gelegen hatte, zur Wunde lateralwärts von demselben herausgezogen hat.

In vollkommenerer Weise kann man kaum den Bruchsack in seiner ganzen Länge aus dem Leistenkanal herausbringen und den hinteren Ring mit straff gespanntem Peritoneum verschließen, ohne dabei den Samenstrang irgend wie zu schädigen. Will man sich mit gründlicher Beseitigung des Bruchsackes nicht begnügen lassen, so verengt man unter Einstülpung der Fascia obliqui externi noch den Leistenkanal durch ein paar Knopfnähte. Die Eröffnung des Peritoneums ist bei erwähnter Modifikation der Verlagerung etwas schwieriger als letztere Methode nach unserer gewöhnlichen Ausführung. Man kann sich dieselbe erleichtern, indem man die Stelle der Eröffnung mittels einer krummen Zange emporhebt, die durch einen Schlitz im Bruchsack eingeführt ist. Aber immerhin ist auch diese Methode noch ungleich einfacher als die Bassini'sche Methode; das wird Jeder zugeben, der beide Methoden hat ausführen sehen oder selber in analogen Fällen ausgeführt hat. Einfachheit und Raschheit der Ausführung einer Operation ohne viel Quetschung, ohne Einlage vieler Nähte und Knoten, ohne nennenswerthe Blutung ist aber zumal bei älteren Leuten ein nicht zu unterschätzender Gewinn.

Bern, den 30. April 1897.

1) **M. Sée.** Le gonocoque.

Paris, **F. Alcan**, 1896. 354 S.

Die Litteratur über den Gonococcus und die gonorrhöischen Erkrankungen ist besonders in den letzten Jahren eine so reichliche geworden, dass es selbst für den Fachmann schwer ist, sie vollständig zu übersehen. Das tritt in deutschen wie in fremdländischen Veröffentlichungen oft in recht unangenehmer Weise hervor. Gerade von diesem Standpunkt aus ist es mit Freude zu begrüßen, dass ein junger französischer Kollege sich die Aufgabe gestellt hat, in zusammenhängender Darstellung unsere Kenntnisse von dem Gonococcus mit steter Berücksichtigung der Litteratur wiederzugeben. Die als »Thèse du doctorat« benutzte Arbeit ist so eine ziemlich ausführliche Monographie geworden; in geringerer Anzahl enthält sie eigene Erfahrungen und Experimente des Verf.; ihr Hauptwerth beruht auf einer recht — wenn natürlich auch nicht wirklich ganz — vollständigen Wiedergabe der Litteratur, deren thatsächlicher Inhalt in geschickter Weise zusammengestellt ist.

Auf Einzelheiten einzugehen ist hier nicht der Ort. Für die französische Ärzteswelt hat die Arbeit den Werth einer ausführlichen Reproduktion der deutschen Publikationen auf diesem Gebiet, welche in so ausführlichen und sachverständigen Referaten sonst kaum oder schwer zugänglich sind. Auch für den Deutschen ist diese Zusammenstellung werthvoll, und die genaue Berücksichtigung der französischen Litteratur ist für uns von großem Interesse. So sei das Buch denen, welche der Gonorrhoeeforschung, ohne eigene Specialstudien zu machen, folgen wollen, bestens empfohlen.

Jadassohn (Bern).

2) J. Jundell und C. G. Åtman. Über die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Die Reinzüchtung der Gonokokken hat, seit die Bedeutung der eigentlichen gonorrhoeischen Metastasen mit immer größerer Sicherheit erkannt worden ist, auch für den Chirurgen an Interesse gewonnen. Die Verff. kommen bei ihren Untersuchungen zu dem Resultat, dass die sicherste und beste Methode die von Kiefer modificirte Wertheim's ist: 2 Theile Agar (3—3½% Agar, 5% Pepton, 2% Glycerin; neutrale Reaktion) und 1 Theil Ascitesflüssigkeit. Den von Finger, Ghon und Schlegel benutzten Harnagar fanden sie in vergleichenden Untersuchungen viel weniger sicher. Durch die Kultur haben die Verff. auch bei Prostatitis (in einem Falle nach negativem mikroskopischen Befund) Gonokokken nachgewiesen. Mit der von Finger vorgeschlagenen Behandlung des Trippers mit Wärme haben J. und Å. Erfolge nicht erzielt.

Jadassohn (Bern).

3) H. Heiman. Klinische und bakteriologische Studie über das Vorkommen des Gonococcus (Neisser) in der männlichen Harnröhre und im Vulvo-Vaginaltractus der Kinder.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Die sehr eingehenden Untersuchungen Verf.s bringen im Wesentlichen eine Bestätigung der in den letzten Jahren angesammelten Kenntnisse über den Gonococcus. H. hält Pleuraflüssigkeit mit Agar für den besten Nährboden, ist mit Urinagar nicht sonderlich zufrieden gewesen, tritt für die Nothwendigkeit der Anwendung der Gram'schen Methode ein, glaubt, dass es eine katarrhalische Kolpitis specifischer, aber nicht gonorrhoeischer Natur neben der gonorrhoeischen giebt und hat die specifische Bedeutung des Gonococcus — was wohl nicht mehr nothwendig ist — durch Inokulationsversuche am Menschen erwiesen.

Jadassohn (Bern).

4) **F. Balzer.** Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittels dauernder Irrigation mit einer heißen Lösung von Kali permanganicum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. Hft. 11.)

Zur Behandlung des »phagedänischen Schankers« — d. h. nach B. »der schweren und hartnäckigen Form des Schankers« — empfiehlt Verf. Spülungen mit 45° heißen, 1—2 $\frac{0}{100}$ igen Lösungen von Kali hypermanganicum, die 2—4 Stunden täglich zu dauern haben (in der Zwischenzeit Verband mit Jodoform, Höllensteinsalbe oder sonst einem Antisepticum); die Spülungen finden — je nach der Lokalität — mit einem Irrigator oder in einem Glaszylinder, in den der Penis hineingehängt wird, statt. (Ref. hat in den letzten Jahren alle phagedänischen Schanker mit Jodoform und feuchten Verbänden resp. Bädern mit verdünntem Kampherwein behandelt und damit regelmäßig sehr schnelle und gute Erfolge erzielt.)

Jadassohn (Bern).

5) **Dubujadoux.** Traitement du bubon d'origine chancreuse par l'injection préalable de salol camphré jodoformé.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1896. No. 8.)

Zur Behandlung von Schanker-Bubonen verwendet D. eine Lösung von Jodoform in Kampher-Salol im Verhältnis von 1:5. Hiervon werden ein bis zwei Drittel einer Pravaz'schen Spritze in die Bubonen injicirt, am nächsten Tage der unterdessen gelatinös gewordene Eiter durch einen kleinen Schnitt entfernt und die Wundhöhle mit Gaze ausgestopft, die in derselben Lösung getränkt ist. Bei diesem Verfahren soll völlige Heilung in durchschnittlich 7 Tagen erzielt werden.

Bei Durchsicht der 18 auszugsweise mitgetheilten Krankengeschichten hat Ref. den Eindruck gewonnen, als ob es sich nicht gerade um schwere Fälle gehandelt hätte. **Schneider** (Siegburg).

6) **Féoulard.** Über die Dauer der kontagiösen Periode der Syphilis.

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 33—37.)

Die Frage nach der Dauer der Contagiosität der Syphilis ist zu verschiedenen Zeiten sehr verschieden beantwortet worden. Erst allmählich ist man zu der Auffassung gelangt, dass die Fähigkeit eines Kranken, die Krankheit auf Umgebung und Nachkommenschaft zu übertragen, um so geringer ist, je weiter seine Krankheit vorgeschritten ist, und dass schließlich die Übertragbarkeit aufhört. Die Möglichkeit, diesen Punkt genau zu fixiren, wäre von größter Bedeutung auch in sozialer Beziehung (Ehe, Prostitution).

In Frankreich (Fournier) ist die Ansicht vorherrschend, dass 4 Jahre nach der Infektion die Übertragbarkeit als erloschen gelten darf, wenn das letzte Jahr ohne Erscheinungen verlaufen war. Es

mehren sich aber jetzt die Beobachtungen, dass dieser Termin für viele Fälle zu kurz berechnet war.

Es ist bekannt, dass Tuberkulose, Alkoholismus, nervöse Belastung den Verlauf der Syphilis ungünstig beeinflussen. Diese Momente sind aber für die Dauer der Kontagiosität ohne Belang. Dagegen erzeugen chronisch wiederholte Schleimhautreizungen (z. B. des Mundes bei Tabakrauchern, der Genitalien bei Prostituirten) eine Neigung zur verspäteten Eruption von Schleimhautpapeln, dieser für die Ansteckung weitaus gefährlichsten Erscheinungsform der Syphilis.

Verf. bringt sodann eine reiche Kasuistik von Syphilisübertragung in der Ehe; es waren bei allen Ehemännern mehr als 4, ja bis zu 17 Jahren seit dem Primäraffekt verflossen, und doch hatten sich bei ihnen noch sekundäre Symptome gezeigt, die zur Infektion der Ehefrauen führten. Es folgen sodann Beobachtungen von Übertragung durch Veränderungen, die allgemein als tertiär und ungefährlich gelten. Der Ort der Infektion blieb 6mal unbekannt (darunter 2 wahrscheinliche Fälle von Übertragung durch den Fötus), 5mal geschah sie durch oberflächliche Substanzverluste an den Genitalien, 2mal durch tertiäre Geschwüre am Penis, 6mal durch Erosionen am oder im Munde.

Die Art und die Dauer der Behandlung ist ganz ohne Einfluss auf die Dauer der Infektiosität. Die Virulenz des Giftes ist durch das lange Verweilen im Körper des Kranken durchaus nicht abgeschwächt, der nach langer Zeit noch inficirte Theil kann leichte und schwerste Formen der Syphilis zeigen. Es spielt also die Disposition des inficirten Theiles eine größere Rolle, als die Beschaffenheit des inficirenden Theiles.

Es ist somit unmöglich, die Dauer der kontagiösen Periode bestimmt festzustellen. Immerhin passt die Annahme, dass die Kontagiosität nach 3—4 Jahren erloschen sei, auf die große Mehrzahl der Fälle. Es ist aber im konkreten Falle ganz unmöglich zu entscheiden, ob man etwa auf eine verlängerte Kontagiosität rechnen soll; wohl aber soll man bei starken Rauchern an diese Möglichkeit denken und mit der Heirathserlaubnis vorsichtig sein.

Grissom (Hamburg).

7) E. Weland. Klinische Studien über Nierenerkrankungen bei Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1—3.)

Die Frage von dem Zusammenhang von Nierenerkrankungen mit Syphilis einer- und mit Quecksilberbehandlung andererseits ist zwar viel besprochen worden, aber es liegt nur wenig wirklich wissenschaftlich brauchbares Material zu ihrer Entscheidung vor. Desswegen ist es sehr dankbar zu begrüßen, dass Verf. sein sehr großes Syphilismaterial seit Jahren speciell mit Rücksicht auf diese Frage verfolgt und jetzt die Resultate seiner Untersuchungen mit all der Skepsis, die wir an ihm kennen, publicirt. Wer künftig auf

diesem Gebiet arbeiten will, wird die Gesichtspunkte, welche W. in dieser wie in früheren Arbeiten aufgestellt hat, berücksichtigen müssen. Hier können wir natürlich nur die wesentlichsten Ergebnisse in aller Kürze mittheilen. Die minimalen Mengen von Eiweiß, welche die Trichloressigsäure aufdeckt, sind im Allgemeinen nicht zu beachten. Aber selbst eine Albuminurie, die nur mit dieser Methode zu konstatiren ist, ist beim ersten Auftreten und bei Recidiven der sekundären Syphilis selten, noch seltener eine solche, die durch Salpetersäure gefunden wird — ob es sich dabei wirklich um eine parenchymatöse Nephritis handelt, ist sehr zweifelhaft. Dagegen giebt es im weiteren Verlauf der Syphilis Fälle von interstitieller Nephritis, bei denen der Zusammenhang mit der Syphilis wenigstens wahrscheinlich ist. Im tertiären Stadium kommen — aber gleichfalls selten — Nephritiden vor, die — wegen ihres gleichzeitigen Auftretens mit zerfallenden Gummata an anderen Körperstellen und wegen ihres Verschwindens bei spezifischer Behandlung — mit größter Wahrscheinlichkeit auf zerfallende Gummata in den Nieren zurückzuführen sind; in diesen Fällen ist der Urin schmutziggelblich, trüb, enthält wenig Eiweiß, verschiedene (Blut- und Epithel-) Cylinder und viel Detritus. Durch die Hg-Behandlung kommt es — je nach der individuellen Disposition, welche für die Nieren eben so verschieden ist wie für alle anderen Organe — oft zu Cylindrurie, seltener zu Albuminurie in schwererer oder leichter Form; diese Affektionen gehen meist schnell und ohne eine dauernde Schädigung oder eine gesteigerte Disposition zu Nierenentzündung zurückzulassen vorüber; Verf. betont noch besonders, dass völlig normaler Harn ganz eben so wenig dazu berechtigt, auf eine zu geringe Resorption des Hg zu schließen, wie ganz gesundes Zahnfleisch — über die Resorption kann nur die Untersuchung von Harn und Koth Aufschluss geben. Bei einigermaßen hochgradiger Nephritis muss natürlich, wenn Hg trotzdem zugeführt wird — und das ist häufig nothwendig — der Zustand der Nieren aufs sorgfältigste kontrollirt werden. Der Gedanke, dass bei Nephritis das Hg in größerer Menge durch den Speichel ausgeschieden wird und daher leichter Stomatitis entsteht, wird von W. als falsch nachgewiesen. Dagegen hat W. in solchen Fällen eine starke Ausscheidung durch den Koth, oft auch durch den Urin konstatiert. Eine große Anzahl von Krankengeschichten bildet die Unterlage für die eben wiedergegebenen Schlüsse.

Jadassohn (Bern).

8) E. Vollmer. Syphilis und Soolbäder.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. Hft. 11.)

Die Bedeutung der verschiedenen Bäder für die Syphilistherapie wird sehr verschieden beurtheilt. Verf. tritt warm für die in Soolbädern angewendeten Trink- und Badekuren ein, weil sie die Ausscheidung des Quecksilbers vermehren und damit namentlich bei schwächlichen Pat. die Anwendung höherer Quecksilberdosen möglich

machen, weil sie, wie er glaubt, einen »centrifugalen Sekretionsstrom« aus der Haut bedingen und dadurch die Ausscheidung des Syphilisgiftes, z. B. bei starker Roseola, begünstigen, endlich weil sie eine specielle Einwirkung auf die Lymphdrüsen haben.

Jadassohn (Bern).

9) **J. S. Loebowitz.** Über die therapeutische Verwendbarkeit des Airols in der dermatologischen Praxis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Die in der Pick'schen Klinik in Prag mit dem neuen Ersatzmittel des Jodoforms gemachten Erfahrungen stellt Verf. als im Ganzen sehr günstige dar. Initialsklerosen (nach Reinigung mit Äther und Sublimat 1 : 1000, mit Airol und grauem Pflaster bedeckt) reinigten sich sehr schnell; die Granulationsbildung ging — wie immer bei syphilitischen Geschwüren ohne Allgemeinbehandlung — langsamer vor sich; die Sekretion hörte bald auf; junges Epithel wurde — wenn es nicht durch eine Salbe geschützt wurde — manchmal durch das Airol zur Abstoßung gebracht. Exulcerirte Papeln und gummöse Geschwülste wurden ebenfalls sehr günstig beeinflusst; auch bei Ulcera mollia war das Airol dem Jodoform nicht unterlegen. Bei einigen eröffneten Bubonen war der Einfluss auf Sekretion und Granulationsbildung ein ganz besonders günstiger — bei anderen verhinderte das Airol den Belag nicht, während das dem Jodoform bald gelang. In dieser Beziehung also verdient das letztere den Vorzug. Bei innerer Darreichung (in Dosen von 1 bis 3 g pro die) wurde das Airol gut vertragen und schnell resorbirt. Auch bei Brandwunden, nach Paquelinisirung von Lupusherden, bei Beingeschwüren (in Verbindung mit Salicylseifenpflaster) bewährte sich das neue Mittel, das durch die erwähnten Eigenschaften, wie durch seine Geruchlosigkeit und Billigkeit einen Platz in unserem Arzneischatz verdient.

Jadassohn (Bern).

10) **J. Thomas-Thomesc.** Considérations sur l'étiologie générale des dermatoses avec une étude spéciale sur le rôle du système nerveux dans la pathogénie de quelques affections cutanées.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1895.

Die vorliegende wesentlich kritisch referirende und philosophirende Arbeit giebt einen guten Überblick über die ätiologischen Anschauungen speciell der modernen französischen Dermatologie. Verf. theilt die Hautkrankheiten ein in I. solche mit äußerer Ursache (traumatisch, parasitär), II. Toxikodermatosen, III. Trophodermatosen, IV. Dermatoneurosen, und V. Hautdifformitäten (über die Berechtigung dieser wie jeder anderen Klassifikation ließe sich streiten). Er giebt einen kurzen Überblick über die I. und II. Klasse und hält sich speciell bei den nervösen Hautkrankheiten auf; die Grundlagen

unserer Kenntnisse auf diesem Gebiet werden kritisch erörtert und dann die einzelnen Affektionen (Erytheme, Rosacea, Lupus erythematosus, Ekzeme, pruriginöse Dermatosen) zum Theil auf Grund eigener Beobachtungen besprochen. Die — rein hypothetischen — Auseinandersetzungen über die Pathogenese der nervösen Dermatosen und die prognostischen und therapeutischen Bemerkungen haben eine geringere Bedeutung; aus den letzteren ist hervorzuheben, dass der Verf. sich dem bei uns als überwunden geltenden Standpunkt anschließt, dass man manche Hautkrankheiten nicht heilen dürfe, weil sie in einer Wechselbeziehung zu inneren Leiden stehen.

Jadassohn (Bern).

11) C. Beck. Beiträge zur Kenntnis des Molluscum contagiosum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die Diskussion über die Natur des Molluscum contagiosum wird augenscheinlich nicht zur Ruhe kommen, bis die Frage definitiv gelöst ist, ob die eigenartigen, in diesen Geschwülsten zu beobachtenden Zellveränderungen parasitär oder degenerativ sind. Für den nicht specialistisch Interessirten ist es kaum mehr möglich, den Einzelheiten dieser Diskussion zu folgen; es sei desswegen hier auch nur hervorgehoben, dass B. neben einem genaueren Studium der Pigmentirung des Molluscum — das eine tiefe Störung der Epithelpigmentirung ergab — mit einer neuen, im Original nachzulesenden Färbungsmethode zu dem Wahrscheinlichkeitsschluss gekommen ist, dass die von ihm in interessanten Bildern dargestellte Zellveränderung degenerativer Natur ist.

Jadassohn (Bern).

12) Łukasiewicz. Über das erste und zweite Stadium der Alibert'schen Dermatoze (Mycosis fungoides).

(Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die unter dem Namen »Mycosis fungoides« bekannt gewordene, zuerst von Alibert beschriebene Dermatoze ist in ihrer Ätiologie noch ganz unaufgeklärt und auch in ihrem klinischen und anatomischen Verhalten noch nicht genügend durchgearbeitet. Namentlich die ersten beiden Stadien (das der ekzemartigen Herde und das der knoten- und buckelförmigen Infiltrate) sind relativ wenig untersucht, während die beiden weiteren (das der rasch wachsenden Geschwülste und das der Kachexie) speciell zu anatomischen Studien naturgemäß reichlicher Gelegenheit gegeben haben. Der Pat. Ł.'s ist — vermuthlich wegen der an sich als rein zufällig aufzufassenden Kombination mit Tuberkulose — vor der eigentlichen Geschwulstbildung gestorben. Auf Grund seines histologischen Befundes kommt Verf. zu dem Resultat, dass es sich auch in den ersten Stadien dieser Dermatoze um eine wesentlich in Proliferation der Bindegewebszellen sich äussernde Entzündung handelt, während die exsudativen Processe sehr in den Hintergrund treten. Von den verschiedenen Erklärungsversuchen

stimmt L. keinem zu. Mikroorganismen von irgend welcher Bedeutung hat er nicht gefunden, und er sieht keinerlei Grund, die Krankheit, wie das verschiedentlich geschehen ist, als infektiöse Granulationsgeschwulst aufzufassen. Eben so wenig möchte er sie in Beziehung zur Lymphadenie bringen — die Drüsengeschwülste, die auch der Pat. des Verf. gehabt hat, waren einfach chronisch-entzündlicher Natur und als unmittelbare Folge der Hauterkrankung zu deuten. Von den Hautsarkomen, zu welchen Kaposi die Mycosis fungoides früher zu rechnen geneigt war, ist sie durch den histologischen Befund streng geschieden. Die neuerdings von Kaposi angenommene Gruppe der »sarkoiden Geschwülste« vermag L. ebenfalls aus histologischen Gründen nicht anzuerkennen und so bleibt nur ein Non liquet übrig.

Jadassohn (Bern).

13) L. Nielsen. Melanosis et keratosis arsenicalis.

(Monatsschrift für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 3.)

Von den Nebenwirkungen des Arsens haben in den letzten Jahren besonders 2 Beachtung gefunden: die Arsenpigmentirung und die Arsenkeratosen. Der Verf. hat beide Erscheinungen bei einem Pat., welcher ein Jahr lang Solutio Fowleri in mäßigen Dosen genommen hatte, noch ein Jahr nach Aufhören der Medikation beobachtet, und schildert im Anschluss an diese Beobachtung das in der Litteratur niedergelegte Material. Die Arsenpigmentirung schließt sich entweder an, bestehende Hauterkrankungen, die mit Arsen behandelt worden sind, an oder sie entsteht primär, ohne vorhergehendes Erythem (das aber als Arsenexanthem vorkommen kann) nach akuten und chronischen Vergiftungen oder nach einer stärkeren oder schwächeren Arsenbehandlung, bald nach kürzerer, bald nach längerer Zeit; sie tritt nach Gowers zuerst in Form kleiner runder Flecke auf, lässt, wenn sie diffus wird, oft kleine weiße Stellen bestehen, ist mehr oder weniger intensiv braun, besonders stark oft an den physiologisch reichlicher pigmentirten Theilen; die Schleimhäute bleiben im Allgemeinen frei (Ausnahmen: Darm und 1mal Conjunctiven). Die Verfärbung kann nach kürzerer oder auch nach sehr langer Zeit (event. unter Abschuppung und Jucken) schwinden; sie kann auch andauern. Differentialdiagnostisch ist vor Allem der Morbus Addisonii zu berücksichtigen. Therapeutisch ist außer dem Fortlassen des Arsens nicht viel zu thun.

Die Arsenkeratose ist bisher wesentlich seltener beobachtet worden als die Melanose; in etwa der Hälfte der Fälle bestand die letztere neben der ersteren. Die Bedingungen für ihr Zustandekommen sind ungefähr die gleichen. Die Keratose ist immer symmetrisch, meist an Flachhänden und Fußsohlen lokalisiert; sie ist entweder diffus über diese Regionen ausgebreitet, manchmal auf die Fußrücken übergreifend, oder sie tritt in zahlreichen zerstreuten kleinen Hornbildungen (Corns) auf, die sich aber meist mit der diffusen Form kombiniren; sie können an den Schweißdrüsenausführungsgängen

lokalisirt, eine Hyperidrosis kann mit ihnen kombinirt sein, aber auch allein auftreten. Die Keratose entwickelt sich meist ganz allmählich, selten mit Entzündungserscheinungen, selten mit Schmerzen oder Jucken. N. referirt im Anschluss daran über Hutchinson's »Arsenik-Cancers«, die meist im Anschluss an mit Arsen behandelte Psoriasis entstanden sind; die durch das Arsen bedingten »Hauthörner« können in Cancroid übergehen. Die Keratose verschwindet nach Aussetzen des Medikaments spontan oder durch Behandlung — mit warmen Seifen- und Sodabädern, Kataplasmen, Salicyl- oder Resorcinpräparaten. Die Histologie ist noch unbekannt. **Jadassohn** (Bern).

14) **L. Wälch.** Beiträge zur Anatomie der Trichophytosis.
(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Hft. 1.)

So eifrig man sich in den letzten Jahren mit der bakteriologischen Untersuchung des Trichophyton oder der Trichophytonarten beschäftigt hat, so sehr ist die histologische Untersuchung — wohl wegen des schwer erhältlichen pathologisch-anatomischen Materials — vernachlässigt worden. Verf. hat in der Pick'schen Klinik in Prag Gelegenheit gehabt, ein Präparat von Trichophytia capillitii, 5 von Trichophytie der sog. unbehaarten Theile und eines von Sycosis barbae parasitaria zu untersuchen. Er kommt zu dem — hier natürlich nur ganz kurz wiederzugebenden — Resultat, dass das Trichophyton die Rinde des Haars verschieden weit nach unten und oben durch- und umwächst, sich auch in den verhornenden Schichten des Haarbalges vermehrt, den Bulbus aber verschont, Exsudation in die Epidermis, Proliferation der Epithelien, Perifolliculitis bedingt; die Schwere der Entzündung richtet sich nach der anatomischen Struktur der Hautpartie; sie ist bei Lanugo geringer, als bei Bart- oder Kopfhaaren; sie hängt wohl auch von verschiedener individueller Disposition und endlich von der verschiedenen Virulenz der Pilze ab. Die histologischen Befunde bei den klinisch sehr differenten Formen der Trichophytie sind nur graduell verschieden.

Jadassohn (Bern).

15) **R. Krösing.** Weitere Studien über Trichophytonpilze.
(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXV. Hft. 1 u. 2.)

Die sehr eingehenden, in der Breslauer dermatologischen Klinik angestellten Untersuchungen des Verf. müssen in ihren Einzelheiten von den Interessenten im Original studirt werden. Hier können nur die allgemeiner interessanten Resultate in kurzem Auszug wiedergegeben werden. K. betont die Nothwendigkeit, aus einer Spore, resp. einem Mycelglied, Kulturen zu züchten, weil nur so gewonnene als wirklich sichere Reinkulturen gelten können; er konnte an solchen Kulturen die Eintheilung Sabourand's in groß- und kleinsporige Trichophytonarten nicht als berechtigt erkennen; bei energischem Schütteln von aus einem Haarstumpf oder einer Schuppe gewachsenen Kulturen

in sterilem Wasser gelang es die Keime zu isoliren und zu konstatiren, dass aus einer Erkrankung immer nur ein Pilz zu gewinnen ist. Nur der makroskopische, nicht der mikroskopische Befund der Kulturen, — der letztere ist sehr wechselnd — kann zur Differenzirung verschiedener Trichophytonpilze benutzt werden, unter der Voraussetzung, dass die Kulturbedingungen ganz gleichartige sind. Am charakteristischsten erscheinen die Unterschiede der einzelnen Pilzarten auf der Kartoffel; nach dem Wachsthum auf diesem Nährboden ließen sich drei konstant kulturell verschiedene Gruppen von Trichophytonpilzen unterscheiden. Doch können tiefe und oberflächliche Affektionen durch denselben Pilz bedingt werden; das Trichophyton ist an sich — ohne Mischinfektion — im Stande, Eiterungen hervorzurufen; das klinische Bild gestattet keinen Schluss auf die Eigenschaften des Pilzes. Die Kartoffelkultur ergiebt das gleiche Bild, wenn auch die für dieselbe verwendete Stammkultur sehr verschieden alt und auf verschiedenem Nährboden gezüchtet war (im Gegensatz zu Král's Behauptung einer hochgradigen Pleomorphie des Trichophytens). Die Pilze wachsen auf alkalischem und saurem Nährboden mit und ohne Sauerstoffzutritt. Bei Meerschweinchen konnte nie das klinische Bild der Sykosis erzeugt werden; durch subkutane Einverleibung entstehen Knoten, in denen die Pilze aber schnell zu Grunde gehen.

Jadassohn (Bern).

16) **A. Paci.** Observations sur la méthode recente publiée par M. Lorenz pour le traitement non sanglant de la luxation congénitale du fémur.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 6.)

In der Gegenüberstellung seiner und der Lorenz'schen Methode sucht der Autor den Nachweis zu erbringen, dass zwischen beiden ein principieller Unterschied nicht bestehe, wobei er sich allerdings auf die Meinungsäußerungen deutscher Chirurgen stützen kann. Bezüglich der Art der Einrenkung kann er den einzigen Unterschied nur in der verschiedenen Werthschätzung sehen, welche Beide der Abduktion zumessen; er glaubt, dass es die Bewegung sei, welche, weit entfernt, den Kopf einzustellen, vielmehr geeignet sei, die Luxation hervorzurufen. Die Nachbehandlung wäre allerdings in so fern verschieden, als Lorenz schon nach 2—3 Monaten die Pat. herumlaufen ließe. Indess wäre ein wirkliches Gehen mit parallel gestellten Beinen auch bei Lorenz nicht vor 7 Monaten erreicht, während er die ersten 8 Monate zur Sicherung des neugebildeten Gelenks lieber in Ruhelage, mit Verbänden, Apparaten etc. verbringen ließe, obwohl auch bei seiner Methode bereits nach 4 Monaten ein Gelenk fertig sei, wie sein pathologisch-anatomisches Präparat beweise. Was die einzelnen »Tempi« der Einrichtung betreffe (von denen Lorenz bekanntlich nichts wissen will), so sei das Eingangsmanöver Lorenz', die forcirte Extension, überflüssig, weil dieselben Vortheile durch die Flexion erreicht

würden, zu der Lorenz doch übergehen muss, und der Mehrge Gewinn, welcher nur durch Zerreißung der Kapsel und des Ligament. Bertini erreicht werden könne, vielleicht nur $\frac{1}{2}$ cm betrüge. Eine forcirte Abduktion zum rechten Winkel, noch dazu rein, ohne Rotationen, wäre aber überhaupt »unmöglich«.

Es ist hier natürlich nicht der Ort, um in dem Widerstreit der Meinungen Partei zu ergreifen; indess kann der Ref. die Bemerkung nicht unterdrücken, dass P. in der Widerlegung der Lorenz'schen Kritik nicht sehr glücklich verfährt. Er argumentirt immer noch mit dem Fall Sch. S. (wohl Sophie Schnee), »dem einzigen, bei welchem zur Zeit der Vorstellung die Behandlung zu Ende war«¹; von Lorenz' Haupttrumpf, der Einrenkungserschütterung, ist gar keine Rede, so dass dieser immer noch berechtigt scheint, nur von einer »vortheilhaften« Transposition des Kopfes durch P. zu sprechen, und für das, was Lorenz für ein Wesentliches seiner Methode erklärt, die funktionelle Belastungsmethode, scheint das Verständnis auch nicht vollkommen.

H. Frank (Berlin).

17) Paci. Della lussazione iliaca comune congenita del femore e della sua cura razionale incuruata.

(Arch. di ortoped. 1896. No. 5 u. 6.)

Die Lorenz'sche Methode ist principiell diejenige von P., und die Abweichungen, welche Lorenz davon macht, hält P. für unnütz oder schädlich. Seine 4 Tempi beschreibt er ausführlich. Sie sind bekanntlich: 1) Flexion, 2) Druck aufs Knie von oben (der Kopf steigt herab und gewinnt am Lig. triangulare einen Hebelstützpunkt), 3) mäßige Abduktion und Auswärtsrotation (Kopf stellt sich der Pfanne gegenüber), 4) Streckung und Innenrotation (Kopf schnappt ein). Alles geschieht manuell.

Die sogenannte Reposition gelingt auch bei älteren Kindern, so fern die Verhältnisse der Pfanne und des Schenkelhalses es erlauben. Eine wirkliche Reposition sei allerdings selten oder nie möglich, da ja eine ausgebildete Pfanne nicht existire; vielmehr könne durch die Methode nur der Kopf gegenüber oder an Stelle der rudimentären resp. der fehlenden Pfanne gebracht werden und müsse dort durch den Gebrauch und durch seine Bewegungen sich eine neue Pfanne einreiben (Lorenz' funktionelle Belastungsmethode).

Weiter giebt P. einige theoretische und anatomische Auseinandersetzungen. Wirkliche Repositionshindernisse sind nach ihm fast allein die Muskeln. Die Kontraktur der Adduktorengruppe kann so stark sein, dass die Operation misslingt. Darum besteht das Wesentliche der Paci'schen Methode darin, durch geeignete Tempi die Insertionspunkte der Muskeln zu nähern und durch langsame dehnende

¹ Man kann nur annehmen, dass das Manuskript des im Novemberheft veröffentlichten Aufsatzes sehr lange bei der Redaktion geruht haben muss, worauf allerdings keine diesbezügliche Bemerkung derselben hinweist.

Bewegungen unter Benutzung des Knochens als Hebel die Spannungen zu überwinden. Gewichtsextension oder Zug durch Maschinen sind aber als nutzlos (?) verworfen.

Endlich wird ein Becken eines Kindes beschrieben, welches von Nota nach P.'s Methode doppelseitig mit Erfolg operirt worden war, aber nach 4 Monaten an Enteritis starb. 5 Tafeln illustriren den Befund am Becken, an dem Schenkelkopf, der verdickten Kapsel, den alten, durch einen Knochenwall kenntlichen Standort des Kopfes und die neugebildete Pfanne, welche schon eine Art Limbus besitzt. Links liegt der Kopf zu weit nach vorn (dies erinnert an den Lorenz'schen Einwurf einer vorderen Luxation statt Reposition, Ref.). Wirklicher Knorpel fehlt, nur kleine Inseln von Netzknorpel haben sich gebildet, das Lig. teres fehlt. Eine Restitutio ad integrum kann also von der Reposition nicht erwartet werden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

18) Liermann. Zur Behandlung der Schenkelhalsbrüche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 46.)

L. geht von der Erfahrung aus, dass die längere Bettlage bei alten Leuten Gefahren für das Leben bringt, die ambulante Behandlung der Schenkelhalsbrüche das Erstrebenswerthe ist. Bei derselben ist von Wichtigkeit für die Erreichung guter Endresultate, dass das Kniegelenk möglichst frühzeitig bewegt werden kann. Die Hessing'schen Apparate sind sehr kostspielig und bedürfen zu ihrer Herstellung längerer Zeit. L. verwendet nun zur Distraction und Fixation der Bruchenden in richtiger Stellung die früher schon von ihm für die Anwendung bei Brüchen des Ober- und Unterschenkels empfohlene Schraubenextensionsschiene. Dieselbe kann als Gehschiene schon in den ersten Tagen nach der Verletzung Verwendung finden. Dadurch, dass die Entlastung des Hüftgelenks durch die innere Schiene allein auf die direkteste Art zu Stande kommt, fällt selbst ängstlichen Pat. das Gehen in dem Apparat nicht schwer. Die Fixation des Beines in der extendirten Stellung leidet auch während des Gehens keine Noth. Der Sitzhalbring, der zunächst die Körperlast übernimmt, ist nur einseitig an der Entlastungsschiene befestigt, wodurch eine gewisse Elasticität und ein Federn desselben beim Gehen zu Stande kommt.

Eine gewisse Beweglichkeit des Kniegelenks wird durch Lockerung der Schraube am Kniescharnier am 8. bis 10. Tage erreicht. Auch Bewegungen im Fußgelenk lassen sich während des Tragens der Schiene ermöglichen. Für die Nachtruhe kann durch Feststellen des Kniescharniers das Bein jederzeit wieder in extendirter Stellung fixirt werden. Aus 3 mitgetheilten Krankengeschichten ergibt sich, dass 2mal jede Verkürzung und Atrophie am Schluss der Behandlung fehlte, 1mal eine solche von 3 cm vorhanden war.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

19) **P. Gaudeffroy.** Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896. Mit 4 Abb. im Texte.

Die große, 138 Seiten umfassende Arbeit behandelt in ausführlicher Weise die im Titel bezeichnete Erkrankung. Abgesehen von den vielen eingehend beschriebenen Krankengeschichten, welche manches Beachtenswerthe mittheilen, zeichnet sich die Arbeit in Bezug auf die Beschreibung der verschiedenen Ursachen der Entstehung, in Bezug auf die detaillirte Behandlung der einzelnen Kapitel, als da sind: pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf, Prognose und einzuschlagende Behandlungsmethoden dieser Erkrankung, durch Genauigkeit und Ausführlichkeit aus. Es sei Jedem, welcher für dieses Kapitel der Chirurgie Interesse zeigt, das Studium der Monographie im Original empfohlen. Verf. gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden therapeutischen Regeln:

Gelenksabscesse soll man punktieren. Bei etablierter Fistel soll man in den ersten 6—8 Monaten einfach antiseptisch verbinden, Bettruhe anordnen und eine Ausschabung des Fistelganges mit nachfolgender Injektion von Kamphernaphthol oder Sublimat-Ausreibungen versuchen. Hat sich diese Therapie nach der oben erwähnten Zeit als erfolglos erwiesen, so soll man nicht länger zuwarten, sondern die Resektion des Oberschenkels ausführen, welche bei dem Umstand, als das Darmbein zu dieser Zeit noch intakt ist, die günstigsten Erfolge aufzuweisen vermag. Nur bei kleinen Kindern, welchen erfahrungsgemäß die Neigung zur Spontanheilung innewohnt, kann man bis zum Ablauf eines Jahres nach der Fistelbildung mit der Operation warten. In jenen Fällen, in denen die Fistel $\frac{1}{2}$, 1, 2 oder gar 3 Jahre besteht, ist die Resektion, wenngleich sie nur sehr mäßige Resultate geben wird, doch am Platze, um das Allgemeinbefinden des Kranken zu heben. Wenn die Fistel trotzdem bestehen bleibt, oder sich die Anzahl derselben vermehrt, wenn Osteomyelitis des Oberschenkelknochens entstanden ist, der Allgemeinzustand des Kranken ein schlechter wird, im Harn Eiweiß nachzuweisen ist, dann heißt es das Leben des Pat. retten. Dies ist nur durch die Exartikulation des Oberschenkels ermöglicht, nach welcher die Eiterung vermindert, das Allgemeinbefinden gebessert und der Eiweißausscheidung Einhalt gethan werden kann. Jede Therapie wird durch den Aufenthalt des Kranken am Meeresstrande wesentlich unterstützt werden.

Gold (Bielitz).

20) **H. Delagènière** (Le Mans). Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage transtrochantérien.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 717.)

Die Hüftgelenkresektion mit ihren funktionell oft wenig günstigen Ausgängen glaubt Verf. durch sein neues Operationsverfahren um-

gehen zu können. Ausgehend von der Erfahrung, dass die Mehrzahl der Coxitiden ostalen Ursprungs sei, dass die Knochenherde wiederum am häufigsten im Schenkelkopf gefunden werden, schlägt er vor, mittels eines dem Langenbeck'schen Resektionsschnitt ähnlichen, nur etwas weiter abwärts geführten Schnittes die obere Fläche des Schenkelhalses bloßzulegen, die Sehnenansätze und das Periost etwas zurückzuhebeln, und nun mit Meißel, schneidender Knochenzange und scharfem Löffel eine genügend breite Rinne in den Schenkelhals, -Kopf und großen Trochanter zu graben, welche außen an der Basis des großen Rollhügels mündet. Von ihr aus wird die gesammte Spongiosa des Schenkelkopfes und eventuell auch des Schenkelhalses ausgeschabt, hingegen bleibt die Corticalis erhalten, von der knorpligen Gelenkfläche wird nur ein der Breite der Rinne entsprechendes Stück weggenommen, um die Gelenkhöhle drainiren zu können; nur wenn der Gelenkkopf ganz erkrankt ist, wird er ganz entfernt. Durch den in ihm geschaffenen Ausschnitt wird auch die Gelenkhöhle ausgiebig ausgeschabt. Am Schluss wird die Wundhöhle mit 10%iger Chlorzinklösung desinficirt, in die Rinne des Schenkelhalses ein Metalldrainrohr bis ins Gelenk eingelegt, die übrige Wunde durch Naht geschlossen, das Bein in Extension fixirt. 2 derart operirte Fälle wurden zum Beleg der Ausführbarkeit und des guten Erfolges der Operation angeführt. (Beide sind noch viel zu frisch, um über das Dauerresultat ein Urtheil zu erlauben. Dass es möglich sein soll, von der Lücke im Gelenkkopf aus wirklich alles kranke Gewebe aus der Pfanne exakt zu entfernen, erscheint doch sehr zweifelhaft. Ref.)

Reichel (Breslau).

21) G. Phocas und G. Potel. Sur l'absence congénitale de la rotule.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5.)

Mit Einschluss einer eigenen ausführlich mitgetheilten Beobachtung haben die Autoren 30 Fälle von angeborenem Kniescheibenmangel aus der Litteratur zusammengestellt, von denen aber einige, theils weil die Kniescheibe nur ein zufällig fehlender Knochen war (Koincidenz mit unteren Skelettdefekten), theils eine Verwechslung mit Atrophie bei angeborener Kniescheibenverrenkung vorlag, ausscheiden. Von 27 echten Defekten waren 18 doppelseitig, 9 einseitig, und zwar 2 davon vergesellschaftet mit Atrophie der anderen Seite. In allen Fällen lagen Fußdeformitäten, Klump-, Spitz-, Valgus- oder Talusfuß, ferner Atrophie und Retraktion der Quadricepssehne vor. Bezüglich der Ätiologie halten die Autoren an der Theorie neuromyopathischer Entstehung fest, sei sie nun centraler oder peripherischer Natur. Die Kniescheibe bildet sich nicht, weil der Quadriceps mit seiner Sehne verkümmert ist, sie kann sich aber verspätet noch neubilden, wenn unter dem Einfluss der Behandlung der Quadriceps wieder in Thätigkeit tritt. Die Diagnose des Fehlens ist nicht immer leicht, sie kann wie in der eigenen Beobachtung

durch Skiaskopie sichergestellt werden. Das Knie ist glatt, die Fossa intercondylica leer, der Condylus medialis femoris häufig hypertrophisch unter Valgusbildung, das Knie nicht selten in pathologischer Stellung, verrenkt, in der Regel nach vorn, oder recurvum, oder in Beugestellung. Daneben besteht Spitz- oder Klumpfuß; in einigen Fällen fehlte auch die Fibula, niemals die Tibia. Funktionell ist die Flexion häufig beschränkt; zuweilen besteht seitliche Beweglichkeit, im Übrigen ist die Funktionsstörung sehr variabel. Die Prognose hängt zum großen Theil von der Behandlung ab, welche sich auch nach den Begleiterscheinungen richtet. Massage und Elektrizität können den Quadriceps stärken und damit die Bildung der Kniescheibe herbeiführen.

H. Frank (Berlin).

22) Coulhon. Un nouvel appareil pour la fracture de la rotule.

(Gaz. des hôpitaux 1896. No. 139.)

C. beschreibt einen Verband zur Behandlung einfacher Kniescheibenbrüche, mit dem er bis jetzt in 2 Fällen knöcherne Heilung erzielt haben will.

Nachdem das Gelenk zunächst durch Ruhe, Hochlagerung etc. zum Abschwellen gebracht worden ist, wird das Bein auf eine 80 cm lange, 15 cm breite, mit einem Wattekissen bedeckte Schiene gelagert. Diese trägt in der Gegend des Knies an ihren Rändern je 2 runde, 8 cm von einander entfernte Ausschnitte. Nachdem die Fragmente einander genähert worden sind, legt man je ein Wattekissen, an denen sich Ränder von Flockseide befinden, oberhalb und unterhalb der Kniescheibe auf das Bein. Nun wird ein 2 cm breites Band zunächst über das obere Kissen gelegt, zu beiden Seiten heruntergeführt, in die unteren Ausschnitte der Schiene geleitet, unten gekreuzt und über dem unteren Kissen auf dem Knie geknotet. Ein zweites Band wird vom unteren Kissen aus durch die oberen Ausschnitte der Schiene auf das obere Kniekissen geführt und hier geknotet. Hierdurch sollen die Fragmente unverrückbar fest an einander gehalten werden. Die ganze Extremität kommt schließlich auf ein Schrägkissen. Die Heilung des Bruches ist nach 6 Wochen beendet, worauf zur Massage übergegangen werden kann. Jaffé (Hamburg).

23) H. Hartmann. Fracture très oblique du tibia. Conso-
lidation vicieuse. Ostéotomie. Extension continue. Guérison.

24) Hennequin. Description et application de l'appareil à
extension continue pour fractures de jambe.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5.)

Im Anschluss an die Demonstration des Hartmann'schen Falles, bei welchem der Hennequin'sche Extensionsapparat 4 cm Verkürzung, als Überbleibsel eines schlecht geheilten Unterschenkelbruches, ausgleichen konnte, was selbst nach Freilegung der Bruch-

stelle durch gewaltsamen Zug nicht gelingen wollte, beschreibt Hennequin selbst seine Vorrichtung, welche in den neueren orthopädischen Mittheilungen aus Paris eine ziemliche Rolle spielt. Eine genauere Beschreibung der etwas complicirten Einrichtung lässt sich nicht gut im Referat wiedergeben, nur des Principi sei gedacht. Der Fuß liegt, gegen Druck durch mit Streupulver gefüllte Kissen gedeckt, in einem Gipsschuh und wird mit Gewichten extendirt. Um der Reibung beim Zug auf der Unterlage entgegenzuwirken und die Schwere des Gliedes für den Zweck vortheilhaft auszunutzen, ist das untere Ende des Unterschenkels aufgehängt an Rollen, welche oberhalb des Unterschenkels an einer schräg gegen das Fußende herabsteigenden Führungsstange herunterlaufen. Zur möglichsten Ausschaltung des Zuges der gespannten Muskulatur etc., welche sich der Geraderichtung widersetzt, ist von der physiologischen Thatsache Gebrauch gemacht, dass ein Muskel, dessen natürliche Ansatzpunkte einander genähert sind, keiner vollen Kraftentwicklung fähig ist (z. B. erschwelter Faustschluss bei starker Beugstellung der Hand, Unmöglichkeit, die Fingerglieder zu strecken bei möglichster Rückwärtsstreckung der Hand). Dieses Ziel sucht H. zu erreichen, indem er den Fuß in senkrechter Stellung, den Unterschenkel im Knie, den Oberschenkel in der Hüfte gebeugt liegen lässt, d. h. der Unterschenkel liegt auf erhöhter Ebene.

H. Frank (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

- 25) **L. Corazza.** Bericht über chirurgische Thätigkeit vom 1. Juli 1894 bis 31. December 1895.
(*Rivista Veneta di scienze med.* 1896.)

Es wurden im Ganzen 1220 Pat. aufgenommen, mit 6% Todesfällen. Im Einzelnen sind folgende Fälle und Beobachtungen bemerkenswerth:

Krampfhafter Torticollis seit 7 Jahren. — Neurektomie des N. accessorius Willisii, 2 cm lang.

Besserung, aber keine Heilung.

Komplicirte Fraktur des linken Scheitelbeins; Kraniotomie, Exstruktion des Fremdkörpers, Heilung.

Ein Messingknopf hatte sich in Folge des Risses eines Transmissionsriemens von jenem abgelöst und den Arbeiter getroffen. Es entstand eine perforirende Schädelwunde; der Fremdkörper blieb mit seinem Rand in der Schädelöffnung stecken. Es stellte sich zunächst Verlust der Sprache ein, dann allgemeine Krämpfe, weiterhin Schluckbeschwerden, Trachealrasseln, Bewusstseinstörung, Pulsverlangsamung, enge Pupillen. — Nach Trepanation, Exstruktion des Fremdkörpers so wie dreier Knochensplitter, Desinfektion und Verband verschwanden allmählich die Krampfanfälle, die Sprache kehrte zurück, und es trat völlige Heilung ein.

Unvollständige Ankylose des Ellbogens durch Callusbildung. — Resektion des Olecranon. — Heilung.

Fraktur im Bereich der unteren Humerusepiphyse (vor 5 Monaten), mit unvollständiger Ankylose in Streckstellung geheilt. Die Unmöglichkeit der Beugung kam daher, dass das Olecranon sich an dem nach hinten ausgewichenen unteren

Fragment, resp. Callus, anhakete; nach Resektion des Olecranon wurde die Funktion des Gelenkes völlig normal.

Spina bifida (Meningocele) lumbaris. — Excision. — Heilung.

Kind von 4 Monaten, hat von der Geburt an in der Gegend der letzten Lendenwirbel eine kugelförmige Geschwulst von Apfelgröße, mit Flüssigkeit gefüllt und durch einen schmalen Stiel mit dem Wirbelkanal communicirend. Excision der Cystenwände, Reposition der vorgefundenen Nervenbündel, Naht der Pia, der Dura, der Haut. In der ersten Nacht 3 eklamptische Anfälle. Anfangs Fieber. Dann völlige Heilung.

Kothfistel. — Heilung durch Excision eines Divertikels.

15jähriges Mädchen, hatte im Alter von 2½ Jahren einen Abscess der Bauchwand gehabt, nach dessen Incision eine Kothfistel zurückblieb; dieselbe schloss sich mit 9 Jahren spontan, brach aber nach 6 Jahren abermals auf (Entleerung von Spulwürmern). Bei der Operation fand sich ein 10 cm langes Divertikel des Dünndarmes, welches exstirpiert wurde; Heilung. — Da die Kothfistel dicht neben dem Nabel lag, so nimmt Verf. an, dass es sich um ein Meckel'sches Divertikel (Duct. omphalo-mesenter.) handle, das durch Perforation (Spulwürmer) die Fistel verursacht habe.

Narbenstenose des Pylorus.

Bei der Operation fand man den Pylorus an der Wirbelsäule fixiert. — Querer Einschnitt in die Magenwandung, dicht am Pylorus; Pyloroplastik. Es erfolgte Tod unter den Erscheinungen von Bronchitis und Pleuropertonitis. Verf. widerräth danach die Pyloroplastik bei fixiertem Pylorus; die Gastroenterostomie sei dann vorzuziehen.

Hernien.

Die Radikaloperation wurde fast stets nach Bassini ausgeführt. Von interessanten Vorkommnissen erwähnt Verf. den Fall einer direkten Leistenhernie bei einer Frau, wo die Blase den Inhalt des Bruchsackes bildete, so wie einen Fall von Tuberkulose des Bruchsackes bei kongenitaler Leistenhernie. Bei der Operation des letzten Falles fand man die Innenfläche des Bruchsackes mit miliaren Tuberkeln besetzt, diffus geröthet und geschwollen; ein Gleiches fand sich am Hoden, der mitsammt dem Bruchsack exstirpiert wurde. Es trat Heilung ein. Unter den Radikaloperationen der Leistenbrüche (nach Bassini) sah Verf. in 6—7% der Fälle Recidive eintreten. Dieselben sind größtentheils zurückzuführen auf folgende Ursachen: Unvollendete Operation (z. B. wegen Gefahr der Anästhesie), specielle anatomische Eigenthümlichkeiten (z. B. Atrophie der Bauchmuskeln und Aponeurosen), Störungen in der Wundheilung, Erkrankungen nach der Operation, Pneumonie). — Dass auch noch 6 Jahre nach der Operation ein Recidiv eintreten kann, lehrt ein vom Verf. mitgetheilter Fall. **H. Bartsch** (Heidelberg).

6) Remlinger. Un cas de paralysie radicaire du plexus brachial (type supérieur de Erb) consécutif à une chute de cheval.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1896. No. 9.)

Der Fall interessirt den Chirurgen wegen seiner Ätiologie. Ein Unterlieutenant wurde beim Zureiten eines Pferdes von demselben abgeworfen und fiel mit dem Kopf voran zu Boden. Dabei stieß die rechte Schulter zuerst auf denselben auf, und der Kopf wurde stark nach der linken Schulter gebeugt, so dass Kopf und Schulter beinahe eine gerade Linie bildeten. Die Folge war ohne das Eintreten einer Fraktur oder Luxation eine sofortige Lähmung an der rechten Schulter und dem Oberarm. Am nächsten Tage stellten sich heftige Schmerzen am Erb'schen Supraclavicularpunkt ein. Die gelähmten Muskeln — Deltoides, Supra- und Infraspinatus, Biceps, Brachialis internus — atrophirten nach einiger Zeit. Die Lähmung, welche offenbar auf der Zerreißung einiger Fasern des 5. und 6. Cervicalnerven beruhte, trotzte jeder Therapie. **Schneider** (Siegburg).

27) Finckh. Über die Reponibilität der veralteten Schultergelenkluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

F. hat durch statistische Bearbeitung der in der Bruns'schen Klinik beobachteten Fälle von Oberarmverrenkungen einen werthvollen Beitrag zur Lehre von den Schulterverrenkungen überhaupt geliefert.

Am stärksten belastet ist das 6. Decennium (71 von 223 Fällen). Männer sind mit 81, Frauen mit 19% betheiligt. Auf die rechte Seite entfallen 67, auf die linke 33% der beobachteten Verletzungen. Auf 201 vordere (97,5%) kommen 5 hintere (2,4%) Verrenkungen; unter den vorderen sind 190 axillare resp. subcoracoidale (92%), 8 präscapulare, 2 subclaviculare und 1 erecta. Bezüglich der Ätiologie sei hier auf die seltenen Fälle hingewiesen, wo die Luxation durch Muskelzug entstand (Fehlthieb mit dem Schläger oder der Peitsche); wiederholt fand sich als Ursache ein heftiger Zug am Arm, z. B. in der Art, dass Pat., im Begriff eine Treppe hinabzustoßen, während des Falles mit den Händen noch einen Halt zu gewinnen vermochte. Auf diese Weise kam sogar eine doppelseitige Verrenkung zu Stande. — Von Komplikationen sind erwähnt: Bruch des Oberarmschaftes (1), des anatomischen und chirurgischen Halses (5), des großen Tuberkels (4), der Pfanne (2), Erscheinungen von Nervenkompression (5), völlige motorische und sensible Lähmung (2). Zahlreich sind die Beispiele recidivirender und habitueller Verrenkungen. — In den Fällen, welche wegen Irreponibilität zur Operation gelangten, wurde als Repositionshindernis meist eine Fraktur des großen Tuberkels gefunden. Von üblen Zufällen während der Repositionsversuche kamen zur Beobachtung: Bruch des Humerushalses, welcher durch Bildung einer Pseudarthrose 3mal eine Besserung der Funktion ergab; vorübergehende Schädigung der Nervenstämme in 3 Fällen, 1mal Hautemphysem des Brustkorbes mit Athemnoth.

Von 100 Fällen veralteter Luxationen wurde bei 73 der Versuch unblutiger Reposition gemacht; in einem Theil der Fälle unterblieb er, weil die Funktion des verrenkten Armes eine auffallend gute war, in einem anderen, weil von vorn herein ein Erfolg der unblutigen Behandlung nicht zu erwarten stand. 48mal gelang die Reposition. Nach mehr als 14wöchentlichem Bestand der Verrenkung gelang die Einrenkung in keinem Falle. Die Berechnung der erreichten Resultate mit Bezug auf die Zeit des Bestehens der Verrenkung führt Verf. zu folgender Schlussthese: Wenn keine Komplikation mit der Humerusluxation verknüpft ist, ist die Prognose der 2—4 Wochen alten Luxationen eine absolut günstige; bis zu 9wöchentlicher Dauer eine recht gute (77% Heilungen der Fälle aus der 3. bis 9. Woche). Die länger als 9 Wochen bestehenden Schulterluxationen lassen sich auf unblutigem Wege nur ausnahmsweise noch reponiren.

Hofmeister (Tübingen).

28) A. Barsis. Über die subkutane Ruptur des langen Bicepskopfes.

(Wiener med. Presse 1896. No. 50.)

Verf. theilt aus dem Bum'schen Ambulatorium für Mechanotherapie 3 Fälle von subkutaner Ruptur des langen Bicepskopfes mit. Wahrscheinlich war in allen 3 Fällen der Abriss am Übergang des Muskels in die Sehne oder knapp unterhalb desselben erfolgt, da in keinem der Fälle ein oberes Ende des Muskels zu tasten war, und da andererseits das Rissende am herabgesunkenen Theil des Muskels nur aus Muskelsubstanz bestand. Bei den Kranken erfolgte die Ruptur dadurch, dass der kontrahierte Biceps plötzlich und unvermuthet gedehnt wurde. 2 Kranke hatten das äußerst schmerzhafteste Gefühl des Zerreißen empfunden, der 3. Kranke hatte das Gefühl eines Peitschenhiebes. Die direkten Ruptursymptome: Bildung einer Lücke im Verlauf des Biceps, Herabsinken des Muskelbauches gegen die Ellbogengegend, Ausfall der Funktion, waren in allen 3 Fällen vorhanden. Bei einem Kranken bestand auch das Hüter'sche Symptom: Fähigkeit, den Arm in pronirter Stellung zu beugen, nicht aber in supinirter.

Therapeutisch werden die besten Resultate mittels des mobilisirenden Verfahrens erzielt.

P. Wagner (Leipzig).

29) F. Zenker (Hamburg). Beitrag zur Lorenz'schen unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Z. hat in 1 Falle von doppelseitiger angeborener Hüftverrenkung 4 Monate nach der nach Lorenz' Methode erfolgten Einrenkung von dem Becken des 3½-jährigen Knaben ein Skiagramm machen lassen und mit dem gewonnenen Bilde das eines 2., therapeutisch noch nicht in Angriff genommenen Falles von einseitiger Luxation eines 2½-jährigen Mädchens verglichen. An letzterem war das Vorhandensein des Y-Knorpels und die Verdickung und Verbreiterung des knöchernen Grundes der kranken Pfanne gegenüber der gesunden Seite auffallend. An dem doppelseitig verrenkt gewesenen Becken fand sich rechts, wo bei der Einrenkung kein deutliches Repositionsgeräusch wahrgenommen worden, der Kopf, nur hinter die rechte Spina ant. inf. sich anstütsend, transponirt, links in die rudimentäre Pfanne richtig reponirt und unter dem oberen hinteren Pfannenrande gegenüber kräftigem Druck nach oben feststehend. — In den weiteren Bemerkungen sucht Z. den wesentlichen Unterschied zwischen der Paci'schen, oft nur Transposition erreichenden, und der Lorenz'schen unblutigen Methode festzustellen und das Princip der Mikulicz'- und Schede'schen Verfahren klarzulegen, mit denen nur selten ideale Repositionen, häufiger günstige Transpositionen erzielt würden. Verf. glaubt schließlich den von Lorenz bei der unblutigen Einrenkung erhaltenen Resultaten für die blutige Reposition die Lehre entnehmen zu können, dass es nicht nöthig sei, bei der Operation die Pfannenaushöhlung so tief, wie bisher üblich, zu machen, und hofft, dass durch diese Maßregel die gefürchtete Folge der blutigen Operation, die Ankylose des betreffenden Gelenkes, eher vermieden werden könne.

Kramer (Glogau).

30) R. H. Harte (Philadelphia). Epiphyseal separation of the lower-end of the femur.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Juni.)

H. berichtet über 5 Fälle dieser seltenen Affektion, welche im Episcopal Hospital zu Philadelphia zur Beobachtung kamen.

1) Ein 10jähriger Knabe, der sich hinten auf einen fahrenden Wagen hängte, kam mit dem Bein in das Rad. Complicirte Epiphysenlösung am unteren Femurende. Die Epiphyse vollkommen losgelöst, der nackte Schaft der Diaphyse zur Wunde herausragend. Amputation im mittleren Drittel. Heilung.

2) Ein Knabe von 14 Jahren kam in einen Treibriemen und trug links eine einfache Fraktur des Oberschenkels, rechts eine Epiphysentrennung des unteren Femurendes davon. Außerordentliche Difformität; Knie und Kondylen konnten nach rechts und links verschoben werden, eine seitliche Verrenkung im Kniegelenk vortäuschend. Da auf der gleichen Seite noch ein complicirter Splitterbruch des Unterschenkels bestand, so wurde die Oberschenkelamputation gemacht. Heilung.

3) Einem 16jährigen Jungen war eine schwere Eisenplatte auf das Bein gefallen und hatte es dicht oberhalb des Knies getroffen. Auch hier wurde durch die seitliche Verschiebung der Epiphyse eine Verrenkung im Kniegelenk vorgetäuscht. Die Retention der Fragmente war außerordentlich schwierig und wurde im Schienenverband versucht. Nach einigen Tagen trat Vereiterung ein, welche die Amputation nothwendig machte. Heilung.

4) Ein junger Mensch von 18 Jahren lag derart auf einem Frachtwagen, dass seine Beine durch die seitlich angebrachte Thür nach außen gestreckt waren. Beim Fahren stieß er an eine Telegraphenstange an, welche das Bein gegen die Wagenthürkante stemmte und so zur Epiphysenablösung führte. Die Diagnose wurde dadurch leicht gestellt, dass es gelang, Knie und Kondylen gegen den Femurschaft seitlich zu verschieben. Heilung unter Extension.

5) Ein Junge von 15 Jahren gerieth, auf einem Wagen liegend, mit einem Bein in das sich drehende Rad. Starker Erguss im Kniegelenk und über dem Condylus int. fem. Krepitation und seitliche Beweglichkeit. Heilung im Extensionsverband.

Da die Gewalteinwirkung stets eine bedeutende ist, so ist die Prognose, wie aus den 5 Fällen hervorgeht, stets sehr zweifelhaft. Verf. ist der Meinung, dass die Amputation vor der Resektion im entsprechenden Falle den Vorzug verdient.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

31) Hammer. Über Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Die Forderung Neisser's, dass bei der Kontrolle der Prostituirten die Sekrete mikroskopisch untersucht werden, damit auch die gonorrhöisch Erkrankten, bei welchen die Diagnose makroskopisch nicht zu stellen ist — und das ist die Mehrzahl — der Hospitalbehandlung zugewiesen werden, ist bisher nur in Breslau, und auch dort nur unvollkommen, durchgeführt. Es ist daher von besonderem Interesse, von dem sehr eingehenden Bericht, den H. über die Stuttgarter Verhältnisse giebt, Kenntnis zu nehmen. In Stuttgart ist durchgeführt, was aus den verschiedensten Gründen empfehlenswerth erscheint, dass die Kontrolluntersuchung in den Händen des Arztes liegt, der zugleich die Hospitalbehandlung der Prostituirten leitet. Bei allen Prostituirten — bei der relativ kleinen Zahl ist das leicht durchführbar — wird 1mal wöchentlich das Harnröhrensekret, alle 4 Wochen statt dessen das Cervicalsekret untersucht. Diejenigen, bei denen Gonokokken gefunden wurden, wurden ins Hospital gebracht. H. hat die Breslauer Erfahrung, dass die makroskopische Diagnose nicht genügt, vollkommen bestätigt; die Zahl der gonorrhöischen Prostituirten im Hospital hat sich seit der Einführung der Untersuchung wesentlich vermehrt. Verf. betont die — Jedem, der viel Gonorrhöen untersucht hat, bekannte — Thatsache, dass der Gehalt des Harnröhrensekretes an Eiterkörperchen für die Diagnose eine Bedeutung hat; je mehr solche, um so wahrscheinlicher, je mehr Epithelien, um so unwahrscheinlicher die Anwesenheit von Gonokokken. Von den Beobachtungen des Verf. im Hospital, welche im Ganzen mit denen des Ref. im Breslauer Allerheiligen-Hospital (cf. Lappe, Statistische Beiträge zur Gonorrhoe der Prostituirten, Allgemeine med. Centralzeitung 1897 No. 7 u. 8) decken, sei hervorgehoben, dass die Behandlung, der Urethritis mit Ichthyol gute Resultate gegeben hat; die Uteringonorrhoe wurde mit Auswischungen mit 5- und 10%iger Chlorzinklösung, die Bartholinitis mit Ätzungen mit einer mit Höllenstein armirten Sonde behandelt; bei den letzteren ist der spontane Ausgang in Eiterung oder Verklebung mit Cystenbildung recht günstig. Die genau kontrollirten Heilungsergebnisse sind speciell bei der Urethralgonorrhoe als relativ gut zu bezeichnen.

Jadassohn (Bern).

32) V. Zarubin. Zur Frage von der Behandlung der Hautkrankheiten mit den Schilddrüsenpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Da die Thyreoidinbehandlung von vielen Seiten auch für die Behandlung von Hautkrankheiten sehr warm empfohlen worden ist, müssen hier die absolut negativen Resultate, die Verf. bei 3 Psoriasispat. und bei einem mit Sykosis idiopathica mit dieser Therapie erzielt hat, erwähnt werden. Z. hat bei seinen Pat. eine ziemlich hochgradige Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Gewichtsabnahme, Schlaflosigkeit etc. beobachtet und warnt vor der kritiklosen Anwendung dieses keineswegs indifferenten Mittels. (Auch Ref. hat speciell bei Psoriasis das Thyreoidin und die frische Schilddrüse erfolglos — aber allerdings ohne unangenehme Nebenwirkungen — versucht.)

Jadassohn (Bern).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 116), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

VON

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20.

Sonnabend, den 22. Mai.

1897.

Inhalt: W. Zoëge v. Manteuffel, Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis. (Original-Mittheilung.)

1) Müller, Lungenembolien bei Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate. — 2) Fraenkel, Angiosklerose. — 3) Splutschka, Mikrosporon furfur. — 4) Tandler, Pityriasis rosea. — 5) Nikolski, Pemphigus foliaceus. — 6) Isaac, Naphthalan. — 7) Müller, Frostbeulen. — 8) Heidenhain, Pruritus. — 9) Bellissent, Osteomyelitis. — 10) Sulzer, Muskelatrophie. — 11) Hennequin, Ambulatorische Frakturbehandlung. — 12) Naz, Tuberculosis sacro-iliaca. — 13) Lorenz, Angeborene Hüftverrenkung. — 14) af Schultén, Osteomyelitis des Oberschenkels. — 15) Casati, Gritti'sche Operation.

E. Juvara, Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung. (Original-Mittheilung.)

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 17) Ballance und Abbot, Antistreptokokkenserum. — 18) Jacob, Tetanus. — 19) Dipper, Infiltrationsanästhesie. — 20) Waterhouse und Gibbs, Chloroformanästhesie. — 21) Nannotti, Gonokokkenpyämie. — 22) v. Notthafft, Blennorrhoe. — 23) Kopp, Multiple Angiome. — 24) Berliner, Morbus Basedowi und Alopecie. — 25) Kozerski, Hautaktinomykose. — 26) Hintner, Multiple Hautgangrän. — 27) Koch, Lupus erythematodes. — 28) Dohl, Rhinophyma. — 29) Dreyse, Lichen ruber. — 30) Colombini, Xanthom. — 31) Herxheimer, Impetigo contagiosa vegetans. — 32) Peter, Pemphigus neonatorum. — 33) Roxburgh und Collis, Akromegalie. — 34) Vallas, Intraklavikuläre Amputation der oberen Gliedmaßen. — 35) Cousin, Exstirpation des Schulterblattes. — 36) Berger, Pseudarthrose des Oberarms. — 37) Stoll, Bicepsriss. — 38) Watjoff, Intra-uterine Knochenbrüche.

Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis.

Von

W. Zoëge von Manteuffel in Dorpat.

Die Desinfektion der Hände des Arztes ist ein noch ungelöstes Problem, trotz aller praktischen Erfolge der Chirurgie unserer Tage, die das Gegentheil zu beweisen scheinen. Wir sind noch nicht im Stande, unsere Hände so zu desinficiren, dass die Desinfektion unter allen Umständen einer strengen experimentellen Kritik Stand hält. Das lehren uns die Versuche Kümmell's, Fürbringer's, Sänger's, Reinecke's, das zeigten uns die Demonstrationen v. Bergmann's auf dem vorletzten internationalen Kongress und die neueren Unter-

suchungen Lauenstein's und Anderer. Eine relative Keimfreiheit können wir erhalten, eine absolute nicht, und immer wieder müssen wir mit dem schwankenden Faktor rechnen, dass das Körpergewebe des Operirten in letzter Instanz mit seinen vitalen Eigenschaften den allerdings meist nicht großen Fehler in der Desinfektion unserer Hände korrigirt. Wir erreichen damit im Allgemeinen, was wir brauchen. Wir erreichen diese relative, aber genügende Keimfreiheit der Hände jedoch nicht mehr, wenn wir infektiöses Material berührt, unsere Hände in Koth oder Eiter getaucht haben.

Durch das sehr bunte Material des hiesigen Stadtkrankenhauses und die Nothwendigkeit, reine und septische Kranke promiscue zu operiren, Empyeme und Phlegmonen zu spalten und gleich darauf Verletzte zu versorgen, bin ich darauf gekommen, die Hände vor Infektion durch ausgekochte Gummihandschuhe zu schützen. Hat man eine größere Zahl geschulter Assistenten, so kann man sich ja wohl auch ohne das helfen. Aber selbst nach vielfachem Waschen, ja oft noch am anderen Tage werde ich nach einer Operation an schwer Septischen das unheimliche Gefühl nicht los, dass meine Hände nicht sicher sind, obgleich heut zu Tage der üble Geruch bald fortzubringen ist, der früher, als man noch nicht mit Alkohol zu desinficiren verstand, sich außerordentlich lange hielt.

Einen weiteren Vortheil der Handschuhe lernte ich bald kennen. Ich selbst leide nicht an Furunkeln. Einer meiner Assistenten jedoch hatte fortwährend mit den Operationsfurunkeln zu kämpfen. Hier waren uns die Handschuhe ebenfalls von großem Werth. — Schließlich hatte ich dann noch Gelegenheit, den Nutzen der ausgekocht bereit stehenden Handschuhe zu erkennen, als Verletzungen eingebracht wurden, die sofortige Hilfe erheischten, und wo 5 Minuten Desinfektion einen bedrohlichen Zeitverlust bedeuteten. Es konnte die primäre Tamponade bei einer Verletzung der Mammaria interna mit Handschuhen ausgeführt und Zeit zur sorgfältigen Desinfektion gewonnen werden. Dasselbe galt von einigen schweren Verletzungen des Abdomens.

Ich benutze die Handschuhe jetzt:

- 1) bei Operationen an Septischen;
- 2) bei Operationen an reinen Wunden, wenn sie nicht aufschiebbar sind, und ich durch irgend einen Umstand und trotz Punkt 1) mit septischen Dingen in Berührung gekommen bin;
- 3) bei unaufschiebbaren Operationen, in Zeiten, in denen die Hand des Arztes eine Verletzung trägt, oder gar einen Furunkel etc.;
- 4) bei plötzlichen Unglücksfällen.

Unter unaufschiebbaren Operationen verstehe ich nicht bloß Herniotomien, Tracheotomien etc., kurz Operationen, die an sich unaufschiebbar sind. Oft zwingen auch äußere Umstände dazu, eine Operation vorzunehmen zu einer Zeit, wo man gerade eine Verletzung, die sich nicht desinficiren lässt etc., an der Hand trägt. —

In allen den oben genannten Fällen ist es meiner Ansicht nach nicht immer, sagen wir besser nicht möglich, sich die Hände sicher zu desinficiren. Man tröstete sich bei den akut eingebrachten Verletzungen damit, dass man von zwei Übeln das kleinere wählen, dass man vor Allem die augenblickliche Gefahr bekämpfen müsse. Man behielt aber nach solchen Operationen, die mit septisch inficirter oder mit kranker Hand ausgeführt wurden, ein schlechtes Gewissen, bis der Fall glimpflich mit einer Stichkanalleitung, mit einer gepferten pr. Int. oder aber schlimmer mit allgemeiner septischer Infektion auslief.

In Handschuhen zu operiren ist natürlich etwas unbequem. Bei den Operationen an Septischen hat das nicht so sehr viel zu sagen. Hier handelt es sich doch meist um technisch nicht schwierige Eingriffe. Anders liegen die Verhältnisse, wenn wir die septisch inficirte oder verwundete, die nicht desinficirbare Hand mit dem Gummihandschuh decken, um eine beliebige aseptische Operation auszuführen. Sitzt der Handschuh knapp, so wird die Hand etwas anämisch und bald müde. Die käuflichen Handschuhe haben außerdem einen Fehler: es ist keine Ausweitung für den Daumenballen vorhanden, der Daumen ist daher schwer zu abduciren. Sind wieder die Finger zu lang, so hindern sie das rasche Ergreifen namentlich der Instrumente mit scherenförmigen Griffen. Aber auch bei gut sitzenden Handschuhen, etwa nach Maß gefertigten, wird die Operation vielleicht etwas länger dauern. Was will das aber sagen gegenüber der absoluten Sicherheit einer »ausgekochten Hand«! Und man kann doch schließlich auch größere Operationen ganz gut ohne wesentlichen Zeitverlust ausführen: Ich habe die Handschuhe (außer bei septischen Operationen) bei folgenden Operationen benutzt: bei einer Radikaloperation einer Hernie nach Bassini, zwei Radikaloperationen von Nabelhernien, einer Radikaloperation einer Inguinalhernie beim Weibe, einer Ellbogengelenkresektion von einem radialen Schnitt aus. Die Operationen dauerten vielleicht 5—10 Minuten länger als sonst, aber ich habe noch wenig Übung und noch keine gut sitzenden Handschuhe.

Natürlich pflege ich, so weit das im betreffenden Falle möglich ist, erst meine Hände zu desinficiren, damit, falls der Handschuh irgend wo angeschnitten wird, darunter wenigstens keine ganz undesinficirte Haut zum Vorschein kommt; schon um die Handschuhe anzuziehen, ist das geboten, obgleich man sie sich auch mit einem sterilen Handschuh anziehen kann. Die Ärmel des Operationskittels trage ich schon lange am Handgelenk geschlossen oder wenigstens bis auf dasselbe herabreichend, bei bis zum Ellbogen desinficirtem Arm. Ich habe mir jetzt Handschuhe fertigen lassen, die etwas länger sind als die bei den Chemikern üblichen und über den Ärmel hinaufragen.

In letzter Zeit habe ich auch die für unser chirurgisches Gewissen so peinliche und doch so häufig nothwendige Operation des Touchirens

per anum, wo es nicht auf sehr feines Detail ankam, mit Gummihandschuh oder wenigstens Gummifinger ausgeführt. Sitzt der Finger glatt, so ist man übrigens erstaunt, wie wenig er die Palpation hindert.

Ich kann somit die ausgekochten Gummihandschuhe als ein sehr zweckmäßiges Inventarstück des Operationssaales jedem Operateur empfehlen. Eben so dürften sie auf Rettungsstationen etc. von Nutzen sein. Ob sie im Kriege eine Verwendung finden können, wage ich nicht zu entscheiden. Der Landarzt, der sie bequem in einem Glasgefäß in ein steriles Handtuch geschlagen mitführen kann, wird sie zu schätzen wissen; denn die Desinfektion der Hände in der Bauernhütte wird fast stets mangelhaft ausfallen, — während der ausgekochte Gummihandschuh eine absolut keimfreie Hand garantiert.

1) **M. Möller.** Über Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Unter den Argumenten, welche immer gegen die Anwendung ungelöster Quecksilberpräparate zur Injektionsbehandlung der Syphilis angeführt werden, steht in erster Linie die Thatsache, dass durch diese Injektionen gefährdrohende Lungenerscheinungen hervorgerufen werden können. Dieselben wurden von Lesser, der sie zuerst beobachtete, als Lungeninfarkte durch Injektion in eine Lungenvene, von Quincke als Pneumonien auf Grund einer Hg-Intoxikation (analog der Stomatitis, Enteritis etc.), von v. Watraszewski als Fettembolien (durch das ölige Vehikel der Hg-Suspension) gedeutet. In seiner sehr verdienstvollen Arbeit giebt Verf. nach einer historischen Darstellung dieser Frage zunächst seine eigenen Erfahrungen wieder; er hat (unter 3835 Injektionen von Thymolquecksilber) 43 mal Lungenerscheinungen beobachtet, d. h. bei jeder 89. Injektion. Die Symptome sind qualitativ gleich, quantitativ außerordentlich verschieden. Meist stellt sich sofort nach der Injektion, seltener erst nach einigen Stunden oder am nächsten Tage, Hustenreiz ein, oder auch Angstgefühl, Stechen auf der Brust, Athemnoth, Störungen im Allgemeinbefinden (Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), ev. ein Schüttelfrost. Objektiv war auf den Lungen entweder nichts nachzuweisen, oder auf beschränkten Gebieten subkrepitirendes Rasseln, zuweilen Reibungsgeräusch, abgekürzter Schall; immer günstiger Ausgang, nach oft nur mehrtägiger, manchmal längerer Krankheitsdauer.

Durch Versuche an Kaninchen bewies M., dass die wichtigsten Veränderungen in der That durch das Hg-Präparat hervorgerufen werden, dass das Paraffin, das als Suspensionsmittel dient, nur eine geringe Bedeutung haben kann, und dass die Annahme v. Watraszewski's, dass Suspensionen in Gummischleim ungefährlicher seien, eben so wenig zu recht bestehe, wie die Quincke's, dass die Lungenerscheinungen ein Ausdruck der Allgemeinintoxikation seien.

Die Nebenerscheinungen dagegen, wie z. B. die vom Darm, sind als Folge der akuten Hg-Resorption aufzufassen; sie kommen auch gelegentlich bei Injektion gelöster Hg-Salze zu Stande. Zur Vermeidung der Embolien, die zweifellos durch Injektion in die Muskelvenen bedingt sind, ist die Anwendung feinst gepulverter Präparate und die tiefe subkutane Injektion statt der intramuskulären zu empfehlen. (Die Zahl der von M. beobachteten Embolien ist eine auffallend große; zum Theil liegt das vielleicht an der besonderen Aufmerksamkeit, welche der Verf. dieser Komplikation zugewendet hat, in Folge deren ihm auch sehr unbedeutende Erscheinungen nicht entgangen sind; die intramuskuläre Injektion kann nicht wohl die Ursache dieser großen Zahl sein; denn Ref. injicirt seit Jahren nie in eine Hautfalte, sondern immer senkrecht in die Tiefe und darum zweifellos sehr oft in die Muskulatur, hat aber Embolien nur in ganz verschwindend seltenen Fällen gesehen — trotzdem im Hospital die Injektionen von den verschiedensten Assistenten ausgeführt wurden; vielleicht ist aber die Feinheit der Pulverisirung der Grund für diese Unterschiede.)

Jadassohn (Bern).

2) A. Fraenkel (Wien). Über neurotische Angiosklerose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 9 u. 10.)

Das Ergebnis der Untersuchungen des Verf. gipfelt in dem Satze, dass unter dem Einfluss von Krankheiten und Läsionen des Nervensystems anatomische Veränderungen der Blutgefäße (neurotische Angiosklerose) entstehen können und entstehen, die zur Ursache schwerer Schädigung der Gewebsernährung oder selbst der ausgesprochenen Gewebse Nekrose werden können. Dieser Zusammenhang war schon von Billroth, v. Winiwarter und späteren Autoren betont worden. Bei den Erklärungsversuchen des Zusammenhanges zwischen Nervenkrankheit und Gangrän spielt bis in die jüngste Zeit die Lehre von den trophischen Funktionen des Nervensystems die größte Rolle. Mit der Beobachtung, dass bei neurotischen Gangränen sich an den zuführenden Gefäßen des erkrankten Bezirkes schwere anatomische Veränderungen vorfinden, muss es zunächst interessiren, in wie weit diese Gefäßveränderungen als solche vom Nervenprocess direkt abhängig sein können. Ein Fall von Mal perforant du pied gab Verf. die erste Veranlassung, dieser Frage näher zu treten. Es handelte sich um einen 37jährigen Mann, der die Initialsymptome der Tabes darbot; an der rechten Fußsohle ein kraterförmiges Geschwür, an der linken Fußsohle zerklüftete Epidermiswucherung, an deren Stelle späterhin es gleichfalls zum fortschreitenden ulcerösen Zerfall kommt. Bei der histologischen Untersuchung des Grundes und der Ränder der exstirpirten Geschwüre fiel vor Allem eine mächtige Hypertrophie der Media an den kleinsten Arterien auf, die kaum eine Lichtung aufwiesen, und deren Wand durch diese Wucherung der Muskelschicht stark verdickt war. Man hatte den Eindruck, als habe man hier das Bild eines von Muskel-

hypertrophie begleiteten Gefäßkrampfes. Es lag nahe, diesen Gefäßzustand als Folge des tabischen Processes anzusehen, das perforirende Geschwür als Folge dieses Gefäßkrampfes. Verf. theilt nun zwei weitere analoge Beobachtungen mit. In allen Fällen bestand neben einander Nerven- und Gefäßveränderung als Begleiterscheinung schwerer Ernährungsstörung der Gewebe. Verf. ging nun daran, bei Nervenkrankheiten, die degenerative Processe an den peripheren Nerven zur Folge haben und andererseits auch sogenannte trophische Störungen aufweisen, nachzusehen, ob auch bei ihnen regelmäßig sich Gefäßveränderungen vorfinden, die als prädisponirende anatomische Grundlage für das Entstehen dieser trophischen Störungen aufgefasst werden könnten, und andererseits zu versuchen, ob es experimentell gelingen könnte, durch Ausschaltung bestimmter Nervenbahnen so wie die trophischen Störungen, auch die Gefäßveränderungen hervorzurufen. In 36 Fällen derartiger Nervenkrankheiten (Tabes, progressive Paralyse, Neuritis, Syringomyelie), die erfahrungsgemäß zu sogenannten trophischen Störungen prädisponiren, fanden sich mehr oder weniger erhebliche Gefäßerkrankungen an den peripheren Nerven, die als angiosklerotische bezeichnet werden konnten. Indem sich dieser Befund namentlich bei Individuen diesseits der Altersgrenze, welcher angiosklerotische Processe zukommen, zeigte, so folgte aus diesen Untersuchungen, dass jene Nervenkrankheiten von einer vorzeitigen Angiosklerose begleitet sind. Verf. beschreibt die Details der beobachteten Gefäßveränderungen, an welchen sowohl Arterien als Venen theilnehmen. Namentlich die peripheren Arterien zeigen eine durch mächtige Hypertrophie und Hyperplasie der Media bedingte Wandverdickung, während die gleichzeitigen Veränderungen der Intima keinen nennenswerthen Grad erreichen. In einem zweiten Typus oder vielmehr Stadium desselben Processes kommt es zu allgemeiner Größenzunahme des Gefäßes, wobei jetzt um so auffälliger die Hypertrophie der Intima vortritt, welche zu erheblicher Verengung der Lichtung führt. Analog sind die Veränderungen der Venen, deren Strukturbild oft eine arterienähnliche Beschaffenheit gewinnt. Von entscheidender Bedeutung für die Beurtheilung der hier vorliegenden Verhältnisse ist das Ergebnis des Thierexperiments, welches durchaus positiv ausfiel und über die Abhängigkeit von gewissen unter das allgemeine Bild der Angiosklerose einzureihenden Gefäßveränderungen von Nervenschädigungen und Degenerationen keinen Zweifel übrig ließ. Die bezüglichen Versuche bestätigen die analogen Untersuchungen von Bervoets. Verf. hat an 12 Thieren (2 Hunden, 10 Kaninchen) den Ischiadicus durchschnitten. Nach 3 bis 4 Wochen zeigten die Thiere die ersten trophischen Störungen. Bezüglich der Einzelheiten sei auf die Originalarbeit verwiesen. 6 Wochen nach der Nervendurchschneidung zeigt das mikroskopische Bild bereits eine deutliche Verdickung der Arterie (Hypertrophie und Hyperplasie der Media). In einem späteren Stadium nehmen an dieser Größenzunahme alle Schichten der Gefäßwand theil, die Größen-

zunahme der Venen ist womöglich noch bedeutender als die der Arterien. Es ist anzunehmen, dass die unmittelbare Wirkung der Nervenläsion zunächst in einem chronischen Reizzustande der Arterie, in einem Arterienkrampf besteht, der schließlich in der Hypertrophie der Muscularis seinen Ausdruck findet. Dem ersten mehr aktiven Verhalten der Gefäßwand folgt später, nach 2 bis 3 Monaten, ein Zustand passiver Dilatation, in dem die Leistungsfähigkeit der Muskulatur ihre Grenze erreicht und dem Blutdruck nicht mehr Stand hält (Dehnung der Gefäßwand, unregelmäßige Wucherung der Intima). Aus allen Beobachtungen geht hervor, dass die vorzeitige Angiosklerose, welche bei Krankheitsprocessen angetroffen wird, die erfahrungsgemäß auch zu Neuritiden und Nervendegenerationen führen, durch eben diese degenerativen Prozesse in den Nerven bedingt ist.

Die sogenannten trophischen Störungen sind in Zukunft als vasomotorische und in zweiter Linie als angiosklerotische zu betrachten, und die Gefäßveränderungen, welche diesen Ernährungsstörungen zu Grunde liegen, als neurotische Angiosklerosen. Hierdurch fänden auch die bei Alkoholismus, Bleivergiftung und anderen Intoxikationen vorkommenden Gefäßerkrankungen und Ernährungsstörungen der Gewebe so wie auch die diabetische Gangrän ihre von der bisherigen abweichende Erklärung.

Hinterstoisser (Teschen).

3) Th. Spietschka. Untersuchungen über das Mikrosporon furfur.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die Pilze der Pityriasis versicolor sind bisher noch nie in überzeugender Weise rein gezüchtet worden; so gering die praktische, so groß ist die theoretische Bedeutung dieser Erkrankung. Deshalb ist es mit Freude zu begrüßen, dass in der Pick'schen Klinik in Prag die Frage der Kultivirung des Mikrosporon furfur in Angriff genommen worden ist. Die Resultate der Arbeit, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, sind die folgenden: Es fand sich in 12 Fällen ein Fadenpilz, der sich von den anderen Mycelpilzen unterscheiden lässt und bei anderen Krankheiten nie konstatirt wurde, und dessen Reinkultur in einem Falle bei Überimpfung ein typisches positives Resultat ergab; in den Schuppen der dadurch erzeugten Dermatose ließ sich derselbe Pilz nachweisen; diese Resultate veranlassen den Verf., die von ihm erhaltenen Kulturen, die sehr pleomorph sind, mit Bestimmtheit als die Kulturen des Mikrosporon furfur anzusprechen. Am beweisendsten in dieser Richtung scheint das Impfresultat zu sein — die Pityriasis versicolor tritt bekanntlich nur bei besonders prädisponirten Menschen auf und ist daher kaum je contagiös —; um so auffallender ist der positive Erfolg einer Kulturinokulation.

Jadassohn (Bern).

4) **G. Tandler.** Über Pityriasis rosea.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1. u 2.)

Die Pityriasis rosea, eine Dermatoze, die von dem französischen Dermatologen Gibert beschrieben wurde, wurde zuerst vielfach und wird von Kaposi auch jetzt noch für identisch mit dem Herpes tonsurans maculosus gehalten. Die meisten anderen Autoren sind der Ansicht, dass sie eine eigene, wohl charakterisirte Krankheit ist; Viele, und unter diesen auch Pick und sein Schüler T., glauben, dass es neben dieser Hautkrankheit auch eine mit Recht als Herpes tonsurans maculosus zu bezeichnende gäbe. Die Pityriasis rosea tritt oft zuerst in einer, der sog. »Primitivplaque« auf, breitet sich sehr bald in Form von kleinen, peripher wachsenden, feinschuppigen, ganz oberflächlich entzündeten, gelegentlich zusammenfließenden Herden besonders über den Rumpf aus, verläuft ohne Allgemeinerscheinungen, mit geringem oder ohne Jucken und führt meist nach Ablauf einiger Wochen zu spontaner Heilung. Verf. hat bei einer größeren Anzahl solcher Fälle nach der von Wälsch angegebenen Färbungsmethode sowohl Schuppen als auch Schnitte excidirter Stücke untersucht und außer einer nicht konstant vorkommenden und nicht charakteristischen Sporenart, der er eine Bedeutung nicht beimisst, keinerlei Pilzelemente gefunden; auch Kulturversuche verliefen negativ. Die histologische Untersuchung ergab oberflächliche, nicht irgend wie spezifische Entzündungserscheinungen. Der Verf. tritt demgemäß der Kaposi'schen Anschauung entgegen; er hält die Pityriasis rosea für einen erythematösen Process und glaubt — in Übereinstimmung mit den Franzosen — dass es sich nicht um eine ektogen übertragene Mykose handelt. (Ref. ist auf Grund zahlreicher eigener Untersuchungen ebenfalls davon überzeugt, dass Pityriasis rosea keine Trichophytie und von dem zweifellos existirenden Herpes tonsurans maculosus auch klinisch zu unterscheiden ist. Dagegen scheint es ihm sehr wahrscheinlich, dass sie eine ektogen entstandene Mykose mit noch unbekanntem Erreger ist; dafür spricht neben den klinischen Eigenthümlichkeiten vor Allem die Thatsache, dass diese Krankheit durch parasiticide Mittel, speciell durch Chrysarobin und Pyrogallussäure, in ganz schwacher Konzentration in kürzester Zeit zu beseitigen ist.)

Jadassohn (Bern).

5) **P. W. Nikolski.** Pemphigus foliaceus Cazenavi.

(Med. Obosrenje 1896. No. 22. [Russisch.])

N. bespricht die Krankheit auf Grund von 17 Fällen aus der Litteratur und 5 eigenen aus Prof. Stukowenkow's Klinik. Das Wesen der Krankheit besteht nach ihm in leichter Ablösbarkeit der ganzen Hornschicht der Haut (zwischen Glas- und Körnerschicht). So entstehen die wichtigsten Symptome: Schlappe Blasen, Entblößung der Unterhaut, Borken, Anomalien der Regeneration der Hornschicht. Mikroskopisch fand N. Hypertrophie der tieferen Hautschichten. — Andere Organe: Anämiesymptome, Diarrhöen, verschiedene Nerven-

störungen. Ätiologie: Erkältungen, psychische Insulte. N. sieht in der Krankheit eine Trophoneurose ohne Bethheiligung der Gefäße; daher muss die Behandlung Kräftigung des Nervensystems zum Ziele haben.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

6) **Isaac.** Über Naphthalan. Aus Dr. Max Josef's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 52.)

Das Naphthalan, eine braunschwarz-grünliche, salbenähnliche Masse, dem in Russland, von wo es stammt, eine stark antiseptische und keimtödtende Wirkung zugeschrieben wird, wurde vom Verf. bei 50 verschiedenen Hauterkrankungen erprobt, meist chronischen Ekzemen, ferner auch bei Prurigo, Pruritus, Psoriasis vulgaris, Ichthyosis, Ekzema impetiginosum, sekundären Ekzemen nach Scabies, Diabetes, Ulcus cruris etc.

Es wurde messerrückendick aufgetragen und mit einer dünnen Watteschicht oder Leinwand bedeckt. Die Erfolge waren zum Theil günstige.

Es empfiehlt sich daher die Anwendung

- 1) bei mehr umschriebenen Dermatosen,
- 2) bei schon längere Zeit bestehender,
- 3) bei frischere Reizerscheinungen nicht mehr darbietender Erkrankung.

Auf akute Ekzeme und ausgedehnte ekzematöse Partien verwandt wirkte das Naphthalan nicht günstig.

Bei Psoriasis vulgaris wirkte es gar nicht.

Verf. fasst zum Schluss sein Urtheil dahin zusammen, dass das Naphthalan in allen Fällen, wo die Anwendung von Theer indicirt erscheint, eine der des Theers zum mindesten gleichkommende Wirksamkeit entfaltet.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

7) **E. Müller.** Zur Behandlung der Frostbeulen.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1896. No. 52.)

Von der Thatsache ausgehend, dass Frostbeulen am lebhaftesten schmerzen, wenn stärkerer Blutzufluss stattfindet, behandelte M. dieselben mit Kompressivverbänden, indem er nach vorheriger kurzer Suspension der betreffenden Extremität die erkrankte Stelle mit straff angezogenen Heftpflasterstreifen bedeckte. Die Erfolge sollen sehr gut gewesen sein.

König (Wiesbaden).

8) **A. Heidenhain** (Köslin). Zur Behandlung des Pruritus pudendorum und Pruritus ani.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 2.)

Den bekannt wohlthätigen Einfluss der hochgradigen Wärme bei Hyperämie benutzt H. zur Behandlung der den Pruritus bedingenden erkrankten Theile, indem er in heißes Wasser, dem auf 1 Liter

ein gehäufte Esslöffel Acidum tannicum zugesetzt wurde, getauchte Kompressen auf diese Partien auflegen lässt. Jeder Pruritus sei auf diese Weise heilbar. Bei P. pudendorum des Weibes schickt er desinficirende Injektionen (Lysol, dann laues Wasser, endlich Sublimatlösung unmittelbar hinter einander) in die Scheide voraus und legt zwischen die großen Labien einen in Tanninlösung getauchten Gazetampon. Er ist der Überzeugung, dass die desinficirende Eigenschaft des Tannins, welches leider die Wäsche ruiniert, bei der Heilung des Pruritus eine große Rolle spielt. Gold (Bielitz).

9) **A. Bellissent.** Contribution à l'étude du traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë et du traitement curatif de l'ostéomyélite chronique (ostéoplasties).

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

In der lesenswerthen Arbeit beschreibt Verf. zuerst genauer die serotherapeutischen Versuche Canon's, dann die Frühoperation nach dem Vorschlag Küster's, Karewski's, bespricht die einfache Incision des Periosts, die Trepanation des Knochens sowohl bei akuter Osteomyelitis, als wie bei Ostitis neuralgica und Knochenabscess. Bei der chronischen Form kommt das Evidement, die Resektion des Knochens und schließlich die Amputation resp. Exartikulation in Frage. Die verschiedenen Methoden, die im Knochen entstandenen Defekte zu ersetzen, werden genauer erörtert. Die Methoden nach Jaboulay und af Schultén sind durch ihren Werth an der Leiche geprüft worden. Abbildungen erklären die einzelnen Verfahren.

Verf. kommt zu den Schlüssen:

- 1) Die Immunisirungsversuche waren noch nicht genügend, fordern aber zu neuen Experimenten in dieser Beziehung auf.
- 2) Breite und zahlreiche Trepanationen des Knochens genügen in der größten Zahl der mittelschweren Fälle, die Ausräumung der Markhöhle muss für die schweren Formen bleiben.
- 3) Bei chronischer Osteomyelitis sei die Incision mit der Abhebelung des Periostes ungenügend, außer in einigen Fällen, die als Folgen eines typhösen Fiebers aufgetreten wären.
- 4) Die Trepanation genügt bei Ostitis neuralgica und kleinem Knochenabscess.
- 5) Das Evidement ist zur Anwendung zu bringen bei größeren Knochenabscessen und bei Nekrose der Diaphyse, wenn die stehbleibenden Knochenmassen Halt genug bieten. Es ist vorzuziehen der Tunnellirung nach Sédillot, welche oft zur Fistelbildung führe.
- 6) Die Resektion ist für die den ganzen Knochen durchsetzenden chronischen Formen aufzusparen, eine Epiphysenlinie möglichst zu erhalten. Ferner soll die Resektion nur an den Gliedern mit zwei Knochen zur Anwendung kommen.

7) Nur wenn die Weichtheile in zu weiter Ausdehnung ergriffen wären, ist die Amputation erlaubt.

8) Eingepflanzter lebender Knochen bleibt nicht am Leben, sondern wirkt nur durch seine Anwesenheit. Die Implantation von decalcinirten Knochen, die verschiedenen Plomben erfordern eine bei Osteomyelitis nur selten zu erlangende aseptische Höhle. Nur beim Ersatz eines ganzen Knochens ist die Überlegenheit der Einpflanzung lebenden Knochens anzuerkennen, und zwar nach der Methode Mac Ewen's und Poncet's. Am besten ist Material von demselben oder von einem anderen Menschen zu verwenden, weniger geeignet von einem Thier. Die Einpflanzung hat in der Zeit der Wundheilung zu erfolgen.

9) Bei genügendem Knochenmaterial kommt die osteoplastische Methode in Frage. Das Verfahren von Neuber ist ungenügend, da es nicht die Knochenhöhle als solche berücksichtigt; dasselbe gilt von der Methode Aldoff's. Die osteoplastische Nekrotomie nach Bier passt nur für die Tibia und wendet sich nicht gegen schon bestehende Knochenhöhlen. Nach Leichenversuchen ist die Methode Jaboulay's (Procédé univalve) einfacher als die Annäherung beider Wände an einander nach dem Vorschlag af Schultén's, und man wird ihr den Vorzug geben bei allen Knochen, mit Ausnahme des Vorderarmes und des Calcaneus.

Krankengeschichten eigener wie fremder Beobachtung schließen die Arbeit, der noch die Photographie einer Resektion der ganzen Diaphyse des Radius beigegeben ist, eben so wie des nach 4 Monaten erzielten guten funktionellen Erfolges.

Borchard (Posen).

10) **M. Sulzer.** Anatomische Untersuchungen über Muskelatrophie artikulären Ursprungs.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift für Prof. E. Hagenbach-Burekhardt.)

Basel u. Leipzig, C. Sallmann, 1897. 173 S. Mit 2 Abbildungen.

Die gründliche, unter Hanau in St. Gallen ausgeführte Arbeit sucht der alten Lehre von Inaktivitätsatrophie der Muskeln bei Gelenkerkrankungen gegenüber der modernen Theorie von der Reflexatrophie wieder etwas Geltung zu verschaffen. Ausgehend von den von Hanau im Jahre 1895 auf dem Physiologenkongress in Bern mitgetheilten Beobachtungen von Atrophie des M. soleus und Erhaltensein des das Kniegelenk überspringenden Gastrocnemius in Fällen von Fußgelenkankylose untersuchte Verf. das Verhalten der Muskeln in 8 Fällen von Ankylosen und Gelenkerkrankungen; und zwar wurde sowohl das makroskopische Aussehen und das Gewicht (im Vergleich zum gleichen Muskel der anderen Extremität), als auch das mikroskopische Verhalten an frischen Zupfpräparaten und an Schnitten berücksichtigt. Wir beschränken uns darauf, ohne auf die Einzelheiten jedes Falles einzugehen, das Gesamtergebnis mitzutheilen, zu dem Verf. gelangt ist.

*

Was die Fälle von völliger Ankylose betrifft, so konnte S. nachweisen, dass für die Atrophie der in Frage kommenden Muskeln einzig und allein das Maß der Inaktivität, der sie anheimgefallen, in Frage kommt. Die ganz außer Thätigkeit gesetzten, nur das ankylosirte Gelenk überspringenden Muskeln fanden sich, in älteren Fällen wenigstens, völlig entartet, bisweilen durch Fett ersetzt. Die in ihrer Thätigkeit nur reducirten, außer dem versteiften noch ein bewegliches Gelenk bedienenden Muskeln dagegen fanden sich nur bis zu einem gewissen Grade atrophisch. Diese funktionelle Vertheilung der Atrophie mit im Voraus zu bestimmender Auslese unter den verschiedenen Muskeln einer Extremität lässt sich nach Verf. nur durch Inaktivität, nicht aber durch einen Reflexvorgang erklären.

Schwerer zu beurtheilen sind die Fälle von Gelenkentzündungen mit wenigstens passiv beweglichem Gelenk. Verf. findet, ohne aus der verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen weitergehende Schlüsse ziehen zu wollen, dass die Inaktivität auch hier eine ganz hervorragende Rolle spielt, und zwar nach demselben Gesetz, welches sich bei den Fällen von Ankylose als richtig erwiesen hat. Am auffallendsten zeigte sich dies bei Gonitis an den verschiedenen Köpfen des *M. quadriceps femoris*. Der am Becken inserirende *M. rectus* zeigte in allen Fällen weniger Atrophie, als die sich am Oberschenkel anheftenden *Mm. vasti* und als der *M. cruralis*.

Diese Resultate stimmen völlig mit denen überein, welche Strasser 1883, gestützt auf seine Untersuchungen an einem ankylosirten Ellbogen, in einer zu wenig beachteten Arbeit mitgetheilt hatte, und bilden eine Bestätigung der schon 1859 geäußerten Ansicht Cruveilhier's, dass der Grad der Muskelatrophie von dem Grad der vorhandenen Beweglichkeit abhängt.

So viel geht aus der Arbeit von S. hervor, dass die Inaktivität bei der Muskelatrophie nach Gelenkerkrankungen eine große, wenn nicht die Hauptrolle spielt, und dass es ungerechtfertigt wäre, sie so sehr in den Hintergrund zu drängen, wie es z. B. die Charcot'sche Schule thut. In wie fern reflektorische Einflüsse dabei gleichzeitig im Spiel sind, das muss erst noch untersucht werden. Es wäre theoretisch wohl denkbar, dass der von Vulpian, Paget, Charcot u. A. vermuthete trophoneurotische Reflex nur in denjenigen Muskeln zu Stande käme, welche in Folge der Gelenkerkrankung völlig unthätig geworden sind. Die Atrophie wäre in diesem Falle sowohl Reflex-, als Inaktivitätsatrophie. (D. Ref.)

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) J. Hennequin. Étude critique sur le traitement ambulatoire.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

Die ambulatorische Frakturbehandlung oder, wie sie der Autor lieber bezeichnen möchte, die Behandlung unter Gebrauch des Gliedes (>par l'activité<) hat in Frankreich bisher keinen Anklang finden können,

obwohl dies Land, wie der Autor klagt, »geneigt ist, auf jedes Geräusch von jenseits des Rheins mit so aufmerksamen und zuweilen so willigen Ohren zu lauschen, dass man versucht wird, an den König Midas zu denken.« Auch er selbst kommt zu dem Schluss, dass die Hoffnung, die Verletzten vor der Konsolidation eines Ober- oder Unterschenkelknochenbruches mit Nutzen zum Gehen zu bringen, für den Augenblick nur ein schöner Traum ist, dessen Verwirklichung, so sehr man sie wünschen möchte, vor der Hand noch nicht entgegen gesehen werden kann; — allerdings kommt er dazu nicht auf Grund eigener Erfahrungen oder Beobachtungen anderer Fälle, sondern lediglich auf dem Wege der Deduktionen. Gegenüber den enthusiastischen Lobeserhebungen der Verfechter dieser »modernen« Behandlungsweise kann man sich seine eigene Meinung sehr wohl vorbehalten und wird doch zugeben müssen, dass diese Kritik des Verf. von Voreingenommenheit nicht frei ist. Für ihn zerfallen die dem Verfahren nachgerühmten Vorzüge in Nichts, die Technik kann die wichtigsten Forderungen einer rationellen Frakturbehandlung nur unvollkommen oder in unzuverlässiger Weise erfüllen, sodaß die Gefahr des Misserfolges alle Vortheile ohne Weiteres aufwiegt. Allerdings stellt sich für ihn die Behandlung nur im Bilde eines mühsam einige Schritte im Saal oder Hof eines Hospitals Herumwankenden dar. Höchstens Unterschenkelquerbrüche bei Erwachsenen mit sitzender Beschäftigung mögen dieser Behandlung unterworfen werden können, bei Greisen, Kindern, der ungeheuren Mehrzahl der Frauen, sehr dicken, muskelstarken oder sehr schwächlichen Individuen ist sie kontraindicirt oder ohne jeden Nutzen.

H. Frank (Berlin).

12) Naz. De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque et en particulier de certaines formes frustes de cette affection.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

Die umfangreiche Arbeit stützt sich auf 40 Beobachtungen, von denen 8 aus der Klinik Delbet's stammen und Veranlassung zu der Dissertation gegeben haben. Der Ausdruck Sacrocoxalgie soll für die tuberkulösen Formen reservirt bleiben. Da der Bandapparat an dem Gelenk sehr stark ist, so kommt es, dass die tuberkulösen Granulationen sich zum Theil periartikulär ausbreiten, und dass nie sich Luxationen oder Subluxationen ausbilden. Die atypische Form ergreift nicht das ganze Gelenk, sondern nur einen bestimmten Theil, und ist begleitet von einer Hyperostosenbildung, welche Neigung zur Ankylosirung hat. Diese letztere Form weicht von dem typischen, bekannten klinischen Bild wesentlich ab. Ihre Symptome sind im Wesentlichen nur das Hüftweh und der Abscess. Diese Form wird von Delbet bezeichnet als Sacrocoxalgie fruste und sie überwiegt an Häufigkeit des Vorkommens die typische Form. Differentialdiagnostisch kommt besonders in Erwägung die Coxalgie und die Tuberkulose der Lendenwirbelsäule.

Bei den trockenen Formen der Erkrankung kommt die konservative Behandlung in Betracht, bestehend in horizontaler oder vertikaler (portativer) Extension. Bei Eiterung, Fistelbildung sind operative Eingriffe, wie Auskratzung, Spaltung etc., am Platze.

Man muss aber hierbei Alles forträumen, gegebenenfalls sogar sich durch eine Trepanation von dem Zustand der vorderen Gelenkfläche überzeugen. Kontraindicirt ist dies trotz des Rathschlages von Golding Bird bei den leichteren Formen der Erkrankung und bei Individuen mit schon vorgeschrittenen sonstigen tuberkulösen Erkrankungen. Die operativen Resultate würden noch bessere sein, wenn man sich nach dem Vorschlag Delbet's schon bei der bloßen Schwellung der Gelenkgegend zum Eingriff entschliesse.

Jodoformeinspritzungen haben bei den Abscessen dieser Erkrankung keinen Zweck, weil die Höhle Zwerchsackform hat, und so das Jodoform nicht an den eigentlichen Erkrankungsherd gelangt.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Tabelle von 38 aus der Litteratur (es sind nur französische und einige englische Autoren berücksichtigt) zusammengetragenen einschlägigen, operativ behandelten Fällen.

Borchard (Posen).

13) **A. Lorenz.** Reposition de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde d'après la méthode d'Adolphe Lorenz, de Vienne.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 2.)

Der Artikel bringt die Replik, welche für die französischen Leser der Zeitschrift durch die Angriffe Paci's in derselben (s. Ref. No. 2) nothwendig geworden ist, für die deutschen Leser aber nichts Neues; der Inhalt stimmt auch zu den dem obigen Referat angefügten Ref.-Bemerkungen. Von Neuem betont L., dass seine Methode eine vollkommene Reposition darstellt, Paci nur eine Verbesserung der Stellung des Kopfes im Auge hat, und dass, wenn auch in beiden Verfahren die Flexion des Oberschenkels eine Rolle zu spielen hat, die letztere doch grundverschieden, die Ähnlichkeit eine ganz äußerliche ist. Sie dient Paci zur Herunterholung des Kopfes, welcher auf dem Wege der Cirkumduktion in eine bessere Stellung gelangt, ihm nur, um den Kopf, welcher durch Extension heruntergebracht ist, hinter den hinteren Rand der Gelenkpfanne zu führen, von wo aus er dann hineingebracht wird. Zur Konsolidation der neuen Stellung will Paci den Zug und Ruhe, L. die Muskelthätigkeit, welche den Kopf gewissermaßen selbstthätig durch Einschnürung festhält, und die Funktion.

H. Frank (Berlin).

14) **M. W. af Schultén.** En metod att genom en plastisk operation utfylla benhålör i femur.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXXVIII. p. 671.)

Die osteomyelitischen Erkrankungen des Schenkelbeins sind oft von sehr großen Zerstörungsprocessen gefolgt, bezw. Sequestern, Gra-

nulationsherden oder Abscessen im Knochenmark. Die nach den operativen Eingriffen zurückgebliebenen großen Höhlen heilen — wenn es überhaupt je gelingt — wie bekannt nur schwer und immer sehr langsam, selbst wenn eine sorgfältige Entfernung aller kranken Theile stattgefunden hat. Die radikale Beseitigung einer solchen Höhle bietet den Chirurgen oft die größten Schwierigkeiten dar. Die Zahl der dafür vorgeschlagenen Methoden ist eine große. Man hat zuerst versucht, durch Abmeißelung der Knochenkanten in möglichst weiter Ausdehnung eine muldenförmige Grube herzustellen und Haut-Muskel-Periostlappen in die Tiefe zu lagern. Ferner sind Methoden vorgeschlagen, um diese Höhlen unter feuchtem Blutschorf zur Füllung zu bringen. Weiter sind dekalcinirte Knochen, Celluloidplatten, Gipsbrei und Amalgam von hervorragenden Autoren empfohlen worden. Aber keine dieser Methoden hat die auf sie gesetzten Hoffnungen erfüllt. Verf., der vor Kurzem eine osteoplastische Methode, um Knochenhöhlen in der Tibia auszufüllen, ersonnen hat (cf. Referat in diesem Blatte 1897 p. 283), veröffentlicht a. a. O. eine Methode, Höhlen im Schenkelbein zu beseitigen.

Da die anatomischen Verhältnisse am Femur eine Mobilisirung der Knochenlamellen, wie sie Verf. am Schienbein mit so vorzüglichen Resultaten ausgeführt hat, verbieten, verfährt er am Schenkelbein in folgender Weise. Nachdem die Höhle in einer ersten Sitzung von Sequestern, krankhaften Granulationen etc. in üblicher Weise mit scharfen Löffeln vollständig ausgeräumt ist, und zwar in so weiter Ausdehnung, dass alles Krankhafte mit Gewissheit entfernt ist, wird die Wunde in der ganzen Ausdehnung sorgfältig austamponirt. Diese Tamponade wird etwa 3—4 Wochen fortgesetzt, bis dass die Wände überall mit frischen Granulationen austapeziert sind. Jetzt folgt in einer zweiten Sitzung die plastische Füllung derselben. Die Höhle wird zuerst von den Granulationen und dem neugebildeten Bindegewebe durch gründliches Auskratzen befreit. Nach exakter Blutstillung unter Lösung des vorher angelegten Esmarch'schen Schlauches wird sodann ein gestielter Muskel-Periostlappen von der Umgebung der Knochenhöhle ausgeschnitten. Wenn es, wie gewöhnlich, sich um eine Höhle am unteren Ende des Schenkels handelt, und zur Entfernung der krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung ein äußerer Längsschnitt gelegt ist, spaltet man mit einem transversalen Schnitt vom medialen Wundrand an der vorderen Seite des Schenkels und etwa handbreit oberhalb der Kniescheibe Haut und Unterhautbindegewebe. Nach Lospräpariren der so entstandenen rechtwinkligen Hautlappen kann man den Muskel-Periostlappen in beliebiger Größe ausschneiden, und dieser wird dann hinlänglich mobilisirt — während genügend breite Basis gelassen wird — und in die Knochenhöhle eingeklappt. Hier wird er eventuell, aber unter Vermeidung aller Spannung, mit einigen Katgutnähten fixirt. Ist die Größe des Lappens richtig berechnet, füllt er die Höhle vollständig aus. Die Hautwunden werden, eventuell nach Anfrischung der

Bei den trockenen Formen der Erkrankung kommt die konservative Behandlung in Betracht, bestehend in horizontaler oder vertikaler (portativer) Extension. Bei Eiterung, Fistelbildung sind operative Eingriffe, wie Auskratzung, Spaltung etc., am Platze.

Man muss aber hierbei Alles forträumen, gegebenenfalls sogar sich durch eine Trepanation von dem Zustand der vorderen Gelenkfläche überzeugen. Kontraindicirt ist dies trotz des Rathschlages von Golding Bird bei den leichteren Formen der Erkrankung und bei Individuen mit schon vorgeschrittenen sonstigen tuberkulösen Erkrankungen. Die operativen Resultate würden noch bessere sein, wenn man sich nach dem Vorschlag Delbet's schon bei der bloßen Schwellung der Gelenkgegend zum Eingriff entschliesse.

Jodoformeinspritzungen haben bei den Abscessen dieser Erkrankung keinen Zweck, weil die Höhle Zwerchsackform hat, und so das Jodoform nicht an den eigentlichen Erkrankungsherd gelangt.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Tabelle von 38 aus der Litteratur (es sind nur französische und einige englische Autoren berücksichtigt) zusammengetragenen einschlägigen, operativ behandelten Fällen.

Borchard (Posen).

13) **A. Lorenz.** Reposition de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde d'après la méthode d'Adolphe Lorenz, de Vienne.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 2.)

Der Artikel bringt die Replik, welche für die französischen Leser der Zeitschrift durch die Angriffe Paci's in derselben (s. Ref. No. 2) nothwendig geworden ist, für die deutschen Leser aber nichts Neues; der Inhalt stimmt auch zu den dem obigen Referat angefügten Ref.-Bemerkungen. Von Neuem betont L., dass seine Methode eine vollkommene Reposition darstellt, Paci nur eine Verbesserung der Stellung des Kopfes im Auge hat, und dass, wenn auch in beiden Verfahren die Flexion des Oberschenkels eine Rolle zu spielen hat, die letztere doch grundverschieden, die Ähnlichkeit eine ganz äußerliche ist. Sie dient Paci zur Herunterholung des Kopfes, welcher auf dem Wege der Cirkumduktion in eine bessere Stellung gelangt, ihm nur, um den Kopf, welcher durch Extension heruntergebracht ist, hinter den hinteren Rand der Gelenkpfanne zu führen, von wo aus er dann hineingebracht wird. Zur Konsolidation der neuen Stellung will Paci den Zug und Ruhe, L. die Muskelthätigkeit, welche den Kopf gewissermaßen selbstthätig durch Einschnürung festhält, und die Funktion.

H. Frank (Berlin).

14) **M. W. af Schultén.** En metod att genom en plastisk operation utfylla benhålor i femur.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXXVIII. p. 671.)

Die osteomyelitischen Erkrankungen des Schenkelbeins sind oft von sehr großen Zerstörungsprocessen gefolgt, bezw. Sequestern, Gra-

nulationsherden oder Abscessen im Knochenmark. Die nach den operativen Eingriffen zurückgebliebenen großen Höhlen heilen — wenn es überhaupt je gelingt — wie bekannt nur schwer und immer sehr langsam, selbst wenn eine sorgfältige Entfernung aller kranken Theile stattgefunden hat. Die radikale Beseitigung einer solchen Höhle bietet den Chirurgen oft die größten Schwierigkeiten dar. Die Zahl der dafür vorgeschlagenen Methoden ist eine große. Man hat zuerst versucht, durch Abmeißelung der Knochenkanten in möglichst weiter Ausdehnung eine muldenförmige Grube herzustellen und Haut-Muskel-Periostlappen in die Tiefe zu lagern. Ferner sind Methoden vorgeschlagen, um diese Höhlen unter feuchtem Blutschorf zur Füllung zu bringen. Weiter sind dekalcinirte Knochen, Celluloidplatten, Gipsbrei und Amalgam von hervorragenden Autoren empfohlen worden. Aber keine dieser Methoden hat die auf sie gesetzten Hoffnungen erfüllt. Verf., der vor Kurzem eine osteoplastische Methode, um Knochenhöhlen in der Tibia auszufüllen, ersonnen hat (cf. Referat in diesem Blatte 1897 p. 283), veröffentlicht a. a. O. eine Methode, Höhlen im Schenkelbein zu beseitigen.

Da die anatomischen Verhältnisse am Femur eine Mobilisirung der Knochenlamellen, wie sie Verf. am Schienbein mit so vorzüglichen Resultaten ausgeführt hat, verbieten, verfährt er am Schenkelbein in folgender Weise. Nachdem die Höhle in einer ersten Sitzung von Sequestern, krankhaften Granulationen etc. in üblicher Weise mit scharfen Löffeln vollständig ausgeräumt ist, und zwar in so weiter Ausdehnung, dass alles Krankhafte mit Gewissheit entfernt ist, wird die Wunde in der ganzen Ausdehnung sorgfältig austamponirt. Diese Tamponade wird etwa 3—4 Wochen fortgesetzt, bis dass die Wände überall mit frischen Granulationen austapeziert sind. Jetzt folgt in einer zweiten Sitzung die plastische Füllung derselben. Die Höhle wird zuerst von den Granulationen und dem neugebildeten Bindegewebe durch gründliches Auskratzen befreit. Nach exakter Blutstillung unter Lösung des vorher angelegten Esmarch'schen Schlauches wird sodann ein gestielter Muskel-Periostlappen von der Umgebung der Knochenhöhle ausgeschnitten. Wenn es, wie gewöhnlich, — sich um eine Höhle am unteren Ende des Schenkels handelt, und zur Entfernung der krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung ein äußerer Längsschnitt gelegt ist, spaltet man mit einem transversalen Schnitt vom medialen Wundrand an der vorderen Seite des Schenkels und etwa handbreit oberhalb der Kniescheibe Haut und Unterhautbindegewebe. Nach Lospräpariren der so entstandenen rechtwinkligen Hautlappen kann man den Muskel-Periostlappen in beliebiger Größe ausschneiden, und dieser wird dann hinlänglich mobilisirt — während genügend breite Basis gelassen wird — und in die Knochenhöhle eingeklappt. Hier wird er eventuell, aber unter Vermeidung aller Spannung, mit einigen Katgutnähten fixirt. Ist die Größe des Lappens richtig berechnet, füllt er die Höhle vollständig aus. Die Hautwunden werden, eventuell nach Anfrischung der

Ränder der ersten Wunde, fast bis an die Winkel genäht. Verf. warnt ausdrücklich vor irgend einer vollständigen Schließung der Wunde. Die keineswegs aseptischen Verhältnisse, die eine solche Wunde darstellt, verbieten dies ohnehin von selbst.

Der Verband soll die Wunde in möglichst großer Ruhe lassen. Um diesen Zweck in noch höherem Grad als mit einem aseptischen Verband zu erreichen, legt Verf. über die Wunde zuerst einen Metalldrahtbogen — etwa wie ein Chloroformkorb — und dann den Verband. Die Verbandtheile kommen in dieser Weise nie mit der Wunde in direkte Berührung. Ist die Eiterung nicht groß, wird der erste Verband bis 14 Tage liegen gelassen.

Die Wunde heilt gewöhnlich binnen 1—2 Monaten. Sollte die Heilung noch längere Zeit in Anspruch nehmen, ist es wahrscheinlich, dass die krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung nicht vollständig entfernt worden sind.

Ist die Knochenhöhle sehr groß, lässt sie sich nicht mit einem Muskel-Periostlappen ausfüllen, so bildet Verf. einen oberen und einen unteren Lappen, bezw. mit proximalem und distalem Stiel, und zwar so, dass die Lappen von der vorderen resp. hinteren Seite des Schenkels genommen werden. In vereinzelter Fällen, besonders bei Höhlen im oberen Theil des Schenkelbeins, kann es vortheilhaft sein, den Lappen von vorn herein mit unterem Stiel zu schneiden, auch wenn er solitär ist.

Verf. hat diese Methode in etwa 20 Fällen benutzt. Die Resultate waren sehr befriedigend. Fälle, die vorher allen Behandlungsmethoden widerstanden und zu unschließbaren Fisteln geführt hatten, wurden im Laufe von 1—2 Monaten völlig und dauernd geheilt. Recidive haben sich nicht gezeigt, wenn nur in der ersten Sitzung gründliche Ausräumung gemacht war.

Verf. hat durch beigelegte schematisirende Zeichnungen sein Verfahren veranschaulicht. 13 ausführliche Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen schließen die Arbeit ab.

A. Hansson (Warberg).

15) E. Casati. Di una modificazione all' amputazione osteoplastica del ginocchio alla Gritti.

(Communicazione letta all' accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara il giorno 31 Maggio 1896.)

Die starke Verkürzung des Amputationsstumpfes bei der osteoplastischen Oberschenkelamputation nach Gritti versuchte Verf. zuerst durch eine Plastik der Quadricepssehne zu vermeiden; alle hier angestellten Versuche erwiesen sich ihm aber als praktisch unausführbar. Er schlägt deshalb eine andere Methode vor, die er selbst in 3 Fällen bereits mit gutem Erfolg angewendet hat. Nach Exartikulation des Unterschenkels in gewöhnlicher Weise sägt er eine kaum centimeterdicke Scheibe von der Gelenkfläche des Oberschenkels ab und zerlegt dann, ebenfalls mit der Säge, die Kniescheibe in frontaler

Richtung in 2 Scheiben, indem er an der Hinterfläche und am oberen Ende derselben beginnt und unten eine Weichtheilbrücke stehen lässt. Die so gespaltene Kniescheibe lässt sich dann wie ein Buch aus einander klappen und deren hintere Hälfte der mit dem Meißel entsprechend zugespitzten Sägefläche des Oberschenkels ohne Spannung auflegen. Auf diese Weise wird der Amputationsstumpf um die Höhe der Kniescheibe verlängert. Sultan (Göttingen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung.

Von

Dr. E. Juvara,

Assistent der II. chirurgischen Klinik in Bukarest.

Der Barbier C. C., 40 Jahre alt, wohnhaft in Berlad, tritt in das Berlader Spital »Barlad si Elena Beldiman« (Direktor Dr. Cerechez) am 27. Juli 1896 wegen eines großen Tumors in der Kniekehle ein.

Im Alter von 16 Jahren hat Pat. einen Tripper ohne weitere Folgen überstanden, 2 Jahre später ein Ulcus molle mit rechtsseitiger Adenitis.

Im Frühling 1895 bekam er eine akute, fieberhafte Erkrankung; zu derselben Zeit schwellen seine beiden Unterschenkel an und bedeckten sich mit zahlreichen eitrigen Geschwüren. Auf Anrathen eines Arztes machte Pat. eine Jodkur in einer Badestation durch, von wo er geheilt zurückkam; der rechte Unterschenkel aber blieb immer geschwollen; hier spürte er Schmerzen, Kribbeln, Beschwerden im Gehen und Stehen.

Im Winter desselben Jahres fiel Pat. auf dem Eise; Tags darauf tritt er ins Spital ein. Damals konnte man eine Schwellung der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels konstatiren. Die Haut war geröthet und geschwollen, und durch Palpation konnte man nur schwierig einen harten, pulsirenden Tumor fühlen; es wurde ein entzündetes Aneurysma diagnosticirt. Pat. wurde sofort in absolute Ruhe gebracht, der Unterschenkel in einer Rinne immobilisirt. Nach 8 Tagen ging das akute Stadium zurück, bald darauf verließ Pat. das Spital. Mit der Zeit wurde sein Gang aber schwieriger, die Schmerzen kontinuierlich, und manchmal waren dieselben so unerträglich, dass sie nur durch Morphininjektionen gestillt werden konnten.

In diesem Zustand tritt Pat. neuerdings ins Berlader Spital ein, wo ich ihn gelegentlich meines dortigen Aufenthaltes zu sehen bekam. Er ist sehr kräftig gebaut, mit einem sehr gut entwickelten Knochen- und Muskelsystem. Die rechte Wade hat einen Umfang von 65 cm, beinahe 20 cm mehr als die linke. Am unteren Theile der Kniekehle, unter der Biegungsfalte, beginnt eine eirundliche Erhebung, die am mittleren Drittheil des Unterschenkels aufhört. Die Haut, von normalem Aussehen, ist über dem Tumor gespannt, aber verschieblich. Mittels Palpation lässt sich ein fixer Tumor von der Größe eines Kindskopfes feststellen. Das obere Ende lässt sich leicht begrenzen, während unten innen und außen die Begrenzung wegen der Bedeckung durch Muskelschichten nicht leicht ist. Nach außen scheint er mit der Fibula enge Verbindungen zu haben. Der Tumor zeigt isochrone Bewegungen mit den Pulsationen der Arterien, welche Bewegungen mehr mitgetheilt, als der Ausdruck wirklicher Erweiterung zu sein scheinen. Auskultation ergibt kein Geräusch. Der leicht zu fühlende Puls an der Art. femoralis und der Art. poplitea, oberhalb des Tumors, ist absolut unfühlbar in der Art. tibialis ant., der Pediaci und der Tibialis post. Das Kniegelenk ist frei und

die Bewegungen normal. An der vorderen Fläche des Unterschenkels nichts Abnormes.

Alle Arterien sind weich, leicht zu komprimiren, nicht atheromatös. Das Herz normal.

Pat. klagt über anhaltende, durch Druck gesteigerte, manchmal starke Schmerzen, die bis in den Fuß irradiiren; manchmal fühlt er Kribbeln und Erstarrung des Unterschenkels.

Mit Rücksicht auf diesen klinischen Symptomenkomplex stellte ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Aneurysma des Truncus tibio-fibularis, vielleicht auch des unteren Endes der Art. poplitea oder einer der hinteren Arterien des Unterschenkels (Tibialis post. oder Fibularis).

Die Operation: Chloroformanästhesie. Die Esmarch'sche Binde, über das Kniegelenk gebunden, wurde leicht über den Sack geschnürt, damit nicht durch eine Bewegung ein Coagulum in die Cirkulation geschleudert werde. — Auf der hinteren Fläche des Unterschenkels wird ein Schnitt von der Mitte der Kniekehle bis eine Hand breit über der Ferse gemacht. Der Schnitt trennt die Aponeurosis und die Zwillingsmuskeln; die V. saphena ext. wird zur Seite gezogen. Unter den beiden Zwillingsmuskeln findet man den Soleus, dessen hinterer, sehr gedehnter und verdünnter Bogen wie eine Schärpe die hintere Fläche des Tumors umgiebt, so dass der letztere in 2 Hälften getheilt wird: einen oberen Theil, in der unteren Hälfte der Kniekehle gelegen, und einen unteren Theil unter dem Soleus. Mittels Pincette und Hohlsonde wird die hintere Fläche des Aneurysmas von der vorderen Fläche des Soleus isolirt, letzterer unter Leitung des Zeigefingers in der ganzen Länge gespalten. Der Soleus, sehr gedehnt, ist degenerirt; man findet in ihm blasse Muskelfasern mit Fettfascikeln vermengt.

Der in seiner ganzen Größe entblößte Tumor ist eiförmig, mit der Spitze nach unten; seine Wände sind zumal am unteren Theile sehr dünn. — Sein oberer Stiel wird mittels einer Pincette gefasst. Er ist vom Ende der Art. und V. poplitea gebildet, welch letztere sich in der inneren Wand des Sackes verliert. Der N. tibialis post., auf der inneren Fläche des Sackes verlaufend, liegt in einer Rinne der Wand. Seine Loslösung ist der schwierigste Theil der Operation, sie war aber eine vollständige, kein einziger seiner Zweige wurde zerrissen.

Die Isolirung des Sackes nach innen gelingt rasch, während sie nach außen sehr schwierig ist, da der Sack am Kopf und an der Diaphyse der Fibula anhaftete.

Während dieser Isolirung zerriss der Sack, und so wurde es möglich, ihn von seinem Inhalt zu entleeren und seine Wände vollständig zu isoliren.

Das obere Ende wird unterhalb der Zange abgeschnitten, der Sack nach vorn gezogen und seine vordere Wand bis in den Zwischenknochenraum präparirt; inzwischens wurde die Art. tibialis ant. und der Ursprung der Art. tibialis post. und fibularis mit einer Zange gefasst und unterbunden. Die beiden Lappen des Soleus werden zusammengenäht, dann die Zwillingsmuskeln und endlich die Aponeurosis und die Haut. Drainage wird weggelassen, ein antiseptischer Kompressionsverband angelegt und die Extremität in einer Rinne immobilisirt.

Die Heilung verlief einfach. Bloß einige Seidenfäden eiterten und mussten herausgenommen werden, oder stießen sich von selbst aus. Pat. fiebert nicht, beklagt sich nicht über Schmerzen, spürt manchmal Kribbeln. Die Extremität ist warm, empfindlich, die Haut hat ein normales Aussehen. Nach 7 Tagen werden die oberflächlichen Fäden herausgezogen. Eine eitrige Serosität entquillt dem oberen Ende der Wunde, welche sofort drainirt wird. Nach einigen Tagen hört die Sekretion gänzlich auf, die Wunde ist total rein und beginnt schnell zu granuliren. 1 Monat nach der Operation, am 28. August, verlässt Pat. das Spital.

8 Monate nach der Operation sah ich den Pat. völlig geheilt wieder.

Dieser Fall ist von 2 Gesichtspunkten interessant: 1) wegen der Seltenheit der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis, 2) wegen der Art der Behandlung der Exstirpation.

Die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis sind sehr selten. Delbet giebt in seiner Statistik von 1875—1887 nur einen einzigen Fall an, den von Tillaux.

Vigue beschreibt unter 36 spontanen Aneurysmen des Unterschenkels nur 3 des Truncus tibio-fibularis.

In meinem Falle fängt der Aneurysmasack am unteren Ende der Art. poplitea unter dem Ursprung der unteren Kollateralen an; von demselben stammen: oben die Art. poplitea, vorn die Tibialis ant. und unten, durch einen gemeinsamen Stamm, die Art. tibialis post. und fibularis.

Von allen Behandlungsmethoden der Aneurysmen ist die Exstirpation des Sackes, nach Unterbindung der Ursprungsarterien, die bewährteste. Darüber giebt es keinen Zweifel; mein früherer Chef Delbet hat mittels 2 sehr vollständiger Statistiken die Superiorität der Exstirpation demonstriert. In der 1. Statistik hat er alle Fälle von 1875 bis 1887 gesammelt und fand auf 320 für verschiedene Aneurysmen angewandte Ligaturen 18,90% Todesfälle, während 63 in derselben Zeit ausgeübte Exstirpationen nur 11,32% Todesfälle ergaben. In der 2. Statistik sammelt er die Fälle von den Jahren 1887 bis 1894 und findet 10 Todesfälle auf 189 Ligaturen. Die Zahl der Exstirpationen war in starker Proportion gestiegen; denn in 7 Jahren übte man 76 Exstirpationen aus, d. h. 13 mehr als in den ersten 12 Jahren. Diese 76 Exstirpationen geben nur einen einzigen Todesfall.

Sonach ergab sich, dass die Exstirpation die beste, sicherste und wenigst gefährliche Methode ist, die weniger zur Gangrän disponirt und vollkommene und dauerhafte Resultate erzielt. Die Ligatur dagegen giebt sehr oft nur eine temporäre Heilung; denn das Aneurysma kann recidiviren, oder die Schmerzen bestehen fort.

Was die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis betrifft, welche an diesem anfangen oder sich von der Art. poplitea oder Tibialis post. verbreiten, so weiß Delbet nicht, wie sie zu behandeln sind; er meint, welche Methode immer angewendet werde, könne man nicht verhindern, dass Gangrän eintrete, bedingt durch die Behinderung der Cirkulation.

In meinem Falle ist die Exstirpation des Sackes von keinem einzigen Symptom der ungenügenden Cirkulation begleitet, die Extremität keinen Moment von Gangrän bedroht gewesen.

Der Kollateralweg, durch welchen sich die Cirkulation herstellte, ist wahrscheinlich durch die Zirkel der Periartikularen und durch die Art. recurrens tibialis und tibialis ant. repräsentirt.

Obwohl im vorliegenden Falle, in welchem Exstirpation versucht wurde, das erhaltene Resultat ein ganz ausgezeichnetes war, genügt es doch nicht, das letzte Wort über die Behandlung der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis zu sprechen. Ich glaube aber, dass auch hier die Exstirpation die beste Methode ist, besonders für große, mit Gerinnseln angefüllte Aneurysmen, in deren Umgebung ein genügender Collateralkreislauf bestehen muss, um die Cirkulation des Unterschenkels wieder herzustellen.

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

85. Sitzung Montag, den 8. Februar 1897, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Wolff.

1) Herr David: Zur Frage des Verhaltens austrepanirter und wieder eingeeheilter Schädelstücke.

Zur Ergänzung der von ihm bereits im Archiv für klin. Chirurgie gegen die von A. Barth vertretene Ansicht, dass losgelöste und dann wieder replantirte Knochenstücke ausnahmslos dem Tode verfallen, geltend gemachten Bedenken, führt D. noch einige Momente an, durch deren Nichtbeachtung Barth zu seinen Trugschlüssen gelangt ist.

In einer systematisch durchgeführten Untersuchungsreihe hatte D. die histologischen Vorgänge bei Einheilung replantirter Knochenfragmente beobachtet und war auf Grund dieser Untersuchungen, im Gegensatz zu Barth, zu dem Resultat

gekommen, dass derartige Knochenstücke bei glattem Wundverlauf vorübergehend in ihrer Vitalität herabgesetzt werden, dieselbe aber nach einiger Zeit wieder voll erhalten und dann makro- und mikroskopisch sich in keiner Weise von anderem normalen Knochen unterscheiden. — Bei allen Replantationen, mag man dieselben am Knochen oder an einem anderen Gewebe vornehmen, werden neue physiologische und histologische Verhältnisse gesetzt, da das replantierte Stück vorübergehend aus dem Kreislauf ausgeschlossen ist. Es wird aber nach einiger Zeit wieder eingeschaltet, neu vaskularisirt und damit in seiner Integrität erhalten. Nur der Unterschied besteht zwischen dem Knochen- und allen anderen Geweben, dass dasselbe sehr viel schwieriger neu zu vaskularisiren ist, und dass daher bis zu seiner Restitutio ad integrum längere Zeit vergeht, während welcher der Knochen theil gewissermaßen eine Vita minima zeigt. Diese findet ihren Ausdruck in der Herabsetzung der Tinktionsfähigkeit der Knochenzellen; jedoch ist die Färbbarkeit stets nur herabgesetzt, nie aufgehoben, und die Zellen wie die Kerne sind, wenn auch häufig erst mit starken Vergrößerungen wahrnehmbar, immer erhalten. Proportional der aufsteigenden Untersuchungsreihe wird die Färbbarkeit wieder bis zur Norm erhöht.

Barth war zu seiner Auffassung durch diese tinktoriellen Differenzen gekommen, die ihm bei Außerachtlassung der physiologischen Verhältnisse eine Nekrotisirung des Knochenfragments vorgetäuscht hatten, während sie ausschließlich im Sinne der oben ausgeführten Thatsachen zu deuten sind.

Diskussion: Herr Rawitz bemerkt, dass die Irrthümer, zu denen Herr Barth bei seinen Untersuchungen gelangte, und die ihn zu Ansichten führten, welche von denen aller übrigen Autoren sehr bedeutend abweichen, im Wesentlichen auf die fehlerhafte Technik geschoben werden müssen. Müller'sche Flüssigkeit, so wie Flemming's Chromosmiumeisessiggemisch, so werthvoll und vorzüglich besonders das letztere Reagens bei Fixirung von weichen Gebilden ist, sind bei der mikroskopischen Bearbeitung des Knochengewebes schlechterdings unbrauchbar. Herrn Barth's mikroskopische Präparate, die R. zu untersuchen Gelegenheit hatte, beweisen keineswegs die von Herrn Barth ausgesprochenen Ansichten, können vielmehr mit größerem Recht im Sinne des Votr. verwandt werden.

2) Herr J. Wolff: Über die Operation der doppelten durchgehenden Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück.

Die Rücklagerung des Zwischenkiefers nach Incision des Vomer in den Fällen von doppelter durchgehender Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück hat immer nur für die erste Zeit, keineswegs aber für die Dauer befriedigende Resultate ergeben. Untersuchte man die operirten Fälle nach einer Reihe von Jahren, so fand man den Zwischenkiefer ganz verkümmert, wacklig und in einem für das Essen unbrauchbaren Zustande. Jedes Mal stand zugleich die Oberlippe in sehr hässlich entstellender Weise weit gegen die Unterlippe zurück.

Der Grund hierfür lag nicht in der Werthlosigkeit des Zwischenkiefers an sich, sondern in der durch die Incision des Vomer beeinträchtigten Ernährung des ohnehin schon in nur geringem Zusammenhang mit dem Mutterboden stehenden Zwischenkiefers.

Hiernach ist es nothwendig, wie dies bereits G. Simon vorgeschlagen hat, den prominirenden Bürzel unverletzt zu lassen; und die Lippe unter allen Umständen über dem Bürzel zu vereinigen.

W. stellt einen 7jährigen Knaben vor, bei welchem er, als Pat. 3 Tage alt war, mittels seiner Methode der Lippensaumverziehung und Zickzacknaht zuerst die rechte Seite der Spalte über dem an der Nasenspitze sitzenden Mittelstück geschlossen hat. Der Zwischenkiefer stellte sich, da seine rechte Seite durch die vereinigte Lippe zurückgedrängt wurde, schräg. 4 Wochen später wurde in gleicher Weise die linke Seite der Spalte operirt. Jetzt stellte sich alsbald der Zwischenkiefer, da er nunmehr rechts und links in gleicher Weise zurückgedrängt wurde, wieder gerade. Als das Kind 9 Monate alt war, schloss W. die Gaumenspalte.

Gegenwärtig zeigt sich der Zwischenkiefer mächtig entwickelt, 2 cm breit, eben so weit herabragend wie die Seitentheile des Alveolarfortsatzes. Er liegt vor den vereinigten Seitentheilen, und ist mit ihnen nicht knöchern, aber doch so fest verwachsen, dass es nur durch kraftvolles Rücken mittels der Finger möglich ist, ihn um ein ganz Geringes seitlich zu verschieben. Er ist zum Abbeißen von Speisestücken vollkommen gut brauchbar.

Das Gesichtsprofil des Knaben ist normal. Der Zahnbogen des Oberkiefers prominirt wie im normalen Zustande ein wenig vor demjenigen des Unterkiefers.

Ein kurzes Septum cutaneum der Nase, von dem ursprünglich keine Spur vorhanden gewesen war, hat sich gebildet.

Die Lippe hat eine schöne Länge, einen normal geformten Lippensaum; ihre beiden Hälften sind symmetrisch. Nur ist die Lippe, da die Operation in 2 Absätzen gemacht wurde, und da außerdem vor Kurzem noch 2 verschönernde Nachoperationen zur besseren Formirung der Nasenflügel vorgenommen worden sind, bis jetzt noch ziemlich stark narbig.

Die Nasenflügel selbst und die Wangen sind frei von Narben; die Nasenflügel normal geformt.

Die Gaumenspalte ist durch die im 10. Lebensmonat vorgenommene Gaumennaht in vollkommener Weise geschlossen; nicht das kleinste Fistelchen ist geblieben; auch die Uvula ist vereinigt und wohlgebildet.

Das Schlingen und das Athmen geschehen in durchaus normaler Weise.

Die Sprache ist in Folge der frühzeitigen Operation der Gaumenspalte, ohne dass der Knabe jemals besonderen Sprachunterricht erhalten hätte, in verhältnismäßig befriedigender Weise hergestellt. Der Knabe besucht die Schule und wird vom Lehrer und den Mitschülern gut verstanden. Nur die Zischlaute spricht er noch mangelhaft aus.

Der vorgestellte Fall dient mithin nicht nur zur Empfehlung der Lippenvereinigung über dem unverletzten Büzel, sondern auch zugleich zur weiteren Empfehlung der frühzeitigen Gaumennaht.

Unter 233 bisher von W. operirten Fällen von angeborener Gaumenspalte betrafen 131 Kinder bis zu 6 Jahren.

Diskussion: Herr König hält das Verfahren des Votr. bezüglich der Lippe für zu umständlich. Er hat viele Hasenscharten mit prominirendem Büzel nach v. Bardeleben operirt. Dabei war der Erfolg eben so gut, wie in dem vorgestellten Falle. Die Lippe war nach 14 Tagen geheilt, ohne dass so viele Nachoperationen erforderlich, und ohne dass so starke Narben, wie hier, vorhanden waren. Er erhebt ferner Einspruch dagegen, die Gaumennaht bei Kindern von 4 Jahren und darüber noch als frühzeitige Operation zu bezeichnen, da sie in diesem Alter von den meisten Chirurgen ausgeführt wird.

Herr Wolff würde, wenn Fälle gezeigt werden könnten, in denen noch nach Ablauf einer Reihe von Jahren der nach v. Bardeleben operirte Zwischenkiefer eben so gute Verhältnisse darbiete, wie in dem vorgestellten Falle, aber auch nur dann, seine Ansicht ändern. Solche Fälle existiren indess in der gesamten Litteratur nicht. Gegenüber den guten Ernährungs-, Funktions- und kosmetischen Verhältnissen des Zwischenkiefers bei seinem Verfahren komme es wenig in Betracht, wenn die Lippe ein wenig mehr als gewöhnlich narbig ausfällt.

Die Ausführung der Gaumennaht halten nach v. Langenbeck einzelne Chirurgen auch jetzt noch erst bei 7 Jahr alten Individuen für rathsam; im Sinne dieser Chirurgen ist also die Operation auch bei 6jährigen Kindern noch eine frühzeitige. Unter W.'s 131 so bezeichneten Operationen betreffen übrigens nur 28 Kinder von 4 bis 6 Jahren. In 47 Fällen handelte es sich um Kinder im 1. Lebensjahr, in 56 Fällen um solche von 1 bis 3 Jahren.

Herr Sonnenburg bemerkt, dass es ihm in 1 Falle gelungen ist, eine knöcherne Einheilung des Zwischenkiefers zu erzielen. Er weist zugleich auf die hohe Mortalitätsziffer der an doppelter Hasenscharte operirten Kinder hin.

Herr König findet, dass die einfache Hasenscharte mit erheblicher Prominenz des medialen Randes häufig schwieriger zu operiren ist als die doppelseitige. Er meißelt alsdann die prominirende Partie ein, drängt sie gegen den entgegengesetzten Spaltrand, und bringt so beide Ränder in das gleiche Niveau.

Herr Nasse hat das gleiche Verfahren wie Herr König wiederholt mit gutem Erfolg ausgeführt.

Herr Wolff weist darauf hin, dass das von Herrn Sonnenburg erreichte Resultat sehr bemerkenswerth sei, da sonst bisher knöcherne Einheilungen nicht beobachtet worden sind.

Die von den Herren König und Nasse ausgeübte Einmeißlung hält er für ganz entbehrlich, wenn man dafür die Lippe am lateralen Spaltrand in ausgiebiger Weise vom Oberkiefer ablöst. Dazu ist allerdings die Ausübung der von ihm wiederholt beschriebenen und empfohlenen, von anderer Seite aber noch nirgends beachteten Digitalkonstriktion erforderlich. Diese Konstriktion, welche eine fast absolut blutlose Ausführung der Hasenschartenoperation ermöglicht, ist übrigens, wie W. hinzufügt, zugleich dasjenige Mittel, durch welches wir die Mortalitätsverhältnisse der an Hasenscharte operirten Kinder ganz wesentlich zu verbessern vermögen.

3) Herr J. Wolff: Vorstellung eines weiteren Falles von frühzeitiger Gaumennaht.

Wie der vorige Fall, so zeigt auch der zweite von W. vorgestellte Fall, in welchem W., als Pat. 14 Monate alt war, die Gaumenspalte geschlossen hat, die Vorzüge der frühzeitigen Operation. Der sehr intelligente 9jährige Knabe, bei welchem es sich um eine nicht mit Hasenscharte complicirte angeborene Gaumenspalte gehandelt hatte, spricht, obwohl er niemals besonderen Sprachunterricht genossen hat, ohne jede Verzerrung der Gesichtsmuskeln durchaus normal, so dass Niemand auf die Vermuthung kommen kann, dass der Gaumen gespalten gewesen war.

Bei nicht frühzeitig vorgenommener Operation hat W. noch niemals von selbst, d. i. ohne Zuhilfenahme der Rachenprothese oder des methodischen Sprachunterrichts, ein eben so gutes Resultat bezüglich der Sprache eintreten sehen. v. Langenbeck's und Billroth's Ansicht, dass den beim Sprechen in Betracht kommenden Gaumenmuskeln um so leichter eine der normalen gleichkommende Entwicklung zu Theil werden müsse, in je früherem Alter die Operation gelinge, hat sich also hier, wie auch in vielen anderen Fällen, als richtig erwiesen.

4) Herr J. Wolff: Über halbseitige Strumektomie bei Morbus Basedowi.

Nach Buschan, der einen »genuinen« und einen »auf kropfiger Basis entstandenen« Basedow unterscheidet, sind unter 81 bisher bekannt gewordenen Fällen von Strumektomie bei M. Basedowi höchstens 2 Fälle von Heilung des genuinen zu verzeichnen gewesen.

Indess hat weder diese, noch irgend eine andere der bisherigen Statistiken der nichtoperativen oder operativen Behandlung des M. Basedowi eine genügende Verlässlichkeit. Alle bisherigen Statistiken leiden an dem Mangel, dass fast überall da, wo von »Besserungen«, »erheblichen Besserungen« oder »Heilungen« die Rede ist, die einzelnen Erscheinungen des Basedow nicht genau genug bezüglich dieser Besserung bezw. Heilung geprüft worden sind. Namentlich sind auch in den allermeisten Fällen die Besserungen bezw. Heilungen der einzelnen Erscheinungen nicht hinreichend sicher bezüglich der Dauerhaftigkeit dieser Besserungen oder Heilungen geprüft worden.

W. stellt eine Pat. vor, die er im Mai 1892 operirt hat, bei welcher es sich also um eine fast 5jährige Beobachtungsdauer handelt. Bei der Pat. hatte sich im Frühjahr 1891, als sie im Alter von 23 Jahren stand, Chlorose und große psychische Reizbarkeit eingestellt; im Juni 1891 traten Kropf und Herzpalpitationen hinzu; bald darauf Exophthalmus, Hitzegefühl, profuse Schweißausbrüche, Durstgefühl, Zittern, Schlaflosigkeit und Athemnoth. 1 Jahr hindurch hatte sie sich interner Behandlung unterzogen, bei genügender Ruhe und guter Pflege. Die

Krankheitserscheinungen hatten sich dabei aber immer mehr verschlimmert. Sehr bleich und heruntergekommen und mit hochgradiger Dyspnoë kam sie im Mai 1892 in die Klinik. W. entfernte die linke Kropfhälfte, welche 86 g wog. Die größere zurückgebliebene rechtsseitige Hälfte wurde auf ca. 100 g geschätzt. Die Luftröhre war wie in den übrigen von W. operirten Basedowfällen säbelscheidenförmig. Am 25. Tage nach der Operation wurde Pat. mit geheilter Wunde entlassen. Die Athembeschwerden waren vollkommen beseitigt; die meisten übrigen Erscheinungen des Basedow bestanden aber vorläufig noch fort. Im Laufe des Sommers nahm Pat. 24 Pfund an Körpergewicht zu; auch besserten sich allmählich alle Erscheinungen des Basedow. Seit dem Herbst 1892 ist Pat. absolut frei von allen subjektiven Beschwerden; sie hat ein gesundes Aussehen bekommen und ihre frühere Fröhlichkeit wiedererlangt. Im April 1893 hat sie sich verheirathet; September 1894 und Oktober 1895 hat sie geboren.

Gegenwärtig besteht noch ein pflaumengroßer rechtsseitiger Kropfrest, dessen Gewicht auf höchstens 40 g abzuschätzen ist, ferner ein sehr geringer Exophthalmus; kaum noch andeutungsweise das Graefe'sche Symptom. Dagegen ist die Herzthätigkeit durchaus normal; Pulsfrequenz 70. Tremor, wenn überhaupt vorhanden, minimal; Schweißsekretion, psychischer Zustand, Schlaf normal. Stellwag'sches und Möbius'sches Symptom, Kopfschmerz und Ohrensausen geschwunden. Sensibilität im Bereich des Trigemini nach Prof. Mendel's Feststellung intakt; desselben der elektrische Leitungswiderstand der Haut ohne deutliche Abweichung gegen die Norm. Das absolut gute subjektive Befinden hat im Laufe der letzten 4 Jahre niemals die geringste Unterbrechung erfahren.

Zu weit gehende allgemeine Schlussfolgerungen dürfen, so erfreulich auch der Verlauf des Falles war und geblieben ist, natürlich nicht aus demselben gezogen werden. Aber in Verbindung mit dem, was Rehn, Mikulicz, Krönllein u. A. berichtet haben, zeigt doch der Fall, dass es unzulässig ist, über die Strumektomie bei M. Basedowi, wie es Buschan gethan hat, und wie es mit ihm viele Neuropathologen, die die operirten Fälle gar nicht gesehen oder genauer geprüft haben, thun, den Stab zu brechen.

Nicht einmal das kann zugestanden werden, dass die Kropfexstirpation bei M. Basedowi, wie viele Autoren annehmen, lediglich in denjenigen Fällen eine Berechtigung habe, in welchen Trachealstenose vorhanden ist. In dem vorgestellten Falle sind nach der Operation die Herzaffektion, der Tremor, die profuse Schweißsekretion, die psychische Alteration geschwunden. Alle diese Erscheinungen haben mit der Trachealstenose nichts zu thun; sie fehlen bei noch so hochgradiger durch gewöhnliche Kröpfe erzeugter Trachealstenose.

Der Fall zeigt ex juvantibus, dass mit den Hypothesen der meisten Neuropathologen, nach welchen der Basedow lediglich entweder auf einem primären Reiz- oder Lähmungszustande des Sympathicus, oder auf einer Vaguslähmung, oder auf einer organischen oder funktionellen Erkrankung des Bulbus der Medulla oblongata, oder auf einer Neurose der Gehirnrinde beruhen soll, uns nicht gedient sein kann.

Vielmehr gewinnt auf Grund der Beobachtung dieses Falles aufs Neue die Hypothese an Wahrscheinlichkeit, dass der Kropf eine gewisse, sei es zunächst auch noch so dunkle ursächliche Rolle bei der Entstehung des Basedow spielt, mag es sich dabei um Besonderheiten der anatomischen Lage einzelner Kröpfe in Beziehung zum Sympathicus oder Vagus handeln, oder um Intoxikation des Nervensystems durch einen von der Schilddrüse producirt Giftstoff oder um eine von den Endverzweigungen des Sympathicus in der Schilddrüse ausgehende Reflexneurose.

Wenigstens ist eine solche Annahme so lange berechtigt, als es den internen Ärzten nicht gelungen ist, uns Fälle von eben so schweren Störungen durch genuine Basedow'sche Krankheit, wie in dem vorgestellten Falle, zu zeigen, in welchen ein eben so lange andauerndes Schwinden aller subjektiven Krankheitserscheinungen, wie hier, auch ohne Operation erzielt worden wäre.

5) Herr J. Wolff: Zur Arthrolysis cubiti.

Zur Ergänzung seiner früheren Mittheilungen über die Arthrolyse bei Ellbogen-gelenksankylose stellt W. einen Fall von straff fibröser, durch Trauma bedingter, mit Anwesenheit von Callusmassen im Gelenk complicirter Ankylose vor, in welchem die Operationswunde erst nach langwieriger Eiterung geheilt ist, und in welchem trotzdem ein relativ sehr befriedigendes Resultat erreicht wurde.

Die 37jährige Pat. hatte im August 1895 eine Fractura supracondylica mit Fractura intercondylica in das Gelenk hinein erlitten und eine fast vollkommene, stumpfwinklige Ankylose des Gelenks zurückbehalten, die durch Callusmassen im Gelenk, Synovitis hyperplastica und nutritive Verkürzung und Schrumpfung der das Gelenk umgebenden Weichtheile bedingt war. Die Ankylose hatte den energischsten, mehr als ein Vierteljahr hindurch fortgesetzten Versuchen unblutiger Behandlung getrotzt.

Im Januar 1896 führte W. die Arthrolyse aus. Nach Ablösung des Triceps vom Olecranon und Durchtrennung aller sehr straffen Bänder- und Kapseladhärenzen wurden die die Fossa supratrochlearis posterior ausfüllenden sehr reichlichen Callusmassen fortgemeißelt, ferner die ebenfalls durch Callusmassen bedingten Unebenheiten zwischen den Knorpelflächen der Rotula und Trochlea geglättet und die Spitze des Proc. coronoideus entfernt. Nachdem hierdurch eine ausgiebige Flexion und Extension erreicht worden war, wurde auch noch durch Lösung der straffen fibrösen Stränge in der Umgebung des Radioulnargelenks eine möglichst freie Pronation und Supination herbeigeführt. — Am 13. Tage nach der Operation trat eine Nachblutung ein, die es erforderlich machte, die Wunde wieder ganz frei zu legen. Erst Anfang Mai war vollkommene Heilung eingetreten.

Pat. beugt jetzt aktiv bis 75° und streckt bis 130°. Pronation und Supination vollführt sie aktiv in einer Exkursion von 100°. Sie vermag die Hand beim Essen zum Munde zu führen, sich anzuziehen, dabei die Hand zum Zuknöpfen der Kleider auf den Rücken zu führen, sich die Haare zu flechten, beim Nähen die Arbeitsgegenstände den Augen gehörig zu nähern, einen Stuhl an der Lehne zu fassen und in die Höhe zu halten, während sie alles Dies früher nicht auszuführen vermochte. — Die Gelenkenden zeigen dabei natürlich eine vorzügliche, der normalen fast ganz gleiche Formation.

6) Herr Joachimsthal: Funktionelle Formveränderungen an den Muskeln.

J. zeigt im Anschluss an seine experimentellen Untersuchungen über funktionelle Formveränderungen an den Muskeln (cf. Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 4) unter Demonstration eines Pat. und einer Reihe von Gipsabgüssen, Röntgen-Bildern und Photographien von Kranken die Möglichkeit, schon am Lebenden mit derselben Sicherheit wie im Experiment, und wie dies Roux und Rivière an der Leiche bei der Untersuchung des Pronator quadratus gelungen ist, Beweise für die Selbstregulation der Muskellänge zu erbringen.

Bei der Nachuntersuchung einer Reihe von Pat., die vor langen Jahren von Prof. Wolff wegen angeborenen Klumpfußes mittels des portativen Etappenverbandes behandelt und zur Heilung gebracht waren, ergab sich trotz guter Form und Funktion des Fußes eine stets wiederkehrende eigenartige »Atrophie« der Wade, durchaus verschieden von dem gewöhnlichen Verhalten dieses Körperteiles bei mangelhafter Funktion der unteren Extremitäten. Während nämlich bei einer gewöhnlichen Atrophie die Wade allmählich unter gleichmäßigem Schwund des Muskels an Umfang abnimmt, drängt sich bei den in Rede stehenden Pat. die Muskelmasse auf das oberste Drittel resp. Viertel des Unterschenkels zusammen und bildet hier eine starke Vorwölbung, während der ganze untere Theil aus sehniger Substanz besteht und bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer extremen Atrophie des Muskels gewährt. Um diese Verkürzung des Wadenmuskels herbeizuführen, konkurriren gewöhnlich 2 Umstände. Einmal resultirt fast immer selbst nach der bestgelungenen Behandlung eine Beweglichkeitsbeschränkung im Fußgelenk; weiterhin besteht — wie dies eine Reihe von Röntgen-Bildern zeigen — in der Regel eine mehr oder minder ausgesprochene Atrophie des

Calcaneusfortsatzes, meist verbunden mit einer plantarwärts gerichteten Abknickung desselben, wodurch eine Verminderung der Länge des Hebelarmes für die Achillessehne und so eine weitere Einschränkung der Exkursion ihres Ansatzpunktes gesetzt wird.

Wenn auch in einer weniger markanten Weise als bei Pat. mit redressirtem Klumpfuß, zeigen auch alle diejenigen Kranken, die in Folge irgend einer Affektion des Fußgelenks oder der benachbarten Knochen dauernd eine Einschränkung der Beweglichkeit in dem Sprunggelenk erworben haben, die charakteristische, durch die Haut sichtbare Verkürzung des Wadenmuskels; ja es gelang vielfach bei Pat. mit abgelauener Caries pedis aus der bloßen Inspektion der Wade in später durch die Untersuchung erwiesener Weise vorauszusagen, dass eine Beschränkung der Beweglichkeit im Fußgelenk vorliegen müsse, und dabei gleichzeitig eine vollkommene Ankylose auszuschließen. Denn in letzterem Falle — bei einem vollkommenen Aufhören der Beweglichkeit — schwindet der muskulöse Apparat der Wade in einer gleichmäßigen Weise.

7) Herr J. Wolff: Vorstellung zweier Fälle von Lorenz'scher unblutiger Einrenkung der angeborenen Hüftgelenkluxation.

Die bis jetzt noch bestehende Unsicherheit unseres Urtheils über den Werth der blutigen und unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation kann, wie W. aufs Neue betont, durch Zuhilfenahme der Röntgen-Bilder erheblich verringert werden.

Die Röntgen-Bilder gewähren Demjenigen, der an ihrer Hand die Behandlungsergebnisse verfolgt, viele Überraschungen, und zwar manchmal recht unbehagliche, in so fern sie öfters zeigten, dass der vermeintlich noch in der Pfanne steckende Kopf wieder aus derselben herausgeschlüpft ist.

Dafür gewährt es uns aber auch in anderen Fällen wieder, als Zeugnis für den hohen Werth der Lorenz'schen unblutigen Einrenkung, die erfreuliche Gewissheit, dass der Kopf wirklich dauernd an der richtigen Stelle geblieben ist.

W. stellt einen 4jährigen Knaben und ein 12jähriges Mädchen vor, die bereits seit nahezu 3 bzw. seit $3\frac{1}{2}$ Monaten ohne jeden Verband oder Apparat umhergehen, und bei denen das Röntgen-Bild in unzweideutiger Weise die wirklich erreichte dauernde Feststellung des Kopfes im Acetabulum beweist. Beide neugebildeten Hüftgelenke sind, nachdem sie anfänglich sehr starr gewesen waren, gut beweglich geworden. Der Gang der beiden Pat. ist vortrefflich.

8) Herr Lindemann: Über die Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olecranon.

Bei Querbrüchen der Patella wird in der Wolff'schen Klinik folgendermaßen verfahren:

Der Assistent setzt einen Zeigefinger an der Basis, den anderen an der Spitze der Patella unter spitzem Winkel an. Während die beiden Zeigefinger die Fragmente krampfhaft fest an einander gedrückt haben, wird ein Gipsverband, unter Miteingipsung der Finger des Assistenten, direkt auf die Hand angelegt. In der Nähe der Finger werden die Gipstouren verstärkt und fest angedrückt, so dass sich oberhalb und unterhalb der Fragmente ein fester Wall bildet, welcher das Auseinanderweichen derselben verhindert. Sobald der Gipsverband hart geworden ist, zieht der Assistent die Finger heraus. Von einer Punktion des Gelenks wird in der Regel Abstand genommen. Die Fragmente lassen sich leichter an einander gedrückt halten, wenn sie gewissermaßen im Bluterguss schwimmen. Zugleich kann man sie alsdann etwas tiefer fassen. — Nach 2— $2\frac{1}{2}$ Wochen beginnt die Massagebehandlung. — Bei Olecranonfrakturen drückt in gleicher Weise der Assistent mit einem Finger das obere Fragment gegen das untere herab. — Der Vortr. berichtet über 4 in dieser Weise behandelte Frakturen der Patella und 1 Fraktur des Olecranon. Jedes Mal ist knöcherner Vereinigung der Fragmente eingetreten. Einen der Fälle von Patellarfraktur und den Fall von Olecranonfraktur stellt der Vortr. vor.

Sarfert (Berlin).

5) Herr J. Wolff: Zur Arthrolysis cubiti.

Zur Ergänzung seiner früheren Mittheilungen über die Arthrolyse bei Ellbogen-gelenksankylose stellt W. einen Fall von straff fibröser, durch Trauma bedingter, mit Anwesenheit von Callusmassen im Gelenk complicirter Ankylose vor, in welchem die Operationswunde erst nach langwieriger Eiterung geheilt ist, und in welchem trotzdem ein relativ sehr befriedigendes Resultat erreicht wurde.

Die 37jährige Pat. hatte im August 1895 eine Fractura supracondylica mit Fractura intercondylica in das Gelenk hinein erlitten und eine fast vollkommene, stumpfwinklige Ankylose des Gelenks zurückbehalten, die durch Callusmassen im Gelenk, Synovitis hyperplastica und nutritive Verkürzung und Schrumpfung der das Gelenk umgebenden Weichtheile bedingt war. Die Ankylose hatte den energischsten, mehr als ein Vierteljahr hindurch fortgesetzten Versuchen unblutiger Behandlung getrotzt.

Im Januar 1896 führte W. die Arthrolyse aus. Nach Ablösung des Triceps vom Olecranon und Durchtrennung aller sehr straffen Bänder- und Kapsel-adhärenzen wurden die die Fossa supratrochlearis posterior ausfüllenden sehr reichlichen Callusmassen fortgemeißelt, ferner die ebenfalls durch Callusmassen bedingten Unebenheiten zwischen den Knorpelflächen der Rotula und Trochlea geglättet und die Spitze des Proc. coronoideus entfernt. Nachdem hierdurch eine ausgiebige Flexion und Extension erreicht worden war, wurde auch noch durch Lösung der straffen fibrösen Stränge in der Umgebung des Radioulnargelenks eine möglichst freie Pronation und Supination herbeigeführt. — Am 13. Tage nach der Operation trat eine Nachblutung ein, die es erforderlich machte, die Wunde wieder ganz frei zu legen. Erst Anfang Mai war vollkommene Heilung eingetreten.

Pat. beugt jetzt aktiv bis 75° und streckt bis 130°. Pronation und Supination vollführt sie aktiv in einer Exkursion von 100°. Sie vermag die Hand beim Essen zum Munde zu führen, sich anzuziehen, dabei die Hand zum Zuknöpfen der Kleider auf den Rücken zu führen, sich die Haare zu flechten, beim Nähen die Arbeitsgegenstände den Augen gehörig zu nähern, einen Stuhl an der Lehne zu fassen und in die Höhe zu halten, während sie alles Dies früher nicht auszuführen vermochte. — Die Gelenkenden zeigen dabei natürlich eine vorzügliche, der normalen fast ganz gleiche Formation.

6) Herr Joachimsthal: Funktionelle Formveränderungen an den Muskeln.

J. zeigt im Anschluss an seine experimentellen Untersuchungen über funktionelle Formveränderungen an den Muskeln (cf. Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 4) unter Demonstration eines Pat. und einer Reihe von Gipsabgüssen, Röntgen-Bildern und Photographien von Kranken die Möglichkeit, schon am Lebenden mit derselben Sicherheit wie im Experiment, und wie dies Roux und Rivière an der Leiche bei der Untersuchung des Pronator quadratus gelungen ist, Beweise für die Selbstregulation der Muskellänge zu erbringen.

Bei der Nachuntersuchung einer Reihe von Pat., die vor langen Jahren von Prof. Wolff wegen angeborenen Klumpfußes mittels des portativen Etappenverbandes behandelt und zur Heilung gebracht waren, ergab sich trotz guter Form und Funktion des Fußes eine stets wiederkehrende eigenartige »Atrophie« der Wade, durchaus verschieden von dem gewöhnlichen Verhalten dieses Körpertheiles bei mangelhafter Funktion der unteren Extremitäten. Während nämlich bei einer gewöhnlichen Atrophie die Wade allmählich unter gleichmäßigem Schwund des Muskels an Umfang abnimmt, drängt sich bei den in Rede stehenden Pat. die Muskelmasse auf das oberste Drittel resp. Viertel des Unterschenkels zusammen und bildet hier eine starke Vorwölbung, während der ganze untere Theil aus sehniger Substanz besteht und bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer extremen Atrophie des Muskels gewährt. Um diese Verkürzung des Wadenmuskels herbeizuführen, konkurriren gewöhnlich 2 Umstände. Einmal resultirt fast immer selbst nach der bestgelungenen Behandlung eine Beweglichkeitsbeschränkung im Fußgelenk; weiterhin besteht — wie dies eine Reihe von Röntgen-Bildern zeigen — in der Regel eine mehr oder minder ausgesprochene Atrophie des

Calcaneusfortsatzes, meist verbunden mit einer plantarwärts gerichteten Abknickung desselben, wodurch eine Verminderung der Länge des Hebelarmes für die Achillessehne und so eine weitere Einschränkung der Exkursion ihres Ansatzpunktes gesetzt wird.

Wenn auch in einer weniger markanten Weise als bei Pat. mit redressirtem Klumpfuß, zeigen auch alle diejenigen Kranken, die in Folge irgend einer Affektion des Fußgelenks oder der benachbarten Knochen dauernd eine Einschränkung der Beweglichkeit in dem Sprunggelenk erworben haben, die charakteristische, durch die Haut sichtbare Verkürzung des Wadenmuskels; ja es gelang vielfach bei Pat. mit abgelaufener Caries pedis aus der bloßen Inspektion der Wade in später durch die Untersuchung erwiesener Weise vorausszusagen, dass eine Beschränkung der Beweglichkeit im Fußgelenk vorliegen müsse, und dabei gleichzeitig eine vollkommene Ankylose auszuschließen. Denn in letzterem Falle — bei einem vollkommenen Aufhören der Beweglichkeit — schwindet der muskulöse Apparat der Wade in einer gleichmäßigen Weise.

7) Herr J. Wolff: Vorstellung zweier Fälle von Lorenz'scher unblutiger Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksluxation.

Die bis jetzt noch bestehende Unsicherheit unseres Urtheils über den Werth der blutigen und unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation kann, wie W. aufs Neue betont, durch Zuhilfenahme der Röntgen-Bilder erheblich verringert werden.

Die Röntgen-Bilder gewähren Demjenigen, der an ihrer Hand die Behandlungsergebnisse verfolgt, viele Überraschungen, und zwar manchmal recht unbehagliche, in so fern sie öfters zeigten, dass der vermeintlich noch in der Pfanne steckende Kopf wieder aus derselben herausgeschlüpft ist.

Dafür gewährt es uns aber auch in anderen Fällen wieder, als Zeugnis für den hohen Werth der Lorenz'schen unblutigen Einrenkung, die erfreuliche Gewissheit, dass der Kopf wirklich dauernd an der richtigen Stelle geblieben ist.

W. stellt einen 4jährigen Knaben und ein 12jähriges Mädchen vor, die bereits seit nahezu 3 bzw. seit $3\frac{1}{2}$ Monaten ohne jeden Verband oder Apparat umhergehen, und bei denen das Röntgen-Bild in unzweideutiger Weise die wirklich erreichte dauernde Feststellung des Kopfes im Acetabulum beweist. Beide neugebildeten Hüftgelenke sind, nachdem sie anfänglich sehr starr gewesen waren, gut beweglich geworden. Der Gang der beiden Pat. ist vortrefflich.

8) Herr Lindemann: Über die Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olecranon.

Bei Querbrüchen der Patella wird in der Wolff'schen Klinik folgendermaßen verfahren:

Der Assistent setzt einen Zeigefinger an der Basis, den anderen an der Spitze der Patella unter spitzem Winkel an. Während die beiden Zeigefinger die Fragmente krampfhaft fest an einander gedrückt haben, wird ein Gipsverband, unter Miteingipsung der Finger des Assistenten, direkt auf die Hand angelegt. In der Nähe der Finger werden die Gipstouren verstärkt und fest angedrückt, so dass sich oberhalb und unterhalb der Fragmente ein fester Wall bildet, welcher das Auseinanderweichen derselben verhindert. Sobald der Gipsverband hart geworden ist, zieht der Assistent die Finger heraus. Von einer Punktion des Gelenks wird in der Regel Abstand genommen. Die Fragmente lassen sich leichter an einander gedrückt halten, wenn sie gewissermaßen im Bluterguss schwimmen. Zugleich kann man sie alsdann etwas tiefer fassen. — Nach $2-2\frac{1}{2}$ Wochen beginnt die Massagebehandlung. — Bei Olecranonfrakturen drückt in gleicher Weise der Assistent mit einem Finger das obere Fragment gegen das untere herab. — Der Vortr. berichtet über 4 in dieser Weise behandelte Frakturen der Patella und 1 Fraktur des Olecranon. Jedes Mal ist knöcherner Vereinigung der Fragmente eingetreten. Einen der Fälle von Patellarfraktur und den Fall von Olecranonfraktur stellt der Vortr. vor.

Sarfert (Berlin).

17) **Ballance and Abbot.** A case of acute haemorrhagic septicaemia treated by antistreptococcus serum.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1853.)

Bei einem Arzt entwickelte sich im Anschluss an eine Daumenverletzung, die er sich bei Sektion einer eitrigen Bauchfellentzündung zugezogen, ein schwer septischer Zustand. Bereits 6 Stunden nach Einspritzung von 3,5 ccm Antistreptococcusserum trat eine deutliche Besserung ein, die nach Wiederholung der Einspritzungen an den folgenden Tagen zunahm. Der Einfluss des Serums zeigte sich in dem Aufhellen des vorher benommenen Bewusstseins, im Aufhören der Kopfschmerzen, Verlangsamung von Puls und Athmung, Feuchtwerden der Haut, allmählichem Fieberabfall und günstiger Beeinflussung des Wundverlaufes. Das Serum, über dessen Bereitung J. Bokenham nähere Mittheilungen macht, ist aus dem Blut eines Esels gewonnen, welcher mehrere Monate hindurch ansteigende Einspritzungen von Streptokokken erhalten hat. $\frac{1}{100}$ eines Kubikcentimeters Serum soll die Wirkung einer tödlichen Dosis von Streptokokken am Versuchsthier aufheben.

H. Stettiner (Berlin).

18) **B. Jacob.** Ein in Heilung übergegangener, mit Antitoxin behandelter Fall von Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 6.)

Fall von Tetanus im Anschluss an eine Schussverletzung der Schulter bei einem 14jährigen Knaben. Wunde durch Steinchen, Erde und Kleidungsstücken stark verunreinigt. Inkubationszeit 12 Tage (Ref. rechnet 15 Tage heraus, wenn kein Druckfehler, sogar 7 Wochen), Beginn der Krämpfe in der betreffenden Schultermuskulatur. Mittelschwerer Fall. Innerhalb von 5 Tagen 10 g Behring'sches Tetanusantitoxin in 2 Dosen à 5 g. Auffallende Besserung nach der 2. Injektion. Heilung.

Hübener (Breslau).

19) **Dipper.** Über Schleich's Infiltrationsanästhesie. (Aus der chirurgischen Abtheilung der evangelischen Diakonissenanstalt in Stuttgart. Dirigirender Arzt Dr. Steinthal.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 50.)

Die Methode wurde von S. in 88 Fällen angewandt, und zwar 1) in 30 Exstirpationen (hauptsächlich Lymphome, Atherome, Strumen, Dermoidcysten etc.). In einem Falle von verwachsenen Lymphomen war Allgemeinnarkose nothwendig. 1 Fall von Strumektomie gelang vollständig schmerzlos, in den beiden anderen wurden zum Schluss noch 8 g Chloroform verbraucht. — 2) wurden 15 Incisionen und Auskratzen von Abscessen vorgenommen (fast völlig schmerzlos). — 3) fanden 14 Laparotomien statt. Zum Theil musste nach Eröffnung des Leibes in diesen Fällen noch zur Narkose gegriffen werden, bei der jedoch nur sehr wenig Chloroform verbraucht wurde. — 4) sind 5 Herniotomien zu erwähnen. Das Manipuliren in der Gegend der Bruchpforte bei den eingeklemmten Brüchen war schmerzhaft und bedingte 2mal Chloroformanwendung. — Auch noch in 24 anderen Fällen wurde das Verfahren angewandt, zum Theil mit recht gutem Erfolg, so besonders bei einer Tracheotomie an einem 60jährigen Manne.

S. benutzte stets die Schleich'sche Lösung No. II (Cocain. muriat. 0,1, Morph. muriat. 0,025, Natr. chlorat. 0,2 auf 100 Wasser gelöst). Es trat stets Heilung per primam ein. Ein Nachtheil ist das Ödem des Gewebes und der psychische Effekt auf den Kranken.

Verf. betrachtet die Infiltrationsanästhesie als eine sehr wichtige Konkurrentin der Allgemeinnarkose, besonders auch bei Operationen am Darmkanal und voraussichtlich unkomplizirten Laparotomien.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

20) **Waterhouse and Gibbs.** A case of arrest of the hearts action and of respiration during chloroform anaesthesia: bleeding from internal jugular vein: recovery.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1855.)

Bei der Entfernung der tuberkulösen Halsdrüsen eines 17jährigen sonst gesunden Mannes unter Chloroformnarkose trat nach Verlauf von 40 Minuten, in welchen ca. 55 g Chloroform verbraucht waren, ganz plötzlich Stillstand der Herzthätigkeit ein und wenige Sekunden später auch Aufhören der Athmung. Da die sofort eingeleitete künstliche Athmung nach mehreren Minuten noch keinen Erfolg zeigte, wurde ein kleiner Einschnitt in die frei liegende Vena jugul. int. gemacht und ca. 100 ccm Blut abgelassen. Nachdem sodann die Öffnung mit Zangen verschlossen, wurde von Neuem künstliche Athmung gemacht, die nunmehr binnen kurzer Zeit von gutem Erfolg gekrönt war, indem sich Herzschlag und Athmung wieder einstellten. Die Verf. sind der Ansicht, dass die Blutentziehung aus der Vene, durch welche der stark ausgedehnte rechte Ventrikel erleichtert sei, dem Pat. das Leben gerettet habe. Sie schlagen vor, in ähnlichen Fällen ähnlich zu handeln. Die Wahl der Vene hängt von dem Ort der Operation ab. Der Erfolg wird desto günstiger sein, je näher die Vene dem Herzen gelegen.

H. Stettiner (Berlin).

21) **A. Nannotti (Pisa).** Contributo allo studio della piremia da gonococco.

(Morgagni 1896. p. 824.)

Der von N. ausführlich beschriebene Fall von Gonokokkenpyämie bringt zwar in seinen Einzelheiten nichts Neues, dürfte aber doch in so fern unser Interesse beanspruchen, als er gewissermaßen ein Schulschema für Metastasenentwicklung bei Gonorrhoe darstellt, an dem uns alle sonst einzeln beobachteten Lokalisationen des gonorrhoeischen Giftes vereint vorgeführt werden.

Bei der 31jährigen verheiratheten Pat. hatte sich zuerst eine einfache Scheiden- und Harnröhrengonorrhoe entwickelt, an die sich eine Endometritis und eine Vereiterung der linken Bartholini'schen Drüse anschloss. Behandlung: Spaltung des Abscesses; Ausspülungen der Gebärmutter mit übermangansaurem Kali in Lösung von 1:5000. Der Abscess heilte nach wenigen Tagen aus; der Ausfluss aus der Gebärmutter wurde jedoch noch stärker und die Adnexe schmerzhaft. Nach längerer erfolgloser Fortsetzung der Ausspülungen entschloss sich Verf. auf Drängen der Pat. zur Ausschabung der Gebärmutter. Am 4. Tage nach derselben entwickelte sich das typische Bild einer Perimetritis und Bauchfellentzündung, und bald darauf konnte man zwischen dem rechten vorderen Scheidengewölbe und der Gegend über der Symphyse eine Geschwulst von der Größe einer Apfelsine abtasten. Behandlung: Opium, feuchtwarme Umschläge. Nach 9 Tagen wurde Pat. fieberfrei, die Geschwulst verkleinerte sich (Fluktuation war nirgends wahrnehmbar). Nach ca. 6—7tägigem Wohlbefinden trat unter erneutem Fieber schmerzhafte Schwellung des linken Ellbogens auf mit Röthung und Spannung der Haut. In derselben Weise wurden dann nach einander der andere Ellbogen, die Gelenke des linken Fußes und in einem Zeitraum von 12 Tagen sämtliche Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenke ergriffen. Ein operativer Eingriff wurde nicht gestattet. Schließlich entwickelte sich noch ein eigroßer Abscess in Folge einer Sehnen-scheidenentzündung der Strecksehnen des linken Fußes. Während des ca. 12 Tage andauernden Höhestadiums des Fiebers wurde ein systolisches Geräusch an der Mitralis wahrgenommen, das später wieder verschwand. Die reichlich gegebene Salicylsäure blieb ohne jede Wirkung; profuse Schweiße fehlten vollständig.

Sämmtliche Erscheinungen bildeten sich nach und nach zurück (mit Ausnahme des Abscesses, der gespalten wurde); die Pat. konnte nach 50tägigem Aufenthalt das Krankenhaus geheilt verlassen.

Bemerkenswerth ist, dass durch die sorgfältig und wiederholt vorgenommene mikroskopische Untersuchung sowohl im Ausfluss der Harnröhre und der Gebärmutter als auch im Eiter des Sehnen-scheidenabscesses und in der durch Punktion

aus verschiedenen Gelenken gewonnenen serös-eitrigen Flüssigkeit Gonokokken ohne Beimischung anderer Mikroorganismen gefunden wurden.

Verf. weist auf die Unterschiede des Krankheitsbildes von demjenigen der gewöhnlichen Streptokokkenpyämie hin, hinter deren Bösartigkeit und Heftigkeit der einzelnen Erscheinungen diese »Gonokokkenpyämie« glücklicherweise beträchtlich zurückbleibt. Er warnt zum Schluss vor zu frühzeitiger Anwendung der Ausschabung, ein Punkt, über den bisher eine Einigung der Autoritäten noch nicht erzielt sei.

W. Schultz (Hamburg).

22) A. v. Notthafft. Über einen Fall von abnorm später Entwicklung der Blennorrhoe.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 1.)

Verf. veröffentlicht einen Fall von absichtlicher Infektion mit gonorrhöischem Eiter, in welchem die ersten subjektiven Symptome erst nach 12 Tagen, die eitrige Sekretion erst nach 19 Tagen eintrat. Bekanntlich giebt es — was N. übersehen zu haben scheint — gut beobachtete und kaum anzweifelhafte Fälle von noch viel länger dauernder Inkubation beim Tripper.

Jadassohn (Bern).

23) C. Kopp. Über einen Fall multipler Angiombildung.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

In dem sehr eigenartigen Falle, den der Verf. beschreibt, traten bei einem etwa 17jährigen jungen Mann an der Haut des Scrotums und der unteren Extremitäten sehr zahlreiche, zuerst nadelstichgroße, weiterhin aber bis zur Größe von 1 cm wachsende und sich zu höckerigen Geschwülsten ausbildende Angiome auf, für deren Entstehung sich irgend eine Ursache nicht auffinden ließ, und die K. mit der Pubertätsentwicklung in Zusammenhang bringt. Beschwerden machte die Erkrankung, die sehr selten zu sein scheint, nicht.

Jadassohn (Bern).

24) C. Berliner. Morbus Basedowi und totale Alopecie.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. No. 11.)

In der Frage nach der Ätiologie der Alopecia areata stehen sich die parasitäre und die trophoneurotische Theorie noch immer gegenüber. Verf. glaubt mit manchen anderen Autoren 2 Formen, eine bakteritische und eine nervöse, unterscheiden zu können; bei der letzteren sei die Wirkung der Toxine von Infektionserregern vielleicht in Betracht zu ziehen. Die Kombination von Basedow'scher Krankheit mit totaler maligner Alopecie spricht für die nervöse Veranlassung wenigstens dieser Fälle. B. hat selbst einen solchen beobachtet und veröffentlicht außer diesem noch einen Fall von J. Kohn und einen von Unna. Er meint, dass in diesen Beobachtungen ein pathologisches Produkt der Schilddrüse die Alopecie veranlasse.

Jadassohn (Bern).

25) A. Kozerski. Ein Fall von Hautaktinomykose, mit großen Jodkaliumdosen behandelt.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

In dem von K. beschriebenen Falle handelte es sich um eine derbe, dunkelrothe, über dem Knochen frei verschiebbliche Infiltration mit theilweiser Fluktuation und einzelnen Fistelöffnungen, welche nicht auf Knochen führen. Die Mundhöhle außer cariösen Zähnen normal. Aus den Fisteln entleert sich ein dicker Eiter, in welchem sich nie typische Aktinomycesdrusen, aber dichte filzartige Ansammlungen von Pilzfäden nachweisen lassen, die auch kulturell mit Aktinomyces übereinstimmen. Lues und Tuberkulose wurden ausgeschlossen. Unter Behandlung mit steigenden Jodkalidosen (bis 14 g pro die), die gelegentlich starken Jodismus erzeugten, trat in etwa 4 Wochen ein fast vollständiger Rückgang ein; auch nach 5 Wochen ohne Behandlung kein Recidiv. Doch konnten noch gegen Ende der Behandlung in dem Eiter Aktinomycespilze kulturell nachgewiesen werden. Ein während der Beobachtung auftretender erysipelatöser oder phlegmonöser Process hat nicht bloß keinen günstigen, sondern eher einen verschlimmernden Einfluss

auf den Process gehabt. Von den Schlussfolgerungen, die Verf. aus seiner Beobachtung ableitet, ist hervorzuheben, dass er die Fähigkeit des Aktinomycespilzes, — auch ohne Mitwirkung der gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen — Eiter, und zwar nicht bloß dünnflüssigen, zu produciren und die Unmöglichkeit betont, aus dem Erfolg von Jodkali die Differentialdiagnose zwischen Aktinomykose und tertiärer Lues zu stellen.

Jadassohn (Bern).

26) **M. Hintner.** Über einen Fall von multipler Hautangrän.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Das Bild der multiplen Hautangrän ist jetzt durch eine ganze Anzahl von unter einander sehr ähnlichen Beobachtungen so weit charakterisirt, dass man an der Berechtigung, diese Krankheit als einen eigenartigen Process aufzufassen, kaum mehr zweifeln kann. Freilich muss noch immer in jedem einzelnen Falle, bei den fast ausnahmslos hochgradig hysterischen Individuen, die Möglichkeit der Selbstverletzung sorgfältigst ausgeschlossen werden. Wenn man das aber thut, bleibt doch noch eine Anzahl von Fällen übrig, die gerade wegen ihrer Übereinstimmung als zu einem Krankheitsprocess gehörig imponiren. Die Beobachtung des Verf. schließt sich dem uns schon Bekannten vollständig an. Bei einem nervösen jungen Mädchen treten einige Monate nach einer Verbrennung an der Hand zunächst an dieser und dem zugehörigen Arm, dann über den Körper diffus vertheilt unter heftigen Schmerzen Bläschen in zosterähnlicher Gruppierung oder auch größere Blasen auf, die theils mit, theils ohne Schorfbildung, vielfach mit der fast bei allen diesen Fällen beobachteten Keloidbildung abheilen und sich durch lange Zeit immer und immer wiederholen; solche Eruptionen fanden sich auch im äußeren Gehörgang. Daraus und aus dem Fehlen von Entzündungserscheinungen in der Umgebung der frischen Efflorescenzen folgert Verf., dass Selbstverletzung ausgeschlossen ist. Bei der Erklärung dieser Fälle sind wir ganz auf Hypothesen angewiesen. Der Ausdruck »trophopathische Störung« ist wohl nur ein Geständnis für unsere vollständige Unkenntnis der Ätiologie und Pathogenese der räthselhaften Erkrankung.

Jadassohn (Bern).

27) **F. Koch.** Beitrag zur Lehre vom akuten erythematösen Lupus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Neben der nicht gerade besonders seltenen, in specialistischen Kreisen wohl-bekannten chronischen, sogenannten discoiden Form des Lupus erythematodes giebt es Fälle, die außerordentlich selten zur Beobachtung kommen und nach ihrer ersten Beschreibung durch Kaposi den Namen »akuter oder aggregirter Lupus erythematodes« erhalten haben. Dieselben sind durch ein akutes Ausbrechen multipler Herde mit stärkeren Entzündungserscheinungen und intensiver ödematöser Durchtränkung, durch Fieber, Gelenkschmerzen, starke Betheiligung des Allgemeinbefindens — so dass der Gedanke an eine akute Infektionskrankheit nahe gelegt wird — und endlich durch die Entwicklung einer von Kaposi als »Erysipelas perstans« bezeichneten dunklen, diffusen, aber scharf begrenzten Röthung des Gesichts ausgezeichnet. Bei dem geringen Material, das seit Kaposi's grundlegender Arbeit über diese Affektion vorliegt, darf jede einzelne Beobachtung auf Interesse rechnen. Der Fall Koch's ist durch seinen sehr akuten Verlauf, durch die Betheiligung der Schleimhäute, durch die hochgradige tiefreichende Entzündung bemerkenswerth. Die Zweifel, die an der Berechtigung der Diagnose in der Berliner dermatologischen Vereinigung ausgesprochen wurden, sucht Verf. in der vorliegenden Arbeit zu entkräften; speciell hält er ein Erythema exsudativum für ausgeschlossen, sowohl aus klinischen Gründen als auch wegen des histologischen Befundes, welch letzterem Ref. eine entscheidende Bedeutung nicht zusprechen möchte. Das Erysipelas perstans hält Koch — gewiss mit Recht, wie auch der Ref. auf Grund eines Falles behaupten zu können glaubt — für ein Pseudoerysipiel, das aus den Efflorescenzen des Lupus erythematodes hervorgegangen ist; — auch Kaposi selbst würde von dem heutigen ätiologischen Standpunkt aus die Bezeichnung »Erysipiel« für diese Affektion gewiss nicht auf-

recht erhalten wollen. Gerade beim Lupus erythematosus acutus lag der Gedanke an einen Zusammenhang mit Tuberkulose besonders nahe, weil in der Kaposi'schen Zusammenstellung die letztere in der That auffallend häufig konstatirt wurde. Es ist darum von Bedeutung, zu betonen, dass weder in dem Kochschen Falle noch in dem oben erwähnten des Ref. bei der Sektion etwas von Tuberkulose gefunden wurde. Diese akuten Fälle — deren Zugehörigkeit zu dem gewöhnlichen chronischen Lupus erythematosus durch die Beobachtung des Übergehens der einen Form in die andere bewiesen ist — machen die Annahme, dass diese Krankheit eine infektiöse ist, sehr wahrscheinlich. **Jadassohn** (Berlin).

28) **Dohi.** Ein Beitrag zur Kenntnis des Rhinophyma.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Das Rhinophyma gilt als höchster Grad des gemeinhin als Acne rosacea bezeichneten Krankheitsprocesses. Aus den beiden Präparaten, welche Verf. untersuchen konnte, geht hervor, dass sich in diesen Fällen hyperplastische Prozesse an den Talgdrüsen, welche D. aber ganz mit Recht nicht als adenomatös auffasst, am Bindegewebe, an der Epidermis mit chronisch und akut entzündlichen Veränderungen kombinirten. Es kommt zu Abscessen, zu Cystenbildung etc. Verf. zieht aus seinen Befunden den Schluss, dass die Kaposi'sche Auffassung der Rosacea als einer primären Angioneurose berechtigt ist. Ob das wirklich durch die histologischen Resultate des Verf. bewiesen werden kann, mag dahingestellt bleiben. Principiell aber erscheint es dem Ref. richtig, die acneartigen Prozesse, so häufig sie auch mit der Gefäßerweiterung, Talgdrüsen- und Bindegewebshyperplasie der Rosacea sich kombiniren, doch von dieser zu trennen.

Jadassohn (Bern).

29) **M. Dreysel.** Über einen ungewöhnlichen Fall von Lichen ruber planus mit Arsennebenwirkungen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Der von dem Verf. in der Neisser'schen Klinik beobachtete Fall von Lichen ruber planus war 1mal durch die sehr hochgradigen Pigmentationen ausgezeichnet, mit welcher die Efflorescenzen abheilten; es fanden sich ferner sehr auffallende Depigmentirungen, welche ebenfalls auf die Lichenherde zurückzuführen waren. Dagegen ist D. geneigt, eine starke, nicht entzündliche Hyperkeratose der Handteller und Fußsohlen auf den Arsengebrauch zu beziehen, wenn auch Pat. nur sehr wenig Arsen genommen hat (5 g Sol. Fowleri). Diese Arsenwirkung ist schon in einer Anzahl von Fällen beschrieben worden und stellt ein recht charakteristisches Bild dar.

Jadassohn (Bern).

30) **P. Colombini.** Pectosurie und Xanthoma diabeticorum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 13.)

Der Zusammenhang zwischen Diabetes und einer Xanthomform ist noch immer zweifelhaft. Der Fall, den der Verf. aus der Klinik in Siena veröffentlicht, bietet demnach ein doppeltes Interesse dar, einmal wegen der Kombination eines mit starkem Zucker einhergehenden, sehr ausgedehnten, unter Abnahme der Kräfte sich entwickelnden Exanthems von kleineren und größeren rötlichen, namentlich bei Druck aber gelben Knötchen mit einem Diabetes, dann aber weil die reducirende Substanz im Harn des Pat. nicht Trauben- oder Milchzucker, sondern wie C. durch eingehende, im Original nachzulesende Untersuchungen darthut, die bisher nur sehr selten beim Menschen gefundene Pectose war. Durch Milch- und Fleischdiät und Solutio Fowleri trat Heilung des Exanthems ein, und die Untersuchung des Urins ergab nunmehr ein negatives Resultat.

Jadassohn (Bern).

31) **C. Herxheimer.** Über Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Aus dem klinischen Theil der vorliegenden Arbeit ist hervorzuheben, dass Verf. die — wie aus dem Fehlen entsprechender Notizen in der Litteratur hervor-

zugehen scheint — sehr seltene Komplikation der Impetigo contagiosa mit frambösiartigen Vegetationen, die sich der Blasenbildung anschlossen und theilweise von schwacher Oberhaut bedeckt, theilweise auch mit Pusteln versehen, erodirt, speckig belegt waren, in 3 Fällen beobachten konnte. Vom Pemphigus vegetans unterscheiden sich diese Fälle außer durch ihren günstigen (durch Zinkpaste resp. durch graues Pflaster beschleunigten) Verlauf durch das Fehlen der peripheren progredienten Erosion; von der Frambösie bei Lues durch das Fehlen anderer syphilitischer Symptome.

Aus den histologischen Untersuchungen H.'s geht hervor, dass bei diesen Wucherungen, wie auch bei solchen von Pemphigus vegetans, eine eigenartige Degeneration des Epithels in seinen oberen Lagen vorhanden ist, bei welcher das Protoplasma der Epithelzellen sich in seiner Gesamtheit so verändert, dass es Farbstoffe nicht mehr annimmt. Diese Veränderung führt Verf. auf das Ödem des Epithels zurück und glaubt, dass sie diagnostisch für die Annahme der Hautwucherungen nach Blasenkrankungen von Bedeutung sei.

Jadassohn (Bern).

32) W. Peter. Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 6.)

P. hat einen Fall beobachtet, in welchem ein 7 Tage altes Kind weiter von seiner schwere septische Erscheinungen im Anschluss an die Entbindung zeigenden Mutter gestillt wurde und am 11. Lebenstage einen typischen, weit ausgebreiteten Pemphigus bekam. Es wurden in dem Blaseninhalt Staphylococcus pyog. aur., alb. und ein Diplococcus, in der Milch der Mutter und im Blut des Kindes dieselben Bakterien gefunden. P. meint, dass danach der Pemphigus neonat., wie es ja auch beim akuten Pemphigus der Fall sein soll, durch Infektion auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn entstanden sei.

Kümmel (Breslau).

33) Roxburgh and Collis. Notes on a case of acromegaly.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1854.)

Die Sektion ergab in dem genau beschriebenen und abgebildeten Fall von Akromegalie den Befund einer Geschwulst der Hypophysis cerebri (entweder Gliom oder Sarkom).

H. Stettiner (Berlin).

34) Vallas. Amputation intra-claviculaire du membre supérieur.

(Province méd. 1896. No. 45.)

Die Operation, wegen einer Schultergeschwulst zunächst mit gutem Erfolg an einer 67jährigen Frau ausgeführt, welche später an inneren Metastasen zu Grunde ging, stellt ein Mittelding dar zwischen der Exartikulation des Oberarmes und der Exstirpation des Schultergürtels. Erhalten bleibt das innere Drittel des Schlüsselbeins und das Schulterblatt. Die Operation beginnt mit der Amputation des Schlüsselbeins und Unterbindung der großen Gefäße und eröffnet das Schultergelenk von vorn.

Herm. Frank (Berlin).

35) Cousin. Résection complète de l'omoplate pour panostöite tuberculeuse.

(Province méd. 1896. No. 39.)

Von Totalresektion des Schulterblattes ohne Betheiligung des Armes und des Schlüsselbeins kennt der Autor nur 2 Fälle von Jaboulay, bei denen die Operation wegen Osteomyelitis ausgeführt wurde; hierzu kommt der Fall, welchen Rochet wegen tuberkulöser Ostitis subperiostal operirte. (Vgl. dazu die Fälle von Israël in der Sitzung der medicinischen Gesellschaft von Berlin vom 21. Oktober 1896.) Bei dem 13jährigen Knaben war das funktionelle Resultat, wie in den anderen Fällen mit Erhaltung des Armes, ein sehr gutes. Noch vor vollem Schluss der Wunde war Abduktion des Armes bis zum rechten Winkel, Vorwärtsführung in horizontaler Ebene etc. möglich; längere Beobachtung fehlt.

Herm. Frank (Berlin).

4) **G. Tandler.** Über Pityriasis rosea.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1. u 2.)

Die Pityriasis rosea, eine Dermatoze, die von dem französischen Dermatologen Gibert beschrieben wurde, wurde zuerst vielfach und wird von Kaposi auch jetzt noch für identisch mit dem Herpes tonsurans maculosus gehalten. Die meisten anderen Autoren sind der Ansicht, dass sie eine eigene, wohl charakterisirte Krankheit ist; Viele, und unter diesen auch Pick und sein Schüler T., glauben, dass es neben dieser Hautkrankheit auch eine mit Recht als Herpes tonsurans maculosus zu bezeichnende gäbe. Die Pityriasis rosea tritt oft zuerst in einer, der sog. »Primitivplaque« auf, breitet sich sehr bald in Form von kleinen, peripher wachsenden, feinschuppigen, ganz oberflächlich entzündeten, gelegentlich zusammenfließenden Herden besonders über den Rumpf aus, verläuft ohne Allgemeinerscheinungen, mit geringem oder ohne Jucken und führt meist nach Ablauf einiger Wochen zu spontaner Heilung. Verf. hat bei einer größeren Anzahl solcher Fälle nach der von Wälsch angegebenen Färbungsmethode sowohl Schuppen als auch Schnitte excidirter Stücke untersucht und außer einer nicht konstant vorkommenden und nicht charakteristischen Sporenart, der er eine Bedeutung nicht beimisst, keinerlei Pilzelemente gefunden; auch Kulturversuche verliefen negativ. Die histologische Untersuchung ergab oberflächliche, nicht irgend wie spezifische Entzündungserscheinungen. Der Verf. tritt demgemäß der Kaposi'schen Anschauung entgegen; er hält die Pityriasis rosea für einen erythematösen Process und glaubt — in Übereinstimmung mit den Franzosen — dass es sich nicht um eine ektogen übertragene Mykose handelt. (Ref. ist auf Grund zahlreicher eigener Untersuchungen ebenfalls davon überzeugt, dass Pityriasis rosea keine Trichophytie und von dem zweifellos existirenden Herpes tonsurans maculosus auch klinisch zu unterscheiden ist. Dagegen scheint es ihm sehr wahrscheinlich, dass sie eine ektogen entstandene Mykose mit noch unbekanntem Erreger ist; dafür spricht neben den klinischen Eigenthümlichkeiten vor Allem die Thatsache, dass diese Krankheit durch parasiticide Mittel, speciell durch Chrysarobin und Pyrogallussäure, in ganz schwacher Konzentration in kürzester Zeit zu beseitigen ist.)

Jadassohn (Bern).

5) **P. W. Nikolski.** Pemphigus foliaceus Cazenavi.

(Med. Obosrenje 1896. No. 22. [Russisch.])

N. bespricht die Krankheit auf Grund von 17 Fällen aus der Litteratur und 5 eigenen aus Prof. Stukowenkow's Klinik. Das Wesen der Krankheit besteht nach ihm in leichter Ablösbarkeit der ganzen Hornschicht der Haut (zwischen Glas- und Körnerschicht). So entstehen die wichtigsten Symptome: Schlappe Blasen, Entblößung der Unterhaut, Borken, Anomalien der Regeneration der Hornschicht. Mikroskopisch fand N. Hypertrophie der tieferen Hautschichten. — Andere Organe: Anämiesymptome, Diarrhöen, verschiedene Nerven-

störungen. Ätiologie: Erkältungen, psychische Insulte. N. sieht in der Krankheit eine Trophoneurose ohne Betheiligung der Gefäße; daher muss die Behandlung Kräftigung des Nervensystems zum Ziele haben.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

6) **Isaac.** Über Naphthalan. Aus Dr. Max Josef's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 52.)

Das Naphthalan, eine braunschwarz-grünliche, salbenähnliche Masse, dem in Russland, von wo es stammt, eine stark antiseptische und keimtödtende Wirkung zugeschrieben wird, wurde vom Verf. bei 50 verschiedenen Hauterkrankungen erprobt, meist chronischen Ekzemen, ferner auch bei Prurigo, Pruritus, Psoriasis vulgaris, Ichthyosis, Ekzema impetiginosum, sekundären Ekzemen nach Scabies, Diabetes, Ulcus cruris etc.

Es wurde messerrückendick aufgetragen und mit einer dünnen Watteschicht oder Leinwand bedeckt. Die Erfolge waren zum Theil günstige.

Es empfiehlt sich daher die Anwendung

- 1) bei mehr umschriebenen Dermatosen,
- 2) bei schon längere Zeit bestehender,
- 3) bei frischere Reizerscheinungen nicht mehr darbietender Erkrankung.

Auf akute Ekzeme und ausgedehnte ekzematöse Partien verwandt wirkte das Naphthalan nicht günstig.

Bei Psoriasis vulgaris wirkte es gar nicht.

Verf. fasst zum Schluss sein Urtheil dahin zusammen, dass das Naphthalan in allen Fällen, wo die Anwendung von Theer indicirt erscheint, eine der des Theers zum mindesten gleichkommende Wirksamkeit entfaltet.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

7) **E. Müller.** Zur Behandlung der Frostbeulen.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1896. No. 52.)

Von der Thatsache ausgehend, dass Frostbeulen am lebhaftesten schmerzen, wenn stärkerer Blutzufluss stattfindet, behandelte M. dieselben mit Kompressivverbänden, indem er nach vorheriger kurzer Suspension der betreffenden Extremität die erkrankte Stelle mit straff angezogenen Heftpflasterstreifen bedeckte. Die Erfolge sollen sehr gut gewesen sein.

König (Wiesbaden).

8) **A. Heidenhain** (Köslin). Zur Behandlung des Pruritus pudendorum und Pruritus ani.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 2.)

Den bekannt wohlthätigen Einfluss der hochgradigen Wärme bei Hyperämie benutzt H. zur Behandlung der den Pruritus bedingenden erkrankten Theile, indem er in heißes Wasser, dem auf 1 Liter

ein gehäufter Esslöffel Acidum tannicum zugesetzt wurde, getauchte Kompressen auf diese Partien auflegen lässt. Jeder Pruritus sei auf diese Weise heilbar. Bei P. pudendorum des Weibes schickt er desinficirende Injektionen (Lysol, dann laues Wasser, endlich Sublimatlösung unmittelbar hinter einander) in die Scheide voraus und legt zwischen die großen Labien einen in Tanninlösung getauchten Gazetampon. Er ist der Überzeugung, dass die desinficirende Eigenschaft des Tannins, welches leider die Wäsche ruiniert, bei der Heilung des Pruritus eine große Rolle spielt. Gold (Bielitz).

9) **A. Bellissent.** Contribution à l'étude du traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë et du traitement curatif de l'ostéomyélite chronique (ostéoplasties).

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

In der lesenswerthen Arbeit beschreibt Verf. zuerst genauer die serotherapeutischen Versuche Canon's, dann die Frühoperation nach dem Vorschlag Küster's, Karewski's, bespricht die einfache Incision des Periosts, die Trepanation des Knochens sowohl bei akuter Osteomyelitis, als wie bei Ostitis neuralgica und Knochenabscess. Bei der chronischen Form kommt das Evidement, die Resektion des Knochens und schließlich die Amputation resp. Exartikulation in Frage. Die verschiedenen Methoden, die im Knochen entstandenen Defekte zu ersetzen, werden genauer erörtert. Die Methoden nach Jaboulay und af Schultén sind durch ihren Werth an der Leiche geprüft worden. Abbildungen erklären die einzelnen Verfahren.

Verf. kommt zu den Schlüssen:

- 1) Die Immunisirungsversuche waren noch nicht genügend, fordern aber zu neuen Experimenten in dieser Beziehung auf.
- 2) Breite und zahlreiche Trepanationen des Knochens genügen in der größten Zahl der mittelschweren Fälle, die Ausräumung der Markhöhle muss für die schweren Formen bleiben.
- 3) Bei chronischer Osteomyelitis sei die Incision mit der Abhebelung des Periostes ungenügend, außer in einigen Fällen, die als Folgen eines typhösen Fiebers aufgetreten wären.
- 4) Die Trepanation genügt bei Ostitis neuralgica und kleinem Knochenabscess.
- 5) Das Evidement ist zur Anwendung zu bringen bei größeren Knochenabscessen und bei Nekrose der Diaphyse, wenn die stehbleibenden Knochenmassen Halt genug bieten. Es ist vorzuziehen der Tunnellirung nach Sédillot, welche oft zur Fistelbildung führe.
- 6) Die Resektion ist für die den ganzen Knochen durchsetzenden chronischen Formen aufzusparen, eine Epiphysenlinie möglichst zu erhalten. Ferner soll die Resektion nur an den Gliedern mit zwei Knochen zur Anwendung kommen.

7) Nur wenn die Weichtheile in zu weiter Ausdehnung ergriffen wären, ist die Amputation erlaubt.

8) Eingepflanzter lebender Knochen bleibt nicht am Leben, sondern wirkt nur durch seine Anwesenheit. Die Implantation von decalcinirten Knochen, die verschiedenen Plomben erfordern eine bei Osteomyelitis nur selten zu erlangende aseptische Höhle. Nur beim Ersatz eines ganzen Knochens ist die Überlegenheit der Einpflanzung lebenden Knochens anzuerkennen, und zwar nach der Methode Mac Ewen's und Poncet's. Am besten ist Material von demselben oder von einem anderen Menschen zu verwenden, weniger geeignet von einem Thier. Die Einpflanzung hat in der Zeit der Wundheilung zu erfolgen.

9) Bei genügendem Knochenmaterial kommt die osteoplastische Methode in Frage. Das Verfahren von Neuber ist ungenügend, da es nicht die Knochenhöhle als solche berücksichtigt; dasselbe gilt von der Methode Aldoff's. Die osteoplastische Nekrotomie nach Bier passt nur für die Tibia und wendet sich nicht gegen schon bestehende Knochenhöhlen. Nach Leichenversuchen ist die Methode Jaboulay's (Procédé univalve) einfacher als die Annäherung beider Wände an einander nach dem Vorschlag af Schultén's, und man wird ihr den Vorzug geben bei allen Knochen, mit Ausnahme des Vorderarmes und des Calcaneus.

Krankengeschichten eigener wie fremder Beobachtung schließen die Arbeit, der noch die Photographie einer Resektion der ganzen Diaphyse des Radius beigegeben ist, eben so wie des nach 4 Monaten erzielten guten funktionellen Erfolges.

Borchard (Posen).

10) **M. Sulzer.** Anatomische Untersuchungen über Muskelatrophie artikulären Ursprungs.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift für Prof. E. Hagenbach-Burckhardt.)

Basel u. Leipzig, C. Sallmann, 1897. 173 S. Mit 2 Abbildungen.

Die gründliche, unter Hanau in St. Gallen ausgeführte Arbeit sucht der alten Lehre von Inaktivitätsatrophie der Muskeln bei Gelenkerkrankungen gegenüber der modernen Theorie von der Reflexatrophie wieder etwas Geltung zu verschaffen. Ausgehend von den von Hanau im Jahre 1895 auf dem Physiologenkongress in Bern mitgetheilten Beobachtungen von Atrophie des M. soleus und Erhaltensein des das Kniegelenk überspringenden Gastrocnemius in Fällen von Fußgelenkankylose untersuchte Verf. das Verhalten der Muskeln in 8 Fällen von Ankylosen und Gelenkerkrankungen; und zwar wurde sowohl das makroskopische Aussehen und das Gewicht (im Vergleich zum gleichen Muskel der anderen Extremität), als auch das mikroskopische Verhalten an frischen Zupfpräparaten und an Schnitten berücksichtigt. Wir beschränken uns darauf, ohne auf die Einzelheiten jedes Falles einzugehen, das Gesamtergebnis mitzutheilen, zu dem Verf. gelangt ist.

*

Was die Fälle von völliger Ankylose betrifft, so konnte S. nachweisen, dass für die Atrophie der in Frage kommenden Muskeln einzig und allein das Maß der Inaktivität, der sie anheimgefallen, in Frage kommt. Die ganz außer Thätigkeit gesetzten, nur das ankylosirte Gelenk überspringenden Muskeln fanden sich, in älteren Fällen wenigstens, völlig entartet, bisweilen durch Fett ersetzt. Die in ihrer Thätigkeit nur reducirten, außer dem versteiften noch ein bewegliches Gelenk bedienenden Muskeln dagegen fanden sich nur bis zu einem gewissen Grade atrophisch. Diese funktionelle Vertheilung der Atrophie mit im Voraus zu bestimmender Auslese unter den verschiedenen Muskeln einer Extremität lässt sich nach Verf. nur durch Inaktivität, nicht aber durch einen Reflexvorgang erklären.

Schwerer zu beurtheilen sind die Fälle von Gelenkentzündungen mit wenigstens passiv beweglichem Gelenk. Verf. findet, ohne aus der verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen weitergehende Schlüsse ziehen zu wollen, dass die Inaktivität auch hier eine ganz hervorragende Rolle spielt, und zwar nach demselben Gesetz, welches sich bei den Fällen von Ankylose als richtig erwiesen hat. Am auffallendsten zeigte sich dies bei Gonitis an den verschiedenen Köpfen des M. quadriceps femoris. Der am Becken inserirende M. rectus zeigte in allen Fällen weniger Atrophie, als die sich am Oberschenkel anheftenden Mm. vasti und als der M. cruralis.

Diese Resultate stimmen völlig mit denen überein, welche Strasser 1883, gestützt auf seine Untersuchungen an einem ankylosirten Ellbogen, in einer zu wenig beachteten Arbeit mitgetheilt hatte, und bilden eine Bestätigung der schon 1859 geäußerten Ansicht Cruveilhier's, dass der Grad der Muskelatrophie von dem Grad der vorhandenen Beweglichkeit abhängt.

So viel geht aus der Arbeit von S. hervor, dass die Inaktivität bei der Muskelatrophie nach Gelenkerkrankungen eine große, wenn nicht die Hauptrolle spielt, und dass es ungerechtfertigt wäre, sie so sehr in den Hintergrund zu drängen, wie es z. B. die Charcot'sche Schule thut. In wie fern reflektorische Einflüsse dabei gleichzeitig im Spiel sind, das muss erst noch untersucht werden. Es wäre theoretisch wohl denkbar, dass der von Vulpian, Paget, Charcot u. A. vermuthete trophoneurotische Reflex nur in denjenigen Muskeln zu Stande käme, welche in Folge der Gelenkerkrankung völlig unthätig geworden sind. Die Atrophie wäre in diesem Falle sowohl Reflex-, als Inaktivitätsatrophie. (D. Ref.)

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) J. Hennequin. Étude critique sur le traitement ambulatoire.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

Die ambulatorische Frakturbehandlung oder, wie sie der Autor lieber bezeichnen möchte, die Behandlung unter Gebrauch des Gliedes (*«par l'activité»*) hat in Frankreich bisher keinen Anklang finden können,

obwohl dies Land, wie der Autor klagt, »geneigt ist, auf jedes Geräusch von jenseits des Rheins mit so aufmerksamen und zuweilen so willigen Ohren zu lauschen, dass man versucht wird, an den König Midas zu denken.« Auch er selbst kommt zu dem Schluss, dass die Hoffnung, die Verletzten vor der Konsolidation eines Ober- oder Unterschenkelknochenbruches mit Nutzen zum Gehen zu bringen, für den Augenblick nur ein schöner Traum ist, dessen Verwirklichung, so sehr man sie wünschen möchte, vor der Hand noch nicht entgegen gesehen werden kann; — allerdings kommt er dazu nicht auf Grund eigener Erfahrungen oder Beobachtungen anderer Fälle, sondern lediglich auf dem Wege der Deduktionen. Gegenüber den enthusiastischen Lobeserhebungen der Verfechter dieser »modernen« Behandlungsweise kann man sich seine eigene Meinung sehr wohl vorbehalten und wird doch zugeben müssen, dass diese Kritik des Verf. von Voreingenommenheit nicht frei ist. Für ihn zerfallen die dem Verfahren nachgerühmten Vorzüge in Nichts, die Technik kann die wichtigsten Forderungen einer rationellen Frakturbehandlung nur unvollkommen oder in unzuverlässiger Weise erfüllen, sodaß die Gefahr des Misserfolges alle Vortheile ohne Weiteres aufwiegt. Allerdings stellt sich für ihn die Behandlung nur im Bilde eines mühsam einige Schritte im Saal oder Hof eines Hospitals Herumwankenden dar. Höchstens Unterschenkelquerbrüche bei Erwachsenen mit sitzender Beschäftigung mögen dieser Behandlung unterworfen werden können, bei Greisen, Kindern, der ungeheuren Mehrzahl der Frauen, sehr dicken, muskelstarken oder sehr schwächlichen Individuen ist sie kontraindicirt oder ohne jeden Nutzen.

H. Frank (Berlin).

12) **Naz.** De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque et en particulier de certaines formes frustes de cette affection.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

Die umfangreiche Arbeit stützt sich auf 40 Beobachtungen, von denen 8 aus der Klinik Delbet's stammen und Veranlassung zu der Dissertation gegeben haben. Der Ausdruck Sacrocoxalgie soll für die tuberkulösen Formen reservirt bleiben. Da der Bandapparat an dem Gelenk sehr stark ist, so kommt es, dass die tuberkulösen Granulationen sich zum Theil periartikulär ausbreiten, und dass nie sich Luxationen oder Subluxationen ausbilden. Die atypische Form ergreift nicht das ganze Gelenk, sondern nur einen bestimmten Theil, und ist begleitet von einer Hyperostosenbildung, welche Neigung zur Ankylosirung hat. Diese letztere Form weicht von dem typischen, bekannten klinischen Bild wesentlich ab. Ihre Symptome sind im Wesentlichen nur das Hüftweh und der Abscess. Diese Form wird von Delbet bezeichnet als Sacrocoxalgie fruste und sie überwiegt an Häufigkeit des Vorkommens die typische Form. Differentialdiagnostisch kommt besonders in Erwägung die Coxalgie und die Tuberkulose der Lendenwirbelsäule.

Bei den trockenen Formen der Erkrankung kommt die konservative Behandlung in Betracht, bestehend in horizontaler oder vertikaler (portativer) Extension. Bei Eiterung, Fistelbildung sind operative Eingriffe, wie Auskratzung, Spaltung etc., am Platze.

Man muss aber hierbei Alles forträumen, gegebenenfalls sogar sich durch eine Trepanation von dem Zustand der vorderen Gelenkfläche überzeugen. Kontraindicirt ist dies trotz des Rathschlages von Golding Bird bei den leichteren Formen der Erkrankung und bei Individuen mit schon vorgeschrittenen sonstigen tuberkulösen Erkrankungen. Die operativen Resultate würden noch bessere sein, wenn man sich nach dem Vorschlag Delbet's schon bei der bloßen Schwellung der Gelenkgegend zum Eingriff entschliesse.

Jodoformeinspritzungen haben bei den Abscessen dieser Erkrankung keinen Zweck, weil die Höhle Zwerchsackform hat, und so das Jodoform nicht an den eigentlichen Erkrankungsherd gelangt.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Tabelle von 38 aus der Litteratur (es sind nur französische und einige englische Autoren berücksichtigt) zusammengetragenen einschlägigen, operativ behandelten Fällen.

Borchard (Posen).

13) **A. Lorenz.** Reposition de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde d'après la méthode d'Adolphe Lorenz, de Vienne.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 2.)

Der Artikel bringt die Replik, welche für die französischen Leser der Zeitschrift durch die Angriffe Paci's in derselben (s. Ref. No. 2) nothwendig geworden ist, für die deutschen Leser aber nichts Neues; der Inhalt stimmt auch zu den dem obigen Referat angefügten Ref.-Bemerkungen. Von Neuem betont L., dass seine Methode eine vollkommene Reposition darstellt, Paci nur eine Verbesserung der Stellung des Kopfes im Auge hat, und dass, wenn auch in beiden Verfahren die Flexion des Oberschenkels eine Rolle zu spielen hat, die letztere doch grundverschieden, die Ähnlichkeit eine ganz äußerliche ist. Sie dient Paci zur Herunterholung des Kopfes, welcher auf dem Wege der Cirkumduktion in eine bessere Stellung gelangt, ihm nur, um den Kopf, welcher durch Extension heruntergebracht ist, hinter den hinteren Rand der Gelenkpfanne zu führen, von wo aus er dann hineingebracht wird. Zur Konsolidation der neuen Stellung will Paci den Zug und Ruhe, L. die Muskelthätigkeit, welche den Kopf gewissermaßen selbstthätig durch Einschnürung festhält, und die Funktion.

H. Frank (Berlin).

14) **M. W. af Schultén.** En metod att genom en plastisk operation utfylla benhålor i femur.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXXVIII. p. 671.)

Die osteomyelitischen Erkrankungen des Schenkelbeins sind oft von sehr großen Zerstörungsprocessen gefolgt, bezw. Sequestern, Gra-

nulationsherden oder Abscessen im Knochenmark. Die nach den operativen Eingriffen zurückgebliebenen großen Höhlen heilen — wenn es überhaupt je gelingt — wie bekannt nur schwer und immer sehr langsam, selbst wenn eine sorgfältige Entfernung aller kranken Theile stattgefunden hat. Die radikale Beseitigung einer solchen Höhle bietet den Chirurgen oft die größten Schwierigkeiten dar. Die Zahl der dafür vorgeschlagenen Methoden ist eine große. Man hat zuerst versucht, durch Abmeißelung der Knochenkanten in möglichst weiter Ausdehnung eine muldenförmige Grube herzustellen und Haut-Muskel-Periostlappen in die Tiefe zu lagern. Ferner sind Methoden vorgeschlagen, um diese Höhlen unter feuchtem Blutschorf zur Füllung zu bringen. Weiter sind dekalcinirte Knochen, Celluloidplatten, Gipsbrei und Amalgam von hervorragenden Autoren empfohlen worden. Aber keine dieser Methoden hat die auf sie gesetzten Hoffnungen erfüllt. Verf., der vor Kurzem eine osteoplastische Methode, um Knochenhöhlen in der Tibia auszufüllen, ersonnen hat (cf. Referat in diesem Blatte 1897 p. 283), veröffentlicht a. a. O. eine Methode, Höhlen im Schenkelbein zu beseitigen.

Da die anatomischen Verhältnisse am Femur eine Mobilisirung der Knochenlamellen, wie sie Verf. am Schienbein mit so vorzüglichen Resultaten ausgeführt hat, verbieten, verfährt er am Schenkelbein in folgender Weise. Nachdem die Höhle in einer ersten Sitzung von Sequestern, krankhaften Granulationen etc. in üblicher Weise mit scharfen Löffeln vollständig ausgeräumt ist, und zwar in so weiter Ausdehnung, dass alles Krankhafte mit Gewissheit entfernt ist, wird die Wunde in der ganzen Ausdehnung sorgfältig austamponirt. Diese Tamponade wird etwa 3—4 Wochen fortgesetzt, bis dass die Wände überall mit frischen Granulationen austapeziert sind. Jetzt folgt in einer zweiten Sitzung die plastische Füllung derselben. Die Höhle wird zuerst von den Granulationen und dem neugebildeten Bindegewebe durch gründliches Auskratzen befreit. Nach exakter Blutstillung unter Lösung des vorher angelegten Esmarch'schen Schlauches wird sodann ein gestielter Muskel-Periostlappen von der Umgebung der Knochenhöhle ausgeschnitten. Wenn es, wie gewöhnlich, sich um eine Höhle am unteren Ende des Schenkels handelt, und zur Entfernung der krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung ein äußerer Längsschnitt gelegt ist, spaltet man mit einem transversalen Schnitt vom medialen Wundrand an der vorderen Seite des Schenkels und etwa handbreit oberhalb der Kniescheibe Haut und Unterhautbindegewebe. Nach Lospräpariren der so entstandenen rechtwinkligen Hautlappen kann man den Muskel-Periostlappen in beliebiger Größe ausschneiden, und dieser wird dann hinlänglich mobilisirt — während genügend breite Basis gelassen wird — und in die Knochenhöhle eingeklappt. Hier wird er eventuell, aber unter Vermeidung aller Spannung, mit einigen Katgutnähten fixirt. Ist die Größe des Lappens richtig berechnet, füllt er die Höhle vollständig aus. Die Hautwunden werden, eventuell nach Anfrischung der

Ränder der ersten Wunde, fast bis an die Winkel genäht. Verf. warnt ausdrücklich vor irgend einer vollständigen Schließung der Wunde. Die keineswegs aseptischen Verhältnisse, die eine solche Wunde darstellt, verbieten dies ohnehin von selbst.

Der Verband soll die Wunde in möglichst großer Ruhe lassen. Um diesen Zweck in noch höherem Grad als mit einem aseptischen Verband zu erreichen, legt Verf. über die Wunde zuerst einen Metalldrahtbogen — etwa wie ein Chloroformkorb — und dann den Verband. Die Verbandtheile kommen in dieser Weise nie mit der Wunde in direkte Berührung. Ist die Eiterung nicht groß, wird der erste Verband bis 14 Tage liegen gelassen.

Die Wunde heilt gewöhnlich binnen 1—2 Monaten. Sollte die Heilung noch längere Zeit in Anspruch nehmen, ist es wahrscheinlich, dass die krankhaften Gewebe in der ersten Sitzung nicht vollständig entfernt worden sind.

Ist die Knochenhöhle sehr groß, lässt sie sich nicht mit einem Muskel-Periostlappen ausfüllen, so bildet Verf. einen oberen und einen unteren Lappen, bezw. mit proximalem und distalem Stiel, und zwar so, dass die Lappen von der vorderen resp. hinteren Seite des Schenkels genommen werden. In vereinzelter Fällen, besonders bei Höhlen im oberen Theil des Schenkelbeins, kann es vortheilhaft sein, den Lappen von vorn herein mit unterem Stiel zu schneiden, auch wenn er solitär ist.

Verf. hat diese Methode in etwa 20 Fällen benutzt. Die Resultate waren sehr befriedigend. Fälle, die vorher allen Behandlungsmethoden widerstanden und zu unschließbaren Fisteln geführt hatten, wurden im Laufe von 1—2 Monaten völlig und dauernd geheilt. Recidive haben sich nicht gezeigt, wenn nur in der ersten Sitzung gründliche Ausräumung gemacht war.

Verf. hat durch beigelegte schematisirende Zeichnungen sein Verfahren veranschaulicht. 13 ausführliche Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen schließen die Arbeit ab.

A. Hansson (Warberg).

15) E. Casati. Di una modificazione all' amputazione osteoplastica del ginocchio alla Gritti.

(Communicazione letta all' accademia delle scienze medicale e naturali di Ferrara il giorno 31 Maggio 1896.)

Die starke Verkürzung des Amputationsstumpfes bei der osteoplastischen Oberschenkelamputation nach Gritti versuchte Verf. zuerst durch eine Plastik der Quadricepssehne zu vermeiden; alle hier angestellten Versuche erwiesen sich ihm aber als praktisch unausführbar. Er schlägt deshalb eine andere Methode vor, die er selbst in 3 Fällen bereits mit gutem Erfolg angewendet hat. Nach Exartikulation des Unterschenkels in gewöhnlicher Weise sägt er eine kaum centimeterdicke Scheibe von der Gelenkfläche des Oberschenkels ab und zerlegt dann, ebenfalls mit der Säge, die Kniescheibe in frontaler

Richtung in 2 Scheiben, indem er an der Hinterfläche und am oberen Ende derselben beginnt und unten eine Weichtheilbrücke stehen lässt. Die so gespaltene Kniescheibe lässt sich dann wie ein Buch aus einander klappen und deren hintere Hälfte der mit dem Meißel entsprechend zugespitzten Sägefläche des Oberschenkels ohne Spannung auflegen. Auf diese Weise wird der Amputationsstumpf um die Höhe der Kniescheibe verlängert.

Sultan (Göttingen).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Aneurysma des Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung.

Von

Dr. E. Juvara,

Assistent der II. chirurgischen Klinik in Bukarest.

Der Barbier C. C., 40 Jahre alt, wohnhaft in Berlad, tritt in das Berlader Spital »Barlad si Elena Beldiman« (Direktor Dr. Cerchez) am 27. Juli 1896 wegen eines großen Tumors in der Kniekehle ein.

Im Alter von 16 Jahren hat Pat. einen Tripper ohne weitere Folgen überstanden, 2 Jahre später ein Ulcus molle mit rechtsseitiger Adenitis.

Im Frühling 1895 bekam er eine akute, fieberhafte Erkrankung; zu derselben Zeit schwellen seine beiden Unterschenkel an und bedeckten sich mit zahlreichen eitrigen Geschwüren. Auf Anrathen eines Arztes machte Pat. eine Jodkur in einer Badestation durch, von wo er geheilt zurückkam; der rechte Unterschenkel aber blieb immer geschwollen; hier spürte er Schmerzen, Kribbeln, Beschwerden im Gehen und Stehen.

Im Winter desselben Jahres fiel Pat. auf dem Eise; Tags darauf tritt er ins Spital ein. Damals konnte man eine Schwellung der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels konstatiren. Die Haut war geröthet und geschwollen, und durch Palpation konnte man nur schwierig einen harten, pulsirenden Tumor fühlen; es wurde ein entzündetes Aneurysma diagnosticirt. Pat. wurde sofort in absolute Ruhe gebracht, der Unterschenkel in einer Rinne immobilisirt. Nach 8 Tagen ging das akute Stadium zurück, bald darauf verließ Pat. das Spital. Mit der Zeit wurde sein Gang aber schwieriger, die Schmerzen kontinuierlich, und manchmal waren dieselben so unerträglich, dass sie nur durch Morphininjektionen gestillt werden konnten.

In diesem Zustand tritt Pat. neuerdings ins Berlader Spital ein, wo ich ihn gelegentlich meines dortigen Aufenthaltes zu sehen bekam. Er ist sehr kräftig gebaut, mit einem sehr gut entwickelten Knochen- und Muskelsystem. Die rechte Wade hat einen Umfang von 65 cm, beinahe 20 cm mehr als die linke. Am unteren Theile der Kniekehle, unter der Biegungsfalte, beginnt eine eirundliche Erhebung, die am mittleren Drittheil des Unterschenkels aufhört. Die Haut, von normalem Aussehen, ist über dem Tumor gespannt, aber verschieblich. Mittels Palpation lässt sich ein fixer Tumor von der Größe eines Kindskopfes feststellen. Das obere Ende lässt sich leicht begrenzen, während unten innen und außen die Begrenzung wegen der Bedeckung durch Muskelschichten nicht leicht ist. Nach außen scheint er mit der Fibula enge Verbindungen zu haben. Der Tumor zeigt isochrone Bewegungen mit den Pulsationen der Arterien, welche Bewegungen mehr mitgetheilt, als der Ausdruck wirklicher Erweiterung zu sein scheinen. Auskultation ergibt kein Geräusch. Der leicht zu fühlende Puls an der Art. femoralis und der Art. poplitea, oberhalb des Tumors, ist absolut unfühlbar in der Art. tibialis ant., der Pediacia und der Tibialis post. Das Kniegelenk ist frei und

die Bewegungen normal. An der vorderen Fläche des Unterschenkels nichts Abnormes.

Alle Arterien sind weich, leicht zu komprimiren, nicht atheromatös. Das Herz normal.

Pat. klagt über anhaltende, durch Druck gesteigerte, manchmal starke Schmerzen, die bis in den Fuß irradiiren; manchmal fühlt er Kribbeln und Erstarrung des Unterschenkels.

Mit Rücksicht auf diesen klinischen Symptomenkomplex stellte ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Aneurysma des Truncus tibio-fibularis, vielleicht auch des unteren Endes der Art. poplitea oder einer der hinteren Arterien des Unterschenkels (Tibialis post. oder Fibularis).

Die Operation: Chloroformanästhesie. Die Esmarch'sche Binde, über das Kniegelenk gebunden, wurde leicht über den Sack geschnürt, damit nicht durch eine Bewegung ein Coagulum in die Cirkulation geschleudert werde. — Auf der hinteren Fläche des Unterschenkels wird ein Schnitt von der Mitte der Kniekehle bis eine Hand breit über der Ferse gemacht. Der Schnitt trennt die Aponeurosis und die Zwillingsmuskeln; die V. saphena ext. wird zur Seite gezogen. Unter den beiden Zwillingsmuskeln findet man den Soleus, dessen hinterer, sehr gedehnter und verdünnter Bogen wie eine Schärpe die hintere Fläche des Tumors umgiebt, so dass der letztere in 2 Hälften getheilt wird: einen oberen Theil, in der unteren Hälfte der Kniekehle gelegen, und einen unteren Theil unter dem Soleus. Mittels Pincette und Hohlsonde wird die hintere Fläche des Aneurysmas von der vorderen Fläche des Soleus isolirt, letzterer unter Leitung des Zeigefingers in der ganzen Länge gespalten. Der Soleus, sehr gedehnt, ist degenerirt; man findet in ihm blasse Muskelfasern mit Fettfascikeln vermengt.

Der in seiner ganzen Größe entblößte Tumor ist eiförmig, mit der Spitze nach unten; seine Wände sind zumal am unteren Theile sehr dünn. — Sein oberer Stiel wird mittels einer Pincette gefasst. Er ist vom Ende der Art. und V. poplitea gebildet, welch letztere sich in der inneren Wand des Sackes verliert. Der N. tibialis post., auf der inneren Fläche des Sackes verlaufend, liegt in einer Rinne der Wand. Seine Loslösung ist der schwierigste Theil der Operation, sie war aber eine vollständige, kein einziger seiner Zweige wurde zerrissen.

Die Isolirung des Sackes nach innen gelingt rasch, während sie nach außen sehr schwierig ist, da der Sack am Kopf und an der Diaphyse der Fibula anhaftete.

Während dieser Isolirung zerriss der Sack, und so wurde es möglich, ihn von seinem Inhalt zu entleeren und seine Wände vollständig zu isoliren.

Das obere Ende wird unterhalb der Zange abgeschnitten, der Sack nach vorn gezogen und seine vordere Wand bis in den Zwischenknochenraum präparirt; inzwischen wurde die Art. tibialis ant. und der Ursprung der Art. tibialis post. und fibularis mit einer Zange gefasst und unterbunden. Die beiden Lappen des Soleus werden zusammengeknüpft, dann die Zwillingsmuskeln und endlich die Aponeurosis und die Haut. Drainage wird weggelassen, ein antiseptischer Kompressionsverband angelegt und die Extremität in einer Rinne immobilisirt.

Die Heilung verlief einfach. Bloß einige Seidenfäden eiterten und mussten herausgenommen werden, oder stießen sich von selbst aus. Pat. fiebert nicht, beklagt sich nicht über Schmerzen, spürt manchmal Kribbeln. Die Extremität ist warm, empfindlich, die Haut hat ein normales Aussehen. Nach 7 Tagen werden die oberflächlichen Fäden herausgezogen. Eine eitrige Serosität entquillt dem oberen Ende der Wunde, welche sofort drainirt wird. Nach einigen Tagen hört die Sekretion gänzlich auf, die Wunde ist total rein und beginnt schnell zu granuliren. 1 Monat nach der Operation, am 28. August, verlässt Pat. das Spital.

8 Monate nach der Operation sah ich den Pat. völlig geheilt wieder.

Dieser Fall ist von 2 Gesichtspunkten interessant: 1) wegen der Seltenheit der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis, 2) wegen der Art der Behandlung der Exstirpation.

Die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis sind sehr selten. Delbet giebt in seiner Statistik von 1875—1887 nur einen einzigen Fall an, den von Tillaux.

Vigue beschreibt unter 36 spontanen Aneurysmen des Unterschenkels nur 3 des Truncus tibio-fibularis.

In meinem Falle fängt der Aneurysmasack am unteren Ende der Art. poplitea unter dem Ursprung der unteren Kollateralen an; von demselben stammen: oben die Art. poplitea, vorn die Tibialis ant. und unten, durch einen gemeinsamen Stamm, die Art. tibialis post. und fibularis.

Von allen Behandlungsmethoden der Aneurysmen ist die Exstirpation des Sackes, nach Unterbindung der Ursprungsarterien, die bewährteste. Darüber giebt es keinen Zweifel; mein früherer Chef Delbet hat mittels 2 sehr vollständiger Statistiken die Superiorität der Exstirpation demonstriert. In der 1. Statistik hat er alle Fälle von 1875 bis 1887 gesammelt und fand auf 320 für verschiedene Aneurysmen angewandte Ligaturen 18,90% Todesfälle, während 63 in derselben Zeit ausgeübte Exstirpationen nur 11,32% Todesfälle ergaben. In der 2. Statistik sammelt er die Fälle von den Jahren 1887 bis 1894 und findet 10 Todesfälle auf 189 Ligaturen. Die Zahl der Exstirpationen war in starker Proportion gestiegen; denn in 7 Jahren übte man 76 Exstirpationen aus, d. h. 13 mehr als in den ersten 12 Jahren. Diese 76 Exstirpationen geben nur einen einzigen Todesfall.

Sonach ergab sich, dass die Exstirpation die beste, sicherste und wenigst gefährliche Methode ist, die weniger zur Gangrän disponirt und vollkommene und dauerhafte Resultate erzielt. Die Ligatur dagegen giebt sehr oft nur eine temporäre Heilung; denn das Aneurysma kann recidiviren, oder die Schmerzen bestehen fort.

Was die Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis betrifft, welche an diesem anfangen oder sich von der Art. poplitea oder Tibialis post. verbreiten, so weiß Delbet nicht, wie sie zu behandeln sind; er meint, welche Methode immer angewendet werde, könne man nicht verhindern, dass Gangrän eintrete, bedingt durch die Behinderung der Cirkulation.

In meinem Falle ist die Exstirpation des Sackes von keinem einzigen Symptom der ungenügenden Cirkulation begleitet, die Extremität keinen Moment von Gangrän bedroht gewesen.

Der Kollateralweg, durch welchen sich die Cirkulation herstellte, ist wahrscheinlich durch die Zirkel der Periartikularen und durch die Art. recurrens tibialis und tibialis ant. repräsentirt.

Obwohl im vorliegenden Falle, in welchem Exstirpation versucht wurde, das erhaltene Resultat ein ganz ausgezeichnetes war, genügt es doch nicht, das letzte Wort über die Behandlung der Aneurysmen des Truncus tibio-fibularis zu sprechen. Ich glaube aber, dass auch hier die Exstirpation die beste Methode ist, besonders für große, mit Gerinnseln angefüllte Aneurysmen, in deren Umgebung ein genügender Collateralkreislauf bestehen muss, um die Cirkulation des Unterschenkels wieder herzustellen.

16) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

85. Sitzung Montag, den 8. Februar 1897, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Wolff.

1) Herr David: Zur Frage des Verhaltens austrepanirter und wieder eingeeheilter Schädelstücke.

Zur Ergänzung der von ihm bereits im Archiv für klin. Chirurgie gegen die von A. Barth vertretene Ansicht, dass losgelöste und dann wieder replantirte Knochenstücke ausnahmslos dem Tode verfallen, geltend gemachten Bedenken, führt D. noch einige Momente an, durch deren Nichtbeachtung Barth zu seinen Trugschlüssen gelangt ist.

In einer systematisch durchgeführten Untersuchungsreihe hatte D. die histologischen Vorgänge bei Einheilung replantirter Knochenfragmente beobachtet und war auf Grund dieser Untersuchungen, im Gegensatz zu Barth, zu dem Resultat

gekommen, dass derartige Knochenstücke bei glattem Wundverlauf vorübergehend in ihrer Vitalität herabgesetzt werden, dieselbe aber nach einiger Zeit wieder voll erhalten und dann makro- und mikroskopisch sich in keiner Weise von anderem normalen Knochen unterscheiden. — Bei allen Replantationen, mag man dieselben am Knochen oder an einem anderen Gewebe vornehmen, werden neue physiologische und histologische Verhältnisse gesetzt, da das replantierte Stück vorübergehend aus dem Kreislauf ausgeschlossen ist. Es wird aber nach einiger Zeit wieder eingeschaltet, neu vaskularisirt und damit in seiner Integrität erhalten. Nur der Unterschied besteht zwischen dem Knochen- und allen anderen Geweben, dass dasselbe sehr viel schwieriger neu zu vaskularisiren ist, und dass daher bis zu seiner Restitutio ad integrum längere Zeit vergeht, während welcher der Knochen theil gewissermaßen eine *Vita minima* zeigt. Diese findet ihren Ausdruck in der Herabsetzung der Tinktionsfähigkeit der Knochenzellen; jedoch ist die Färbbarkeit stets nur herabgesetzt, nie aufgehoben, und die Zellen wie die Kerne sind, wenn auch häufig erst mit starken Vergrößerungen wahrnehmbar, immer erhalten. Proportional der aufsteigenden Untersuchungsreihe wird die Färbbarkeit wieder bis zur Norm erhöht.

Barth war zu seiner Auffassung durch diese tinktoriellen Differenzen gekommen, die ihm bei Außerachtlassung der physiologischen Verhältnisse eine Nekrotisirung des Knochenfragments vorgetäuscht hatten, während sie ausschließlich im Sinne der oben ausgeführten Thatsachen zu deuten sind.

Diskussion: Herr Rawitz bemerkt, dass die Irrthümer, zu denen Herr Barth bei seinen Untersuchungen gelangte, und die ihn zu Ansichten führten, welche von denen aller übrigen Autoren sehr bedeutend abweichen, im Wesentlichen auf die fehlerhafte Technik geschoben werden müssen. Müller'sche Flüssigkeit, so wie Flemming's Chromosmiumeissiggemisch, so werthvoll und vorzüglich besonders das letztere Reagens bei Fixirung von weichen Gebilden ist, sind bei der mikroskopischen Bearbeitung des Knochengewebes schlechterdings unbrauchbar. Herrn Barth's mikroskopische Präparate, die R. zu untersuchen Gelegenheit hatte, beweisen keineswegs die von Herrn Barth ausgesprochenen Ansichten, können vielmehr mit größerem Recht im Sinne des Vortr. verwandt werden.

2) Herr J. Wolff: Über die Operation der doppelten durchgehenden Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück.

Die Rücklagerung des Zwischenkiefers nach Incision des Vomer in den Fällen von doppelter durchgehender Hasenscharte mit rüsselartig prominirendem Mittelstück hat immer nur für die erste Zeit, keineswegs aber für die Dauer befriedigende Resultate ergeben. Untersuchte man die operirten Fälle nach einer Reihe von Jahren, so fand man den Zwischenkiefer ganz verkümmert, wacklig und in einem für das Essen unbrauchbaren Zustande. Jedes Mal stand zugleich die Oberlippe in sehr hässlich entstellender Weise weit gegen die Unterlippe zurück.

Der Grund hierfür lag nicht in der Werthlosigkeit des Zwischenkiefers an sich, sondern in der durch die Incision des Vomer beeinträchtigten Ernährung des ohnehin schon in nur geringem Zusammenhang mit dem Mutterboden stehenden Zwischenkiefers.

Hiernach ist es nothwendig, wie dies bereits G. Simon vorgeschlagen hat, den prominirenden Büzel unverletzt zu lassen; und die Lippe unter allen Umständen über dem Büzel zu vereinigen.

W. stellt einen 7jährigen Knaben vor, bei welchem er, als Pat. 3 Tage alt war, mittels seiner Methode der Lippensaumverziehung und Zickzacknaht zuerst die rechte Seite der Spalte über dem an der Nasenspitze sitzenden Mittelstück geschlossen hat. Der Zwischenkiefer stellte sich, da seine rechte Seite durch die vereinigte Lippe zurückgedrängt wurde, schräg. 4 Wochen später wurde in gleicher Weise die linke Seite der Spalte operirt. Jetzt stellte sich alsbald der Zwischenkiefer, da er nunmehr rechts und links in gleicher Weise zurückgedrängt wurde, wieder gerade. Als das Kind 9 Monate alt war, schloss W. die Gaumenspalte.

Gegenwärtig zeigt sich der Zwischenkiefer mächtig entwickelt, 2 cm breit, eben so weit herabragend wie die Seitentheile des Alveolarfortsatzes. Er liegt vor den vereinigten Seitentheilen, und ist mit ihnen nicht knöchern, aber doch so fest verwachsen, dass es nur durch kraftvolles Rücken mittels der Finger möglich ist, ihn um ein ganz Geringes seitlich zu verschieben. Er ist zum Abbeißen von Speisestücken vollkommen gut brauchbar.

Das Gesichtspröfil des Knaben ist normal. Der Zahnbogen des Oberkiefers prominirt wie im normalen Zustande ein wenig vor demjenigen des Unterkiefers.

Ein kurzes Septum cutaneum der Nase, von dem ursprünglich keine Spur vorhanden gewesen war, hat sich gebildet.

Die Lippe hat eine schöne Länge, einen normal geformten Lippensaum; ihre beiden Hälften sind symmetrisch. Nur ist die Lippe, da die Operation in 2 Absätzen gemacht wurde, und da außerdem vor Kurzem noch 2 verschönernde Nachoperationen zur besseren Formirung der Nasenflügel vorgenommen worden sind, bis jetzt noch ziemlich stark narbig.

Die Nasenflügel selbst und die Wangen sind frei von Narben; die Nasenflügel normal geformt.

Die Gaumenspalte ist durch die im 10. Lebensmonat vorgenommene Gaumennaht in vollkommener Weise geschlossen; nicht das kleinste Fistelchen ist geblieben; auch die Uvula ist vereinigt und wohlgebildet.

Das Schlingen und das Athmen geschehen in durchaus normaler Weise.

Die Sprache ist in Folge der frühzeitigen Operation der Gaumenspalte, ohne dass der Knabe jemals besonderen Sprachunterricht erhalten hätte, in verhältnismäßig befriedigender Weise hergestellt. Der Knabe besucht die Schule und wird vom Lehrer und den Mitschülern gut verstanden. Nur die Zischlaute spricht er noch mangelhaft aus.

Der vorgestellte Fall dient mithin nicht nur zur Empfehlung der Lippenvereinigung über dem unverletzten Bűrzel, sondern auch zugleich zur weiteren Empfehlung der frühzeitigen Gaumennaht.

Unter 233 bisher von W. operirten Fällen von angeborener Gaumenspalte bestrafen 131 Kinder bis zu 6 Jahren.

Diskussion: Herr König hält das Verfahren des Votr. bezüglich der Lippe für zu umständlich. Er hat viele Hasenscharten mit prominirendem Bűrzel nach v. Bardeleben operirt. Dabei war der Erfolg eben so gut, wie in dem vorgestellten Falle. Die Lippe war nach 14 Tagen geheilt, ohne dass so viele Nachoperationen erforderlich, und ohne dass so starke Narben, wie hier, vorhanden waren. Er erhebt ferner Einspruch dagegen, die Gaumennaht bei Kindern von 4 Jahren und darüber noch als frühzeitige Operation zu bezeichnen, da sie in diesem Alter von den meisten Chirurgen ausgeführt wird.

Herr Wolff würde, wenn Fälle gezeigt werden könnten, in denen noch nach Ablauf einer Reihe von Jahren der nach v. Bardeleben operirte Zwischenkiefer eben so gute Verhältnisse darbiete, wie in dem vorgestellten Falle, aber auch nur dann, seine Ansicht ändern. Solche Fälle existiren indess in der gesammten Litteratur nicht. Gegenüber den guten Ernährungs-, Funktions- und kosmetischen Verhältnissen des Zwischenkiefers bei seinem Verfahren komme es wenig in Betracht, wenn die Lippe ein wenig mehr als gewöhnlich narbig ausfällt.

Die Ausführung der Gaumennaht halten nach v. Langenbeck einzelne Chirurgen auch jetzt noch erst bei 7 Jahr alten Individuen für rathsam; im Sinne dieser Chirurgen ist also die Operation auch bei 6jährigen Kindern noch eine frühzeitige. Unter W.'s 131 so bezeichneten Operationen betreffen übrigens nur 28 Kinder von 4 bis 6 Jahren. In 47 Fällen handelte es sich um Kinder im 1. Lebensjahr, in 56 Fällen um solche von 1 bis 3 Jahren.

Herr Sonnenburg bemerkt, dass es ihm in 1 Falle gelungen ist, eine knöcherne Einheilung des Zwischenkiefers zu erzielen. Er weist zugleich auf die hohe Mortalitätsziffer der an doppelter Hasenscharte operirten Kinder hin.

Herr König findet, dass die einfache Hasenscharte mit erheblicher Prominenz des medialen Randes häufig schwieriger zu operiren ist als die doppelseitige. Er reißt alsdann die prominirende Partie ein, drängt sie gegen den entgegengesetzten Spaltrand, und bringt so beide Ränder in das gleiche Niveau.

Herr Nasse hat das gleiche Verfahren wie Herr König wiederholt mit gutem Erfolg ausgeführt.

Herr Wolff weist darauf hin, dass das von Herrn Sonnenburg erreichte Resultat sehr bemerkenswerth sei, da sonst bisher knöcherne Einheilungen nicht beobachtet worden sind.

Die von den Herren König und Nasse ausgeübte Einmeißlung hält er für ganz entbehrlich, wenn man dafür die Lippe am lateralen Spaltrand in ausgiebiger Weise vom Oberkiefer ablöst. Dazu ist allerdings die Ausübung der von ihm wiederholt beschriebenen und empfohlenen, von anderer Seite aber noch nirgends beachteten Digitalkonstriktion erforderlich. Diese Konstriktion, welche eine fast absolut blutlose Ausführung der Hasenschartenoperation ermöglicht, ist übrigens, wie W. hinzufügt, zugleich dasjenige Mittel, durch welches wir die Mortalitätsverhältnisse der an Hasenscharte operirten Kinder ganz wesentlich zu verbessern vermögen.

3) Herr J. Wolff: Vorstellung eines weiteren Falles von frühzeitiger Gaumennaht.

Wie der vorige Fall, so zeigt auch der zweite von W. vorgestellte Fall, in welchem W., als Pat. 14 Monate alt war, die Gaumenspalte geschlossen hat, die Vorzüge der frühzeitigen Operation. Der sehr intelligente 9jährige Knabe, bei welchem es sich um eine nicht mit Hasenscharte complicirte angeborene Gaumenspalte gehandelt hatte, spricht, obwohl er niemals besonderen Sprachunterricht genossen hat, ohne jede Verzerrung der Gesichtsmuskeln durchaus normal, so dass Niemand auf die Vermuthung kommen kann, dass der Gaumen gespalten gewesen war.

Bei nicht frühzeitig vorgenommener Operation hat W. noch niemals von selbst, d. i. ohne Zuhilfenahme der Rachenprothese oder des methodischen Sprachunterrichts, ein eben so gutes Resultat bezüglich der Sprache eintreten sehen. v. Langenbeck's und Billroth's Ansicht, dass den beim Sprechen in Betracht kommenden Gaumensmuskeln um so leichter eine der normalen gleichkommende Entwicklung zu Theil werden müsse, in je früherem Alter die Operation gelinge, hat sich also hier, wie auch in vielen anderen Fällen, als richtig erwiesen.

4) Herr J. Wolff: Über halbseitige Strumektomie bei Morbus Basedowi.

Nach Buschan, der einen »genuinen« und einen »auf kropfiger Basis entstandenen« Basedow unterscheidet, sind unter 81 bisher bekannt gewordenen Fällen von Strumektomie bei M. Basedowi höchstens 2 Fälle von Heilung des genuinen zu verzeichnen gewesen.

Indess hat weder diese, noch irgend eine andere der bisherigen Statistiken der nichtoperativen oder operativen Behandlung des M. Basedowi eine genügende Verlässlichkeit. Alle bisherigen Statistiken leiden an dem Mangel, dass fast überall da, wo von »Besserungen«, »erheblichen Besserungen« oder »Heilungen« die Rede ist, die einzelnen Erscheinungen des Basedow nicht genau genug bezüglich dieser Besserung bzw. Heilung geprüft worden sind. Namentlich sind auch in den allermeisten Fällen die Besserungen bzw. Heilungen der einzelnen Erscheinungen nicht hinreichend sicher bezüglich der Dauerhaftigkeit dieser Besserungen oder Heilungen geprüft worden.

W. stellt eine Pat. vor, die er im Mai 1892 operirt hat, bei welcher es sich also um eine fast 5jährige Beobachtungsdauer handelt. Bei der Pat. hatte sich im Frühjahr 1891, als sie im Alter von 23 Jahren stand, Chlorose und große psychische Reizbarkeit eingestellt; im Juni 1891 traten Kropf und Herzpalpitationen hinzu; bald darauf Exophthalmus, Hitzegefühl, profuse Schweißausbrüche, Durstgefühl, Zittern, Schlaflosigkeit und Athemnoth. 1 Jahr hindurch hatte sie sich interner Behandlung unterzogen, bei genügender Ruhe und guter Pflege. Die

Krankheitserscheinungen hatten sich dabei aber immer mehr verschlimmert. Sehr bleich und heruntergekommen und mit hochgradiger Dyspnoë kam sie im Mai 1892 in die Klinik. W. entfernte die linke Kropfhälfte, welche 86 g wog. Die größere zurückgebliebene rechtsseitige Hälfte wurde auf ca. 100 g geschätzt. Die Luftröhre war wie in den übrigen von W. operirten Basedowfällen säbelscheidenförmig. Am 25. Tage nach der Operation wurde Pat. mit geheilter Wunde entlassen. Die Athembeschwerden waren vollkommen beseitigt; die meisten übrigen Erscheinungen des Basedow bestanden aber vorläufig noch fort. Im Laufe des Sommers nahm Pat. 24 Pfund an Körpergewicht zu; auch besserten sich allmählich alle Erscheinungen des Basedow. Seit dem Herbst 1892 ist Pat. absolut frei von allen subjektiven Beschwerden; sie hat ein gesundes Aussehen bekommen und ihre frühere Fröhlichkeit wiedererlangt. Im April 1893 hat sie sich verheirathet; September 1894 und Oktober 1895 hat sie geboren.

Gegenwärtig besteht noch ein pflaumengroßer rechtsseitiger Kropffrest, dessen Gewicht auf höchstens 40 g abzuschätzen ist, ferner ein sehr geringer Exophthalmus; kaum noch andeutungsweise das Graefe'sche Symptom. Dagegen ist die Herzthätigkeit durchaus normal; Pulsfrequenz 70. Tremor, wenn überhaupt vorhanden, minimal; Schweißsekretion, psychischer Zustand, Schlaf normal. Stellwag'sches und Möbius'sches Symptom, Kopfschmerz und Ohrensausen geschwunden. Sensibilität im Bereich des Trigemini nach Prof. Mendel's Feststellung intakt; dessgleichen der elektrische Leitungswiderstand der Haut ohne deutliche Abweichung gegen die Norm. Das absolut gute subjektive Befinden hat im Laufe der letzten 4 Jahre niemals die geringste Unterbrechung erfahren.

Zu weit gehende allgemeine Schlussfolgerungen dürfen, so erfreulich auch der Verlauf des Falles war und geblieben ist, natürlich nicht aus demselben gezogen werden. Aber in Verbindung mit dem, was Rehn, Mikulicz, Krönlein u. A. berichtet haben, zeigt doch der Fall, dass es unzulässig ist, über die Strumektomie bei M. Basedow, wie es Buschan gethan hat, und wie es mit ihm viele Neuropathologen, die die operirten Fälle gar nicht gesehen oder genauer geprüft haben, thun, den Stab zu brechen.

Nicht einmal das kann zugestanden werden, dass die Kropfexstirpation bei M. Basedow, wie viele Autoren annehmen, lediglich in denjenigen Fällen eine Berechtigung habe, in welchen Trachealstenose vorhanden ist. In dem vorgestellten Falle sind nach der Operation die Herzaffektion, der Tremor, die profuse Schweißsekretion, die psychische Alteration geschwunden. Alle diese Erscheinungen haben mit der Trachealstenose nichts zu thun; sie fehlen bei noch so hochgradiger durch gewöhnliche Kröpfe erzeugter Trachealstenose.

Der Fall zeigt ex juvantibus, dass mit den Hypothesen der meisten Neuropathologen, nach welchen der Basedow lediglich entweder auf einem primären Reiz- oder Lähmungszustande des Sympathicus, oder auf einer Vaguslähmung, oder auf einer organischen oder funktionellen Erkrankung des Bulbus der Medulla oblongata, oder auf einer Neurose der Gehirnrinde beruhen soll, uns nicht gedient sein kann.

Vielmehr gewinnt auf Grund der Beobachtung dieses Falles aufs Neue die Hypothese an Wahrscheinlichkeit, dass der Kropf eine gewisse, sei es zunächst auch noch so dunkle ursächliche Rolle bei der Entstehung des Basedow spielt, mag es sich dabei um Besonderheiten der anatomischen Lage einzelner Kröpfe in Beziehung zum Sympathicus oder Vagus handeln, oder um Intoxikation des Nervensystems durch einen von der Schilddrüse producirten Giftstoff oder um eine von den Endverzweigungen des Sympathicus in der Schilddrüse ausgehende Reflexneurose.

Wenigstens ist eine solche Annahme so lange berechtigt, als es den internen Ärzten nicht gelungen ist, uns Fälle von eben so schweren Störungen durch genuine Basedow'sche Krankheit, wie in dem vorgestellten Falle, zu zeigen, in welchen ein eben so lange andauerndes Schwinden aller subjektiven Krankheitserscheinungen, wie hier, auch ohne Operation erzielt worden wäre.

5) Herr J. Wolff: Zur Arthrolysis cubiti.

Zur Ergänzung seiner früheren Mittheilungen über die Arthrolyse bei Ellbogen-gelenksankylose stellt W. einen Fall von straff fibröser, durch Trauma bedingter, mit Anwesenheit von Callusmassen im Gelenk complicirter Ankylose vor, in welchem die Operationswunde erst nach langwieriger Eiterung geheilt ist, und in welchem trotzdem ein relativ sehr befriedigendes Resultat erreicht wurde.

Die 37jährige Pat. hatte im August 1895 eine *Fractura supracondylica* mit *Fractura intercondylica* in das Gelenk hinein erlitten und eine fast vollkommene, stumpfwinklige Ankylose des Gelenks zurückbehalten, die durch Callusmassen im Gelenk, Synovitis hyperplastica und nutritive Verkürzung und Schrumpfung der das Gelenk umgebenden Weichtheile bedingt war. Die Ankylose hatte den energischsten, mehr als ein Vierteljahr hindurch fortgesetzten Versuchen unblutiger Behandlung getrotzt.

Im Januar 1896 führte W. die Arthrolyse aus. Nach Ablösung des Triceps vom Olecranon und Durchtrennung aller sehr straffen Bänder- und Kapsel-adhärenzen wurden die die Fossa supratrochlearis posterior ausfüllenden sehr reichlichen Callusmassen fortgemeißelt, ferner die ebenfalls durch Callusmassen bedingten Unebenheiten zwischen den Knorpelflächen der Rotula und Trochlea geglättet und die Spitze des Proc. coronoideus entfernt. Nachdem hierdurch eine ausgiebige Flexion und Extension erreicht worden war, wurde auch noch durch Lösung der straffen fibrösen Stränge in der Umgebung des Radioulnargelenks eine möglichst freie Pronation und Supination herbeigeführt. — Am 13. Tage nach der Operation trat eine Nachblutung ein, die es erforderlich machte, die Wunde wieder ganz frei zu legen. Erst Anfang Mai war vollkommene Heilung eingetreten.

Pat. beugt jetzt aktiv bis 75° und streckt bis 130°. Pronation und Supination vollführt sie aktiv in einer Exkursion von 100°. Sie vermag die Hand beim Essen zum Munde zu führen, sich anzuziehen, dabei die Hand zum Zuknöpfen der Kleider auf den Rücken zu führen, sich die Haare zu flechten, beim Nähen die Arbeitsgegenstände den Augen gehörig zu nähern, einen Stuhl an der Lehne zu fassen und in die Höhe zu halten, während sie alles Dies früher nicht auszuführen vermochte. — Die Gelenkenden zeigen dabei natürlich eine vorzügliche, der normalen fast ganz gleiche Formation.

6) Herr Joachimsthal: Funktionelle Formveränderungen an den Muskeln.

J. zeigt im Anschluss an seine experimentellen Untersuchungen über funktionelle Formveränderungen an den Muskeln (cf. Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 4) unter Demonstration eines Pat. und einer Reihe von Gipsabgüssen, Röntgen-Bildern und Photographien von Kranken die Möglichkeit, schon am Lebenden mit derselben Sicherheit wie im Experiment, und wie dies Roux und Rivière an der Leiche bei der Untersuchung des Pronator quadratus gelungen ist, Beweise für die Selbstregulation der Muskellänge zu erbringen.

Bei der Nachuntersuchung einer Reihe von Pat., die vor langen Jahren von Prof. Wolff wegen angeborenen Klumpfußes mittels des portativen Etappenverbandes behandelt und zur Heilung gebracht waren, ergab sich trotz guter Form und Funktion des Fußes eine stets wiederkehrende eigenartige »Atrophie« der Wade, durchaus verschieden von dem gewöhnlichen Verhalten dieses Körpertheiles bei mangelhafter Funktion der unteren Extremitäten. Während nämlich bei einer gewöhnlichen Atrophie die Wade allmählich unter gleichmäßigem Schwund des Muskels an Umfang abnimmt, drängt sich bei den in Rede stehenden Pat. die Muskelmasse auf das oberste Drittel resp. Viertel des Unterschenkels zusammen und bildet hier eine starke Vorwölbung, während der ganze untere Theil aus sehniger Substanz besteht und bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer extremen Atrophie des Muskels gewährt. Um diese Verkürzung des Wadenmuskels herbeizuführen, konkurriren gewöhnlich 2 Umstände. Einmal resultirt fast immer selbst nach der bestgelungenen Behandlung eine Beweglichkeitsbeschränkung im Fußgelenk; weiterhin besteht — wie dies eine Reihe von Röntgen-Bildern zeigen — in der Regel eine mehr oder minder ausgesprochene Atrophie des

Calcaneusfortsatzes, meist verbunden mit einer plantarwärts gerichteten Abknickung desselben, wodurch eine Verminderung der Länge des Hebelarmes für die Achillessehne und so eine weitere Einschränkung der Exkursion ihres Ansatzpunktes gesetzt wird.

Wenn auch in einer weniger markanten Weise als bei Pat. mit redressirtem Klumpfuß, zeigen auch alle diejenigen Kranken, die in Folge irgend einer Affektion des Fußgelenks oder der benachbarten Knochen dauernd eine Einschränkung der Beweglichkeit im Fußgelenk erworben haben, die charakteristische, durch die Haut sichtbare Verkürzung des Wadenmuskels; ja es gelang vielfach bei Pat. mit abgelaufener Caries pedis aus der bloßen Inspektion der Wade in später durch die Untersuchung erwiesener Weise vorausszusagen, dass eine Beschränkung der Beweglichkeit im Fußgelenk vorliegen müsse, und dabei gleichzeitig eine vollkommene Ankylose ausschließen. Denn in letzterem Falle — bei einem vollkommenen Aufhören der Beweglichkeit — schwindet der muskulöse Apparat der Wade in einer gleichmäßigen Weise.

7) Herr J. Wolff: Vorstellung zweier Fälle von Lorenz'scher unblutiger Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksluxation.

Die bis jetzt noch bestehende Unsicherheit unseres Urtheils über den Werth der blutigen und unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation kann, wie W. aufs Neue betont, durch Zuhilfenahme der Röntgen-Bilder erheblich verringert werden.

Die Röntgen-Bilder gewähren Demjenigen, der an ihrer Hand die Behandlungsergebnisse verfolgt, viele Überraschungen, und zwar manchmal recht unbehagliche, in so fern sie öfters zeigten, dass der vermeintlich noch in der Pfanne steckende Kopf wieder aus derselben herausgeschlüpft ist.

Dafür gewährt es uns aber auch in anderen Fällen wieder, als Zeugnis für den hohen Werth der Lorenz'schen unblutigen Einrenkung, die erfreuliche Gewissheit, dass der Kopf wirklich dauernd an der richtigen Stelle geblieben ist.

W. stellt einen 4jährigen Knaben und ein 12jähriges Mädchen vor, die bereits seit nahezu 3 bzw. seit $3\frac{1}{2}$ Monaten ohne jeden Verband oder Apparat umhergehen, und bei denen das Röntgen-Bild in unzweideutiger Weise die wirklich erreichte dauernde Feststellung des Kopfes im Acetabulum beweist. Beide neugebildeten Hüftgelenke sind, nachdem sie anfänglich sehr starr gewesen waren, gut beweglich geworden. Der Gang der beiden Pat. ist vortrefflich.

8) Herr Lindemann: Über die Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olecranon.

Bei Querbrüchen der Patella wird in der Wolff'schen Klinik folgendermaßen verfahren:

Der Assistent setzt einen Zeigefinger an der Basis, den anderen an der Spitze der Patella unter spitzem Winkel an. Während die beiden Zeigefinger die Fragmente krampfhaft fest an einander gedrückt haben, wird ein Gipsverband, unter Miteingipsung der Finger des Assistenten, direkt auf die Hand angelegt. In der Nähe der Finger werden die Gipstouren verstärkt und fest angedrückt, so dass sich oberhalb und unterhalb der Fragmente ein fester Wall bildet, welcher das Auseinanderweichen derselben verhindert. Sobald der Gipsverband hart geworden ist, zieht der Assistent die Finger heraus. Von einer Punktion des Gelenks wird in der Regel Abstand genommen. Die Fragmente lassen sich leichter an einander gedrückt halten, wenn sie gewissermaßen im Bluterguss schwimmen. Zugleich kann man sie alsdann etwas tiefer fassen. — Nach 2— $2\frac{1}{2}$ Wochen beginnt die Massagebehandlung. — Bei Olecranonfrakturen drückt in gleicher Weise der Assistent mit einem Finger das obere Fragment gegen das untere herab. — Der Vortr. berichtet über 4 in dieser Weise behandelte Frakturen der Patella und 1 Fraktur des Olecranon. Jedes Mal ist knöcherne Vereinigung der Fragmente eingetreten. Einen der Fälle von Patellarfraktur und den Fall von Olecranonfraktur stellt der Vortr. vor.

Sarfert (Berlin).

17) **Ballance and Abbot.** A case of acute haemorrhagic septicaemia treated by antistreptococcus serum.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1853.)

Bei einem Arzt entwickelte sich im Anschluss an eine Daumenverletzung, die er sich bei Sektion einer eitrigen Bauchfellentzündung zugezogen, ein schwer septischer Zustand. Bereits 6 Stunden nach Einspritzung von 3,5 ccm Antistreptococcusserum trat eine deutliche Besserung ein, die nach Wiederholung der Einspritzungen an den folgenden Tagen zunahm. Der Einfluss des Serums zeigte sich in dem Aufheben des vorher benommenen Bewusstseins, im Aufhören der Kopfschmerzen, Verlangsamung von Puls und Athmung, Feuchtwerden der Haut, allmählichem Fieberabfall und günstiger Beeinflussung des Wundverlaufes. Das Serum, über dessen Bereitung J. Bokenham nähere Mittheilungen macht, ist aus dem Blut eines Esels gewonnen, welcher mehrere Monate hindurch ansteigende Einspritzungen von Streptokokken erhalten hat. $\frac{1}{100}$ eines Kubikcentimeters Serum soll die Wirkung einer tödlichen Dosis von Streptokokken am Versuchsthier aufheben.

H. Stettiner (Berlin).

18) **R. Jacob.** Ein in Heilung übergegangener, mit Antitoxin behandelter Fall von Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 6.)

Fall von Tetanus im Anschluss an eine Schussverletzung der Schulter bei einem 14jährigen Knaben. Wunde durch Steinchen, Erde und Kleidungssetzen stark verunreinigt. Inkubationszeit 12 Tage (Ref. rechnet 15 Tage heraus, wenn kein Druckfehler, sogar 7 Wochen), Beginn der Krämpfe in der betreffenden Schultermuskulatur. Mittelschwerer Fall. Innerhalb von 5 Tagen 10 g Behring'sches Tetanusantitoxin in 2 Dosen à 5 g. Auffallende Besserung nach der 2. Injektion. Heilung.

Hübener (Breslau).

19) **Dipper.** Über Schleich's Infiltrationsanästhesie. (Aus der chirurgischen Abtheilung der evangelischen Diakonissenanstalt in Stuttgart. Dirigirender Arzt Dr. Steinthal.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 50.)

Die Methode wurde von S. in 88 Fällen angewandt, und zwar 1) in 30 Exstirpationen (hauptsächlich Lymphome, Atherome, Strumen, Dermoidcysten etc.). In einem Falle von verwachsenen Lymphomen war Allgemeinnarkose nothwendig. 1 Fall von Strumektomie gelang vollständig schmerzlos, in den beiden anderen wurden zum Schluss noch 8 g Chloroform verbraucht. — 2) wurden 15 Incisionen und Auskratzen von Abscessen vorgenommen (fast völlig schmerzlos). — 3) fanden 14 Laparotomien statt. Zum Theil musste nach Eröffnung des Leibes in diesen Fällen noch zur Narkose gegriffen werden, bei der jedoch nur sehr wenig Chloroform verbraucht wurde. — 4) sind 5 Herniotomien zu erwähnen. Das Manipuliren in der Gegend der Bruchpforte bei den eingeklemmten Brüchen war schmerzhaft und bedingte 2mal Chloroformanwendung. — Auch noch in 24 anderen Fällen wurde das Verfahren angewandt, zum Theil mit recht gutem Erfolg, so besonders bei einer Tracheotomie an einem 60jährigen Manne.

S. benutzte stets die Schleich'sche Lösung No. II (Cocain. muriat. 0,1, Morph. muriat. 0,025, Natr. chlorat. 0,2 auf 100 Wasser gelöst). Es trat stets Heilung per primam ein. Ein Nachtheil ist das Ödem des Gewebes und der psychische Effekt auf den Kranken.

Verf. betrachtet die Infiltrationsanästhesie als eine sehr wichtige Konkurrentin der Allgemeinnarkose, besonders auch bei Operationen am Darmkanal und voraussichtlich unkomplizierten Laparotomien.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

20) **Waterhouse and Gibbs.** A case of arrest of the hearts action and of respiration during chloroform anaesthesia: bleeding from internal jugular vein: recovery.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1855.)

Bei der Entfernung der tuberkulösen Halsdrüsen eines 17jährigen sonst gesunden Mannes unter Chloroformnarkose trat nach Verlauf von 40 Minuten, in welchen ca. 55 g Chloroform verbraucht waren, ganz plötzlich Stillstand der Herzthätigkeit ein und wenige Sekunden später auch Aufhören der Athmung. Da die sofort eingeleitete künstliche Athmung nach mehreren Minuten noch keinen Erfolg zeigte, wurde ein kleiner Einschnitt in die frei liegende Vena jugul. int. gemacht und ca. 100 cem Blut abgelassen. Nachdem sodann die Öffnung mit Zangen verschlossen, wurde von Neuem künstliche Athmung gemacht, die nunmehr binnen kurzer Zeit von gutem Erfolg gekrönt war, indem sich Herzschlag und Athmung wieder einstellten. Die Verf. sind der Ansicht, dass die Blutentziehung aus der Vene, durch welche der stark ausgedehnte rechte Ventrikel erleichtert sei, dem Pat. das Leben gerettet habe. Sie schlagen vor, in ähnlichen Fällen ähnlich zu handeln. Die Wahl der Vene hängt von dem Ort der Operation ab. Der Erfolg wird desto günstiger sein, je näher die Vene dem Herzen gelegen.

H. Stettiner (Berlin).

21) **A. Nannotti (Pisa).** Contributo allo studio della piremia da gonococco.

(Morgagni 1896. p. 824.)

Der von N. ausführlich beschriebene Fall von Gonokokkenpyämie bringt zwar in seinen Einzelheiten nichts Neues, dürfte aber doch in so fern unser Interesse beanspruchen, als er gewissermaßen ein Schulschema für Metastasenentwicklung bei Gonorrhoe darstellt, an dem uns alle sonst einzeln beobachteten Lokalisationen des gonorrhoeischen Giftes vereint vorgeführt werden.

Bei der 31jährigen verheiratheten Pat. hatte sich zuerst eine einfache Scheiden- und Harnröhrengonorrhoe entwickelt, an die sich eine Endometritis und eine Vereiterung der linken Bartholini'schen Drüse anschloss. Behandlung: Spaltung des Abscesses; Ausspülungen der Gebärmutter mit übermangansaurem Kali in Lösung von 1:5000. Der Abscess heilte nach wenigen Tagen aus; der Ausfluss aus der Gebärmutter wurde jedoch noch stärker und die Adnexe schmerzhaft. Nach längerer erfolgloser Fortsetzung der Ausspülungen entschloss sich Verf. auf Drängen der Pat. zur Ausschabung der Gebärmutter. Am 4. Tage nach derselben entwickelte sich das typische Bild einer Perimetritis und Bauchfellentzündung, und bald darauf konnte man zwischen dem rechten vorderen Scheidengewölbe und der Gegend über der Symphyse eine Geschwulst von der Größe einer Apfelsine abtasten. Behandlung: Opium, feuchtwarme Umschläge. Nach 9 Tagen wurde Pat. fieberfrei, die Geschwulst verkleinerte sich (Fluktuation war nirgends wahrnehmbar). Nach ca. 6—7tägigem Wohlbefinden trat unter erneutem Fieber schmerzhafte Schwellung des linken Ellbogens auf mit Röthung und Spannung der Haut. In derselben Weise wurden dann nach einander der andere Ellbogen, die Gelenke des linken Fußes und in einem Zeitraum von 12 Tagen sämmtliche Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenke ergriffen. Ein operativer Eingriff wurde nicht gestattet. Schließlich entwickelte sich noch ein eigroßer Abscess in Folge einer Sehnenscheidenentzündung der Strecksehnen des linken Fußes. Während des ca. 12 Tage andauernden Höhestadiums des Fiebers wurde ein systolisches Geräusch an der Mitralis wahrgenommen, das später wieder verschwand. Die reichliche gegebene Salicylsäure blieb ohne jede Wirkung; profuse Schweiß fehlten vollständig.

Sämmtliche Erscheinungen bildeten sich nach und nach zurück (mit Ausnahme des Abscesses, der gespalten wurde); die Pat. konnte nach 50tägigem Aufenthalt das Krankenhaus gegen verlassen.

Bemerkenswerth ist, dass durch die sorgfältig und wiederholt vorgenommene mikroskopische Untersuchung sowohl im Ausfluss der Harnröhre und der Gebärmutter als auch im Eiter des Sehnenscheidenabscesses und in der durch Punktion

aus verschiedenen Gelenken gewonnenen serös-eitrigen Flüssigkeit Gonokokken ohne Beimischung anderer Mikroorganismen gefunden wurden.

Verf. weist auf die Unterschiede des Krankheitsbildes von demjenigen der gewöhnlichen Streptokokkenpyämie hin, hinter deren Bösartigkeit und Heftigkeit der einzelnen Erscheinungen diese »Gonokokkenpyämie« glücklicherweise beträchtlich zurückbleibt. Er warnt zum Schluss vor zu frühzeitiger Anwendung der Ausschabung, ein Punkt, über den bisher eine Einigung der Autoritäten noch nicht erzielt sei.

W. Schultz (Hamburg).

22) A. v. Notthafft. Über einen Fall von abnorm später Entwicklung der Blennorrhoe.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 1.)

Verf. veröffentlicht einen Fall von absichtlicher Infektion mit gonorrhöischem Eiter, in welchem die ersten subjektiven Symptome erst nach 12 Tagen, die eitrige Sekretion erst nach 19 Tagen eintrat. Bekanntlich giebt es — was N. übersehen zu haben scheint — gut beobachtete und kaum anzweifelhafte Fälle von noch viel länger dauernder Inkubation beim Tripper.

Jadassohn (Bern).

23) C. Kopp. Über einen Fall multipler Angiombildung.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

In dem sehr eigenartigen Falle, den der Verf. beschreibt, traten bei einem etwa 17jährigen jungen Mann an der Haut des Scrotums und der unteren Extremitäten sehr zahlreiche, zuerst nadelstichgroße, weiterhin aber bis zur Größe von 1 cm wachsende und sich zu höckerigen Geschwülsten ausbildende Angiome auf, für deren Entstehung sich irgend eine Ursache nicht auffinden ließ, und die K. mit der Pubertätsentwicklung in Zusammenhang bringt. Beschwerden machte die Erkrankung, die sehr selten zu sein scheint, nicht.

Jadassohn (Bern).

24) C. Berliner. Morbus Basedowi und totale Alopecie.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. No. 11.)

In der Frage nach der Ätiologie der Alopecia areata stehen sich die parasitäre und die trophoneurotische Theorie noch immer gegenüber. Verf. glaubt mit manchen anderen Autoren 2 Formen, eine bakteriitische und eine nervöse, unterscheiden zu können; bei der letzteren sei die Wirkung der Toxine von Infektionserregern vielleicht in Betracht zu ziehen. Die Kombination von Basedow'scher Krankheit mit totaler maligner Alopecie spricht für die nervöse Veranlassung wenigstens dieser Fälle. B. hat selbst einen solchen beobachtet und veröffentlicht außer diesem noch einen Fall von J. Kohn und einen von Unna. Er meint, dass in diesen Beobachtungen ein pathologisches Produkt der Schilddrüse die Alopecie veranlasse.

Jadassohn (Bern).

25) A. Kozerski. Ein Fall von Hautaktinomykose, mit großen Jodkaliumdosen behandelt.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

In dem von K. beschriebenen Falle handelte es sich um eine derbe, dunkelrothe, über dem Knochen frei verschiebbliche Infiltration mit theilweiser Fluktuation und einzelnen Fistelöffnungen, welche nicht auf Knochen führen. Die Mundhöhle außer cariösen Zähnen normal. Aus den Fisteln entleert sich ein dicker Eiter, in welchem sich nie typische Aktinomycesdrusen, aber dichte filzartige Ansammlungen von Pilzfäden nachweisen lassen, die auch kulturell mit Aktinomyces übereinstimmen. Lues und Tuberkulose wurden ausgeschlossen. Unter Behandlung mit steigenden Jodkalidosen (bis 14 g pro die), die gelegentlich starken Jodismus erzeugten, trat in etwa 4 Wochen ein fast vollständiger Rückgang ein; auch nach 5 Wochen ohne Behandlung kein Recidiv. Doch konnten noch gegen Ende der Behandlung in dem Eiter Aktinomycespilze kulturell nachgewiesen werden. Ein während der Beobachtung auftretender erysipelatöser oder phlegmonöser Process hat nicht bloß keinen günstigen, sondern eher einen verschlimmernden Einfluss

auf den Process gehabt. Von den Schlussfolgerungen, die Verf. aus seiner Beobachtung ableitet, ist hervorzuheben, dass er die Fähigkeit des Aktinomycespilzes, — auch ohne Mitwirkung der gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen — Eiter, und zwar nicht bloß dünnflüssigen, zu produciren und die Unmöglichkeit betont, aus dem Erfolg von Jodkali die Differentialdiagnose zwischen Aktinomykose und tertiärer Lues zu stellen.

Jadassohn (Bern).

26) **M. Hintner.** Über einen Fall von multipler Hautgangrän.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Das Bild der multiplen Hautgangrän ist jetzt durch eine ganze Anzahl von unter einander sehr ähnlichen Beobachtungen so weit charakterisirt, dass man an der Berechtigung, diese Krankheit als einen eigenartigen Process aufzufassen, kaum mehr zweifeln kann. Freilich muss noch immer in jedem einzelnen Falle, bei den fast ausnahmslos hochgradig hysterischen Individuen, die Möglichkeit der Selbstverletzung sorgfältigst ausgeschlossen werden. Wenn man das aber thut, bleibt doch noch eine Anzahl von Fällen übrig, die gerade wegen ihrer Übereinstimmung als zu einem Krankheitsprocess gehörig imponiren. Die Beobachtung des Verf. schließt sich dem uns schon Bekanntem vollständig an. Bei einem nervösen jungen Mädchen treten einige Monate nach einer Verbrennung an der Hand zunächst an dieser und dem zugehörigen Arm, dann über den Körper diffus vertheilt unter heftigen Schmerzen Bläschen in zosterähnlicher Gruppierung oder auch größere Blasen auf, die theils mit, theils ohne Schorfbildung, vielfach mit der fast bei allen diesen Fällen beobachteten Keloidbildung abheilen und sich durch lange Zeit immer und immer wiederholen; solche Eruptionen fanden sich auch im äußeren Gehörgang. Daraus und aus dem Fehlen von Entzündungserscheinungen in der Umgebung der frischen Efflorescenzen folgert Verf., dass Selbstverletzung ausgeschlossen ist. Bei der Erklärung dieser Fälle sind wir ganz auf Hypothesen angewiesen. Der Ausdruck »trophopathische Störung« ist wohl nur ein Geständnis für unsere vollständige Unkenntnis der Ätiologie und Pathogenese der räthselhaften Erkrankung.

Jadassohn (Bern).

27) **F. Koch.** Beitrag zur Lehre vom akuten erythematösen Lupus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Neben der nicht gerade besonders seltenen, in specialistischen Kreisen wohl-bekannten chronischen, sogenannten discoiden Form des Lupus erythematodes giebt es Fälle, die außerordentlich selten zur Beobachtung kommen und nach ihrer ersten Beschreibung durch Kaposi den Namen »akuter oder aggregirter Lupus erythematodes« erhalten haben. Dieselben sind durch ein akutes Ausbrechen multipler Herde mit stärkeren Entzündungserscheinungen und intensiver ödematöser Durchtränkung, durch Fieber, Gelenkschmerzen, starke Betheiligung des Allgemeinbefindens — so dass der Gedanke an eine akute Infektionskrankheit nahe gelegt wird — und endlich durch die Entwicklung einer von Kaposi als »Erysipelas perstans« bezeichneten dunklen, diffusen, aber scharf begrenzten Röthung des Gesichts ausgezeichnet. Bei dem geringen Material, das seit Kaposi's grundlegender Arbeit über diese Affektion vorliegt, darf jede einzelne Beobachtung auf Interesse rechnen. Der Fall Koch's ist durch seinen sehr akuten Verlauf, durch die Betheiligung der Schleimhäute, durch die hochgradige tiefreichende Entzündung bemerkenswerth. Die Zweifel, die an der Berechtigung der Diagnose in der Berliner dermatologischen Vereinigung ausgesprochen wurden, sucht Verf. in der vorliegenden Arbeit zu entkräften; speciell hält er ein Erythema exsudativum für ausgeschlossen, sowohl aus klinischen Gründen als auch wegen des histologischen Befundes, welch letzterem Ref. eine entscheidende Bedeutung nicht zusprechen möchte. Das Erysipelas perstans hält Koch — gewiss mit Recht, wie auch der Ref. auf Grund eines Falles behaupten zu können glaubt — für ein Pseudoerysipiel, das aus den Efflorescenzen des Lupus erythematodes hervorgegangen ist; — auch Kaposi selbst würde von dem heutigen ätiologischen Standpunkt aus die Bezeichnung »Erysipiel« für diese Affektion gewiss nicht auf-

recht erhalten wollen. Gerade beim Lupus erythematosus acutus lag der Gedanke an einen Zusammenhang mit Tuberkulose besonders nahe, weil in der Kaposi'schen Zusammenstellung die letztere in der That auffallend häufig konstatiert wurde. Es ist darum von Bedeutung, zu betonen, dass weder in dem Kochschen Falle noch in dem oben erwähnten des Ref. bei der Sektion etwas von Tuberkulose gefunden wurde. Diese akuten Fälle — deren Zugehörigkeit zu dem gewöhnlichen chronischen Lupus erythematosus durch die Beobachtung des Übergehens der einen Form in die andere bewiesen ist — machen die Annahme, dass diese Krankheit eine infektiöse ist, sehr wahrscheinlich. **Jadassohn** (Berlin).

28) Dohi. Ein Beitrag zur Kenntnis des Rhinophyma.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Das Rhinophyma gilt als höchster Grad des gemeinhin als Acne rosacea bezeichneten Krankheitsprocesses. Aus den beiden Präparaten, welche Verf. untersuchen konnte, geht hervor, dass sich in diesen Fällen hyperplastische Prozesse an den Talgdrüsen, welche D. aber ganz mit Recht nicht als adenomatös auffasst, am Bindegewebe, an der Epidermis mit chronisch und akut entzündlichen Veränderungen kombinirt. Es kommt zu Abscessen, zu Cystenbildung etc. Verf. zieht aus seinen Befunden den Schluss, dass die Kaposi'sche Auffassung der Rosacea als einer primären Angioneurose berechtigt ist. Ob das wirklich durch die histologischen Resultate des Verf. bewiesen werden kann, mag dahingestellt bleiben. Principiell aber erscheint es dem Ref. richtig, die acneartigen Prozesse, so häufig sie auch mit der Gefäßerweiterung, Talgdrüsen- und Bindegewebshyperplasie der Rosacea sich kombiniren, doch von dieser zu trennen.

Jadassohn (Bern).

29) M. Dreysel. Über einen ungewöhnlichen Fall von Lichen ruber planus mit Arsennebenwirkungen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Der von dem Verf. in der Neisser'schen Klinik beobachtete Fall von Lichen ruber planus war imal durch die sehr hochgradigen Pigmentationen ausgezeichnet, mit welcher die Efflorescenzen abheilten; es fanden sich ferner sehr auffallende Depigmentierungen, welche ebenfalls auf die Lichenherde zurückzuführen waren. Dagegen ist D. geneigt, eine starke, nicht entzündliche Hyperkeratose der Handteller und Fußsohlen auf den Arsengebrauch zu beziehen, wenn auch Pat. nur sehr wenig Arsen genommen hat (5 g Sol. Fowleri). Diese Arsenwirkung ist schon in einer Anzahl von Fällen beschrieben worden und stellt ein recht charakteristisches Bild dar.

Jadassohn (Bern).

30) P. Colombini. Pectosurie und Xanthoma diabeticorum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 13.)

Der Zusammenhang zwischen Diabetes und einer Xanthomform ist noch immer zweifelhaft. Der Fall, den der Verf. aus der Klinik in Siena veröffentlicht, bietet demnach ein doppeltes Interesse dar, einmal wegen der Kombination eines mit starkem Zucker einhergehenden, sehr ausgedehnten, unter Abnahme der Kräfte sich entwickelnden Exanthems von kleineren und größeren rötlichen, namentlich bei Druck aber gelben Knötchen mit einem Diabetes, dann aber weil die reducirende Substanz im Harn des Pat. nicht Trauben- oder Milchzucker, sondern wie C. durch eingehende, im Original nachzulesende Untersuchungen darthut, die bisher nur sehr selten beim Menschen gefundene Pectose war. Durch Milch- und Fleischdiät und Solutio Fowleri trat Heilung des Exanthems ein, und die Untersuchung des Urins ergab nunmehr ein negatives Resultat.

Jadassohn (Bern).

31) C. Herxheimer. Über Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Aus dem klinischen Theil der vorliegenden Arbeit ist hervorzuheben, dass Verf. die — wie aus dem Fehlen entsprechender Notizen in der Litteratur hervor-

zugehen scheint — sehr seltene Komplikation der Impetigo contagiosa mit frambösiartigen Vegetationen, die sich der Blasenbildung anschlossen und theilweise von schwacher Oberhaut bedeckt, theilweise auch mit Pusteln versehen, erodirt, speckig belegt waren, in 3 Fällen beobachten konnte. Vom Pemphigus vegetans unterscheiden sich diese Fälle außer durch ihren günstigen (durch Zinkpaste resp. durch graues Pflaster beschleunigten) Verlauf durch das Fehlen der peripheren progredienten Erosion; von der Frambösie bei Lues durch das Fehlen anderer syphilitischer Symptome.

Aus den histologischen Untersuchungen H.'s geht hervor, dass bei diesen Wucherungen, wie auch bei solchen von Pemphigus vegetans, eine eigenartige Degeneration des Epithels in seinen oberen Lagen vorhanden ist, bei welcher das Protoplasma der Epithelzellen sich in seiner Gesamtheit so verändert, dass es Farbstoffe nicht mehr annimmt. Diese Veränderung führt Verf. auf das Ödem des Epithels zurück und glaubt, dass sie diagnostisch für die Annahme der Hautwucherungen nach Blasenkrankungen von Bedeutung sei.

Jadassohn (Bern).

32) W. Peter. Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 6.)

P. hat einen Fall beobachtet, in welchem ein 7 Tage altes Kind weiter von seiner schwere septische Erscheinungen im Anschluss an die Entbindung zeigenden Mutter gestillt wurde und am 11. Lebenstage einen typischen, weit ausgebreiteten Pemphigus bekam. Es wurden in dem Blaseninhalt Staphylococcus pyog. aur., alb. und ein Diplococcus, in der Milch der Mutter und im Blut des Kindes dieselben Bakterien gefunden. P. meint, dass danach der Pemphigus neonat., wie es ja auch beim akuten Pemphigus der Fall sein soll, durch Infektion auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn entstanden sei.

Kümmel (Breslau).

33) Roxburgh and Collis. Notes on a case of acromegaly.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1854.)

Die Sektion ergab in dem genau beschriebenen und abgebildeten Fall von Akromegalie den Befund einer Geschwulst der Hypophysis cerebri (entweder Gliom oder Sarkom).

H. Stettiner (Berlin).

34) Vallas. Amputation intra-claviculaire du membre supérieur.

(Province méd. 1896. No. 45.)

Die Operation, wegen einer Schultergeschwulst zunächst mit gutem Erfolg an einer 67jährigen Frau ausgeführt, welche später an inneren Metastasen zu Grunde ging, stellt ein Mittelding dar zwischen der Exartikulation des Oberarmes und der Exstirpation des Schultergürtels. Erhalten bleibt das innere Drittel des Schlüsselbeins und das Schulterblatt. Die Operation beginnt mit der Amputation des Schlüsselbeins und Unterbindung der großen Gefäße und eröffnet das Schultergelenk von vorn.

Herm. Frank (Berlin).

35) Cousin. Résection complète de l'omoplate pour panostoïte tuberculeuse.

(Province méd. 1896. No. 39.)

Von Totalresektion des Schulterblattes ohne Betheiligung des Armes und des Schlüsselbeins kennt der Autor nur 2 Fälle von Jaboulay, bei denen die Operation wegen Osteomyelitis ausgeführt wurde; hierzu kommt der Fall, welchen Rochet wegen tuberkulöser Ostitis subperiostal operirte. (Vgl. dazu die Fälle von Israël in der Sitzung der medicinischen Gesellschaft von Berlin vom 21. Oktober 1896.) Bei dem 13jährigen Knaben war das funktionelle Resultat, wie in den anderen Fällen mit Erhaltung des Armes, ein sehr gutes. Noch vor vollem Schluss der Wunde war Abduktion des Armes bis zum rechten Winkel, Vorwärtsführung in horizontaler Ebene etc. möglich; längere Beobachtung fehlt.

Herm. Frank (Berlin).

36) **Berger.** Pseudarthrose de l'humérus traitée par la résection des fragments et la suture métallique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 47.)

Der von B. erfolgreich operirte Fall verlief folgendermaßen: Komminutivfraktur im oberen Drittel des rechten Oberarmes mit enormem Hämatom; Gipsverband. Fieber und Abscedirung zwang zur Incision und Drainage. Außerst langsame Konsolidation erfolgt erst nach Ausstoßen eines Sequesters. Kurz nach Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt eine Spontanfraktur an der Bruchstelle. B. legte sie bloß, konstatarie keine Interposition, schabte die Bruchenden ab, fixirte die Bruchstücke für 50 Tage durch Gipsverband. Der Callus schien knöchern konsolidirt. Doch wieder erfolgte bald darauf ein neuer Bruch, der trotz mehrmonatlicher Fixation nicht heilte. Bei der deshalb vorgenommenen Operation zeigten sich die Enden der Bruchstücke stark atrophisch, zugespitzt, nur durch Bindegewebe vereinigt. Durch Anfrischung derart, dass das obere, pyramidenförmig zugestutzte Fragment in eine Hohlkehle des unteren gestellt und durch Silbernaht fixirt wurde, gelang endlich definitive Heilung mit knöchernem Callus.

Reichel (Breslau).

37) **K. Stoll.** Ein Fall von subkutaner Ruptur der Sehne des langen Kopfes des Biceps brachii.

(Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1897. No. 1.)

Ein 50jähriger kräftiger Mann verspürte beim Aufklimmen an den Sprossen einer schräg gestellten Leiter in Streck- und Beugehang plötzlichen Schmerz in der rechten Schulter. In Folge heftiger Schmerzen konnte der Arm 3 Wochen nicht bewegt werden; dann wurde die Funktion wieder frei, blieb jedoch schwächer. Nach 1½ Jahr bemerkt man bei gestrecktem Arm median vom Ansatz des Deltoides eine tiefe Furche und anstatt des Muskelbauches des Caput longum bic. einen schmalen Strang, der ganz plötzlich in den Muskel übergeht. Bei gebeugtem Arm wölbt sich sehr charakteristisch der Bauch des Caput longum stark kuglig vor, so dass es aussieht, als ob der Bicepsbauch ellbogenwärts verlagert wäre. Da die Funktion völlig frei ist, muss eine Verwachsung der abgerissenen Sehne in der Sehnenscheide angenommen werden. Bezüglich des Mechanismus der Zerreißung nimmt S. (Landerer) an, dass nicht die starke Kontraktion des Biceps selbst diese Verletzung hervorruft, als vielmehr eine Zusammenziehung des Antagonisten zu einer Zeit, in der die Kontraktion des Biceps noch ungeschwächt andauert. Für diese Art der Entstehung sprechen noch weitere Beobachtungen.

König (Wiesbaden).

38) **Watjoff.** Ein Fall von intra-uterinen Frakturen an den Unterarm- und Unterschenkelknochen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 52.)

Es handelt sich um ein neugeborenes Kind, bei welchem Muskelkontrakturen am Hals und den Extremitäten, Biegung der langen, dicken Extremitätenknochen (Humerus, Radius, Femur, Tibia) und symmetrische Brüche der langen dünnen Extremitätenknochen (Ulna und Fibula), die außerdem dislocirt, ohne Callusbildung und ohne Konsolidation waren, vorlagen. W. glaubt, dass entweder die Frakturen Folge eines vom ganzen Uterus auf den Fötus ausgeübten Druckes oder — wofür die vorhandenen Kontrakturen zu sprechen scheinen — durch eine neuropathische intra-uterine Erkrankung des Kindes hervorgerufen seien. Zugleich bestand Syphilis hereditaria.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags- handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21.

Sonnabend, den 29. Mai.

1897.

Inhalt: K. Cramer, Eine operative Behandlungsweise der hydronephrotischen Wanderniere. (Original-Mittheilung.)

1) Lejars, Chirurgische Erkrankungen. — 2) Fürbringer und Freyhan, 3) Ahlfeld, Desinfektion der Hände. — 4) Stolper, Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. — 5) Boenninghaus, Meningitis serosa. — 6) Marcotte, Temporäre Hemikraniektomie. — 7) Garnault, Taubheit. — 8) Scheler, Röntgen-Strahlen in der Rhino- und Laryngologie. — 9) Alexander, Nasenpolypen. — 10) Veis, Lakunäre Erkrankungen der Mandeln. — 11) Magnan, Hypertrophie der Mandeln. — 12) Lindt jun., Direkte Besichtigung der Rachenmandeln. — 13) Mirallié, Gestaltveränderungen der Wirbelsäule. — 14) Panta-leone, Verpflanzung von Schilddrüse.

H. Turner, Über eine technische Vereinfachung in der Herstellung von Gips-Hanf-schienen. — F. Bähr, Zur Technik der Korsettherstellung. (Original-Mittheilungen.)

15) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 16) Joachimsthal, Verbildungen extra-uterin gelagerter Föten. — 17) Solowitschik, Chloroform. — 18) Ritchie, Osteo-malacia carcinomatosa. — 19) Orlow, Arteriennaht. — 20) Borsuk und Wizel, Blut-extravasat im Gehirn. — 21) Rohrbach, Hirnerweichung. — 22) Guranowski, Labyrinth-nekrose. — 23) Anderson, Zur Plastik im Gesicht. — 24) Merkel, Kiefergelenkankylose. — 25) Berger, Osteom des Unterkiefers. — 26) Boccasso, Ranke-neurom des N. hypo-glossus. — 27) Vallas und Séraud, Epitheliom der Parotis. — 28) Brindel, Adenoide Vegetationen. — 29) Poncet, Pseudoaktinomykose. — 30) Kaczanowsky, Bluteyste. — 31) Berchoud und Vallas, Aneurysma der Carotis. — 32) Curchod, Spina bifida. — 33) Calot, Pott'scher Buckel. — 34) Nodet, Retrolingualer Abscess. — 35) Brindel, Kehledekeyste. — 36) Liaras, Glottisödem. — 37) v. Weismayr, Sklerom der Luftwege. — 38) Rosenberg, Kehlkopfpapillome. — 39) Meyer, Adenom der Schilddrüse. — 40) Serapin, Kropfbehandlung. — 41) Bouchard, Pleuritis. — 42) Djémil-Pascha, Pyo-pneumothorax. — 43) Ginstous und Nourrit, Rippen-Pseudarthrose. — 44) Woltersdorf, Hauttuberkulose.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Kölner Bürgerhospitals (Geh.-
Rath Prof. Dr. Bardenheuer).

Eine operative Behandlungsweise der hydronephrotischen Wanderniere.

Von

Dr. K. Cramer, Assistenzarzt.

Die Behandlung der Sacknieren richtet sich bekanntlich nach deren Größe, Form, Inhalt, Lage und Ursache. So ist bei ganz

großen Sacknieren die Herausnahme, die Punktion, die Incision oder eine Anastomosenbildung zwischen Ureter und Nierensack oder zwischen letzterem und der Blase in Anwendung gekommen.

Bei beginnender Hydronephrose der Wanderniere werden bald Massage, bald orthopädische Apparate oder die Fixirung des Organs gute Dienste leisten. Bei großen hydronephrotischen Säcken ist unter den Chirurgen noch keine Einigung bezüglich der Behandlung erzielt. Die Einen plaidiren für die Exstirpation des Sackes, da das Nierengewebe doch untergegangen und die Niere für den Organismus werthlos sei. Die Operation bietet bei großen Säcken durch das Fehlen der umgebenden Fettkapsel und durch die festen Verwachsungen Schwierigkeiten. Aus diesem Grunde wird häufig der einfachen Incision der Vorzug gegeben.

Bardenheuer hat bis vor einigen Jahren die Wandernieren herausgenommen und war mit den Resultaten sehr zufrieden. In einem Falle fehlte indess die andere Niere, trotzdem lebte der Pat. nach der Nephrektomie noch 10 Tage. Seit dieser Zeit sind die Bestrebungen Bardenheuer's dahin gerichtet, den hydronephrotischen Sack zu erhalten, zumal er früher schon stets erstaunt war, wie rasch sich ein enorm großer Sack zusammenzieht, und welche Mengen Urin resp. urinöse Flüssigkeit der dünnwandige Sack, an dem man kein Nierengewebe mehr vermuthet, unter rasch eintretender starker Verdickung seiner Wand liefert, so dass Bardenheuer die Überzeugung hat, dass das Nierengewebe in weitaus den meisten Fällen nach der Aufhebung des intrasaccalen Druckes wieder funktionsfähig wird. Einige Wochen nach der Operation hat dann die Geschwulst wiederum nierenähnliche Form und Gestalt, auch hat sie sich stark verkleinert.

Man muss daher zunächst der Ursache der Hydronephrose nachforschen und diese beseitigen. So wird man verschieden vorgehen, je nachdem es sich um eine Klappenbildung zwischen Ureter und Nierenbecken, Verlegung des Ureterlumens durch Steine, Uretertuberkulose, Becken- oder Blasentumoren oder Ureterschrumpfung und -Obliteration handelt. Eine häufige Ursache ist die Klappenbildung am Ureter. In einem früheren Falle hat Bardenheuer den Ureter an der tiefsten Stelle des Sackes eingenäht und ein sehr günstiges Resultat erzielt. Anfangs entleerte der Sack sehr viel urinöse Flüssigkeit aus der Incisionswunde nach außen, es bildete sich eine Fistel aus, die sich jetzt geschlossen hat. Der Sack ist bis zu einer normalen Nierenform zusammengeschrumpft; der stringente Beweis dafür, dass der Ureter den Urin in die Blase gelangen lässt, ist allerdings nicht gegeben. Wir könnten dies dadurch erreichen, dass wir das Einfließen von Urin in die Blase endoskopisch beobachteten. Indess war hierzu der Pat. nicht zu bewegen. Bei der einfachen Incision hat Bardenheuer nie diesen günstigen Verlauf beobachtet. Ein auf diese Weise Operirter ging nach Monaten an der profusen

Sekretion zu Grunde. In einem anderen Falle konnte man durch sekundäre Herausnahme der Drüse das Leiden heben.

In einem vor ein paar Monaten operirten Falle gelang es Bardenheuer, durch eine einfache plastische Operation ein auffallend gutes Resultat zu erreichen. Ich lasse hier die Krankengeschichte im Auszug folgen:

Fig. 1.

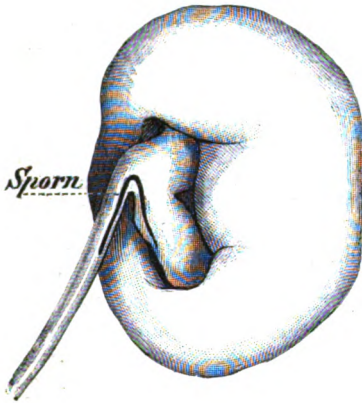


Fig. 2.

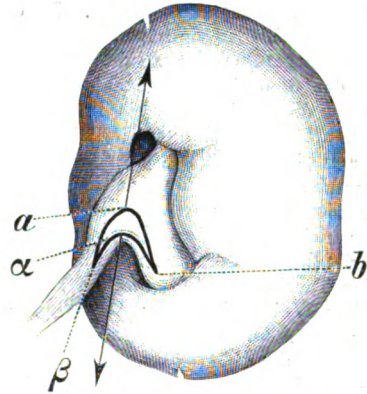


Fig. 3.

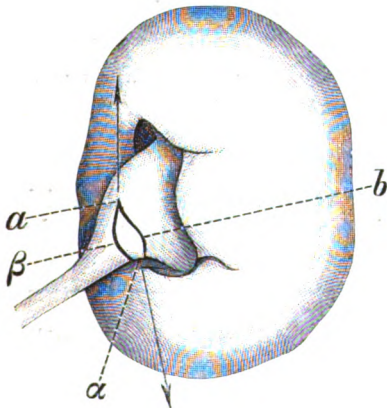
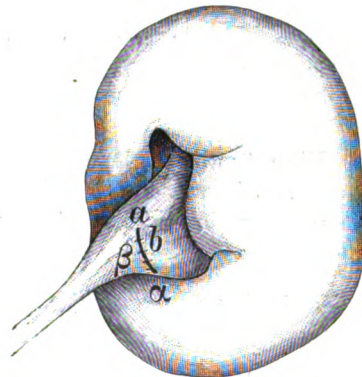


Fig. 4.



Frau X., 32 Jahre alt. Anamnese: Mit 12 Jahren Bleichsucht und Blutsturz. Später nie mehr Husten. 1 Kind (Partus praematurus). Seit 6 Jahren Schmerzen in der rechten Seite (nie in der linken), die bei der Menstruation stärker werden. Häufig fühlte sie sich frei von Beschwerden, doch traten letztere seit ihrer Verheirathung und besonders nach dem Puerperium stärker hervor. Der Urin soll immer klar gewesen sein. Eine Leibbinde wurde ohne Nutzen getragen.

Status: Große, ziemlich magere Dame, mit schlechter Haltung und flachem Thorax. Über Lungen und Herz keinerlei Abnormitäten. Unterhalb des rechten Rippenbogens ist ein beweglicher Nierentumor von fast Zweimännerfaustgröße

deutlich zu fühlen. Diese Nierengeschwulst ist druckschmerzhaft. Urin frei von Eiweiß, Zucker und morphologischen Bestandtheilen. Diagnose: Hydronephrose in einer beweglichen Niere.

Operation am 17. Februar 1896: Chloroformnarkose. Unvollkommener Bardenheuer'scher Thürflügelschnitt. Nach Zurückhalten der Bauchdecken und Aushäulung der Niere aus der Fettkapsel präsentirt sich eine große blaurothe Niere von 30 cm größter Länge. Sie lässt sich leicht vor die Wunde bringen und inspiciern. Die Fettkapsel wird am Nierenbecken nach dem Ureter zu zurückgeschoben. Das Nierenbecken ist starrwandig, erweitert. Im Nierenbecken ist mit Deutlichkeit eine Falte (Sporn) zu sehen und zu fühlen. Derselbe liegt an der unteren Wand des Nierenbeckens da, wo dieses in den Ureter übergeht, und steht senkrecht zum Ureter. In das vergrößerte Nierenbecken durch die Falte hindurch bis in den Anfangstheil des Ureters wird ein Schnitt durch das dicke Gewebe geführt, der an der unteren Grenze des erweiterten Nierenbeckens beginnt, an der dem Ureter benachbarten Seite desselben bis zur Höhe der Falte, dann durch diese hindurch bis in die der Niere zugewandte Seite des Ureters hinein verläuft. Die Wundränder dieses Schnittes werden mit Häkchen, ähnlich wie bei der Heineke-Mikulicz'schen Operation zur Heilung der Pylorusstenose, aus einander gehalten und so genäht, dass die Nahtlinie senkrecht zum angelegten Schnitt steht. Es lässt sich diese Operationsweise schlecht beschreiben, ist aber aus nebenstehenden Figuren leicht ersichtlich. Alsdann wird das Peritoneum parietale von der hinteren Fläche des Abdomens nach oben zu abgelöst und somit eine Tasche zur Aufnahme der Niere gebildet. Letztere wird nach oben in üblicher Weise hinter der Leber unter den Rippenbogen in die präformirte Tasche geschoben und an der 12. Rippe mittels eines durch den unteren Pol gestochenen Katgutfadens befestigt. Die Fettkapsel wird diaphragmaartig um das Nierenbecken herum unter den unteren Pol der Niere gelegt und mit den Wundrändern vernäht. Einlegen eines Jodoformstreifens, Etagen- und Hautnähte.

Der Wundverlauf war ungestört. Am 2. Tage nach der Operation leichtes Fieber. Am 2., 3. und 4. Tage p. op. etwas Urin im Verband. Der drainirende Jodoformstreifen wird allmählich entfernt. In 4 Wochen war die Wunde völlig verheilt, der Urin hellgelb, klar, sauer, frei von Eiweiß und morphologischen Bestandtheilen.

Seit der Operation (Mitte April 1896) hat die früher sehr elende und leistungsunfähige Frau absolut keine Schmerzen mehr gehabt. Die früher fast täglich auftretenden heftigen Nierenkoliken unter Anschwellen der Niere sind nicht mehr wiedergekehrt.

Eine ähnliche Operationsweise ist von C. Fenger beschrieben worden. Sie war Bardenheuer bei Vornahme der oben beschriebenen Operation nicht bekannt.

1) **F. Lejars.** Extrait du traité de chirurgie. Deuxième édition. Tome I. Maladies des tissus. 1) Lymphatiques, muscles, tendons, synoviales tendineuses et bourses séreuses.

2) Nerfs. Tome II.

(Sonderabdruck aus Duplay et Reclus Traité de chirurgie.)
Paris, Masson, 1897.

In den vorliegenden Abtheilungen des Traité de chirurgie werden in zum Theil sehr ausführlicher Weise die Erkrankungen der Lymphgefäße und Lymphdrüsen, der Muskeln, Sehnen und Schleimbeutel abgehandelt. Die Erkrankungen der Sehnenscheiden sind von denen der Sehnen getrennt besprochen. Die Krankheiten der Apo-

neurosen (die Dupuytren'sche Fascienkontraktur, Gummata und Neubildungen) werden nur gestreift. — Es liegt natürlich nicht in dem Rahmen eines kurzen Referats, die Bearbeitungen der verschiedenen Erkrankungen einzeln zu besprechen. — Ich möchte nur darauf hinweisen, dass eine Fülle des Interessanten, auch viel Kasuistik seltener Erkrankungsformen, geboten wird. Besonders ausführlich gehalten sind die Besprechungen der Lymphangitis, der Lymphangiectasien, der verschiedenen Lymphadenitisformen. Aus den übrigen Theilen sind hervorzuheben die Kapitel über Muskelrupturen und Hernien, so wie über die syphilitischen Erkrankungen von Muskeln, Sehnen und Schleimbeuteln. Vermisst habe ich eine Erwähnung angeborener Muskeldefekte, dann gewisse Formen von degenerativer Atrophie der Muskeln, welche entschieden chirurgisches Interesse haben. Insbesondere fehlt völlig eine Besprechung der ischämischen Muskellähmung und Kontraktur.

Im Kapitel der Erkrankungen der Nerven nehmen die Ausführungen über Wunden der Nerven, ihre Folgeerscheinungen und Komplikationen den breitesten Raum ein. Die Eintheilung und Darstellung des Stoffes ist eine klare und übersichtliche. Besonders rühmend ist die sehr eingehende Berücksichtigung der Litteratur, auch der deutschen, hervorzuheben.

F. Krumm (Karlsruhe).

2) Fürbringer und Freyhan. Neue Untersuchungen über die Desinfektion der Hände. (Aus dem städtischen Krankenhaus am Friedrichshain.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 6.)

Verff. beschäftigen sich in ihrer interessanten Arbeit zunächst des eingehenden mit den bisher über die Alkoholdesinfektionsfrage erschienenen Arbeiten. Sie fassen die Resultate dieser dahin zusammen, dass es im Allgemeinen schwer fällt, Keimfreiheit der Hände durch Wasser, Seife, Bürste oder Sand und Ähnliches zu erzielen, dass auch die Zuhilfenahme der gebräuchlichen Antiseptica die Resultate im Großen und Ganzen zwar bessert, aber nicht ganz befriedigend gestaltet, dass aber die Heranziehung des Alkohols *ceteris paribus* eine wesentliche Erleichterung und größere Sicherheit des Erfolges verbürgt. Um die bisher noch nicht erledigte Frage, ob mit Vortheil auf ein dem Alkohol folgendes Antisepticum verzichtet wird, und in welcher Weise die Wirkung des Alkohols zu erklären ist, zum Austrag zu bringen, resp. zu ihrer Klärung beizutragen, haben Verff. eine Reihe neuer Versuche angestellt.

Theils wurde das Ahlfeld'sche Verfahren angewandt, theils die umständlichere Methode der Züchtung in festen Nährböden befolgt. Statt eines Nagels wurde stets die ganze Hand auf den Desinfektionsgrad durch Ausräumen der Unternagelräume und Abkehren der gesammten Hautfläche geprüft.

In Übereinstimmung mit Reinicke, Ahlfeld und Poten ergab sich, dass gegenüber Karbolsäure, Lysol und Sublimat der Alkohol allein geeignet war, gute Resultate zu liefern.

Folgt dem Alkohol noch 1%ige Lysollösung, so ist das Resultat bezüglich des Procentsatzes der Keimfreiheit noch besser. Um den annähernd gleichen Procentsatz von Sterilität bei der Verwendung des Antisepticums vor dem Alkohol zu erzielen, bedurfte es einer längeren Einwirkung des ersteren.

Hinsichtlich der Desinfektion des Nagelschmutzes ergaben sorgfältige, mit beiden Mitteln angestellte Versuche die Superiorität des Sublimats über das Lysol.

Versuche, welche die unmittelbare baktericide Eigenschaft des Alkohols in verschiedenen Konzentrationen prüften, ergaben, dass die stärkste Konzentration des Alkohols das größte antiseptische Vermögen besaß. Ein ausgesprochen baktericides Mittel ist er besonders den Mikroorganismen des Händeschmutzes gegenüber. Immerhin ist 20%ige Sublimatlösung ihm auch in diesem Punkte an sich noch überlegen; doch geschieht die Sterilisierung der Hand mit der Sublimatlösung allein ungleich schwerer, als unter Zuhilfenahme des Alkohols.

Es müssen also nothwendigerweise bei der Alkoholwirkung noch andere Faktoren im Spiele sein.

Verff. erklären die hervorragende hautdesinficirende Fähigkeit des Alkohols nicht durch sie, sondern durch das Zusammenwirken mehrerer Momente, und fassen ihre Meinung folgendermaßen zusammen:

1) Der Alkohol wirkt direkt bakterientödtend.

2) Er bahnt durch seine fettlösende und mit Wasser sich verbindende Eigenschaft sich nicht nur selbst einen Weg, sondern auch den noch folgenden Desinficientien durch Bewerkstelligung der erforderlichen Adhäsion.

3) Er löst die oberflächlichen Hautschuppen mit dem anhaftenden Schmutz einschließlich der Bakterien und schwemmt sie ab.

Was die Dauer der Einwirkung betrifft, so halten die Verff., wenn dem Alkohol ein geeignetes Antisepticum angeschlossen wird, die übliche Seifenwaschung vorausgesetzt, eine je 2 Minuten währende Abreibung mit Gaze oder Flanell fast immer zur Vermeidung von Infektionen für genügend.

Doch sollen unvermeidliche Ausnahmen nicht zum Pessimismus führen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

3) Ahlfeld. Die Heißwasser-Alkohol desinfektion und ihre Einführung in die allgemeine Praxis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 8.)

Die Arbeit bildet eine Ergänzung der früheren Mittheilungen A.'s, fußend auf einem weiteren Jahr praktischer und bakterieller Prüfung der Methode.

A. bemüht sich zunächst, die von Löhlein und Poten gegen seine Methode vorgebrachten Einwände zu entkräften. A.'s Resultate sind so günstige, dass er glaubt, sein Verfahren für den praktischen Arzt und für die Hebamme als bestes empfehlen zu können. 200 Hebammenschülerinnen lernten schnell ihren Finger mittels desselben steril zu machen. Damit dieselbe aber auch Instrumente, Watte und dergleichen vor dem Gebrauch sterilisieren können, hat A. seine früher bereits beschriebene Hebammentasche erheblich modifiziert. Derselben sind 2 Nickelinschalen beigegeben, die eine für den Alkohol (an Stelle also der bisher üblichen 3%igen Karbollösung), die andere für Wasser bestimmt, das durch einen untergesetzten Spiritusapparat rasch erhitzt werden kann.

»Hat die Hebamme zunächst mindestens 5 Minuten lang ihre Hände mit heißem Wasser und Seife gebürstet, die Nägel gehörig geschnitten, die Nagelbetten und den Unternagelraum gereinigt, die Hand mit klarem Wasser abgespült, so beginnt die Alkoholdesinfektion, erst mit der Bürste, die bis dahin im Alkohol lag, dann mit dem Flanell, indem der Finger, der zur Untersuchung benutzt werden soll, ganz besonders durch drehende und stopfende Bewegungen, die den Alkohol unter das Nagelbett treiben, gehörig abgerieben wird.

Nun kann die innere Untersuchung erfolgen, ohne dass die Hand mit etwas Anderem eingefettet zu werden braucht.«

Die sorgfältigere Sterilisation des untersuchenden Fingers hält A. für nothwendig. Auf diese Weise wurde Keimfreiheit des sterilisirten Fingers in 98%, der ganzen Hand in 87% der Fälle erzielt.

Wegen der Feuergefährlichkeit des Alkohols soll die Erhitzung des Wassers stets außerhalb des Wöchnerinnenzimmers, womöglich auf dem Herdfeuer geschehen (leider nicht überall möglich. Ref.).

Damit der Preis des Verfahrens nicht so hoch sei, kann auch denaturirter Spiritus und an Desinfektionskraft allerdings etwas minderwerthiger, auf die Hälfte verdünnter Alkohol benutzt werden.

Ferner bedarf es wegen der Eintrocknung der Haut durch den Alkohol der Behandlung derselben mit Seifenkresol bei Einführung der ganzen Hand.

(Ref. glaubte im Vorstehenden Einzelnes aus den A.'schen Mittheilungen ausführlicher wiedergeben zu sollen, da ja nicht nur für geburtshilfliche, sondern auch für chirurgisch-gynäkologische Zwecke das Verfahren in Betracht gezogen werden könnte. Freilich dürfte hier wohl auf jeden Fall aus auf der Hand liegenden Gründen die Fürbringer'sche Methode der Anwendung eines Desinficiens nach dem Alkohol dem A.'schen Verfahren vorzuziehen sein.)

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

4) P. Stolper. Die Geistesstörung in Folge von Kopfverletzung.

(Sonder-Abdr. aus der Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen, 3. F. Bd. XIII. Hft. 1.)

Verf. bespricht mit eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur die Frage vom Zusammenhang von Kopfverletzungen und Geistesstörungen und stützt sich dabei besonders auf das reiche Material des Knappschafts-Lazarets zu Königshütte O.-S. Von 1886—1895 kamen in demselben 981 Kopfverletzungen (exkl. Augen) und 888 Augenverletzungen zur Beobachtung. Auf die 981 Kopfverletzungen entfallen 12 Geistesstörungen, die als Folge der Verletzung anzusehen sind ($= 1,22\%$); auf die 888 Augenverletzungen kein Fall von Geistesstörung. Bei 11 der 12 Geistesgestörten hatte es sich um eine schwere Verletzung gehandelt. Berechnet man das Verhältnis von schweren Schädelverletzungen und Seelenstörungen, so kamen die letzteren in 8% der ersteren vor.

S. theilt die in Frage kommenden Geistesstörungen nach Schüle in primär-traumatisches und sekundär-traumatisches Irresein. Die Fälle von ersterem sind bisher nicht häufig beschrieben worden; immerhin gehören 9 der vom Verf. zusammengestellten Fälle hierher. Bei sämtlichen 9 Pat. handelte es sich um heftige Gewalteinwirkungen. Die Geistesstörung dauerte höchstens einige Wochen, ließ aber bisweilen einen Intelligenzdefekt zurück.

Die sekundär-traumatischen Psychosen werden vom Verf. in 4 Gruppen getheilt: 1) unkomplizierte, reine Formen des mittelbar nach Kopfverletzung auftretenden Irreseins. 2) Geistesstörung in Folge von Geschwülsten traumatischen Ursprungs im Schädelinnern. 3) Reflexpsychosen. 4) Psychosen in Begleitung, meist im Gefolge von traumatischer Epilepsie und Hysterie.

In Bezug auf die erste Gruppe ist zu bemerken, dass in der Regel leicht angedeutete Symptome geistiger Schwäche zum Ausbruch der eigentlichen Störung überleiten. Verf. illustriert diese Kategorie durch Beobachtungen aus dem Knappschafts-Lazarett. Für die zweite Form: Psychose nach traumatischer Hirngeschwulst, giebt er ebenfalls ein interessantes Beispiel eigener Beobachtung: Nach einem heftigen Schlag auf die linke Kopfseite trat Kopfschmerz, Vergesslichkeit und zunehmende Verblödung auf. Tod 3 Monate nach dem Unfall. Bei der Autopsie fand sich in der Rinde der linken Hemisphäre, also auf der Seite, die den Schlag empfangen hatte, ein hühnereigroßes Rundzellensarkom. Die von Köppe beschriebene Reflexpsychose, durch den Reiz peripherischer Narben ausgelöst, wurde von Verf. nicht beobachtet. Das Irresein nach traumatischer Epilepsie wurde ebenfalls nicht in typischer Form beobachtet. Bei zwei allfällig hierher gehörenden Fällen traten Epilepsie und Schwachsinn gleichzeitig auf.

Die Wichtigkeit des behandelten Gegenstandes tritt hauptsächlich bei der Beurtheilung von Unfallsfolgen zu Tage. Wenn auch ein

bis dahin völlig »rüstiges« Gehirn, wie Verf. mit Recht bemerkt, durch eine geringfügige Kopfverletzung in seinen seelischen Funktionen nicht so leicht gestört wird, so dürfen andererseits bei der Begutachtung der Folgen schwerer Kopfverletzungen die bisweilen erst spät auftretenden Psychosen nicht außer Acht gelassen werden.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

5) G. Boenninghaus. Die Meningitis serosa acuta.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1897.

Mit dankenswerther Sorgfalt hat B. in dieser Arbeit zusammengestellt und gesichtet, was an einschlägigen Thatsachen über diese seltene Erkrankung zu finden war. Veranlassung wurde ihm ein selbstbeobachteter Fall, in welchem er, statt den vermutheten otitischen Hirnabscess zu eröffnen, sich mit der Punktion des Seitenventrikels begnügen musste und dadurch volle Heilung erzielte. Daraus kam B. zur Überzeugung, dass es sich um eine Meningitis serosa gehandelt habe, wie sie von Billroth zuerst genannt und weiterhin besonders von Huguenin und Quincke beschrieben war. Eine kritische Durchmusterung der Litteratur ergab ein Material von 27 einwandfreien Fällen, die mit dem einen selbstbeobachteten die Unterlage der vorliegenden Studie sind. Die Ergebnisse sind kurz folgende.

Der sog. idiopathische akute Hydrocephalus, der also nicht sekundär in Folge von Stauung — etwa bei Herzkrankheiten, Halsgeschwülsten, Sinusthrombose oder allgemeiner Hydrämie — entsteht, ist stets ein exsudativer, niemals ein transsudativer Vorgang. Die für die letztere Ansicht angezogenen Annahmen sind nicht stichhaltig: weder eine fluxionäre Hyperämie noch eine verstärkte Herzaktion können nach anatomischen und physiologischen Gesetzen eine Vermehrung der Flüssigkeit im Schädel bedingen. Vielmehr kommt diese Flüssigkeitsvermehrung nur auf entzündlichem Wege zu Stande in Folge einer Meningitis, und zwar einer Meningitis serosa. Das entzündliche Exsudat ist klar, rein serös und nicht eitrig, weil entweder der Tod zu rasch eintrat, als dass es so weit hätte kommen können, oder weil das Exsudat von vorn herein nicht dazu neigte.

Pathologisch-anatomisch handelt es sich um 2 auch klinisch wichtige Formen: bei der ersten, der Meningoencephalitis ser. ac., sind Hirn und Meninges serös durchtränkt, die Ventrikel absolut oder relativ frei; bei der zweiten, der Mening. serosa interna ac., sind Hirn und Meninges, wenn überhaupt, nur wenig entzündet, hingegen die Ventrikel durch seröses Exsudat mehr oder weniger ausgedehnt. Eine Sonderstellung nehmen jene seltenen, stürmisch verlaufenden Fälle ein, wo die Sektion nur allgemeine hochgradige Hyperämie ohne wesentliche Exsudation erkennen lässt. Sie sind aufzufassen als das erste, sehr stark ausgesprochene Stadium einer Entzündung und wahrscheinlich die Wirkung höchst aktiver Toxine.

4) P. Stolper. Die Geistesstörung in Folge von Kopfverletzung.

(Sonder-Abdr. aus der Vierteljahrschrift für gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen, 3. F. Bd. XIII. Hft. 1.)

Verf. bespricht mit eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur die Frage vom Zusammenhang von Kopfverletzungen und Geistesstörungen und stützt sich dabei besonders auf das reiche Material des Knappschafts-Lazarets zu Königshütte O.-S. Von 1886—1895 kamen in demselben 981 Kopfverletzungen (exkl. Augen) und 888 Augenverletzungen zur Beobachtung. Auf die 981 Kopfverletzungen entfallen 12 Geistesstörungen, die als Folge der Verletzung anzusehen sind ($= 1,22\%$); auf die 888 Augenverletzungen kein Fall von Geistesstörung. Bei 11 der 12 Geistesgestörten hatte es sich um eine schwere Verletzung gehandelt. Berechnet man das Verhältnis von schweren Schädelverletzungen und Seelenstörungen, so kamen die letzteren in 8% der ersteren vor.

S. theilt die in Frage kommenden Geistesstörungen nach Schüle in primär-traumatisches und sekundär-traumatisches Irresein. Die Fälle von ersterem sind bisher nicht häufig beschrieben worden; immerhin gehören 9 der vom Verf. zusammengestellten Fälle hierher. Bei sämtlichen 9 Pat. handelte es sich um heftige Gewalteinwirkungen. Die Geistesstörung dauerte höchstens einige Wochen, ließ aber bisweilen einen Intelligenzdefekt zurück.

Die sekundär-traumatischen Psychosen werden vom Verf. in 4 Gruppen getheilt: 1) unkomplizierte, reine Formen des mittelbar nach Kopfverletzung auftretenden Irreseins. 2) Geistesstörung in Folge von Geschwülsten traumatischen Ursprungs im Schädelinnern. 3) Reflexpsychosen. 4) Psychosen in Begleitung, meist im Gefolge von traumatischer Epilepsie und Hysterie.

In Bezug auf die erste Gruppe ist zu bemerken, dass in der Regel leicht angedeutete Symptome geistiger Schwäche zum Ausbruch der eigentlichen Störung überleiten. Verf. illustriert diese Kategorie durch Beobachtungen aus dem Knappschafts-Lazarett. Für die zweite Form: Psychose nach traumatischer Hirngeschwulst, giebt er ebenfalls ein interessantes Beispiel eigener Beobachtung: Nach einem heftigen Schlag auf die linke Kopfseite trat Kopfschmerz, Vergesslichkeit und zunehmende Verblödung auf. Tod 3 Monate nach dem Unfall. Bei der Autopsie fand sich in der Rinde der linken Hemisphäre, also auf der Seite, die den Schlag empfangen hatte, ein hühnereigroßes Rundzellensarkom. Die von Köppe beschriebene Reflexpsychose, durch den Reiz peripherischer Narben ausgelöst, wurde von Verf. nicht beobachtet. Das Irresein nach traumatischer Epilepsie wurde ebenfalls nicht in typischer Form beobachtet. Bei zwei allfällig hierher gehörenden Fällen traten Epilepsie und Schwachsinn gleichzeitig auf.

Die Wichtigkeit des behandelten Gegenstandes tritt hauptsächlich bei der Beurtheilung von Unfallsfolgen zu Tage. Wenn auch ein

bis dahin völlig »rüstiges« Gehirn, wie Verf. mit Recht bemerkt, durch eine geringfügige Kopfverletzung in seinen seelischen Funktionen nicht so leicht gestört wird, so dürfen andererseits bei der Begutachtung der Folgen schwerer Kopfverletzungen die bisweilen erst spät auftretenden Psychosen nicht außer Acht gelassen werden.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

5) G. Boenninghaus. Die Meningitis serosa acuta.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1897.

Mit dankenswerther Sorgfalt hat B. in dieser Arbeit zusammengestellt und gesichtet, was an einschlägigen Thatsachen über diese seltene Erkrankung zu finden war. Veranlassung wurde ihm ein selbstbeobachteter Fall, in welchem er, statt den vermutheten otitischen Hirnabscess zu eröffnen, sich mit der Punktion des Seitenventrikels begnügen musste und dadurch volle Heilung erzielte. Daraus kam B. zur Überzeugung, dass es sich um eine Meningitis serosa gehandelt habe, wie sie von Billroth zuerst genannt und weiterhin besonders von Huguenin und Quincke beschrieben war. Eine kritische Durchmusterung der Litteratur ergab ein Material von 27 einwandfreien Fällen, die mit dem einen selbstbeobachteten die Unterlage der vorliegenden Studie sind. Die Ergebnisse sind kurz folgende.

Der sog. idiopathische akute Hydrocephalus, der also nicht sekundär in Folge von Stauung — etwa bei Herzkrankheiten, Halsgeschwülsten, Sinusthrombose oder allgemeiner Hydrämie — entsteht, ist stets ein exsudativer, niemals ein transsudativer Vorgang. Die für die letztere Ansicht angezogenen Annahmen sind nicht stichhaltig: weder eine fluxionäre Hyperämie noch eine verstärkte Herzaktion können nach anatomischen und physiologischen Gesetzen eine Vermehrung der Flüssigkeit im Schädel bedingen. Vielmehr kommt diese Flüssigkeitsvermehrung nur auf entzündlichem Wege zu Stande in Folge einer Meningitis, und zwar einer Meningitis serosa. Das entzündliche Exsudat ist klar, rein serös und nicht eitrig, weil entweder der Tod zu rasch eintrat, als dass es so weit hätte kommen können, oder weil das Exsudat von vorn herein nicht dazu neigte.

Pathologisch-anatomisch handelt es sich um 2 auch klinisch wichtige Formen: bei der ersten, der Meningoencephalitis ser. ac., sind Hirn und Meningen serös durchtränkt, die Ventrikel absolut oder relativ frei; bei der zweiten, der Mening. serosa interna ac., sind Hirn und Meningen, wenn überhaupt, nur wenig entzündet, hingegen die Ventrikel durch seröses Exsudat mehr oder weniger ausgedehnt. Eine Sonderstellung nehmen jene seltenen, stürmisch verlaufenden Fälle ein, wo die Sektion nur allgemeine hochgradige Hyperämie ohne wesentliche Exsudation erkennen lässt. Sie sind aufzufassen als das erste, sehr stark ausgesprochene Stadium einer Entzündung und wahrscheinlich die Wirkung höchst aktiver Toxine.

Entsprechend der klinischen Dignität behandelt B. besonders eingehend die Mening. ser. interna; sie entwickelt sich nicht gleich primär im Ventrikel, sondern beginnt in den äußeren weichen Hirnhäuten, folgt den Einsenkungen der Pia in die Telae choroideae und endet in den Kapillarschlingen der Plexus chorioidei und führt hier zu einem Erguss in den Ventrikel. Der Erguss selbst kann sich nun wieder den Abfluss in den Subarachnoidealraum verlegen dadurch, dass er automatisch die Abflussvorrichtungen des Aqueductus Sylvii im 3. Ventrikel und der Foramina Magendi und Luschkae im 4. Ventrikel komprimiert.

Diese Form der Meningitis ist im Gegensatz zu der ersteren, die als ganz virulente Form der Mening. pur. anzusehen ist, ausgezeichnet durch eine gewisse Gutartigkeit; sie hat einen protrahierten Verlauf, kann durch Gehirnkompensation tödlich enden, doch auch in Genesung übergehen. Leider ist es zur Zeit nicht möglich, am Krankenbett die Krankheiten unter sich und unter den beiden anderen Formen der Meningitis, der eitrigen und der tuberkulösen, so wie von Gehirnabscess und -geschwulst zu differenzieren. Bei der gutartigen Form ist allein aus dem Ausgang, und zwar aus dem unerwartet, oft schnell über Nacht kommenden günstigen Verlauf die Diagnose zu stellen. Unter diesen Umständen, hebt B. mit Recht hervor, muss man mit der Diagnose besonders vorsichtig sein und sie nicht zur »Modedialyse« werden lassen.

Die Diagnose ist unzweifelhaft in den (7) Fällen, wo mit der operativen Entleerung von Cerebrospinalflüssigkeit wie mit einem Schläge dauernd die bedrohlichsten Hinerscheinungen schwinden, sie ist zweifelhaft in einigen Fällen von günstigem, aber weniger eklatantem Ausgang und in manchen (9) Fällen ist sie nur durch die Autopsie zu gewinnen.

Praktisch ergibt sich daraus die Regel, bei der Diagnose einer Meningitis pur. oder tub. von Gehirnabscess oder -geschwulst stets auch die Möglichkeit einer Mening. serosa zu berücksichtigen und ev. die Punktion zu machen: bei Kindern mit noch offenen Nähten oder bei schon trepanirtem Schädel die Ventrikelpunktion ev. die einfache Eröffnung der cerebralen Dura, sonst die Lumbalpunktion; diese wird genügen, falls der Ventrikelerguss nicht abgeschlossen ist. Die Technik wird von B. des Genaueren geschildert.

Nach einigen inhaltsreichen Bemerkungen über das Wesen der Meningitis serosa chronica schließt B. seine Arbeit mit einer exakten Wiedergabe der bekannt gewordenen einwurfsfreien Fälle.

G. Zimmermann (Dresden).

6) Marcotte. De l'Hémicraniectomie temporaire de Doyen.

(Arch. prov. de chir. 1897. No. 1.)

Auszug aus der These des Verf., giebt die von Doyen aufgestellten Grundsätze wieder (cf. Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 6. p. 128, Doyen, La Chirurgie du cerveau, Méd. moderne 1895.

No. 89). Der erste Theil schildert das von Doyen benutzte Instrumentarium für Hand- wie elektrischen Antrieb unter Beifügung einer Reihe von Abbildungen; im zweiten Abschnitt werden allgemeine technische Regeln gegeben, speciell die einzelnen Schnittführungen an einer Anzahl von Skizzen illustriert; dann wird das Vorgehen Doyen's bei intracraniellen Eingriffen, Geschwülsten und Abscessen des Gehirns, bei Jackson'scher und essentieller Epilepsie, bei Mikrocephalie und Idiotie erläutert. Zum Schluss werden Modificationen der Schnitt- resp. Sägeföhrung zur Freilegung des vorderen Theiles der Basis cranii durch temporäre Resektion eines großen Stirnlappens, des Weiteren zur Resektion des Ganglion Gasseri, zur Trepanation des Magenfortsatzes und zur Freilegung des lateralen Sinus, des Occipitallappens und des Kleinhirns angegeben. Bezüglich der Details muss auf die Arbeiten von Doyen und die vorliegende verwiesen werden.

Bachmann (Breslau).

7) **Garnault.** Le traitement chirurgical de la surdit .

(M d. moderne 1896. No. 105.)

Auf Grund seiner Erfahrungen, deren einige näher angeführt werden, empfiehlt G. dringend, in allen Fällen von Zerstörung des Schalleitungsapparates nach chronischen Ohrleiden, die durch den dauernd negativen Ausfall des Rinne'schen Versuches erkennbar sind, durch Entleerung der Paukenhöhle eine Besserung anzustreben. Er macht sich durch Eröffnung des Gehörganges von hinten her die Höhle zugängig und schabt dann dieselbe sorgfältig aus, unter vorsichtiger Schonung des Steigbügels. Eine Eröffnung des ovalen Fensters ergibt keine dauernde Besserung, setzt aber die Gefahr der Infektion des Innenohres. Das Trommelfell wird größtentheils abgetragen, um neue Verwachsung zu verb uten. In nicht operirten Fällen gab Massage nach Lucae bessere Resultate als die Luftdusche.

Roesing (Hamburg).

8) **M. Scheier.**  ber die Verwerthung der Röntgen-Strahlen in der Rhino- und Laryngologie.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 1.)

Bei Anwendung der Röntgen-Strahlen auf die Nase fand Verf. den vorderen knorpligen Theil der Nase fast vollkommen durchsichtig, eine Metallsonde, ins Nasenloch eingeführt, war 5—6 cm weit nach hinten deutlich sichtbar. In die Nasenhöhle eingeführte Fremdkörper waren je nach ihrer Natur mehr oder minder deutlich sichtbar, z. B. Obstkerne nur schwach, Glasperlen sehr deutlich. Von den Nebenhöhlen markirte sich auf der photographischen Platte die Stirnhöhle sehr scharf als helles, fast rechtwinkliges Dreieck, weniger scharf die Oberkieferhöhle. Bei einigen Personen mit Oberkieferh hlenerweiterung erschien die kranke Seite etwas dunkler, nach Ausspritzung des Eiters war dann die betreffende Stelle im Schattenbild

etwas heller. Gleichwohl möchte Verf. diese Erscheinung diagnostisch nicht allzu hoch veranschlagen, da er auch bei Gesunden zuweilen Differenzen im Schattenbild der beiden Kieferhöhlen fand. Auch die Keilbeinhöhle giebt sich mitunter als etwas hellerer Schatten inmitten tiefdunkler zu erkennen. In einem Falle wurde die nutzlose Eröffnung der Stirnhöhle Behufs Entfernung eines darin vermutheten Geschosses durch die vorhergehende Durchleuchtung vermieden, indem sich zeigte, dass das Geschoss in der Gegend des Felsenbeines saß.

Auch die Durchleuchtung des Kehlkopfes eignet sich vornehmlich zur Feststellung der Anwesenheit von Fremdkörpern in demselben. Der Kehlkopfknochen ist nicht vollkommen durchlässig für die X-Strahlen. Wegen der langen Expositionszeit, die der Kehlkopf erfordert, ist vorläufig seine Beobachtung mit dem Fluoreszenzschirm vorzuziehen. Verf. erwartet von der Entdeckung Röntgen's noch große Vortheile für die Rhinolaryngologie. **Telchmann** (Berlin).

9) **A. Alexander.** Die Nasenpolypen in ihren Beziehungen zu den Empyemen der Nasennebenhöhlen.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

An dem großen Material der Berliner Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenranke hat Verf. die zur Zeit wohl aktuellste Frage der Rhinologie von der Natur und Ursache der Nasenpolypen, insbesondere ihr Verhältnis zu Nebenhöhlenerkrankungen, einer eben so gründlichen wie dankbaren Bearbeitung unterzogen. Das statistische Ergebnis derselben ist, dass unter 149 Pat., in deren Nase sich Polypen fanden, 69 überhaupt keine Nebenhöhlenerkrankung zeigten. Bei den übrigen 80 war am häufigsten (57mal) die Kieferhöhle erkrankt, dann kamen der Häufigkeit nach die Siebbeinzelleneiterungen (8mal), die Keilbeinhöhlenempyeme (5mal) und nur 1mal eine Stirnhöhleneiterung. In 9 Fällen bestand eine kombinierte Eiterung. Verf. betont ferner, kaum jemals Nasenpolypen bei Nebenhöhleneiterung gesehen zu haben, wo nicht die Eiterung nachweislich mindestens 1 Jahr lang bestand. Unter 170 Empyemfällen wiesen nur 45 Nasenpolypen auf. Wenn er demnach die Nasenpolypen als Produkt einer chronischen Entzündung und Cirkulationsstörung in der Nasenschleimhaut auffasst, so nähert er sich damit erfreulicherweise den allgemeinen pathologisch-anatomischen Anschauungen, wie er überhaupt in Bezug auf pathologische Anatomie und Histologie der Nase eine Sonderstellung zuzuweisen nicht geneigt ist. Er begegnet sich hierin mit Hajek, dessen letzte Arbeit über pathologische Veränderungen in den Siebbeinknochen bei Nasenpolypen sich in gleicher Richtung bewegt. **Telchmann** (Berlin).

10) J. Veis. Über fossuläre (lakunäre) Erkrankungen des Tonsillengewebes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 1.)

Verf. konstatirt, dass Erkrankungen der Fossulae lacunares der Mandeln bei manchen Krankheitszuständen gefunden wurden, die man früher als »nervös« angesehen habe. Er beginnt die Schilderung der Pathologie der Tonsillarlakunen mit der Angina follicularis acuta, die besser Ang. lacunaris genannt werden sollte, da der wesentliche Vorgang sich in den Krypten und nicht in den Follikeln abspielt. Sie ist eine Infektionskrankheit. Die Erkältung wirkt durch Schwächung der Resistenz des Gewebes, sei es durch lokale, sei es durch Fernwirkung. Die typische Ang. lacunaris, die nach Nasenoperationen, speciell galvanokaustischen Manipulationen entsteht, glaubt V. bedingt durch das Herabfließen des scharfen Sekrets. Spülungen und Gurgeln sind von gutem prophylaktischem Werth. Die Disposition, die für diese Erkrankung besteht, kann plötzlich schwinden, oft mit Beginn der Pubertät. Fälle, bei denen hinterher Nephritis oder Lähmungen auftreten, zählt V. der Diphtherie zu. Heymann glaubt den Verlauf der Angina durch Chinin- und Antipyringaben in großen Dosen beschleunigen zu können. Die chronische Form setzt mancherlei Beschwerden, die vielfach in den Kehlkopf lokalisiert werden. Sie verursacht oft das Knollengefühl und bewirkt Reflexerscheinungen, wie Nieskrämpfe und Husten, die durch zweckentsprechende Therapie sofort beseitigt werden. Seltener entstehen von den Tonsillen aus Trigeminusneuralgien und Asthma bronchiale. Nach Moritz Schmidt sitzen die Pfröpfe oft ausschließlich in der Spitze der Mandeln, so dass man das Leiden nur erkennt, wenn man die Mandeln mittels Häkchen hervorzieht. Die chronische lakunäre Angina entsteht aus Residuen der akuten oder durch häufig wiederkehrende geringere Entzündungsprocesse. Die Behandlung besteht am zweckmäßigsten in der namentlich von Moritz Schmidt eingebürgerten Schlitzung der Tonsillen mit einem kleinen, rechtwinklig gebogenen Häkchen. Dadurch werden die Lakunen in offene Kanäle verwandelt und die Tonsillen zum Theil narbig verändert. Die schmerzlose Behandlung wird in 5—6 Sitzungen wiederholt. Stark hyperplastische Mandeln sind zu exstirpieren.

Eine seltenere Erkrankung der Mandeln ist die Pharyngomykosis leptothricia, die schon mit amyloider Degeneration der Tonsillen und mit Bildung von Kalkkonkrementen verwechselt wurde. Sie macht oft lebhafteste Beschwerden, Kitzel, Trockenheit, Hustenreiz, ev. Allgemeinerscheinungen. Sie kommt meistens im 2. und 3. Lebensdecennium vor. Charakteristisch sind schwefelgelbe Auflagerungen, die über die Oberfläche hervor und in die Tiefe hinein ragen. Die Ausdehnung kann eine sehr beträchtliche sein, bis in den Kehlkopf hinab und oben bis ins Cavum pharyngo-nasale. Die pathologischen Massen bestehen nach Heryng aus vielfach geschichtetem Plattenepithel,

das vielfach zerfallen und kernlos ist. Oft sind ihnen stark lichtbrechende Körner eingelagert; eine gelbliche Masse umlagert das Epithel. In ihr findet sich der *Leptothrix buccalis*, der sich auf Zusatz von Lugol'scher Lösung violett färbt. Das Mandelgewebe ist frei von entzündlichen Erscheinungen. Die Krankheitsherde können außer in den Lakunen auch oberflächlich oder tiefer in der Substanz der Tonsillen selbst sitzen. In den tieferen Partien dieser verhornten Herde findet sich das Bacterium nicht. Siebenmann bezeichnet die Krankheit als *Hyperkeratosis lacunaris*. Verf. glaubt an einen Zusammenhang zwischen ihr und ausgebreiteter Zahncaries. Die Erkrankung heilt von selbst, ist aber oft sehr langwierig, dauert Jahre. Die Therapie besteht in Darreichung von Gurgelwässern, ev. Ätzungen mit Chemikalien oder dem Thermokauter, in schwierigen Fällen in der Tonsillektomie. V. ergänzt seine Beobachtungen durch Hinzufügen von 3 einschlägigen Fällen. Das ganze Gebiet der Tonsillenerkrankungen ist klar und anschaulich behandelt.

E. Siegel (Frankfurt a./M.).

11) M. Magnan. De l'hypertrophie des amygdales.

(Revue de laryngol. 1897. No. 11 u. 12.)

Eine klinisch-therapeutische Studie aus der Schule Moure's, welche sich bei aller Anerkennung der Wichtigkeit dieser Affektion doch von den Übertreibungen frei hält, denen man bei neueren Autoren über dieses vielbearbeitete Gebiet häufig begegnet. Bedenken sind nur über die außerordentliche Bevorzugung der galvanokaustischen Schlinge zur Abtragung der hypertrophischen Tonsille gegenüber dem Tonsillotom zu äußern. Wenn man auch bei Erwachsenen, wo die Tonsillen schon fibröse Umwandlung erfahren haben können, zur Vermeidung stärkerer Blutung vielleicht die Glüh-schlinge vorziehen wird, so erscheinen doch die kleinen Mängel dieses Verfahrens (Nothwendigkeit mehrerer Assistenten, Heftigkeit der nachfolgenden Reaktion) nicht genügend betont, während die wirklichen oder angeblichen Nachtheile und Gefahren des Tonsillotoms mit fast komischem Eifer hervorgekehrt werden. Auch die Discussion der Mandeln kommt nicht zu ihrem vollen Recht, und wenn Verf. angiebt, dass dieses Verfahren mehr und mehr durch die Zerstückelung der Mandel verdrängt werde, so ist dies wenigstens bei uns in Deutschland nicht der Fall.

Telchmann (Berlin).

12) W. Lindt jun. Die direkte Besichtigung und Behandlung der Gegend der Tonsilla pharyngea und der Plica salpingopharyngea in ihrem obersten Theil.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 1.)

Zur Untersuchung des Nasen-Rachenraumes ohne Spiegel hat Verf. in Anlehnung an frühere Versuche Zaufal's einen Gaumenhaken konstruirt, mit welchem er das Gaumensegel nach vorn und oben

stark anhebt, um dann bei stark rückwärts geneigtem Kopfe des Pat. ohne Niederdrücken der Zunge direkt in den Nasen-Rachenraum einzusehen. Er bringt sich auf diese Weise die Gegend des Recessus medius und der Rachenmandel, oft bis an deren vorderen Rand, bei Erwachsenen mit zurückgebildeter Rachenmandel auch die Rosenmüller'schen Gruben, nur selten die Tubenöffnungen zu Gesicht, und macht sie therapeutischen Eingriffen mit geraden Instrumenten und unter Leitung des Auges zugänglich. Von der kürzlich durch Katzenstein veröffentlichten Art der direkten Besichtigung des Nasen-Rachenraumes unterscheidet sich das Verfahren L.'s vor Allem dadurch, dass der Pat. nicht die Rückenlage mit herabhängendem Kopfe einzunehmen braucht.

Telchmann (Berlin).

13) Ch. Mirallié. Des déviations du rachis en neuropathologie.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5. u. 6.)

In einer vornehmlich litterarischen, aber auch durch eigene Untersuchungen von Fällen aus der Kirrmisson'schen Praxis ergänzten Studie verfolgt der Autor den Einfluss, welchen die einzelnen Krankheitstypen des centralen und peripheren Nervensystems auf die Gestalt und Richtung der Wirbelsäule ausüben. Wenn wir hier die minder bedeutsamen Krankheitsbilder übergehen, kommen die Gehirnaffektionen außer Betracht, weil bei ihnen der Einfluss auf die Gestaltung der Wirbelsäule nur von sekundärer Bedeutung ist; anders dagegen bei den Rückenmarkserkrankungen, bei denen die Wirbelsäulenveränderung zuweilen zur Charakteristik gehört. Bei der Kinderlähmung findet sie sich ziemlich häufig, meist in Form habitueller Skoliose, aber nur selten zu einer wirklichen Deformität auswachsend. Jedoch auch Lordosen und sogar Kyphosen kommen vor. Die Seite, wohin sich die Konvexität richtet, ist nach den Messner-Kirrmisson'schen Untersuchungen bekanntlich verschieden: unter 17 Fällen war sie 14 mal nach der gesunden Seite, 3 mal nach der kranken hin gewendet. Sie macht sich in der Regel erst spät geltend, wenn die Ungleichheit der Glieder sie bewirkt, indess können bei ihrer Entstehung auch Muskelkontrakturen, -retraktionen und -lähmungen und trophische Störungen der Wirbel selbst, wie in einer einwandfreien Beobachtung, Schuld tragen.

Im Anschluss daran bespricht der Autor die Skoliose aus ungleicher Länge der Beine überhaupt, welche häufig als Typus der Wirbelsäulenverkrümmung im späteren Wachstumsalter aufgefasst wird, was aber nach den Untersuchungen von Kirrmisson nichts weniger als regelmäßig zutrifft. Bei der Friedreich'schen Krankheit ist die Wirbelsäulenverkrümmung, auf mangelnder Widerstandskraft der Spinalmuskeln beruhend, ein wichtiges Kennzeichen; in 78 Krankenbeschreibungen ist sie 40 mal aufgeführt, kommt aber wahrscheinlich noch häufiger vor. In der Regel 2—5 Jahre nach dem

Auftreten der ersten Symptome beginnend, kann sie denselben aber auch um Jahre vorausgehen. In der Form der gewöhnlichen Skoliose erscheint sie in einem Drittel der Fälle, und dann meist mit der Konvexität der Brustwirbel nach rechts. Bei der Tabes entsteht eine echte Wirbelsäulendeformität nur auf der Basis der Osteoarthropathie bew. Wirbelfraktur, wie sie Krönig — nicht König, wie er im Original genannt wird — beschrieben hat; in anderer Form kommt sie symptomatologisch dabei nicht in Betracht. Für die Syringomyelie ist die Verkrümmung der Wirbelsäule ein Kennzeichen von fast pathognostischer Bedeutung, meist in der Form der Skoliose in der Dorsalregion, ziemlich häufig auch als Kyphose in der Cervikalportion, sehr selten als Lordose. Ist die Affektion einseitig zunächst oder besonders stark ausgesprochen, so scheint die dorsale Konvexität einer Skoliose sich nach dieser Seite besonders zu richten; meist hat der Autor in diesen Fällen auch eine Kyphose gesehen. Die Zeit, in der sie sich entwickelt, ist in Bezug auf das Auftreten der syringomyelischen Symptome sehr verschieden; auch die subjektiven Beschwerden sind sehr verschieden; meist bildet sie sich schleichend heraus. Nach Charcot beruht sie auf trophischen Störungen. Von peripheren Nervenerkrankungen kommt die Morvan'sche Krankheit, die Neuritis interstitialis hypertrophica progressiva der Jugend, vor Allem aber die Ischias in Betracht, bei der die Skoliose nahezu konstant ist. Für die Richtung derselben geht aus einer Zusammenstellung von 82 Fällen hervor, dass sie 74mal gekreuzt, 5mal homolog und 3mal alternierend gefunden wurde.

Unter den Myopathien ist der Hauptrepräsentant die progressive Muskelatrophie, bei welcher neben der bekannten typischen starken Lordose die Skoliose ausnahmsweise auch vorkommen kann. Auf trophischer Basis beruht die Deviation der Wirbelsäule bei der Akromegalie und der ihr verwandten Osteoarthropathia hypertrophica cystosa. Die bei ihnen gewöhnliche Kyphose sitzt bei ersterer mehr in der cervicodorsalen, bei letzterer mehr in der unteren Dorsalgegend. Bei der Paget'schen Krankheit giebt die Kyphose in der gewöhnlich oberen Dorsalgegend zusammen mit der Steifigkeit der übrigen Wirbel den scheinbar zu lang herabreichenden Armen eine affenähnliche Geltung. Auch bei Myxödem ist häufig die Wirbelsäule verkrümmt. Von Neurosen spielt die Hysterie eine gewisse Rolle, und hierher gehört auch die neuropathische Skoliose bei Heranwachsenden. Bezüglich der ersteren erscheinen die Ausführungen des Autors stellenweise nicht sehr treffend. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um die Skoliose. Ihre Entstehung soll gewöhnlich auf ein Trauma zurückgehen, nach welchem sie sich bald oder längere Zeit entwickeln soll. Doch kommt sie auch ganz spontan, ohne irgend welche Veranlassung, wie in einer eigenen Beobachtung, vor. Sie unterscheidet sich von den gewöhnlichen Skoliosen dadurch, dass sie einen sehr großen Theil der Wirbelsäule in Anspruch nimmt, durch die Spannung, in welcher die Muskeln erhalten werden, und die dadurch bedingte Steifigkeit. Vor

allen Dingen müssen aber die unwiderleglichen hysterischen Stigmata vorhanden sein. Die Erkennung soll eine leichte sein, indess weist der Autor selbst darauf hin, wie häufig auch in der Litteratur offenbare Verkennungen derselben vorkommen. Die echte hysterische Skoliose ist nur selten. Die Behandlung ist hauptsächlich suggestiv, die Prognose ist ziemlich günstig.

In die letzte Gruppe der neuropathischen Skoliosen reiht der Autor diejenigen ein, welche bei älteren Kindern ohne hysterische oder neurasthenische Spuren, die aber unter dem Zeichen neuropathischer Belastung stehen, gefunden werden. Er hat 15 genaue Anamnesen, von denen 13 auf eine solche Vererbung hinweisen; 12 mal waren die Kinder selbst »nervös,« reizbar. Seine Beobachtungen, zu denen er übrigens von Kirmisson selbst angeregt war, zusammen mit 14 ähnlichen von Landois führen ihn zu dem Schluss, dass die Spätskoliose in einer großen Anzahl der Fälle der Ausdruck nervöser Belastung, d. h. meist eine neuropathische ist. **H. Frank** (Berlin).

14) **C. Pantaleone** (Messina). Contributo sperimentale all' inesto tiroideo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 7.)

Der Erste, der durch eine längere Beobachtungsreihe im Thierversuch den Beweis geliefert hat, dass es möglich ist, Schilddrüsensubstanz von einem Organismus auf den anderen zu überpflanzen und dadurch eine neue Schilddrüse zur Entwicklung zu bringen, ist **Christiani** in Genf gewesen (1894). Da man sich jedoch seinen Mittheilungen gegenüber im Allgemeinen skeptisch verhalten hat, so unternahm es P., diese gerade jetzt im Zeitalter der Organtherapie so wichtige Frage seinerseits auf experimentellem Wege einer Nachprüfung zu unterziehen. Die Begründung, auf welche die meisten Autoren ihre ablehnende Haltung stützen, dass nämlich alle Einpflanzungen von organischen Theilen mit Ausnahme des Oberflächenepithels schließlich atrophisch werden und zur Resorption kommen, scheint ihm auf die Schilddrüse nicht anwendbar zu sein. Er betont, dass die Atrophie eine Folge des Nichtgebrauchs ist, demnach bei einem Stück Muskel, Sehne oder einer Drüse mit Ausführungsgang, der die Sekrete nach der Einpflanzung nicht in richtiger Weise ableiten kann, durchaus erklärlich ist, auch wenn die Ernährung Anfangs eine gute war. Die Schilddrüse bedarf jedoch, um funktionieren zu können, weder eines Ausführungsganges noch bestimmter Verbindungen mit anderen Organen, sondern nur einer ausgiebigen Versorgung mit Blut. Diese Überlegung veranlasste ihn, die von **Christiani** an Ratten gemachten Versuche an Hunden zu wiederholen. Von 3 operirten Thieren hat dann in der That das eine ein positives Ergebnis geliefert. Die eine Hälfte der Schilddrüse wurde, jedes Mal unter strengster Asepsis abgetragen und in mehreren Stücken ins Bauchfell verpflanzt. Nach etwa 6 Wochen Autopsie. In allen 3

Fällen fand P. eine Hypertrophie der zurückgelassenen Schilddrüsenhälfte. Die eingepflanzten Stücke waren in 2 Fällen vollständig verschwunden, während beim 3. Falle die genaue mikroskopische Untersuchung der an den Einpflanzungsstellen vorgefundenen Knötchen das Bild einer in lebhaftem Wachstum begriffenen Schilddrüse mit embryonalen Elementen und guter Vaskularisation darbot. Die Einzelheiten der mikroskopischen Bilder sind genau und anschaulich beschrieben.

P. knüpft an dieses Ergebnis einen Ausblick auf seine mögliche Verwerthung seitens der Chirurgie auf therapeutischem Gebiet.

W. Schultz (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

Über eine technische Vereinfachung in der Herstellung von Gips-Hanfschienen.

Von

Prof. H. Turner in St. Petersburg.

Als Grundregel bei der Behandlung frischer Frakturen, wenigstens der Friedenspraxis, darf wohl heut zu Tage folgende als allgemein anerkannt betrachtet werden: Kombination, je nach der Individualität des konkreten Falles, eines ruhig stellenden Verbandes (resp. Schiene) mit Massage und frühzeitig begonnenen passiven Bewegungen.

Demgemäß scheint in neuerer Zeit der Frage über die Herstellungsweise einer möglichst zweckentsprechenden Schiene ein reges Interesse entgegengebracht zu werden.

Nicht zum geringsten sind es folgende 3 Bedingungen, welchen eine derartige Schiene genügen muss: Sie soll sich 1) den individuellen Verhältnissen des Einzelfalles genau anpassen lassen, 2) wohlfeil und 3) technisch rasch und ohne Schwierigkeit herzustellen sein.

Als Material zu solchen Schienen tritt der Gipsbrei immer mehr wieder in seine Rechte.

Bereits 1875 schlug Beely folgendes äußerst praktische Verfahren zur Herstellung seiner Gips-Hanfschienen vor: »Schmale kleinfingerbreite Hanfbündel werden in Gipsbrei getaucht und parallel der Längsachse der Extremität dicht neben einander direkt auf die Haut gelegt«. Dazu bemerkt Beely treffend: »An Billigkeit wird das Material, aus dem die Schienen bestehen, von keinem anderen übertroffen«.

Mehrfach ist der Hanf in Beely's Schienen durch anderweitiges Material ersetzt worden. So empfahl Breiger Gipskataplasmen, bestehend in langen, mit Gips gefüllten Säcken aus geleimter Watte, welche in heißes Wasser getaucht und dann durch Bindentouren auf der Extremität befestigt werden. Braatz bedient sich in Gipsbrei getauchter Baumwolltricotstreifen. Ähnlich werden Gipschienen aus gegipsten Marlybinden hergestellt: Die nassen Binden werden hierbei längs der Extremität hin und wieder zurück geführt, bis die einzelnen Lagen zusammen eine genügende Dicke der Schiene ausmachen (Albers).

Noch möchte ich eines Vorschlages erwähnen, der unlängst von Dr. Wolko-witsch gemacht wurde: Letzterer bereitet seine Gipschienen, indem er Streifen angefeuchteter grauer Pappe mit abwechselnd längs und quer geführten Gipsbindentouren umwickelt.

Im Laufe meines akademischen praktischen Verbandlehrenkursus habe ich mich nun bemüht, die Herstellung Beely'scher Schienen zu einer rascheren zu gestalten und gleichzeitig einige letzteren anhaftende geringfügige Mängel nach

Möglichkeit zu beseitigen. Schließlich blieb ich auf folgender Modifikation stehen, welche mir in mancher Hinsicht empfehlenswerth erscheint und mich vollkommen befriedigte:

Ein Bündel gut durchhechelten Hanfes von der Länge der gewünschten Schiene wird an seinen Enden mit der Schere gerade geschnitten und dann in toto — also nicht, wie Beely rath, in einzelnen Strähnen — in warmen Gipsbrei von der Konsistenz gewöhnlicher Sahne getaucht, wo es mit den Fingern sorgfältig durchgeknetet wird, um ein möglichst vollkommenes Eindringen des Gipsbreies in alle Zwischenräume zwischen den einzelnen Fasern zu erreichen. Das so zubereitete nasse gipsgetränkte Hanfbündel wird weiterhin gleichsam wie in ein Futteral durch einen Trikotschlauch hindurchgezogen, wie solche als sogenannte gewebte Binden in diverser Breite käuflich sind. Ist auf diese Weise der vorher ebenfalls entsprechend surecht geschnittene Trikotschlauch über das Gips-Hanfbündel hinübergezogen, so wird der nunmehr im Trikotschlauch befindliche Gips-Hanf nochmals durchgeknetet, bis man eine gleichmäßig dicke und an den Rändern gut abgerundete Schiene erhält. Hierzu ist es natürlich erforderlich, dass das Hanfbündel und der Trikotschlauch einander in ihrer Breite entsprechen. Das Gewebe des letzteren wird dabei ein wenig ausgezogen, um jegliche Faltenbildung in der Schiene zu vermeiden.

Die so hergestellte Schiene wird nass an die Extremität angelegt, derselben genau adaptirt und mit einer trockenen Binde in der erforderlichen Stellung befestigt. Nach 3—5 Minuten ist die Schiene erstarrt und behält nun genau die ihr mitgetheilte Form (als Hohlrinne, spiralig gewundene oder winklig abgebogene Schiene etc.) bei.

Indem ich diese kleine Modifikation der Technik Beely'scher Schienen der Öffentlichkeit übergebe, möchte ich auf folgende Vortheile des beschriebenen Verfahrens hinweisen: Die Schiene lässt sich leicht in 5—6 Minuten herstellen. Sie erstarrt schnell unter Beibehaltung der ihr verliehenen Form. Ihre Oberfläche ist eine gleichmäßig glatte und dabei weniger harte als die der typischen Beely'schen Schiene, die Ränder nicht scharf, sondern gut abgerundet, was das lästige Ausbröckeln des Gipses an den Rändern der Schiene verhindert. Endlich geht die ganze Procedur verhältnismäßig sauber und ohne unnöthiges Beschmutzen der Körperoberfläche des Kranken mit Gipsbrei vor sich.

Das Material der Schiene besteht aus einem Bündel Hanf, Gips und einem Stück Trikotschlauchbinde. Mithin bleibt der Kostenpreis der Schiene ein durchaus wohlfeiler.

Zur Technik der Korsettherstellung.

Von

Ferdinand Bähr in Hannover.

Es ist ein Mifsstand, dass Dauerkorsette namentlich im Sommer sehr unter der Durchtränkung mit Schweiß an Widerstandsfähigkeit einbüßen. Zur Beseitigung sind schon allerhand Vorschläge gemacht, ich erinnere nur an die Verwendung einer Lösung von Kali chromicum für die Herstellung der Holz-Leimverbände. Wegen der thatsächlichen, praktischen Bedeutung möchte ich deshalb auf eine von mir seit Jahren angewandte Maßregel, worüber ich nirgends eine Bemerkung finde, aufmerksam machen. Ich pflege die Holzkorsette an der Innenseite mit einer Guttaperchalage (sogenanntes Krankenleder) auszutapexieren, über welcher dann der Trikot liegt. Eine solche, längere Zeit impermeable Schicht lässt sich auch in die abnehmbaren Gipskorsette einbringen, aber eben so auch in liegenbleibende, indem man unter thunlichster Vermeidung aller Falten, welche übrigens bei der Dünnhcit von geringer Bedeutung sind, das Guttapercha in möglichst großen Streifen über den Trikot legt und darüber die Gipsbinden. Nur empfiehlt es sich im letzten Falle, einen möglichst gut aufaugenden Trikot zu verwenden.

Fällen fand P. eine Hypertrophie der zurückgelassenen Schilddrüsenhälfte. Die eingepflanzten Stücke waren in 2 Fällen vollständig verschwunden, während beim 3. Falle die genaue mikroskopische Untersuchung der an den Einpflanzungsstellen vorgefundenen Knötchen das Bild einer in lebhaftem Wachsthum begriffenen Schilddrüse mit embryonalen Elementen und guter Vaskularisation darbot. Die Einzelheiten der mikroskopischen Bilder sind genau und anschaulich beschrieben.

P. knüpft an dieses Ergebnis einen Ausblick auf seine mögliche Verwerthung seitens der Chirurgie auf therapeutischem Gebiet.

W. Schultz (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

Über eine technische Vereinfachung in der Herstellung von Gips-Hanfschienen.

Von

Prof. H. Turner in St. Petersburg.

Als Grundregel bei der Behandlung frischer Frakturen, wenigstens der Friedenspraxis, darf wohl heut zu Tage folgende als allgemein anerkannt betrachtet werden: Kombination, je nach der Individualität des konkreten Falles, eines ruhig stellenden Verbandes (resp. Schiene) mit Massage und frühzeitig begonnenen passiven Bewegungen.

Demgemäß scheint in neuerer Zeit der Frage über die Herstellungsweise einer möglichst zweckentsprechenden Schiene ein reges Interesse entgegengebracht zu werden.

Nicht zum geringsten sind es folgende 3 Bedingungen, welchen eine derartige Schiene genügen muss: Sie soll sich 1) den individuellen Verhältnissen des Einzelfalles genau anpassen lassen, 2) wohlfeil und 3) technisch rasch und ohne Schwierigkeit herzustellen sein.

Als Material zu solchen Schienen tritt der Gipsbrei immer mehr wieder in seine Rechte.

Bereits 1875 schlug Beely folgendes äußerst praktische Verfahren zur Herstellung seiner Gips-Hanfschienen vor: »Schmale kleinfingerbreite Hanfbündel werden in Gipsbrei getaucht und parallel der Längsachse der Extremität dicht neben einander direkt auf die Haut gelegt«. Dazu bemerkt Beely treffend: »An Billigkeit wird das Material, aus dem die Schienen bestehen, von keinem anderen übertroffen«.

Mehrfach ist der Hanf in Beely's Schienen durch anderweitiges Material ersetzt worden. So empfahl Breiger Gipskataplasmen, bestehend in langen, mit Gips gefüllten Säcken aus geleimter Watte, welche in heißes Wasser getaucht und dann durch Bindentouren auf der Extremität befestigt werden. Braatz bedient sich in Gipsbrei getauchter Baumwolltricotstreifen. Ähnlich werden Gipschienen aus gegipsten Marlybinden hergestellt: Die nassen Binden werden hierbei längs der Extremität hin und wieder zurück geführt, bis die einzelnen Lagen zusammen eine genügende Dicke der Schiene ausmachen (Albers).

Noch möchte ich eines Vorschlages erwähnen, der unlängst von Dr. Wolkowitsch gemacht wurde: Letzterer bereitet seine Gipschienen, indem er Streifen angefeuchteter grauer Pappe mit abwechselnd längs und quer geführten Gipsbindentouren umwickelt.

Im Laufe meines akademischen praktischen Verbandlehrenkursus habe ich mich nun bemüht, die Herstellung Beely'scher Schienen zu einer rascheren zu gestalten und gleichzeitig einige letzteren anhaftende geringfügige Mängel nach

Möglichkeit zu beseitigen. Schließlich blieb ich auf folgender Modifikation stehen, welche mir in mancher Hinsicht empfehlenswerth erscheint und mich vollkommen befriedigte:

Ein Bündel gut durchgeheilten Hanfes von der Länge der gewünschten Schiene wird an seinen Enden mit der Schere gerade geschnitten und dann in toto — also nicht, wie Beely rath, in einzelnen Strähnen — in warmen Gipsbrei von der Konsistenz gewöhnlicher Sahne getaucht, wo es mit den Fingern sorgfältig durchgeknetet wird, um ein möglichst vollkommenes Eindringen des Gipsbreies in alle Zwischenräume zwischen den einzelnen Fasern zu erreichen. Das so zubereitete nasse gipsgetränkte Hanfbündel wird weiterhin gleichsam wie in ein Futteral durch einen Trikotschlauch hindurchgezogen, wie solche als sogenannte gewebte Binden in diverser Breite käuflich sind. Ist auf diese Weise der vorher ebenfalls entsprechend surecht geschnittene Trikotschlauch über das Gips-Hanfbündel hinüberggezogen, so wird der nunmehr im Trikotschlauch befindliche Gips-Hanf nochmals durchgeknetet, bis man eine gleichmäßig dicke und an den Rändern gut abgerundete Schiene erhält. Hierzu ist es natürlich erforderlich, dass das Hanfbündel und der Trikotschlauch einander in ihrer Breite entsprechen. Das Gewebe des letzteren wird dabei ein wenig ausgezogen, um jegliche Faltenbildung in der Schiene zu vermeiden.

Die so hergestellte Schiene wird nass an die Extremität angelegt, derselben genau adaptirt und mit einer trockenen Binde in der erforderlichen Stellung befestigt. Nach 3—5 Minuten ist die Schiene erstarrt und behält nun genau die ihr mitgetheilte Form (als Hohlrinne, spiralig gewundene oder winklig abgebogene Schiene etc.) bei.

Indem ich diese kleine Modifikation der Technik Beely'scher Schienen der Öffentlichkeit übergebe, möchte ich auf folgende Vortheile des beschriebenen Verfahrens hinweisen: Die Schiene lässt sich leicht in 5—6 Minuten herstellen. Sie erstarrt schnell unter Beibehaltung der ihr verliehenen Form. Ihre Oberfläche ist eine gleichmäßig glatte und dabei weniger harte als die der typischen Beely'schen Schiene, die Ränder nicht scharf, sondern gut abgerundet, was das lästige Ausbröckeln des Gipses an den Rändern der Schiene verhindert. Endlich geht die ganze Procedur verhältnismäßig sauber und ohne unnöthiges Beschmutzen der Körperoberfläche des Kranken mit Gipsbrei vor sich.

Das Material der Schiene besteht aus einem Bündel Hanf, Gips und einem Stück Trikotschlauchbinde. Mithin bleibt der Kostenpreis der Schiene ein durchaus wohlfeiler.

Zur Technik der Korsettherstellung.

Von

Ferdinand Bähr in Hannover.

Es ist ein Mifsstand, dass Dauerkorsette namentlich im Sommer sehr unter der Durchtränkung mit Schweiß an Widerstandsfähigkeit einbüßen. Zur Beseitigung sind schon allerhand Vorschläge gemacht, ich erinnere nur an die Verwendung einer Lösung von Kali chromicum für die Herstellung der Holz-Leimverbände. Wegen der thatsächlichen, praktischen Bedeutung möchte ich deshalb auf eine von mir seit Jahren angewandte Maßregel, worüber ich nirgends eine Bemerkung finde, aufmerksam machen. Ich pflege die Holzkorsette an der Innenseite mit einer Guttaperchalage (sogenanntes Krankenleder) auszutapexieren, über welcher dann der Trikot liegt. Eine solche, längere Zeit impermeable Schicht lässt sich auch in die abnehmbaren Gipskorsette einbringen, aber eben so auch in liegenbleibende, indem man unter thunlichster Vermeidung aller Falten, welche übrigens bei der Dünnhcit von geringer Bedeutung sind, das Guttapercha in möglichst großen Streifen über den Trikot legt und darüber die Gipsbinden. Nur empfiehlt es sich im letzten Falle, einen möglichst gut aufsaugenden Trikot zu verwenden.

15) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

86. Sitzung am Montag, dem 8. März 1897, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr v. Bergmann.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Schütz eine Anzahl Pendelapparate, die von ihm konstruiert wurden zur Beweglichmachung steifer Finger und Handgelenke (Fabrikant Hartwig, Berlin, Markgrafenstraße).

Herr v. Bergmann weist auf die große Bedeutung hin, die diese Apparate gerade in der neuesten Zeit gewinnen, und bemerkt in Bezug auf den Pat.: derselbe erlitt einen Vorderarmbruch und wurde mit Schienen und Gipsverbänden behandelt. Im Verlaufe der Behandlung stellte sich ischämische (nicht von Nerven abhängige) Muskelkontraktur ein — es gelang nicht, die Finger zu strecken. v. B. nahm an der Frakturstelle eine Resektion aus dem Radius und der Ulna vor, wonach die Streckung gelang.

Herr Rotter: Blasencarcinom, kombiniert mit Urachus-cyste.

Ein 43jähriger Mann leidet seit $\frac{3}{4}$ Jahren an Blasenblutungen. Die Cystoskopie ergibt das Vorhandensein einer Geschwulst am Blasenscheitel, die sich bei später wiederholter Untersuchung als inzwischen nicht gewachsen erweist. Außerdem findet sich oberhalb der Symphyse ein bis zum Nabel reichender Tumor. Die Punktion ergibt eine cholestearinhaltige Flüssigkeit (Diagnose: Urachus-cyste).

Bei der Operation (Laparotomie) zeigt sich, dass der Tumor zwischen Peritoneum und Bauchmuskulatur liegt; an der oberen Hälfte kann das Peritoneum abgeschoben werden, an der unteren nicht — es muss also ein Stück reseziert werden. Außerdem versenkt sich der Tumor in die Blasenmuskulatur hinein, macht die Eröffnung der Blase nothwendig und wird zugleich mit dem Carcinom entfernt; 7—8 cm großer Defekt der Blase, Blasennaht (Etagnennaht), kein Katheter.

Demonstration des Pat. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Blasenkrebs, welcher an der Stelle, wo er an die Cyste anstößt, eine Perforation der Wand gemacht hat. Im Cysteninhalt finden sich zahlreiche polymorphe epitheliale Zellen. Es ist wohl keinem Zweifel unterworfen, dass es sich um eine Urachus-cyste gehandelt hat.

Die bisher veröffentlichten Fälle von Urachus-cyste — nach der Publikation Ledderhose's — sind nicht ganz sicher: nur etwa 4 Fälle sind als sichere zu bezeichnen, denen sich der R.'sche als 5. anschließt.

Herr Thorn: Auf Grund der Veröffentlichungen Welanders' und Spietschka's in den Jahrgängen 1891 und 1892 des Archivs für Dermatologie und Syphilis (ref. im Centralblatt für Chirurgie 1892) sind seit 1894 in der kgl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu Berlin ungefähr 30 Leistenbubonen verschiedenster Ätiologie (Ulcus molle, Gonorrhoe, inficirte regionäre Hautwunde) mit Injektionen von Hydrargyrum benzoicum oxydatum in 1%iger Lösung behandelt worden; davon sind 4—5 zur Operation, Incision und theilweiser Ausräumung gekommen. Die Bubonen waren sämmtlich bei Beginn der Behandlung partiell abscidirt. Mit dicker Kanüle wurde der Eiter aspirirt, durch dieselbe Kanüle 4 bis 5 cm des Mittels injicirt. In den nächsten Tagen war ein ausgedehnter nekrotischer Zerfall der abscedirenden Drüsenpartien eingetreten; der Detritus wurde dann noch ein oder mehrere Male durch die zuerst angelegte Fistel aspirirt, eventuell noch eine 2. und 3. Injektion angeschlossen. Die Heilungsdauer betrug zwischen 6 Tagen und 7 Wochen. Die Behandlung war eine rein poliklinische, ambulante. Die Pat. erhielten ihre Injektion in der Poliklinik, hüteten denselben Tag, einige auch noch den nächstfolgenden, das Bett. Während der übrigen Zeit der Behandlung gingen auch Frauen und Mädchen leichter Beschäftigung nach. Ein Stadtreisender hat keinen Tag seinem anstrengenden Beruf fern zu bleiben brauchen.

Die Wirksamkeit des Hg. benzoicum für abscedirende Bubonen sucht T. hauptsächlich in seiner Fähigkeit, die von kleinen Eiterherden durchsetzten Drüsenpartien akut zur Einschmelzung zu bringen. Diese nekrotisirende Wirkung wurde

allerdings bei Injektion in normale Kaninchenhaut vermisst. In den nur akut entzündlich veränderten Gewebsbezirken bringt die parasiticide Kraft des Mittels durch Abtödtung der pathogenen Mikroben die Infektion zum Stillstand. Die bakterienfeindliche Kraft des Hg. benzoicum wird für Staphylokokken, die am häufigsten aus Leistenbubonen auch von T. gezüchtet wurden, experimentell nachgewiesen.

Dass sich die Injektionsbehandlung mit Hg. benzoicum nur für akute und subakute Formen der Lymphdrüsenkrankungen eignet, dagegen nicht für die chronischen, speciell die tuberkulösen, beruht nach T. auf dem Zusammenhang zwischen der Pathologie akut entzündlicher Veränderungen einerseits und Lymphcirkulation und Transport des injicirten Mittels andererseits. Dieser Transport der intraglandulär eingebrachten Flüssigkeit ist nicht möglich, wenn es sich um Veränderungen des Drüsenparenchyms handelt, wie die tuberkulösen, welche die Energie und Verbreitung des Lymphstromes in der punktirten Drüse und von einer zur anderen erheblich beeinträchtigen und beschränken.

Herr Nasse wurde bewogen, das Mittel anzuwenden wegen der langen Dauer der Behandlung (nach operativen Eingriffen) und der Unannehmlichkeit, die Pat. im Bett halten zu müssen.

Es wurden von anderer Seite andere Injektionsflüssigkeiten angewendet; so $\frac{1}{2}$ —1%ige Argentum nitricum-Lösungen (Lang) — allerdings legte der Letztere eine kleine Öffnung mit einem Bistouri an — mit gutem Erfolg.

Cordua nahm bei tuberkulösen, vereiterten Halslymphdrüsen eine Punktion und nachherige Auspüfung der Abscesse mit Sublimatlösung vor. Diese Behandlungsart lässt zwar keine großen Narben, aber häufig äußerst langsam ausheilende Fisteln zurück.

Herr Rotter hält die Injektionsbehandlung für sehr vortheilhaft.

Er hat sie mit gutem Erfolg vorgenommen, u. A. bei Eiterung im Kniegelenk, und zwar richtiger pyogener Eiterung (Kniegelenkvereiterung nach Femurnekrose); er wurde dabei von der Absicht geleitet, ein möglichst bewegliches Kniegelenk zu erhalten. Er nahm wiederholte Aspirationen und Injektionen (Formalin) vor und erzielte eine Heilung ohne Ankylose.

Herr König berichtet 1) über einen Fall von theilweiser Exstirpation der Thymusdrüse bei einem 9 Wochen alten Kinde wegen Athemnoth.

Seit der 2. Lebenswoche Luftmangel und zwischendurch gesteigerte dyspnoische Anfälle; bei der vom Arzt Behufs Tracheotomie veranlassten Aufnahme schwere Dyspnoë mit Cyanose, sehr tiefen Einziehungen im Jugulum und Epigastrium. Befund in den oberen Wegen nichts außer einem bohnen großen, cystischen Tumor links seitlich vom Foramen coecum der Zunge: Cyste von den Anhängen des Ductus lingualis, deren schleimiger Inhalt durch Punktion entleert wird. Bedrohliche Dyspnoë, auch im Schlaf, bleibt bestehen.

Im Jugulum wird stoßweise nach der Einziehung eine weiche Geschwulstmasse hervorgeschleudert, welche vor der Trachea liegt. Sie wird für die hypertrophische Thymus angesprochen. Freilegung durch Incision: 3—4 cm hoch, über 2 cm breit bedeckt die Thymus bei dem sehr zarten Kinde die Halsorgane bis hinauf über die Gl. thyreoidae. Nach der Freilegung dieser überschüssigen Masse und Abziehen derselben von den Halsorganen (Trachea, große Halsgefäße) wird die Athmung freier. Resektion dieser Masse; Befestigung des Thymusstumpfes und seiner Kapsel mit Katgut an das Manubrium sterni und die Kopfnickersehnen. Wunde theils genäht, theils tamponirt. Wundverlauf gut; Heilung in 4 Wochen. Athmung seit nunmehr über 5 Wochen ruhig, dyspnoische Anfälle nicht mehr beobachtet.

Die Cyste hat sich wieder angesammelt.

K. schließt aus diesem Falle — der einem von Rehn operirten analog ist —, dass es eine abnorme Größe der Thymusdrüse giebt, welche den Anlass zu schwersten dyspnoischen Beschwerden geben kann — vielleicht nicht durch Tracheostenose, sondern reflektorisch durch Reizung der mit den großen Gefäßen

in direkter Nähe gelegenen Nerven (Recurrens, Vagus), auf denen das große Organ bei der Athmung beständig hin- und herrutscht.

Einfaches Herausnähen (Ektropexie) war wegen der Größe der Thymusdrüse ohne Resektion nicht angängig. Schädliche Folgen der Resektion sind nicht mit Sicherheit beobachtet.

2) Cystisches Enchondrofibrom vom Oberschenkel, von der Mitte des Femur bis an den Femurkopf die aufgetriebene Knochenhöhle ausfüllend, von v. Bergmann lokal exstirpiert mit Erhaltung der Kontinuität des Knochens vor 1½ Jahren. Kein Recidiv.

K. erinnert an die von Schlange genauer studierten typischen Knochenzysten kindlicher Individuen, am Oberschenkel gerade unter dem Trochanter sitzend, den Knochen langsam verbieugend, schließlich frakturierend — Entstehung wahrscheinlich immer im Tumorgewebe. Heilung durch lokale Exstirpation. Sie hatten in diesem Falle die Diagnose befestigt, obwohl die Entwicklung eines beträchtlichen Tumors das Bild veränderte. Das Alter — 15 Jahre —, Entstehung seit über 2 Jahren, der Sitz unter dem Trochanter, die Verkrümmung und Frakturierung des Knochens; endlich eindrückbare, leicht fluktuirende Stellen in der Knochenschale (Cysten) stützten die Annahme des gutartigen Tumors. Subperiostale Entfernung bzw. Ausräumung der ausgedehnten Geschwulstmasse am 3. Oktober 1895, Entlassung geheilt am 18. December.

Befund: In meist stark verdickter Knochenschale (mit Frakturcallus) einige Verdünnungen, wo größere Cysten mit glatter Wand und bräunlicher Flüssigkeit sitzen. Diese sind alle entstanden durch Zerfall der Geschwulstmassen, meist in Folge Hämorrhagie. Tumorgewebe besteht größtentheils aus Fibrom bzw. Myxom. Mitten in den Tumormassen liegen ganz isolirt Inseln von hyalinem Knorpel, mikroskopisch erkennt man die Anfänge endochondraler Ossifikation. K. hält sie für abgesprengte, unverknöchert gebliebene Knorpelreste von den normalen Ossifikationspunkten (obere Epiphyse, Trochanter major und minor), wie sie bei der Rachitis vorkommen und zuerst von Virchow für die Entstehung der Enchondrome im Knochen zur Erklärung herangezogen sind, und glaubt hierin eine Stärkung der Annahme zu haben, dass die gutartigen Geschwülste und Cysten der langen Röhrenknochen im kindlichen Alter ein ätiologisches Moment in Störungen des physiologischen Knochenwachstums haben.

3) Präparate und Abbildungen eines vom Tage nach der Geburt über 6 Wochen beobachteten kongenitalen Sarkoms des Femur, an nahezu gleicher Stelle wie die vorige, mit Cystenentwicklung in dem Tumor in der Markhöhle, mit Spontanfraktur, aber mit Durchbrechung der Knochenschale und klinisch und histologisch ausgesprochenen Zeichen der Malignität.

Als Geburtsfehler fanden sich gleichzeitig eine Gaumenspalte mit doppelseitiger Hasenscharte so wie ein Meckel'sches Divertikel des Dünndarmes.

K. weist darauf hin, dass, obwohl in diesem Falle die kongenitale Ätiologie absolut sicher ist, wir dadurch für die Frage nach der letzten Entstehungsursache keinen Schritt weiter sind als bei jenen gutartigen Geschwülsten, für die ein ursächliches Moment in den Störungen des physiologischen Knochenwachstums gefunden wurde.

Herr Maass: Demonstration eines Präparats — teleangiektatisches Sarkom des Oberschenkels.

Es handelte sich um ein 2monatliches Kind, an dessen rechtem Oberschenkel die Mutter gleich nach der Geburt einen blauen Fleck bemerkte, der sich vergrößerte und ulcerirte. Durch den Hautdefekt wucherte ein Tumor bis Apfelgröße hervor. Bei der Operation zeigte sich, dass er nicht von dem Knochen, sondern von der Gefäßscheide der Vena femoralis ausging, die reseziert werden musste. Das Kind ging bald danach zu Grunde.

Herr Nasse: Demonstration einer 24 Jahre alten Pat., die an einem Aneurysma der Femoralis leidet.

Sie hatte im 10., eben so im 20. Lebensjahre Gelenkrheumatismus, machte 1896 eine Entbindung durch, im Anschluss daran hohes Fieber, Drüsenschwellung

am rechten Oberschenkel, nach 1 Jahre wieder Gelenkrheumatismus und Auftreten einer pulsirenden Geschwulst in der linken Inguinalgegend.

Wie kann das Aneurysma entstanden sein?

Auszuschließen sind: Trauma, Syphilis, Arteriosklerose, welche letztere durch den Gelenkrheumatismus hervorgerufen sein könnte, aber nicht vorhanden ist; eben so unwahrscheinlich ist seine Entstehung durch die Entzündung in der Umgebung der Arteria femoralis, die zu unerheblich war und nicht Ursache, sondern Folgeerscheinung des Aneurysmas ist.

Das Wahrscheinlichste ist, dass es sich um ein embolisch-mykotisches Aneurysma handelt: Pat. hat andauernd hohe Temperatur, so wie Endokarditis, ferner außerordentlich starke Schmerzen.

Derartige Aneurysmen sind beobachtet nach Typhus (Casati) und bei Endokarditis (Eppinger), besonders an den Theilungstellen der Arterien. In den meisten Fällen sind mehrere Embolien beobachtet (Büngner) mit Störungen in der Cirkulation, die auch hier vorhanden sind — und die sich bis zur Gangrän steigern können.

Zum Schluss demonstriert Herr v. Bergmann einen Pat. mit kongenitaler Elephantiasis (der Kopfhaut), bei der sehr schön die charakteristische Pigmentbildung und im mikroskopischen Bild unzählige kleine Neurome sich zeigen.

Sarfert (Berlin).

16) Joachimsthal. Über Verbildungen an extra-uterin gelagerten Föten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Das einer 4½ Monate bestehenden Extra-uterin-Schwangerschaft entstammte und durch die Laparotomie gewonnene Präparat erscheint nach mancher Richtung bemerkenswerth. Es handelte sich um eine Kombination einer Schnürfurche am Kopfe mit Schiefhals, beiderseitigem Klumpfuß und Finger- bzw. Zehenverschiebungen. Unter Hinweis auf das sehr seltene Vorkommen von Missbildungen an extra-uterin gelagerten Föten citirt J. die diesbezüglichen Beobachtungen von Webster, Lazarus und Olshausen und bespricht die Bedeutung mechanischer Momente für die Entstehung der angeborenen Verbildungen. Das Präparat bietet aber noch für die Frage des angeborenen Caput obstipum besonderes Interesse und liefert den noch fehlenden anatomischen Beweis, dass ein fixirter Schiefhals mit ausgesprochener ungleicher Länge beider Kopfnicker lange vor dem Abschluss des Fötallebens zur Ausbildung gelangen kann.

Gold (Bielitz).

17) O. Soloweitschik. Übersicht über 1000 Chloroformnarkosen chirurgischer Kranker mittels des Junker'schen Apparates.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 2.)

S. empfiehlt folgende Modifikation des Esmarch'schen Apparates, um auch Fernerstehenden die Respirationsveränderungen sichtbar zu machen. Durch ein Loch in der Maske über dem Munde wird eine kurze Röhre gesteckt, an deren oberem Ende eine leichte Feder deckelartig so befestigt ist, dass sie beim Ausathmen absteht, beim Einathmen die Röhre zudeckt. Diese Einrichtung bietet gleichzeitig den Vortheil, dass der Pat. durch die Röhre genügend Luft erhält.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

18) J. Ritchie. General secondary carcinoma of the bones; osteomalacia carcinomatosa.

(Edinb. med. journ. 1896. September.)

Bei einer mit 40 Jahren zum 2. Male entbundenen Frau wurde 7 Jahre später ein Carcinom der rechten Mamma entdeckt und mit einigen Achseldrüsen von Annandale entfernt. Ein örtliches Recidiv blieb aus, aber nach 6 Jahren und 8 Monaten traten plötzlich heftige Schmerzen im Rücken und in den Gliedern auf, welche, wie die Folge zeigte, als Beginn einer der osteomalakischen gleichenden

Veränderung der Thorax- und Beckenknochen anzusehen waren. Kurz vor ihrem im 56. Jahre erfolgenden Tode war noch in Folge einer leichten Bewegung im Bett eine Fraktur der 4. Rippe, nahe dem knorpligen Ende derselben, zu Stande gekommen.

Die nach theilweiser Sektion von Stewart vorgenommene mikroskopische Untersuchung der Knochen ergab, dass es sich um das Eindringen von Carcinomzellen in die Knochen handelte, und dass auf diese Weise die Knochen in ganz ähnlicher Weise, wie bei der Osteomalakie verändert waren.

R. führt ähnliche Fälle aus der Litteratur an; sie beweisen, dass Carcinomkeime in einem Knochen oder in mehreren jahrelang verweilen können, ohne deutliche Erscheinungen zu machen; selbst äußerlich erkennbare Formveränderungen fehlen häufig; dadurch wird die Diagnose in einzelnen Fällen eine sehr schwierige.

Willemer (Ludwigslust).

19) L. W. Orlow. Ein Fall von Arteriennaht.

(Westnik Mediziny i Hyg. 1896. März 1. [Russisch.])

Die bei einer Operation angeschnittene A. poplitea (Wunde vorn $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm lang) wurde durch Kürschnernaht (3 Stiche durch die ganze Wand) und darüber 2 Knopfnähte (durch Adventitia und Bindegewebe) geschlossen. Nach 3 Tagen deutlicher Puls in den Unterschenkelgefäßen. Später musste das Femur amputirt werden, und da fand O. die Arterie durchgängig, doch verengt. Nach O. ist die Naht am Menschen viel leichter als im Thierexperiment.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

20) M. Borsuk und A. Wisel. Ein Fall traumatischen Blutextravasats in die weiße Gehirnschubstanz mit darauf folgender Aphasie, Hemiparese und Jackson'scher Epilepsie, auf chirurgischem Wege geheilt.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIV. Hft. 1.)

Ein junger Mann hatte einen Schlag auf den Kopf bekommen, der anfänglich wenig auffällige Symptome hervorrief. In kurzer Zeit stellte sich aber totale Aphasie und eine Parese im rechtsseitigen Facialisgebiet und Hypoglossus ein. Die erste Operation, bestehend in Trepanation und Unterbindung einiger Äste der Art. meningea media, blieb ohne Erfolg. Am 3. Tage nach der Operation Parese der rechten oberen Extremität und Jackson'sche Epilepsie im Gesicht und rechter oberer Extremität, die sich in den nächsten Tagen auch auf die gleichseitige untere erstreckte. Rechtsseitige Hemiplegie am 6. Tage, Bewusstsein geschwunden, Puls beschleunigt, Temperatur erhöht. B. holte aus »bedeutender« Tiefe der Gehirnschubstanz Blutgerinnsel und blutige Flüssigkeit durch Punktion und Incision hervor. Naht der Schnittwunde der Dura, Einführung eines Jodoformgastreifens in die Tiefe des Gehirns. Am folgenden Morgen schwanden die Lähmungssymptome und die Aphasie. Das Bewusstsein kehrte zurück. Die Facialisparese dauerte am längsten an, schwand aber auch innerhalb einiger Wochen.

B. glaubt, dass sich Trepanationsöffnungen namentlich bei jungen Individuen durch Knochenneubildung schließen können. Der Fall beweist ferner nach seiner Ansicht, dass die Jackson'sche Epilepsie nicht nur durch Rindenreizung, sondern auch durch Erkrankung der Fasern selbst bedingt sein könne, wie auch eine 2. vom Verf. gemachte Beobachtung bestätigt, wo es sich um ein seit langer Zeit bestehendes Angiosarkom der weißen Hirnschubstanz handelte. Die Hoffnungen und therapeutischen Überlegungen, die von Seiten der Verff. an diesen einzigen Fall geknüpft werden, sind zu weitgehende. Solche schwerwiegende Fragen wie die Berechtigung ähnlicher Operationen können nur auf Grund zahlreicher zuverlässiger und unzweideutiger Beobachtungen endgültig entschieden werden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

21) Rohrbach. Über Gehirnerweichung nach isolirter Unterbindung der Vena jugularis interna.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

Bei einer 57jährigen Pat. der Bruns'schen Klinik musste bei Gelegenheit der Exstirpation eines metastatischen Drüsencarcinoms am Halse die mit der Geschwulst verwachsene linke V. jugularis interna reseziert werden. Die Kranke erwachte nicht wieder aus der Narkose und starb am 6. Tage p. op. im Koma. Die Sektion zeigte ausgebreitete Gehirnerweichung, bedingt durch fast vollständige Aufhebung des venösen Abflusses aus dem Schädel. Der rechte Sinus transversus ist auf ein kaum stricknadeldickes Rohr verengt. Am Schädel fehlt rechts der Sulcus für den Sinus transversus, während er links sehr weit ist (Textabbildung). Unter 91 Fällen von isolirter Jugularisligatur, die R. gesammelt hat, konnte er keine ähnliche Beobachtung finden, während leichte, kurzdauernde Störungen der Cirkulation 9mal erwähnt sind.

Hofmeister (Tübingen).

22) L. Guranowski. Zur Kasuistik der Labyrinthnekrose. Exfoliation der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhoftheiles.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. No. 12.)

Die isolirte Ausstoßung der Bogengänge, wie in vorliegendem Falle, im Verlauf einer chronischen Mittelohreiterung ist ein sehr seltenes Vorkommnis. Gewöhnlich bleiben sie in sequestrirten Partien des Felsenbeines eingebettet. Nach der Entfernung des Sequesters heilte die Eiterung, es blieb aber Facialislähmung bestehen.

Teichmann (Berlin).

23) Anderson. Contribution to the plastic surgery of the face.

(Lancet 1896. Oktober 31. Mit 13 Abbildungen.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von plastischen Operationen am Gesicht.

Der 1. Fall bezieht sich auf eine Augenlidplastik:

Ein Kind hatte durch Narbenretraktion nach Verbrennung großartige Ektopien beider Lidpaare sich zugezogen. Dieselben wurden dadurch geheilt, dass nach Umschneidung und Richtiglagerung der Lidränder die großen Wundflächen mit aus dem Schenkel genommenen dünnen Hautläppchen gedeckt wurden. Der Erfolg war so gut und dauernd, dass nach 1½ Jahr der Lidverschluss vollständig normal erschien, und die Wimpern ihre natürliche Richtung hatten. Der dann gemachte Versuch, die Augenbrauen durch eine Transplantation einer behaarten Hautfläche des Hinterhauptes herzustellen, misslang, indem die Hautlappen vollständig vereiterten. Immerhin hatte diese Operation den Erfolg, dass die Narben, welche an Stelle der Augenbrauen traten, aus der Ferne gesehen, den Eindruck von Augenbrauen machten.

Der 2. Fall betrifft eine Plastik, welche bei einem Mädchen vorgenommen wurde, welches durch tuberkulöse und syphilitische Geschwüre die ganze linke Gesichtshälfte, Nase und Oberlippe vollständig verloren hatte. Durch geeignete Behandlung wurden zuerst die Geschwüre zur Verheilung gebracht und dann zur Rhinoplastik geschritten. Es wurde aus der Stirn ein Lappen genommen mit Ausbuchtungen für die Nasenflügel und das Septum, dieser Lappen aber nicht sofort fixirt, sondern zuvörderst nur über die Nasenöffnung gelegt, um zu sehen, ob trotz der starken Narbenkontraktion auf der Stirn die Ernährung desselben genügte. Da sich diese als ausreichend erwies, wurden aus den beiden Supraorbitalrändern 2 Knochenplatten abgesägt und durch eine Silberdrahtnaht zusammengehalten, so dass sie das Nasendach abgaben. Um diese Knochenplatten in ihrer Lage zu erhalten, wurde unter ihnen eine Brücke von 2 dicken Silberdrähten hergestellt und dann über diese und die Knochen der Lappen aus der Stirn gelegt und an den Wangen und Oberlippe befestigt. Die Oberlippe wurde nach Dieffenbach hergestellt.

Der Erfolg war in so fern ein guter, als wenigstens eine hervorstehende Nase erzielt wurde. Die Silberdrähte, welche liegen gelassen wurden, gaben wenig zu Klagen über Unannehmlichkeiten Anlass.

Im 3. Falle wurde zur Herstellung der linken Nasenhälfte aus der Stirn ein keulenartiger Lappen genommen und dieser auf die Nasenhälfte gelegt, und da sich zeigte, dass er sich bei der Inspiration an das Septum anlegte, auch hier eine Brücke aus 2 Silberdrähten unter dem Lappen an Septum und Wange befestigt. Hierdurch erhielt der Lappen Halt und blieb fest in seiner Lage. Die Operation hatte guten Erfolg. Der Lappen heilte gut an, und die Drähte gaben zu Klagen weiter keine Veranlassung. **Benecke (Hamburg).**

24) **J. Merkel.** Ankylose des rechten Unterkiefergelenkes in Folge von gummöser Neubildung der Parotis und ihrer Umgebung.

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 50.)

Der Fall betraf ein 28jähriges Mädchen, bei der bereits vor 4 Jahren eine syphilitische Erkrankung der Tibia bestanden und durch Operation und Jodkali zur Heilung gebracht worden war; das neue Leiden hatte sich seit 1 Jahre entwickelt. Obwohl die Größe der Geschwulst, die Drüseninfiltration, der drohende Aufbruch einer Lymphdrüse eher für eine bösartige Neubildung sprachen, erwies sich doch die Vermuthung, dass eine luetische Affektion vorliege, dass somit in erster Linie, um die Nahrungsaufnahme wieder möglich zu machen, als Operation die Anlegung einer Pseudarthrose im horizontalen Ast des Unterkiefers in Betracht zu ziehen sei, als richtig. Unter Jodkaligebrauch verschwand die Geschwulst vollständig und erholte sich die Pat., bei der die hergestellte Pseudarthrose gut funktionirte, zunehmend. **Kramer (Glogau).**

25) **Berger.** Sur un cas d'ostéome du maxillaire inférieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 139.)

B. beschreibt einen der überaus seltenen Fälle eines reinen Osteoms des Unterkiefers. Es handelte sich nicht um eine diffuse Hypertrophie, eine Theilerscheinung der Leontiasis, oder um Exostose, auch nicht um ein Odontom, sondern um eine umschriebene, mandarinenförmige Knochengeschwulst des linken horizontalen Unterkieferastes von 5,5 cm Dicke, 3,5 cm Höhe, welche den Kiefer bis auf den allein noch erhaltenen unteren Rand aufgezehrt hatte. Die Geschwulst hatte sich unter Schmerzen binnen 1½ Jahr bei einer zur Zeit der Operation 19jährigen Frau entwickelt. Die Weichtheile über der Geschwulst waren entzündet; ob diese Entzündung, ein Abscess, erst Folge einer wegen Fehldiagnose früher gemachten Incision war, muss dahingestellt bleiben. B. stellte die Diagnose auf Osteosarkom und entschloss sich zur Unterkieferresektion; da aber die dünne Spange des unter der Geschwulst noch vorhandenen Unterkieferrandes bei der Operation einbrach, und er dadurch in der Annahme einer bösartigen Geschwulst erst recht bestärkt wurde, führte er die Exartikulation der linken Unterkieferhälfte aus. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst, von Besançon vorgenommen, ergab reines Knochengewebe, dessen Struktur am ehesten der eines fötalen Knochens kurz vor der Geburt zu vergleichen war. — Die Heilung erfolgte glatt, und zwar ohne nennenswerthe Entstellung. Bei geschlossenem Munde entsprach der Zwischenraum zwischen den medianen unteren Schneidezähnen genau dem der oberen. B. hält die Gefahr der narbigen Verziehung der erhalten bleibenden Unterkieferhälfte nach Resektion oder Exartikulation der anderen überhaupt im Allgemeinen für übertrieben und das Einlegen irgend welcher Prothese vor der Vernarbung für unnöthig. **Reichel (Breslau).**

26) **Bocasso.** Di un neuroma plessiforme nel dominio del nervo grande ipoglosso propagatosi alla lingua.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1896. No. 10 u. 11.)

B. beschreibt den wohl einzig dastehenden Fall eines Rankenneuroms des Nervus hypoglossus. Der Träger war ein 10jähriges Kind. Die Geschwulst war in 4 Monaten gewachsen. Sie ließ sich mit Schonung der Nerven extirpiren, war hühnereigroß und besaß eine nussgroße Fortsetzung in die rechte Zungen-

hälfte hinein, wodurch letztere stark vergrößert erschien. Der histologische Befund war der bekannte und wird durch 3 Figuren wiedergegeben.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

27) **Vallas und Séraud.** Epithélioma primitif de la parotide, développé dans le prolongement antérieur de la glande et simulant un sarcome périostique du maxillaire. Ablation, examen histologique.

(Province méd. 1896. No. 45.)

In der Klassifikation der Geschwulst stimmen die Autoren der König'schen Eintheilung der Parotidgeschwülste, welche bekanntlich immer noch große Schwierigkeiten macht, zu. Die genaue histologische Untersuchung ergibt Hyperplasie des Bindegewebes, aber parallel einer für Carcinom charakteristischen Wucherung des Drüsenepithels, also vom Charakter des Scirrhus. Neben der Besonderheit des anatomischen Sitzes der Geschwulst ist der Nachweis richtig, dass derselbe ein primäres Epitheliom der Drüse darstellt, dessen Vorkommen von Albert auch in seiner neuesten Auflage 1897 noch bestritten wird.

Herm. Frank (Berlin).

28) **Brindel.** Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adénoïdes.

(Travaux de la clin. des mal. du larynx etc. Bordeaux 1896.)

Von den ziemlich detaillirt wiedergegebenen Befunden interessirt hier hauptsächlich die Angabe unter VII, dass bei den 64 Fällen 8mal Tuberkulose des adenoiden Gewebes gefunden wurde. Bacillen wurden nur in einem Falle, über dessen weiteren Verlauf nichts bekannt ist, und nur in einem Schnitte, 3 bis 4 Stück gefunden, in den anderen gar nicht gesucht. Sehr beweisend dafür, dass die Herde von hyaliner (? — B. spricht bald von »dégénérescence vitreuse« bald von »dégénérescence caséuse« bei denselben Herden!) Degeneration wirklich Tuberkeln entsprachen, ist eigentlich keiner der Befunde, selbst der mit den Bacillen nicht; stets handelte es sich um sehr spärlich eingestreute solche Degenerationsherde mit wenigen Riesenzellen; B. hält nichtsdestoweniger alle diese Veränderungen für sicher tuberkulöse und verschmährt sogar genauere Angaben über das Aussehen der Riesenzellen!

Kümmel (Breslau).

29) **Poncet.** Pseudo-actinomyose cervico-faciale. Phlegmons suppurés de la face et du cou, dus à une nouvelle mycose à gros grains jeunes.

(Arch. prov. de chir. 1897. No. 1.)

In 3 Fällen von Gesichts- und Halsphlegmonen, die klinisch völlig den Eindruck einer Aktinomykose machten, wurde eine wesentlich vom Aktinomycespilz sich unterscheidende Pilzform gefunden. Als Unterschiede werden hervorgehoben: Die Körner im Eiter sind viel größer und viel spärlicher vorhanden, lassen sich weit leichter zerdrücken; das Mycel erscheint verwickelter und weniger ausgesprochen strahlig; die Fäden sind länger, dicker, zeigen seltener dichotomische Verzweigung; Sporen liegen zwischen den Fäden, so dass das Ganze den Eindruck eines Leptothrixknäuels mit dazwischen liegenden Staphylokokken macht; rasches, reichliches Wachsthum in Bouillon, die sich trübt; reichliches Auswachsen auf Serum in 24 Stunden; mikroskopisch zeigen die Kulturen keine Fäden und Körner, sondern Diphtheriebacillen ähnliche Stäbchen. 2 der Pat. waren Landleute, der 3. in einer Fabrik beschäftigt; sie standen im Alter von 31, 36, 46 Jahren. Heilung durch chirurgische Eingriffe; Jodkalium schien keinen Erfolg zu haben. Zum Schluss der Arbeit, welcher 2 Abbildungen zum Vergleich zwischen Aktinomykose und Pseudoaktinomykose beigegeben sind, werden die vielleicht hierher zu stellenden Publikationen von Israël, Mosetig-Moorhof, Saotchenko, Ruge und Sabrazès und Rivière aufgezählt.

Bachmann (Breslau).

Auftreten der ersten Symptome beginnend, kann sie denselben aber auch um Jahre vorausgehen. In der Form der gewöhnlichen Skoliose erscheint sie in einem Drittel der Fälle, und dann meist mit der Konvexität der Brustwirbel nach rechts. Bei der Tabes entsteht eine echte Wirbelsäulendeformität nur auf der Basis der Osteoarthropathie bzw. Wirbelfraktur, wie sie Krönig — nicht König, wie er im Original genannt wird — beschrieben hat; in anderer Form kommt sie symptomatologisch dabei nicht in Betracht. Für die Syringomyelie ist die Verkrümmung der Wirbelsäule ein Kennzeichen von fast pathognostischer Bedeutung, meist in der Form der Skoliose in der Dorsalregion, ziemlich häufig auch als Kyphose in der Cervikalportion, sehr selten als Lordose. Ist die Affektion einseitig zunächst oder besonders stark ausgesprochen, so scheint die dorsale Konvexität einer Skoliose sich nach dieser Seite besonders zu richten; meist hat der Autor in diesen Fällen auch eine Kyphose gesehen. Die Zeit, in der sie sich entwickelt, ist in Bezug auf das Auftreten der syringomyelischen Symptome sehr verschieden; auch die subjektiven Beschwerden sind sehr verschieden; meist bildet sie sich schleichend heraus. Nach Charcot beruht sie auf trophischen Störungen. Von peripheren Nervenenerkrankungen kommt die Morvan'sche Krankheit, die Neuritis interstitialis hypertrophica progressiva der Jugend, vor Allem aber die Ischias in Betracht, bei der die Skoliose nahezu konstant ist. Für die Richtung derselben geht aus einer Zusammenstellung von 82 Fällen hervor, dass sie 74mal gekreuzt, 5mal homolog und 3mal alternierend gefunden wurde.

Unter den Myopathien ist der Hauptrepräsentant die progressive Muskelatrophie, bei welcher neben der bekannten typischen starken Lordose die Skoliose ausnahmsweise auch vorkommen kann. Auf trophischer Basis beruht die Deviation der Wirbelsäule bei der Akromegalie und der ihr verwandten Osteoarthropathia hypertrophica cystosa. Die bei ihnen gewöhnliche Kyphose sitzt bei ersterer mehr in der cervicodorsalen, bei letzterer mehr in der unteren Dorsalgegend. Bei der Paget'schen Krankheit giebt die Kyphose in der gewöhnlich oberen Dorsalgegend zusammen mit der Steifigkeit der übrigen Wirbel den scheinbar zu lang herabreichenden Armen eine affenähnliche Geltung. Auch bei Myxödem ist häufig die Wirbelsäule verkrümmt. Von Neurosen spielt die Hysterie eine gewisse Rolle, und hierher gehört auch die neuropathische Skoliose bei Heranwachsenden. Bezüglich der ersteren erscheinen die Ausführungen des Autors stellenweise nicht sehr treffend. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um die Skoliose. Ihre Entstehung soll gewöhnlich auf ein Trauma zurückgehen, nach welchem sie sich bald oder längere Zeit entwickeln soll. Doch kommt sie auch ganz spontan, ohne irgend welche Veranlassung, wie in einer eigenen Beobachtung, vor. Sie unterscheidet sich von den gewöhnlichen Skoliosen dadurch, dass sie einen sehr großen Theil der Wirbelsäule in Anspruch nimmt, durch die Spannung, in welcher die Muskeln erhalten werden, und die dadurch bedingte Steifigkeit. Vor

allen Dingen müssen aber die unwiderleglichen hysterischen Stigmata vorhanden sein. Die Erkennung soll eine leichte sein, indess weist der Autor selbst darauf hin, wie häufig auch in der Litteratur offenbare Verkennungen derselben vorkommen. Die echte hysterische Skoliose ist nur selten. Die Behandlung ist hauptsächlich suggestiv, die Prognose ist ziemlich günstig.

In die letzte Gruppe der neuropathischen Skoliosen reiht der Autor diejenigen ein, welche bei älteren Kindern ohne hysterische oder neurasthenische Spuren, die aber unter dem Zeichen neuropathischer Belastung stehen, gefunden werden. Er hat 15 genaue Anamnesen, von denen 13 auf eine solche Vererbung hinweisen; 12 mal waren die Kinder selbst »nervös,« reizbar. Seine Beobachtungen, zu denen er übrigens von Kirmisson selbst angeregt war, zusammen mit 14 ähnlichen von Landois führen ihn zu dem Schluss, dass die Spätskoliose in einer großen Anzahl der Fälle der Ausdruck nervöser Belastung, d. h. meist eine neuropathische ist. **H. Frank** (Berlin).

14) C. Pantaleone (Messina). Contributo sperimentale all' inesto tiroideo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 7.)

Der Erste, der durch eine längere Beobachtungsreihe im Thierversuch den Beweis geliefert hat, dass es möglich ist, Schilddrüsensubstanz von einem Organismus auf den anderen zu überpflanzen und dadurch eine neue Schilddrüse zur Entwicklung zu bringen, ist Christiani in Genf gewesen (1894). Da man sich jedoch seinen Mittheilungen gegenüber im Allgemeinen skeptisch verhalten hat, so unternahm es P., diese gerade jetzt im Zeitalter der Organtherapie so wichtige Frage seinerseits auf experimentellem Wege einer Nachprüfung zu unterziehen. Die Begründung, auf welche die meisten Autoren ihre ablehnende Haltung stützen, dass nämlich alle Einpflanzungen von organischen Theilen mit Ausnahme des Oberflächenepithels schließlich atrophisch werden und zur Resorption kommen, scheint ihm auf die Schilddrüse nicht anwendbar zu sein. Er betont, dass die Atrophie eine Folge des Nichtgebrauchs ist, demnach bei einem Stück Muskel, Sehne oder einer Drüse mit Ausführungsgang, der die Sekrete nach der Einpflanzung nicht in richtiger Weise ableiten kann, durchaus erklärlich ist, auch wenn die Ernährung Anfangs eine gute war. Die Schilddrüse bedarf jedoch, um funktionieren zu können, weder eines Ausführungsganges noch bestimmter Verbindungen mit anderen Organen, sondern nur einer ausgiebigen Versorgung mit Blut. Diese Überlegung veranlasste ihn, die von Christiani an Ratten gemachten Versuche an Hunden zu wiederholen. Von 3 operirten Thieren hat dann in der That das eine ein positives Ergebnis geliefert. Die eine Hälfte der Schilddrüse wurde, jedes Mal unter strengster Asepsis abgetragen und in mehreren Stücken ins Bauchfell verpflanzt. Nach etwa 6 Wochen Autopsie. In allen 3

In Übereinstimmung mit Reinicke, Ahlfeld und Poten ergab sich, dass gegenüber Karbolsäure, Lysol und Sublimat der Alkohol allein geeignet war, gute Resultate zu liefern.

Folgt dem Alkohol noch 1%ige Lysollösung, so ist das Resultat bezüglich des Procentsatzes der Keimfreiheit noch besser. Um den annähernd gleichen Procentsatz von Sterilität bei der Verwendung des Antisepticums vor dem Alkohol zu erzielen, bedurfte es einer längeren Einwirkung des ersteren.

Hinsichtlich der Desinfektion des Nagelschmutzes ergaben sorgfältige, mit beiden Mitteln angestellte Versuche die Superiorität des Sublimats über das Lysol.

Versuche, welche die unmittelbare baktericide Eigenschaft des Alkohols in verschiedenen Konzentrationen prüften, ergaben, dass die stärkste Konzentration des Alkohols das größte antiseptische Vermögen besaß. Ein ausgesprochen baktericides Mittel ist er besonders den Mikroorganismen des Händeschmutzes gegenüber. Immerhin ist 20%ige Sublimatlösung ihm auch in diesem Punkte an sich noch überlegen; doch geschieht die Sterilisierung der Hand mit der Sublimatlösung allein ungleich schwerer, als unter Zuhilfenahme des Alkohols.

Es müssen also nothwendigerweise bei der Alkoholwirkung noch andere Faktoren im Spiele sein.

Verff. erklären die hervorragende hautdesinficirende Fähigkeit des Alkohols nicht durch sie, sondern durch das Zusammenwirken mehrerer Momente, und fassen ihre Meinung folgendermaßen zusammen:

1) Der Alkohol wirkt direkt bakterientödtend.

2) Er bahnt durch seine fettlösende und mit Wasser sich verbindende Eigenschaft sich nicht nur selbst einen Weg, sondern auch den noch folgenden Desinficientien durch Bewerkstelligung der erforderlichen Adhäsion.

3) Er löst die oberflächlichen Hautschuppen mit dem anhaftenden Schmutz einschließlich der Bakterien und schwemmt sie ab.

Was die Dauer der Einwirkung betrifft, so halten die Verff., wenn dem Alkohol ein geeignetes Antisepticum angeschlossen wird, die übliche Seifenwaschung vorausgesetzt, eine je 2 Minuten währende Abreibung mit Gaze oder Flanell fast immer zur Vermeidung von Infektionen für genügend.

Doch sollen unvermeidliche Ausnahmen nicht zum Pessimismus führen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

3) Ahlfeld. Die Heißwasser-Alkoholdesinfektion und ihre Einführung in die allgemeine Praxis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 8.)

Die Arbeit bildet eine Ergänzung der früheren Mittheilungen A.'s, fußend auf einem weiteren Jahr praktischer und bakterieller Prüfung der Methode.

A. bemüht sich zunächst, die von Löhlein und Poten gegen seine Methode vorgebrachten Einwände zu entkräften. A.'s Resultate sind so günstige, dass er glaubt, sein Verfahren für den praktischen Arzt und für die Hebamme als bestes empfehlen zu können. 200 Hebammenschülerinnen lernten schnell ihren Finger mittels desselben steril zu machen. Damit dieselbe aber auch Instrumente, Watte und dergleichen vor dem Gebrauch sterilisieren können, hat A. seine früher bereits beschriebene Hebammentasche erheblich modifiziert. Derselben sind 2 Nickelinschalen beigegeben, die eine für den Alkohol (an Stelle also der bisher üblichen 3%igen Karbollösung), die andere für Wasser bestimmt, das durch einen untergesetzten Spiritusapparat rasch erhitzt werden kann.

»Hat die Hebamme zunächst mindestens 5 Minuten lang ihre Hände mit heißem Wasser und Seife gebürstet, die Nägel gehörig geschnitten, die Nagelbetten und den Unternagelraum gereinigt, die Hand mit klarem Wasser abgespült, so beginnt die Alkoholdesinfektion, erst mit der Bürste, die bis dahin im Alkohol lag, dann mit dem Flanell, indem der Finger, der zur Untersuchung benutzt werden soll, ganz besonders durch drehende und stopfende Bewegungen, die den Alkohol unter das Nagelbett treiben, gehörig abgerieben wird.

Nun kann die innere Untersuchung erfolgen, ohne dass die Hand mit etwas Anderem eingefettet zu werden braucht.«

Die sorgfältigere Sterilisation des untersuchenden Fingers hält A. für nothwendig. Auf diese Weise wurde Keimfreiheit des sterilisirten Fingers in 98%, der ganzen Hand in 87% der Fälle erzielt.

Wegen der Feuergefährlichkeit des Alkohols soll die Erhitzung des Wassers stets außerhalb des Wöchnerinnenzimmers, womöglich auf dem Herdfeuer geschehen (leider nicht überall möglich. Ref.).

Damit der Preis des Verfahrens nicht so hoch sei, kann auch denaturirter Spiritus und an Desinfektionskraft allerdings etwas minderwerthiger, auf die Hälfte verdünnter Alkohol benutzt werden.

Ferner bedarf es wegen der Eintrocknung der Haut durch den Alkohol der Behandlung derselben mit Seifenkresol bei Einführung der ganzen Hand.

(Ref. glaubte im Vorstehenden Einzelnes aus den A.'schen Mittheilungen ausführlicher wiedergeben zu sollen, da ja nicht nur für geburtshilfliche, sondern auch für chirurgisch-gynäkologische Zwecke das Verfahren in Betracht gezogen werden könnte. Freilich dürfte hier wohl auf jeden Fall aus auf der Hand liegenden Gründen die Fürbringer'sche Methode der Anwendung eines Desinficiens nach dem Alkohol dem A.'schen Verfahren vorzuziehen sein.)

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

4) P. Stolper. Die Geistesstörung in Folge von Kopfverletzung.

(Sonder-Abdr. aus der Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen, 3. F. Bd. XIII. Hft. 1.)

Verf. bespricht mit eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur die Frage vom Zusammenhang von Kopfverletzungen und Geistesstörungen und stützt sich dabei besonders auf das reiche Material des Knappschafts-Lazarets zu Königshütte O.-S. Von 1886—1895 kamen in demselben 981 Kopfverletzungen (exkl. Augen) und 888 Augenverletzungen zur Beobachtung. Auf die 981 Kopfverletzungen entfallen 12 Geistesstörungen, die als Folge der Verletzung anzusehen sind ($= 1,22\%$); auf die 888 Augenverletzungen kein Fall von Geistesstörung. Bei 11 der 12 Geistesgestörten hatte es sich um eine schwere Verletzung gehandelt. Berechnet man das Verhältnis von schweren Schädelverletzungen und Seelenstörungen, so kamen die letzteren in 8% der ersteren vor.

S. theilt die in Frage kommenden Geistesstörungen nach Schule in primär-traumatisches und sekundär-traumatisches Irresein. Die Fälle von ersterem sind bisher nicht häufig beschrieben worden; immerhin gehören 9 der vom Verf. zusammengestellten Fälle hierher. Bei sämtlichen 9 Pat. handelte es sich um heftige Gewalteinwirkungen. Die Geistesstörung dauerte höchstens einige Wochen, ließ aber bisweilen einen Intelligenzdefekt zurück.

Die sekundär-traumatischen Psychosen werden vom Verf. in 4 Gruppen getheilt: 1) unkomplirte, reine Formen des mittelbar nach Kopfverletzung auftretenden Irreseins. 2) Geistesstörung in Folge von Geschwülsten traumatischen Ursprungs im Schädelinnern. 3) Reflexpsychosen. 4) Psychosen in Begleitung, meist im Gefolge von traumatischer Epilepsie und Hysterie.

In Bezug auf die erste Gruppe ist zu bemerken, dass in der Regel leicht angedeutete Symptome geistiger Schwäche zum Ausbruch der eigentlichen Störung überleiten. Verf. illustriert diese Kategorie durch Beobachtungen aus dem Knappschafts-Lazarett. Für die zweite Form: Psychose nach traumatischer Hirngeschwulst, giebt er ebenfalls ein interessantes Beispiel eigener Beobachtung: Nach einem heftigen Schlag auf die linke Kopfseite trat Kopfschmerz, Vergesslichkeit und zunehmende Verblödung auf. Tod 3 Monate nach dem Unfall. Bei der Autopsie fand sich in der Rinde der linken Hemisphäre, also auf der Seite, die den Schlag empfangen hatte, ein hühnereigroßes Rundzellensarkom. Die von Köppe beschriebene Reflexpsychose, durch den Reiz peripherischer Narben ausgelöst, wurde von Verf. nicht beobachtet. Das Irresein nach traumatischer Epilepsie wurde ebenfalls nicht in typischer Form beobachtet. Bei zwei allfällig hierher gehörenden Fällen traten Epilepsie und Schwachsinn gleichzeitig auf.

Die Wichtigkeit des behandelten Gegenstandes tritt hauptsächlich bei der Beurtheilung von Unfallsfolgen zu Tage. Wenn auch ein

bis dahin völlig »rüstiges« Gehirn, wie Verf. mit Recht bemerkt, durch eine geringfügige Kopfverletzung in seinen seelischen Funktionen nicht so leicht gestört wird, so dürfen andererseits bei der Begutachtung der Folgen schwerer Kopfverletzungen die bisweilen erst spät auftretenden Psychosen nicht außer Acht gelassen werden.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

5) G. Boenninghaus. Die Meningitis serosa acuta.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1897.

Mit dankenswerther Sorgfalt hat B. in dieser Arbeit zusammengestellt und gesichtet, was an einschlägigen Thatsachen über diese seltene Erkrankung zu finden war. Veranlassung wurde ihm ein selbstbeobachteter Fall, in welchem er, statt den vermutheten otitischen Hirnabscess zu eröffnen, sich mit der Punktion des Seitenventrikels begnügen musste und dadurch volle Heilung erzielte. Daraus kam B. zur Überzeugung, dass es sich um eine Meningitis serosa gehandelt habe, wie sie von Billroth zuerst genannt und weiterhin besonders von Huguenin und Quincke beschrieben war. Eine kritische Durchmusterung der Litteratur ergab ein Material von 27 einwandfreien Fällen, die mit dem einen selbstbeobachteten die Unterlage der vorliegenden Studie sind. Die Ergebnisse sind kurz folgende.

Der sog. idiopathische akute Hydrocephalus, der also nicht sekundär in Folge von Stauung — etwa bei Herzkrankheiten, Halsgeschwülsten, Sinusthrombose oder allgemeiner Hydrämie — entsteht, ist stets ein exsudativer, niemals ein transsudativer Vorgang. Die für die letztere Ansicht angezogenen Annahmen sind nicht stichhaltig: weder eine fluxionäre Hyperämie noch eine verstärkte Herzaktion können nach anatomischen und physiologischen Gesetzen eine Vermehrung der Flüssigkeit im Schädel bedingen. Vielmehr kommt diese Flüssigkeitsvermehrung nur auf entzündlichem Wege zu Stande in Folge einer Meningitis, und zwar einer Meningitis serosa. Das entzündliche Exsudat ist klar, rein serös und nicht eitrig, weil entweder der Tod zu rasch eintrat, als dass es so weit hätte kommen können, oder weil das Exsudat von vorn herein nicht dazu neigte.

Pathologisch-anatomisch handelt es sich um 2 auch klinisch wichtige Formen: bei der ersten, der Meningoencephalitis ser. ac., sind Hirn und Meningen serös durchtränkt, die Ventrikel absolut oder relativ frei; bei der zweiten, der Mening. serosa interna ac., sind Hirn und Meningen, wenn überhaupt, nur wenig entzündet, hingegen die Ventrikel durch seröses Exsudat mehr oder weniger ausgedehnt. Eine Sonderstellung nehmen jene seltenen, stürmisch verlaufenden Fälle ein, wo die Sektion nur allgemeine hochgradige Hyperämie ohne wesentliche Exsudation erkennen lässt. Sie sind aufzufassen als das erste, sehr stark ausgesprochene Stadium einer Entzündung und wahrscheinlich die Wirkung höchst aktiver Toxine.

Entsprechend der klinischen Dignität behandelt B. besonders eingehend die Mening. ser. interna; sie entwickelt sich nicht gleich primär im Ventrikel, sondern beginnt in den äußeren weichen Hirnhäuten, folgt den Einsenkungen der Pia in die Telae choroideae und endet in den Kapillarschlingen der Plexus chorioidei und führt hier zu einem Erguss in den Ventrikel. Der Erguss selbst kann sich nun wieder den Abfluss in den Subarachnoidealraum verlegen dadurch, dass er automatisch die Abflussvorrichtungen des Aquaeductus Sylvii im 3. Ventrikel und der Foramina Magendi und Luschkae im 4. Ventrikel komprimiert.

Diese Form der Meningitis ist im Gegensatz zu der ersteren, die als ganz virulente Form der Mening. pur. anzusehen ist, ausgezeichnet durch eine gewisse Gutartigkeit; sie hat einen protrahierten Verlauf, kann durch Gehirnkompensation tödlich enden, doch auch in Genesung übergehen. Leider ist es zur Zeit nicht möglich, am Krankenbett die Krankheiten unter sich und unter den beiden anderen Formen der Meningitis, der eitrigen und der tuberkulösen, so wie von Gehirnabscess und -geschwulst zu differenzieren. Bei der gutartigen Form ist allein aus dem Ausgang, und zwar aus dem unerwartet, oft schnell über Nacht kommenden günstigen Verlauf die Diagnose zu stellen. Unter diesen Umständen, hebt B. mit Recht hervor, muss man mit der Diagnose besonders vorsichtig sein und sie nicht zur »Modedialgnose« werden lassen.

Die Diagnose ist unzweifelhaft in den (7) Fällen, wo mit der operativen Entleerung von Cerebrospinalflüssigkeit wie mit einem Schlage dauernd die bedrohlichsten Hinerscheinungen schwinden, sie ist zweifelhaft in einigen Fällen von günstigem, aber weniger eklatantem Ausgang und in manchen (9) Fällen ist sie nur durch die Autopsie zu gewinnen.

Praktisch ergibt sich daraus die Regel, bei der Diagnose einer Meningitis pur. oder tub. von Gehirnabscess oder -geschwulst stets auch die Möglichkeit einer Mening. serosa zu berücksichtigen und ev. die Punktion zu machen: bei Kindern mit noch offenen Nähten oder bei schon trepanirtem Schädel die Ventrikelpunktion ev. die einfache Eröffnung der cerebralen Dura, sonst die Lumbalpunktion; diese wird genügen, falls der Ventrikelerguss nicht abgeschlossen ist. Die Technik wird von B. des Genaueren geschildert.

Nach einigen inhaltsreichen Bemerkungen über das Wesen der Meningitis serosa chronica schließt B. seine Arbeit mit einer exakten Wiedergabe der bekannt gewordenen einwurfsfreien Fälle.

G. Zimmermann (Dresden).

6) Marcotte. De l'Hémicraniectomie temporaire de Doyen.

(Arch. prov. de chir. 1897. No. 1.)

Auszug aus der These des Verf., giebt die von Doyen aufgestellten Grundsätze wieder (cf. Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 6. p. 128, Doyen, La Chirurgie du cerveau, Méd. moderne 1895.

No. 89). Der erste Theil schildert das von Doyen benutzte Instrumentarium für Hand- wie elektrischen Antrieb unter Beifügung einer Reihe von Abbildungen; im zweiten Abschnitt werden allgemeine technische Regeln gegeben, speciell die einzelnen Schnittführungen an einer Anzahl von Skizzen illustriert; dann wird das Vorgehen Doyen's bei intracraniellen Eingriffen, Geschwülsten und Abscessen des Gehirns, bei Jackson'scher und essentieller Epilepsie, bei Mikrocephalie und Idiotie erläutert. Zum Schluss werden Modificationen der Schnitt- resp. Sägeföhrung zur Freilegung des vorderen Theiles der Basis cranii durch temporäre Resektion eines großen Stirnlappens, des Weiteren zur Resektion des Ganglion Gasseri, zur Trepanation des Magenfortsatzes und zur Freilegung des lateralen Sinus, des Occipitallappens und des Kleinhirns angegeben. Bezöghch der Details muss auf die Arbeiten von Doyen und die vorliegende verwiesen werden.

Bachmann (Breslau).

7) **Garnault.** Le traitement chirurgical de la surditö.

(Möd. moderne 1896. No. 105.)

Auf Grund seiner Erfahrungen, deren einige näher angeführt werden, empfiehlt G. dringend, in allen Fällen von Zerstörung des Schallleitungsapparates nach chronischen Ohrleiden, die durch den dauernd negativen Ausfall des Rinne'schen Versuches erkennbar sind, durch Entleerung der Paukenhöhle eine Besserung anzustreben. Er macht sich durch Eröffnung des Gehörganges von hinten her die Höhle zugänglich und schabt dann dieselbe sorgfältig aus, unter vorsichtiger Schonung des Steigbügels. Eine Eröffnung des ovalen Fensters ergibt keine dauernde Besserung, setzt aber die Gefahr der Infektion des Innenohres. Das Trommelfell wird größtentheils abgetragen, um neue Verwachsung zu verbüten. In nicht operirten Fällen gab Massage nach Lucae bessere Resultate als die Luftdusche.

Roesing (Hamburg).

8) **M. Scheier.** Über die Verwerthung der Röntgen-Strahlen in der Rhino- und Laryngologie.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 1.)

Bei Anwendung der Röntgen-Strahlen auf die Nase fand Verf. den vorderen knorpligen Theil der Nase fast vollkommen durchsichtig, eine Metallsonde, ins Nasenloch eingeföhrt, war 5—6 cm weit nach hinten deutlich sichtbar. In die Nasenhöhle eingeföhrt Fremdkörper waren je nach ihrer Natur mehr oder minder deutlich sichtbar, z. B. Obstkerne nur schwach, Glasperlen sehr deutlich. Von den Nebenhöhlen markirte sich auf der photographischen Platte die Stirnhöhle sehr scharf als helles, fast rechtwinkliges Dreieck, weniger scharf die Oberkieferhöhle. Bei einigen Personen mit Oberkieferhöhleneiterung erschien die kranke Seite etwas dunkler, nach Ausspritzung des Eiters war dann die betreffende Stelle im Schattenbild

etwas heller. Gleichwohl möchte Verf. diese Erscheinung diagnostisch nicht allzu hoch veranschlagen, da er auch bei Gesunden zuweilen Differenzen im Schattenbild der beiden Kieferhöhlen fand. Auch die Keilbeinhöhle giebt sich mitunter als etwas hellerer Schatten inmitten tiefdunkler zu erkennen. In einem Falle wurde die nutzlose Eröffnung der Stirnhöhle Behufs Entfernung eines darin vermutheten Geschosses durch die vorhergehende Durchleuchtung vermieden, indem sich zeigte, dass das Geschoss in der Gegend des Felsenbeines saß.

Auch die Durchleuchtung des Kehlkopfes eignet sich vornehmlich zur Feststellung der Anwesenheit von Fremdkörpern in demselben. Der Kehlkopfknochen ist nicht vollkommen durchlässig für die X-Strahlen. Wegen der langen Expositionszeit, die der Kehlkopf erfordert, ist vorläufig seine Beobachtung mit dem Fluoreszenzschirm vorzuziehen. Verf. erwartet von der Entdeckung Röntgen's noch große Vortheile für die Rhinolaryngologie. **Teichmann** (Berlin).

9) **A. Alexander.** Die Nasenpolypen in ihren Beziehungen zu den Empyemen der Nasennebenhöhlen.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

An dem großen Material der Berliner Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenranke hat Verf. die zur Zeit wohl aktuellste Frage der Rhinologie von der Natur und Ursache der Nasenpolypen, insbesondere ihr Verhältnis zu Nebenhöhlenerkrankungen, einer eben so gründlichen wie dankbaren Bearbeitung unterzogen. Das statistische Ergebnis derselben ist, dass unter 149 Pat., in deren Nase sich Polypen fanden, 69 überhaupt keine Nebenhöhlenerkrankung zeigten. Bei den übrigen 80 war am häufigsten (57mal) die Kieferhöhle erkrankt, dann kamen der Häufigkeit nach die Siebbeinzelleneiterungen (8mal), die Keilbeinhöhlenempyeme (5mal) und nur 1mal eine Stirnhöhleneiterung. In 9 Fällen bestand eine kombinierte Eiterung. Verf. betont ferner, kaum jemals Nasenpolypen bei Nebenhöhleneiterung gesehen zu haben, wo nicht die Eiterung nachweislich mindestens 1 Jahr lang bestand. Unter 170 Empyemfällen wiesen nur 45 Nasenpolypen auf. Wenn er demnach die Nasenpolypen als Produkt einer chronischen Entzündung und Cirkulationsstörung in der Nasenschleimhaut auffasst, so nähert er sich damit erfreulicherweise den allgemeinen pathologisch-anatomischen Anschauungen, wie er überhaupt in Bezug auf pathologische Anatomie und Histologie der Nase eine Sonderstellung zuzuweisen nicht geneigt ist. Er begegnet sich hierin mit Hajek, dessen letzte Arbeit über pathologische Veränderungen in den Siebbeinknochen bei Nasenpolypen sich in gleicher Richtung bewegt. **Teichmann** (Berlin).

10) J. Veis. Über fossuläre (lakunäre) Erkrankungen des Tonsillengewebes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 1.)

Verf. konstatirt, dass Erkrankungen der Fossulae lacunares der Mandeln bei manchen Krankheitszuständen gefunden wurden, die man früher als »nervös« angesehen habe. Er beginnt die Schilderung der Pathologie der Tonsillarlakunen mit der Angina follicularis acuta, die besser Ang. lacunaris genannt werden sollte, da der wesentliche Vorgang sich in den Krypten und nicht in den Follikeln abspielt. Sie ist eine Infektionskrankheit. Die Erkältung wirkt durch Schwächung der Resistenz des Gewebes, sei es durch lokale, sei es durch Fernwirkung. Die typische Ang. lacunaris, die nach Nasenoperationen, speciell galvanokaustischen Manipulationen entsteht, glaubt V. bedingt durch das Herabfließen des scharfen Sekrets. Spülungen und Gurgeln sind von gutem prophylaktischem Werth. Die Disposition, die für diese Erkrankung besteht, kann plötzlich schwinden, oft mit Beginn der Pubertät. Fälle, bei denen hinterher Nephritis oder Lähmungen auftreten, zählt V. der Diphtherie zu. Heymann glaubt den Verlauf der Angina durch Chinin- und Antipyningaben in großen Dosen beschleunigen zu können. Die chronische Form setzt mancherlei Beschwerden, die vielfach in den Kehlkopf lokalisiert werden. Sie verursacht oft das Knollengefühl und bewirkt Reflexerscheinungen, wie Nieskrämpfe und Husten, die durch zweckentsprechende Therapie sofort beseitigt werden. Seltener entstehen von den Tonsillen aus Trigemimusneuralgien und Asthma bronchiale. Nach Moritz Schmidt sitzen die Pfröpfe oft ausschließlich in der Spitze der Mandeln, so dass man das Leiden nur erkennt, wenn man die Mandeln mittels Häkchen hervorzieht. Die chronische lakunäre Angina entsteht aus Residuen der akuten oder durch häufig wiederkehrende geringere Entzündungsprocesse. Die Behandlung besteht am zweckmäßigsten in der namentlich von Moritz Schmidt eingebürgerten Schlitzung der Tonsillen mit einem kleinen, rechtwinklig gebogenen Häkchen. Dadurch werden die Lakunen in offene Kanäle verwandelt und die Tonsillen zum Theil narbig verändert. Die schmerzlose Behandlung wird in 5—6 Sitzungen wiederholt. Stark hyperplastische Mandeln sind zu exstirpieren.

Eine seltenere Erkrankung der Mandeln ist die Pharyngomykosis leptothricia, die schon mit amyloider Degeneration der Tonsillen und mit Bildung von Kalkkonkrementen verwechselt wurde. Sie macht oft lebhaftes Beschwerden, Kitzel, Trockenheit, Hustenreiz, ev. Allgemeinerscheinungen. Sie kommt meistens im 2. und 3. Lebensdecennium vor. Charakteristisch sind schwefelgelbe Auflagerungen, die über die Oberfläche hervor und in die Tiefe hinein ragen. Die Ausdehnung kann eine sehr beträchtliche sein, bis in den Kehlkopf hinab und oben bis ins Cavum pharyngo-nasale. Die pathologischen Massen bestehen nach Heryng aus vielfach geschichtetem Plattenepithel,

das vielfach zerfallen und kernlos ist. Oft sind ihnen stark lichtbrechende Körner eingelagert; eine gelbliche Masse umlagert das Epithel. In ihr findet sich der *Leptothrix buccalis*, der sich auf Zusatz von Lugol'scher Lösung violett färbt. Das Mandelgewebe ist frei von entzündlichen Erscheinungen. Die Krankheitsherde können außer in den Lakunen auch oberflächlich oder tiefer in der Substanz der Tonsillen selbst sitzen. In den tieferen Partien dieser verhornten Herde findet sich das Bacterium nicht. Siebenmann bezeichnet die Krankheit als *Hyperkeratosis lacunaris*. Verf. glaubt an einen Zusammenhang zwischen ihr und ausgebreiteter Zahncaries. Die Erkrankung heilt von selbst, ist aber oft sehr langwierig, dauert Jahre. Die Therapie besteht in Darreichung von Gurgelwässern, ev. Ätzungen mit Chemikalien oder dem Thermokauter, in schwierigen Fällen in der Tonsillektomie. V. ergänzt seine Beobachtungen durch Hinzufügen von 3 einschlägigen Fällen. Das ganze Gebiet der Tonsillenerkrankungen ist klar und anschaulich behandelt.

E. Siegel (Frankfurt a./M.).

11) M. Magnan. De l'hypertrophie des amygdales.

(Revue de laryngol. 1897. No. 11 u. 12.)

Eine klinisch-therapeutische Studie aus der Schule Moure's, welche sich bei aller Anerkennung der Wichtigkeit dieser Affektion doch von den Übertreibungen frei hält, denen man bei neueren Autoren über dieses vielbearbeitete Gebiet häufig begegnet. Bedenken sind nur über die außerordentliche Bevorzugung der galvanokaustischen Schlinge zur Abtragung der hypertrophischen Tonsille gegenüber dem Tonsillotom zu äußern. Wenn man auch bei Erwachsenen, wo die Tonsillen schon fibröse Umwandlung erfahren haben können, zur Vermeidung stärkerer Blutung vielleicht die Glüh-schlinge vorziehen wird, so erscheinen doch die kleinen Mängel dieses Verfahrens (Nothwendigkeit mehrerer Assistenten, Heftigkeit der nachfolgenden Reaktion) nicht genügend betont, während die wirklichen oder angeblichen Nachtheile und Gefahren des Tonsillotoms mit fast komischem Eifer hervorgekehrt werden. Auch die Discission der Mandeln kommt nicht zu ihrem vollen Recht, und wenn Verf. angiebt, dass dieses Verfahren mehr und mehr durch die Zerstückelung der Mandel verdrängt werde, so ist dies wenigstens bei uns in Deutschland nicht der Fall.

Telchmann (Berlin).

12) W. Lindt jun. Die direkte Besichtigung und Behandlung der Gegend der Tonsilla pharyngea und der Plica salpingopharyngea in ihrem obersten Theil.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 1.)

Zur Untersuchung des Nasen-Rachenraumes ohne Spiegel hat Verf. in Anlehnung an frühere Versuche Zaufal's einen Gaumenhaken konstruirt, mit welchem er das Gaumensegel nach vorn und oben

stark anhebt, um dann bei stark rückwärts geneigtem Kopfe des Pat. ohne Niederdrücken der Zunge direkt in den Nasen-Rachenraum hineinzusehen. Er bringt sich auf diese Weise die Gegend des Recessus medius und der Rachenmandel, oft bis an deren vorderen Rand, bei Erwachsenen mit zurückgebildeter Rachenmandel auch die Rosenmüller'schen Gruben, nur selten die Tubenöffnungen zu Gesicht, und macht sie therapeutischen Eingriffen mit geraden Instrumenten und unter Leitung des Auges zugänglich. Von der kürzlich durch Katzenstein veröffentlichten Art der direkten Besichtigung des Nasen-Rachenraumes unterscheidet sich das Verfahren L.'s vor Allem dadurch, dass der Pat. nicht die Rückenlage mit herabhängendem Kopfe einzunehmen braucht.

Telchmann (Berlin).

13) Ch. Mirallié. Des déviations du rachis en neuropathologie.

(Revue d'orthopédie 1896. No. 5. u. 6.)

In einer vornehmlich litterarischen, aber auch durch eigene Untersuchungen von Fällen aus der Kirmisson'schen Praxis ergänzten Studie verfolgt der Autor den Einfluss, welchen die einzelnen Krankheitstypen des centralen und peripheren Nervensystems auf die Gestalt und Richtung der Wirbelsäule ausüben. Wenn wir hier die minder bedeutsamen Krankheitsbilder übergehen, kommen die Gehirnaffektionen außer Betracht, weil bei ihnen der Einfluss auf die Gestaltung der Wirbelsäule nur von sekundärer Bedeutung ist; anders dagegen bei den Rückenmarkserkrankungen, bei denen die Wirbelsäulenveränderung zuweilen zur Charakteristik gehört. Bei der Kinderlähmung findet sie sich ziemlich häufig, meist in Form habitueller Skoliose, aber nur selten zu einer wirklichen Deformität auswachsend. Jedoch auch Lordosen und sogar Kyphosen kommen vor. Die Seite, wohin sich die Konvexität richtet, ist nach den Messner-Kirmisson'schen Untersuchungen bekanntlich verschieden: unter 17 Fällen war sie 14mal nach der gesunden Seite, 3mal nach der kranken hin gewendet. Sie macht sich in der Regel erst spät geltend, wenn die Ungleichheit der Glieder sie bewirkt, indess können bei ihrer Entstehung auch Muskelkontrakturen, -retraktionen und -lähmungen und trophische Störungen der Wirbel selbst, wie in einer einwandfreien Beobachtung, Schuld tragen.

Im Anschluss daran bespricht der Autor die Skoliose aus ungleicher Länge der Beine überhaupt, welche häufig als Typus der Wirbelsäulenverkrümmung im späteren Wachstumsalter aufgefasst wird, was aber nach den Untersuchungen von Kirmisson nichts weniger als regelmäßig zutrifft. Bei der Friedreich'schen Krankheit ist die Wirbelsäulenverkrümmung, auf mangelnder Widerstandskraft der Spinalmuskeln beruhend, ein wichtiges Kennzeichen; in 78 Krankenbeschreibungen ist sie 40mal aufgeführt, kommt aber wahrscheinlich noch häufiger vor. In der Regel 2—5 Jahre nach dem

Auftreten der ersten Symptome beginnend, kann sie denselben aber auch um Jahre vorausgehen. In der Form der gewöhnlichen Skoliose erscheint sie in einem Drittel der Fälle, und dann meist mit der Konvexität der Brustwirbel nach rechts. Bei der Tabes entsteht eine echte Wirbelsäulendeformität nur auf der Basis der Osteoarthropathie bew. Wirbelfraktur, wie sie Krönig — nicht König, wie er im Original genannt wird — beschrieben hat; in anderer Form kommt sie symptomatologisch dabei nicht in Betracht. Für die Syringomyelie ist die Verkrümmung der Wirbelsäule ein Kennzeichen von fast pathognostischer Bedeutung, meist in der Form der Skoliose in der Dorsalregion, ziemlich häufig auch als Kyphose in der Cervikalportion, sehr selten als Lordose. Ist die Affektion einseitig zunächst oder besonders stark ausgesprochen, so scheint die dorsale Konvexität einer Skoliose sich nach dieser Seite besonders zu richten; meist hat der Autor in diesen Fällen auch eine Kyphose gesehen. Die Zeit, in der sie sich entwickelt, ist in Bezug auf das Auftreten der syringomyelischen Symptome sehr verschieden; auch die subjektiven Beschwerden sind sehr verschieden; meist bildet sie sich schleichend heraus. Nach Charcot beruht sie auf trophischen Störungen. Von peripheren Nervenkrankungen kommt die Morvan'sche Krankheit, die Neuritis interstitialis hypertrophica progressiva der Jugend, vor Allem aber die Ischias in Betracht, bei der die Skoliose nahezu konstant ist. Für die Richtung derselben geht aus einer Zusammenstellung von 82 Fällen hervor, dass sie 74mal gekreuzt, 5mal homolog und 3mal alternierend gefunden wurde.

Unter den Myopathien ist der Hauptrepräsentant die progressive Muskelatrophie, bei welcher neben der bekannten typischen starken Lordose die Skoliose ausnahmsweise auch vorkommen kann. Auf trophischer Basis beruht die Deviation der Wirbelsäule bei der Akromegalie und der ihr verwandten Osteoarthropathia hypertrophica cystosa. Die bei ihnen gewöhnliche Kyphose sitzt bei ersterer mehr in der cervicodorsalen, bei letzterer mehr in der unteren Dorsalgegend. Bei der Paget'schen Krankheit giebt die Kyphose in der gewöhnlich oberen Dorsalgegend zusammen mit der Steifigkeit der übrigen Wirbel den scheinbar zu lang herabreichenden Armen eine affenähnliche Geltung. Auch bei Myxödem ist häufig die Wirbelsäule verkrümmt. Von Neurosen spielt die Hysterie eine gewisse Rolle, und hierher gehört auch die neuropathische Skoliose bei Heranwachsenden. Bezüglich der ersteren erscheinen die Ausführungen des Autors stellenweise nicht sehr treffend. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um die Skoliose. Ihre Entstehung soll gewöhnlich auf ein Trauma zurückgehen, nach welchem sie sich bald oder längere Zeit entwickeln soll. Doch kommt sie auch ganz spontan, ohne irgend welche Veranlassung, wie in einer eigenen Beobachtung, vor. Sie unterscheidet sich von den gewöhnlichen Skoliosen dadurch, dass sie einen sehr großen Theil der Wirbelsäule in Anspruch nimmt, durch die Spannung, in welcher die Muskeln erhalten werden, und die dadurch bedingte Steifigkeit. Vor

allen Dingen müssen aber die unwiderleglichen hysterischen Stigmata vorhanden sein. Die Erkennung soll eine leichte sein, indess weist der Autor selbst darauf hin, wie häufig auch in der Litteratur offenbare Verkennungen derselben vorkommen. Die echte hysterische Skoliose ist nur selten. Die Behandlung ist hauptsächlich suggestiv, die Prognose ist ziemlich günstig.

In die letzte Gruppe der neuropathischen Skoliosen reiht der Autor diejenigen ein, welche bei älteren Kindern ohne hysterische oder neurasthenische Spuren, die aber unter dem Zeichen neuropathischer Belastung stehen, gefunden werden. Er hat 15 genaue Anamnesen, von denen 13 auf eine solche Vererbung hinweisen; 12 mal waren die Kinder selbst »nervös,« reizbar. Seine Beobachtungen, zu denen er übrigens von Kirmisson selbst angeregt war, zusammen mit 14 ähnlichen von Landois führen ihn zu dem Schluss, dass die Spätskoliose in einer großen Anzahl der Fälle der Ausdruck nervöser Belastung, d. h. meist eine neuropathische ist. **H. Frank** (Berlin).

14) C. Pantaleone (Messina). Contributo sperimentale all' inesto tiroideo.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 7.)

Der Erste, der durch eine längere Beobachtungsreihe im Thierversuch den Beweis geliefert hat, dass es möglich ist, Schilddrüsensubstanz von einem Organismus auf den anderen zu überpflanzen und dadurch eine neue Schilddrüse zur Entwicklung zu bringen, ist Christiani in Genf gewesen (1894). Da man sich jedoch seinen Mittheilungen gegenüber im Allgemeinen skeptisch verhalten hat, so unternahm es P., diese gerade jetzt im Zeitalter der Organtherapie so wichtige Frage seinerseits auf experimentellem Wege einer Nachprüfung zu unterziehen. Die Begründung, auf welche die meisten Autoren ihre ablehnende Haltung stützen, dass nämlich alle Einpflanzungen von organischen Theilen mit Ausnahme des Oberflächenepithels schließlich atrophisch werden und zur Resorption kommen, scheint ihm auf die Schilddrüse nicht anwendbar zu sein. Er betont, dass die Atrophie eine Folge des Nichtgebrauchs ist, demnach bei einem Stück Muskel, Sehne oder einer Drüse mit Ausführungsgang, der die Sekrete nach der Einpflanzung nicht in richtiger Weise ableiten kann, durchaus erklärlich ist, auch wenn die Ernährung Anfangs eine gute war. Die Schilddrüse bedarf jedoch, um funktionieren zu können, weder eines Ausführungsganges noch bestimmter Verbindungen mit anderen Organen, sondern nur einer ausgiebigen Versorgung mit Blut. Diese Überlegung veranlasste ihn, die von Christiani an Ratten gemachten Versuche an Hunden zu wiederholen. Von 3 operirten Thieren hat dann in der That das eine ein positives Ergebnis geliefert. Die eine Hälfte der Schilddrüse wurde jedes Mal unter strengster Asepsis abgetragen und in mehreren Stücken ins Bauchfell verpflanzt. Nach etwa 6 Wochen Autopsie. In allen 3

Fällen fand P. eine Hypertrophie der zurückgelassenen Schilddrüsenhälfte. Die eingepflanzten Stücke waren in 2 Fällen vollständig verschwunden, während beim 3. Falle die genaue mikroskopische Untersuchung der an den Einpflanzungsstellen vorgefundenen Knötchen das Bild einer in lebhaftem Wachsthum begriffenen Schilddrüse mit embryonalen Elementen und guter Vaskularisation darbot. Die Einzelheiten der mikroskopischen Bilder sind genau und anschaulich beschrieben.

P. knüpft an dieses Ergebnis einen Ausblick auf seine mögliche Verwerthung seitens der Chirurgie auf therapeutischem Gebiet.

W. Schultz (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

Über eine technische Vereinfachung in der Herstellung von Gips-Hanfschienen.

Von

Prof. H. Turner in St. Petersburg.

Als Grundregel bei der Behandlung frischer Frakturen, wenigstens der Friedenspraxis, darf wohl heut zu Tage folgende als allgemein anerkannt betrachtet werden: Kombination, je nach der Individualität des konkreten Falles, eines ruhig stellenden Verbandes (resp. Schiene) mit Massage und frühzeitig begonnenen passiven Bewegungen.

Demgemäß scheint in neuerer Zeit der Frage über die Herstellungsweise einer möglichst zweckentsprechenden Schiene ein reges Interesse entgegengebracht zu werden.

Nicht zum geringsten sind es folgende 3 Bedingungen, welchen eine derartige Schiene genügen muss: Sie soll sich 1) den individuellen Verhältnissen des Einzelfalles genau anpassen lassen, 2) wohlfeil und 3) technisch rasch und ohne Schwierigkeit herzustellen sein.

Als Material zu solchen Schienen tritt der Gipsbrei immer mehr wieder in seine Rechte.

Bereits 1875 schlug Beely folgendes äußerst praktische Verfahren zur Herstellung seiner Gips-Hanfschienen vor: »Schmale kleinfingerbreite Hanfbündel werden in Gipsbrei getaucht und parallel der Längsachse der Extremität dicht neben einander direkt auf die Haut gelegt«. Dazu bemerkt Beely treffend: »An Billigkeit wird das Material, aus dem die Schienen bestehen, von keinem anderen übertroffen«.

Mehrfach ist der Hanf in Beely's Schienen durch anderweitiges Material ersetzt worden. So empfahl Breiger Gipskataplasmen, bestehend in langen, mit Gips gefüllten Säcken aus geleihter Watte, welche in heißes Wasser getaucht und dann durch Bindentouren auf der Extremität befestigt werden. Braatz bedient sich in Gipsbrei getauchter Baumwolltricotstreifen. Ähnlich werden Gipschienen aus gegipsten Marlybinden hergestellt: Die nassen Binden werden hierbei längs der Extremität hin und wieder zurück geführt, bis die einzelnen Lagen zusammen eine genügende Dicke der Schiene ausmachen (Albers).

Noch möchte ich eines Vorschlages erwähnen, der unlängst von Dr. Wolkowitsch gemacht wurde: Letzterer bereitet seine Gipschienen, indem er Streifen angefeuchteter grauer Pappe mit abwechselnd längs und quer geführten Gipsbindentouren umwickelt.

Im Laufe meines akademischen praktischen Verbandlehrenkursus habe ich mich nun bemüht, die Herstellung Beely'scher Schienen zu einer rascheren zu gestalten und gleichzeitig einige letzteren anhaftende geringfügige Mängel nach

Möglichkeit zu beseitigen. Schließlich blieb ich auf folgender Modifikation stehen, welche mir in mancher Hinsicht empfehlenswerth erscheint und mich vollkommen befriedigte:

Ein Bündel gut durchhechelten Hanfes von der Länge der gewünschten Schiene wird an seinen Enden mit der Schere gerade geschnitten und dann in toto — also nicht, wie Beely rath, in einzelnen Strähnen — in warmen Gipsbrei von der Konsistenz gewöhnlicher Sahne getaucht, wo es mit den Fingern sorgfältig durchgeknetet wird, um ein möglichst vollkommenes Eindringen des Gipsbreies in alle Zwischenräume zwischen den einzelnen Fasern zu erreichen. Das so zubereitete nasse gipsgetränkte Hanfbündel wird weiterhin gleichsam wie in ein Futteral durch einen Trikotschlauch hindurchgezogen, wie solche als sogenannte gewebte Binden in diverser Breite käuflich sind. Ist auf diese Weise der vorher ebenfalls entsprechend zurecht geschnittene Trikotschlauch über das Gips-Hanfbündel hinübergezogen, so wird der nunmehr im Trikotschlauch befindliche Gips-Hanf nochmals durchgeknetet, bis man eine gleichmäßig dicke und an den Rändern gut abgerundete Schiene erhält. Hierzu ist es natürlich erforderlich, dass das Hanfbündel und der Trikotschlauch einander in ihrer Breite entsprechen. Das Gewebe des letzteren wird dabei ein wenig ausgezogen, um jegliche Faltenbildung in der Schiene zu vermeiden.

Die so hergestellte Schiene wird nass an die Extremität angelegt, derselben genau adaptirt und mit einer trockenen Binde in der erforderlichen Stellung befestigt. Nach 3—5 Minuten ist die Schiene erstarrt und behält nun genau die ihr mitgetheilte Form (als Hohlrinne, spiralig gewundene oder winklig abgebogene Schiene etc.) bei.

Indem ich diese kleine Modifikation der Technik Beely'scher Schienen der Öffentlichkeit übergebe, möchte ich auf folgende Vortheile des beschriebenen Verfahrens hinweisen: Die Schiene lässt sich leicht in 5—6 Minuten herstellen. Sie erstarrt schnell unter Beibehaltung der ihr verliehenen Form. Ihre Oberfläche ist eine gleichmäßig glatte und dabei weniger harte als die der typischen Beely'schen Schiene, die Ränder nicht scharf, sondern gut abgerundet, was das lästige Ausbröckeln des Gipses an den Rändern der Schiene verhindert. Endlich geht die ganze Prozedur verhältnismäßig sauber und ohne unnöthiges Beschmutzen der Körperoberfläche des Kranken mit Gipsbrei vor sich.

Das Material der Schiene besteht aus einem Bündel Hanf, Gips und einem Stück Trikotschlauchbinde. Mithin bleibt der Kostenpreis der Schiene ein durchaus wohlfeiler.

Zur Technik der Korsettherstellung.

Von

Ferdinand Bähr in Hannover.

Es ist ein Mifsstand, dass Dauerkorsette namentlich im Sommer sehr unter der Durchtränkung mit Schweiß an Widerstandsfähigkeit einbüßen. Zur Beseitigung sind schon allerhand Vorschläge gemacht, ich erinnere nur an die Verwendung einer Lösung von Kali chromicum für die Herstellung der Holz-Leimverbände. Wegen der thatsächlichen, praktischen Bedeutung möchte ich deshalb auf eine von mir seit Jahren angewandte Maßregel, worüber ich nirgends eine Bemerkung finde, aufmerksam machen. Ich pflege die Holzkorsette an der Innenseite mit einer Guttaperchalage (sogenanntes Krankenleder) auszutapexieren, über welcher dann der Trikot liegt. Eine solche, längere Zeit impermeable Schicht lässt sich auch in die abnehmbaren Gipskorsette einbringen, aber eben so auch in liegenbleibende, indem man unter thunlichster Vermeidung aller Falten, welche übrigens bei der Dünnhcit von geringer Bedeutung sind, das Guttapercha in möglichst großen Streifen über den Trikot legt und darüber die Gipsbinden. Nur empfiehlt es sich im letzten Falle, einen möglichst gut aufsaugenden Trikot zu verwenden.

15) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

86. Sitzung am Montag, dem 8. März 1897, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr v. Bergmann.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Schütz eine Anzahl Pendelapparate, die von ihm konstruiert wurden zur Beweglichmachung steifer Finger und Handgelenke (Fabrikant Hartwig, Berlin, Markgrafenstraße).

Herr v. Bergmann weist auf die große Bedeutung hin, die diese Apparate gerade in der neuesten Zeit gewinnen, und bemerkt in Bezug auf den Pat.: derselbe erlitt einen Vorderarmbruch und wurde mit Schienen und Gipsverbänden behandelt. Im Verlaufe der Behandlung stellte sich ischämische (nicht von Nerven abhängige) Muskelkontraktur ein — es gelang nicht, die Finger zu strecken. v. B. nahm an der Frakturstelle eine Resektion aus dem Radius und der Ulna vor, wonach die Streckung gelang.

Herr Rotter: Blasenkarzinom, kombiniert mit Urachuszyste.

Ein 43jähriger Mann leidet seit $\frac{3}{4}$ Jahren an Blasenblutungen. Die Cystoskopie ergibt das Vorhandensein einer Geschwulst am Blasenscheitel, die sich bei später wiederholter Untersuchung als inzwischen nicht gewachsen erweist. Außerdem findet sich oberhalb der Symphyse ein bis zum Nabel reichender Tumor. Die Punktion ergibt eine cholestearinhaltige Flüssigkeit (Diagnose: Urachuszyste).

Bei der Operation (Laparotomie) zeigt sich, dass der Tumor zwischen Peritoneum und Bauchmuskulatur liegt; an der oberen Hälfte kann das Peritoneum abgeschoben werden, an der unteren nicht — es muss also ein Stück reseziert werden. Außerdem versenkt sich der Tumor in die Blasenmuskulatur hinein, macht die Eröffnung der Blase notwendig und wird zugleich mit dem Carcinom entfernt; 7—8 cm großer Defekt der Blase, Blasennaht (Etagennaht), kein Katheter.

Demonstration des Pat. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Blasenkrebs, welcher an der Stelle, wo er an die Cyste anstößt, eine Perforation der Wand gemacht hat. Im Cysteninhalte finden sich zahlreiche polymorphe epitheliale Zellen. Es ist wohl keinem Zweifel unterworfen, dass es sich um eine Urachuszyste gehandelt hat.

Die bisher veröffentlichten Fälle von Urachuszyste — nach der Publikation Ledderhose's — sind nicht ganz sicher: nur etwa 4 Fälle sind als sichere zu bezeichnen, denen sich der R.'sche als 5. anschließt.

Herr Thorn: Auf Grund der Veröffentlichungen Welanders' und Spietschka's in den Jahrgängen 1891 und 1892 des Archivs für Dermatologie und Syphilis (ref. im Centralblatt für Chirurgie 1892) sind seit 1894 in der kgl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu Berlin ungefähr 30 Leistenbubonen verschiedenster Ätiologie (Ulcus molle, Gonorrhoe, inficirte regionäre Hautwunde) mit Injektionen von Hydrargyrum benzoicum oxydatum in $1\frac{1}{2}$ iger Lösung behandelt worden; davon sind 4—5 zur Operation, Incision und theilweiser Ausräumung gekommen. Die Bubonen waren sämtlich bei Beginn der Behandlung partiell abgedirrt. Mit dicker Kanüle wurde der Eiter aspirirt, durch dieselbe Kanüle 4 bis 5 cm des Mittels injicirt. In den nächsten Tagen war ein ausgedehnter nekrotischer Zerfall der absecedirenden Drüsenpartien eingetreten; der Detritus wurde dann noch ein oder mehrere Male durch die zuerst angelegte Fistel aspirirt, eventuell noch eine 2. und 3. Injektion angeschlossen. Die Heilungsdauer betrug zwischen 6 Tagen und 7 Wochen. Die Behandlung war eine rein poliklinische, ambulante. Die Pat. erhielten ihre Injektion in der Poliklinik, hüteten denselben Tag, einige auch noch den nächstfolgenden, das Bett. Während der übrigen Zeit der Behandlung gingen auch Frauen und Mädchen leichterem Beschäftigung nach. Ein Stadtreisender hat keinen Tag seinem anstrengenden Beruf fern zu bleiben brauchen.

Die Wirksamkeit des Hg. benzoicum für absecedirende Bubonen sucht T. hauptsächlich in seiner Fähigkeit, die von kleinen Eiterherden durchsetzten Drüsenpartien akut zur Einschmelzung zu bringen. Diese nekrotisirende Wirkung wurde

allerdings bei Injektion in normale Kaninchengewebe vermisst. In den nur akut entzündlich veränderten Gewebsbezirken bringt die parasiticide Kraft des Mittels durch Abtödtung der pathogenen Mikroben die Infektion zum Stillstand. Die bakterienfeindliche Kraft des Hg. benzoicum wird für Staphylokokken, die am häufigsten aus Leistenbubonen auch von T. gezüchtet wurden, experimentell nachgewiesen.

Dass sich die Injektionsbehandlung mit Hg. benzoicum nur für akute und subakute Formen der Lymphdrüsenkrankungen eignet, dagegen nicht für die chronischen, speciell die tuberkulösen, beruht nach T. auf dem Zusammenhang zwischen der Pathologie akut entzündlicher Veränderungen einerseits und Lymphcirculation und Transport des injicirten Mittels andererseits. Dieser Transport der intraglandulär eingebrachten Flüssigkeit ist nicht möglich, wenn es sich um Veränderungen des Drüsenparenchyms handelt, wie die tuberkulösen, welche die Energie und Verbreitung des Lymphstromes in der punktirten Drüse und von einer zur anderen erheblich beeinträchtigen und beschränken.

Herr Nasse wurde bewogen, das Mittel anzuwenden wegen der langen Dauer der Behandlung (nach operativen Eingriffen) und der Unannehmlichkeit, die Pat. im Bett halten zu müssen.

Es wurden von anderer Seite andere Injektionsflüssigkeiten angewendet; so $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ %ige Argentum nitricum-Lösungen (Lang) — allerdings legte der Letztere eine kleine Öffnung mit einem Bistouri an — mit gutem Erfolg.

Cordua nahm bei tuberkulösen, vereiterten Halslymphdrüsen eine Punktion und nachherige Ausspülung der Abscesse mit Sublimatlösung vor. Diese Behandlungsart lässt zwar keine großen Narben, aber häufig äußerst langsam ausheilende Fisteln zurück.

Herr Rotter hält die Injektionsbehandlung für sehr vorthellhaft.

Er hat sie mit gutem Erfolg vorgenommen, u. A. bei Eiterung im Kniegelenk, und zwar richtiger pyogener Eiterung (Kniegelenkvereiterung nach Femurnekrose); er wurde dabei von der Absicht geleitet, ein möglichst bewegliches Kniegelenk zu erhalten. Er nahm wiederholte Aspirationen und Injektionen (Formalin) vor und ersielte eine Heilung ohne Ankylose.

Herr König berichtet 1) über einen Fall von theilweiser Exstirpation der Thymusdrüse bei einem 9 Wochen alten Kinde wegen Athemnoth.

Seit der 2. Lebenswoche Luftmangel und zwischendurch gesteigerte dyspnoische Anfälle; bei der vom Arzt Behufs Tracheotomie veranlassten Aufnahme schwere Dyspnoë mit Cyanose, sehr tiefen Einziehungen im Jugulum und Epigastrium. Befund in den oberen Wegen nichts außer einem bohnen großen, cystischen Tumor links seitlich vom Foramen coecum der Zunge: Cyate von den Anhängen des Ductus lingualis, deren schleimiger Inhalt durch Punktion entleert wird. Bedrohliche Dyspnoë, auch im Schlaf, bleibt bestehen.

Im Jugulum wird stoßweise nach der Einziehung eine weiche Geschwulstmasse hervorgeschleudert, welche vor der Trachea liegt. Sie wird für die hypertrophische Thymus angesprochen. Freilegung durch Incision: 3—4 cm hoch, über 2 cm breit bedeckt die Thymus bei dem sehr zarten Kinde die Halsorgane bis hinauf über die Gl. thyreoides. Nach der Freilegung dieser überschüssigen Masse und Abziehen derselben von den Halsorganen (Trachea, große Halsgefäße) wird die Athmung freier. Resektion dieser Masse; Befestigung des Thymusstumpfes und seiner Kapsel mit Katgut an das Manubrium sterni und die Kopfnickersehnen. Wunde theils genäht, theils tamponirt. Wundverlauf gut; Heilung in 4 Wochen. Athmung seit nunmehr über 5 Wochen ruhig, dyspnoische Anfälle nicht mehr beobachtet.

Die Cyste hat sich wieder angesammelt.

K. schließt aus diesem Falle — der einem von Rehn operirten analog ist —, dass es eine abnorme Größe der Thymusdrüse giebt, welche den Anlass zu schwersten dyspnoischen Beschwerden geben kann — vielleicht nicht durch Tracheostenose, sondern reflektorisch durch Reizung der mit den großen Gefäßen

in direkter Nähe gelegenen Nerven (Recurrens, Vagus), auf denen das große Organ bei der Athmung beständig hin- und herrutscht.

Einfaches Herausnähen (Ektropexie) war wegen der Größe der Thymusdrüse ohne Resektion nicht angängig. Schädliche Folgen der Resektion sind nicht mit Sicherheit beobachtet.

2) Cystisches Enchondrofibrom vom Oberschenkelschaft, von der Mitte des Femur bis an den Femurkopf die aufgetriebene Knochenhöhle ausfüllend, von v. Bergmann lokal exstirpiert mit Erhaltung der Kontinuität des Knochens vor 1½ Jahren. Kein Recidiv.

K. erinnert an die von Schlange genauer studirten typischen Knochenzysten kindlicher Individuen, am Oberschenkel gerade unter dem Trochanter sitzend, den Knochen langsam verbiegend, schließlich frakturirend — Entstehung wahrscheinlich immer im Tumorgewebe. Heilung durch lokale Exstirpation. Sie hatten in diesem Falle die Diagnose befestigt, obwohl die Entwicklung eines beträchtlichen Tumors das Bild veränderte. Das Alter — 15 Jahre —, Entstehung seit über 2 Jahren, der Sitz unter dem Trochanter, die Verkrümmung und Frakturirung des Knochens; endlich eindrückbare, leicht fluktuirende Stellen in der Knochenschale (Cysten) stützten die Annahme des gutartigen Tumors. Subperiostale Entfernung bezw. Ausräumung der ausgedehnten Geschwulstmasse am 3. Oktober 1895, Entlassung geheilt am 18. December.

Befund: In meist stark verdickter Knochenschale (mit Frakturcallus) einige Verdünnungen, wo größere Cysten mit glatter Wand und bräunlicher Flüssigkeit sitzen. Diese sind alle entstanden durch Zerfall der Geschwulstmassen, meist in Folge Hämorrhagie. Tumorgewebe besteht größtentheils aus Fibrom bezw. Myxom. Mitten in den Tumormassen liegen ganz isolirt Inseln von hyalinem Knorpel, mikroskopisch erkennt man die Anfänge endochondraler Ossifikation. K. hält sie für abgesprengte, unverknöchert gebliebene Knorpelreste von den normalen Ossifikationspunkten (obere Epiphyse, Trochanter major und minor), wie sie bei der Rachitis vorkommen und zuerst von Virchow für die Entstehung der Enchondrome im Knochen zur Erklärung herangezogen sind, und glaubt hierin eine Stärkung der Annahme zu haben, dass die gutartigen Geschwülste und Cysten der langen Röhrenknochen im kindlichen Alter ein ätiologisches Moment in Störungen des physiologischen Knochenwachstums haben.

3) Präparate und Abbildungen eines vom Tage nach der Geburt über 6 Wochen beobachteten kongenitalen Sarkoms des Femur, an nahezu gleicher Stelle wie die vorige, mit Cystenentwicklung in dem Tumor in der Markhöhle, mit Spontanfraktur, aber mit Durchbrechung der Knochenschale und klinisch und histologisch ausgesprochenen Zeichen der Malignität.

Als Geburtsfehler fanden sich gleichzeitig eine Gaumenspalte mit doppelseitiger Hasenscharte so wie ein Meckel'sches Divertikel des Dünndarmes.

K. weist darauf hin, dass, obwohl in diesem Falle die kongenitale Ätiologie absolut sicher ist, wir dadurch für die Frage nach der letzten Entstehungsursache keinen Schritt weiter sind als bei jenen gutartigen Geschwülsten, für die ein ursächliches Moment in den Störungen des physiologischen Knochenwachstums gefunden wurde.

Herr Maass: Demonstration eines Präparats — teleangiektatisches Sarkom des Oberschenkels.

Es handelte sich um ein 2monatliches Kind, an dessen rechtem Oberschenkel die Mutter gleich nach der Geburt einen blauen Fleck bemerkte, der sich vergrößerte und ulcerirte. Durch den Hautdefekt wucherte ein Tumor bis Apfelgröße hervor. Bei der Operation zeigte sich, dass er nicht von dem Knochen, sondern von der Gefäßscheide der Vena femoralis ausging, die reseziert werden musste. Das Kind ging bald danach zu Grunde.

Herr Nasse: Demonstration einer 24 Jahre alten Pat., die an einem Aneurysma der Femoralis leidet.

Sie hatte im 10., eben so im 20. Lebensjahre Gelenkrheumatismus, machte 1896 eine Entbindung durch, im Anschluss daran hohes Fieber, Drüsenschwellung

am rechten Oberschenkel, nach 1 Jahre wieder Gelenkrheumatismus und Auftreten einer pulsirenden Geschwulst in der linken Inguinalgegend.

Wie kann das Aneurysma entstanden sein?

Ausschließen sind: Trauma, Syphilis, Arteriosklerose, welche letztere durch den Gelenkrheumatismus hervorgerufen sein könnte, aber nicht vorhanden ist; eben so unwahrscheinlich ist seine Entstehung durch die Entzündung in der Umgebung der Arteria femoralis, die zu unerheblich war und nicht Ursache, sondern Folgeerscheinung des Aneurysmas ist.

Das Wahrscheinlichste ist, dass es sich um ein embolisch-mykotisches Aneurysma handelt: Pat. hat andauernd hohe Temperatur, so wie Endokarditis, ferner außerordentlich starke Schmerzen.

Derartige Aneurysmen sind beobachtet nach Typhus (Casati) und bei Endokarditis (Eppinger), besonders an den Theilungsstellen der Arterien. In den meisten Fällen sind mehrere Embolien beobachtet (Büngner) mit Störungen in der Cirkulation, die auch hier vorhanden sind — und die sich bis zur Gangrän steigern können.

Zum Schluss demonstriert Herr v. Bergmann einen Pat. mit kongenitaler Elephantiasis (der Kopfhaut), bei der sehr schön die charakteristische Pigmentbildung und im mikroskopischen Bild unzählige kleine Neurome sich zeigen.

Sarfert (Berlin).

16) Joachimsthal. Über Verbildungen an extra-uterin gelagerten Föten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Das einer 4 $\frac{1}{2}$ Monate bestehenden Extra-uterin-Schwangerschaft entstammte und durch die Laparotomie gewonnene Präparat erscheint nach mancher Richtung bemerkenswerth. Es handelte sich um eine Kombination einer Schnürfurche am Kopfe mit Schiefhals, beiderseitigem Klumpfuß und Finger- bzw. Zehenverschiebungen. Unter Hinweis auf das sehr seltene Vorkommen von Missbildungen an extra-uterin gelagerten Föten citirt J. die diesbezüglichen Beobachtungen von Webster, Lazarus und Olshausen und bespricht die Bedeutung mechanischer Momente für die Entstehung der angeborenen Verbildungen. Das Präparat bietet aber noch für die Frage des angeborenen Caput obstipum besonderes Interesse und liefert den noch fehlenden anatomischen Beweis, dass ein fixirter Schiefhals mit ausgesprochener ungleicher Länge beider Kopfnicker lange vor dem Abschluss des Fötallebens zur Ausbildung gelangen kann.

Gold (Bielitz).

17) O. Soloweitschik. Übersicht über 1000 Chloroformnarkosen chirurgischer Kranker mittels des Junker'schen Apparates.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 2.)

S. empfiehlt folgende Modifikation des Esmarch'schen Apparates, um auch Fernerstehenden die Respirationsveränderungen sichtbar zu machen. Durch ein Loch in der Maske über dem Munde wird eine kurze Röhre gesteckt, an deren oberem Ende eine leichte Feder deckelartig so befestigt ist, dass sie beim Ausathmen absteht, beim Einathmen die Röhre zudeckt. Diese Einrichtung bietet gleichzeitig den Vortheil, dass der Pat. durch die Röhre genügend Luft erhält.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

18) J. Ritchie. General secondary carcinoma of the bones; osteomalacia carcinomatosa.

(Edinb. med. journ. 1896. September.)

Bei einer mit 40 Jahren zum 2. Male entbundenen Frau wurde 7 Jahre später ein Carcinom der rechten Mamma entdeckt und mit einigen Achseldrüsen von Annandale entfernt. Ein örtliches Recidiv blieb aus, aber nach 6 Jahren und 8 Monaten traten plötzlich heftige Schmerzen im Rücken und in den Gliedern auf, welche, wie die Folge zeigte, als Beginn einer der osteomalakischen gleichenden

15) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

86. Sitzung am Montag, dem 8. März 1897, im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr v. Bergmann.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Schutz eine Anzahl Pendelapparate, die von ihm konstruiert wurden zur Beweglichmachung steifer Finger und Handgelenke (Fabrikant Hartwig, Berlin, Markgrafenstraße).

Herr v. Bergmann weist auf die große Bedeutung hin, die diese Apparate gerade in der neuesten Zeit gewinnen, und bemerkt in Bezug auf den Pat.: derselbe erlitt einen Vorderarmbruch und wurde mit Schienen und Gipsverbänden behandelt. Im Verlaufe der Behandlung stellte sich ischämische (nicht von Nerven abhängige) Muskelkontraktur ein — es gelang nicht, die Finger zu strecken. v. B. nahm an der Frakturstelle eine Resektion aus dem Radius und der Ulna vor, wonach die Streckung gelang.

Herr Rotter: Blasencarcinom, kombiniert mit Urachuscyste.

Ein 43jähriger Mann leidet seit $\frac{3}{4}$ Jahren an Blasenblutungen. Die Cystoskopie ergibt das Vorhandensein einer Geschwulst am Blasenscheitel, die sich bei später wiederholter Untersuchung als inzwischen nicht gewachsen erweist. Außerdem findet sich oberhalb der Symphyse ein bis zum Nabel reichender Tumor. Die Punktion ergibt eine cholestearinhaltige Flüssigkeit (Diagnose: Urachuscyste).

Bei der Operation (Laparotomie) zeigt sich, dass der Tumor zwischen Peritoneum und Bauchmuskulatur liegt; an der oberen Hälfte kann das Peritoneum abgeschoben werden, an der unteren nicht — es muss also ein Stück reseziert werden. Außerdem versenkt sich der Tumor in die Blasenmuskulatur hinein, macht die Eröffnung der Blase nothwendig und wird zugleich mit dem Carcinom entfernt; 7—8 cm großer Defekt der Blase, Blasennaht (Etagnennaht), kein Katheter.

Demonstration des Pat. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Blasenkrebs, welcher an der Stelle, wo er an die Cyste anstößt, eine Perforation der Wand gemacht hat. Im Cysteninhalte finden sich zahlreiche polymorphe epitheliale Zellen. Es ist wohl keinem Zweifel unterworfen, dass es sich um eine Urachuscyste gehandelt hat.

Die bisher veröffentlichten Fälle von Urachuscyste — nach der Publikation Ledderhose's — sind nicht ganz sicher: nur etwa 4 Fälle sind als sichere zu bezeichnen, denen sich der R.'sche als 5. anschließt.

Herr Thorn: Auf Grund der Veröffentlichungen Welander's und Spietschka's in den Jahrgängen 1891 und 1892 des Archivs für Dermatologie und Syphilis (ref. im Centralblatt für Chirurgie 1892) sind seit 1894 in der kgl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu Berlin ungefähr 30 Leistenbubonen verschiedenster Ätiologie (Ulcus molle, Gonorrhoe, inficirte regionäre Hautwunde) mit Injektionen von Hydrargyrum benzoicum oxydatum in 1%iger Lösung behandelt worden; davon sind 4—5 zur Operation, Incision und theilweiser Ausräumung gekommen. Die Bubonen waren sämmtlich bei Beginn der Behandlung partiell absecdirt. Mit dicker Kanüle wurde der Eiter aspirirt, durch dieselbe Kanüle 4 bis 5 cm des Mittels injicirt. In den nächsten Tagen war ein ausgedehnter nekrotischer Zerfall der absceidirenden Drüsenpartien eingetreten; der Detritus wurde dann noch ein oder mehrere Male durch die zuerst angelegte Fistel aspirirt, eventuell noch eine 2. und 3. Injektion angeschlossen. Die Heilungsdauer betrug zwischen 6 Tagen und 7 Wochen. Die Behandlung war eine rein poliklinische, ambulante. Die Pat. erhielten ihre Injektion in der Poliklinik, hüteten denselben Tag, einige auch noch den nächstfolgenden, das Bett. Während der übrigen Zeit der Behandlung gingen auch Frauen und Mädchen leichter Beschäftigung nach. Ein Stadtreisender hat keinen Tag seinem anstrengenden Beruf fern zu bleiben brauchen.

Die Wirksamkeit des Hg. benzoicum für absceidirende Bubonen sucht T. hauptsächlich in seiner Fähigkeit, die von kleinen Eiterherden durchsetzten Drüsenpartien akut zur Einschmelzung zu bringen. Diese nekrotisirende Wirkung wurde

allerdings bei Injektion in normale Kaninchengewebe vermisst. In den nur akut entzündlich veränderten Gewebsbezirken bringt die parasiticide Kraft des Mittels durch Abtödtung der pathogenen Mikroben die Infektion zum Stillstand. Die bakterienfeindliche Kraft des Hg. benzoicum wird für Staphylokokken, die am häufigsten aus Leistenbubonen auch von T. gezüchtet wurden, experimentell nachgewiesen.

Dass sich die Injektionsbehandlung mit Hg. benzoicum nur für akute und subakute Formen der Lymphdrüsenkrankungen eignet, dagegen nicht für die chronischen, speciell die tuberkulösen, beruht nach T. auf dem Zusammenhang zwischen der Pathologie akut entzündlicher Veränderungen einerseits und Lymphcirkulation und Transport des injicirten Mittels andererseits. Dieser Transport der intraglandulär eingebrachten Flüssigkeit ist nicht möglich, wenn es sich um Veränderungen des Drüsenparenchyms handelt, wie die tuberkulösen, welche die Energie und Verbreitung des Lymphstromes in der punktirten Drüse und von einer zur anderen erheblich beeinträchtigen und beschränken.

Herr Nasse wurde bewogen, das Mittel anzuwenden wegen der langen Dauer der Behandlung (nach operativen Eingriffen) und der Unannehmlichkeit, die Pat. im Bett halten zu müssen.

Es wurden von anderer Seite andere Injektionsflüssigkeiten angewendet; so $\frac{1}{2}$ —1%ige Argentum nitricum-Lösungen (Lang) — allerdings legte der Letztere eine kleine Öffnung mit einem Bistouri an — mit gutem Erfolg.

Cordua nahm bei tuberkulösen, vereiterten Halslymphdrüsen eine Punktion und nachherige Ausspülung der Abscesse mit Sublimatlösung vor. Diese Behandlungsart lässt zwar keine großen Narben, aber häufig äußerst langsam ausheilende Fisteln zurück.

Herr Rotter hält die Injektionsbehandlung für sehr vortheilhaft.

Er hat sie mit gutem Erfolg vorgenommen, u. A. bei Eiterung im Kniegelenk, und zwar richtiger pyogener Eiterung (Kniegelenkvereiterung nach Femurnekrose); er wurde dabei von der Absicht geleitet, ein möglichst bewegliches Kniegelenk zu erhalten. Er nahm wiederholte Aspirationen und Injektionen (Formalin) vor und ersielte eine Heilung ohne Ankylose.

Herr König berichtet 1) über einen Fall von theilweiser Exstirpation der Thymusdrüse bei einem 9 Wochen alten Kinde wegen Athemnoth.

Seit der 2. Lebenswoche Luftmangel und zwischendurch gesteigerte dyspnoische Anfälle; bei der vom Arzt Behufs Tracheotomie veranlassten Aufnahme schwere Dyspnoë mit Cyanose, sehr tiefen Einziehungen im Jugulum und Epigastrium. Befund in den oberen Wegen nichts außer einem bohngroßen, cystischen Tumor links seitlich vom Foramen coecum der Zunge: Cyste von den Anhängen des Ductus lingualis, deren schleimiger Inhalt durch Punktion entleert wird. Bedrohliche Dyspnoë, auch im Schlaf, bleibt bestehen.

Im Jugulum wird stoßweise nach der Einziehung eine weiche Geschwulstmasse hervorgeschleudert, welche vor der Trachea liegt. Sie wird für die hypertrophische Thymus angesprochen. Freilegung durch Incision: 3—4 cm hoch, über 2 cm breit bedeckt die Thymus bei dem sehr zarten Kinde die Halsorgane bis hinauf über die Gl. thyreoides. Nach der Freilegung dieser überschüssigen Masse und Abziehen derselben von den Halsorganen (Trachea, große Halsgefäße) wird die Athmung freier. Resektion dieser Masse; Befestigung des Thymusstumpfes und seiner Kapsel mit Katgut an das Manubrium sterni und die Kopfnickersehnen. Wunde theils genäht, theils tamponirt. Wundverlauf gut; Heilung in 4 Wochen. Athmung seit nunmehr über 5 Wochen ruhig, dyspnoische Anfälle nicht mehr beobachtet.

Die Cyste hat sich wieder angesammelt.

K. schließt aus diesem Falle — der einem von Rehn operirten analog ist —, dass es eine abnorme Größe der Thymusdrüse giebt, welche den Anlass zu schwersten dyspnoischen Beschwerden geben kann — vielleicht nicht durch Tracheostenose, sondern reflektorisch durch Reizung der mit den großen Gefäßen

in direkter Nähe gelegenen Nerven (Recurrens, Vagus), auf denen das große Organ bei der Athmung beständig hin- und herrutscht.

Einfaches Herausnähen (Ektropexie) war wegen der Größe der Thymusdrüse ohne Resektion nicht angängig. Schädliche Folgen der Resektion sind nicht mit Sicherheit beobachtet.

2) Cystisches Enchondrofibrom vom Oberschenkel, von der Mitte des Femur bis an den Femurkopf die aufgetriebene Knochenhöhle ausfüllend, von v. Bergmann lokal exstirpiert mit Erhaltung der Kontinuität des Knochens vor 1½ Jahren. Kein Recidiv.

K. erinnert an die von Schlang genauer studirten typischen Knochenzysten kindlicher Individuen, am Oberschenkel gerade unter dem Trochanter sitzend, den Knochen langsam verbieugend, schließlich frakturirend — Entstehung wahrscheinlich immer im Tumorgewebe. Heilung durch lokale Exstirpation. Sie hatten in diesem Falle die Diagnose befestigt, obwohl die Entwicklung eines beträchtlichen Tumors das Bild veränderte. Das Alter — 15 Jahre —, Entstehung seit über 2 Jahren, der Sitz unter dem Trochanter, die Verkrümmung und Frakturirung des Knochens; endlich eindrückbare, leicht fluktuirende Stellen in der Knochenschale (Cysten) stützten die Annahme des gutartigen Tumors. Subperiostale Entfernung bezw. Ausräumung der ausgedehnten Geschwulstmasse am 3. Oktober 1895, Entlassung geheilt am 18. December.

Befund: In meist stark verdickter Knochenschale (mit Frakturcallus) einige Verdünnungen, wo größere Cysten mit glatter Wand und bräunlicher Flüssigkeit sitzen. Diese sind alle entstanden durch Zerfall der Geschwulstmassen, meist in Folge Hämorrhagie. Tumorgewebe besteht größtentheils aus Fibrom bezw. Myxom. Mitten in den Tumormassen liegen ganz isolirt Inseln von hyalinem Knorpel, mikroskopisch erkennt man die Anfänge endochondraler Ossifikation. K. hält sie für abgesprengte, unverknöchert gebliebene Knorpelreste von den normalen Ossifikationspunkten (obere Epiphyse, Trochanter major und minor), wie sie bei der Rachitis vorkommen und zuerst von Virchow für die Entstehung der Enchondrome im Knochen zur Erklärung herangezogen sind, und glaubt hierin eine Stärkung der Annahme zu haben, dass die gutartigen Geschwülste und Cysten der langen Röhrenknochen im kindlichen Alter ein ätiologisches Moment in Störungen des physiologischen Knochenwachstums haben.

3) Präparate und Abbildungen eines vom Tage nach der Geburt über 6 Wochen beobachteten congenitalen Sarkoms des Femur, an nahezu gleicher Stelle wie die vorige, mit Cystenentwicklung in dem Tumor in der Markhöhle, mit Spontanfraktur, aber mit Durchbrechung der Knochenschale und klinisch und histologisch ausgesprochenen Zeichen der Malignität.

Als Geburtsfehler fanden sich gleichzeitig eine Gaumenspalte mit doppelseitiger Hasenscharte so wie ein Meckel'sches Divertikel des Dünndarmes.

K. weist darauf hin, dass, obwohl in diesem Falle die kongenitale Ätiologie absolut sicher ist, wir dadurch für die Frage nach der letzten Entstehungsursache keinen Schritt weiter sind als bei jenen gutartigen Geschwülsten, für die ein ursächliches Moment in den Störungen des physiologischen Knochenwachstums gefunden wurde.

Herr Maass: Demonstration eines Präparats — teleangiektatisches Sarkom des Oberschenkels.

Es handelte sich um ein 2monatliches Kind, an dessen rechtem Oberschenkel die Mutter gleich nach der Geburt einen blauen Fleck bemerkte, der sich vergrößerte und ulcerirte. Durch den Hautdefekt wucherte ein Tumor bis Apfelgröße hervor. Bei der Operation zeigte sich, dass er nicht von dem Knochen, sondern von der Gefäßscheide der Vena femoralis ausging, die reseziert werden musste. Das Kind ging bald danach zu Grunde.

Herr Nasse: Demonstration einer 24 Jahre alten Pat., die an einem Aneurysma der Femoralis leidet.

Sie hatte im 10., eben so im 20. Lebensjahre Gelenkrheumatismus, machte 1896 eine Entbindung durch, im Anschluss daran hohes Fieber, Drüsenschwellung

am rechten Oberschenkel, nach 1 Jahre wieder Gelenkrheumatismus und Auftreten einer pulsirenden Geschwulst in der linken Inguinalgegend.

Wie kann das Aneurysma entstanden sein?

Ausschließen sind: Trauma, Syphilis, Arteriosklerose, welche letztere durch den Gelenkrheumatismus hervorgerufen sein könnte, aber nicht vorhanden ist; eben so unwahrscheinlich ist seine Entstehung durch die Entzündung in der Umgebung der Arteria femoralis, die zu unerheblich war und nicht Ursache, sondern Folgeerscheinung des Aneurysmas ist.

Das Wahrscheinlichste ist, dass es sich um ein embolisch-mykotisches Aneurysma handelt: Pat. hat andauernd hohe Temperatur, so wie Endokarditis, ferner außerordentlich starke Schmerzen.

Derartige Aneurysmen sind beobachtet nach Typhus (Casati) und bei Endokarditis (Eppinger), besonders an den Theilungsstellen der Arterien. In den meisten Fällen sind mehrere Embolien beobachtet (Büngner) mit Störungen in der Cirkulation, die auch hier vorhanden sind — und die sich bis zur Gangrän steigern können.

Zum Schluss demonstriert Herr v. Bergmann einen Pat. mit kongenitaler Elephantiasis (der Kopfhaut), bei der sehr schön die charakteristische Pigmentbildung und im mikroskopischen Bild unzählige kleine Neurome sich zeigen.

Sarfert (Berlin).

16) Joachimsthal. Über Verbildungen an extra-uterin gelagerten Föten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Das einer 4½ Monate bestehenden Extra-uterin-Schwangerschaft entstammte und durch die Laparotomie gewonnene Präparat erscheint nach mancher Richtung bemerkenswerth. Es handelte sich um eine Kombination einer Schnürfurche am Kopfe mit Schiefhals, beiderseitigem Klumpfuß und Finger- bzw. Zehenverschiebungen. Unter Hinweis auf das sehr seltene Vorkommen von Missbildungen an extra-uterin gelagerten Föten citirt J. die diesbezüglichen Beobachtungen von Webster, Lazarus und Olshausen und bespricht die Bedeutung mechanischer Momente für die Entstehung der angeborenen Verbildungen. Das Präparat bietet aber noch für die Frage des angeborenen Caput obstipum besonderes Interesse und liefert den noch fehlenden anatomischen Beweis, dass ein fixirter Schiefhals mit ausgesprochener ungleicher Länge beider Kopfnicker lange vor dem Abschluss des Fötallebens zur Ausbildung gelangen kann.

Gold (Bielitz).

17) O. Soloweitschik. Übersicht über 1000 Chloroformnarkosen chirurgischer Kranker mittels des Junker'schen Apparates.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 2.)

S. empfiehlt folgende Modifikation des Esmarch'schen Apparates, um auch Fernerstehenden die Respirationsveränderungen sichtbar zu machen. Durch ein Loch in der Maske über dem Munde wird eine kurze Röhre gesteckt, an deren oberem Ende eine leichte Feder deckelartig so befestigt ist, dass sie beim Ausathmen absteht, beim Einathmen die Röhre zudeckt. Diese Einrichtung bietet gleichzeitig den Vortheil, dass der Pat. durch die Röhre genügend Luft erhält.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

18) J. Ritchie. General secondary carcinoma of the bones; osteomalacia carcinomatosa.

(Edinb. med. journ. 1896. September.)

Bei einer mit 40 Jahren zum 2. Male entbundenen Frau wurde 7 Jahre später ein Carcinom der rechten Mamma entdeckt und mit einigen Achseldrüsen von Annandale entfernt. Ein örtliches Recidiv blieb aus, aber nach 6 Jahren und 8 Monaten traten plötzlich heftige Schmerzen im Rücken und in den Gliedern auf, welche, wie die Folge zeigte, als Beginn einer der osteomalakischen gleichenden

Veränderung der Thorax- und Beckenknochen anzusehen waren. Kurz vor ihrem im 56. Jahre erfolgenden Tode war noch in Folge einer leichten Bewegung im Bett eine Fraktur der 4. Rippe, nahe dem knorpeligen Ende derselben, zu Stande gekommen.

Die nach theilweiser Sektion von Stewart vorgenommene mikroskopische Untersuchung der Knochen ergab, dass es sich um das Eindringen von Carcinomzellen in die Knochen handelte, und dass auf diese Weise die Knochen in ganz ähnlicher Weise, wie bei der Osteomalakie verändert waren.

R. führt ähnliche Fälle aus der Litteratur an; sie beweisen, dass Carcinome in einem Knochen oder in mehreren jahrelang verweilen können, ohne deutliche Erscheinungen zu machen; selbst äußerlich erkennbare Formveränderungen fehlen häufig; dadurch wird die Diagnose in einzelnen Fällen eine sehr schwierige.

Willemer (Ludwigslust).

19) **L. W. Orlow.** Ein Fall von Arteriennaht.

(Westnik Meditsiny i Hyg. 1896. März 1. [Russisch.])

Die bei einer Operation angeschnittene A. poplitea (Wunde vorn $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm lang) wurde durch Kürschnernaht (3 Stiche durch die ganze Wand) und darüber 2 Knopfnähte (durch Adventitia und Bindegewebe) geschlossen. Nach 3 Tagen deutlicher Puls in den Unterschenkelgefäßen. Später musste das Femur amputirt werden, und da fand O. die Arterie durchgängig, doch verengt. Nach O. ist die Naht am Menschen viel leichter als im Thierexperiment.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

20) **M. Borsuk und A. Wizel.** Ein Fall traumatischen Blutextravasats in die weiße Gehirnschubstanz mit darauf folgender Aphasie, Hemiparese und Jackson'scher Epilepsie, auf chirurgischem Wege geheilt.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIV. Hft. 1.)

Ein junger Mann hatte einen Schlag auf den Kopf bekommen, der anfänglich wenig auffällige Symptome hervorrief. In kurzer Zeit stellte sich aber totale Aphasie und eine Parese im rechtsseitigen Facialisgebiet und Hypoglossus ein. Die erste Operation, bestehend in Trepanation und Unterbindung einiger Äste der Art. meningea media, blieb ohne Erfolg. Am 3. Tage nach der Operation Parese der rechten oberen Extremität und Jackson'sche Epilepsie im Gesicht und rechter oberer Extremität, die sich in den nächsten Tagen auch auf die gleichseitige untere erstreckte. Rechtsseitige Hemiplegie am 6. Tage, Bewusstsein geschwunden, Puls beschleunigt, Temperatur erhöht. B. holte aus »bedeutender« Tiefe der Gehirnschubstanz Blutgerinnsel und blutige Flüssigkeit durch Punktion und Incision hervor. Naht der Schnittwunde der Dura, Einführung eines Jodoformgazeestreifens in die Tiefe des Gehirns. Am folgenden Morgen schwanden die Lähmungssymptome und die Aphasie. Das Bewusstsein kehrte zurück. Die Facialisparese dauerte am längsten an, schwand aber auch innerhalb einiger Wochen.

B. glaubt, dass sich Trepanationsöffnungen namentlich bei jungen Individuen durch Knochenneubildung schließen können. Der Fall beweist ferner nach seiner Ansicht, dass die Jackson'sche Epilepsie nicht nur durch Rindenreizung, sondern auch durch Erkrankung der Fasern selbst bedingt sein könne, wie auch eine 2. vom Verf. gemachte Beobachtung bestätigt, wo es sich um ein seit langer Zeit bestehendes Angiosarkom der weißen Hirnschubstanz handelte. Die Hoffnungen und therapeutischen Überlegungen, die von Seiten der Verf. an diesen einzigen Fall geknüpft werden, sind zu weitgehende. Solche schwerwiegende Fragen wie die Berechtigung ähnlicher Operationen können nur auf Grund zahlreicher zuverlässiger und unzweideutiger Beobachtungen endgültig entschieden werden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

21) Rohrbach. Über Gehirnerweichung nach isolirter Unterbindung der Vena jugularis interna.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 3.)

Bei einer 57jährigen Pat. der Bruns'schen Klinik musste bei Gelegenheit der Exstirpation eines metastatischen Drüsencarcinoms am Halse die mit der Geschwulst verwachsene linke V. jugularis interna reseziert werden. Die Kranke erwachte nicht wieder aus der Narkose und starb am 6. Tage p. op. im Koma. Die Sektion zeigte ausgebreitete Gehirnerweichung, bedingt durch fast vollständige Aufhebung des venösen Abflusses aus dem Schädel. Der rechte Sinus transversus ist auf ein kaum stricknadeldickes Rohr verengt. Am Schädel fehlt rechts der Sulcus für den Sinus transversus, während er links sehr weit ist (Textabbildung). Unter 91 Fällen von isolirter Jugularisligatur, die R. gesammelt hat, konnte er keine ähnliche Beobachtung finden, während leichte, kurzdauernde Störungen der Cirkulation 9mal erwähnt sind.

Hofmeister (Tübingen).

22) L. Guranowski. Zur Kasuistik der Labyrinthnekrose. Exfoliation der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhoftheiles.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. No. 12.)

Die isolirte Ausstoßung der Bogengänge, wie in vorliegendem Falle, im Verlauf einer chronischen Mittelohreiterung ist ein sehr seltenes Vorkommnis. Gewöhnlich bleiben sie in sequestrirten Partien des Felsenbeines eingebettet. Nach der Entfernung des Sequesters heilte die Eiterung, es blieb aber Facialislähmung bestehen.

Telchmann (Berlin).

23) Anderson. Contribution to the plastic surgery of the face.

(Lancet 1896. Oktober 31. Mit 13 Abbildungen.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von plastischen Operationen am Gesicht.

Der 1. Fall bezieht sich auf eine Augenlidplastik:

Ein Kind hatte durch Narbenretraktion nach Verbrennung großartige Ektopien beider Lidpaare sich zugezogen. Dieselben wurden dadurch geheilt, dass nach Umschneidung und Richtiglagerung der Lidränder die großen Wundflächen mit aus dem Schenkel genommenen dünnen Hautläppchen gedeckt wurden. Der Erfolg war so gut und dauernd, dass nach 1½ Jahr der Lidverschluss vollständig normal erschien, und die Wimpern ihre natürliche Richtung hatten. Der dann gemachte Versuch, die Augenbrauen durch eine Transplantation einer behaarten Hautfläche des Hinterhauptes herzustellen, mislang, indem die Hautlappen vollständig vereiterten. Immerhin hatte diese Operation den Erfolg, dass die Narben, welche an Stelle der Augenbrauen traten, aus der Ferne gesehen, den Eindruck von Augenbrauen machten.

Der 2. Fall betrifft eine Plastik, welche bei einem Mädchen vorgenommen wurde, welches durch tuberkulöse und syphilitische Geschwüre die ganze linke Gesichtshälfte, Nase und Oberlippe vollständig verloren hatte. Durch geeignete Behandlung wurden zuerst die Geschwüre zur Verheilung gebracht und dann zur Rhinoplastik geschritten. Es wurde aus der Stirn ein Lappen genommen mit Ausbuchtungen für die Nasenflügel und das Septum, dieser Lappen aber nicht sofort fixirt, sondern zuvörderst nur über die Nasenöffnung gelegt, um zu sehen, ob trotz der starken Narbenkontraktion auf der Stirn die Ernährung desselben genügte. Da sich diese als ausreichend erwies, wurden aus den beiden Supraorbitalrändern 2 Knochenplatten abgesägt und durch eine Silberdrahtnaht zusammengehalten, so dass sie das Nasendach abgaben. Um diese Knochenplatten in ihrer Lage zu erhalten, wurde unter ihnen eine Brücke von 2 dicken Silberdrähten hergestellt und dann über diese und die Knochen der Lappen aus der Stirn gelegt und an den Wangen und Oberlippe befestigt. Die Oberlippe wurde nach Dieffenbach hergestellt.

Der Erfolg war in so fern ein guter, als wenigstens eine hervorstehende Nase erzielt wurde. Die Silberdrähte, welche liegen gelassen wurden, gaben wenig zu Klagen über Unannehmlichkeiten Anlass.

Im 3. Falle wurde zur Herstellung der linken Nasenhälfte aus der Stirn ein keulenartiger Lappen genommen und dieser auf die Nasenhälfte gelegt, und da sich zeigte, dass er sich bei der Inspiration an das Septum anlegte, auch hier eine Brücke aus 2 Silberdrähten unter dem Lappen an Septum und Wange befestigt. Hierdurch erhielt der Lappen Halt und blieb fest in seiner Lage. Die Operation hatte guten Erfolg. Der Lappen heilte gut an, und die Drähte gaben zu Klagen weiter keine Veranlassung.

Benecke (Hamburg).

24) **J. Merkel.** Ankylose des rechten Unterkiefergelenkes in Folge von gummöser Neubildung der Parotis und ihrer Umgebung.

(Münchener med. Wochenschrift 1896. No. 50.)

Der Fall betraf ein 28jähriges Mädchen, bei der bereits vor 4 Jahren eine syphilitische Erkrankung der Tibia bestanden und durch Operation und Jodkali zur Heilung gebracht worden war; das neue Leiden hatte sich seit 1 Jahre entwickelt. Obwohl die Größe der Geschwulst, die Drüseninfiltration, der drohende Aufbruch einer Lymphdrüse eher für eine bösartige Neubildung sprachen, erwies sich doch die Vermuthung, dass eine luetische Affektion vorliege, dass somit in erster Linie, um die Nahrungsaufnahme wieder möglich zu machen, als Operation die Anlegung einer Pseudarthrose im horizontalen Ast des Unterkiefers in Betracht zu ziehen sei, als richtig. Unter Jodkaligebrauch verschwand die Geschwulst vollständig und erholte sich die Pat., bei der die hergestellte Pseudarthrose gut funktionirte, zunehmend.

Kramer (Glogau).

25) **Berger.** Sur un cas d'ostéome du maxillaire inférieur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 139.)

B. beschreibt einen der überaus seltenen Fälle eines reinen Osteoms des Unterkiefers. Es handelte sich nicht um eine diffuse Hypertrophie, eine Theilerscheinung der Leontiasis, oder um Exostose, auch nicht um ein Odontom, sondern um eine umschriebene, mandarinenförmige Knochengeschwulst des linken horizontalen Unterkieferastes von 5,5 cm Dicke, 3,5 cm Höhe, welche den Kiefer bis auf den allein noch erhaltenen unteren Rand aufgezehrt hatte. Die Geschwulst hatte sich unter Schmerzen binnen 1½ Jahr bei einer zur Zeit der Operation 19jährigen Frau entwickelt. Die Weichtheile über der Geschwulst waren entzündet; ob diese Entzündung, ein Abscess, erst Folge einer wegen Fehldiagnose früher gemachten Incision war, muss dahingestellt bleiben. B. stellte die Diagnose auf Osteosarkom und entschloss sich zur Unterkieferresektion; da aber die dünne Spange des unter der Geschwulst noch vorhandenen Unterkieferrandes bei der Operation einbrach, und er dadurch in der Annahme einer bösartigen Geschwulst erst recht bestärkt wurde, führte er die Exartikulation der linken Unterkieferhälfte aus. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst, von Besançon vorgenommen, ergab reines Knochengewebe, dessen Struktur am ehesten der eines fötalen Knochens kurz vor der Geburt zu vergleichen war. — Die Heilung erfolgte glatt, und zwar ohne nennenswerthe Entstellung. Bei geschlossenem Munde entsprach der Zwischenraum zwischen den medianen unteren Schneidezähnen genau dem der oberen. B. hält die Gefahr der narbigen Verziehung der erhalten bleibenden Unterkieferhälfte nach Resektion oder Exartikulation der anderen überhaupt im Allgemeinen für übertrieben und das Einlegen irgend welcher Prothese vor der Vernarbung für unnöthig.

Reichel (Breslau).

26) **Bocasso.** Di un neuroma plessiforme nel dominio del nervo grande ipoglosso propagatosi alla lingua.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1896. No. 10 u. 11.)

B. beschreibt den wohl einzig dastehenden Fall eines Rankenneuroms des Nervus hypoglossus. Der Träger war ein 10jähriges Kind. Die Geschwulst war in 4 Monaten gewachsen. Sie ließ sich mit Schonung der Nerven extirpieren, war hühnereigroß und besaß eine nussgroße Fortsetzung in die rechte Zungen-

hälfte hinein, wodurch letztere stark vergrößert erschien. Der histologische Befund war der bekannte und wird durch 3 Figuren wiedergegeben.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

27) **Vallas und Séraud.** Epithélioma primitif de la parotide, développé dans le prolongement antérieur de la glande et simulant un sarcome périostique du maxillaire. Ablation, examen histologique.

(Province méd. 1896. No. 45.)

In der Klassifikation der Geschwulst stimmen die Autoren der König'schen Eintheilung der Parotidgeschwülste, welche bekanntlich immer noch große Schwierigkeiten macht, zu. Die genaue histologische Untersuchung ergibt Hyperplasie des Bindegewebes, aber parallel einer für Carcinom charakteristischen Wucherung des Drüsenepithels, also vom Charakter des Scirrhus. Neben der Besonderheit des anatomischen Sitzes der Geschwulst ist der Nachweis richtig, dass derselbe ein primäres Epitheliom der Drüse darstellt, dessen Vorkommen von Albert auch in seiner neuesten Auflage 1897 noch bestritten wird.

Herm. Frank (Berlin).

28) **Brindel.** Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adénoïdes.

(Travaux de la clin. des mal. du larynx etc. Bordeaux 1896.)

Von den ziemlich detaillirt wiedergegebenen Befunden interessirt hier hauptsächlich die Angabe unter VII, dass bei den 64 Fällen 8mal Tuberkulose des adenoiden Gewebes gefunden wurde. Bacillen wurden nur in einem Falle, über dessen weiteren Verlauf nichts bekannt ist, und nur in einem Schnitte, 3 bis 4 Stück gefunden, in den anderen gar nicht gesucht. Sehr beweisend dafür, dass die Herde von hyaliner (? — B. spricht bald von »dégénérescence vitreuse« bald von »dégénérescence caséuse« bei denselben Herden!) Degeneration wirklich Tuberkeln entsprachen, ist eigentlich keiner der Befunde, selbst der mit den Bacillen nicht; stets handelte es sich um sehr spärlich eingestreute solche Degenerationsherde mit wenigen Riesenzellen; B. hält nichtsdestoweniger alle diese Veränderungen für sicher tuberkulöse und verschmährt sogar genauere Angaben über das Aussehen der Riesenzellen!

Kümmel (Breslau).

29) **Poncet.** Pseudo-actinomyose cervico-faciale. Phlegmons suppurés de la face et du cou, dus à une nouvelle mycose à gros grains jeunes.

(Arch. prov. de chir. 1897. No. 1.)

In 3 Fällen von Gesichts- und Halsphlegmonen, die klinisch völlig den Eindruck einer Aktinomykose machten, wurde eine wesentlich vom Aktinomycespilz sich unterscheidende Pilzform gefunden. Als Unterschiede werden hervorgehoben: Die Körner im Eiter sind viel größer und viel spärlicher vorhanden, lassen sich weit leichter zerdrücken; das Mycel erscheint verwickelter und weniger ausgesprochen strahlig; die Fäden sind länger, dicker, zeigen seltener dichotomische Verzweigung; Sporen liegen zwischen den Fäden, so dass das Ganze den Eindruck eines Leptothrixknäuels mit dazwischen liegenden Staphylokokken macht; rasches, reichliches Wachsthum in Bouillon, die sich trübt; reichliches Auswachsen auf Serum in 24 Stunden; mikroskopisch zeigen die Kulturen keine Fäden und Körner, sondern Diphtheriebacillen ähnliche Stäbchen. 2 der Pat. waren Landleute, der 3. in einer Fabrik beschäftigt; sie standen im Alter von 31, 36, 46 Jahren. Heilung durch chirurgische Eingriffe; Jodkalium schien keinen Erfolg zu haben. Zum Schluss der Arbeit, welcher 2 Abbildungen zum Vergleich zwischen Aktinomykose und Pseudoaktinomykose beigegeben sind, werden die vielleicht hierher zu stellenden Publikationen von Israël, Mosetig-Moorhof, Saotchenko, Ruge und Sabrazès und Rivière aufgezählt.

Bachmann (Breslau).

30) **Kaczanowsky.** Ein seltener Fall von kongenitaler Blutcyste des Halses und der Fossa axillaris.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 409.)

Verf. berichtet über einen schönen therapeutischen Erfolg mit einfacher Flanellbindenkompression. Der Fall betrifft ein 4monatliches Kind (Geschlecht nicht angegeben), mit einer Halsgeschwulst zur Welt gekommen, die sich in den letzten 2 Monaten stark vergrößert hatte. Die Geschwulst, aus 2 Theilen bestehend, einem oberen runden faustgroßen, an der linken Halsseite über dem Schlüsselbein und Schultergelenk, und einem unteren, etwas kleineren, in der Achselhöhle unter dem Pectoralis hervorragend und vom oberen nur durch eine seichte Furche am Schlüsselbein getrennt, von höckeriger Oberfläche. Beide Geschwülste sehr hart, kaum fluktuierend, beim Ausathmen und Schreien sich spannend. Probepunktion ergibt reines venöses Blut und ist von schwer stillbarer Stichkanalblutung gefolgt. Da blutige Exstirpation allzu gefährlich erschien, wird die Behandlung wie oben gesagt angeordnet, und war schon nach 2 Wochen eine Verkleinerung der Geschwülste bemerkbar; nach 6 Wochen waren dieselben nur halb so groß wie zuerst, und nach 4 Monaten war jede Spur bis auf eine Runzelung der zusammengefallenen Haut an der linken Halsseite verschwunden. 2 Photogramme des Kindes, das eine vor Beginn der Behandlung, das andere im Alter von $1\frac{1}{2}$ Jahr aufgenommen, bezeugen den in der That trefflichen Heilerfolg.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

31) **Berchoud und Vallas.** Anévrysme diffus de la carotide primitive consécutive à l'ulcération de vaisseau dans un abcès.

(Province méd. 1896. No. 30.)

Bei einem 35jährigen Handwerker ist ein Zahnabscess einige Tage nach dem Entstehen eröffnet und entleert worden, einige Tage darauf neue Anschwellung, nach deren Eröffnung sich Blut im Strom ergießt. Nach vorläufiger Tamponade Stillung der Blutung im Krankenhaus durch Unterbindung der ulcerirten Carotis communis. Heilung ohne irgend welche Gehirnstörungen. Der Fall ist bemerkenswerth durch die Raschheit, mit welcher (in 14 Tagen trotz seiner frühzeitigen Eröffnung!) der Abscess das Gefäß angefrassen haben muss. Über die nähere Beschaffenheit desselben wird nichts angegeben; dem Drain wird die Schuld nicht zugemessen.

Herm. Frank (Berlin).

32) **J. Curchod.** Ein nach Trauma durch Excisionsbehandlung geheilter Fall von Spina bifida.

Inaug.-Diss., **E. Birkhauser**, Basel 1896. 47 S. u. 2 Abb.

Verf. giebt in der vorliegenden Arbeit eine Zusammenstellung der verschiedenen bei Spina bifida angewendeten Operationsverfahren und beschreibt sodann einen von Wiesmann in Herisau mit Erfolg operirten Fall. Der 23jährige Pat. war Träger einer faustgroßen Geschwulst in der Kreuzbeingegend, die sich durch Druck verkleinern ließ. Dabei traten regelmäßig Hirnerscheinungen: Schwindel, Kopfschmerz, bisweilen auch Ohnmacht auf. Außer Blasenschwäche waren keine Rückenmarkssymptome vorhanden. In Folge eines heftigen Stoßes nahm die Geschwulst rasch zu und erreichte Mannskopfgröße. Dagegen verursachte Druck auf dieselbe keine Hirnsymptome mehr und bewirkte keine Verkleinerung des Umfanges. Die Tastung ließ ein Fehlen des Dornfortsatzes des 2. Kreuzbeinwirbels erkennen. Die Processus obliqui spurii ragten zu beiden Seiten als starke Knochenwülste vor. Die Punktion der Geschwulst ergab 1050 ccm einer wasserklaren, zuckerfreien Flüssigkeit mit wenig Eiweiß- und 2,45% Chlornatriumgehalt. Bei der Operation der sich rasch wieder füllenden Geschwulst fand sich im Grund des Sackes ein dünner, runder Strang, als Filum terminale angesprochen, jedoch nirgends Nervenstränge, frei oder in der Wand verlaufend. Die ganze Innenfläche der Geschwulst war mit einer glatten, serösen Haut ausgekleidet. Eine Kommunikation mit dem Arachnoidalraum fand sich nicht vor. Die Operation, Ablösung,

Abbindung und Abtragung des Durasackes, Übernähung des Stumpfes mit Katgut, Hautnaht, begegnete unter diesen Umständen keinen Schwierigkeiten. Auf osteoplastischen Verschluss der Knochenlücke wurde bei den geringen Dimensionen derselben verzichtet. Glatte Heilung.

Das Hauptinteresse des Falles liegt in dem offenbar durch das Trauma bedingten Abschluss der Meningocele gegen den Subarachnoidalraum. Verf. fand für diesen Vorgang kein Analogon in der Litteratur.

Im Anschluss an diese Beobachtung stellt Verf. 54 mit Erfolg und 15 ohne Erfolg operirte Fälle von Spina bifida zusammen und bespricht die Vorzüge der breiten Eröffnung mit nachfolgender Excision des Sackes vor den übrigen Behandlungsmethoden.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

33) Calot (Berk-sur-Mer). Sur les moyens de corriger la bosse du mal de Pott, d'après 37 operations et sur le moyen de la prévenir.

(Arch. prov. de chir. 1897. No. 2.)

C. hat an 37 Kindern eine operative Beseitigung des Buckels nach Pott'scher Krankheit vorgenommen; dieselben standen im Alter von 2—20 Jahren; die Wirbeldeformität bestand seit 3 Monaten bis zu 8½ Jahren. Die Grade der Kyphosen waren sehr verschieden stark; eine Abbildung zeigt die Photographie eines sehr hochgradigen Falles vor und nach der Operation.

Die Methode besteht, so weit als bei dem Alter des Processes noch irgend zugänglich, in brüsker manueller Reduktion in Chloroformnarkose durch direkten Händedruck bei Fixation des Pat. durch 4 Assistenten; C. fühlte bisweilen unter seinen Händen Knochenkrachen; im Allgemeinen geht angeblich die Reduktion überraschend leicht vor sich. In Narkose wird ein großer cirkulärer Gipsverband, welcher den ganzen Rumpf, den Kopf und das Becken umgreift, angelegt bei Wattlepolsterung besonders der Gegend des Gibbus; die ganze Manipulation dauert 15—20 Minuten. Der Gipsverband, in dem der Pat. einer Mumie gleicht, liegt 3—4 Monate und wird, falls nöthig, 1—2mal erneuert; nach dieser Zeit darf das Kind mit einem Korsett gehen. Als Gesamtzeit für die Beseitigung der Deformität sind 5—10 Monate erforderlich.

In einer Reihe von Fällen resecirte C. als präliminäre Operation unmittelbar vor dem Redressement die den Buckel bedeckende Hautpartie sammt den darunter liegenden vorspringenden Wirbelfortsätzen; dies geschah 30mal unter den 37 Fällen; Katgutnaht der Haut, antiseptischer Verband und obiger Gipsverband.

In 2 Fällen von schon sehr lange bestehenden Gibbositäten hat C., da obige Maßnahmen nicht zum Ziele führten, eine keilförmige Resektion der Wirbelsäule vorgenommen und dann erst redressirt. In Fall I dieser beiden wurden von der hinteren Partie der Wirbelsäule nahezu 3 Wirbel entfernt, das Rückenmark in einer Ausdehnung von 5—6 cm freigelegt; dasselbe faltete sich bei der Redression der Wirbelsäule. — Unter seinen 37 Fällen hat C. nur einen an einer interkurrenten Affektion verloren, trotzdem die Mehrzahl der Kinder elend und tuberkulös waren. Nie sah er im Anschluss an die Operation eine Lähmung, nur bei einem 8 Jahre alten Gibbus trat am 8. Tage nach dem Eingriff eine leichte Schwere und Parese in den unteren Extremitäten ein, welche aber nach geringer Lockerung des Verbandes in 10—12 Tagen sich völlig wieder ausglich. Ferner kamen kleine, belanglose Hautschorfe zur Beobachtung. Bei 2 der Operirten kamen Senkungsabscesse in der Fossa iliaca und am Gesäß zur Beobachtung, die ohne Unterbrechung der Therapie behandelt wurden. Bei 3 der Pat. waren zur Zeit der Operation Iliacalabscesse fühlbar; dieselben schwanden nach der Operation völlig. Der Allgemeinzustand hob sich nahezu durchweg wesentlich; C. betont, dass bei der Mehrzahl der Kinder die Krankheit noch im floriden Stadium sich befand; Kongestionsabscesse, ja eine Paralyse betrachtete er nicht als Kontraindikation; letztere schien nach 4 Wochen vielmehr im Rückgange befindlich. Die Heilungsdauer beträgt in einigen Fällen etwas mehr als 1 Jahr; bis zum Gehen sind bisher 7 Pat. gebracht worden, von denen C. im Anschluss an den Vortrag der

Académie de médecine in der Sitzung vom 22. September 1896 6 Fälle vorstellen konnte. — Endlich empfiehlt C. seinen Gipsverband auch zur Behandlung Pott'scher Erkrankungen vom 1. Tage an; die Kinder ertragen denselben sehr gut; in 5—10 Monaten sah er unter 2—3 derartigen Verbänden Ausheilung in guter Stellung durch diese Methode der Entlastung und völlige Fixation der Wirbelsäule.

Bachmann (Breslau).

34) **Nodet.** Note sur un cas rare d'abcès sus-hyoidien retro-lingual du ante-épiglottique.

(Province méd. 1896. No. 46.)

N. beschreibt einen in seinem Sitz, seinem langsamen Verlauf typischen Abscess im Spatium glosso-thyro-epiglotticum (Brousses-Brault) hinter der Zunge, vor der Epiglottis und dem oberen Theil des Schilddrüsens. Charakteristisch ist, dass Sticksgefühl vorhanden und die Zunge dabei unbetheiligt, nicht aufgewölbt ist, was sich aus der anatomischen Anordnung des Bindegewebes erklärt. Es geht nämlich quer durch den oben genannten Raum eine straffe Bindegewebsplatte von der Basis der Epiglottis an die Basis der Zunge, welche den Raum wie eine Tasche mit doppeltem Boden gestaltet. In der oberen Partie, dicht unter der Schleimhaut, die die retrolingualen Grübchen überzieht, entwickelt sich der Abscess, für welchen der Autor in der Litteratur nur 2 Analoga ausfindig gemacht hat.

Herm. Frank (Berlin).

35) **Brindel.** Un cas de kyste de l'épiglotte.

(Revue de laryngol. 1897. No. 6.)

Bei einer 32jährigen Frau saß eine kleinwalnussgroße Cyste am oberen Umfang der rechten Epiglottishälfte, auf das rechte Lig. glosso-epiglotticum übergehend. Nach Exstirpation eines Stückes ihrer Wandung trat vollkommene Heilung ein und damit Beseitigung der subjektiven Beschwerden, welche den Verdacht einer tuberkulösen Lungenerkrankung erregt hatten. Bei mikroskopischer Untersuchung der Cystenwand zeigte sich, dass der Hohlraum durch Auseinanderweichen der Bindegewebsbalken im submukösen Lager entstanden war und keine Epithelaukleidung trug. Gleichwohl fasst B. die Geschwulst als Retentionscyste auf.

Teichmann (Berlin).

36) **G. Liaras.** A propos d'un cas d'oedème aigu primitif du larynx.

(Revue de laryngol. 1894. No. 13.)

Hier wird auf Grund einer Beobachtung eine neue Form des primären akuten Kehlkopfödems aufgestellt, das Ödem »a frigore«. Klinisch war auffällig das Fehlen jeder Temperatursteigerung und einer stärkeren Verfärbung der afficirten Schleimhaut; befallen waren der Kehldeckel und die beiden aryepiglottischen Falten. Durch Excision eines Stückes aus der Kehldeckelschleimhaut schnelle Heilung. Wenn auch nach der Krankengeschichte die Entstehung des Ödems unter dem Einfluss einer starken Abkühlung wahrscheinlich ist, so fragt es sich dennoch, ob es zweckmäßig ist, eine klinisch so einheitliche Erkrankung, wie das akute Kehlkopfödem, durch Betonung ätiologischer Finessen künstlich in verschiedene Formen zu zerlegen. Der »vasomotorische« Antheil an dem Zustandekommen des Ödems, welchen Verf. für seinen Fall besonders hervorhebt, muss schließlich bei jedem Ödem angenommen werden, ganz gleichgültig, ob die abnorme Durchlässigkeit der Gefäßwänden durch eine organisierte Ursache, wie bakterielle Infektion, oder durch eine chemische oder physikalische Einwirkung hervorgerufen wird.

Teichmann (Berlin).

37) **A. v. Weismayr.** Eine noch nicht beobachtete Komplikation des Skleroms der Luftwege.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896. {No. 11.})

Es handelte sich um ein großes tuberkulöses Geschwür in dem skleromatös erkrankten Kehlkopf bei einem an Lungentuberkulose Verstorbenen. Das Sklerom

war bereits relativ geheilt, indem statt der subglottischen Infiltrate sich bindegewebige Narben gebildet hatten. Die Seltenheit tuberkulöser Erkrankung skleromatöser Kehlköpfe trotz der relativ häufigen Komplikation mit Lungentuberkulose erklärt Verf. eben aus dieser bindegewebigen Umwandlung des Skleroms, welche der Ansiedlung des Tuberkelbacillus ungünstig ist.

Teichmann (Berlin).

38) **A. Rosenberg.** Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Nach einer Statistik, welcher 231 in der Litteratur niedergelegte Fälle zu Grunde liegen, kamen bei der Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern mittels der Thyreotomie 37% Heilungen, 38,5% Recidive vor, bei Behandlung mit der einfachen Tracheotomie trat unter 34 Fällen 4mal spontane Heilung ein, 12mal durch endolaryngeale Behandlung nach Tracheotomie dauernde, 1mal einstweilige Heilung und 3mal Recidive. Die ausschließlich endolaryngeale Behandlung ergab im Alter bis zu 4 Jahren ca. 50%, im Alter von 4—8 Jahren 70%, jenseits des 8. Lebensjahres über 50% Heilungen. Verf. empfiehlt demnach, zunächst die endolaryngeale Behandlung zu versuchen und fortzuführen, so lange nicht hochgradige Athemnoth vorhanden ist und diese nicht etwa durch Intubation beseitigt werden kann. Andernfalls ist die Tracheotomie auszuführen, und dann weiter endolaryngeal zu behandeln. Die Thyreotomie käme nur für eilige und sehr schwere Fälle ausnahmsweise in Frage.

Teichmann (Berlin).

39) **E. Meyer.** Über das maligne Adenom der Schilddrüse.

(Archiv für Laryngologie Bd. V.)

Auf Grund einer Beobachtung mit Sektionsbefund stellt Verf. einen neuen Typus der Schilddrüsengeschwülste auf, dadurch charakterisirt, dass die Geschwulst im Bau vollständig den Adenomen entspricht, dass sie aber, wie die Carcinome, auf die Nachbarorgane übergreift, dieselben durchwächst und auf diese Weise schwere Zerstörungen anrichtet. Aus der Beschreibung des Präparats ist zu entnehmen, dass die Geschwulst in die Lichtung der Trachea hinein sich entwickelt hatte und schließlich zum Erstickungstode führte. Die Durchbrechung der Trachealwand wird aber daraus nicht klar; denn wenn auf der Site der Geschwulstentwicklung der Knorpel der Trachealwand nicht mehr nachweisbar war, so spricht dieser Befund mehr für eine Atrophie desselben unter dem Andrängen der wachsenden Geschwulst, als für eine Durchwachsung, zumal die Geschwulst trotz der starken Vorwölbung in die Lichtung der Trachea während einer mehrjährigen Beobachtungszeit nicht einmal die ihn bedeckende dünne Trachealschleimhaut durchbrach. Der Begriff der Bösartigkeit kann demnach nur in klinischem Sinne zugegeben werden, wie man in früheren Jahrzehnten z. B. die Kehlkopffibrome zu den »bösartigen« Geschwülsten rechnete, weil sie für ihren Träger meist verhängnisvoll wurden. Auch der Befund von Schilddrüsen Gewebe in einigen Lymphdrüsen kann nicht ausreichen, um den an sich bemerkenswerthen Fall zu einem Typus zu machen.

Teichmann (Berlin).

40) **K. P. Serapin.** Zur Behandlung der chirurgischen Formen des Kropfes mit Schilddrüsenpräparaten.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 1.)

Auf Grund von 31 Fällen aus Prof. Weljaminow's Klinik in St. Petersburg kommt S. zu denselben Schlussfolgerungen wie Prof. Bruns in seiner letzten Statistik. Die Figur des Querschnittes durch den Hals wurde cirtometrisch festgestellt und ist auf 2 Tafeln vorgeführt; 3 weitere Tafeln mit Photogrammen zeigen 3 weitere Fälle vor und nach der Behandlung.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

41) **C. Bouchard.** La pleurésie de l'homme étudiée à l'aide des rayons de Röntgen.

(Compt. rend. de l'Acad. de la science 1896. No. 23 u. 26.)

B. hat Röntgen-Strahlen zur Diagnose pleuritischer Exsudate benutzt. Er fand, dass an der Stelle des Ergusses die radioskopische Klarheit des Thorax sich vermindert resp. mehr oder weniger verschwindet. Ein starker Schatten zeigt sich auf der kranken Seite, der mit der Klarheit der gesunden Seite kontrastirt. Einige Male zeigte die Skiaskopie Resultate, die mit anderen Methoden nicht gefunden worden waren.

A. Henry (Breslau).

42) **Djémil-Pascha** (Konstantinopel). Pyopneumothorax ancien, suite d'une plaie pénétrante de la poitrine, opérée par le procédé de Delorme.

(Arch. prov. de chir. 1897. No. 1.)

Derwisch, 26 Jahre alt, hatte im Anschluss an einen vor 6 Monaten erfolgten linksseitigen Brustschuss (Einschuss im 4. Interkostalraum, 2fingerbreit nach außen von der Warze, Ausschuss dicht am unteren Winkel des linken Schulterblattes) einen Pyopneumothorax mit 2 Fisteln — den Schussöffnungen — erworben. Absolute Dämpfung vom 3. Zwischenrippenraum an abwärts. Operation mit L-Schnitt, horizontal die beiden Öffnungen verbindend, vertikal 10 cm lang; Resektion der 5., 6., 7. Rippe in 10 cm Länge, weil dieselben osteoporotische Veränderungen zeigten; Auskratzung der großen bis zum 3. Interkostalraum reichenden Höhle; Lösung der Adhäsionen, was sich als ziemlich schwer erweist; dabei Entstehen einer Lungenfistel; nachdem die Ablösung weithin gelungen, wölbt sich, wie in dem Delorme'schen Falle, die durch Hustenstöße sich blähende Lunge, die beim Beginn der Operation ganz gegen ihren Hilus retrahirt gefunden war, schnell vor und füllt völlig die Thoraxhöhle. Schnelle völlige Heilung; seit der Operation 11 Monate verflossen.

Bachmann (Breslau).

43) **Ginestous et Nourrit.** Un cas de pseudarthrose costale.

(Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux 1896. No. 51.)

Die Verf. veröffentlichen einen der seltenen Fälle von Nichtkonsolidation der Rippenbrüche. Ihre neuen Nachforschungen zeigen, dass die von Malgaigne konstatierte Thatsache noch heute exakt besteht.

Ihr Fall betrifft eine Pseudarthrose der 11. rechten Rippe, 13 Jahre nach dem Ereignis. Der Kranke ist immer genöthigt, eine festsitzende Umgürtung an der Thoraxbasis zu tragen; ohne diese leidet er beim Husten und Athmen. In der Nicht lässt er sie weg, legt sich dafür aber auf die rechte Seite.

A. Henry (Breslau).

44) **Woltersdorf.** Heilung lokaler Hauttuberkulose durch Stauungs-hyperämie (Bier'sche Stauung).

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 41.)

Ein gelegentlich einer Sektion vom Verf. selbst acquirirter Leichentuberkel heilte in Folge Anlegens eines Verlobungsringes, der leichte Stauung und Cyanose bedingte, innerhalb 3—4 Monaten so vollständig, dass schließlich an der früher tuberkulösen Stelle absolut nichts Pathologisches zurückblieb. Vorher hatte der Tuberkel 2 Jahre lang allen medikamentösen Einflüssen getrotzt.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonnabend, den 5. Juni. 1897.

Inhalt: K. G. Lennander, Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie. (Original-Mittheilung.)

1) **Epstein**, Alkoholesinfektion. — 2) **Noack**, 3) **Gerhardi**, Schleich'sche Infiltration. — 4) **Vinci**, Eukain. — 5) **Siegert**, Diphtherieheilserum und die Nieren. — 6) **Bunge** und **Trantenroth**, Smegma- und Tuberkelbacillen. — 7) **Bosse**, Harnröhrenkrebs. — 8) **Köhler**, 9) **Salomoni**, 10) **Negretti**, 11) **Bottini**, Prostatahypertrophie. — 12) **Pisani**, Einpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm. — 13) **Wagner**, Grenzen der Nierenextirpation.

Briese, Ein seltener Fall von Fraktur der Tibia. (Original-Mittheilung.)

14) **Tilmann**, Klinischer Bericht. — 15) **Rudnew**, Aktinomykose. — 16) **Milleken**, Sehnen- und Muskelüberpflanzung.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Upsala.)

Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie.

Von

Prof. Dr. K. G. Lennander.

Mein früherer 1. Assistent, Dr. B. Floderus, hat sich längere Zeit mit Ausarbeitung einer Monographie über die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie beschäftigt. Er ist desshalb mehr als irgend ein Anderer vertraut mit den Resultaten, die in der chirurgischen Klinik zu Upsala gewonnen worden sind. Auf mein Verlangen hat er in Tabellenform einen kurzen, aber möglichst exakten Auszug aus den Krankenjournalen über alle diejenigen Pat. gemacht, bei denen die doppelseitige Exstirpation der Hoden oder die Resektion der Vasa deferentia ausgeführt worden sind. Es sind zusammen 7 Kastrationen und 11 Vasektomien. Daneben habe ich auch einen Fall aufgenommen, der nur mit Bottini's Operation behandelt wurde.

Der Eindruck, den ich von den doppelseitigen Hodenexstirpationen gewonnen habe, ist überwiegend schlecht. Ich vermag kaum einzusehen, dass zur Zeit irgend eine Indikation für diese Operation

aufgestellt werden kann in Fällen, in denen die Hoden und die Nebenhoden nicht der Sitz bedeutenderer krankhafter Veränderungen oder von Neuralgien sind, und in denen keine erschwerenden Symptome von Seite der Genitalsphäre vorliegen. Bevor aber eine erweiterte Erfahrung gezeigt hat, dass die Vasektomie auch in diesen Fällen gute Resultate bringt, darf immerhin die Hodenexstirpation nicht ganz aufgegeben werden.

Unsere 11 Fälle doppelseitiger Vasektomie sind eher ermunternd als diejenigen von Kastration. 10 Fälle müssen indessen mit großer Vorsicht beurtheilt werden, weil außer der Vasektomie auch noch andere Behandlungsmethoden, besonders eine sorgfältig durchgeführte Katheterbehandlung, stets angewendet worden sind. In Fall 11, bei einem gebrechlichen, 70jährigen Manne, der 3 Jahre lang an Harnbeschwerden litt und nun partielle Harnretention mit Blasendilatation und Cylindrurie, aber ohne Harninfektion hatte, wurde die Vasektomie auf beiden Seiten unter Beihilfe von Äthylchlorid gemacht. Weder vorher, noch nachher wurde der Katheter eingeführt. Noch nach 8 Monaten wurde eine fortdauernde subjektive und objektive Besserung konstatiert.

Gerade in solchen Fällen — Blasendilatation ohne Harninfektion und mit nur partieller Harnretention — glaube ich, dass die doppelseitige Vasektomie große Bedeutung erlangen kann, wenn man es sich zur Regel macht, nie ohne absolut dringende Indikation einen Katheter einzuführen. Aber auch in den übrigen 10 Fällen scheint es mir, als ob die Besserung früher eingetreten und vor Allem anhaltender gewesen sei, als man vorher zu sehen gewohnt war. In mehreren dieser Fälle würden wir nach meinem Dafürhalten die Epicystotomie ausgeführt haben, wenn diese Pat. vor der Periode der Vasektomien zur Behandlung gekommen wären. Da ich nicht habe bemerken können, dass die Vasektomie den Pat. in irgend einer Hinsicht geschadet hat, so halte ich dafür, dass diese Operation auch in allen denjenigen Fällen vorgeschlagen werden darf, in denen die Katheterbehandlung nicht rasch wenigstens zu relativer Freiheit von Symptomen führt. Wenn die Cystitis trotz regelmäßiger Katheterbehandlung gegen die Nieren hin fortschreitet, dann darf die Epicystotomie nicht aufgeschoben werden. Mit dieser kann man die doppelseitige Vasektomie verbinden in der Hoffnung, dass dieser Eingriff wenigstens in einigen Fällen einen solchen Einfluss auf die Prostata ausüben werde, dass nach Beseitigung oder wesentlicher Besserung der Harninfektion spontane Harnentleerung und Heilung der Fistel etwas öfter eintreten wird, als es der Fall sein dürfte, wenn man bloß die Epicystotomie macht. Bei chronischen Harnbeschwerden mit Blasendilatation und kompletter Harnretention, aber ohne Cystitis, hat man sich jedenfalls die Frage vorzulegen, ob es nicht die beste Behandlung sei, die Blase des Pat. durch ein- oder mehrmalige Punktion und Aspiration durch eine

feine Nadel zu entleeren und gleichzeitig die doppelseitige Vasektomie zu machen. Vielleicht wird es in vielen Fällen möglich sein, Katheterbehandlung und Cystitis auf diese Weise zu umgehen.

Die Hoden der Operirten erscheinen auch lange Zeit nach der Operation normal bei der Palpation. Ein 57jähriger Mann (Fall 14) sagt aus, dass er noch jetzt, 6 Monate nach der Operation, fast jede Nacht natürliche, schmerzlose Erektionen habe, und dass er bis vor 2 Monaten oft von Pollutionen belästigt war.

Schon bei meiner ersten Resektion der Vasa deferentia bemühte ich mich, so viel als möglich von dem Bindegewebe, das das Vas deferens umgiebt, mitzunehmen. In diesem verlaufen nämlich zahlreiche Nerven, und es ist mir schon von der Zeit an, als die Kastration als Behandlungsmethode bei Prostatahypertrophie zuerst vorgeschlagen wurde, als möglich erschienen, dass das Wesentliche auch bei der Kastration eine Durchtrennung der Nerven ist. Herr Prof. Hammar hat gütigst mikroskopische Untersuchungen der resecirten Theile vorgenommen und mir gezeigt, dass sich in dem die Vasa deferentia umgebenden Bindegewebe eine ziemliche Menge größerer und kleinerer Nerven finden. Es ist deshalb Regel bei uns, so viel als möglich von dem die Vasa deferentia umgebenden Bindegewebe mit zu entfernen. Die von mir am 15. November 1894 ausgeführte Vasektomie ist, so viel ich weiß, die erste Operation dieser Art, die bei Prostatahypertrophie ausgeführt worden ist.

Von 4 Operationen, die ich mit Bottini's galvanokaustischem Prostataincisor ausgeführt habe, waren 2 bisher vollständig ohne Resultat (Fall 4 und 6). Sie wurden bei kastrierten Pat. mit Blasen fisteln oberhalb der Symphyse ausgeführt, in der Absicht, dem Harn Abfluss durch die Harnröhre zu verschaffen. Bei einem dritten Pat. (Fall 16) erfolgte unmittelbar nach der Operation Besserung, aber nach 2 Wochen stellte sich von Neuem Harnretention mit Verschlimmerung der Cystitis ein. Ein vierter Pat. (Fall 19) scheint bestimmt Nutzen von der Operation gehabt zu haben, indem er jetzt seine Blase vollständig entleeren kann, die vorher bis zum Nabel reichte. Jetzt, 5 Monate nach der Operation, ist der Harn vollkommen klar. Einige Zeit nach der Operation trat aber Harninfektion ein, die zu einer längere Zeit fortgesetzten Katheterbehandlung zwang, so dass der Fall nicht ganz rein ist. Die Wirkung der Bottini'schen Operation dürfte in gewissen Fällen darauf beruhen, dass der mittlere Lappen getheilt wird; in allen Fällen wird eine tiefe Rinne in die Prostata gebrannt, die im Allgemeinen so zu liegen kommt, dass das Caput gallinaginis mit den Ductus ejaculatorii zerstört wird. Unmittelbar hinter dieser Stelle finden sich bekanntlich einige Nervenzellen nebst zahlreichen Nerven, die zu den Samenbläschen und den Vasa deferentia gehen und den letzteren bis zum Corpus epididymitis folgen. Es ist deshalb möglich, dass Bottini's Operation durch Zerstörung von Nerven um die Ductus ejaculatorii herum wirken kann, wie die doppelseitige Vasektomie.

Prostatahypertrophie, behandelt

No.	Alter bei d. Operation.	Alter bei Auftretend. Dysurie.	Anamnese	Datum der Operation	Operation
1	77	74	Akute Harnretention, Inkontinenz, Blasendilatation; Schwierigkeiten beim Katheterisiren; Cysto-Pyelo-Nephritis. — Verweilkatheter 2 Tage lang. Regelmäßige Ausspülungen der Blase 7 Tage lang.	1893 25. Nov.	Exstirpation beider Hoden. Chloroform-Athernarkose
2	75		Dysurie seit mehreren Jahren. Totale Harnretention seit 3 Jahren, chronische Cystitis.	1894 4. Jan.	Exst. d. rech. Hod.
	77		Beiderseitige Epididymitis indicirte die Exstirpation der Hoden, die auf beiden Seiten mit einer Zwischenzeit von 3 Monaten ausgeführt wurde.	10. April 1896 17. Sept.	„ „ linken „ Lithotomia suprapubica.
3	77	72	Akute Harnretention nach Erkältung vor 5 Jahren, beseitigt durch Katheterbehandlung; jetzt von Neuem totale Retention mit Blasendilatation. Harn nicht inficirt. Regelmäßige Blasenausspülungen 5 Tage lang. Schon nach wenigen Tagen trat Hämaturie auf. Zeichen von akuter Cystitis, so wie bedeutende Schwierigkeiten beim Einführen des Katheters.	1896 6. Febr. 7. Febr.	Bottini's Operation Exstirpation beider Hoden. Epicystotomie.
4	83	63	Akute Harnretention nach reichlicher Mittagsmahlzeit vor 14 Jahren, gehoben durch Katheterbehandlung; totale Retention seit 3 Monaten. Cysto-Pyelo-nephritis.	1896 15. Febr.	Exstirpation beider Hoden.
5	66	63	Partielle Harnretention; Blasendilatation; keine Harninfektion; Katheter nie angewendet.	1896 5. März 2. April	Exstirpation beider Hoden. Epieystotomie.
6	70	60	Pat. hat den Katheter seit 4 Jahren angewendet. Lithotomia suprapubica vor 3 Jahren. Totale Harnretention seit 3 Monaten. Cysto-Pyelo-Nephritis.	1896 17. März 19. Juni	Exstirpation beider Hoden. Lithothomia et Prostatectomia suprapubica.
7	72		Mehrfährige Dysurie. Cystitis. Epididymitis sin. Psychische Störung seit mehreren Jahren.	1896 21. April	Exstirpation beider Hoden.

mittels Exstirpation beider Hoden.

Verlauf	Zeit der Beobachtung nach der Operation	Wirkung der Operation auf die Prostata
Verweilkatheter 3 Tage lang. Darauf beginnende spontane Harnentleerung. Symptome von Bronchitis schon am Tage nach der Operation. Harninkontinenz. Tod 16 Tage nach der Operation an Bronchopneumonie. Die Sektion ergab auch Schrumpfniere und allgemeine Arteriosklerose.	1. Tag. 3. " 4. " 7. " 15. "	Prostata unverändert. " etwas kleiner. " verkleinert in longitudinal. Richtung. Prostata, weitere Verkleinerung. Bedeutende Verkleinerung der Prostata, besond. d. recht. Lappens.
Dysurie unverändert nach der Operation. 2 $\frac{1}{2}$ Jahre später wurde die Lithotomia suprapubica ausgeführt, wobei eine permanente Fistel angelegt wurde; danach wurden die Schmerzen vollständig gelindert. 8 Wochen später wurde Bottini's Operation ohne Erfolg ausgeführt.	3 Monate nach der 1. Operat. 2 $\frac{1}{2}$ Jahre danach.	Prostata nicht verkleinert. Keine wahrnehmbare Verkleinerung.
Zeichen von vermehrter Harninfektion gleich nach der Operation, wesshalb am Tage danach die Epicystotomie ausgeführt wurde. Vorübergehende Besserung. Tod an akuter suppurativer Pyelonephritis 8 Tage nach der 1. Operation.	6 Tage.	Prostata nicht verklein. Sektion: Das Epithel d. Prostata zeigte Fettentartung, doch nicht in so großer Ausdehnung, dass sie nicht als durch das Fieber hervorgerufen betrachtet werden könnte, so wie eine vorhandene akute Prostatitis.
Verweilkatheter. Leichtere Katheterbehandlung; übrigens keine Besserung nach der Operation. Decubitus. Bronchopneumonie. Tod 3 Wochen nach der Operation.	13 Tage.	Prostata bedeutend verkleinert.
Die Harnentleerung war nach der Operation unbehindert, die Blasendilatation geringer. Eine einzige Katheterisation, 13 Tage nach der Operation ausgeführt, rief eine akute Cysto-Pyelonephritis hervor. Epicystotomie. Permanente Fistel. Besserung; Dysurie gelindert.	8 Tage. 2 $\frac{1}{2}$ Mon. 7 Mon.	Prostata etwas verkleinert. Samenbläschen bedeutend verkleinert. Prostata weicher, aber nicht weit. verkleinert. Prostat. groß, aber abgeplattet, fest elastisch.
Verweilkatheter 6 Tage lang nach der Operation. Danach regelmäßige Blasenausspülungen und Instillationen. Periodenweise Verweilkatheter. 3 Mon. nach der Operation wurde die Lithotomia suprapubica und die Exstirpation des mittlen Prostatalappens ausgeführt. Fortdauernde lokale Blasenbehandlung. Beginnende spontane Miktion nach 3 Monaten; Einführung des Katheters jedoch bisher, d. h. 1 Jahr nach der 1. Operation, unentbehrlich. Bottini's Operation, die vor einigen Monaten ausgeführt wurde, war ohne Erfolg.	2 Mon. 5 $\frac{1}{2}$ Mon. 8 Mon.	Prostata weicher, etwas kleiner. Prostata weiter verkleinert. Linker Lappen bedeutend geschrumpft.
Vorübergehende Fiebersteigerung mit Delirien, durch Infektion der Wunde auf der rechten Seite hervorgerufen. 8 Tage nach der Operation trat eine langwierige Psychose geringeren Grades auf, von gleicher Art, wie Pat. vorher schon zeitweise gehabt hatte. — Besserung.	20 Tage. 7 Mon.	Prostata unverändert. " groß, aber abgeplattet, hart und unelastisch.

Prostatahypertrophie, behandelt

No.	Alter bei d. Operation	Alter bei Auftreten d. Dysurie	Anamnese	Datum der Operation	Operation
8	65	63	Dysurie mit Harninkontinenz, verschlimmert durch eine Erkältung während einer Reise im September 1894. Blasendilatation. Geringe Harninfektion. Arteriosklerose. Gelinde Psychose. Regelmäßige Blasenausspülungen, mit folgenden Schüttelfrösten und Fieber, so wie nach einigen Wochen Zeichen von Cysto-Pyelo-Nephritis, die die Epicystotomie indicirte.	1894 30. Okt. 5. Nov.	Epicystotomie. Resectio vasorum deferentium.
9	79		Mehrfährige Dysurie; partielle Harnretention. Regelmäßige Blasenausspülungen ungefähr 6 Wochen vor der Operation; Besserung; Zeichen geringer Cysto-Pyelo-Nephritis.	1895 23. Sept. 22. Okt.	Resectio vasorum deferent. (Cocainanästhesie.) Prostatectomia suprapubica.
10	66	47	Akute Harnretention; Blasendilatation; keine Harninfektion. Verstopfung. — Katheterbehandlung ungefähr 4 Wochen vor der Operation. — Zeichen gelinder Cysto-Pyelo-Nephritis? Wiederkehrendes Vermögen der spontanen Miktion.	1895 11. Nov.	Resectio vasorum deferentium.
11	70	67	Partielle Harnretention; Blasendilatation; Harninkontinenz; keine Harninfektion; Cylindrurie. Arteriosklerose. Katheter nie angewendet.	1896 26. März	Resectio vasorum deferent. (Äthylchloridanästhes.)
12	69	67	Akute Harnretention machte regelm. Katheterisation nöthig 2 Wochen v. d. Oper. Blasendilatation. Keine Harninfektion.	1896 22. Sept.	Resectio vasorum deferentium.
13	82	82	Akute Harnretention 2 Wochen vor der Operation. Blasendilatation. Geringe Harninfektion; Hämaturie; Verweilkatheter. — Besserung.	1896 8. Okt.	Resectio vasorum deferentium.
14	57	47	Anwendung des Katheters 9 Jahre. Cystotomia suprapubica vor 5 Jahren ausgeführt, brachte bloß vorübergehende Linderung. — Totale Harnretention seit 4 Jahren. Cysto-Pyelo-Nephritis. Myokarditis. Morphinismus et Nicotinismus chronicus. Contractura ani.	1896 19. Okt.	Prostatectomia suprapubica. Resectio vasorum deferentium. Dilatation forcée.
15	72		Seit einigen Jahren Dysurie. Akute Harnretention nach Erkältung 1 Mon. vor der Operation. — Katheterbehandlung. — Cysto-Pyelo-Nephritis; Hämaturie. Arteriosklerose. Epididymitis chronica bilateralis. Verweilkatheter. Dysurie gebessert.	1896 12. Nov.	Resectio vasorum deferentium.

mittels Resektion der Vasa deferentia.

Verlauf	Zeit der Beobachtung nach der Operation	Wirkung der Operation auf die Prostata
Nach der Vasektomie trat zwar eine vermehrte Fähigkeit ein, den Harn durch die Harnröhre zu entleeren, aber nicht, wie man gehofft hatte, in dem Grade, dass es gelang, die Blasenfistel zu schließen, die trotz wiederholten Versuchen, sie zu schließen, noch offen war, als Pat. 1 Jahr nach der Operation an Lungenödem plötzlich starb. Die Sektion ergab u. A. chronische interstitielle Nephritis.	1 Mon. 3 1/2 » 10 » 1 Jahr	Keine wahrnehmbar Verkleinerung d. Prostata oder der Hoden. Sektion: Die Prostata zeigt d. Typus ein. proliferirenden Adenoms, keinerlei Veränderungen, die auf die Vasektomie zurückgeführt werden können. Keine Veränder. d. Epithels.
Fortgesetzte Katheterbehandlung nach der Operation. Nachdem sich der Zustand gebessert hatte, trat, 1 Monat nach der Operation, eine Verschlimmerung auf. — Prostataektomie; Resektion aus dem mittleren Lappen mit der Schere. Fistel geschlossen in 3 Monaten. Fast frei von Symptomen noch 1 Jahr nach der Operation.	22 Tage. 4 Mon.	Prostata ohne wahrnehmbar. Veränderung. Prostata verkleinert, abgeplattet, Hoden und Reste der Vasa deferentia ohne nachweisbare Veränderungen.
Fortgesetzte Katheterbehandlung nach der Operation. Stetig fortschreitende Besserung. Katheter unnötig 3 Wochen nach der Operation. Ganz geringe Symptome noch 1 Jahr nach der Operation; Pat. ist nach seiner eigenen Meinung gesund. Darmentleerung normal.	9 Tage. 21 » 1 Jahr.	Prost. verkleinert in longitudinaler Richtung. Kaum eine weitere Verkleinerung d. Prostata. Prost. nicht unbedeut. verkleinert; Samenbläschen klein u. verhärtet; Hoden normal.
Die Rekonvaleszenz wurde durch ein großes Scrotalhämatom gestört, das von der einen Wunde ausging. — Danach ungestörte Besserung; frei von Beschwerden, frei von Inkontinenz, doch Pollakiurie noch 8 Monate nach der Operation.	21 Tage. 8 Mon.	Prost. deutl. verkleinert. Prost. weiter verklein., am meisten an einer Seite; Elasticität vermind. Samenbläschen geschrumpft; Hoden unverändert.
Verweilkatheter 5 Wochen nach der Operation. Akute Cysto-Pyelo-Nephritis. Regelmäßige Katheterbehandlung. Bedeutende Besserung.	2 Mon.	Prostata nicht unbedeutend verkleinert.
Der Verweilkatheter wurde fortwährend nach der Operation angewendet. Cysto-Pyelo-Nephritis. — Besserung. Katheter 3 Wochen nach der Operation entbehrlich. 1. April 1897 andauernde bedeutende Besserung.	20 Tage.	Prostata nicht unbedeutend verkleinert.
Der mittlere Prostatalappen wurde mit der Schere extirpiert. Heftige Schmerzen nach der Operation. Urämisches Delirium mehrere Tage lang. — Vorübergehende Linderung der Dysurie. Spuren spontaner Miktion seit 5 Wochen nach der Operation. Katheterbehandlung fortwährend nöthig wie vorher, besonders seit die Fistel sich geschlossen hat. Pollutionen noch 3 Monate nach der Operation.	2 Mon.	
Keine Katheterbehandlung nach der Operation. Bedeutende Besserung, sowohl in Bezug auf die subjektiven, als auch die objektiven Symptome der Dysurie (Schmerzen, häufige Harnentleerung, Residualharn, Harninfektion). Nach Pat. eigener Ansicht war er 8 Wochen nach der Operation frei von Symptomen.	9 Tage.	Prostata unverändert. Die vorher geschwollenen Nebenhoden bedeutend kleiner und weicher.

No.	Alter bei d. Operation	Alter bei Auftreten d. Dysurie	Anamnese	Datum der Operation	Operation
16	66	45	Häufiger Harndrang seit 20 Jahren, wo Pat. bei einer Gelegenheit genötigt gewesen war, den Harn ungewöhnlich lange zu halten. Akute Retention vor einem Jahre, behoben durch einige Tage dauernde Katheterbehandlung. Von Neuem akute Retention am 4. Oktober 1896. Regelmäßige Katheterbehandlung und Verweilkatheter. Geringe Harninfektion. Höchst geringe spontane Harnentleerung. Operation mittels Bottini's Incisor. 2 Wochen nach der Operation spontane Harnentleerung. Vorübergehend Hämaturie und geringes Fieber. Regelmäßige Blasenauerspülungen werden wieder verordnet seit die Dysurie und die Harninfektion 2 Wochen nach der Operation zunahmen. Cysto-Pyelo-Nephritis.	1896 27. Okt. 14. Nov.	Bottini's Operation. Resectio vasorum deferentium.
17	70	60	Anwendung des Katheters seit 8 Jahren; totale Retention 2 1/2 Monate vor der Operation, die zunächst durch eine einseitige eitrige Epididymitis veranlasst wurde.	1896 10. Dec.	Resectio vasis deferentis dextri et extirpatio testis sinistri.
18	82	79	Schwere Dysurie. Bedeutende Herabsetzung der Kräfte. Heftige Cystitis. Verstopfung. Regelmäßige Katheterbehandlung 6 Wochen vor der Operation. Keine Besserung.	1896 6. Dec.	Resectio vasorum deferentium.
Bottini's					
19	76	73	Akute Harnretention entstand 20 Tage vor der Operation, wahrscheinlich hervorgerufen durch eine linksseitige akute Periorchitis. Verstopfung. — Blasendilatation. Geringe Cysto-Pyelo-Nephritis. — Verweilkatheter. — Verminderte Harninfektion; fortbestehende Retention. — Operation.	1896 31. Okt.	Der in geringerem Grad hypertroph. linke Prostata-lappen wird mit Bottini's Incis. durchgebrannt.

1) F. Epstein. Zur Frage der Alkoholdesinfektion.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXIV. Hft. 1.)

Im Anschluss an die neueren Arbeiten von Reinicke, Ahlfeld, Seedham, Green, Landsberg, Poten etc. berichtet E. über seine unter Leitung von Jadassohn angestellten Versuche über den eigentlichen Werth des Alkohols als Desinficiens vom rein bakteriologischen Standpunkte aus, die theils an Seidenfäden, theils an absichtlich inficirten Händen ausgeführt wurden.

Er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Dem absoluten Alkohol kommt keine desinficirende Kraft zu, wohl aber seinen Verdünnungen.

Verlauf	Zeit der Beobachtg. nach der Operation	Wirkung der Operation auf die Prostata
Verweilkatheter nach der Operation; die lokale Behandlung der Blase wird fortgesetzt, der Zustand bessert sich. Entlassen am 30. December 1896; vom 7. Januar 1897 an Harn klar; vom 15. Januar an braucht Pat. nicht mehr katheterisirt zu werden und braucht keine Ausspülungen mehr. Er lässt den Harn 3—4mal am Tage und 2—3mal in der Nacht, Tod an Apoplexia cerebri am 13. Februar.		Prostata nicht untersucht nach der Operation.
Einführung des Katheters während des ersten Tages nach der Operation erschwert (Sphinkterkrampf?). Das Bedürfnis der Katheterisation weniger häufig. — Spuren von spontaner Miktion bei der Defäkation seit 5 Wochen nach der Operation. Regelmäßige Katheterbehandlung auch noch nach der Operation fortdauernd. Bedeutende allgemeine und lokale Besserung 3 Monate nach der Operation. Verstopfung beseitigt.	7 Wochen	Prostata deutlich verkleinert, abgeplattet.

Operation.

Spontane Harnentleerung begann 22 Stunden nach der Operation und wurde danach immer freier. Der Residualharn war jedoch fortdauernd nicht unbedeutend. Cystitis Symptome traten von Neuem auf 1 Monat nach der Operation, aber verschwanden, eben so wie der Residualharn, fast vollständig nach 2 Monate langer regelmäßiger Katheterbehandlung.

2) ca. 50%iger Alkohol desinficirt von den rein spirituösen Flüssigkeiten am besten; in bedeutend höherer oder geringerer Concentration nimmt die Desinfektionskraft ab.

3) Antiseptica, die in wässriger Lösung mehr oder minder wirksam sind, verlieren ihre desinficirende Eigenschaft, wenn sie in hoch procentuirtem Alkohol gelöst werden (Koch); dagegen wirken Sublimat, Karbol, Lysol und Thymol in 50%iger spirituöser Lösung besser desinficirend, als (in gleicher Concentration) in Wasser gelöst.

Wie weit die hier niedergelegten Resultate eine Verwerthung in der Praxis gestatten, darüber möchte sich E. zunächst ein Urtheil noch nicht erlauben. Jedenfalls dürfte es angezeigt sein, statt des

stärkeren Alkohols (z. B. des »Brennspiritus« Fürbringer's) schwächere Konzentrationen, speciell den 50%igen Alkohol zu benutzen. Es sei ja auch in der Praxis bereits die — thatsächlich theoretisch als vortheilhafter erkannte — Verdünnung auch des 80- und 70%igen Alkohols durch das an den Händen noch haftende Wasser gewiss vielfach zu Stande gekommen.

Hübener (Breslau).

2) **G. Noack.** Erfahrungen über die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 6.)

3) **Gerhardi.** Zur Infiltrationsanästhesie nach Schleich.

(Ibid. No. 6.)

N. und G. bestätigen, der Erstere in ausführlicherer Mittheilung, den Werth der Infiltrationsanästhesie für einen großen Theil von Operationen und heben ihre Gefahrlosigkeit hervor, wenn auch N. in 2 Fällen, bei einer Cholecystotomie und einer Radikaloperation einer großen Nabelhernie, leichte, rasch vorübergehende Cocainintoxikation beobachtet hatte. In Bezug auf kleine Verbesserungen der von Schleich angegebenen Methode stimmt N. mit den kürzlich von Mehler gemachten Vorschlägen überein. Besonders rath er noch, zu vermeiden, dass die Haut des Operationsfeldes durch längere Einwirkung feuchter Wärme (feuchtwarme Umschläge etc.) vor der künstlichen Infiltration in einen Zustand von Quellung komme, welcher der Anästhesirung großen Widerstand entgegensetzen kann; auch vor der Anwendung zu starken Druckes bei der Injektion warnt er und hat des öftern nach beendeter Operation, wo möglich, eine leichte Massage der centralwärts von der Wunde gelegenen Haut- und Unterhautzellgewebspartien Behufs rascherer Entleerung der infiltrirten Gewebe bewährt gefunden. Aus dem weiteren Specialbericht N.'s ergibt sich die Leistungsfähigkeit des Anästhesirungsverfahrens auch bei größeren operativen Eingriffen, unter denen ihm indess besonders die Tracheotomie und die Mastoidoperation für dieselbe nicht geeignet erschienen.

Kramer (Glogau).

4) **G. Vinci.** Über ein neues lokales Anästheticum, das Eukaïn.

(Virchow's Archiv Bd. CXLV. p. 78.)

Nach einer längeren Auseinandersetzung über chemische Konstitution dieses dem Cocain nahestehenden Körpers geht Verf. zu seinen experimentellen und klinischen Beobachtungen über die lokal anästhesirende Wirkung desselben über. Es wurde das salzsaure Eukaïn in 2—5%iger Lösung verwandt. Seine Wirkung ist der des Cocains sehr ähnlich. Vor dem letzteren soll es den Vorzug geringerer Giftigkeit, leichter Sterilisirbarkeit der Lösungen, die durch Siedehitze nicht zersetzt werden, und größerer Billigkeit haben. Es

bewirkt nicht, wie das Cocain, eine Ischämie, sondern eher eine leichte Hyperämie — starke Augenentzündung ist demnach eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Eukaïns — und weder Mydriasis noch Accommodationsparese, ein nicht zu unterschätzender Vortheil für die Augenheilkunde, in der das neue Mittel bis dahin allein erprobt war. Verf. hält es für wünschenswerth, das Eukaïn nunmehr auch auf anderen Gebieten zu versuchen.

Pels Leusden (Göttingen).

5) **Siebert.** Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Behring'schen Diphtherieheilserums auf die gesunde und kranke Niere.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVI. p. 330.)

Die klinischen Untersuchungen wurden an dem großen Material der Straßburger Kinderklinik, die experimentellen an Hunden und hauptsächlich Kaninchen gemacht. Trotzdem im Anschluss an die subkutane Injektion des Behring'schen Diphtherieheilserums häufig eine leichte, vorübergehende Albuminurie und Albumosurie sowohl bei kranken, als auch bei den zu Immunisirungszwecken injicirten Kindern eintrat, sprechen die Resultate günstig für die Serumtherapie, da eine dauernde Nierenschädigung nicht beobachtet wurde. Wenn auch in einigen Fällen im unmittelbaren Anschluss an die Serum-injektion akute parenchymatöse und hämorrhagische Nephritis konstatiert werden konnte, so war doch deren Abhängigkeit von unverändertem Behring'schen Heilserum nicht nachzuweisen. Schon bestehende Albuminurie Diphtheriekranker wurde durch die Sero-therapie nicht ungünstig beeinflusst. Die Experimente bestätigten die am Krankenbett gewonnenen Erfahrungen. Der Schlusssatz des Verf. lautet: »Sollte sich das Behring'sche Diphtherieheilserum als Specificum gegen Diphtherie erweisen, so könnte die meist unbedeutende Nebenwirkung auf die Nierenfunktion nicht als genügender Grund gegen seine Anwendung gelten.« Pels Leusden (Göttingen).

6) **R. Bunge und A. Trantenroth.** Smegma- und Tuberkelbacillen.

(Fortschritte der Medicin Bd. XIV. No. 23 und 24.)

Nach Mittheilung einer sehr interessanten Krankengeschichte, laut welcher auf Grund von »Tuberkelbacillen«-Nachweis im Harn und der lokalen Symptome die eine Niere wegen Verdachtes auf Tuberkulose frei gelegt, sodann exstirpirt und nach makroskopischer Besichtigung für tuberkulös erklärt wurde, während die mikroskopische Untersuchung eine vereiterte Steinniere ergab, berichten die Verff. über ihre eingehenden Versuche, durch die Färbemethode die Smegma-bacillen, welche derartige Täuschungen veranlassen, von den Tuberkelbacillen zu unterscheiden. Sie kommen zu dem Schluss, dass überall, wo Bestandtheile der an der Körperoberfläche sich ansam-

41) **C. Bouchard.** La pleurésie de l'homme étudiée à l'aide des rayons de Röntgen.

(Compt. rend. de l'Acad. de la science 1896. No. 23 u. 26.)

B. hat Röntgen-Strahlen zur Diagnose pleuritischer Exsudate benutzt. Er fand, dass an der Stelle des Ergusses die radioskopische Klarheit des Thorax sich vermindert resp. mehr oder weniger verschwindet. Ein starker Schatten zeigt sich auf der kranken Seite, der mit der Klarheit der gesunden Seite kontrastirt. Einige Male zeigte die Skiaskopie Resultate, die mit anderen Methoden nicht gefunden worden waren.

A. Henry (Breslau).

42) **Djémil-Pascha** (Konstantinopel). Pyopneumothorax ancien, suite d'une plaie pénétrante de la poitrine, opérée par le procédé de Delorme.

(Arch. prov. de chir. 1897. No. 1.)

Derwisch, 26 Jahre alt, hatte im Anschluss an einen vor 6 Monaten erfolgten linksseitigen Brustschuss (Einschuss im 4. Interkostalraum, 2fingerbreit nach außen von der Warze, Ausschuss dicht am unteren Winkel des linken Schulterblattes) einen Pyopneumothorax mit 2 Fisteln — den Schussöffnungen — erworben. Absolute Dämpfung vom 3. Zwischenrippenraum an abwärts. Operation mit 1-Schnitt, horizontal die beiden Öffnungen verbindend, vertikal 10 cm lang; Resektion der 5., 6., 7. Rippe in 10 cm Länge, weil dieselben osteoporotische Veränderungen zeigten; Auskratzung der großen bis zum 3. Interkostalraum reichenden Höhle; Lösung der Adhäsionen, was sich als ziemlich schwer erweist; dabei Entstehen einer Lungenfistel; nachdem die Ablösung weithin gelungen, wölbt sich, wie in dem Delorme'schen Falle, die durch Hustenstöße sich blähende Lunge, die beim Beginn der Operation ganz gegen ihren Hilus retrahirt gefunden war, schnell vor und füllt völlig die Thoraxhöhle. Schnelle völlige Heilung; seit der Operation 11 Monate verflossen.

Bachmann (Breslau).

43) **Ginestous et Nourrit.** Un cas de pseudarthrose costale.

(Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux 1896. No. 51.)

Die Verf. veröffentlichen einen der seltenen Fälle von Nichtkonsolidation der Rippenbrüche. Ihre neuen Nachforschungen zeigen, dass die von Malgaigne konstatierte Thatsache noch heute exakt besteht.

Ihr Fall betrifft eine Pseudarthrose der 11. rechten Rippe, 13 Jahre nach dem Ereignis. Der Kranke ist immer genöthigt, eine festsitzende Umgürtung an der Thoraxbasis zu tragen; ohne diese leidet er beim Husten und Athmen. In der Nacht lässt er sie weg, legt sich dafür aber auf die rechte Seite.

A. Henry (Breslau).

44) **Woltersdorf.** Heilung lokaler Hauttuberkulose durch Stauungs-hyperämie (Bier'sche Stauung).

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 41.)

Ein gelegentlich einer Sektion vom Verf. selbst acquirirter Leichentuberkel heilte in Folge Anlegens eines Verlobungsringes, der leichte Stauung und Cyanose bedingte, innerhalb 3—4 Monaten so vollständig, dass schließlich an der früher tuberkulösen Stelle absolut nichts Pathologisches zurückblieb. Vorher hatte der Tuberkel 2 Jahre lang allen medikamentösen Einflüssen getrotzt.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonnabend, den 5. Juni. 1897.

Inhalt: K. G. Lennander, Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie. (Original-Mittheilung.)

1) **Epstein**, Alkoholdesinfektion. — 2) **Noack**, 3) **Gerhardi**, Schleich'sche Infiltration. — 4) **Vinci**, Eukain. — 5) **Siebert**, Diphtherieheilserum und die Nieren. — 6) **Bunge** und **Trantenroth**, Smegma- und Tuberkelbacillen. — 7) **Bosse**, Harnröhrenkrebs. — 8) **Köhler**, 9) **Salomoni**, 10) **Negretti**, 11) **Bottini**, Prostatahypertrophie. — 12) **Pisani**, Einpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm. — 13) **Wagner**, Grenzen der Nierenexstirpation.

Briese, Ein seltener Fall von Fraktur der Tibia. (Original-Mittheilung.)

14) **Tilman**, Klinischer Bericht. — 15) **Rudnew**, Aktinomykose. — 16) **Milleken**, Sehnen- und Muskelüberpflanzung.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Upsala.)

Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie.

Von

Prof. Dr. K. G. Lennander.

Mein früherer 1. Assistent, Dr. B. Floderus, hat sich längere Zeit mit Ausarbeitung einer Monographie über die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie beschäftigt. Er ist desshalb mehr als irgend ein Anderer vertraut mit den Resultaten, die in der chirurgischen Klinik zu Upsala gewonnen worden sind. Auf mein Verlangen hat er in Tabellenform einen kurzen, aber möglichst exakten Auszug aus den Krankenjournalen über alle diejenigen Pat. gemacht, bei denen die doppelseitige Exstirpation der Hoden oder die Resektion der Vasa deferentia ausgeführt worden sind. Es sind zusammen 7 Kastrationen und 11 Vasektomien. Daneben habe ich auch einen Fall aufgenommen, der nur mit Bottini's Operation behandelt wurde.

Der Eindruck, den ich von den doppelseitigen Hodenexstirpationen gewonnen habe, ist überwiegend schlecht. Ich vermag kaum einzusehen, dass zur Zeit irgend eine Indikation für diese Operation

41) **C. Bouchard.** La pleurésie de l'homme étudiée à l'aide des rayons de Röntgen.

(Compt. rend. de l'Acad. de la science 1896. No. 23 u. 26.)

B. hat Röntgen-Strahlen zur Diagnose pleuritischer Exsudate benutzt. Er fand, dass an der Stelle des Ergusses die radioskopische Klarheit des Thorax sich vermindert resp. mehr oder weniger verschwindet. Ein starker Schatten zeigt sich auf der kranken Seite, der mit der Klarheit der gesunden Seite kontrastirt. Einige Male zeigte die Skiaskopie Resultate, die mit anderen Methoden nicht gefunden worden waren.

A. Henry (Breslau).

42) **Djémil-Pascha** (Konstantinopel). Pyopneumothorax ancien, suite d'une plaie pénétrante de la poitrine, opérée par le procédé de Delorme.

(Arch. prov. de chir. 1897. No. 1.)

Derwisch, 26 Jahre alt, hatte im Anschluss an einen vor 6 Monaten erfolgten linksseitigen Brustschuss (Einschuss im 4. Interkostalraum, 2fingerbreit nach außen von der Warze, Ausschuss dicht am unteren Winkel des linken Schulterblattes) einen Pyopneumothorax mit 2 Fisteln — den Schussöffnungen — erworben. Absolute Dämpfung vom 3. Zwischenrippenraum an abwärts. Operation mit 1-Schnitt, horizontal die beiden Öffnungen verbindend, vertikal 10 cm lang; Resektion der 5., 6., 7. Rippe in 10 cm Länge, weil dieselben osteoporotische Veränderungen zeigten; Auskratzung der großen bis zum 3. Interkostalraum reichenden Höhle; Lösung der Adhäsionen, was sich als ziemlich schwer erweist; dabei Entstehen einer Lungenfistel; nachdem die Ablösung weithin gelungen, wölbt sich, wie in dem Delorme'schen Falle, die durch Hustenstöße sich blähende Lunge, die beim Beginn der Operation ganz gegen ihren Hilus retrahirt gefunden war, schnell vor und füllt völlig die Thoraxhöhle. Schnelle völlige Heilung; seit der Operation 11 Monate verflossen.

Bachmann (Breslau).

43) **Ginestous et Nourrit.** Un cas de pseudarthrose costale.

(Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux 1896. No. 51.)

Die Verf. veröffentlichen einen der seltenen Fälle von Nichtkonsolidation der Rippenbrüche. Ihre neuen Nachforschungen zeigen, dass die von Malgaigne konstatierte Thatsache noch heute exakt besteht.

Ihr Fall betrifft eine Pseudarthrose der 11. rechten Rippe, 13 Jahre nach dem Ereignis. Der Kranke ist immer genöthigt, eine festsitzende Umgürtung an der Thoraxbasis zu tragen; ohne diese leidet er beim Husten und Athmen. In der Nicht lässt er sie weg, legt sich dafür aber auf die rechte Seite.

A. Henry (Breslau).

44) **Woltersdorf.** Heilung lokaler Hauttuberkulose durch Stauungs-hyperämie (Bier'sche Stauung).

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 41.)

Ein gelegentlich einer Sektion vom Verf. selbst acquirirter Leichentuberkel heilte in Folge Anlegens eines Verlobungsringes, der leichte Stauung und Cyanose bedingte, innerhalb 3—4 Monaten so vollständig, dass schließlich an der früher tuberkulösen Stelle absolut nichts Pathologisches zurückblieb. Vorher hatte der Tuberkel 2 Jahre lang allen medikamentösen Einflüssen getrotzt.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonntabend, den 5. Juni. 1897.

Inhalt: K. G. Lennander, Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie. (Original-Mittheilung.)

1) **Epstein**, Alkoholesinfektion. — 2) **Noack**, 3) **Gerhardi**, Schleich'sche Infiltration. — 4) **Vinci**, Eukain. — 5) **Siegert**, Diphtherieheilserum und die Nieren. — 6) **Bunge** und **Trantenroth**, Smegma- und Tuberkelbacillen. — 7) **Bosse**, Harnröhrenkrebs. — 8) **Köhler**, 9) **Salomoni**, 10) **Negretti**, 11) **Bottini**, Prostatahypertrophie. — 12) **Pisani**, Einpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm. — 13) **Wagner**, Grenzen der Nierenexstirpation.

Briese, Ein seltener Fall von Fraktur der Tibia. (Original-Mittheilung.)

14) **Tilmann**, Klinischer Bericht. — 15) **Rudnew**, Aktinomykose. — 16) **Milleken**, Sehnen- und Muskelüberpflanzung.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Upsala.)

Zur Frage der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie.

Von

Prof. Dr. K. G. Lennander.

Mein früherer 1. Assistent, Dr. B. Floderus, hat sich längere Zeit mit Ausarbeitung einer Monographie über die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie beschäftigt. Er ist deshalb mehr als irgend ein Anderer vertraut mit den Resultaten, die in der chirurgischen Klinik zu Upsala gewonnen worden sind. Auf mein Verlangen hat er in Tabellenform einen kurzen, aber möglichst exakten Auszug aus den Krankenjournalen über alle diejenigen Pat. gemacht, bei denen die doppelseitige Exstirpation der Hoden oder die Resektion der Vasa deferentia ausgeführt worden sind. Es sind zusammen 7 Kastrationen und 11 Vasektomien. Daneben habe ich auch einen Fall aufgenommen, der nur mit Bottini's Operation behandelt wurde.

Der Eindruck, den ich von den doppelseitigen Hodenexstirpationen gewonnen habe, ist überwiegend schlecht. Ich vermag kaum einzusehen, dass zur Zeit irgend eine Indikation für diese Operation

aufgestellt werden kann in Fällen, in denen die Hoden und die Nebenhoden nicht der Sitz bedeutenderer krankhafter Veränderungen oder von Neuralgien sind, und in denen keine erschwerenden Symptome von Seite der Genitalsphäre vorliegen. Bevor aber eine erweiterte Erfahrung gezeigt hat, dass die Vasektomie auch in diesen Fällen gute Resultate bringt, darf immerhin die Hodenexstirpation nicht ganz aufgegeben werden.

Unsere 11 Fälle doppelseitiger Vasektomie sind eher ermunternd als diejenigen von Kastration. 10 Fälle müssen indessen mit großer Vorsicht beurtheilt werden, weil außer der Vasektomie auch noch andere Behandlungsmethoden, besonders eine sorgfältig durchgeführte Katheterbehandlung, stets angewendet worden sind. In Fall 11, bei einem gebrechlichen, 70jährigen Manne, der 3 Jahre lang an Harnbeschwerden litt und nun partielle Harnretention mit Blasendilatation und Cylindrurie, aber ohne Harninfektion hatte, wurde die Vasektomie auf beiden Seiten unter Beihilfe von Äthylchlorid gemacht. Weder vorher, noch nachher wurde der Katheter eingeführt. Noch nach 8 Monaten wurde eine fortdauernde subjektive und objektive Besserung konstatiert.

Gerade in solchen Fällen — Blasendilatation ohne Harninfektion und mit nur partieller Harnretention — glaube ich, dass die doppelseitige Vasektomie große Bedeutung erlangen kann, wenn man es sich zur Regel macht, nie ohne absolut dringende Indikation einen Katheter einzuführen. Aber auch in den übrigen 10 Fällen scheint es mir, als ob die Besserung früher eingetreten und vor Allem anhaltender gewesen sei, als man vorher zu sehen gewohnt war. In mehreren dieser Fälle würden wir nach meinem Dafürhalten die Epicystotomie ausgeführt haben, wenn diese Pat. vor der Periode der Vasektomien zur Behandlung gekommen wären. Da ich nicht habe bemerken können, dass die Vasektomie den Pat. in irgend einer Hinsicht geschadet hat, so halte ich dafür, dass diese Operation auch in allen denjenigen Fällen vorgeschlagen werden darf, in denen die Katheterbehandlung nicht rasch wenigstens zu relativer Freiheit von Symptomen führt. Wenn die Cystitis trotz regelmäßiger Katheterbehandlung gegen die Nieren hin fortschreitet, dann darf die Epicystotomie nicht aufgeschoben werden. Mit dieser kann man die doppelseitige Vasektomie verbinden in der Hoffnung, dass dieser Eingriff wenigstens in einigen Fällen einen solchen Einfluss auf die Prostata ausüben werde, dass nach Beseitigung oder wesentlicher Besserung der Harninfektion spontane Harnentleerung und Heilung der Fistel etwas öfter eintreten wird, als es der Fall sein dürfte, wenn man bloß die Epicystotomie macht. Bei chronischen Harnbeschwerden mit Blasendilatation und kompletter Harnretention, aber ohne Cystitis, hat man sich jedenfalls die Frage vorzulegen, ob es nicht die beste Behandlung sei, die Blase des Pat. durch ein- oder mehrmalige Punktion und Aspiration durch eine

feine Nadel zu entleeren und gleichzeitig die doppelseitige Vasektomie zu machen. Vielleicht wird es in vielen Fällen möglich sein, Katheterbehandlung und Cystitis auf diese Weise zu umgehen.

Die Hoden der Operirten erscheinen auch lange Zeit nach der Operation normal bei der Palpation. Ein 57jähriger Mann (Fall 14) sagt aus, dass er noch jetzt, 6 Monate nach der Operation, fast jede Nacht natürliche, schmerzlose Erektionen habe, und dass er bis vor 2 Monaten oft von Pollutionen belästigt war.

Schon bei meiner ersten Resektion der Vasa deferentia bemühte ich mich, so viel als möglich von dem Bindegewebe, das das Vas deferens umgiebt, mitzunehmen. In diesem verlaufen nämlich zahlreiche Nerven, und es ist mir schon von der Zeit an, als die Kastration als Behandlungsmethode bei Prostatahypertrophie zuerst vorgeschlagen wurde, als möglich erschienen, dass das Wesentliche auch bei der Kastration eine Durchtrennung der Nerven ist. Herr Prof. Hammar hat gütigst mikroskopische Untersuchungen der resecirten Theile vorgenommen und mir gezeigt, dass sich in dem die Vasa deferentia umgebenden Bindegewebe eine ziemliche Menge größerer und kleinerer Nerven finden. Es ist deshalb Regel bei uns, so viel als möglich von dem die Vasa deferentia umgebenden Bindegewebe mit zu entfernen. Die von mir am 15. November 1894 ausgeführte Vasektomie ist, so viel ich weiß, die erste Operation dieser Art, die bei Prostatahypertrophie ausgeführt worden ist.

Von 4 Operationen, die ich mit Bottini's galvanokaustischem Prostataincisor ausgeführt habe, waren 2 bisher vollständig ohne Resultat (Fall 4 und 6). Sie wurden bei kastrierten Pat. mit Blasen fisteln oberhalb der Symphyse ausgeführt, in der Absicht, dem Harn Abfluss durch die Harnröhre zu verschaffen. Bei einem dritten Pat. (Fall 16) erfolgte unmittelbar nach der Operation Besserung, aber nach 2 Wochen stellte sich von Neuem Harnretention mit Verschlimmerung der Cystitis ein. Ein vierter Pat. (Fall 19) scheint bestimmt Nutzen von der Operation gehabt zu haben, indem er jetzt seine Blase vollständig entleeren kann, die vorher bis zum Nabel reichte. Jetzt, 5 Monate nach der Operation, ist der Harn vollkommen klar. Einige Zeit nach der Operation trat aber Harninfektion ein, die zu einer längere Zeit fortgesetzten Katheterbehandlung zwang, so dass der Fall nicht ganz rein ist. Die Wirkung der Bottini'schen Operation dürfte in gewissen Fällen darauf beruhen, dass der mittlere Lappen getheilt wird; in allen Fällen wird eine tiefe Rinne in die Prostata gebrannt, die im Allgemeinen so zu liegen kommt, dass das Caput gallinaginis mit den Ductus ejaculatorii zerstört wird. Unmittelbar hinter dieser Stelle finden sich bekanntlich einige Nervenzellen nebst zahlreichen Nerven, die zu den Samenbläschen und den Vasa deferentia gehen und den letzteren bis zum Corpus epididymitis folgen. Es ist deshalb möglich, dass Bottini's Operation durch Zerstörung von Nerven um die Ductus ejaculatorii herum wirken kann, wie die doppelseitige Vasektomie.

Prostatahypertrophie, behandelt

No.	Alter bei d. Operation.	Alter bei Auftretend. Dysurie	Anamnese	Datum der Operation	Operation
1	77	74	Akute Harnretention, Inkontinenz, Blasendilatation; Schwierigkeiten beim Katheterisiren; Cysto-Pyelo-Nephritis. — Verweilkatheter 2 Tage lang. Regelmäßige Ausspülungen der Blase 7 Tage lang.	1893 28. Nov.	Exstirpation beider Hoden. Chloroform-Äthernarkose
2	75		Dysurie seit mehreren Jahren. Totale Harnretention seit 3 Jahren, chronische Cystitis.	1894 4. Jan.	Exst. d. recht. Hod.
	77		Beiderseitige Epididymitis indicirte die Exstirpation der Hoden, die auf beiden Seiten mit einer Zwischenzeit von 3 Monaten ausgeführt wurde.	1896 10. April 17. Sept.	„ „ linken „ Lithotomia suprapubica.
3	77	72	Akute Harnretention nach Erkältung vor 5 Jahren, beseitigt durch Katheterbehandlung; jetzt von Neuem totale Retention mit Blasendilatation. Harn nicht inficirt. Regelmäßige Blasenausspülungen 5 Tage lang. Schon nach wenigen Tagen trat Hämaturie auf. Zeichen von akuter Cystitis, so wie bedeutende Schwierigkeiten beim Einführen des Katheters.	1896 6. Febr. 7. Febr.	Bottini's Operation Exstirpation beider Hoden. Epicystotomie.
4	83	63	Akute Harnretention nach reichlicher Mittagsmahlzeit vor 14 Jahren, gehoben durch Katheterbehandlung; totale Retention seit 3 Monaten. Cysto-Pyelo-nephritis.	1896 15. Febr.	Exstirpation beider Hoden.
5	66	63	Partielle Harnretention; Blasendilatation; keine Harninfektion; Katheter nie angewendet.	1896 5. März 2. April	Exstirpation beider Hoden. Epicystotomie.
6	70	60	Pat. hat den Katheter seit 4 Jahren angewendet. Lithotomia suprapubica vor 3 Jahren. Totale Harnretention seit 3 Monaten. Cysto-Pyelo-Nephritis.	1896 17. März 19. Juni	Exstirpation beider Hoden. Lithothomia et Prostatectomia suprapubica.
7	72		Mehrjährige Dysurie. Cystitis. Epididymitis sin. Psychische Störung seit mehreren Jahren.	1896 21. April	Exstirpation beider Hoden.

mittels Exstirpation beider Hoden.

Verlauf	Zeit der Beobachtung nach der Operation	Wirkung der Operation auf die Prostata
Verweilkatheter 3 Tage lang. Darauf beginnende spontane Harnentleerung. Symptome von Bronchitis schon am Tage nach der Operation. Harninkontinenz. Tod 16 Tage nach der Operation an Bronchopneumonie. Die Sektion ergab auch Schrumpfniere und allgemeine Arteriosklerose.	1. Tag. 3. " 4. " 7. " 15. "	Prostata unverändert. " etwas kleiner. " verkleinert in longitudin. Richtung. Prostata, weitere Verkleinerung. Bedeutende Verkleinerung der Prostata, besond. d. recht. Lappens.
Dysurie unverändert nach der Operation. 2½ Jahre später wurde die Lithotomia suprapubica ausgeführt, wobei eine permanente Fistel angelegt wurde; danach wurden die Schmerzen vollständig gelindert. 8 Wochen später wurde Bottini's Operation ohne Erfolg ausgeführt.	3 Monate nach der 1. Operat. 2½ Jahre danach.	Prostata nicht verkleinert. Keine wahrnehmbare Verkleinerung.
Zeichen von vermehrter Harninfektion gleich nach der Operation, weshalb am Tage danach die Epicystotomie ausgeführt wurde. Vorübergehende Besserung. Tod an akuter suppurativer Pyelonephritis 8 Tage nach der 1. Operation.	6 Tage.	Prostata nicht verklein. Sektion: Das Epithel d. Prostata zeigte Fettentartung, doch nicht in so großer Ausdehnung, dass sie nicht als durch das Fieber hervorgerufen betrachtet werden könnte, so wie eine vorhandene akute Prostatitis.
Verweilkatheter. Leichtere Katheterbehandlung; übrigens keine Besserung nach der Operation. Decubitus. Bronchopneumonie. Tod 3 Wochen nach der Operation.	13 Tage.	Prostata bedeutend verkleinert.
Die Harnentleerung war nach der Operation unbehindert, die Blasendilatation geringer. Eine einzige Katheterisation, 13 Tage nach der Operation ausgeführt, rief eine akute Cysto-Pyelo-Nephritis hervor. Epicystotomie. Permanente Fistel. Besserung; Dysurie gelindert.	8 Tage. 2½ Mon. 7 Mon.	Prostata etwas verkleinert. Samenbläschen bedeutend verkleinert. Prostata weicher, aber nicht weit. verkleinert. Prostat. groß, aber abgeplattet, fest elastisch.
Verweilkatheter 6 Tage lang nach der Operation. Danach regelmäßige Blasenausspülungen und Instillationen. Periodenweise Verweilkatheter. 3 Mon. nach der Operation wurde die Lithotomia suprapubica und die Exstirpation des mittlen Prostatalappens ausgeführt. Fortdauernde lokale Blasenbehandlung. Beginnende spontane Miktion nach 3 Monaten; Einführung des Katheters jedoch bisher, d. h. 1 Jahr nach der 1. Operation, unentbehrlich. Bottini's Operation, die vor einigen Monaten ausgeführt wurde, war ohne Erfolg.	2 Mon. 5½ Mon. 8 Mon.	Prostata weicher, etwas kleiner. Prostata weiter verkleinert. Linker Lappen bedeutend geschrumpft.
Vorübergehende Fiebersteigerung mit Delirien, durch Infektion der Wunde auf der rechten Seite hervorgerufen. 8 Tage nach der Operation trat eine langwierige Psychose geringeren Grades auf, von gleicher Art, wie Pat. vorher schon zeitweise gehabt hatte. — Besserung.	20 Tage. 7 Mon.	Prostata unverändert. " groß, aber abgeplattet, hart und unelastisch.

Prostatahypertrophie, behandelt

No.	Alter bei d. Operation,	Alter bei Auftretend. Dysurie	Anamnese	Datum der Operation	Operation
1	77	74	Akute Harnretention, Inkontinenz, Blasendilatation; Schwierigkeiten beim Katheterisiren; Cysto-Pyelo-Nephritis. — Verweilkatheter 2 Tage lang. Regelmäßige Ausspülungen der Blase 7 Tage lang.	1893 28. Nov.	Exstirpation beider Hoden. Chloroform-Äthernarkose
2	75		Dysurie seit mehreren Jahren. Totale Harnretention seit 3 Jahren, chronische Cystitis.	1894 4. Jan.	Exst. d. rech. Hod.
	77		Beiderseitige Epididymitis indicirte die Exstirpation der Hoden, die auf beiden Seiten mit einer Zwischenzeit von 3 Monaten ausgeführt wurde.	1896 10. April 17. Sept.	„ „ linken „ Lithotomia suprapubica.
3	77	72	Akute Harnretention nach Erkältung vor 5 Jahren, beseitigt durch Katheterbehandlung; jetzt von Neuem totale Retention mit Blasendilatation. Harn nicht inficirt. Regelmäßige Blasenausspülungen 5 Tage lang. Schon nach wenigen Tagen trat Hämaturie auf. Zeichen von akuter Cystitis, so wie bedeutende Schwierigkeiten beim Einführen des Katheters.	1896 6. Febr. 7. Febr.	Bottini's Operation Exstirpation beider Hoden. Epicystotomie.
4	83	63	Akute Harnretention nach reichlicher Mittagsmahlzeit vor 14 Jahren, gehoben durch Katheterbehandlung; totale Retention seit 3 Monaten. Cysto-Pyelonephritis.	1896 15. Febr.	Exstirpation beider Hoden.
5	66	63	Partielle Harnretention; Blasendilatation; keine Harninfektion; Katheter nie angewendet.	1896 5. März 2. April	Exstirpation beider Hoden. Epicystotomie.
6	70	60	Pat. hat den Katheter seit 4 Jahren angewendet. Lithotomia suprapubica vor 3 Jahren. Totale Harnretention seit 3 Monaten. Cysto-Pyelo-Nephritis.	1896 17. März 19. Juni	Exstirpation beider Hoden. Lithothomia et Prostatectomia suprapubica.
7	72		Mehrfährige Dysurie. Cystitis. Epididymitis sin. Psychische Störung seit mehreren Jahren.	1896 21. April	Exstirpation beider Hoden.

mittels Exstirpation beider Hoden.

Verlauf	Zeit der Beobachtung nach der Operation	Wirkung der Operation auf die Prostata
Verweilkatheter 3 Tage lang. Darauf beginnende spontane Harnentleerung. Symptome von Bronchitis schon am Tage nach der Operation. Harninkontinenz. Tod 16 Tage nach der Operation an Bronchopneumonie. Die Sektion ergab auch Schrumpfnieren und allgemeine Arteriosklerose.	1. Tag. 3. " 4. " 7. " 15. "	Prostata unverändert. " etwas kleiner. " verkleinert in longitudinalin. Richtung. Prostata, weitere Verkleinerung. Bedeutende Verkleinerung der Prostata, besond. d. recht. Lappens.
Dysurie unverändert nach der Operation. 2½ Jahre später wurde die Lithotomia suprapubica ausgeführt, wobei eine permanente Fistel angelegt wurde; danach wurden die Schmerzen vollständig gelindert. 8 Wochen später wurde Bottini's Operation ohne Erfolg ausgeführt.	3 Monate nach der 1. Operat. 2½ Jahre danach.	Prostata nicht verkleinert. Keine wahrnehmbare Verkleinerung.
Zeichen von vermehrter Harninfektion gleich nach der Operation, wesshalb am Tage danach die Epicystotomie ausgeführt wurde. Vorübergehende Besserung. Tod an akuter suppurativer Pyelonephritis 8 Tage nach der 1. Operation.	6 Tage.	Prostata nicht verklein. Sektion: Das Epithel d. Prostata zeigte Fettentartung, doch nicht in so großer Ausdehnung, dass sie nicht als durch das Fieber hervorgerufen betrachtet werden könnte, so wie eine vorhandene akute Prostatitis.
Verweilkatheter. Leichtere Katheterbehandlung; übrigens keine Besserung nach der Operation. Decubitus. Bronchopneumonie. Tod 3 Wochen nach der Operation.	13 Tage.	Prostata bedeutend verkleinert.
Die Harnentleerung war nach der Operation unbehindert, die Blasendilatation geringer. Eine einzige Katheterisation, 13 Tage nach der Operation ausgeführt, rief eine akute Cysto-Pyelo-Nephritis hervor. Epicystotomie. Permanente Fistel. Besserung; Dysurie gelindert.	8 Tage. 2½ Mon. 7 Mon.	Prostata etwas verkleinert. Samenbläschen bedeutend verkleinert. Prostata weicher, aber nicht weit. verkleinert. Prostat. groß, aber abgeplattet, fest elastisch.
Verweilkatheter 6 Tage lang nach der Operation. Danach regelmäßige Blasenausspülungen und Instillationen. Periodenweise Verweilkatheter. 3 Mon. nach der Operation wurde die Lithotomia suprapubica und die Exstirpation des mittlen Prostatalappens ausgeführt. Fortdauernde lokale Blasenbehandlung. Beginnende spontane Miktion nach 3 Monaten; Einführung des Katheters jedoch bisher, d. h. 1 Jahr nach der 1. Operation, unentbehrlich. Bottini's Operation, die vor einigen Monaten ausgeführt wurde, war ohne Erfolg.	2 Mon. 5½ Mon. 8 Mon.	Prostata weicher, etwas kleiner. Prostata weiter verkleinert. Linker Lappen bedeutend geschrumpft.
Vorübergehende Fiebersteigerung mit Delirien, durch Infektion der Wunde auf der rechten Seite hervorgerufen. 8 Tage nach der Operation trat eine langwierige Psychose geringeren Grades auf, von gleicher Art, wie Pat. vorher schon zeitweise gehabt hatte. — Besserung.	20 Tage. 7 Mon.	Prostata unverändert. " groß, aber abgeplattet, hart und unelastisch.

Prostatahypertrophie, behandelt

No.	Alter bei d. Operation	Alter bei Auftreten d. Dysurie	Anamnese	Datum der Operation	Operation
8	65	63	Dysurie mit Harninkontinenz, verschlimmert durch eine Erkältung während einer Reise im September 1894. Blasendilatation. Geringe Harninfektion. Arteriosklerose. Gelinde Psychose. Regelmäßige Blasenausspülungen, mit folgenden Schüttelfrösten und Fieber, so wie nach einigen Wochen Zeichen von Cysto-Pyelo-Nephritis, die die Epicystotomie indicirte.	1894 30. Okt. 5. Nov.	Epicystotomie. Resectio vasorum deferentium.
9	79		Mehrfährige Dysurie; partielle Harnretention. Regelmäßige Blasenausspülungen ungefähr 6 Wochen vor der Operation; Besserung; Zeichen geringer Cysto-Pyelo-Nephritis.	1895 23. Sept. 22. Okt.	Resectio vasorum deferent. (Cocainanästhesie.) Prostatectomia suprapubica.
10	66	47	Akute Harnretention; Blasendilatation; keine Harninfektion. Verstopfung. — Katheterbehandlung ungefähr 4 Wochen vor der Operation. — Zeichen gelinder Cysto-Pyelo-Nephritis? Wiederkehrendes Vermögen der spontanen Miktion.	1895 11. Nov.	Resectio vasorum deferentium.
11	70	67	Partielle Harnretention; Blasendilatation; Harninkontinenz; keine Harninfektion; Cylindrurie. Arteriosklerose. Katheter nie angewendet.	1896 26. März	Resectio vasorum deferent. (Äthylchloridanästhes.)
12	69	67	Akute Harnretention machte regelm. Katheterisation nöthig 2 Wochen v. d. Oper. Blasendilatation. Keine Harninfektion.	1896 22. Sept.	Resectio vasorum deferentium.
13	82	82	Akute Harnretention 2 Wochen vor der Operation. Blasendilatation. Geringe Harninfektion; Hämaturie; Verweilkatheter. — Besserung.	1896 8. Okt.	Resectio vasorum deferentium.
14	57	47	Anwendung des Katheters 9 Jahre. Cystotomia suprapubica vor 5 Jahren ausgeführt, brachte bloß vorübergehende Linderung. — Totale Harnretention seit 4 Jahren. Cysto-Pyelo-Nephritis. Myokarditis. Morphinismus et Nicotinismus chronicus. Contractura ani.	1896 19. Okt.	Prostatectomia suprapubica. Resectio vasorum deferentium. Dilatation forcée.
15	72		Seit einigen Jahren Dysurie. Akute Harnretention nach Erkältung 1 Mon. vor der Operation. — Katheterbehandlung. — Cysto-Pyelo-Nephritis; Hämaturie. Arteriosklerose. Epididymitis chronica bilateralis. Verweilkatheter. Dysurie gebessert.	1896 12. Nov.	Resectio vasorum deferentium.

mittels Resektion der Vasa deferentia.

Verlauf	Zeit der Beobachtung nach der Operation	Wirkung der Operation auf die Prostata
Nach der Vasektomie trat zwar eine vermehrte Fähigkeit ein, den Harn durch die Harnröhre zu entleeren, aber nicht, wie man gehofft hatte, in dem Grade, dass es gelang, die Blasenfistel zu schließen, die trotz wiederholten Versuchen, sie zu schließen, noch offen war, als Pat. 1 Jahr nach der Operation an Lungenödem plötzlich starb. Die Sektion ergab u. A. chronische interstitielle Nephritis.	1 Mon. 3 1/2 » 10 » 1 Jahr	Keine wahrnehmbar Verkleinerung d. Prostata oder der Hoden. Sektion: Die Prostata zeigt d. Typus ein. proliferirenden Adenoms, keinerlei Veränderungen, die auf die Vasektomie zurückgeführt werden können. Keine Veränder. d. Epithels.
Fortgesetzte Katheterbehandlung nach der Operation. Nachdem sich der Zustand gebessert hatte, trat, 1 Monat nach der Operation, eine Verschlimmerung auf. — Prostatektomie; Resektion aus dem mittleren Lappen mit der Schere. Fistel geschlossen in 3 Monaten. Fast frei von Symptomen noch 1 Jahr nach der Operation.	22 Tage. 4 Mon.	Prostata ohne wahrnehmbar. Veränderung. Prostata verkleinert, abgeplattet, Hoden und Reste der Vasa deferentia ohne nachweisbare Veränderungen.
Fortgesetzte Katheterbehandlung nach der Operation. Stetig fortschreitende Besserung. Katheter unnötig 3 Wochen nach der Operation. Ganz geringe Symptome noch 1 Jahr nach der Operation; Pat. ist nach seiner eigenen Meinung gesund. Darmentleerung normal.	9 Tage. 21 » 1 Jahr.	Prost. verkleinert in longitudinaler Richtung. Kaum eine weitere Verkleinerung d. Prostata. Prost. nicht unbedeut. verkleinert; Samenbläschen klein u. verhärtet; Hoden normal.
Die Rekonvaleszenz wurde durch ein großes Scrotalhämatom gestört, das von der einen Wunde ausging. — Danach ungestörte Besserung; frei von Beschwerden, frei von Inkontinenz, doch Pollakiurie noch 8 Monate nach der Operation.	21 Tage. 8 Mon.	Prost. deutl. verkleinert. Prost. weiter verklein., am meisten an einer Seite; Elasticität vermind. Samenbläschen geschrumpft; Hoden unverändert.
Verweilkatheter 5 Wochen nach der Operation. Akute Cysto-Pyelo-Nephritis. Regelmäßige Katheterbehandlung. Bedeutende Besserung.	2 Mon.	Prostata nicht unbedeutend verkleinert.
Der Verweilkatheter wurde fortwährend nach der Operation angewendet. Cysto-Pyelo-Nephritis. — Besserung. Katheter 3 Wochen nach der Operation entbehrlich. 1. April 1897 andauernde bedeutende Besserung.	20 Tage.	Prostata nicht unbedeutend verkleinert.
Der mittlere Prostatalappen wurde mit der Schere extirpiert. Heftige Schmerzen nach der Operation. Urämisches Delirium mehrere Tage lang. — Vorübergehende Linderung der Dysurie. Spuren spontaner Miktion seit 5 Wochen nach der Operation. Katheterbehandlung fortwährend nötig wie vorher, besonders seit die Fistel sich geschlossen hat. Pollutionen noch 3 Monate nach der Operation.	2 Mon.	
Keine Katheterbehandlung nach der Operation. Bedeutende Besserung, sowohl in Bezug auf die subjektiven, als auch die objektiven Symptome der Dysurie (Schmerzen, häufige Harnentleerung, Residualharn, Harninfektion). Nach Pat. eigener Ansicht war er 8 Wochen nach der Operation frei von Symptomen.	9 Tage.	Prostata unverändert. Die vorher geschwollenen Nebenhoden bedeutend kleiner und weicher.

No.	Alter bei d. Operation	Alter bei Auftreten d. Dysurie	Anamnese	Datum der Operation	Operation
16	66	45	Häufiger Harndrang seit 20 Jahren, wo Pat. bei einer Gelegenheit genötigt gewesen war, den Harn ungewöhnlich lange zu halten. Akute Retention vor einem Jahre, behoben durch einige Tage dauernde Katheterbehandlung. Von Neuem akute Retention am 4. Oktober 1896. Regelmäßige Katheterbehandlung und Verweilkatheter. Geringe Harninfektion. Höchst geringe spontane Harnentleerung. Operation mittels Bottini's Incisor. 2 Wochen nach der Operation spontane Harnentleerung. Vorübergehend Hämaturie und geringes Fieber. Regelmäßige Blasenausspülungen werden wieder verordnet seit die Dysurie und die Harninfektion 2 Wochen nach der Operation zunahmen. Cysto-Pyelo-Nephritis.	1896 27. Okt. 14. Nov.	Bottini's Operation. Resectio vasorum deferentium.
17	70	60	Anwendung des Katheters seit 8 Jahren; totale Retention 2½ Monate vor der Operation, die zunächst durch eine einseitige eitrige Epididymitis veranlasst wurde.	1896 10. Dec.	Resectio vasis deferentis dextri et extirpatio testis sinistri.
18	82	79	Schwere Dysurie. Bedeutende Herabsetzung der Kräfte. Heftige Cystitis. Verstopfung. Regelmäßige Katheterbehandlung 6 Wochen vor der Operation. Keine Besserung.	1896 6. Dec.	Resectio vasorum deferentium.
Bottini's					
19	76	73	Akute Harnretention entstand 20 Tage vor der Operation, wahrscheinlich hervorgerufen durch eine linksseitige akute Periorchitis. Verstopfung. — Blasen-dilatation. Geringe Cysto-Pyelo-Nephritis. — Verweilkatheter. — Verminderte Harninfektion; fortbestehende Retention. — Operation.	1896 31. Okt.	Der in geringerem Grad hypertroph. linke Prostata-lappen wird mit Bottini's Incis. durchgebrannt.

1) F. Epstein. Zur Frage der Alkoholdesinfektion.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXIV. Hft. 1.)

Im Anschluss an die neueren Arbeiten von Reinicke, Ahlfeld, Seedham, Green, Landsberg, Poten etc. berichtet E. über seine unter Leitung von Jadassohn angestellten Versuche über den eigentlichen Werth des Alkohols als Desinficiens vom rein bakteriologischen Standpunkte aus, die theils an Seidenfäden, theils an absichtlich inficirten Händen ausgeführt wurden.

Er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Dem absoluten Alkohol kommt keine desinficirende Kraft zu, wohl aber seinen Verdünnungen.

Verlauf	Zeit der Beobachtg. nach der Operation	Wirkung der Operation auf die Prostata
Verweilkatheter nach der Operation; die lokale Behandlung der Blase wird fortgesetzt, der Zustand bessert sich. Entlassen am 30. December 1896; vom 7. Januar 1897 an Harn klar; vom 15. Januar an braucht Pat. nicht mehr katheterisirt zu werden und braucht keine Ausspülungen mehr. Er lässt den Harn 3—4mal am Tage und 2—3mal in der Nacht, Tod an Apoplexia cerebri am 13. Februar.		Prostata nicht untersucht nach der Operation.
Einführung des Katheters während des ersten Tages nach der Operation erschwert (Sphinkterkrampf?). Das Bedürfnis der Katheterisation weniger häufig. — Spuren von spontaner Miktion bei der Defäkation seit 5 Wochen nach der Operation. Regelmäßige Katheterbehandlung auch noch nach der Operation fortdauernd. Bedeutende allgemeine und lokale Besserung 3 Monate nach der Operation. Verstopfung beseitigt.	7 Wochen	Prostata deutlich verkleinert, abgeplattet.

Operation.

Spontane Harnentleerung begann 22 Stunden nach der Operation und wurde danach immer freier. Der Residualharn war jedoch fortdauernd nicht unbedeutend. Cystitisymptome traten von Neuem auf 1 Monat nach der Operation, aber verschwanden, eben so wie der Residualharn, fast vollständig nach 2 Monate langer regelmäßiger Katheterbehandlung.

2) ca. 50%iger Alkohol desinficirt von den rein spirituösen Flüssigkeiten am besten; in bedeutend höherer oder geringerer Concentration nimmt die Desinfektionskraft ab.

3) Antiseptica, die in wässriger Lösung mehr oder minder wirksam sind, verlieren ihre desinficirende Eigenschaft, wenn sie in hoch procentuirtem Alkohol gelöst werden (Koch); dagegen wirken Sublimat, Karbol, Lysol und Thymol in 50%iger spirituöser Lösung besser desinficirend, als (in gleicher Concentration) in Wasser gelöst.

Wie weit die hier niedergelegten Resultate eine Verwerthung in der Praxis gestatten, darüber möchte sich E. zunächst ein Urtheil noch nicht erlauben. Jedenfalls dürfte es angezeigt sein, statt des

stärkeren Alkohols (z. B. des »Brennspiritus« Fürbringer's) schwächere Konzentrationen, speciell den 50%igen Alkohol zu benutzen. Es sei ja auch in der Praxis bereits die — thatsächlich theoretisch als vortheilhafter erkannte — Verdünnung auch des 80- und 70%igen Alkohols durch das an den Händen noch haftende Wasser gewiss vielfach zu Stande gekommen.

Hübener (Breslau).

2) **G. Noack.** Erfahrungen über die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 6.)

3) **Gerhardi.** Zur Infiltrationsanästhesie nach Schleich.

(Ibid. No. 6.)

N. und G. bestätigen, der Erstere in ausführlicherer Mittheilung, den Werth der Infiltrationsanästhesie für einen großen Theil von Operationen und heben ihre Gefahrlosigkeit hervor, wenn auch N. in 2 Fällen, bei einer Cholecystotomie und einer Radikaloperation einer großen Nabelhernie, leichte, rasch vorübergehende Cocainintoxikation beobachtet hatte. In Bezug auf kleine Verbesserungen der von Schleich angegebenen Methode stimmt N. mit den kürzlich von Mehler gemachten Vorschlägen überein. Besonders rath er noch, zu vermeiden, dass die Haut des Operationsfeldes durch längere Einwirkung feuchter Wärme (feuchtwarme Umschläge etc.) vor der künstlichen Infiltration in einen Zustand von Quellung komme, welcher der Anästhesirung großen Widerstand entgegensetzen kann; auch vor der Anwendung zu starken Druckes bei der Injektion warnt er und hat des öftern nach beendeter Operation, wo möglich, eine leichte Massage der centralwärts von der Wunde gelegenen Haut- und Unterhautzellgewebspartien Behufs rascherer Entleerung der infiltrirten Gewebe bewährt gefunden. Aus dem weiteren Specialbericht N.'s ergibt sich die Leistungsfähigkeit des Anästhesirungsverfahrens auch bei größeren operativen Eingriffen, unter denen ihm indess besonders die Tracheotomie und die Mastoidoperation für dieselbe nicht geeignet erschienen.

Kramer (Glogau).

4) **G. Vinci.** Über ein neues lokales Anästheticum, das Eukaïn.

(Virchow's Archiv Bd. CXLV. p. 78.)

Nach einer längeren Auseinandersetzung über chemische Konstitution dieses dem Cocain nahestehenden Körpers geht Verf. zu seinen experimentellen und klinischen Beobachtungen über die lokal anästhesirende Wirkung desselben über. Es wurde das salzsaure Eukaïn in 2—5%iger Lösung verwandt. Seine Wirkung ist der des Cocains sehr ähnlich. Vor dem letzteren soll es den Vorzug geringerer Giftigkeit, leichter Sterilisirbarkeit der Lösungen, die durch Siedehitze nicht zersetzt werden, und größerer Billigkeit haben. Es

bewirkt nicht, wie das Cocain, eine Ischämie, sondern eher eine leichte Hyperämie — starke Augenentzündung ist demnach eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Eukaïns — und weder Mydriasis noch Accommodationsparese, ein nicht zu unterschätzender Vortheil für die Augenheilkunde, in der das neue Mittel bis dahin allein erprobt war. Verf. hält es für wünschenswerth, das Eukaïn nunmehr auch auf anderen Gebieten zu versuchen.

Pels Leusden (Göttingen).

5) **Siebert.** Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Behring'schen Diphtherieheilserums auf die gesunde und kranke Niere.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVI. p. 330.)

Die klinischen Untersuchungen wurden an dem großen Material der Straßburger Kinderklinik, die experimentellen an Hunden und hauptsächlich Kaninchen gemacht. Trotzdem im Anschluss an die subkutane Injektion des Behring'schen Diphtherieheilserums häufig eine leichte, vorübergehende Albuminurie und Albumosurie sowohl bei kranken, als auch bei den zu Immunisirungszwecken injicirten Kindern eintrat, sprechen die Resultate günstig für die Serumtherapie, da eine dauernde Nierenschädigung nicht beobachtet wurde. Wenn auch in einigen Fällen im unmittelbaren Anschluss an die Seruminjektion akute parenchymatöse und hämorrhagische Nephritis konstatiert werden konnte, so war doch deren Abhängigkeit von unverändertem Behring'schen Heilserum nicht nachzuweisen. Schon bestehende Albuminurie Diphtheriekranker wurde durch die Serotherapie nicht ungünstig beeinflusst. Die Experimente bestätigten die am Krankenbett gewonnenen Erfahrungen. Der Schlusssatz des Verf. lautet: »Sollte sich das Behring'sche Diphtherieheilserum als Specificum gegen Diphtherie erweisen, so könnte die meist unbedeutende Nebenwirkung auf die Nierenfunktion nicht als genügender Grund gegen seine Anwendung gelten.« Pels Leusden (Göttingen).

6) **R. Bunge und A. Trantenroth.** Smegma- und Tuberkelbacillen.

(Fortschritte der Medicin Bd. XIV. No. 23 und 24.)

Nach Mittheilung einer sehr interessanten Krankengeschichte, laut welcher auf Grund von »Tuberkelbacillen«-Nachweis im Harn und der lokalen Symptome die eine Niere wegen Verdachtes auf Tuberkulose frei gelegt, sodann exstirpirt und nach makroskopischer Besichtigung für tuberkulös erklärt wurde, während die mikroskopische Untersuchung eine vereiterte Steinniere ergab, berichten die Verff. über ihre eingehenden Versuche, durch die Färbemethode die Smegma-bacillen, welche derartige Täuschungen veranlassen, von den Tuberkelbacillen zu unterscheiden. Sie kommen zu dem Schluss, dass überall, wo Bestandtheile der an der Körperoberfläche sich ansam-

melnden Hautsekrete in die Krankheitsprodukte hineingerathen können, — also bei Ohreiterungen, tuberkulösen Processen in der Mundhöhle, der Nase, an der äußeren Haut, den Genitalien, bei Tuberkulose im uropoetischen System — an die Möglichkeit einer Verwechslung der Tuberkel- mit den Smegmabacillen gedacht werden muss. Die einzige Methode, welche ihnen bei ihren zahlreichen Versuchen zur tinktoriellen Differentialdiagnose niemals versagte, war eine complicirte Entfärbung der mit Karbolfuchsin gefärbten Präparate durch Vorbehandlung mit einer Kombination von Alkohol und Chromsäure. Bemerkenswerth ist noch eine Beobachtung, welche sich speciell auf den Bacillennachweis im Harn bezieht, dass nämlich der durch Katheterismus erlangte Harn stets frei von Smegmabacillen war. Bezüglich der Einzelheiten dieser werthvollen Untersuchung muss auf das Original verwiesen werden.

Teichmann (Berlin).

7) **O. Bosse.** Über das primäre Carcinom der Urethra beim Manne und beim Weibe.

Inaug.-Diss., Göttingen, 1897.

Im Anschluss an die Mittheilung zweier von Prof. Braun in Königsberg operirter Fälle hat Verf. die bisher erfolgten Publikationen dieser Krankheit zusammengestellt (cf. Wassermann, ref. im Centralblatt für Chirurgie 1896 p. 502). Er unterscheidet bei dem Carcinom der Harnröhre des Weibes zweckmäßig die von der Harnröhrenschleimhaut ausgehenden von den periurethral primär sich entwickelnden Carcinomen und liefert mit seiner Arbeit einen nicht uninteressanten Beitrag zur Kenntnis dieser immerhin sehr seltenen Affektion.

Sultan (Göttingen).

8) **Köhler.** Die Resektion des Vas deferens zur Heilung der Prostatahypertrophie. (Aus der Nebenabtheilung für äußerliche Kranke im Königl. Charitékrankenhaus in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

K. bespricht eingehend alle bisher in Anwendung gebrachten Methoden der Behandlung der Prostatahypertrophie. Er giebt dann eine eingehende, sich auf 70 Fälle stützende Statistik der Resektion des Vas deferens (unter diesen befinden sich auch ein Fall von Evulsion von Helferich und eine Unterbindung von Stafford).

Nur einer von den Chirurgen hatte gar keinen Erfolg zu verzeichnen, obgleich er die Operation in 5 Fällen machte; alle anderen haben zum mindesten Besserung, häufig auch Heilung, d. h. Beseitigung der Beschwerden und gänzliche oder fast gänzliche Befreiung der Kranken vom Katheter zu verzeichnen. Auf Grund der Statistik kann ungefähr $\frac{3}{5}$ der Fälle als geheilt, $\frac{1}{5}$ als gebessert und $\frac{1}{5}$ als nicht gebessert angesehen werden.

Jedenfalls hat die Resektion des Vas deferens dieselbe Wirkung auf die senile Dysurie, wie Atrophie oder Entfernung des Hodens.

Eine Besserung wurde öfters auch beobachtet, wenn nach der Operation keine nennenswerthe Verkleinerung der Prostata festzustellen war, oder trotz der Dysurie überhaupt keine Prostataschwellung bestand.

In einem von K. selbst operirten Falle trat nach einseitiger Resektion schnelle subjektive Besserung und Abschwellen der Prostata auf derselben Seite ein. Doch ist es fraglich, ob dies öfters der Fall sein würde, worüber noch wenig Erfahrungen vorliegen. Offenbar ist die Art der Schwellung ein hier wesentlich mitsprechendes Moment.

K. hält die einseitige Resektion nur dann für angezeigt, wenn die eine Seite der Prostata deutlich stärker ist als die andere.

Der doppelseitigen Resektion vindicirt K. das Vorrecht vor fast allen sonst bei Prostatahypertrophie üblichen Eingriffen. Auch bei sehr harten und knolligen Prostataschwellungen dürfte der Eingriff angezeigt sein.

Für leichtere Fälle bestehen nach K. auch die bisherigen Maßregeln unblutiger Therapie zu Recht.

Ein sehr ausführliches Litteraturverzeichnis beschließt die interessante Arbeit.

B. Wagner (Mülheim a. d. R.).

9) **Salomoni.** Sulla cura degli ingrossamenti prostatici.

(Clin. chir. 1896.)

Die Durchschneidung der Samenstränge und die Kastration zur Heilung der Prostatahypertrophie ist nach S. weder theoretisch richtig begründet, noch praktisch sicher. Er erklärt sich für die Prostatektomie als Normalmethode, d. h. für Entfernung der vergrößerten Partien, vom Damm und der Sectio alta her kombinirt vorgehend. Die Gefahren liegen auf Seiten der Blutung. Durch stumpfes Vorgehen, Tamponade etc. wird sie beschränkt. Man soll so den mittleren Lappen genügend entfernen können, indem man von 2 Seiten her Kontrolle hat, ohne die Harnröhrenschleimhaut zu verletzen. Die derselben zunächst liegenden glatten Muskellagen werden passend geschont.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

10) **A. Negretti** (Lodi). Cura radicale dell' iscuria da ipertrofia prostatica, mediante la cauterizzazione della prostata dalla via rettale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1896. No. 155.)

N. hat bis jetzt 5 Fälle von Prostatahypertrophie mit Urinbeschwerden durch seine Methode der Kauterisation vom Mastdarm aus mit ausgezeichnetem Erfolg behandelt. Die erzielte Verkleinerung der Prostata nimmt nach seiner Erfahrung noch lange nach der Operation zu, die Urinentleerung wird vollkommen frei, die Funktion der Geschlechtsorgane wird nicht beeinträchtigt, und die Operation ist gefahrlos und einfacher als andere Methoden.

Seine Technik ist folgende: 1—2 Tage lang vor der Operation Entleerung des Mastdarmes durch Abführmittel und Einläufe, Steinschnittlage mit stark erhöhtem Becken, Narkose, Tampnade des Mastdarmes oberhalb der Prostata mit Jodoformgaze; Aufsuchung der Mitte der Prostata mit dem Zeigefinger der linken Hand, unter dessen Leitung eine von N. angegebene Kralle von 1 cm Länge, die an einem mit Maßstab versehenen Stiele sitzt, in die Prostata eingehakt wird. Nach gehöriger Fixation vermittelt dieses Hakens, dessen Maßstab die Beobachtung einer etwa eintretenden Verschiebung ermöglicht, Einführung des Mastdarmspiegels; hierauf Kauterisation in der Umgebung der Kralle mit dem Platinbrenner oder mit dem Galvanokauter; Dauer durchschnittlich 2 Minuten. Wenn nöthig, kann der Assistent, der auch den Haken hält und leicht anzieht, durch Druck auf die Blasengegend die Prostata deutlicher hervortreten lassen. Der Pat. bekommt dann reichliche Dosen Wismuth und Opium, so wie einen Dauerkatheter, der nach einigen Tagen gewechselt und am 10.—12. Tage entfernt werden kann. Am 6.—7. Tage wird Ricinusöl gereicht.

Die ausführliche Mittheilung seiner Krankengeschichten liefert einen Beleg für die Brauchbarkeit der Methode. Der Erfolg ist in jedem Falle ein vollständiger und dauernder gewesen, der Eingriff auch von hochbetagten Pat. leicht ertragen.

Es scheint demnach, als wenn N. seine Methode mit Recht für die der Zukunft hält. Sowohl die Kastration als auch die Resektion der Vasa deferentia sind, wie er hervorhebt, nicht nur schwieriger und umständlicher in der Ausführung, sondern wirken auch oft verstimmend auf das Gemüth der Kranken, während sie hinsichtlich des Erfolges der von ihm angewandten Methode entschieden nachstehen dürften.

W. Schultz (Hamburg).

11) E. Bottini. Die galvanokaustische Diärese zur Radikalbehandlung der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 1.)

Einleitend beklagt Verf., dass in Italien von Männern der Wissenschaft gemachte Entdeckungen und Erfindungen trotz ihres hohen Werthes gänzlich unbeachtet blieben. So hätte der Padovaner Grandesso Silvestri schon vor Esmarch die künstliche Ischämie angewendet, und B. selbst 2 Jahre vor Lister die Anwendung der Karbolsäure gelehrt, ohne dass man heute davon Kenntniss nehme.

Zu der Diärese der Prostata benutzt B. eine Batterie, welche die Kapazität von 140 Ampèrestunden und 4 Volts hat. Sie genügt zum Glühendmachen der dicksten Instrumente. Als Instrumente bedient B. sich des Kauterisators und des Incisors, des letzteren jetzt am häufigsten. Verf. bittet die Instrumente auf das genaueste zu prüfen, da Mängel derselben die Methode nur zu leicht diskreditiren können. Die Kauterisation hält Verf. für angebracht bei geringen Prostataschwellungen, Spermatorrhoe, hochgradigem Krampf am

Blasenhals, Geschwür des Halses etc. Er brennt eine Rinne in die Prostata ein. Die Kranken können meist nach einigen Tagen, manchmal auch erst nach Verlauf eines Monats spontan uriniren, worauf ganz besonders hinzuweisen ist. Die genauer beschriebene Technik der Kauterisation ist einfach. Die ganze Procedur dauert 1 bis 3 Minuten und bereitet bei Anwendung einer 1½igen Salzsäure-cocainlösung dem Pat. keine Schmerzen. Die Nachbehandlung besteht in vorläufiger Katheterisation und Waschungen der Blase mit Borsäurelösung, wie innerlicher Darreichung von Extractum nuc. vomic. zur Reizung des Detrusor vesicae. Die Operation gewährleistet einen fieberlosen Verlauf. Blutungen wurden nicht hervorgerufen. Die galvanokaustische Incision verwendet B. bei größeren Prostataschwellungen. Ihr folgt gewöhnlich sofortige Fähigkeit, Urin zu entleeren. Ihre Heilwirkung ist viel schneller, für den Kranken überzeugender und wird jetzt von ihrem Erfinder am häufigsten gebraucht. Man kann mehrere Incisionen machen, die Operation auch ohne Schaden nach 2—3 Tagen wiederholen. Die Vorbereitungen sind die gleichen wie zur Kauterisation. Mittels eines metrischen Anzeigers kann man genau die Incision reguliren. Auch die Nachbehandlung unterscheidet sich, abgesehen von der nicht nothwendigen Katheterisation, in nichts von der oben geschilderten. Es werden dann noch 3 Krankengeschichten hinzugefügt von Männern mit Prostatahypertrophie, bei denen völlige Heilung erzielt wurde. Verf. will nie ein Recidiv nach seiner Behandlung gesehen haben. Er empfiehlt deshalb auf das eindringlichste sein Verfahren gegenüber der verstümmelnden Kastration und der im Dunkel suchenden Therapie mit Prostatasubstanz. Es wäre wünschenswerth gewesen, wenn in der Arbeit noch angegeben wäre, wie lange in den einzelnen Fällen die Beobachtungsdauer nach der Operation noch währte.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

12) U. Pisani. Vorschlag zu einer neuen Methode der Einpflanzung der Ureteren ins Rectum.

(Policlinico 1896. Juli 1.)

Gegen die bisherigen Methoden dieser Operation sind folgende Einwürfe zu erheben: 1) Wenn man die Wände des Harnleiters in direkte Nahtverbindung mit den Wänden des Darmes setzt, so erfordert dies eine sehr ausgebildete Technik; außerdem besteht die Gefahr der Stenosenbildung. 2) Weil der Stumpf des Harnleiters seines natürlichen Sphinkters beraubt ist, können pathogene Organismen in den letzteren eindringen und eine aufsteigende Entzündung veranlassen, während unter normalen Verhältnissen eine Rückstauung des Urins und damit ein Eindringen pathogener Stoffe in den Harnleiter ausgeschlossen ist. Die Versuche von Giordano, den Harnleiter zusammen mit einem Stückchen der Blasenwand, also einschließlich des Verschlussmechanismus, einzuhellen, führte zu einer leichten Drehung und folglich zu einer Knickung des Kanals. —

Um diese Methode zu verbessern, machte Verf. Experimente an Hunden. Sein neues Verfahren sucht die bisherigen Nachtheile zu vermeiden, indem sie den Harnleiter sammt Ausflussöffnung in seinen natürlichen Beziehungen lässt. Verf. glaubt, dass seine Methode besonders für Blasenektomie zu brauchen sei.

Die Technik der Operation wird folgendermaßen beschrieben: 1) Bauchschnitt, Freilegung und Herauswälzen der Blase. Eröffnung derselben; Umschneidung und Austrennung eines rechteckigen Lappens, der die beiden Harnleitermündungen enthält. Exstirpation der ganzen übrigen Harnblase. — 2) Freilegung des Mastdarmes; Unterpolsterung desselben. Eröffnung seiner vorderen Wand (3—4 cm) in der Längsachse. Abpräparirung eines der Größe des Blasenlappens entsprechenden Schleimhautlappens von der hinteren Wand des Mastdarmes. — 3) Annäherung des die Harnleitermündungen enthaltenden Blasenlappens auf die angefrischte rechteckige Wundfläche der hinteren Mastdarmwand. Seidenknopfnähte. — 4) Naht der vorderen Wand des Mastdarmes, und zwar in querer Richtung; die Harnleiter treten in den Winkeln aus. — Schluss der Bauchhöhle.

Von den beiden operirten Hunden starb der eine nach 62 Stunden, der andere nach 6 Tagen. Im ersten Falle ist wohl Collaps und innere Einklemmung als Todesursache zu betrachten. Die Harnleiter waren nicht dilatirt, die Lappen bereits ziemlich angewachsen, Nieren normal. Urin wurde leicht und glatt entleert. — Im zweiten Falle starb das Thier an septischer Peritonitis in Folge Platzens der Bauchwunde. Auch hier hatte die Urinentleerung in guter Weise stattgefunden, Harnleiter nicht ausgedehnt.

H. Bartsch (Heidelberg).

13) P. Wagner. Die Grenzen der Nierenexstirpation.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 2 u. 3.)

In klarer, übersichtlicher Weise, unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur, bespricht W. die Grenzen der Nierenexstirpation, die er, wie Küster, eng zieht in Anbetracht dessen, dass das kompensatorische Wachsthum der zurückgebliebenen Niere doch in einem beträchtlichen Procentsatz ausbleibt, und die zurückgebliebene Niere auf die Dauer den gesteigerten funktionellen Anforderungen nicht genügen kann. Die Indikationen sind scharf und eng zu begrenzen, besonders in Fällen von Erkrankungen, die erfahrungsgemäß häufig doppelseitig vorkommen (Pyonephrose, Pyelitis calculosa, cystöse Nierendegeneration).

Die indirekten Gefahren, mit denen die Exstirpation verknüpft ist, bestehen in sekundärer parenchymatöser Degeneration des zurückgelassenen Organs, seltener in Anurie in Folge reflektorischer Funktionshemmung, häufiger in Anurie in Folge angeborenen vollkommenen Mangels oder Verkümmern und Missbildung der anderen Niere. Dazu kommt die stete Gefahr der Erkrankung der »einen«

Niere unter dem Einfluss schwerer körperlicher Arbeit oder der Schwangerschaft.

Von den zum Ersatz der Nephrektomie berufenen Operationen scheint besonders die Leistungsfähigkeit der Resektion noch erweiterungsfähig.

Die primäre Nephrektomie ist angezeigt:

1) bei bösartigen Geschwülsten; auch im Frühstadium solcher und bei vielleicht zweifelhafter Bösartigkeit (Adenome) ist die totale Nephrektomie auszuführen.

2) bei tuberkulöser Erkrankung einer Niere. Auch hier ist die totale Exstirpation der Niere sammt Kapsel und Nierenfett der Resektion vorzuziehen (ev. sekundär bei herabgekommenen Individuen).

3) in gewissen Fällen von Eiterniere, wo der ausgiebigste Schnitt bei der diffusen Durchsetzung des Organs einige Eiterherde un-eröffnet lässt (eventuell sekundäre Nephrektomie).

4) in bestimmten Fällen von Nierenverletzung; besonders bei Hilusrissen, die mit Zerreißung des Stammes der Nierenarterie verbunden sind, ferner dann, wenn die Niere in zahlreiche kleine Stücke zertrümmert ist, endlich in den seltenen Fällen von Vorfall der Niere und Gangrän. Bei größerer Zerquetschung und Abquetschung auch größerer Stücke der Niere ist von der primären Nephrektomie ab-zustehen, und sind zunächst konservative Methoden (Nephrotomie, Nierennaht, Nierentamponade, Nierenresektion) zu versuchen. Wie bei der Nierentuberkulose und der Niereneiterung kann dann auch hier die sekundäre Nephrektomie in Frage kommen.

Bei der Hydro- und Pyonephrose soll die primäre Operation die Nephrotomie sein. Tritt Heilung nicht ein, bleibt die Urinfistel be- stehen trotz Bougierung, Resektion, Einpflanzung des Harnleiters, Pyeloplicatio oder Nephropexis, so ist auch hier die sekundäre Ne- phrektomie angezeigt.

F. Krumm (Karlsruhe).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Diakonissen-Krankenhaus Marienstift in Braunschweig. Oberarzt:
Dr. Franke.)

Ein seltener Fall von Fraktur der Tibia.

Von

Dr. Briese, Assistenzarzt.

Der 36jährige Arbeiter A. S. kam am 13. Juni 1896, als er über eine Straße laufen wollte, auf dem Geleis der Pferdebahn zu Fall und gerieth mit dem rechten Unterschenkel unter das Vorderrad eines vorüberfahrenden Pferdebahnwagens. Er wurde, da er nicht gehen konnte, sofort nach dem Unfall in das Krankenhaus transportirt.

Status. Kräftiger Mann. Geringe Benommenheit, bedingt durch Alkohol- rausch. Auf dem Kopf und im Gesicht einige unbedeutende oberflächliche Ver- letzungen.

Das rechte Kniegelenk ist durch Flüssigkeitserguss stark ausgedehnt, die Patella tanzt. Die Haut über dem Gelenk und in der Umgebung desselben ist absolut intakt. Unter- und Oberschenkel stehen zu einander in Bajonettstellung, derart, dass die Achse des Unterschenkels hinter der des Oberschenkels verläuft. Seitliche Verschiebungen sind nicht vorhanden. Diese Dislokation lässt sich durch Druck auf das untere Ende des Oberschenkels von der Streckseite und durch entgegengesetzten Zug am Unterschenkel von der Wade her unter deutlicher Krepitation verhältnismäßig leicht ausgleichen. Etwas unterhalb der Gelenkspalte kann man vorn einen ziemlich scharfen querverlaufenden Knochenvorsprung durch die Haut palpieren, den man auch nach beiden Seiten etwas verfolgen kann. Dieser Knochenvorsprung verschwindet, wenn man die nach hinten gesunkene Tibia nach vorn schiebt. Die Gegend des Kniegelenks zu beiden Seiten der Patella, so wie die Stelle der Krepitation unterhalb des Gelenkspaltes ist auf Druck sehr empfindlich. Es handelt sich also um eine Fraktur am oberen Ende der Tibia, die bei bloßer Betrachtung den Eindruck einer Luxation des Schienbeins nach hinten macht. Die Richtung der Fraktur lässt sich wegen der starken Schwellung nicht feststellen. Das Bein wird auf eine lange Volkmann'sche Schiene gelagert.

Am 15. Juni bricht Delirium aus, am 16. stirbt Pat. Die Autopsie des Kniegelenks ergibt folgenden Befund.

Aus dem Gelenk entleeren sich ca. 50 ccm dickflüssiges Blut. Patella und Femur sind unversehrt. Etwa 1 cm unterhalb der Gelenkfläche der Tibia findet sich ein den ganzen Schienbeinkopf durchtrennender, querer, genau horizontal von vorn nach hinten verlaufender Bruchspalt. Die äußere Facette des abgesprengten Gelenktheiles ist intakt, die innere sternförmig frakturirt. Die Kapsel, so wie Bänder und Menisken sind in toto erhalten.

Wir haben also einen Fall von Querfraktur der Tibia dicht unterhalb der Gelenkfläche vor uns. Die Fraktur ist unzweifelhaft eine direkte und zwar dadurch entstanden, dass ein Rad des Pferdebahnwagens dicht unterhalb des Gelenkes über das Schienbein hinwegging. Dass hierbei zuerst die Innenseite des Knochens betroffen wurde, beweist die sternförmige Fraktur des medialen Theiles der abgesprengten Gelenkfläche. Die Dislokation erklärt sich leicht aus der ihrer Schwere nach rückwärts sinkenden Tibia.

Die Frakturen am oberen Ende des Schienbeins gehören zu den weniger häufigen Knochenverletzungen; die querverlaufenden dürften, abgesehen von den bei Kindern bis zu 15 Jahren beobachteten Epiphysentrennungen, zu den seltensten gehören. Es ist ja auch einleuchtend, dass die Bedingungen für die Entstehung von genau querverlaufenden Frakturen ohne erhebliche Quetschung an dieser Stelle bei der Dicke des Knochens sehr ungünstige sind, und dass eine starke Gewaltwirkung zum Zustandekommen der Verletzung nöthig ist. Vielleicht spielt hierbei auch eine gewisse Brüchigkeit der Knochen eine Rolle. Irgend welche Momente, die hierauf oder auf Lues Verdacht erwecken könnten, habe ich in meinem Falle nicht eruiren können. Eben so war von einer Epiphysenlinie oder von einer fibrösen Entartung des Knochens nichts zu erkennen.

Relativ häufig und früher entschieden oft verkannt, sind die zuerst von Wagner (1886), dann von Helferich (1888), von Albers und von Gurau (1895) als Kompressionsfrakturen beschriebenen Brüche des inneren oder äußeren Condylus tibiae.

Da ich in der mir zugängigen Litteratur einen ähnlichen Fall nicht finden konnte, glaubte ich zur Veröffentlichung des obigen berechtigt zu sein.

Meinem verehrten Chef, Herrn Dr. Franke, sage ich für die gütige Überlassung des Falles meinen besten Dank.

14) O. Tilmann. Bericht über die chirurg. Klinik des Geh. Ober-Med.-R. Prof. Dr. v. Bardeleben (+) für die Zeit vom 1. April 1894 bis 30. November 1895.

(Sonder-Abdruck aus den Charité-Annalen Jahrg. XXI.)

Der diesmalige klinische Bericht umfasst 20 Monate bis zur Übernahme der Klinik durch König, schließt also auch die vertretungsweise Leitung derselben durch R. Köhler mit ein und umfasst ein Krankenmaterial von 3793 Kranken, wovon 1428 = 37,64% Verletzungen, 1920 = 50,6% Entzündungen, 239 = 6,3% Neubildungen, 206 endlich = 5,4% Deformitäten hatten. Von den Verletzungen betrafen 331 Kopf und Gesicht. Die Erfolge der bei frischen Hieb- und Stichwunden der Weichtheile des Kopfes meist geübten Primärnaht nach antiseptischer Säuberung waren gut, indem von 84 bei 73 Heilung p. pr. erzielt wurde; bei 18 hatte Glättung der Wundränder vorgenommen werden müssen; 3mal konnte unter den zur primären Naht ungeeigneten Wunden noch sekundär genäht werden, 3mal mit günstigem Erfolg. Auch unter den offenen Schädelbrüchen befindet sich ein Säbelhieb über die Stirn mit Splitterbruch der vorderen knöchernen Wand der Stirnhöhle und der Scheidewand zwischen den Stirnhöhlen der beiden Seiten, welcher nach Reposition der kleineren Splitter genäht wurde und p. pr. heilte. Eben so durch die Naht geschlossen wird eine weitere Säbelwunde, welche das Stirnbein durchdrungen und ein Stück desselben abgesprengt hatte; dieses wurde reponirt; auch hier Heilung p. pr. Auftreten von Fieber am Abend nach der Verletzung indicirte die Eröffnung der Schädelhöhle bei einem Manne, welcher sich einen vierkantigen Steinbohrer mit Hammerschlägen in die rechten Schläfe eingetrieben hatte, aber bei völligem Bewusstsein geblieben, ja sogar zu Fuß nach der Anstalt gegangen war; es fand sich Absprengung mehrerer Splitter aus der Tab. interna. Ein offener Scheitelbeinbruch durch Säbelhieb war mit Eintreibung eines 2:0,2 cm großen Knochensplitters und mit Blutung aus dem Sinus longitud. verbunden, Erweiterung der Knochenlücke, Entfernung des Splitters, Tamponade der Sinuswunde, Heilung in 6 Wochen. — Über 22 Schusswunden des Schädels ist anderweit berichtet, 3 weitere werden zur Heilung gebracht, die eine unter Einheilung des Geschosses im Gehirn, wobei Bewusstlosigkeit, Fieber, wiederholtes Erbrechen, Lähmung der rechten Seite, einschließlich Facialis, später während des Rückgangs der Erscheinungen auch Paraphasie auftraten, ohne dass eine Operation vorgenommen wurde, für welche sich eine hinreichende Lokalisation nicht finden ließ. — 2 Jahre nach einer Verletzung des Hinterkopfes suchte ein Mann Hilfe gegen Beschwerden, welche sich allmählich entwickelt hatten und außer heftigem Hinterhauptskopfschmerz zumal in Anfällen von Herzklopfen, Ohrensausen bestanden; bei Druck auf die sternförmige Narbe 6 cm vor der Protub. occ. ext., 4 cm lateral von der Sut. coron., welche nicht fest mit dem Knochen verwachsen ist, aber einer flachen Delle in diesem entspricht, ruft Steigerung der Pulsfrequenz von 86 auf 136 hervor; der Knochen war schwammig, weich, blutete stark, die Dura unverletzt; Abtragung des erweichten Knochens, Naht mit Einlegen eines kleinen Tampons, Heilung, die bis jetzt anhält ($\frac{1}{2}$ Jahr). — Mehrere Lücken von 1—1,5 cm Durchmesser in den Schädelknochen durch tuberkulöse Eiterung bei einem 2 Jahre alten Kind wurden durch Auskratzen zur Heilung gebracht, wonach eine rasche Knochenneubildung erfolgte. — Erfolglos blieb der Versuch, eine große Meningocele bei einem neugeborenen Kind, dessen Kopf hydrocephalisch war, durch Abtragen des Sackes zu heilen; die Wunde heilte zwar p. pr., der Hydrocephalus bildete sich aber wieder und führte 23 Tage post oper. zum Tode; die Hydrocephalusflüssigkeit enthielt nur 0,981 organische, 0,831 anorganische Substanz; der Sack besteht aus 3 Schichten, Haut, fibröse Membran und zarte innere Haut.

Unter 21 Kindern mit Hasenscharte hatten 13 zugleich Wolfsrachen mit Spaltung der Oberlippe bis in die Nase und den weichen Gaumen. Die Operation bestand in allen Fällen in der Lippennaht mit Zurückdrücken des Zwischenkiefers nach Einkerbten des Vomer; 10mal hielt die Naht vollkommen, 13 Kinder starben, und

zwar an Pneumonie 5, an Atrophie 3, an Brechdurchfall 5. — Unter 6 Fällen von Selbstmordversuch durch Verwundung des Halses war in 3 der Kehlkopf eröffnet. Die 3. dieser Kehlkopfverletzungen kam erst nach 4 Wochen zur Aufnahme; der Schildknorpel und die Wand zwischen Kehlkopf und Speiseröhre waren durchgeschnitten, oberhalb der Stimmbänder hatte sich eine Granulationswucherung gebildet, die den Kehlkopf verschloss und die Entfernung der schon seit 4 Wochen liegenden Trachealkanüle nicht gestattete; es musste durch Laryngofissur die Geschwulst abgetragen werden; zwar konnte hiernach die Kanüle fortbleiben, aber die Stimme blieb tonlos, und auch die durch mangelhaften Schluss der Epiglottis bewirkten Schluckbeschwerden, welche den Kranken zur Einführung einer Schlundröhre beim Essen zwangen, wurden nicht beseitigt. — Durch Salzsäure-Genuss wurde akute Kehlkopfstenose herbeigeführt, die durch hohe Tracheotomie zwar beseitigt wurde und in 3 Tagen Fortlassen der Kanüle gestattete, allein es trat plötzlich eine sofort tödliche Blutung aus Mund und Nase ein, deren Quelle bei der Obduktion nicht gefunden werden konnte. — Bei 36 Kranken mit tuberkulösen Lymphdrüenschwellungen wurden stets die Drüsen herausgeschält, nur bei 16 mittels eines einfachen Hautschnittes, bei allen anderen unter Hinzufügen eines oder mehrerer weiterer Schnitte, wobei 2mal die Ven. jugul. interna unterbunden, 14mal bloßgelegt wurde; der Kopfnicker musste 3mal quer durchgeschnitten werden. Bei 14 Kranken wurde keine Drüse eröffnet, alle wurden rein ausgeschält, dann Naht, worauf 11mal pr. int., 3mal kleine Sekretverhaltung eintrat. Bei allen anderen Kranken waren Drüsen eröffnet, und wurde hier dann mit Jodoformgaze tamponirt, darüber genäht, was sehr gute Erfolge ergab, oft rein lineare Narben. Von den Operirten starben 2 an Tuberkulose. — Von 7 Kranken mit Kropf wurden 6 operirt, wovon 5 geheilt wurden, 1 an Herzschwäche durch Atherose der Herzklappen am 4. Tage starb. Nur 1mal wurde bloß ein Knoten ausgeschält, bei allen anderen wurde die ganze Drüse unter Zurücklassen eines kleinen Stückes entfernt, auch bei einem Mädchen, welchem vor 4 Jahren nur ein Knoten ausgeschält war, da der ganze rechte Lappen und das Mittelstück erkrankt waren.

Eine Verletzung der Halswirbelsäule durch Schuss in den Mund mit 7 mm-Revolver führte bald Bewusstlosigkeit, völlige Lähmung der Beine und Arme, nicht der Blase und des Mastdarmes herbei, Knie- und Plantarreflexe fehlen, nach 24 Stunden Fieber, nach 48 Tod; das Geschoss hatte die Spitze der Zunge gestreift, ihre Basis durchdrungen, den Kehildeckel gestreift, die hintere Rachenwand und den Körper des 4. Halswirbels, so wie das Rückenmark durchbohrt und steckte in der hinteren Fläche der Pia. — Ein Kuriosum stellt das Vorkommen eines Echinococcus im Dornfortsatz des 4. Halswirbels bei einer Frau dar, welcher zu Bildung eines anderweit vor 4 Wochen entleerten Abscesses und Zurückbleiben einer Fistel geführt hatte; Erweiterung und Auskratzen derselben, Entleerung mehrerer Blasen, Jodoformgazetamponade, Heilung.

Von 3 Schusswunden der Brust war nur eine perforirend; das Geschoss war am VII. Brustbeinknorpelansatz eingedrungen und steckte unter der Haut am Angulus scapul.; es trat Fieber und stinkender Auswurf, und nach etwa 4 Wochen der Tod an Lungengangrän ein. — Ebenfalls tödlich endete die einzige perforirende Stichwunde der Brust, und zwar innerhalb 24 Stunden an Blutung aus der Lungenwunde. Von den übrigen 9 nicht perforirenden Stichwunden heilten nur 4 p. pr., und zwar gelangten — höchst interessant — diese alle ohne Bedeckung mit einem Verband zur Klinik, während die 5 anderen, die draußen mit einem »Nothverband« bedeckt waren, eiterten. — Sympathicus-Neurose wurde bei einem Manne angenommen, welcher durch Verschütten in einem Graben erhebliche Quetschungen der Brust erfahren hatte. Nachdem sich am nächsten Tage Schmerzen in Wirbelsäule und Herzklopfen eingestellt hatten, traten später eigenthümliche Anfälle hinzu: Gesichtsröthe, Herzklopfen, Pulssteigerung, Athemnoth, Thränen der Augen, Speichelfluss, Schmerz in der Magengegend mit Ausstrahlen in die Speiseröhre, die Kinnladen und in die Handgelenke. Durch elektrische Behandlung wurde keine Besserung erzielt. — Verschiebung der Bruch-

enden und Vereinigung derselben mit Hervorragen von Knochenspitzen verursachten in 2 Fällen nach Rippenbruch Beschwerden, welche durch Abtragen der Spitzen dauernd beseitigt wurden. — Hinsichtlich des Verlaufes der Mastitis zeigte sich, dass diejenigen Fälle die längste Behandlungszeit erforderten, in welchen vorher Breiumschläge angewendet waren, indem sich schlaaffe Granulationen bildeten, die wieder zerfielen und gar keine Neigung zur Heilung hatten. Es variierte daher die Behandlungszeit in weiten Grenzen, von 4—16 Wochen. Nur in 3 Fällen konnte durch Hochbinden, Ableiten auf den Darm und Eisblase Zurückgehen der Entzündung ohne Eiterung erzielt werden. — Die außerordentlich hohe Sterblichkeit der Empyeme (7 unter 9) erklärt sich daraus, dass dieselben meist auf den inneren Stationen operiert und nur in die Klinik verlegt werden, wenn irgend eine Erschwerung im Verlauf eintritt. 7mal wurde demgemäß die Rippenresektion ausgeführt; von diesen starben an verschiedenen schon vorher bestandenen Komplikationen (z. B. an Durchbruch in die Lunge) nicht weniger als 5. — Unter den 23 an Brustkrebs leidenden Kranken befindet sich auch ein 45 Jahre alter Mann, welcher die Operation ablehnte. Nur bei 14 Kranken kam es zur Operation, bei welcher stets die Ausräumung der Achselhöhle angeschlossen und die Fascie des Pectoralis, zuweilen auch dieser selbst abgetragen wurde. 2 Operierte starben an Nierenschrumpfung und an zahllosen Metastasen; von 11 Genesenen blieben nur 2 frei von Recidiv. 5 Kranke, die mit Recidiven zur Aufnahme kamen, konnten meist nicht mehr operiert werden, bei der einen derselben war erstmalig die Ausräumung der Achselhöhle unterlassen worden und darauf schon nach 5 Monaten in dieser ein inoperables Recidiv eingetreten. Nur eine Frau, welche mit einem kleinen Knoten in der Narbe als 5. Recidiv zuzug, blieb nach Auslösung desselben bis jetzt, 2 Jahre, frei von Recidiv.

Bei einem Selbstmörder mit Schusswunde des Unterleibes wird Eröffnung der Bauchhöhle angenommen, welche bei einfach zuwartender Behandlung ohne Laparotomie in Heilung ausging; die 7 mm im Durchmesser haltende Einschussöffnung befand sich 3 cm unterhalb des Schwertfortsatzes, 1,5 cm lateral von der Mittellinie, Ausschussöffnung fehlte. — Unter den 19 Kranken mit Kontusionen des Bauches kamen 4 schon sterbend zur Klinik, bei welchen sich mehrfache Darm- und Leberzerreißung vorfand. Auch bei den übrigen unterblieb die Laparotomie; von ihnen starben nur 2, obgleich bei vielen anfänglich stürmische Erscheinungen, auch Zeichen des Shocks auf schwerere Verletzungen hindeuteten. Beide Verstorbene wurden erst längere Zeit nach der Verletzung eingeliefert, so dass der Bauchschnitt aussichtslos gewesen wäre. Unbedingt ist zuzugestehen, dass die Indikation zur Operation gerade für diese Art der Verletzungen sehr schwierig zu stellen ist. — Von 7 Kranken mit eitriger Perityphlitis, die operiert wurden, starben 2 an schon vorher bestandener allgemeiner Peritonitis. Bei der Operation wurde nicht nach dem Proc. vermiformis gesucht, um die Gefahr einer Eröffnung des Bauchfellsackes zu vermeiden, was auch stets gelang. — Durch den Bauchschnitt geheilt wurden 2 Kranke mit tuberkulöser Peritonitis, 2 andere starben an allgemeiner Tuberkulose unoperiert. — Von 8 Kranken mit eitriger Peritonitis gelang es nur 3 zu retten. In allen diesen Fällen wurde drainiert, aber nicht ausgespült. Das Gesamtergebnis der Behandlung der eitrigen Peritonitis in der Klinik stellt sich wie 32:7 Heilungen = 21,9%, immerhin gegenüber der Schwere der Affektion ein bemerkenswertes Resultat. — Bei 3 Kranken wurde die Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz mit gutem Erfolg gemacht, 2 wurden geheilt, 1 starb 14 Tage nach gelungener und p. pr. in Heilung ausgegangener Operation. Veranlassung zu der Stenose war 2mal Geschwür, 1mal Salzsäureätzung gewesen, welche eine so hochgradige Erweichung der Magenwand bewirkt hatte, dass dieselbe bei der Operation mit dem Finger durchbohrt wurde. — 4mal wurde die Cholecystotomie gemacht; 1mal blieb eine Gallenblasenfistel zurück. — Nierenexstirpation wegen Pyonephrose führte in 1 Falle zur Heilung, in 1 Falle zum Tode in Folge gleichzeitiger Erkrankung der anderen Niere. Im letzten Falle war zwar durch die Cystoskopie festgestellt worden, dass klarer Harn sich aus dem linken, eitrigen

aus dem rechten Harnleiter entleerte; allein die Untersuchung jenes klaren Harnes war nicht gemacht worden, was sich somit als nöthig erweist. — Die meisten Kranken mit Magenkrebs erwiesen sich als inoperabel, nur in 1 Falle wurde die Pylorusresektion ausgeführt; die Kranke starb in 3 Tagen an Inanition. Die krebssige Natur des Leidens ergab sich bei einer anderen Kranken erst, als bei Ausführung der Pyloroplastik aus der die Pylorusenge bewirkenden Geschwulst ein Stück herausgeschnitten und untersucht wurde; die Exstirpation konnte wegen eintretender Chloroformasphyxie nicht gemacht werden, später wurde sie verweigert. 2mal wurde die einfache Gastrostomie, 1mal die Gastrostomie mit Frank'scher Verschlussbildung, und zwar stets zweizeitig gemacht, stets wegen Carcinom, allein der Tod trat stets in kurzer Frist an den Folgen der schon bestandenen Erschöpfung ein. — Durch einen großen Bandwurm wurde das Vorhandensein einer gänseeigroßen Darmgeschwulst vorgetäuscht, aber mit Entleerung des Wurmes beseitigt.

Die in den früheren Berichten begonnene Statistik der Hernien wird fortgesetzt. Es wurden 70 Herniotomien ausgeführt, und zwar 39 mit 1 Todesfall als Radikaloperationen bei nicht eingeklemmten, 31 bei eingeklemmten Brüchen mit 6 = 19,3% Sterblichkeit. Leider ist's unmöglich, genauer auf Einzelheiten einzugehen. Doch soll erwähnt werden, dass die Stenzel'sche Pfeilernaht auch in diesem Berichtsjahr vorwiegend angewendet wurde mit guten Dauererfolgen, so weit diese festgestellt werden konnten. Die Postempski'sche Radikaloperation der Leistenbrüche wurde gleichfalls versucht, hinsichtlich des Dauererfolges wird als Nachtheil erwähnt, dass ein Mann beim Auftreten einer Vorwölbung der Bauchöffnung den Versuch, ein Bruchband zu tragen, wegen höchst schmerzhaften Druckes der Pelotte auf den Samenstrang habe aufgeben müssen. Ein großer Theil der Operationswunden heilte p. pr.

Von 36 Harnröhrenstrikturen erforderten 8 den inneren Harnröhrenschnitt mit dem Maisonnewe'schen Instrument. Bei einem der damit Operirten füllte sich aber die Harnblase danach so mit Blutgerinnseln, dass sie nicht ausgespült werden konnte; zur Entleerung des Gerinnsels musste der äußere Harnröhrenschnitt hinzugefügt werden, worauf Heilung in 4 Wochen. Etwa dieselbe Zeit beanspruchte die Heilung der übrigen Operirten. — Die 26 Hydrocelen wurden sämmtlich in der v. Bergmann'schen Weise mit Exstirpation des Sackes operirt. — Auch eine Hydrocele muliebris kam zur Beobachtung und wurde operirt, wobei sich 3 Cysten mit besonderer Membran und Plattenepithel fanden.

An der Hand wurden 14mal Sehnennähte angelegt, meist mit Katgut. In 11 Fällen trat Heilung p. pr. ein, 1mal musste die Hand amputirt werden. Nur 6mal war die Funktion gut, 4mal leidlich, 3mal schlecht. Die zuweilen eintretende Verwachsung der Sehnen mit der Hautnarbe hinderte meist nicht den Erfolg, die Narbe übernahm die Funktion der Sehne. — In 2 Fällen von Nerven-naht des Medianus blieb zwar die Vereinigung aus, allein die Funktion stellte sich trotzdem wieder her, offenbar durch Anastomosen. — Durch eine von einem Menschen gelegentlich einer Schlägerei beigebrachte Bisswunde wurde Lues übertragen. — Von 79 Knochenbrüchen an den oberen Gliedmaßen waren 9 bei Männern offen, alle übrigen subkutan. Bei den 23 Brüchen des Radius wurden meist Gipsbindenschiennen angelegt, zuweilen die Schienen nach Schede oder Carr, 3mal der Heftpflasterriem nach Braatz, 2mal nur eine Mitelle nach Petersen; die Erfolge waren angeblich überall gut, wenn auch verschieden quoad functionem. — Unter den 34 Verrenkungen befinden sich 2 der Scapula in der Artic. acromio-clavicularis, von denen eine unter einfachem Verband heilte, während in dem anderen Falle die große Neigung zur Dislokation das Anlegen einer Silberdrahtnaht durch Akromion und Clavicula nothwendig machte, wonach eben so vollkommene Wiederherstellung der Funktion wie im 1. Falle eintrat. Eine Luxatio subcoracoidea war mit einer gleichseitigen Verrenkung im Ellbogengelenk verbunden, welche vor jener eingenenkt werden musste; beide schienen dadurch veranlasst zu sein, dass ein Schutzmann den sich heftig sträubenden betrunkenen Mann am Arm festgehalten hatte. — Bei den Phlegmonen wurde die

Behandlung mit Umschlägen von Alkohol oder Alumin. acet. fortgesetzt; in 7 von 50 Fällen wurde dabei Rückbildung der Entzündungserscheinungen ohne Eiterung beobachtet. Es sei schon hier erwähnt, dass die Zahl der unter dieser Behandlung sich rückbildenden Phlegmonen der unteren Gliedmaßen noch größer war, indem sie 28 auf 60 d. h. 46,7% betrug. Rechnen wir die Phlegmonen zusammen, so erhalten wir im Ganzen unter 110 Erkrankungen 35 = 31,8 Rückbildungen, ein sehr bemerkenswerther Erfolg. Doch glaubt T. nicht ohne Weiteres einen günstigen Rückschluss auf die Behandlung allein ziehen zu dürfen, da man die Beobachtung gemacht hat, dass Phlegmonen in den letzten Jahren in einem früheren Stadium als ehemals dem Krankenhaus zugehen. — Auch bei der Lymphangitis wurde Rückbildung häufiger beobachtet. — Unter den Gelenkerkrankungen war ein größerer Theil durch Tuberkulose bedingt; auch die gonorrhoeischen Formen waren nicht selten. Oft wurde Resektion nöthig, als deren Enderfolg Schlottergelenk häufig ist; zuweilen wurde auch gute Funktion erzielt. Bei einer Frau war schon 1891 wegen Tuberkulose die Resectio humeri gemacht worden und wurde jetzt wegen Caries sicca des Schlüsselbeins das Brustbeinende desselben reseziert. — Eine Hiebwunde des Knies mit einem Beil hatte das Gelenk eröffnet und war durch einen Heilgehilfen durch Naht geschlossen. Am 10. Tage mit prall gefülltem Gelenk und 38,5° aufgenommen; Eröffnen der Naht, Entleeren des Blutes, Tamponade, Schienenverband, Heilung in 8 Wochen; die Anfangs geringe Beweglichkeit besserte sich später. — Auch ein sehr ausgedehntes Decollement in der Kniegegend durch Überfahren wurde durch Incision entleert und geheilt; 2 ähnliche Zustände heilten ohne Eröffnung. — Die Behandlung der Knochenbrüche der unteren Gliedmaßen mit Gehverbänden wurde fortgesetzt und mit so gutem Erfolg, dass v. Bardeleben sie auf dem Chirurgenkongress 1895 lebhaft empfehlen konnte, unter der Voraussetzung, dass die Kranken sorgfältig ärztlich überwacht werden. — Die Bier'sche Methode der Amputatio cruris wurde in einem Falle versucht, bewährte sich aber nicht. Nicht allein ist die Technik der Operation selbst schon mit Schwierigkeiten verbunden, dann aber ist das untere Tibiabruchstück mangelhaft ernährt, da dies vom Periost aus geschehen muss, in Folge der Kniekung der Art. tib. postica selbst nur sehr schlecht ernährt ist; in Folge dessen ist die Callusbildung unzureichend und blieb die Konsolidation in diesem Falle aus; auch ist eine Atrophie des Fußstückes zu erwarten, welche seine Brauchbarkeit in Frage stellt. — Von 10 Resektionen wegen Tuberkulose des Hüftgelenks führten 5 zum Tode, 5 zu anscheinend dauernder Heilung. — Am Kniegelenk wurde aus gleichem Grunde 10mal reseziert unter schonendstem Vorgehen; 8mal wurde Heilung erreicht, nur 1 Todesfall. — Gonorrhoeische Entzündung des Kniegelenks kam in nicht weniger als 19 Fällen zur Behandlung, worunter 11mal die Erscheinungen leichter Art waren und durch einfache Therapie (Eisblase, Tinct. Jodi, Natr. salic., Gummibinde) gehoben werden konnten, wogegen 6mal die Punktion des Gelenks mit Potain'schem Apparat nöthig wurde. Bei 3 dieser Kranken trat volle Ankylose, nur bei 2 volle Beweglichkeit ein. Auch diese Maßnahmen genügten in 2 Fällen nicht; im einen erzielte die Arthrektomie noch Heilung mit Ankylose, während im 2. Falle auch die Resektion erfolglos blieb, und endlich zur Absetzung geschritten werden musste. — Statt der nicht bewährt befundenen Trendelenburg'schen Unterbindung der Saphena bei hartnäckigen Beingeschwüren wurde in der Berichtszeit der Unterbindung noch die Exstirpation der erweiterten Venenstränge hinzugefügt. Die Erfolge schienen sehr günstig, besser als durch die Thiersch'schen Transplantationen; nach 22 Operationen trat Heilung p. pr., nach den übrigen 3 leichte Eiterung ein; sämmtliche 15 später auffindbare Operirte waren von abermaliger Geschwürsbildung frei geblieben.

Wenn wir hiermit unsere Übersicht über die großartige Thätigkeit der Klinik schließen, so erübrigt uns noch hinzuzufügen, dass damit zugleich auch Abschied von dem ganzen Wirken v. Bardeleben's zu nehmen ist, desjenigen Chirurgen, dem allein schon sein frühzeitiges Eintreten für die antiseptische Wundbehandlung in Deutschland zur höchsten Ehre gereicht. Lühke (Königsberg i/Pr.).

15) **Rudnew.** Über Aktinomykose. (Aus der chirurgischen Fakultätsklinik von Prof. Bobroff in Moskau.)

(Die Chirurgie Hft. 3. [Russisch.])

R.'s Arbeit liegen 7 Fälle von Aktinomykose zu Grunde, die theils in der Klinik, theils in der Privatpraxis Bobroff's beobachtet wurden. 3 Fälle betreffen Kopf und Hals, 2 die Lungen und 2 die Bauchhöhle (Darm). Die 3 ersteren genasen, die 4 letzteren, schwereren Fälle starben.

Bei der Besprechung der Ätiologie hebt R. hervor, dass fast alle seine Aktinomyceskranken die Gewohnheit hatten, gelegentlich Getreideähren oder Gries zu kauen, 2 von ihnen hatten beim Getreideverkauf die Körner zu prüfen und thaten dies, indem sie dieselben zerbissen.

Die nahe Beziehung der Aktinomykose zu den Getreideähren, von welchen man wiederholt Theile in aktinomykotischen Herden gefunden, legt es nahe, sie in Zusammenhang mit der Erkrankung zu bringen. Im Falle der Lungenaktinomykose ließ sich keine annehmbare Quelle für die Ansteckung finden. Freilich hatte Pat. als Intendanturbeamter die Gelegenheit, Getreidestaub einzuathmen.

Fall 2 und 3 (Hals und Unterkiefer) gehören zur akuten Form der Erkrankung.

Die äußerliche Behandlung bestand in breiter Eröffnung des Herdes, Auskratzen desselben und (nach Albert) Tamponade mit in starke Sublimatlösung getauchten Bäuschen nebst solchen Einspritzungen in das verhärtete Gewebe. Von Jodkali wurde kein bemerkbarer Einfluss gesehen, mehr befriedigte die Sublimatbehandlung.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

16) **S. E. Milleken.** Supplementary notes on tendon grafting and muscle transplantation for deformities following infantile paralysis.

(New York med. record 1896. November 28.)

Die Behandlung der Kinderlähmung auf operativem Wege hat auch M. ausgeübt und findet, dass für die Funktionsübertragung der Muskeln ein viel weiteres Feld offen steht, als er bei seiner ersten Publikation (12. annual meeting of the New York State med. Association 1895) eines Falles glaubte.

M. operirte 14mal bei 9 Pat. nämlich:

1) Partielle oder komplette Transplantation des Sartorius in die Scheide des Quadriceps; 2) Naht des Extensor hallucis longus an den paralytirten Tibialis anticus; 3) Übertragung des Gastrocnemius an den Peroneus longus und brevis; 4) des Extensor digitor. comm. an den Tibialis anticus und umgekehrt; 5) Extensor hallucis longus an den Extensor digit. comm.; 6) Flexor hallucis longus an den Tibialis anticus; 7) ein Theil des Deltoideus wurde an die Sehne des paralytirten Triceps verlagert. Die totale Transplantation des Sartorius in 1) misslang, weil die Anheftung an die Kniescheibe nicht hielt in Folge zu starker Spannung durch Kontraktion der Flexoren. In Serie 6 konnte ein Pat., bei dem der Flexor hallucis zur Vorderseite an die Tibialis anticus-Sehne gelagert wurde, später nicht wieder untersucht werden.

Ist eine ganze Gruppe gelähmt, so muss ein ganzer gesunder Muskel übertragen und die Insertion des ersteren erhalten werden, ist nur ein Theil der Gruppe gelähmt, genügt meist Sehnennaht. Als Nahtmaterial wird Känguruhsehne vorgezogen, die in 21 Tagen resorbirt wird. (Cf. Drobnik, dieses Centralblatt 1896 No. 39.)

Loewenhardt (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. Sonnabend, den 12. Juni. 1897.

Inhalt: S. Kofmann, Eine Modifikation der Pirogoff'schen Fußamputation im Sinne der konservativen Chirurgie, vorgeschlagen von Dr. Jusephowitsch. (Original-Mittheil.)

1) Guinard, Bauchquetschungen. — 2) Fürbringer, Peritoneale Verwachsungen. — 3) Gatti, Bauchfelltuberkulose. — 4) Haughey, Bauchwundnaht. — 5) Ackermann, Perforirendes Magengeschwür. — 6) Tricomi, Gastrostenoplastik. — 7) Berger-Steiner, Unterleibsbrüche. — 8) Lennhoff, Brüche der Linea alba. — 9) Seelistschow, Blasenbrüche. — 10) Stinson, 11) Raffa, Radikaloperationen von Brüchen. — 12) Svensson, Mastdarmkrebs.

13) Trapp, Verletzung von Unterleibsorganen. — 14) d'Urso, 15) Margarucci, 16) Warnek, Bauchfelltuberkulose. — 17) Fowler, Empyem des Wurmanhanges. — 18) Hochenegg, Sacrale Hernien. — 19) Marcellé, Zwerchfellbruch. — 20) Philippe, Laparotomien. — 21) Karsowski, 22) v. Eiselsberg, Jejunostomie. — 23) Gersuny, Kothgeschwülste. — 24) Chirat, Akute Darminvagination. — 25) Frank, Darmaht. — 26) Rosa, Dick- und Dünndarmresektion. — 27) Steudel, Atesia ani. — 28) Walther, Leberabscesse. — 29) Ruotte, Angiocholitis. — 30) Jaboulay und Bret, Leberechino-coccus. — 31) Ullmann, 32) Chaput, Zur Chirurgie der Gallenwege.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des israelitischen Spitals zu Odessa
des Herrn Dr. Jusephowitsch.)

Eine Modifikation der Pirogoff'schen Fußamputation im Sinne der konservativen Chirurgie, vorgeschlagen von Dr. Jusephowitsch¹.

Von

Dr. S. Kofmann.

Wenn ich diesen Aufsatz wie oben betitelt habe, so will ich die Gründe dafür in einigen Worten aussprechen.

Bekanntlich herrscht in der modernen Chirurgie das Bestreben, alles Mögliche konservativ zu behandeln, d. h. der operative Eingriff wird so weit wie möglich aufgeschoben und ihm auch thunlichst durch nicht blutige Methoden vorzubeugen gesucht. Wir sollten

¹ Vorgetragen in der wissenschaftlichen Sitzung der Ärzte des israelitischen Spitals zu Odessa am 19. April 1897.

in diesem Bestreben, so lobenswerth es ist, nicht zu weit gehen, andererseits aber uns bemühen, das konservative Verfahren in die operative Methode selbst aufzunehmen. Bei jeder Operation wollen wir uns vornehmen, nur das aus dem Körper zu entfernen, was durchaus nothwendig ist, Betreffs der gesunden Theile aber möglichst schonend zu verfahren, besonders wenn sie Träger einer specifischen Funktion sind. Am Skelett hat jeder Knochenvorsprung, jede Leiste ihre besonderen Dienste zu erfüllen, die mehr oder weniger unersetzlich sind; dem haben wir immer Rechnung zu tragen, indem wir diese Theile nicht zwecklos und ohne besondere Indikation abtragen. Die Malleolen des Unterschenkels leisten derartige Dienste: sie halten die Bewegung des Talocruralgelenks in gewissen Schranken, verhindern das seitliche Abgleiten der Tibia. Fehlen sie, so fällt die Gabelform des Gelenks fort, und die Theile desselben können sich dann schrankenlos frei bewegen². Solche Verhältnisse stellt die Pirogoff'sche Operation her: die crurale Gelenkfläche und damit die Malleolen werden abgetragen, und an die Sägefläche wird der Höcker des Fersenbeins angeheilt. Dabei opfert man nicht selten zu viel, eben die Malleolen, und zwar grundlos und fehlerhaft, da ihre Erhaltung demselben Zweck, aus welchem sie bisher entfernt wurden — einen guten Stumpf zu erhalten — mit viel größerem Vortheil und Nutzen dienen könnten. Pirogoff selbst in seiner allgemeinen Kriegschirurgie (Th. II p. 234) erwähnt, dass er in 2 Fällen die seitliche Verschieblichkeit des angeheilten Fersenlappens zu beobachten Gelegenheit hatte. Auch Dittel³, Bardeleben⁴ u. v. A. erwähnen die Verschieblichkeit bald nach der Seite, bald nach hinten, und suchen dem vorzubeugen, wozu Bardeleben sich eines aus karbolisirtem Heftpflaster hergestellten Steigbügels bediente, der ihm angeblich gute Dienste geleistet hat. Näher liegt es, statt dieses künstlichen Steigbügels die natürliche Gabel, die die Malleolen darstellen, auszunutzen, wie wir es bei genauer Litteraturdurchsicht schon weit vor Pirogoff von v. Kern in Wien ausgeführt finden. Nach Geinitz⁵ schreibt v. Kern in den Leistungen der chirurgischen Klinik zu Wien: »In einem Falle geschah es nun gar, dass wir das ganze Sprungbein, wie auch einen Theil des Fersenbeins entfernen mussten, in welchem Falle dann wir den übrigen Theil des Fersenbeins zwischen den Knorren des Schienbeins schoben, die Wundlappen darüber schlugen und das Ganze nach unserer gewöhnlichen Methode behandelten. Der Erfolg war günstig. Das Fersenbein blieb in in dieser Verrückung unverrückt liegen, und nach erfolgter Vernarbung ging der Kranke auf dem Fersenbein wie auf einer Stelze.«

² S. Kofmann, Zur Luxation und Resektion am Fußgelenk. Centralblatt für Chirurgie 1894. No. 2.

³ Wiener med. Wochenschrift 1877. p. 361.

⁴ Berichte der Sitzung des IX. Chirurgenkongresses.

⁵ Jenaische Zeitschrift für Medicin III. p. 294, auch Referat in Virchow-Hirsch's Jahresbb. 1867. Bd. II. p. 420.

Geleitet von den eben geäußerten Gedanken entschloss sich mein hochgeehrter Chef Herr Dr. Jusephowitsch, in einem Falle, wo die Pirogoff'sche Amputation angezeigt war, dieselbe in konservativem Sinne zu modificiren; er ließ die Malleolen stehen und zwängte das flach resecirte Fersenstück zwischen sie, indem er vorher den Knorpel des Gabelgelenks entfernte und zwei Seitenflächen zur Aufnahme der Malleolen am Fersenbein bildete.

Die Krankengeschichte dieses ersten Falles gestaltet sich folgendermaßen:

W. Pustjakowsky, 27 Jahre alt, schlank, kräftig gebaut, kam ins Spital mit der Klage, seit 4 Monaten Schmerzen im linken Fuße zu haben. Die Untersuchung des Fußes am Eintrittstage, 26. August 1893, ergab eine flache Schwellung am Dorsum pedis in der Gegend der Metatarsalknochen, wobei die Haut über dieser Stelle bläulich gefärbt war und beim Anfühlen schmerzte. Vermuthungsdiagnose — Osteomyelitis metatarsi. Da der operative Eingriff von dem Pat. abgewiesen wurde, so wurde er mit Bädern und lokalen Argentum nitricum-Pinselungen behandelt. Diese Kur wurde bis Ende Oktober fortgesetzt. Am 29. September gestand der Pat., dass er luetisch wäre; desshalb verordnete man eine merkurielle Kur.

Am 3. Oktober. Die Schmerzen haben nachgelassen, dagegen ist die Schwellung am Dorsum pedis größer. Am 9. Oktober bricht ein Geschwür mit speckigem Grunde in der genannten Gegend auf; am 21. Oktober gesellt sich dazu ein zweites, wobei die Schwellung weiter bestand. Am 5. November wurde ein Schnitt auf dem Dorsum bis auf die Knochen gemacht, wobei sich viel Eiter entleerte. Am 25. November sieht die Wunde schmutzig aus, die Knochen erscheinen mehr und mehr afficirt. Am 10. December führte Herr Dr. Jusephowitsch die Operation in Chloroformnarkose in oben geschilderter Weise aus. Am 15. December erster Verbandwechsel. Die Hautnähte wurden entfernt. Heilung per primam intentionem. Der Knochen saß fest und unverrückt. Am 20. December aus einem Stichkanal unbedeutende Eiterung. Verbandwechsel. Am 18. Januar 1894 verließ Pat. das Spital ganz geheilt.

Ermuntert durch diesen Erfolg bat ich den Chef der zweiten chirurgischen Abtheilung, Herrn Dr. Silberberg, gelegentlich auch nach dieser Methode operiren zu wollen. Bald fand sich ein dazu geeigneter Fall.

Pat. G. Schulmann, 58 Jahre alt, stark, kräftig gebaut, giebt an, dass ihm ein Stein auf den Fuß gefallen sei.

Am 28. Juli 1894, am Tage der Aufnahme ins Spital, erwies sich bei der Untersuchung der ganze Vorfuß in Brei umgewandelt; einzelne Knochenstücke hafteten noch an der Haut. Unter Narkose wurden die zertrümmerten Theile mittels Schere entfernt, die Wunde gereinigt und ein Verband angelegt. Am 2. August fieberloser Verlauf. Verbandwechsel. Die Wunde ist rein. Bis zum 23. August glatter Verlauf. Die Wunde granulirt gut, aber am Unterschenkel zeigt sich ein Ekzem, gegen das Fomentationen aus Liquor Burowi verordnet wurden. Am 17. September, nachdem sich Alles gereinigt hat, wurde unter Narkose zur Operation geschritten. Zuerst wurden alle Metatarsalknochen, die Cuneiformia und das Kahnbein entfernt. Da nun die Pirogoff'sche Operation indicirt schien, wurde der Talus ausgeschält, die Knorpelfläche am unteren Crualgelenk angefrischt, die Malleolen nicht abgetragen und der flach durchsägte Calcaneus in die Gabel eingezwängt. Es wurde bloß eine tiefe Naht angelegt, aber mehrere oberflächliche. Es erwies sich ein Überfluss an Haut. Am 19. September Verbandwechsel, die Wunde ist rein, aber das Ekzem wieder aufgetreten. Am 6. Oktober Temperatur erhöht; am äußeren Knöchel eine kleine Schwellung. Priesnitz'scher Umschlag. Am 15. Oktober entleerte eine Incision an der genannten

Stelle viel Eiter; der Knochen erscheint entblößt. Auslöfflung. Tamponade. Am 23. Oktober ist die Wunde rein, granulirt gut. Am 22. December verließ der Pat. das Spital, der Knochen ist fest angeheilt, der Pat. tritt auf dem Fuße gut auf und ist sehr zufrieden.

Diese eben geschilderten 2 Fälle illustriren zur Genüge die Operation; ihre Vortheile leuchten aus dem Vorhergesagten wie aus der Methode selbst hervor. Ich hätte vor der Veröffentlichung gern noch mehr Beobachtungsmaterial gesammelt. Es wollte mir aber nicht glücken, da wir in der letzten Zeit trotz dem großen Operationsmaterial zu keiner Fußamputation nach dieser Methode gekommen sind. Inzwischen aber ist eine Arbeit von Samfirescu und H. Solomovici in der *Revue de Chirurgie* 1897 No. 2 erschienen (*Nouvelle opération ostéoplastique dans la région tibiotarsienne*), in welcher die Autoren die so modificirte Pirogoff'sche Operation zur Prüfung vorschlagen, nachdem sie dieselbe an Leichen ausgeführt und studirt haben. Es liegt mir fern, mich in Prioritätsstreit einzulassen. Die Hauptsache liegt doch in den Vorzügen der Methode und der Hilfe, die wir mittels derselben der leidenden Menschheit bringen können, nicht darin, wie und nach wem sie in der Geschichte der Chirurgie benannt werden wird.

Eine kleine Exkursion in die letzte möchte ich mir aber doch gestatten. v. Kern führte die Operation als Erster aus, ohne sie zur Methode emporheben zu wollen, und Rosumowsky⁶ führte 1mal die Tauber'sche Modifikation der Pirogoff'schen Operation mit Erhaltung der Malleolen und Einzwängung des longitudinal resecurten Fersenbeins zwischen dieselben aus.

Meinem geehrten Chef Herrn Dr. Jusephowitsch, so wie Dr. Silberberg spreche ich für liberale Zuvorkommenheit und zur Verfügungstellung der Fälle an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus.

1) A. Guinard. Contusions de l'abdomen.

(*Revue internat. de thérapeut. et de pharmacol.* 1897. No. 3.)

Verf. schlägt vor, bei stärkeren Kontusionen des Bauches, wenn außer Shock kein Symptom für eine Verletzung eines Organs der Bauchhöhle oder für innere Blutung spricht, einen kleinen Einschnitt in der Linea alba oberhalb der Symphyse zu machen, um sich von etwaiger Anwesenheit von Gas oder Flüssigkeit in der Bauchhöhle, von dem Zustand der vorliegenden Darmschlingen, ohne andere weiter vorzuziehen, zu überzeugen. Dieser kleine Schnitt — wie ihn Mikulicz seit Jahren übt — ist mit Lokalanästhesie zu machen und kommt als Eingriff, wie dies Verf. gegenüber einzelnen Angriffen besonders hervorhebt, nicht in Betracht. In einer großen Zahl, nicht in allen Fällen, kann so die Diagnose gesichert und die eventuelle

⁶ Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXIX. p. 361.

Laparotomie gleich angeschlossen werden. Andererseits wird aber auch dieser kleine Einschnitt viele Pat. vor ausgedehnten Probelaparotomien bewahren.

Von den beiden mitgeteilten Fällen handelte es sich 1mal um eine Nierenverletzung, die zwar auch so diagnosticirt werden konnte, die Probeincision wies aber Blut in der Bauchhöhle nach — das 2. Mal ebenfalls um eine Blutung in der Bauchhöhle bei Zerreißung des Netzes. Eine Zerreißung der Vena renalis sinistra wurde erst bei der Obduktion gefunden.

Borchard (Posen).

2) Fürbringer. Zur Frage der peritonealen Verwachsungen nach Unfällen.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1897. No. 7.)

Unter Hinweis auf pathologische Befunde bei Sektionen und namentlich auf eine Arbeit Riedel's (Korrespondenzblatt des ärztlichen Vereins von Thüringen No. 19 u. 20) will F. nur eine Anregung geben auf diesem Gebiet. In einer knappen, anregenden Ausführung hat er sich dieses »Stiefkindes« angenommen. F. betont die Wichtigkeit der durch Verwachsungen bedingten Störungen für die Entstehung von Visceralneuralgien mit Hysterie im Gefolge, für das Auftreten von Ileus und geringeren Intestinalbeschwerden. Bei vorhandener nervöser Anlage wirken die Beschwerden ungleich stärker. Ein einschlägiger Fall wird mitgeteilt: Eine Bohle hatte den Unterleib getroffen. Die akuten Symptome bestanden in Abdominalschmerzen, Mattigkeit etc., blutigen Durchfällen und Fieber. Zurück blieben dauernde Abdominalschmerzen. F. nimmt auf der Grundlage eines Darmgeschwürs narbige Bauchfellverwachsungen an. In anderen Fällen wird allerdings eine Grundlage in so exakter Weise nicht aufzustellen sein. Jedenfalls bedarf es hier noch mancher Arbeit, um über den Einfluss von Traumen einige praktisch verwertbare Aufklärung zu erhalten.

Bähr (Hannover).

3) G. Gatti. Über die feineren histologischen Vorgänge bei der Rückbildung der Bauchfelltuberkulose nach einfachem Bauchschnitt. (Aus dem pathologischen Laboratorium des Ospedale Mauriziano in Turin. — Direktor Prof. Dr. T. Carbone.)

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIII. Hft. 3 u. 4.)

Die auffallende Thatsache, auf welche zuerst Spencer Wells aufmerksam gemacht hat, dass die Bauchfelltuberkulose beim Menschen nach einer einfachen Laparotomie ausheilen kann, hat nicht nur von Seiten vieler Kliniker Bestätigung gefunden, sondern auch schon wiederholt Veranlassung gegeben, den merkwürdigen Vorgang anatomisch und experimentell zu studiren und damit eine Erklärung für denselben zu finden. Im Allgemeinen liefen die Erklärungsversuche darauf hinaus, dass man annahm, durch den mechanischen oder chemischen Reiz der Laparotomie trete eine Rückbildung der

Tuberkeln, ein regenerativer Vorgang ein, in Folge Leukocyten-infiltration und Phagocytose mit nachfolgender lebhafter Entwicklung von Bindegewebe (Nannoti und Baciocchi, Kischensky, Stchego-leff, Bumm).

G. trat diesen Anschauungen im Jahre 1894 entgegen und stellte die hydropische Entartung der epitheloiden Zellen, die Vakuolisierung, welche später auch den Kern angreift und den Zerfall der Zelle herbeiführt, in erster Linie als die Grundlage des Heilungsprocesses hin. Nur Mazzoni (1895) beschreibt ähnliche Vorgänge und lässt die Rückbildung der Knötchen entweder durch Substitution von Bindegewebe oder durch cystische Entartung eintreten.

In vorliegender Arbeit theilt Verf. nun die Resultate seiner außerordentlich zahlreichen Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden mit. Als Impfmaterial wurden entweder Netzstücke von tuberkulösen Meerschweinchen oder Reinkulturen benutzt. Bei jeder Laparotomie wurden Stücke des Bauchfells und des großen Netzes zur Untersuchung herausgenommen; die Thiere wurden entweder nach einer Reihe von Tagen getödtet oder einer zweiten Laparotomie unterworfen. Die Resultate sind in mehrfacher Beziehung sehr interessant; ich muss mich aber auf die kurzen Mittheilungen beschränken, welche sich auf die Heilung der Bauchfell-tuberkulose bei den verschiedenen Thieren beziehen. Danach ist »die fibröse Bauchfell-tuberkulose des Meerschweinchens durch einfachen Bauchschnitt heilbar, die käsige oder in Verkäsung begriffene aber nicht; sie wird nur in ihrer Entwicklung gehemmt«. Für Kaninchen gilt dasselbe, »wenn die Operation in dem ersten, noch rein fibrösen Stadium der Krankheit vorgenommen wird, wenn auch vereinzelt käsige Knötchen die Heilung nicht ausschließen, weil dieselben durch einen langsamen Verkalkungsprocess unschädlich gemacht werden können«. — Die Versuche an Hunden sind entschieden die wichtigsten und bieten ähnliche Erscheinungen der Erkrankung etc. dar, wie sie beim Menschen beobachtet werden; der Hund eignet sich auch am besten zu diesen Versuchen, weil sich die Tuberkulose langsamer entwickelt und die Allgemeininfektion später eintritt, als bei den anderen Thiergattungen. Die Experimente am Hunde sind denn auch vom Verf. mit ganz besonderer Sorgfalt behandelt und durch eine Reihe mikroskopischer Abbildungen erläutert. Praktisch wichtig ist zunächst die Thatsache, »dass die Laparotomie ohne jede Wirkung bleibt, wenn sie zu früh vorgenommen wird, d. h. noch ehe die fibröse Tuberkulose ihre volle Entwicklung erreicht hat«.

Verf. weist dann nach, dass seine oben angeführte Anschauung von den histologischen Vorgängen bei Heilung der Bauchfell-tuberkulose richtig ist, dass die »Heilung also nicht auf entzündlicher Reaktion und aktiver Wucherung des Bindegewebes beruht, sondern dadurch zu Stande kommt, dass die epitheloiden Zellen durch einen langsamen Entartungsprocess (hydropische Degeneration) zerstört und dann resorbirt werden, wobei gleichzeitig die Rundzellen und die

Bacillen allmählich verschwinden, so dass zuletzt nur das präexistierende bindegewebige Stroma mit seinen Gefäßen zurückbleibt«. »Die Bindegewebskapsel der käsigen Tuberkel ist bei operirten Thieren niemals stärker entwickelt als bei nichtoperirten.« »Die centrale Käsemasse wird allmählich eingedickt und verkalkt.«

Die Frage, auf welchem Vorgang in letzter Linie die heilende Wirkung der Laparotomie beruht, beantwortet Verf. dahin, dass durch dieselbe »Bedingungen geschaffen werden, durch welche die Tuberkelbacillen entweder vernichtet oder abgeschwächt, jedenfalls aber in ihrer weiteren Vermehrung gehindert werden«. Die Proteine der durch die Operation getödteten oder geschädigten Bacillen leiten dann die langsame Entartung der epitheloiden Zellen ein, welche der histologischen Rückbildung des Tuberkels zu Grunde liegt. Der Umstand, dass jedes Mal nach der Laparotomie ein seröses, röthlich gefärbtes Exsudat in der Bauchhöhle auftrat, legt den Gedanken nahe, dass dieses Blutserum, welches bekanntlich eine große baktericide Wirkung besitzt, die Bacillen abtödet und dann die oben beschriebene Wirkung eintreten lässt. — Ein ausführliches Litteraturverzeichnis ist der interessanten Arbeit beigefügt. **Tschmarke** (Magdeburg).

4) **W. H. Haughey.** An ideal suture for the closing of abdominal incisions, cuts on the hands, face and body generally.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1897. Februar 20.)

Als die nach allen Richtungen hin beste Nahtmethode empfiehlt Verf. eine von ihm erdachte: er benutzt gerade Nadeln und Silkwormgut oder Silberdraht (um Nahteiterungen zu vermeiden) zu fortlaufenden Etagnennähten. Nach Schluss jeder Wundschicht sticht er die Fadenenden in einiger Entfernung von den Wundwinkeln (je tiefer die Naht, desto weiter) durch die Haut aus und befestigt dieselben über einer kleinen Aluminiumplatte. Bei größerer Spannung, z. B. für die Muskelnnaht bei Laparotomiewunden (für welche im Ganzen 3 Nahtreihen angelegt werden), wird Silberdraht bevorzugt, sonst Silkwormgut. Die Fäden können beliebig lange liegen bleiben. Ihre Entfernung soll leicht durch einfachen Zug gelingen, außer zuweilen bei der Muskelnnaht. Gewalt beim Zug soll man vermeiden, weil der Faden sonst abreißen könnte, sondern einen Tag warten und soll dann den Faden ohne Schwierigkeit herausziehen können.

Martens (Göttingen).

5) **A. Ackermann.** Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère d'estomac et de son traitement chirurgical.

Thèse, Lausanne, **Ch. Pache**, 1896. 102 p.)

Die auf Anregung von Roux ausgeführte Arbeit bespricht im ersten Theil, sowohl auf Grund der bisher veröffentlichten, als auch eigener Beobachtungen, die diagnostische Bedeutung der meist als für Magenperforation charakteristisch angeführten Symptome:

In Bezug auf den Schmerz wird die außerordentliche Heftigkeit und das ganz plötzliche Einsetzen desselben hervorgehoben. Das Erbrechen fehlt in der Regel in den ersten 24 Stunden oder tritt nur vereinzelt auf. Es darf aber darauf nach A. nicht zu viel Gewicht gelegt werden, da schon mehrfach häufiges bis unstillbares Erbrechen beobachtet wurde. Meist lag in diesen Fällen die Perforation in der Nähe des Pylorus. Das nach den ersten 24 Stunden auftretende Erbrechen hat nicht dieselbe diagnostische Bedeutung, da es in der Regel auf das Bestehen einer Peritonitis schließen lässt. Viel mehr Wichtigkeit kommt einem Symptom zu, das, obwohl schon von verschiedenen Autoren beiläufig angeführt, in seiner Bedeutung doch viel zu wenig gewürdigt worden ist, nämlich der Kontraktion der Bauchdeckenmuskeln, die bis zum ausgesprochenen Kahnbauch gehen kann. Diese Kontraktion ist als Schmerzreflex aufzufassen, der möglichste Ruhigstellung der erkrankten Organe bezweckt. Der diagnostische Werth dieses Zeichens wird dadurch etwas eingeschränkt, dass er auch bei anderweitigen Darmperforationen beobachtet wird, freilich nicht in derselben Intensität wie bei der Magenperforation. Das meist angeführte Verschwinden der Leberdämpfung wird vom Verf. in den meisten Fällen hauptsächlich auf die Kontraktion der Bauchmuskeln, in Verbindung mit einer vor der Leber befindlichen entweder freien oder im Darm eingeschlossenen Gasschicht, zurückgeführt. Die Bedeutung der Kontraktion der Bauchmuskeln scheint nach Verf. darauf zu beruhen, dass die starre Bauchdecke wie eine gespannte Platte auf der elastischen Unterlage der Därme als Ganzes mitschwingt. Eine besondere Wichtigkeit für die Diagnose der Magenperforation kommt jedenfalls dem Verschwinden der Leberdämpfung nicht zu.

Der zweite Theil der Arbeit befasst sich mit der, selbstverständlich ausschließlich operativen, Behandlung der Geschwürsperforation. Empfohlen wird dringend eine von Anfang an 20—25 cm lange Spaltung der Bauchdecken, sodann Aufsuchen der Perforation, Anfrischen der Perforationsränder, jedoch ohne ausgedehntes Ausschneiden des Geschwürs, und Vereinigung derselben durch mehrschichtige Etagennaht, über welcher zum besseren Schutz noch etwas Netz angeheftet wird. Nie sollte man unterlassen, nach einer allfälligen zweiten Perforation der Magenwand zu suchen, da schon in mehreren Fällen bei der Autopsie außer der operativ geschlossenen noch eine bei der Operation übersehene zweite Perforation gefunden wurde, meist der ersten gegenüber liegend. Die Operation wird durch eine ausgiebige Reinigung der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung von 40° C. geschlossen, und ein Gummidrain, umgeben von Jodoformgaze, eingelegt, der wenigstens 5—6 Tage liegen bleiben soll, d. h. so lange, bis jeglicher Ausfluss aufgehört hat. Die Ernährung soll während 4—5 Tagen ausschließlich durch den Mastdarm besorgt werden.

Im Anschluss an diese Erörterungen werden 4 neue Beobachtungen aus der Roux'schen Klinik mitgeteilt. In einer derselben (Duodenalgeschwür) wurde von einer Operation abgesehen, da sich der Pat. in völligem Collaps befand. In 2 Fällen, wo die Operation das eine Mal am 2. Tage nach der Perforation, im anderen Falle schon einige Stunden nach derselben ausgeführt wurde, erfolgte der Tod nach 5, resp. 8 Tagen. Im letzteren Falle, wo der Verlauf während 5 Tagen günstig war, konnte die Todesursache nicht ermittelt werden, da die Autopsie verweigert wurde. In einem der 4 Fälle, wo die Magennaht etwa 12 Stunden nach der Perforation ausgeführt wurde, erzielte Roux trotz schon bestehender diffuser Peritonitis Heilung. Es handelte sich um ein Geschwür in der Pylorusgegend. Den Schluss der Arbeit bildet eine Zusammenstellung von 72 operativ behandelten Fällen von Magengeschwür-perforation.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

6) E. Tricomi. Die Gastrostenoplastik bei primärer Magen- erweiterung.

(Policlinico 1896. Juli 1.)

Unter Gastrostenoplastik versteht Verf. eine Operation, welche eine direkte Verkleinerung des erweiterten Magens bezweckt, wesentlich durch ein- oder mehrfache Faltung der Magenwand. Er berichtet über 5 Operationen dieser Art, die er, sich an die Bircher'schen Versuche anschließend, mit gutem Erfolg ausgeführt hat. Die Technik des Eingriffs wird folgendermaßen beschrieben: Bauchschnitt in der Linea alba, Hervorziehen des Magens. Nun werden zunächst auf der vorderen Fläche desselben 2 oder mehrere Längs-Einwärtsfaltungen der Magenwand angelegt. Man beginnt am Pylorus mit einer Knopfnah und näht fortlaufend nach der Cardia zu, indem man jeweils 1—3 cm unterhalb einer imaginären, vom Pylorus nach der Cardia gezogenen Linie einsticht, um unter der Serosa und Muscularis hindurchzugehen und ebenfalls 1—3 cm oberhalb dieser Linie wieder auszusteichen. Serosa und Muscularis werden nach einwärts eingestülpt und bilden gewissermaßen eine Duplikatur. Eben solche Einfaltungen werden auch an der Hinterfläche des Magens angelegt. Die Faltungen müssen in der Mitte der Magenwände am tiefsten gegriffen werden, während sie gegen Pylorus und Cardia hin seichter sind.

In den vorliegenden 5 Fällen war die Indikation zur Operation stets durch primäre Magenvergrößerung gegeben; und zwar handelte es sich in 4 Fällen um schwere, einmal um mittelschwere Dehnung. Die betreffenden Pat. waren seit 3—5 Jahren magenleidend (Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Druck im Magen, Verstopfung, starke Abmagerung). Die bisherige Behandlung (Diät, Elektrizität, Massage etc.) hatte keinen oder nur vorübergehenden Erfolg. Die Heilung nach der Operation erfolgte stets glatt; es trat in allen Fällen Heilung oder wenigstens bedeutende Besserung auf, indem die Beschwerden

mehr oder weniger verschwanden. Die Zahl der »Introflexionen« war sehr verschieden; 2mal wurden 3 Falten an der Vorderfläche, 2 an der Hinterfläche angelegt, 1mal 4 an der vorderen, 1 an der hinteren, 1mal 4 an der vorderen, 4 an der Rückseite, und 1mal nur 2 an der vorderen, 1 auf der hinteren Magenwand.

Da der älteste Fall des Verf. 1 Jahr lang recidivfrei blieb, so ist eine gewisse Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass die Erfolge dauernd sind. — Die vorliegende Operation kann auch bei sekundärer Dilatation gemacht werden, hier ev. kombiniert mit Pyloroktomie oder Pyloroplastik; doch hält Verf. gerade bei der primären Magenerweiterung die Indikation für besonders gerechtfertigt.

Die an Thieren vorgenommenen Experimente ergaben, dass die Schleimhaut des Magens, entsprechend der »Introflexion«, eine deutliche Längsfalte bildet. Die histologische Untersuchung zeigt die Schleimhaut nicht verändert, stellenweise etwas infiltrirt, die Muscularis etwas stärker infiltrirt. Der eingestülpte Theil der Serosa verliert seinen peritonealen Charakter und verwandelt sich in Bindegewebe.

H. Bartsch (Heidelberg).

7) P. Berger. Über Unterleibsbrüche. Ergebnisse der Untersuchung von 10000 beobachteten Fällen. Autorisirte Übersetzung von M. Steiner.

Berlin, S. Karger, 1897.

Das vorliegende Buch stellt eine gute Übersetzung des bereits im vorigen Jahrgang dieses Blattes angezeigten und von einigen kritischen Bemerkungen des Ref. begleiteten, sehr werthvollen B.'schen Werkes dar (s. 1896 p. 424). Durch die Übersetzung wird es Jedem, der sich mit herniologischen Studien beschäftigen will, erleichtert, Einblick in die auf einem selten großen Material von Brüchen beruhenden Zahlenreihen zu nehmen, die über die verschiedensten Fragen, wie z. B. über Art und Entstehung des Bruches (Beruf etc.), Geschlecht und Alter der einzelnen damit behafteten Individuen etc. Aufschluss geben. Es sei desshalb noch einmal auf das Werk aufmerksam gemacht.

Kramer (Glogau).

8) Lennhoff. Ueber Hernien der Linea alba.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1897. No. 7.)

Der Artikel bringt nichts wesentlich Neues (vgl. dieses Centralbl. 1895 p. 134). Nur scheint mir an diesem Platze die traumatische Entstehung (als Unfall, zeitlich begrenztes Ereignis) zu sehr in den Vordergrund gedrängt.

Bähr (Hannover).

9) **E. G. Ssalistschew.** Beitrag zur Lehre von den Blasenbrüchen. (Studien aus der chirurgischen Hospitalklinik der Tomsker Universität.)

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 1.)

Dem eigentlichen Thema ist eine Schilderung der Verhältnisse in der chirurgischen Klinik zu Tomsk vorausgeschickt. Wer die Prachtbauten und glänzenden Einrichtungen deutscher Universitätsanstalten und städtischer Krankenhäuser gewohnt ist, den überkommt dabei ein Gruseln und Schaudern vor einer Einrichtung, im Vergleich zu der eine deutsche Herberge zur Heimat ein Salon genannt werden muss.

Die Blasenbrüche sind nicht allzu selten. Für ihre Diagnose giebt es eine ganze Reihe von Symptomen, welche sich auf mannigfaltige Störungen bei der Harnentleerung beziehen. Man hat natürlich leicht, die richtige Diagnose zu stellen, wo bei Druck auf die Bruchgeschwulst sich Urin entleert, oder wo die Kranken von vornherein den Arzt auf ihre Blasenbeschwerden aufmerksam machen, die mit der Vergrößerung und Verkleinerung ihres Bruches sich mehren und mindern. Aber in der übergroßen Mehrzahl der Fälle haben die Pat. keine Blasenbeschwerden, und man merkt erst, dass es sich um eine Cystocele handelt, wenn bei der Operation der Harn aus der eröffneten Blase fließt oder nach ihr blutiger Urin entleert wird. Der Blasenbruch kann im Bruchsack oder außerhalb desselben vorkommen. Letzteres ist das häufigere. Sehr häufig finden sich mehr oder weniger große Fettklumpchen. Zur Orientirung bei der Operation empfiehlt Verf. ev. eine breite Spaltung der Bauchwand, wenn man auf unklare Verhältnisse im Bruchsack stößt. Ätiologisch ist zu bemerken, dass die meisten einschlägigen Fälle eine ganz abnorme Größe der Harnblase aufweisen bei stark herabgesetzter Elasticität der Wandung. Von allen Theorien über die Entwicklung der Blasenhernien, wie sie Monod, Delagénère, Gueterbock u. A. gegeben haben, verdient besonders die von Englisch hervorgehoben zu werden. Er fand nämlich das Lig. laterale vesicae entartet und geschrumpft. S. machte eine ähnliche Beobachtung. (Bei einem vom Ref. beobachteten Falle war das Lig. vesicae median. stark verlängert und erschlafft.) Er fand übrigens bei 3 Fällen, die er selbst operirt hat, die Blase keineswegs so atrophisch wie andere Autoren; dagegen war sie zum Theil von großen Fettmassen umlagert. Die Sterblichkeitsstatistik der Fälle von Cystocele hat keinen irgend wie erheblichen Werth. Die meisten Pat. sind an Komplikationen gestorben, Kothabscess, Peritonitis bei Einklemmung etc. Bei sonst glatten aseptischen Operationen wird selbst die Verletzung der Blase keinen tödlichen Ausgang herbeiführen, so fern natürlich die zweckmäßige Therapie rechtzeitig eingeschlagen wird. Manche Autoren wollen bei dem Blasenbruch ein Stück des vergrößerten Organs resecirt wissen, ob man es verletzt hat oder nicht.

Diese Therapie dürfte eine sehr zweischneidige sein, namentlich wo noch nebenbei Störungen der Harnorgane, Pyonephritis etc., wie häufig, vorhanden sind. Am zweckmäßigsten ist wohl die Reposition und bei unbeabsichtigter Eröffnung die Blasennaht, sobald man die Verletzung bemerkt hat, was bei der Operation selbst oder erst nachher stattfinden kann.

Von 3 hierher gehörigen Fällen hat S. 2mal die Blase als im Bruchsack liegend erkannt, 1mal eine Blasenverletzung gesetzt. Dieser letzte Fall endete tödlich. Das Wichtigste für die Diagnose der Blasenbrüche wird eben immer bleiben, bei jeder Radikaloperation eines Bruches an die Möglichkeit einer Betheiligung der Blase zu denken, namentlich wo irgend unklare Verhältnisse vorliegen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

10) C. Stinson (San Francisco). The radical cure of inguinal hernia.

(Pacific med. journ. 1897. Januar.)

S. hat eine eigene Methode für die Radikaloperation der Hernien angegeben: Einschnitt parallel dem Poupart'schen Band 1,5 cm oberhalb desselben vom äußeren Leistenring bis etwa 1,5 cm oberhalb des oberen Winkels des erweiterten inneren Leistenringes durch Haut, Unterhautzellgewebe und Aponeurose des Obliquus externus. Diese wird von den unterliegenden Geweben abgetrennt, bis man den äußeren Rand des Rectus und die Enden des Poupart'schen Bandes erblickt. Darauf wird der Bruchsack frei gemacht, eröffnet, und der Inhalt in die Bauchhöhle zurückgebracht, nachdem alles veränderte Netz beseitigt ist und sowohl äußere als innere Verwachsungen getrennt sind. Nun schneidet man den Bruchsackhals und möglichst hoch hinauf das damit zusammenhängende Bauchfell fort und vernäht die Schnittränder desselben. Die Leistenringe so wie den Kanal reinigt man von allem Fett, Drüsen und etwa sich vom inneren Ring aus hineindrängenden subperitonealen Gewebe, etwaige variköse Venen am Samenstrang entfernt man. Dann näht man den inneren Leistenring zusammen, indem man nur am unteren Winkel dicht am Schambein für den Samenstrang Platz frei lässt, und eben so die einzelnen durchtrennten Muskelschichten des Kanals mit versenkten Nähten fest an das Poupart'sche Band, so wie die Pfeiler des äußeren Ringes dicht um den ganz nach innen gedrängten Samenstrang, endlich über dem Ganzen die Haut. Zu den sämtlichen Nähten benutzt S. Chromkatgut. S. hat selbst gute und vollkommen dauernde Erfolge mit dieser Operation erreicht, welcher er besonders nachrühmt, dass sie alle Theile in ihrer normalen Lage belasse. Die Sterblichkeit sei gleich Null.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

11) A. Raffa (Vicenza). Di una sutura per la cura dell'ernia crurale.

(Clinica chirurgica 1897. No. 2.)

R. bedient sich seit Februar 1896 zur radikalen Behandlung von Schenkelbrüchen des folgenden Operationsverfahrens:

Schnitt in der Richtung des Schenkelkanals bis auf den Bruchsack; Isolirung desselben, sorgfältige Entfernung des fetthaltigen Gewebes, der Lymphdrüsen und des umgebenden Venennetzes, bis die hintere Fläche der Bruchgeschwulst und Fascia pectinea frei liegen. Eröffnung des Bruchsackes, hohe Unterbindung des Halses, Amputation des Sackes und Zurückschieben des Stumpfes in den Kanal. Nun führt R. eine armirte krumme Nadel $1\frac{1}{2}$ cm vom freien Rand des Lig. Pouparti entfernt, nahe der Crista ossis pubis, 'durch das Ligament, hebt aus der Fascia pectinea und den oberflächlichen Muskelbündeln eine dünne Schicht ab und kommt lateral vom Einstich wieder aus dem Ligament heraus. Eine zweite gleiche Matratzennaht wird nach außen von der ersten bis nahe an die großen Gefäße geführt. Zum Verschluss des Schenkelringes erfolgen jetzt 5 bis 7 Knopfnähte, welche den freien Rand des sichelförmigen Bandes an die Fascia pectinea und die oberflächliche Schicht der Pectineusfasern heften. Darüber wird die oberflächliche Fascie vereinigt, eventuell an die tiefere Nahtlinie fixirt und die Hautwunde geschlossen.

R. hat 9 Frauen im Alter von 20—77 Jahren in dieser Weise operirt. Bei 4 bestand Einklemmung des Bruches, die in 3 Fällen auch Darmresektion (12, 15 und 20 cm) erforderte. Alle Fälle verliefen glücklich; die 77jährige Frau, welcher das 20 cm lange Dünndarmstück reseziert wurde, verließ sogar nach 8 Tagen (!) das Hospital, die anderen verblieben 2—4 Wochen. Über die Dauer der Heilung macht Verf. keine Angaben.

(Es ist fraglich, ob das Lig. Pouparti in allen Fällen so weit dehnbar sein wird, um das 1. »Nahtgitter« ohne die Gefahr der Gangrän exakt anlegen zu können. Ref.) J. Sternberg (Wien).

12) I. Svensson. Öfver kolostomiens och exstirpationens områden vid behandling af rektalkarcinom.

(Hygiea 1896. I. p. 456.)

Veranlasst durch die Mittheilung eines Falles von Carcinoma recti, der zuerst mit Radikaloperation behandelt war und nach inoperablen Recidiven während 7 Monaten einer Colostomia glutaecalis nach Witzel's Methode unterworfen wurde, kommt Verf. zur Erörterung der Frage über die Grenzen der radikalen und der palliativen Eingriffe beim Krebs des Mastdarmes. Mit Berücksichtigung der deutschen, englischen und französischen Litteratur will Verf. die Frage so beantworten, dass die großen radikalen Eingriffe, die besonders nach Einführung der Kraske'schen Methode überall versucht sind,

eingeschränkt werden sollten. Man hatte bisher nur die Wahl zwischen Radikaloperation und Colostomia lumbalis (in den protrahirten Formen). Kein Wunder dann, dass das mannigfaltige Unbehagen, das ein Kunstfaster in der Leiste mit sich führte, sowohl Arzt als Pat. zur Radikaloperation treiben sollte. Seitdem aber diese Nachtheile durch Witzel's Modifikation, den Kunstfaster in die Glutäalgegend zu verlegen, beseitigt sind, glaubt Verf., welcher große Erfahrung auf diesem Gebiet besitzt, dass die Kolostomie wieder zu ihrem Recht kommen wird, und die Prognose der Radikaloperation für den heutigen Chirurgen sich folglich eben so gut gestalten wird, wie für Volkmann, als er auf der Kopenhagener internationalen Ärzteversammlung 1884 seine bekannten Grenzen für die Radikaloperation des Mastdarmkrebses festsetzte.

A. Hansson (Warberg).

Kleinere Mittheilungen.

13) Trapp. Zur Kenntnis der Verletzung der Unterleibsorgane (Zwerchfell, Milz, Leber) durch stumpfe Gewalt.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 393.)

T. publicirt aus der Greifswalder Klinik die Krankengeschichte eines Landmannes (Alter nicht angegeben), welcher, von einem Ackerwagen über die untere Rückengegend überfahren und hierdurch innerlich schwer verletzt, nach 4 Monate langem, durch accidentelle Leiden schwer complicirtem Krankheitslager starb. In den ersten Tagen wies Hämaturie auf Nierenzerreißung hin. Dann folgte ein Ikterus mit freiem Flüssigkeitserguss in die Bauchhöhle, bei dessen Punktion 2½ Liter galliger Flüssigkeit entleert werden — also auch Riss der Leber bezw. Gallengänge. Dann schwere Furunkulose, die erst am 20. Tage nach der Aufnahme gleichzeitig mit dem Ikterus schwindet. Wohl in Folge der Furunkulose inficiren sich in der Gegend des Zwerchfells vorhandene Blutergüsse. In der linken unteren Brusthälfte muss ein Exsudat punktiert werden; das Exsudat erneuert sich, vereitert und erfordert eine Empyemoperation. Auch ein rechtsseitiges pleuritiches Exsudat wird punktiert. Schließlich kommt es auch zu Pyurie. Bei schlechter Heilung des Empyemschnittes und allgemeinem Kräfteverfall Tod. Bei der Sektion zeigte sich, dass das linksseitige operirte Empyem ein subphrenisches war und dass dasselbe in seinem Grunde die zerrissene, theilweise nekrotisch gewordene Milz enthielt. Rechts in der Gallenblasengegend ein faustgroßer Eitersack, der ganz in der Substanz des zerrissenen Zwerchfellmuskels liegt, jedenfalls auch ein metastatisch vereitertes Hämatom. An der Leberbasis neben der Gallenblase deutliche fibröse Narben, eben so in der linken Niere eine keilförmige Narbe in der Rindensubstanz. Pyelitis und ein verkalktes Gerinnsel im Nierenbecken derselben Seite.

An den Krankenbericht werden angeschlossen: kurze epikritische Bemerkungen und eine der Kenntnissnahme sehr werthe tabellarische Kompilation einschlägiger hergehöriger Fälle aus der Litteratur. Dieselben betreffen: A. Leberverletzungen — 4 geheilt, 16 gestorben, B. Gallenwege — 5 geheilt, 2 gestorben, C. Milzruptur — 2 geheilt, 3 gestorben. Unter den geheilten Gallengangsverletzungen vermisste ich den interessanten Fall von Landerer — in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXIX, p. 611, Referat Centralblatt 1890, p. 230.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

14) G. d'Urso. Über Laparotomien bei Peritonealtuberkulose und über die feineren Vorgänge bei Heilung derselben.

(Policlinico 1896. Mai 1—Juni 1.)

Bericht über 3 Fälle von Peritonealtuberkulose, die mit Laparotomie behandelt wurden. Der eine Fall ist dadurch interessant, dass neben der Bauchfelltuberkulose noch mehrere andere tuberkulöse Affektionen bestanden (Osteoperiostitis und Tendosynovitis am linken Ringfinger, durch Exartikulation des Fingers behandelt, käsig-fibröses Knötchen im Unterhautzellgewebe des Oberschenkels extirpiert, Arthrosynovitis des linken Ellbogens arthrektomirt) und dennoch völlige Heilung eintrat. Der 3. Fall bietet das seltene Vorkommnis, dass an derselben Pat. 4 Laparotomien wegen Peritonealtuberkulose vorgenommen werden mussten, bis definitive Heilung eintrat.

Es betraf dieser Fall ein 20jähriges Mädchen, seit 6 Monaten krank. Schmerzen im Leib, Amenorrhoe, Anschwellung des Leibes. Vor 2 Monaten Punktion: 3 Liter Flüssigkeit entleert. Weiterhin Fieber, erneute Anschwellung, Verdauungsbeschwerden, Durchfälle, Abmagerung. Bei der Laparotomie fand man das Bauchfell verdickt, mit Knötchen besetzt; etwa 5 Liter Flüssigkeit entleert. Ausspülen mit physiologischer Kochsalzlösung; Bauchdeckennaht p. p. geheilt. Nach einiger Zeit erneute Anschwellung: Erguss im Bauchraum. Daher 2. Laparotomie (nach 51 Tagen): etwa 4 Liter entleert. Peritoneum parietale verdickt, mit Knötchen besetzt; eben so Infiltration des Peritoneum viscerales. — Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung, Naht der Bauchdecken. Zunächst glatter, fieberloser Verlauf. In der Rekonvaleszenz subkutane Jodeinspritzungen (nach Durante). Bald danach abermalige Flüssigkeitsansammlung, sonst Wohlbefinden. Die Menses erscheinen wieder. Trotzdem wächst das Exsudat weiter. Daher 3. Laparotomie (nach 94 Tagen): 4 Liter entleert. Hierbei fand sich das Bauchfell zum Theil noch infiltrirt und granulirt, zum Theil aber auch glatt und ohne Infiltration. Irrigation mit sterilem Wasser. Bauchdeckennaht; Verlauf fast fieberlos, Heilung p. p. — Bei der Entlassung kein Exsudat nachweisbar. Dennoch tritt abermals ein wenn auch langsamer Ersatz der Flüssigkeit ein. Nach 47 Tagen 4. Laparotomie: 4 Liter entleert. Derselbe Befund wie bei der 3. Operation, dasselbe Verfahren beim Verschluss der Bauchwunde. Nahezu fieberloser Verlauf; Fortsetzung der Jodeinspritzungen — $4\frac{1}{2}$ Monate nach der letzten Operation wird blühendes Aussehen festgestellt; kein Exsudat, keine Beschwerden. — Die geimpften Thiere starben fast ausnahmslos.

Die histologische Untersuchung ergab Folgendes: In dem bei der 1. Operation zur Untersuchung extirpirten Stückchen des Peritoneum parietale finden sich zahlreiche typische Tuberkel: Riesenzellen, epithelioiden Zellen; in den bei den späteren Laparotomien entnommenen Probestückchen neben diesen Tuberkeln Rundzelleninfiltration und Neubildung von Blutgefäßen. Die Infiltration mit Leukocyten zeigt sich zunächst um die Blutgefäße herum, so wie in der Peripherie des Tuberkels. In den von der 3. Laparotomie gewonnenen Präparaten findet man die Infiltration schon ausgedehnter, bisweilen auf die ganze Zone der epithelioiden Zellen ausgebreitet und bis in die Riesenzellen hinein sich erstreckend. Diese Rundzellen verwandeln sich allmählich in fixe Bindegewebszellen, indem sie spindel- oder sternförmig werden. Die Elemente des Tuberkels werden aufgezehrt, so dass in den von den späteren Laparotomien gewonnenen Präparaten nur noch einzelne epithelioiden Zellen zu finden sind. An anderen Stellen ist die Bindegewebsneubildung im Wesentlichen auf die Peripherie des Tuberkels beschränkt; dann bildet sie sich um so stärker aus, indem sie die Tuberkel völlig einschließt, gewissermaßen abkapselt. — Ähnlich wie bei den epithelioiden sind auch die Vorgänge an den Riesenzellen: zuerst wird das Protoplasma der Riesenzellen von eingewanderten Leukocyten besetzt; weiterhin zerfällt es in Stücke. In den letzten Stadien findet man nur noch eine leichte Vermehrung der normalen Bindegewebs-elemente als einzige Andeutung des einstigen pathologischen Processes.

Der Heilungsprocess bei der Bauchfelltuberkulose setzt sich hiernach aus folgenden Faktoren zusammen: Invasion von Leukocyten, Bildung von jungem

Bindegewebe, Neubildung von Blutgefäßen, regressive Vorgänge im tuberkulösen Gewebe, Organisierung des Tuberkels, d. h. Substituierung desselben durch neu gebildetes Bindegewebe.

Zur Erklärung des Zustandekommens dieser Heilungsvorgänge nimmt Verf. an, dass durch die Laparotomie eine entzündliche Reaktion seitens des Bauchfells hervorgerufen werde; diese Reaktion soll sich durch die schon während der Operation zunehmende Hyperämie und Sukkulenz des Bauchfells kundgeben. Dazu kommen noch die Auswaschung und das Austupfen der Bauchhöhle, das als mechanischer Reiz auf die Serosa wirke. Dagegen könne die Auswaschung nicht antiseptisch oder spezifisch antituberkulös wirken, da man mit physiologischer steriler Lösung denselben Effekt erziele.

Bezüglich der chirurgischen Therapie zieht Verf. aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass man, wenn nach der 1. Laparotomie das Exsudat sich wieder ansammelt, nicht zögern soll, die Operation ein oder mehrere Male zu wiederholen — außer wenn irreparable Organveränderungen im Bauche vorhanden sind.

H. Bartsch (Heidelberg).

15) **Margarucci.** Sulla cura chirurgica delle peritoniti tubercolari.

(Morgagni 1897. p. 52.)

Verf. giebt eine interessante Übersicht über 253 Fälle von tuberkulöser Bauchfellentzündung, die von verschiedenen Mitgliedern der italienischen Gesellschaft für Chirurgie operirt worden sind, mit dem erstaunlich guten Erfolg von 216 Heilungen und nur 37 Todesfällen.

Unter den 253 Fällen waren 153 von Bauchfellentzündung mit serösem Exsudat, 39 mit serösem Exsudat und Verwachsungen, 3 von allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung, 10 mit abgekapseltem eitrigem Exsudat und 30 ohne Exsudat.

Nach Vergleichung der verschiedenen in Anwendung gekommenen Operationsarten kommt Verf. zu dem Schluss, dass der einfache Bauchschnitt mit gründlicher Entfernung des Exsudates am empfehlenswerthesten sei. Ausspülungen, Trennung von Verwachsungen, außer bei Darmeinschnürungen, so wie alle sonstigen stark reizenden Eingriffe sollen am besten unterbleiben, die Bauchwunde, wenn irgend möglich, durch die Naht wieder geschlossen werden.

Unter den Heilungen sind 67, die länger als 1 Jahr bestehen, und unter diesen viele von 3-, 4-, 5- und 6jähriger Dauer.

W. Schultz (Hamburg).

16) **L. N. Warnek.** Zur Frage der Resultate der Behandlung der Bauchfelltuberkulose mit Laparotomie.

(Die Chirurgie p. 58. [Russisch.])

W. ist in der glücklichen Lage, über 2 geheilte Bauchfelltuberkulosen zu berichten. Bei der einen Kranken, einer 23jährigen Schneiderin, war die Operation vor 7, bei der anderen, einer 24jährigen Frau, vor $4\frac{1}{2}$ Jahren gemacht worden. Die Diagnose hatte mikroskopisch sichergestellt werden können.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

17) **G. B. Fowler.** A brief note and remarks upon a case of empyema of the vermiform appendix.

(New York med. record 1896. No. 7.)

Die katarrhalische Form der Appendicitis oder die Endoappendicitis (nicht im wahren Sinne katarrhalisch, weil die Submucosa hauptsächlich mit betheiltigt) beschränkt sich meist bei Abwesenheit virulenter Infektion auf milden Verlauf und heilt mit zurückbleibender Verdickung der Mucosa und Submucosa unter Ruhe (und salinischen Abführungen nach Fowler) ohne Weiteres aus. Gelegentlich findet sich aber Verengung oder voller Verschluss der Lichtung an einer oder mehreren Stellen ein. Ist die ganze Lichtung verschlossen, ist dieser Zustand ungefährlicher, als wenn theilweiser Verschluss eintritt, besonders aber stellt Verschluss der coecalen Öffnung eine bisher nicht genügend gewürdigte Folge dar.

So ergab die operative Entfernung des Wurmfortsatzes, welche bei einem ganz milden, genau lokalisirten Anfall nur wegen 3. Recidivs gemacht war, ein Empyem des Organs mit drohender Perforation an der Spitze, woselbst sich eine Ulceration bis auf die Serosa fand. Die Öffnung zum Blinddarm war völlig strikturirt. Der Fall nahm bis zum 8. Tage guten Verlauf, dann entstand eine Phlebitis der Iliacalgefäße, auf denen der Processus vermiformis lag, und deren bedeckendes Peritoneum mit obiger geschwüriger Stelle verwachsen war. Heilung.

Loewenhardt (Breslau).

18) J. Hochenegg. Chirurgisch-kasuistische Mittheilungen aus der Praxis und dem Spital. I. Über sacrale Hernien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 47.)

Wie nach Laparotomien, so kommt es auch nach Eröffnung des Bauchfellraumes von der Kreuzbeingegend aus in einzelnen Fällen zur Ausbildung einer hernienartigen Vorwölbung. Unter den vom Verf. nach der sacralen Methode operirten 114 Fällen, bei welchen das Bauchfell eröffnet wurde, fand sich nur bei 3 Frauen die Entwicklung von Sacralhernien, was jedenfalls mit der Weite und der Neigung des Beckens zusammenhängt. Bei Männern wurde niemals eine Sacralhernie beobachtet. Da von den 67 operirten Frauen bloß 3 sichere Sacralhernien aufwiesen, so ist dieses Vorkommnis auch für diese als ein seltenes zu bezeichnen, und müssen hierzu besondere Gelegenheitsursachen angenommen werden (mangelhafter Verschluss der Bauchfellücke). Verf. empfiehlt bei Frauen nach sacralen Operationen aus was immer für einer Indikation das Tragen einer einfachen Stützbandage: breiter gutsitzender Gürtel, von dem hinten in der Mitte senkrecht nach unten ein handbreites Gummiband abgeht, welches nach vorn gespalten unter den Beinen durchgezogen und vorn wieder am Bauchgurt befestigt wird. Anlass zur Revision seiner Operirten gab dem Verf. 1 Fall von sacraler Hernie, dessen hochinteressante Krankengeschichte ausführlich mitgetheilt wird. Bei der damals 54jährigen Frau wurde im Jahr 1885 wegen analer Phlegmone Fistelspaltung mit Durchtrennung des Sphinkters gemacht, 1886 wegen Carcinom im Aftertheile Amputatio recti nach der Lisfranc'schen Methode; 1888 Operation wegen Mastdarmvorfall und Hedrocele; und zwar wurde nach Exstirpation des Steißbeins der Vorfall in der Höhe des Kreuzsteißbeingelenkes abgetragen und ein sacraler Kunstafter angelegt, die Bauchfellücke genäht, das Cavum ischio-rectale durch Naht und Tamponade verödet. Der Wundverlauf war gestört durch Sprengung der peritonealen und versenkten Nähte, Vorfall von Dünndarmschlingen. Reposition und Tamponade, normaler Wundverlauf. Schon 2 Monate danach konnte man die Entwicklung einer Sacralhernie beobachten, die sich trotz Tragens einer Bandage im Laufe der folgenden Jahre beträchtlich vergrößerte. Schließlich war der Zustand der Kranken derart unendlich geworden, dass sie auf eine nochmalige Operation drang. 19. December 1895. 4. Eingriff: Radikalooperation der Sacralhernie, welche eine Resektion des Wurmfortsatzes und einer 27 cm langen adhärennten, nicht ablösbaren Dünndarmschlinge nöthig machte, Verlagerung des sacralen Afters und Achsendrehung des abgelösten Mastdarmes. An den gestreckt verlaufenden Darm wurde das Bauchfell genau angenäht, so dass ein vollständiger Abschluss der Bauchhöhle zu Stande kam. Hinter dem Darm wurden die Weichtheile der Glutälgegend durch versenkte Nähte mit denen der anderen Seite vernäht und durch exakte Hautnaht die Wunde geschlossen. Vollkommener Erfolg.

Hinterstoisser (Teschen).

19) J. Marčelić (Zara). Ein Fall von Hernia diaphragmatico-pericardiaca omentalis.

(Liečnički viestnik 1897. No. 3.)

Der Fall als solcher hat zwar nur pathologisch-anatomische Bedeutung, doch da er wohl als Unicum dasteht, verdient er auch weiteren, besonders chirurgischen Kreisen mitgetheilt zu werden. Verf. hat wenigstens in der Litteratur keinen derartigen Fall auffinden können. (Auch dem Ref. ist keiner bekannt.)

Ein 50jähriger Lebercirrhotiker mit Ascites und Hydropericardium zeigte bei der Sektion folgendes Bild: Aus dem stark erweiterten Herzbeutel entleert sich eine große Menge (ca. 1 Liter) Flüssigkeit. Das Herz bietet beim ersten Anblick das Bild eines Cor villosum dar, aber nach Herausnahme aus dem Herzbeutel findet man es rein, glatt und in eine Membran eingewickelt, welche an einer Stelle mit dem Pericardium und dieses wieder mit dem Zwerchfell verwachsen ist. In der Bauchhöhle sehr viel Ascitesflüssigkeit, das große Netz über sich selbst zurückgeschlagen und an seinem freien Ende in der linken Parasternallinie 1—2 cm unterhalb des Rippenbogens und 3 cm vom mittleren Blatte des sehnigen Zwerchfelltheiles mit diesem verwachsen, und zwar gerade gegenüber der Stelle, an welcher die im Herzbeutel befindliche Membran mit dem Pericardium und dieses mit dem Zwerchfell verwachsen ist. Bei genauer Besichtigung erkennt man diese Membran leicht als Omentum majus, welches durch das Zwerchfell in den Herzbeutel eingedrungen war. Das im Herzbeutel befindliche Netzstück ist fächerförmig zusammengezogen, misst in der Länge 15 cm, in der Breite 18 cm und ist nicht atrophisch.

Verf. glaubt eine traumatische Ursache (Stich) ausschließen zu können, da nirgends eine Narbenspur aufzufinden war. Eben so glaubt er ausschließen zu können, dass der Druck des Hydropericardiums und des Ascites die Fasern des Zwerchfells aus einander gedrängt hätte, und dass dann durch irgend einen unbekannten Faktor das Netz durch Zwerchfell und Pericardium in dessen Höhle eingedrungen wäre, da das Hydropericardium erst 2 Monate vor dem Tode eingetreten ist. Somit bleiben nur noch zwei Möglichkeiten: entweder dass der Bruch angeboren war, oder dass er später durch eine im Pericardium und Zwerchfell präexistierende Lücke entstanden ist. M. neigt der ersteren Ansicht zu, da das Peritoneum diaphragmaticum eben so auf das Netz übergeht, wie die Lamina serosa pericardii. Die starke Verwachsung und der Mangel jedweder Reaktionserscheinungen spricht jedenfalls dafür, dass der Bruch schon vor sehr langer Zeit entstanden sein muss.

Cačković (Agram).

20) C. Philippe (Liège). Deux laparotomies pratiquées chez des enfants pour affections intestinales et suivies de guérison.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 728.)

Ein 12jähriges Mädchen erkrankte nach einem Diätfehler mit den Erscheinungen eines unvollständigen Darmverschlusses, erbrach in 6 Tagen nicht weniger als 40 Spulwürmer. Der bedrohlich werdende Zustand zwang zur Operation. Eine untere Ileumschlinge war um ihre Achse gedreht, von ihrem Scheitel zog eine Pseudomembran strangartig zu dem entzündeten Wurmfortsatz; in dem dadurch gebildeten Ring hatte sich eine andere Schlinge unvollkommen eingeklemmt. Durchschneidung des Stranges, Rückdrehen des Volvulus brachte rasche völlige Heilung.

In einem 2. Falle handelte es sich bei einem 8jährigen Mädchen um einen enorm großen, wahrscheinlich von einer Appendicitis ausgehenden intraperitonealen Abscess, der, durch Adhäsionen völlig abgekapselt, spontan am Nabel durchgebrochen war. Breite Eröffnung in der Medianlinie und Drainage führte nach vorübergehendem Abgang von etwas Koth mit dem Eiter zur Genesung.

Reichel (Breslau).

21) Karewski. Über einen Fall von Chlorzinkvergiftung nebst Bemerkungen zur Jejunosomie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 50.)

In einem Falle von Chlorzinkvergiftung suchte K. auf operativem Wege Hilfe zu bringen. Eine 35jährige Frau trank ca. 50 g einer 50%igen Chlorzinklösung. Sofortiges heftiges Erbrechen und schwerer Collaps waren die Folge. Es gelang, das Leben der Kranken zu erhalten, doch stellte sich unter heftigen Schmerzen

ein unaufhörlicher Brechreiz ein, welcher auch die geringste Menge zugeführter flüssiger Nahrung wieder aus dem Körper hinausbeförderte. Die Durchgängigkeit der oberen Nahrungswege erwies sich als vorhanden. Daher Ernährungsversuche durch den Mastdarm; Pat. kam jedoch zusehends von Kräften, überdies verursachten die Eingießungen erhebliche Beschwerden im Darm und steigerten den bestehenden Meteorismus. K. beschloss daher einen operativen Eingriff. Da eine chronische subphrenische Peritonitis vorhanden war; die Stenoseerscheinungen sich auf den offenbar in seinem ganzen Umfange geschrumpften und mit ulcerösen Vereiterungen behafteten Magen bezogen, durfte dieser nicht zum Ausgangspunkte einer Operation gemacht werden, wo vielmehr nur eine Duodenostomie oder Jejunostomie am Platze war. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich in den oberen Bauchabschnitten die Organe durch peritonitische Verwachsungen mit einander verlöthet, während der Magen, mit den Nachbargebilden verwachsen, geschrumpft als harter, walzenförmiger Körper in der Zwerchfellkuppe lag. Aufsuchung der Plica duodenojejunalis. 20 cm davon entfernt wurde die Jejunumschlinge in die Bauchwand eingenäht und dann, so wie Witzel seine Kanalbildung im Magen bei Gastrostomie macht, durch Faltung der Darmwand ein Raum gebildet, in den eine silberne Kanüle eingenäht und in den Darm versenkt wurde. K. zieht die Silberkanüle einem elastischen Gummischlauche vor, weil jene bei gleichem Umfang wie dieser eine größere Lichtung besitzt. Illustrationen im Texte tragen einerseits zum Verständnis der Methode bei, schematisch andererseits die für die Jejunostomie angegebenen Methoden von Hahn, Maydl und Albert. Die Operation wurde gut überstanden, und unmittelbar nach derselben war es möglich, Flüssigkeitsmengen in den Darm einzugießen, ohne dass auch nur ein Tropfen zurückgeflossen wäre. Niemals kam von eingegossenen Mengen oder von Darmsäften etwas zurück. Das Allgemeinfinden der Kranken war andauernd besser, sie konnte kleine Mengen Thee zu sich nehmen, hatte geformten grünen Stuhlgang, als am 7. Tage nach der Operation ein Collaps auftrat, der zwar erfolgreich bekämpft wurde, nach welchem aber eine doppelseitige Pneumonie in den Unterlappen konstatiert wurde. Tags darauf neuer schwerer Collaps, Tod. Das Sektionsergebnis war eine doppelseitige Pneumonie und eine diffuse eitrige Peritonitis, welche ihren Ausgang genommen hatte von einer ungewöhnlich großen Ruptur des Magens. K. erklärt den pathologischen Befund damit, dass in Folge des häufigen Erbrechens Aspiration infektiöser Massen stattfand, welche zur Entwicklung der Pneumonie führten; das heftige Husten war Ursache für die Perforation geworden, weil die künstlichen Stützpunkte (Nachbarorgane) des zerstörten Magens dem Anprall der Hustenstöße nicht Stand halten konnten.

K. knüpft an seinen Fall einige Bemerkungen über die bisher selten gemachte Jejunostomie, unter Besprechung der Entwicklung dieser von Surmay im Jahre 1878 erdachten und von G. Bird im Jahre 1885 zum 1. Male am Menschen ausgeführten Operation, unter deren Methoden er der von ihm analog der Witzel'schen Gastrostomie ausgeführten den Vorzug giebt. Ein Regurgitiren der eingegossenen flüssigen Nahrung findet eben so wenig statt, wie das Herausfließen von Darmsäften aus der Fistel. Die Faltung der Darmschleimhaut hindert nicht das Vorbeifließen von Pankreassekret und Galle. Die Methode ist leicht und ungefährlich, mit ihr wird den Anforderungen an die Ernährung Genüge gethan. Was die Indikationen der Jejunostomie anbelangt, so wird sie, von K. ganz allgemein ausgesprochen, angezeigt sein bei Stenosen der oberen Ernährungswege, die weder eine Ösophagostomie noch eine Gastrostomie, noch eine Gastroenterostomie zulassen; endlich kommt die Operation bei Verätzung des Magens durch Gifte in Frage, wo sie frühzeitig zu unternehmen ist, bevor die Pat. herabgekommen und die Magenwände so weit vernichtet sind, dass auch die bessere Ernährung nicht mehr eine Ausheilung des Processes ermöglicht, vielmehr die Ulcerationen unaufhaltsam bis zur Perforation fortschreiten. Eine nach Konstatirung einer ausgedehnten und tiefgreifenden Magenverätzung baldigst vorgenommene Jejunostomie könnte in solchen Fällen manches Menschenleben retten.

Gold (Bielitz).

Bindegewebe, Neubildung von Blutgefäßen, regressive Vorgänge im tuberkulösen Gewebe, Organisierung des Tuberkels, d. h. Substituierung desselben durch neu gebildetes Bindegewebe.

Zur Erklärung des Zustandekommens dieser Heilungsvorgänge nimmt Verf. an, dass durch die Laparotomie eine entzündliche Reaktion seitens des Bauchfells hervorgerufen werde; diese Reaktion soll sich durch die schon während der Operation zunehmende Hyperämie und Sukkulenz des Bauchfells kundgeben. Dazu kommen noch die Auswaschung und das Austupfen der Bauchhöhle, das als mechanischer Reiz auf die Serosa wirke. Dagegen könne die Auswaschung nicht antiseptisch oder spezifisch antituberkulös wirken, da man mit physiologischer steriler Lösung denselben Effekt erziele.

Bezüglich der chirurgischen Therapie zieht Verf. aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass man, wenn nach der 1. Laparotomie das Exsudat sich wieder ansammelt, nicht zögern soll, die Operation ein oder mehrere Male zu wiederholen — außer wenn irreparable Organveränderungen im Bauche vorhanden sind.

H. Bartsch (Heidelberg).

15) **Margaruoci.** Sulla cura chirurgica delle peritoniti tubercolari.

(Morgagni 1897. p. 52.)

Verf. giebt eine interessante Übersicht über 253 Fälle von tuberkulöser Bauchfellentzündung, die von verschiedenen Mitgliedern der italienischen Gesellschaft für Chirurgie operirt worden sind, mit dem erstaunlich guten Erfolg von 216 Heilungen und nur 37 Todesfällen.

Unter den 253 Fällen waren 153 von Bauchfellentzündung mit serösem Exsudat, 39 mit serösem Exsudat und Verwachsungen, 3 von allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung, 10 mit abgekapseltem eitrigem Exsudat und 30 ohne Exsudat.

Nach Vergleichung der verschiedenen in Anwendung gekommenen Operationsarten kommt Verf. zu dem Schluss, dass der einfache Bauchschnitt mit gründlicher Entfernung des Exsudates am empfehlenswerthesten sei. Ausspülungen, Trennung von Verwachsungen, außer bei Darmeinschnürungen, so wie alle sonstigen stark reizenden Eingriffe sollen am besten unterbleiben, die Bauchwunde, wenn irgend möglich, durch die Naht wieder geschlossen werden.

Unter den Heilungen sind 67, die länger als 1 Jahr bestehen, und unter diesen viele von 3-, 4-, 5- und 6jähriger Dauer.

W. Schultz (Hamburg).

16) **L. N. Warnek.** Zur Frage der Resultate der Behandlung der Bauchfelltuberkulose mit Laparotomie.

(Die Chirurgie p. 58. [Russisch].)

W. ist in der glücklichen Lage, über 2 geheilte Bauchfelltuberkulosen zu berichten. Bei der einen Kranken, einer 23jährigen Schneiderin, war die Operation vor 7, bei der anderen, einer 24jährigen Frau, vor 4½ Jahren gemacht worden. Die Diagnose hatte mikroskopisch sichergestellt werden können.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

17) **G. R. Fowler.** A brief note and remarks upon a case of empyema of the vermiform appendix.

(New York med. record 1896. No. 7.)

Die katarrhalische Form der Appendicitis oder die Endoappendicitis (nicht im wahren Sinne katarrhalisch, weil die Submucosa hauptsächlich mit betheiligt) beschränkt sich meist bei Abwesenheit virulenter Infektion auf milden Verlauf und heilt mit zurückbleibender Verdickung der Mucosa und Submucosa unter Ruhe (und salinischen Abführungen nach Fowler) ohne Weiteres aus. Gelegentlich findet sich aber Verengung oder voller Verschluss der Lichtung an einer oder mehreren Stellen ein. Ist die ganze Lichtung verschlossen, ist dieser Zustand ungefährlicher, als wenn theilweiser Verschluss eintritt, besonders aber stellt Verschluss der coecalen Öffnung eine bisher nicht genügend gewürdigte Folge dar.

So ergab die operative Entfernung des Wurmfortsatzes, welche bei einem ganz milden, genau lokalisirten Anfall nur wegen 3. Recidivs gemacht war, ein Empyem des Organs mit drohender Perforation an der Spitze, woselbst sich eine Ulceration bis auf die Serosa fand. Die Öffnung zum Blinddarm war völlig strikturirt. Der Fall nahm bis zum 8. Tage guten Verlauf, dann entstand eine Phlebitis der Iliacalgefäße, auf denen der Processus vermiformis lag, und deren bedeckendes Peritoneum mit obiger geschwüriger Stelle verwachsen war. Heilung.

Loewenhardt (Breslau).

18) J. Hochenegg. Chirurgisch-kasuistische Mittheilungen aus der Praxis und dem Spital. I. Über sacrale Hernien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 47.)

Wie nach Laparotomien, so kommt es auch nach Eröffnung des Bauchfellraumes von der Kreuzbeingegend aus in einzelnen Fällen zur Ausbildung einer hernienartigen Vorwölbung. Unter den vom Verf. nach der sacralen Methode operirten 114 Fällen, bei welchen das Bauchfell eröffnet wurde, fand sich nur bei 3 Frauen die Entwicklung von Sacralhernien, was jedenfalls mit der Weite und der Neigung des Beckens zusammenhängt. Bei Männern wurde niemals eine Sacralhernie beobachtet. Da von den 67 operirten Frauen bloß 3 sichere Sacralhernien aufwiesen, so ist dieses Vorkommnis auch für diese als ein seltenes zu bezeichnen, und müssen hiersu besondere Gelegenheitsursachen angenommen werden (mangelhafter Verschluss der Bauchfellücke). Verf. empfiehlt bei Frauen nach sacralen Operationen aus was immer für einer Indikation das Tragen einer einfachen Stützbandage: breiter gutschitzender Gürtel, von dem hinten in der Mitte senkrecht nach unten ein handbreites Gummiband abgeht, welches nach vorn gespalten unter den Beinen durchgezogen und vorn wieder am Bauchgurt befestigt wird. Anlass zur Revision seiner Operirten gab dem Verf. 1 Fall von sacraler Hernie, dessen hochinteressante Krankengeschichte ausführlich mitgetheilt wird. Bei der damals 54jährigen Frau wurde im Jahr 1885 wegen analer Phlegmone Fistelspaltung mit Durchtrennung des Sphinkters gemacht, 1886 wegen Carcinom im Aftertheile Amputatio recti nach der Lisfranc'schen Methode; 1888 Operation wegen Mastdarmvorfall und Hedrocele; und zwar wurde nach Exstirpation des Steißbeins der Vorfall in der Höhe des Kreuzsteißbeingelenkes abgetragen und ein sacraler Kunstafter angelegt, die Bauchfellücke genäht, das Cavum ischio-rectale durch Naht und Tamponade verödet. Der Wundverlauf war gestört durch Sprengung der peritonealen und versenkten Nähte, Vorfall von Dünndarmschlingen. Reposition und Tamponade, normaler Wundverlauf. Schon 2 Monate danach konnte man die Entwicklung einer Sacralhernie beobachten, die sich trotz Tragens einer Bandage im Laufe der folgenden Jahre beträchtlich vergrößerte. Schließlich war der Zustand der Kranken derart unleidlich geworden, dass sie auf eine nochmalige Operation drang. 19. December 1895. 4. Eingriff: Radikaloperation der Sacralhernie, welche eine Resektion des Wurmfortsatzes und einer 27 cm langen adhärennten, nicht ablösbaren Dünndarmschlinge nöthig machte, Verlagerung des sacralen Afters und Achsendrehung des abgelösten Mastdarmes. An den gestreckt verlaufenden Darm wurde das Bauchfell genau angenäht, so dass ein vollständiger Abschluss der Bauchhöhle zu Stande kam. Hinter dem Darm wurden die Weichtheile der Glutäalgegend durch versenkte Nähte mit denen der anderen Seite vernäht und durch exakte Hautnaht die Wunde geschlossen. Vollkommener Erfolg.

Hinterstoisser (Teschen).

19) J. Marčelić (Zara). Ein Fall von Hernia diaphragmatico-pericardiaca omentalis.

(Liečnički viestnik 1897. No. 3.)

Der Fall als solcher hat zwar nur pathologisch-anatomische Bedeutung, doch da er wohl als Unicum dasteht, verdient er auch weiteren, besonders chirurgischen Kreisen mitgetheilt zu werden. Verf. hat wenigstens in der Litteratur keinen derartigen Fall auffinden können. (Auch dem Ref. ist keiner bekannt.)

Ein 50jähriger Lebercirrhotiker mit Ascites und Hydropericardium zeigte bei der Sektion folgendes Bild: Aus dem stark erweiterten Herzbeutel entleert sich eine große Menge (ca. 1 Liter) Flüssigkeit. Das Herz bietet beim ersten Anblick das Bild eines Cor villosum dar, aber nach Herausnahme aus dem Herzbeutel findet man es rein, glatt und in eine Membran eingewickelt, welche an einer Stelle mit dem Pericardium und dieses wieder mit dem Zwerchfell verwachsen ist. In der Bauchhöhle sehr viel Ascitesflüssigkeit, das große Netz über sich selbst zurückgeschlagen und an seinem freien Ende in der linken Parasternallinie 1—2 cm unterhalb des Rippenbogens und 3 cm vom mittleren Blatte des sehnigen Zwerchfelltheiles mit diesem verwachsen, und zwar gerade gegenüber der Stelle, an welcher die im Herzbeutel befindliche Membran mit dem Pericardium und dieses mit dem Zwerchfell verwachsen ist. Bei genauer Besichtigung erkennt man diese Membran leicht als Omentum majus, welches durch das Zwerchfell in den Herzbeutel eingedrungen war. Das im Herzbeutel befindliche Netzstück ist fächerförmig zusammengezogen, misst in der Länge 15 cm, in der Breite 18 cm und ist nicht atrophisch.

Verf. glaubt eine traumatische Ursache (Stich) ausschließen zu können, da nirgends eine Narbenspur aufzufinden war. Eben so glaubt er ausschließen zu können, dass der Druck des Hydropericardiums und des Ascites die Fasern des Zwerchfells aus einander gedrängt hätte, und dass dann durch irgend einen unbekannten Faktor das Netz durch Zwerchfell und Pericardium in dessen Höhle eingedrungen wäre, da das Hydropericardium erst 2 Monate vor dem Tode eingetreten ist. Somit bleiben nur noch zwei Möglichkeiten: entweder dass der Bruch angeboren war, oder dass er später durch eine im Pericardium und Zwerchfell präexistirende Lücke entstanden ist. M. neigt der ersteren Ansicht zu, da das Peritoneum diaphragmaticum eben so auf das Netz übergeht, wie die Lamina serosa pericardii. Die starke Verwachsung und der Mangel jedweder Reaktionserscheinungen spricht jedenfalls dafür, dass der Bruch schon vor sehr langer Zeit entstanden sein muss.

Cačković (Agram).

20) C. Philippe (Liège). Deux laparotomies pratiquées chez des enfants pour affections intestinales et suivies de guérison.

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 728.)

Ein 12jähriges Mädchen erkrankte nach einem Diätfehler mit den Erscheinungen eines unvollständigen Darmverschlusses, erbrach in 6 Tagen nicht weniger als 40 Spulwürmer. Der bedrohlich werdende Zustand zwang zur Operation. Eine untere Ileumschlinge war um ihre Achse gedreht, von ihrem Scheitel zog eine Pseudomembran strangartig zu dem entzündeten Wurmfortsatz; in dem dadurch gebildeten Ring hatte sich eine andere Schlinge unvollkommen eingeklemmt. Durchschneidung des Stranges, Rückdrehen des Volvulus brachte rasche völlige Heilung.

In einem 2. Falle handelte es sich bei einem 8jährigen Mädchen um einen enorm großen, wahrscheinlich von einer Appendicitis ausgehenden intraperitonealen Abscess, der, durch Adhäsionen völlig abgekapselt, spontan am Nabel durchgebrochen war. Breite Eröffnung in der Medianlinie und Drainage führte nach vorübergehendem Abgang von etwas Koth mit dem Eiter zur Genesung.

Reichel (Breslau).

21) Kurewski. Über einen Fall von Chlorzinkvergiftung nebst Bemerkungen zur Jejunostomie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 50.)

In einem Falle von Chlorzinkvergiftung suchte K. auf operativem Wege Hilfe zu bringen. Eine 35jährige Frau trank ca. 50 g einer 50%igen Chlorzinklösung. Sofortiges heftiges Erbrechen und schwerer Collaps waren die Folge. Es gelang, das Leben der Kranken zu erhalten, doch stellte sich unter heftigen Schmerzen

ein unaufhörlicher Brechreiz ein, welcher auch die geringste Menge zugeführter flüssiger Nahrung wieder aus dem Körper hinausbeförderte. Die Durchgängigkeit der oberen Nahrungswege erwies sich als vorhanden. Daher Ernährungsversuche durch den Mastdarm; Pat. kam jedoch zusehends von Kräften, überdies verursachten die Eingießungen erhebliche Beschwerden im Darm und steigerten den bestehenden Meteorismus. K. beschloss daher einen operativen Eingriff. Da eine chronische subphrenische Peritonitis vorhanden war; die Stenoseerscheinungen sich auf den offenbar in seinem ganzen Umfange geschrumpften und mit ulcerösen Vereiterungen behafteten Magen bezogen, durfte dieser nicht zum Ausgangspunkte einer Operation gemacht werden, wo vielmehr nur eine Duodenostomie oder Jejunostomie am Platze war. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich in den oberen Bauchabschnitten die Organe durch peritonitische Verwachsungen mit einander verlöthet, während der Magen, mit den Nachbargebilden verwachsen, geschrumpft als harter, walzenförmiger Körper in der Zwerchfellkuppe lag. Aufsuchung der Plica duodenojejunalis. 20 cm davon entfernt wurde die Jejunumschlinge in die Bauchwand eingenäht und dann, so wie Witzel seine Kanalbildung im Magen bei Gastrostomie macht, durch Faltung der Darmwand ein Raum gebildet, in den eine silberne Kanüle eingenäht und in den Darm versenkt wurde. K. zieht die Silberkanüle einem elastischen Gummischlauche vor, weil jene bei gleichem Umfang wie dieser eine größere Lichtung besitzt. Illustrationen im Texte tragen einerseits zum Verständnis der Methode bei, schematisch andererseits die für die Jejunostomie angegebenen Methoden von Hahn, Maydl und Albert. Die Operation wurde gut überstanden, und unmittelbar nach derselben war es möglich, Flüssigkeitsmengen in den Darm einzugießen, ohne dass auch nur ein Tropfen zurückgeflossen wäre. Niemals kam von eingegossenen Mengen oder von Darmsäften etwas zurück. Das Allgemeinfinden der Kranken war andauernd besser, sie konnte kleine Mengen Thee zu sich nehmen, hatte geformten grünen Stuhlgang, als am 7. Tage nach der Operation ein Collaps auftrat, der zwar erfolgreich bekämpft wurde, nach welchem aber eine doppelseitige Pneumonie in den Unterlappen konstatiert wurde. Tags darauf neuer schwerer Collaps, Tod. Das Sektionsergebnis war eine doppelseitige Pneumonie und eine diffuse eitrige Peritonitis, welche ihren Ausgang genommen hatte von einer ungewöhnlich großen Ruptur des Magens. K. erklärt den pathologischen Befund damit, dass in Folge des häufigen Erbrechens Aspiration infektiöser Massen stattfand, welche zur Entwicklung der Pneumonie führten; das heftige Husten war Ursache für die Perforation geworden, weil die künstlichen Stützpunkte (Nachbarorgane) des zerstörten Magens dem Anprall der Hustenstöße nicht Stand halten konnten.

K. knüpft an seinen Fall einige Bemerkungen über die bisher selten gemachte Jejunostomie, unter Besprechung der Entwicklung dieser von Surmay im Jahre 1878 erdachten und von G. Bird im Jahre 1885 zum 1. Male am Menschen ausgeführten Operation, unter deren Methoden er der von ihm analog der Witzelschen Gastrostomie ausgeführten den Vorzug giebt. Ein Regurgitiren der eingegossenen flüssigen Nahrung findet eben so wenig statt, wie das Herausfließen von Darmsäften aus der Fistel. Die Faltung der Darmschleimhaut hindert nicht das Vorbeifließen von Pankreassekret und Galle. Die Methode ist leicht und ungefährlich, mit ihr wird den Anforderungen an die Ernährung Genüge gethan. Was die Indikationen der Jejunostomie anbelangt, so wird sie, von K. ganz allgemein ausgesprochen, angezeigt sein bei Stenosen der oberen Ernährungswege, die weder eine Ösophagostomie noch eine Gastrostomie, noch eine Gastroenterostomie zulassen; endlich kommt die Operation bei Verätzung des Magens durch Gifte in Frage, wo sie frühzeitig zu unternehmen ist, bevor die Pat. herabgekommen und die Magenwände so weit vernichtet sind, dass auch die bessere Ernährung nicht mehr eine Ausheilung des Processes ermöglicht, vielmehr die Ulcerationen unaufhaltsam bis zur Perforation fortschreiten. Eine nach Konstatirung einer ausgedehnten und tiefgreifenden Magenverätzung baldigst vorgenommene Jejunostomie könnte in solchen Fällen manches Menschenleben retten.

Gold (Bielitz).

22) **Freiherr v. Eiselsberg.** Zur Technik der Jejunostomie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 2.)

Mit Bezug auf vorstehenden Aufsatz betont v. E., dass nicht Karewski die Witzel'sche Methode für Gastrostomie als Erster auf die Jejunostomie übertragen habe. v. E. selbst berichtete über 3 von ihm ausgeführte Jejunostomien nach Witzel's Princip im Jahre 1895 auf dem Chirurgenkongress und veröffentlichte sie im Archiv für klin. Chirurgie Bd. L Hft. 4. (In No. 3 der Berliner klin. Wochenschrift erklärt Karewski, dass er die Arbeiten v. E.'s übersehen habe.) In dem einen der damals von v. E. publicirten Fälle erwies sich die Fistel noch 2 Jahre nach der Operation schlussfähig. Gleich gute Resultate erzielte v. E. seither in 2 weiteren Fällen von Jejunostomie wegen totaler Carcinose des Magens, so dass er bereits über 5 Fälle mit operativem Erfolg (Kontinenz der Fistel) verfügt, welche Karewski in seinem Aufsatz gar nicht erwähnt. v. E. stellt die Methode als eine sehr zweckmäßige hin, die Übertragung des Witzel'schen Princip's der Gastrostomie auf die Jejunostomie hält er für kein besonderes Verdienst; es lag ja ziemlich nahe, diese bewährte Methode für die Jejunostomie anzuwenden.

Bezüglich der Technik weicht Karewski von v. E. in keiner Weise ab, und ist v. E. überzeugt, dass Karewski, falls sein Fall nicht am 9. Tage nach der Operation gestorben wäre, die Silberkanüle durch einen Nélaton-Katheter ersetzt haben würde, welcher sich in allen 5 Fällen v. E.'s zur vollsten Zufriedenheit bewährte.

Gold (Bielitz).

23) **R. Gersuny.** Über ein Symptom bei Kothtumoren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 40.)

Das Symptom, welches bei gewissen Fällen von Kothgeschwülsten vorkommt, beruht darauf, dass bei intensivem Fingerdruck die Darmschleimhaut an der die Geschwulst bildenden zähen Kothmasse anklebt und beim Nachlassen des Druckes sich davon wieder ablöst, und besteht darin, dass man dies Ablösen der Darmschleimhaut von dem Kothtumor tastet. Die Vorbedingungen für dieses »Klebesymptom« sind: ein gewisser Grad von Trockenheit der Darmschleimhaut und ein gewisser Grad von Eindrückbarkeit der Oberfläche der Geschwulst; endlich gehören dazu die Darmgase, welche, beim Druck auf die Geschwulst weggedrängt, beim Nachlassen aber den Darm an der gedrückten Stelle wieder aufblähen und seine Wand von der Geschwulstoberfläche ablösen. Will man das Klebesymptom nachweisen, so drückt man die Bauchwand an einer hervorragenden Stelle der Geschwulst mit den Fingerspitzen langsam tief ein, vermindert dann ganz allmählich den Druck und hebt die Finger sehr langsam wieder ab.

G. theilt im Anschluss daran eine interessante Krankengeschichte mit, die hier auszüglich wiedergegeben werden soll. Es handelt sich um eine 32jährige Frau, die seit frühester Kindheit an Verstopfung litt. Auf Abführmittel nur unvollständige Darmentleerungen, in ihrem 15. Lebensjahre eine schwere Verstopfung, die erst nach mehreren Monaten behoben wurde, späterhin zahlreiche Kolikanfälle, in ihrem 28. Lebensjahre erste Entbindung, Hindernis durch eine harte Geschwulst, die hinaufgeschoben werden musste. Bei der 3. Entbindung neuerlich ernstes Geburtshindernis durch eine im kleinen Becken liegende Geschwulst, die ebenfalls nach oben verschoben werden musste. Seither Zunahme des Bauchumfanges bei sonstiger Abmagerung. Bei der Aufnahme ins Rudolfinerhaus fand sich in der rechten Unterbauchgegend eine etwa mannskopfgroße Geschwulst mit glatter Oberfläche und harter Konsistenz, ihr unterer Pol vom Scheidengewölbe aus tastbar. Eine vorausgegangene Eingießung in den Darm hatte ausgiebige Stuhlentleerung erzielt. Diagnose: Adnexgeschwulst. Bei Untersuchung in Narkose ließ sich die Geschwulst mit einem Ruck aus dem Becken herausheben und lag nun in der rechten seitlichen Bauchgegend fest: normale Verhältnisse des inneren Genitales. Verdacht auf retroperitoneale Geschwulst, etwa aus einer Wanderniere hervorgegangen. Bauchschnitt: Der ganze Bauch bis hinauf zum Rippenbogen von einer kolossal ausgedehnten Darmschlinge — S romanum und Colon descendens — aus-

gefüllt. Das vermeintliche Neugebilde füllte den unteren Schenkel der Flexur aus; bei starkem Fingerdruck entstand hier eine seichte Vertiefung und das oben beschriebene Klebesymptom. Darmwand von mindestens $\frac{1}{2}$ cm Dicke. — Von einem weiteren operativen Vorgehen wurde abgesehen, die Bauchwunde vernäht. Einige Tage nach der Operation wurde mit Darmirrigationen (Salzwasser und Öl abwechselnd) begonnen, worauf jedes Mal Stuhl erfolgte. 3 Wochen nach der Operation, als die Bauchnarbe genug widerstandsfähig schien, wurde mit Bauchmassage begonnen, unmittelbar vor jeder Massage Ölklysma (500 g). Die Geschwulst wurde knetbar und die Entleerungen massenhaft. Nach weiteren 9 Tagen und 115 Stuhlentleerungen war das Klebesymptom und damit auch die Geschwulst verschwunden. Fortsetzung der Massagebehandlung bis zum Eintritt der 4. Schwangerschaft, während und nach welcher die Kothgeschwulst allerdings in geringerer Ausdehnung recidivirte. Neuerliche Behandlung mittels Massage und Öklysmen brachten sie wiederum zum Verschwinden. Auch diesmal wieder Beobachtung des Klebesymptoms. Weiterhin berichtet G. über 2 Fälle aus der Praxis des Prof. Oser, einen 8- und 9jährigen Knaben betreffend; in beiden Fällen handelte es sich um chronische Verstopfung seit früher Kindheit und wurde jedes Mal das Klebesymptom an der Kothgeschwulst beobachtet. Der 2. Fall wurde im Rudolfinerhause durch Öl- und Wasserklysmen und Knetung zur Heilung gebracht.

In den mitgetheilten Fällen, in welchen das Klebesymptom beobachtet wurde, scheinen sich die Umrisse eines besonderen Krankheitsbildes abzuzeichnen: Das Leiden beginnt in frühester Kindheit unter Erscheinungen von Darmträgheit und Kothstauung, wird durch Abführmittel nur vorübergehend gebessert, steigert sich gelegentlich zum Bild der Darmenge und der völligen Verengung; daran schließt sich eine allmählich zunehmende Hypertrophie der Dickdarmwand, die sich sehr kräftig kontrahirt, aber das Hindernis, die Kothgeschwulst, nur theilweise überwindet. Abführmittel, Darmirrigationen haben auf letztere keinen Einfluss, nur die Kombination von Massage und Eingießungen, besonders mit Öl: das Kneten der von dem injicirten Öl umgebenen Geschwulst bildet daraus eine Masse von Salbenkonsistenz, die endlich von der Peristaltik bewältigt wird. Setzt man diese Mittel längere Zeit aus, so entstehen neuerdings Kothgeschwulste. Die übergroße Länge und Weite des Dickdarmes bildet ein Hindernis für die dauernde Heilung.

Hinterstolsser (Teschen).

24) Chirat. Sur un cas d'invagination aigue de l'intestin chez l'adulte.

(Province méd. 1896. No. 51.)

Ein Fall von Jaboulay, welcher lehrreich ist, weil er nicht operirt gestorben ist und alle Aussicht bot, bei rechtzeitiger Operation gerettet zu werden. Aufnahme in die Klinik 48 Stunden nach dem Einsetzen der akuten Verschlusserscheinungen ohne Kothbrechen. Am folgenden Tage blutiger Stuhlgang, Operation aber nicht ausgeführt, weil die Beschaffenheit des Darmes nach 72 Stunden zu ungünstig angenommen wurde, die Stelle des Eingriffs auch nicht mit Sicherheit bestimmt werden konnte. Dann Besserung mit wieder nachfolgender Verschlimmerung, wobei aber die Operation definitiv aufgegeben wird, weil der Zustand zu schlecht geworden war. — Bei der Autopsie am 10. Tage zeigt sich die Invagination sehr hoch gelegen, $\frac{1}{2}$ m hinter dem Magen, aber mit Leichtigkeit zu lösen, und der Darm von verhältnismäßig guter Beschaffenheit!

Herm. Frank (Berlin).

25) J. Frank. A new contrivance for intestinal end-to-end anastomosis.

(New York med. record 1896. Oktober 3.)

Der Apparat besteht aus 2 dekalcinirten Knochenringen (s. Fig. 1) mit je 6 Nadellöchern und einem Stück Drainrohr, $\frac{7}{8}$ Zoll lang und $\frac{5}{16}$ Zoll breit. Die Befestigung ergibt die Fig. 2, welche den Apparat fertig zur Insertion darstellt.

Die Intestinalenden werden über je eine Hälfte gebracht und zwischen die auf einander drückenden Flächen der Ringe geklemmt; das elastische Drainrohr bringt den Druck zu Stande, unter dem die interponirten Darmwände wie beim Murphyknopf nekrotisiren. Die Knochen lösen sich allmählich auf; die Präparation besteht in fraktionirter Entkalkung in 1%iger Salzsäure, Härtung, Entwässerung in Spiritus und Alkohol absolutus.

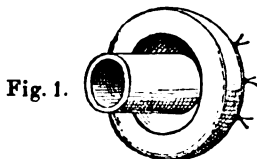


Fig. 1.

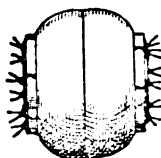


Fig. 2.

Die freien Ränder der Darmenden werden wie bei Murphy fortlaufend umsäumt und »tabaksbeutelähnlich« nach der Einklemmung in die Ringe durch Anziehen der Fadenenden eingefaltet und festgezogen. 13 Hundeeperimente fielen 9mal positiv aus.

Loewenhardt (Breslau).

26) U. Rosa. Über die Resektion des Colons und Coecums.

(Policlinico 1896. Oktober 1.)

Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung der Operationsresultate der namhaftesten Chirurgen, so wie einen Bericht über 11 einschlägige Fälle aus der chirurgischen Klinik des Prof. Durante, die in den Jahren 1888—1896 beobachtet wurden. Diese 11 Fälle vertheilten sich folgendermaßen: 1mal Carcinom des Coecums und Colon ascendens (Heilung), 1mal Cystosarkom des Lig. latum und Colon ascendens (Resektion des letzteren in Ausdehnung von 30 cm; Heilung), 3mal Tuberkulose des Blinddarmes (darunter in 2 Fällen Heilung, in 1 Falle Entstehung einer Kothfistel und tödlicher Ausgang), 2mal Tuberkulose des Colons (in 1 Falle Tod an Shock), 1mal Tuberkulose im untersten Theil des Ileums und Anfangstheil des Colon ascendens (Heilung), 1mal Adenosarkom des Colons und Mesenteriums (Tod an Shock), 2mal Invagination des Coecums, resp. Colon ascendens (beide geheilt; in 1 Falle mussten 25 cm Colon resecirt werden).

In allen diesen Fällen bestand die Operation in Ausschneidung der erkrankten Partie des Darmes und daran angeschlossener Darmnaht; die letztere wurde in 2—4 Etagen angelegt, in der Regel mit Seide. — Verf. hat aus 66 Fällen von Resektion des Colons und Coecums 41% Mortalität berechnet; für die Durante'schen Fälle ergibt sich dagegen nur eine Mortalität von 27,3%. Die Indikation zur Operation war am häufigsten durch bösartige Geschwülste gegeben, nächst dem durch Tuberkulose, außerdem noch durch Invaginationen, Kothfisteln u. dgl. Die wegen bösartiger Geschwülste ausgeführten Resektionen ergaben eine schlechtere Prognose (54,5% Mortalität) als die bei Tuberkulose vorgenommenen (33,3% Todesfälle). Bezüglich der Technik giebt Verf. noch folgende Rathschläge: Wenn die bösartige Geschwulst sehr ausgedehnt ist, und viele Verwachsungen bestehen, so ist es besser, die Operation unvollendet zu lassen und die Bauchhöhle wieder zu schließen, da sonst die Gefahr des Eingriffs zu groß ist. Den Hautschnitt macht man am besten nicht in der Medianlinie, sondern direkt über der Geschwulst. Wenn man genöthigt ist, die Gekrösdrüsen mit fortzunehmen, so soll man doch das Gekröse möglichst schonen. Die Resektion des erkrankten Darmes darf nicht zu sparsam gemacht werden; das zugehörige Stück des Gekröses ist keilförmig zu reseciren. Als häufigste Todesursache betrachtet Verf. den Shock; um diesen zu vermeiden, soll man die Operation möglichst schnell (unter Umständen mit Murphy's Knopf) beenden.

H. Bartsch (Heidelberg).

27) Steudel. Ein Fall von Atresia ani scrotalis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 50.)

Bei einem neugeborenen Kinde fehlte die Afteröffnung; an Stelle derselben sah man einen rabenfederkielgedicken Gang von der Anlage des Afters genau in der

Rhaphe bis etwa in die Mitte des Hodensackes hinziehen und dort mit einer feinen Öffnung enden. Nach Spaltung des Ganges entleerte sich das im Mastdarm angesammelte Meconium; der Sphincter externus fehlte.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

28) Walther. Six abcès du foie. — Rapport par Ricard.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 26.)

In 2 der 6 von W. operirten Leberabscesse war die Ätiologie völlig unklar; in 3 anderen Fällen war Dysenterie vorausgegangen. In dem einen dieser fand eine bakteriologische Untersuchung des Eiters nicht statt, im zweiten fanden sich Staphylokokken und Streptokokken; doch bestand hier eine Kommunikation der Eiterhöhle mit den Bronchien; im 3. Falle, in welchem die Ruhr bereits 5½ Jahre vorher abgelaufen war, war der Eiter steril. Im 6. Falle handelte es sich um eine Metastase bei allgemeiner Streptokokkeninfektion, ausgehend von einer Wunde am linken Ohr. — 3mal saß der Abscess hinten oben an der Leberoberfläche und wurde nach vorausgeschickter Rippenresektion transpleural eröffnet. In den anderen 3 Fällen saß er vorn; die Operation bestand in Bauchschnitt, Punktion und Auswaschen der Eiterhöhle, Annähen der Leber an der Bauchwunde, breiter Eröffnung des Abscesses und Drainage.

2 Pat., bei denen der Eingriff fast in extremis vorgenommen wurde, starben; bei einem schloss sich die Fistel erst innerhalb 3 Monaten; die übrigen 3 genasen binnen 45, 32, 26 Tagen ohne Fistelbildung. Die von Fontan empfohlene Ausschabung der Höhle hält Ricard für unnöthig und, weil nicht ohne Gefahr, für minder empfehlenswerth als das von W. geübte Verfahren.

Reichel (Breslau).

29) Ruotte (Nancy). Une intervention sur le foie dans un cas d'angiocholite suraiguë (Hépatostomie).

(Arch. prov. de chir. T. V. p. 702.)

Eine 50jährige Frau erkrankte, seit 2—3 Monaten an Ikterus leidend, plötzlich mit hohem Fieber, intensiven Leibschmerzen und Bildung einer Geschwulst in der rechten Bauchseite. Nie waren Gallensteinkoliken vorausgegangen. Die Geschwulst reichte abwärts bis 3querfingerbreit oberhalb des Poupart'schen Bandes, ließ sich von der Leber nicht abgrenzen, war enorm schmerzhaft, bot das deutliche Gefühl der Fluktuation. Die Dringlichkeit der Erscheinungen nöthigen zur Operation. Die Geschwulst gehört der Leber an, die Bauchhöhle ist frei, die Gallenblase nicht zu fühlen. Punktionen bleiben resultatlos, ergeben nicht den vermutheten Eiter. Nach Spaltung der Leberkapsel und Fixation in der Bauchwunde dringt der Finger in das äußerst zerreißliche Lebergewebe tief ein, ohne auf eine umschriebene Ansammlung von Flüssigkeit zu treffen. Aus den enorm erweiterten Gallengängen entleert sich nur reichlich Galle, der sich etwas Blut beimengt; Eiter wird nicht gefunden. Tamponade mit Jodoformgaze. Langdauernder starker Gallenabfluss, der zu täglich 2maligem Verbandwechsel zwingt. Baldiger Nachlass der Beschwerden, Schwinden des Fiebers, Wiederkehr gefärbter Darmentleerungen, in denen nie ein Stein gefunden wird; Genesung.

R. hat einen zweiten, dem seinen gleichen Fall in der Litteratur nicht finden können. Den Eingriff will er »Cholangeostomie« oder »Hepatostomie« nennen.

Reichel (Breslau).

30) Jaboulay et Bret. Kyste hydatique du foie. — Rupture intra-péritonéale. — Epanchement de bile. — Absence totale de réaction inflammatoire. — Laparotomie et marsupialisation à la Mikulicz. — Ponction consécutive. — Guérison.

(Province méd. 1896. No. 51.)

Der Verlauf illustriert die Resistenz des Bauchfells gegen den aseptischen Gallenaustritt. Die Ursache der Ruptur ließ sich nicht feststellen.

Herm. Frank (Berlin).

31) **E. Ullmann.** Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege. Cystikotomie und ideale Cholecystotomie.

(Wiener med. Wochenschrift 1896. No. 53.)

Der Autor hat in seinem Falle, bei einer 31jährigen Frau, Gallenblase und Cysticus weithin gespalten, den eingeklemmten maiskorngroßen Stein herausgeholt und die Theile nach vollständiger Vernähung versenkt. Ein Choledochusstein ließ sich ausschließen und wurde auch nicht durch Sonde gefunden; die Wandungen waren noch nicht erkrankt. Heilung in 10–14 Tagen. Dieser, wie ein Küster'scher und ein Greiffenhagen'scher Fall von Cystikotomie, eventuell in Verbindung mit Cholecystotomie und vollkommenem Bauchschluss, lassen die apodiktische Forderung Kehr's der Einnähung der Gallenblase in die Bauchwand als Nothventil in dieser Strenge nicht als berechtigt erscheinen.

Herm. Frank (Berlin).

32) **Chaput.** Sur une observation de M. Pierre Delbet intitulée: Un cas de cholécysto-entérostomie; résultats éloignés.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 90.)

Bei einer 52jährigen Frau, welche seit 10 Jahren an Schmerzen in der Lebergegend, seit 2 Jahren an Ikterus litt, schritt D. auf Grund der Diagnose »Verlegung des Ductus choledochus« zur Aufsuchung des Hindernisses mittels eines am Außenrande des Musc. rectus geführten Schnittes. Der Gallengang selbst war wegen fester Verwachungen nicht aufzufinden; D. entschloss sich daher nach Entfernung eines Steines aus der Gallenblase zur Cholecystoenterostomie. Ein Versuch, die Anastomose mit einem kleinen Murphy'schen Knopf herzustellen, misslang wegen Kleinheit der Gallenblase; die Vereinigung der Wundränder der Gallenblase mit denen des Darmes — und zwar einer oberen Jejunumschlinge — durch Etagnennaht führte zum Ziel. Das vor der Operation bestandene Fieber fiel bald ab, der Ikterus schwand. Pat. genas, war auch nach 10 Monaten völlig gesund.

In seinem Bericht über die vorstehende Beobachtung empfiehlt C. für alle Operationen an den Gallenwegen die von Delbet gewählte Schnittführung. Die der Cholecystenterostomie vorgeworfene Gefahr einer sekundären Infektion der Gallenwege hält er für nicht erheblich, mindestens für nicht größer, als bei der einfachen Cholecystostomie. Ob es zur Infektion kommt, hängt seiner Ansicht nach wesentlich nur davon ab, ob die Galle nach der Fistelbildung freien Abfluss hat oder stagnirt. Fällt aber diese Gefahr fort, dann sei die Anastomosenbildung auch bei Infektion der Gallenwege, also in Fällen zu wählen, wo man bisher stets die einfache Cystostomie ausführte, da der nach letzterer stattfindende Gallenausfluss große Übelstände mit sich bringe. Eine Anastomose zwischen Gallenblase und Magen anzulegen, falls es nicht gelänge, das Duodenum zugänglich zu machen, widerräth er aus theoretischen Gründen wegen der Gefahr einer Störung der Magenverdauung. Die Anwendung des Murphy-Knopfes verwirft er bei enger Gallenblase mit dicker Wandung.

Quénu und Terrier warnen in der Diskussion davor, aus dem einen Falle zu weitgehende Schlussfolgerungen zu ziehen, zumal der Beweis nicht erbracht sei, dass die Kranke Delbet's an einem Stein des Ductus choledochus gelitten habe. Terrier weist auch darauf hin, dass klinische Beobachtungen die von C. gefürchtete Störung des Magenchemismus nach Anastomosenbildung zwischen Gallenblase und Magen nicht bestätigt haben.

Reichel (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 116), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24.

Sonnabend, den 19. Juni.

1897.

Inhalt: I. C. Lauenstein, Die präventive, temporäre Tamponade bei Operationen an den Hohlorganen des Unterleibes. — II. C. Lauenstein, Zur Behandlung der Frakturen des Unterkiefers. (Original-Mittheilungen.)

1) v. Lange, Körpergröße. — 2) Jaffe, Veränderungen der Synovialmembran bei Berührung mit Blut. — 3) Lexer, Osteomyelitis. — 4) Aievoli, Panaritium. — 5) Ruge, Schleich'sche Anästhesie. — 6) Reverdin, Schwefelsaures Natron blutstillend. — 7) Cooley, Serumbehandlung bösartiger Geschwülste. — 8) Heubner, Schilddrüse gegen Rachitis. — 9) Thilo, Übungen. — 10) Leutert, Lumbalpunktion. — 11) Lange, Pott'scher Buckel. — 12) Zinn, Kehlkopftuberkulose. — 13) de Voogt, Schilddrüse. — 14) Sasse, Brustdrüsencysten.

15) Socin, Christ, Brünninger und Hägler, Jahresbericht. — 16) Diakonow, Anatomische Zeichnungen mittels Röntgen. — 17) Finkelstein, Bacillus pyocyaneus und hämorrhagische Diathese. — 18) Tilger, Silbersalze. — 19) Campanini, Jodjodkali gegen Tuberkulose. — 20) Minossi, Echinokokken. — 21) Boehr, Invalidität in Folge Chloroformnarkose. — 22) Müller, Klinischer Bericht. — 23) Schamschlin, Arrodirung der Carotis comm. — 24) Löhr, Intubationen und Tracheotomien. — 25) Mayo, 26) Hochenegg, 27) Schüller, 28) Hochenegg, 29) Schüller, Fremdkörper in der Speiseröhre. — 30) Leibold, 31) Golebiewski, Ruptur des M. erectortrunci..

Die präventive, temporäre Tamponade bei Operationen an den Hohlorganen des Unterleibes.

Von

Oberarzt Dr. Carl Lauenstein in Hamburg.

Seit einer Reihe von Jahren hat sich mir bei bestimmten Operationen an Magen, Darm, Harn- und Gallenblase als ein werthvolles Schutzmittel gegen das Ausfließen von Inhalt die vorübergehende Tamponade dieser Hohlorgane erwiesen.

Ich erinnere mich nicht, auf dies nützliche Verfahren von anderer Seite aufmerksam gemacht worden zu sein. Dasselbe hat sich vielmehr allmählich bei meiner eigenen Arbeit herausgebildet.

Dass die umfangreiche Verwendung der Tamponade in der modernen Chirurgie überhaupt — deren Empfehlung im Allgemeinen sich an die Namen von v. Bergmann, Kocher und Andere knüpft,

während Mikulicz und Madelung ihr mehr specielle Indikationen angewiesen haben — mir ihre Benutzung zu diesem besonderen Zwecke nahe gelegt hat, kann ich, ohne ihren Werth dadurch zu beeinträchtigen, zugeben. Da ich sie aber in keinem der bekannteren Lehr- und Handbücher angegeben finde, und da ich wiederholt bemerkt habe, dass das Verfahren Kollegen, die es bei mir sahen, neu war, so möchte ich an dieser Stelle kurz auf dasselbe aufmerksam machen.

Das Feld der Anwendung dieser provisorischen Tamponade bilden alle die Fälle, wo es sich bei der Schließung von Magen-, Harnblasen-, Gallenblasen fisteln, bei der Beseitigung des Anus praeter-naturalis um die gleichzeitige Eröffnung des Peritoneums, mithin um die Gefahr der Infektion der Bauchhöhle durch den Inhalt der betreffenden Hohlorgane handelt.

Die Technik dieser Tamponade ist so einfach, ihr Nutzen so in die Augen springend, dass ich mich nicht wundern würde, zu hören, dass auch andere Chirurgen dieses Hilfsmittel bereits verworther hätten.

Nehmen wir das Beispiel einer Magen fistel, entstanden durch Perforation eines Ulcus ventriculi durch die vordere Bauchwand unterhalb des linken Rippenbogens, so wird, nach Entleerung des Mageninhaltes mittels Spülung, durch die Fistel hindurch der Magen mit einem sehr langen Gazestreifen ausgestopft. Das letzte Ende des Streifens hängt aus der Fistel.

Nun lässt sich ohne eine nennenswerthe Gefahr, dass Mageninhalt ausfließt, der Magen von der Bauchwand ablösen. Die Nahtanlegung am Magen wird begonnen, während die Tamponade zunächst ruhig liegen bleibt. Erst mit dem Fortschreiten der Nahtanlegung wird der Gazestreifen nach und nach hervorgezogen. Bevor der letzte Nahtabschnitt gelegt wird, wird der Rest der Tamponade entfernt.

Ganz ähnlich verfährt man bei der Operation des künstlichen Afters, der nach einer brandigen Hernie zurückgeblieben ist. Besonders das zuführende Darmstück muss sorgfältig ausgestopft werden. Mit Hilfe der Tamponade kann man das Operationsfeld um den künstlichen After herum viel sicherer reinigen, als sonst, und man braucht nicht, wie es von anderer Seite empfohlen worden ist, eine neue Wunde oberhalb des Afters in der Bauchwand anzulegen.

Weitaus am häufigsten habe ich mich dieser Tamponade bedient bei operativen Eingriffen an der Gallenblase, und zwar nicht bloß zur Schließung resp. Beseitigung von Gallen fisteln, sondern bei allen einzeitigen Gallensteinoperationen. Nach den bereits gegebenen Andeutungen brauche ich mich nicht eingehender auszusprechen. Ich erwähne nur, dass die temporäre Tamponade der Gallenblase es ermöglicht, nach Eröffnung der Gallenblase und Entleerung ihres Inhaltes die Gallenwege genau abzutasten auf etwa noch vorhandene Steine oder sonst in Betracht kommende Verhältnisse.

Dass man gerade bei der Gallenblase sich hüten muss, kleinere Gazestücken, die man leicht übersehen und zurücklassen kann, zur Tamponade zu benutzen, möchte ich nicht unterlassen hervorzuheben.

Trotz Anwendung der hier besprochenen Tamponade wird man natürlich alle übrigen bewährten technischen Hilfsmittel, wie z. B. die temporäre Abschnürung oder Kompression der Darmenden, im gegebenen Zeitpunkt nicht außer Acht lassen und auch sonst alle Vorichtsmaßregeln, die der Einzelfall erfordert, anwenden.

Abgesehen von den sekundären Operationen an den genannten Hohlorganen habe ich — was ich hier mehr nebenbei erwähne — schon seit langer Zeit bei allen Operationen im unteren Abschnitt des Mastdarmes als Vorakt stets die Ausstopfung des oberen Rectumabschnittes mit Gaze, ganz in der oben geschilderten Weise, vorgenommen und es immer als eine Annehmlichkeit empfunden, dass wenigstens während des Operirens der Darminhalt von dem Operationsfeld abgehalten wurde.

Die hier besprochene temporäre Tamponade der Hohlorgane wird aber auch möglicherweise von Nutzen sein können bei primären Verletzungen derselben. Ich kann mir wohl denken, dass eine Tamponade des Darmes an der verletzten Stelle in Verbindung mit der temporären Abschnürung noch günstigere Chancen für den Verletzten schafft als die Abschnürung der Darmenden allein. Eben so wird es kaum ein Mittel geben, bei einer intraperitonealen Blasenzerreißung den Urinausfluss in die Bauchhöhle rascher zu sistiren als die Ausstopfung des Blaseninneren mit Gaze in der oben geschilderten Weise. Über die Verwendung der provisorischen Tamponade bei derartigen frischen Verletzungen kann ich allerdings eigene Erfahrungen nicht beibringen.

Nachträglich erfahre ich von Herrn Dr. Happel, dass der verstorbene Hans Schmid die Tamponade des Hydronephrosensackes zur Erleichterung der Exstirpation empfohlen hat, und Herr Prof. Richter hatte die Güte, mich darauf aufmerksam zu machen, dass M. Félizet (ref. i. d. Centralblatt 1892 p. 199) die Ranula angestochen und vor der Exstirpation mit Schwämmchen tamponirt hat.

(Aus dem Seemannskrankenhaus zu Hamburg.)

Zur Behandlung der Frakturen des Unterkiefers.

Von

Oberarzt Dr. Carl Lauenstein.

Die Knochennaht bei der Fraktur des Unterkiefers war bisher unter allen Fixationsvorschlägen das einzige Verfahren, durch das eine sichere Retention der Fragmente bewirkt wurde. Ihr haftet aber, abgesehen von der relativen Größe des Eingriffs, der der ursprünglichen Verletzung eine neue Wunde hinzufügt, und zu dem die Narkose unentbehrlich ist, der Nachtheil an, dass in nicht

wenigen Fällen der Draht später wegen Zurückbleiben oder Bildung einer Fistel wieder entfernt werden muss.

Man darf leider nicht in allen Fällen, wo der Draht scheinbar reaktionslos eingeheilt war, und der Verletzte mit tadellos verheilter Operationswunde das Hospital verlassen hatte, erwarten, dass der Draht auch reaktionslos sitzen bleibt. Oft tritt ein zweiter Chirurg, weit entfernt vom Orte der ursprünglichen Verletzung, die Erbschaft des ersten an — was man namentlich bei Seeleuten erlebt — und ist genötigt, den Pat. von der ihm schließlich lästig gewordenen Drahtsuture zu befreien.

Um die Vortheile der Drahtnaht ohne ihre Nachteile den von mir behandelten Verletzten mit Unterkieferbruch zukommen zu lassen, habe ich mit Nutzen und zur Zufriedenheit meiner Kranken in den letzten Jahren folgende Modifikation angewandt:

Ich mache auf jeder Seite des Bruchspaltes zwischen je zwei festen Zähnen mit dem durch das Schwungrad getriebenen Bohrer dicht oberhalb der Zahnfleischgrenze ein Bohrloch, ziehe durch diese Löcher einen Draht, dessen Enden ich außen zusammendrehe, bis er die Fragmente in guter Stellung unverrückt an einander hält. Das gedrehte Ende wird in der Richtung des Unterkiefers umgelegt, so dass es den Kranken im Munde möglichst wenig belästigt.

Der Verletzte braucht nicht narkotisiert zu werden und kann nach Anlegung der Drahtnaht seinen Kiefer in toto bewegen. Nach circa 4 Wochen wird der Draht entfernt.

Ich sehe in dieser Art, die Frakturfragmente zu befestigen, die die Nachteile der Knochennaht umgeht, auch einen Fortschritt gegenüber dem früher geübten Umschlingen eines Drahtes um die der Fraktur benachbarten Zähne. Denn dieses war entweder nur bei vorhandenen Lücken möglich oder erforderte das Ausziehen von gesunden Zähnen. Trotzdem hielt dieser umschlungene Draht nur mangelhaft, weil die glatten Zähne keinen hinreichenden Halt boten.

Die von mir in dem Interstium angelegten Bohrlöcher können ohne Narkose gemacht werden und geben dem Draht einen sicheren Halt.

1 E. v. Lange (München). Die normale Körpergröße des Menschen von der Geburt bis zum 25. Lebensjahre. Nebst Erläuterungen über Wesen und Zweck der Skalamessstabelle zum Gebrauch in Familie, Schule und Erziehungsanstalten.

München 1896. 35 S.

L. hat sich die Aufgabe gestellt, Messstabellen zu konstruiren, um die Eltern, die Schule etc. in Stand zu setzen, etwaige Störungen des Wachstums rechtzeitig wahrzunehmen. Denselben entgegen zu treten, dürfte freilich nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft eine unerfüllbare ärztliche Aufgabe sein. Indessen ist es gewiss er-

wünscht, Material zu sammeln, dessen Verwerthung zur Erforschung der Gründe für excessives Wachstum nach beiden Richtungen hin, Riesen- und Zwergwuchs, so wie zu einer rationellen Bekämpfung beziehungsweise Prophylaxe dann Sache der Zukunft, wahrscheinlich einer sehr fern gelegenen, sein dürfte.

Den Chirurgen interessirt natürlich am meisten das Wachstum der einzelnen Körpertheile, über welches seit den Messungen von Quetelet, Liharzick und Zeising nichts wesentlich Neues beigebracht worden ist, auch nicht durch Verf. Die der Schrift beigegebene »Graphische Darstellung des normalen Wachstums der Körpergröße des Menschen von der Geburt bis zum 25. Lebensjahre« trennt nicht nur die Geschlechter, wie schon Beneke gethan hat, sondern bringt noch für jedes Geschlecht je eine besondere Kurve für Normalmaximum und Normalminimum. Hiernach finden sich 4 Perioden: 1) diejenige des größten Wachstums von der Geburt bis zum Ende des 2. Lebensjahres; 2) stetiges Wachstum mit geringer Abnahme des Jahreszuwachses bis zum 12. Jahre, Wachstumskurve gleich einer Parabel; 3) gesteigertes Wachstum bis zum 15. Lebensjahre; 4) Wachstum mit rascher Abnahme des Jahreszuwachses und allmählicher Übergang zur konstanten Körpergröße. Die Pubertätsperiode fällt mit keiner dieser Wachstumsperioden zusammen, sondern gehört zum Theil der dritten, zum Theil der vierten an.

Die Aufstellung von Grenzwerten statt derjenigen von Durchschnittswerten ist gewiss ein glücklicher Gedanke. Der Unterschied im Wachstum der Geschlechter findet sich in der Kurventafel sehr gut zum Ausdruck gebracht, indem die beiderseitigen Kurven anfänglich nur wenig von einander getrennt sind und sich erst vom 14. bis 15. allmählich immer mehr von einander entfernen, bis der Abstand 10 cm beträgt, und zwar für Maximum und Minimum gleich viel.

Lühe (Königsberg i. Pr.).

2) A. Jaffe. Über die Veränderungen der Synovialmembran bei Berührung mit Blut.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 1.)

Verf. giebt zuerst einen historischen Überblick über die Anschauungen dessen, was die Synovialis eigentlich ist, Ansichten, welche sich seit den Untersuchungen von Havers und Köl liker mannigfach geändert haben. Das Hauptverdienst bei der Klärung der Frage erkennt er Hü ter zu, der in der Synovialis nicht eine seröse, sondern eine sehr zellenreiche bindegewebige Membran sah. An Widerspruch dagegen fehlte es nicht, namentlich von Seiten Tillmann's u. A. Des Weiteren findet die Art des Verhaltens der Blutgefäße wie die Frage Berücksichtigung, ob die Synovialis mit der Gelenkhöhle durch die Lymphstomata in freier Verbindung steht. Die Untersuchungen über die Resorption werden durch die Experimente von Braun als erledigt betrachtet. Dieser glaubt, dass die Zellen der Synovialis mit den Leukocyten in die Blutgerinnsel hin-

einwuchern, und dass diesen die Gefäße folgen. Bindegewebszellen und Leukocyten transportiren namentlich an den zottenreichen Theilen der Synovialis das Pigment in letztere, und von da gelangt es auf dem Wege des Saftkanalsystems in die Lymphbahnen. Auch die frei mit ihrem Protoplasma an der Oberfläche liegenden Zellen theiligen sich an der Aufnahme des Farbstoffes.

J. injicirte nun Kaninchen Blut aus der V. jugularis in die Gelenke, um die Einwirkung desselben auf die Synovialis und die Resorption zu prüfen. Er fand folgende zum Theil sehr wichtige Resultate:

1) Die Synovialis ist keine seröse Haut, sondern eine bindegewebige Membran, die an ihrer der Gelenkhöhle zugekehrten Fläche von vielen, sehr dicht an einander liegenden Bindegewebszellen durchsetzt ist, während die tieferen Schichten spärlich mit Zellen versehen sind.

2) Die Gerinnung des Blutes tritt schon im Laufe der 1. Stunde ein. Die Gerinnsel nehmen aber mit der zunehmenden Menge der abgesonderten Synovia ab, um schließlich nach 24 Stunden einer zähflüssigen, blutigen Masse Platz zu machen.

3) Am 2. Tage und bis zum 8. Tage zeigen sich zuerst an Größe zunehmende, dann aber abnehmende Gerinnsel.

4) Schon von der 4. Stunde nach der Injektion an beginnt eine herdweise auftretende Rundzelleninfiltration, die bis zum 5. Tage ansteigt, dann aber allmählich abnimmt, um gegen den 9. und 10. Tag ganz zu verschwinden.

5) Das flüssige Blut wird größtentheils in die Saftspalten der Synovialis getrieben und von dort durch die Lymphbahnen abgeführt. Der kleinere Theil der Resorption wird durch pigmentaufnehmende Leukocyten und Bindegewebszellen vollzogen.

6) Vom 6. Tage an zeigt sich eine stärkere Versorgung der Synovialis mit Blutgefäßen. Der Gefäßreichthum steht am höchsten am 8. Tage. Ein positiver Beweis für die zu vermuthende Gefäßneubildung ist nicht zu erbringen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

3) **E. Lexer.** Die Ätiologie und die Mikroorganismen der akuten Osteomyelitis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 173. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1897.)

Der durch seine werthvollen experimentellen Untersuchungen über die Entstehung der akuten Osteomyelitis bekannte Verf. hat sich in dem vorliegenden Vortrage zur Aufgabe gesetzt, die Richtigkeit der schon vor 10 Jahren von Kraske ausgesprochenen Vermuthung zu erweisen, dass jeder Mikroorganismus mit pyogenen Eigenschaften osteomyelitische Processe hervorzurufen fähig sei. Er zieht hierzu nicht nur die Ergebnisse seiner eigenen und Anderer Experimente, sondern auch das große Material neuerer klinischer Beobachtungen, besonders auch das der v. Bergmann'schen Klinik

heran und schildert die von den einzelnen pyogenen Mikroorganismen, so wie bei Mischinfektionen erzeugten verschiedenen Krankheitsformen der Osteomyelitis. Indem wir den Vortrag eingehendem Studium empfehlen, begnügen wir uns, hier nur die Schlusssätze mit Verf. eigenen Worten wiederzugeben.

Die Kraske'sche Annahme hat Betreffs der Streptokokken, Pneumokokken und Typhusbacillen, obwohl es sich dabei weniger um typische Osteomyelitisformen handelt, ihre Bestätigung erfahren, und es ist nicht wahrscheinlich, dass damit die Reihe der Mikroben, die im Stande sind, Eiterung am Knochensystem zu erzeugen, schon erschöpft ist. Da es aber neben der pyogenen Eigenschaft eines Mikroorganismus auch auf das Verhalten desselben bei Allgemeininfektionen ankommt, so dürfen wir vom heutigen Standpunkt aus annehmen, dass diejenigen pyogenen Mikroben, welche überhaupt metastatische Infektionen hervorrufen können, d. h. solche, bei denen von der Blutbahn aus eine Verbreitung in multiplen Herden im Organismus stattfindet, auch am Knochensystem sich ansiedeln und herdförmige oder fortschreitende Eiterungen erzeugen können, die einen häufiger, die anderen seltener, theils mit Vorliebe im Knochenmark, theils häufiger in der Corticalis und dem Periost, bald an Stellen der stärksten Wachsthumsvorgänge, bald dort, wo ein Trauma oder eine vorausgegangene Infektion den Boden vorbereitet hatte. Als Hauptunterschied bleibt für die Staphylokokken, besonders den Aureus, dass sie bei jugendlichen Individuen weitaus die besten Bedingungen zur Lokalisation am Knochensystem finden und hier die bösartigste Wirkung ausüben. Bei der Streptokokken- und Pneumokokkeninfektion sind Knochenlokalisationen bedeutend seltener, häufiger vielleicht Gelenkentzündungen, doch haben sich beide Arten als befähigt erwiesen, als metastatische Prozesse sowohl Periostitis und Ostitis, als Osteomyelitis im engeren Sinne hervorzurufen. Die Typhuslokalisation entbehrt in der Regel der Tendenz zur weiteren Ausbreitung des entzündlichen Processes im Knochengewebe, so lange keine sekundäre Infektion mit den gewöhnlichen pyogenen Erregern hinzutritt. Schärfere Unterschiede der einzelnen bakteriellen Formen der Osteomyelitis festzustellen, bleibt der klinischen Beobachtung künftiger Fälle vorbehalten.◀

Kramer (Glogau).

4) E. Aievoli. Untersuchungen über die pathologische Histologie der Sehnen bei Panaritium.

(Policlinico 1896. Oktober 1.)

Verf. hat 5 Fälle von Panaritium tendineum, die alle sehr infektiös waren, zur Untersuchung benutzt. In allen war der Staphylococcus pyogenes albus und aureus nachgewiesen; die Entzündung erstreckte sich stets auch auf Knochen und Gelenk, so dass die Amputation des Fingers nothwendig war. Die histologische Untersuchung, die sich namentlich auf das Verhalten der Blutgefäße, des

interstitiellen Bindegewebes so wie des eigentlichen Sehnengewebes richtete, ergab folgende Resultate: die ersten entzündlichen Vorgänge spielen sich an den Gefäßen des äußeren Peritendineums ab; dieselben sind stark erweitert und lassen entlang ihrem Verlauf zellige Elemente (Wanderzellen) wahrnehmen, namentlich auch in der Media und Adventitia. Der Inhalt der Gefäße ist in eine anscheinend homogene Masse verwandelt, die jedoch bei stärkerer Vergrößerung sich feinkörnig-fädig erweist (hyaline Thrombose). Das Hyalin soll aus dem Fibrin entstehen. Zu der Einwanderung der Zellen ins Gewebe gesellt sich späterhin auch eine Proliferation der fixen Bindegewebelemente. Durch diese Vorgänge wird eine mehr und mehr zunehmende zellige Invasion des Bindegewebes (inneres und äußeres Peritendineum) herbeigeführt. Hingegen verhält sich das eigentliche Sehnengewebe durchaus passiv. Durch die zunehmende Infiltration des inneren und äußeren Bindegewebes wird ein Netzwerk gebildet, in dessen Maschen das Sehnengewebe liegt, das zu einer homogenen Masse degeneriert. Zum Schluss kommt Verf. noch auf die Grawitz'sche Schlummerzellentheorie zu sprechen, die er als noch nicht sicher bewiesen, aber auch nicht als widerlegt ansieht.

H. Bartsch (Heidelberg).

5) R. Ruge. Versuche mit der Schleich'schen Lokalanästhesie und dem Schleich'schen Narkosengemisch.

(Charité-Annalen 1896. Jahrg. XXI.)

Die Schleich'sche Lokalanästhesie hat R. in einer größeren Zahl von Fällen, namentlich bei Bubonen-, Phimosenoperationen u. dgl. kleineren Eingriffen, unter Anderem auch bei sich selbst an einem Panaritium subungue probirt und giebt einige Winke hinsichtlich ihrer Anwendung, deren Wiedergabe hier aber nicht wohl thunlich ist. Nur auf einige Einzelheiten mag aufmerksam gemacht werden.

Die Spritze selbst soll 5 g fassen, mit aufschraubbarer Kanüle versehen sein und eine Vorrichtung tragen, mittels deren ein Tiefschrauben des Stempels möglich ist, um einen mehr gleichmäßigen Druck ausüben zu können. In eine Eiterhöhle darf man nicht spritzen, da dadurch sogleich in Folge des vermehrten Druckes auf die theilweise noch nicht anästhetischen Wände heftiger Schmerz ausgelöst wird. Namentlich betont R. auch die Nothwendigkeit, den ersten Instich zum Aufspritzen der Gewebe absolut schmerzlos zu machen, was durch Bespritzen der Stelle mit einem dünnen Strahl von Äthylchlorid leicht zu erreichen ist. Nicht selten auftretenden Ohnmachtsfällen beugt man am besten dadurch vor, dass man den Kranken liegen oder wenigstens sitzen lässt. Wird dennoch über Schmerz geklagt, was namentlich beim Aufspritzen entzündeten Gewebes zuweilen berechtigt ist, so hält man etwas inne, wodurch meist der Schmerz endgültig beseitigt wird.

Die Menge der einzuspritzenden Flüssigkeit kann die der Maximalsis des Cocains entsprechenden Zahl, 50 ccm der schwachen

und 25 ccm der stärkeren Lösung, sehr wohl überschreiten, da die langsame Aufsaugung der Stoffe aus schwachen Lösungen eine plötzliche Überschwemmung des Blutes mit toxischen Dosen nicht zu begünstigen scheint.

Auch mit dem Schleich'schen Narkosengemisch, dessen Siedepunkt bekanntlich nach Schleich's Gedankengang der Körpertemperatur nahe liegen soll, hat R. Versuche angestellt und rühmt die verhältnismäßige Gefahrlosigkeit und Sicherheit der Methode. Das Excitationsstadium fehlt ganz oder fast ganz, auch ohne vorgängige Morphiumeinspritzung und selbst bei Potatoren, das Erwachen ist sicher und erfolgt in 15 Minuten, allerdings zuweilen unter Auftreten eines Depressionsstadiums. Der Puls soll sehr gut und voll sein, niemals aussetzen. Erbrechen während der Narkose ist selten, häufiger dagegen, etwa in 20%, nach derselben. Das allerdings etwas spät, meist erst in 15 Minuten stattfindende Eintreten der Narkose wird nicht durch unangenehmen Geruch und Reizungserscheinungen gestört. Der Verlauf der Narkose ist ruhig und sicher, wenn man nur die gewöhnlichen Vorsichtsmaßregeln nicht unbeachtet lässt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

6) **J. L. Reverdin.** La sulfate de soude à faibles doses comme hémostatique.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1897. No. 1.)

Verf. hat das schwefelsaure Natron in stündlichen Dosen à 0,1 cg (— 0,01? Ref.) als ein vorzügliches Hämostaticum in gewissen Fällen von kapillärer Blutung kennen gelernt.

Anwendung fand dasselbe bei schwerer Epistaxis, bei Metrorrhagie, in zwei Fällen von Blutungen nach Exstirpation von Geschwülsten am Rücken bezw. Fuß. Gewöhnlich genügten schon einige Dosen zur Verringerung bezw. Hemmung der Blutung.

Im Anschluss an diese praktischen Erfahrungen wurden auch Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und einem Hunde in drei Serien — per os (mit der Nahrung vermischt), intravenöse und subkutane Injektionen — gemacht.

Während bei der Applikation per os und der intravenösen Injektion das aus der Arteria und Vena femoralis stammende, gemischte Blut sehr rasch coagulirte, fielen die subkutanen Injektionen negativ aus.

Kronacher (München).

7) **W. B. Coley.** The therapeutic value of the mixed toxins of the streptococcus of erysipelas and bacillus prodigiosus in the treatment of inoperable malignant tumors.

(Amer. journ. of the med. science 1896. September.)

Der um die Bekämpfung inoperabler Geschwülste mittels Erysipelimpfungen sehr verdiente Autor suchte die Wirkung der Erysipelttoxine dadurch zu verstärken, dass er sie mit den Toxinen des nicht

während Mikulicz und Madelung ihr mehr specielle Indikationen angewiesen haben — mir ihre Benutzung zu diesem besonderen Zwecke nahe gelegt hat, kann ich, ohne ihren Werth dadurch zu beeinträchtigen, zugeben. Da ich sie aber in keinem der bekannteren Lehr- und Handbücher angegeben finde, und da ich wiederholt bemerkt habe, dass das Verfahren Kollegen, die es bei mir sahen, neu war, so möchte ich an dieser Stelle kurz auf dasselbe aufmerksam machen.

Das Feld der Anwendung dieser provisorischen Tamponade bilden alle die Fälle, wo es sich bei der Schließung von Magen-, Harnblasen-, Gallenblasen fisteln, bei der Beseitigung des Anus praeternaturalis um die gleichzeitige Eröffnung des Peritoneums, mithin um die Gefahr der Infektion der Bauchhöhle durch den Inhalt der betreffenden Hohlorgane handelt.

Die Technik dieser Tamponade ist so einfach, ihr Nutzen so in die Augen springend, dass ich mich nicht wundern würde, zu hören, dass auch andere Chirurgen dieses Hilfsmittel bereits verworther hätten.

Nehmen wir das Beispiel einer Magen fistel, entstanden durch Perforation eines Ulcus ventriculi durch die vordere Bauchwand unterhalb des linken Rippenbogens, so wird, nach Entleerung des Mageninhaltes mittels Spülung, durch die Fistel hindurch der Magen mit einem sehr langen Gazestreifen ausgestopft. Das letzte Ende des Streifens hängt aus der Fistel.

Nun lässt sich ohne eine nennenswerthe Gefahr, dass Mageninhalt ausfließt, der Magen von der Bauchwand ablösen. Die Nahtanlegung am Magen wird begonnen, während die Tamponade zunächst ruhig liegen bleibt. Erst mit dem Fortschreiten der Nahtanlegung wird der Gazestreifen nach und nach hervorgezogen. Bevor der letzte Nahtabschnitt gelegt wird, wird der Rest der Tamponade entfernt.

Ganz ähnlich verfährt man bei der Operation des künstlichen Afters, der nach einer brandigen Hernie zurückgeblieben ist. Besonders das zuführende Darmstück muss sorgfältig ausgestopft werden. Mit Hilfe der Tamponade kann man das Operationsfeld um den künstlichen After herum viel sicherer reinigen, als sonst, und man braucht nicht, wie es von anderer Seite empfohlen worden ist, eine neue Wunde oberhalb des Afters in der Bauchwand anzulegen.

Weitaus am häufigsten habe ich mich dieser Tamponade bedient bei operativen Eingriffen an der Gallenblase, und zwar nicht bloß zur Schließung resp. Beseitigung von Gallen fisteln, sondern bei allen einzeitigen Gallensteinoperationen. Nach den bereits gegebenen Andeutungen brauche ich mich nicht eingehender auszusprechen. Ich erwähne nur, dass die temporäre Tamponade der Gallenblase es ermöglicht, nach Eröffnung der Gallenblase und Entleerung ihres Inhaltes die Gallenwege genau abzutasten auf etwa noch vorhandene Steine oder sonst in Betracht kommende Verhältnisse.

Dass man gerade bei der Gallenblase sich hüten muss, kleinere Gazestücken, die man leicht übersehen und zurücklassen kann, zur Tamponade zu benutzen, möchte ich nicht unterlassen hervorzuheben.

Trotz Anwendung der hier besprochenen Tamponade wird man natürlich alle übrigen bewährten technischen Hilfsmittel, wie z. B. die temporäre Abschnürung oder Kompression der Darmenden, im gegebenen Zeitpunkt nicht außer Acht lassen und auch sonst alle Vorsichtsmaßregeln, die der Einzelfall erfordert, anwenden.

Abgesehen von den sekundären Operationen an den genannten Hohlorganen habe ich — was ich hier mehr nebenbei erwähne — schon seit langer Zeit bei allen Operationen im unteren Abschnitt des Mastdarmes als Vorakt stets die Ausstopfung des oberen Rectumabschnittes mit Gaze, ganz in der oben geschilderten Weise, vorgenommen und es immer als eine Annehmlichkeit empfunden, dass wenigstens während des Operirens der Darminhalt von dem Operationsfeld abgehalten wurde.

Die hier besprochene temporäre Tamponade der Hohlorgane wird aber auch möglicherweise von Nutzen sein können bei primären Verletzungen derselben. Ich kann mir wohl denken, dass eine Tamponade des Darmes an der verletzten Stelle in Verbindung mit der temporären Abschnürung noch günstigere Chancen für den Verletzten schafft als die Abschnürung der Darmenden allein. Eben so wird es kaum ein Mittel geben, bei einer intraperitonealen Blasenzerreißung den Urinausfluss in die Bauchhöhle rascher zu sistiren als die Ausstopfung des Blaseninneren mit Gaze in der oben geschilderten Weise. Über die Verwendung der provisorischen Tamponade bei derartigen frischen Verletzungen kann ich allerdings eigene Erfahrungen nicht beibringen.

Nachträglich erfahre ich von Herrn Dr. Happel, dass der verstorbene Hans Schmid die Tamponade des Hydronephrosensackes zur Erleichterung der Exstirpation empfohlen hat, und Herr Prof. Richter hatte die Güte, mich darauf aufmerksam zu machen, dass M. Félizet (ref. i. d. Centralblatt 1892 p. 199) die Ranula angestochen und vor der Exstirpation mit Schwämmchen tamponirt hat.

(Aus dem Seemannskrankenhaus zu Hamburg.)

Zur Behandlung der Frakturen des Unterkiefers.

Von

Oberarzt Dr. Carl Lauenstein.

Die Knochennaht bei der Fraktur des Unterkiefers war bisher unter allen Fixationsvorschlägen das einzige Verfahren, durch das eine sichere Retention der Fragmente bewirkt wurde. Ihr haftet aber, abgesehen von der relativen Größe des Eingriffs, der der ursprünglichen Verletzung eine neue Wunde hinzufügt, und zu dem die Narkose unentbehrlich ist, der Nachtheil an, dass in nicht

wenigen Fällen der Draht später wegen Zurückbleiben oder Bildung einer Fistel wieder entfernt werden muss.

Man darf leider nicht in allen Fällen, wo der Draht scheinbar reaktionslos eingeheilt war, und der Verletzte mit tadellos verheilter Operationswunde das Hospital verlassen hatte, erwarten, dass der Draht auch reaktionslos sitzen bleibt. Oft tritt ein zweiter Chirurg, weit entfernt vom Orte der ursprünglichen Verletzung, die Erbschaft des ersten an — was man namentlich bei Seeleuten erlebt — und ist genöthigt, den Pat. von der ihm schließlich lästig gewordenen Drahtsutura zu befreien.

Um die Vortheile der Drahtnaht ohne ihre Nachtheile den von mir behandelten Verletzten mit Unterkieferbruch zukommen zu lassen, habe ich mit Nutzen und zur Zufriedenheit meiner Kranken in den letzten Jahren folgende Modifikation angewandt:

Ich mache auf jeder Seite des Bruchspaltes zwischen je zwei festen Zähnen mit dem durch das Schwungrad getriebenen Bohrer dicht oberhalb der Zahnfleischgrenze ein Bohrloch, ziehe durch diese Löcher einen Draht, dessen Enden ich außen zusammendrehe, bis er die Fragmente in guter Stellung unverrückt an einander hält. Das gedrehte Ende wird in der Richtung des Unterkiefers umgelegt, so dass es den Kranken im Munde möglichst wenig belästigt.

Der Verletzte braucht nicht narkotisirt zu werden und kann nach Anlegung der Drahtnaht seinen Kiefer in toto bewegen. Nach circa 4 Wochen wird der Draht entfernt.

Ich sehe in dieser Art, die Frakturfragmente zu befestigen, die die Nachtheile der Knochennaht umgeht, auch einen Fortschritt gegenüber dem früher geübten Umschlingen eines Drahtes um die der Fraktur benachbarten Zähne. Denn dieses war entweder nur bei vorhandenen Lücken möglich oder erforderte das Ausziehen von gesunden Zähnen. Trotzdem hielt dieser umschlungene Draht nur mangelhaft, weil die glatten Zähne keinen hinreichenden Halt boten.

Die von mir in dem Interstitium angelegten Bohrlöcher können ohne Narkose gemacht werden und geben dem Draht einen sicheren Halt.

1) **E. v. Lange** (München). Die normale Körpergröße des Menschen von der Geburt bis zum 25. Lebensjahre. Nebst Erläuterungen über Wesen und Zweck der Skalamesstabelle zum Gebrauch in Familie, Schule und Erziehungsanstalten.

München 1896. 38 S.

L. hat sich die Aufgabe gestellt, Messtabellen zu konstruiren, um die Eltern, die Schule etc. in Stand zu setzen, etwaige Störungen des Wachstums rechtzeitig wahrzunehmen. Denselben entgegen zu treten, dürfte freilich nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft eine unerfüllbare ärztliche Aufgabe sein. Indessen ist es gewiss er-

wünscht, Material zu sammeln, dessen Verwerthung zur Erforschung der Gründe für excessives Wachstum nach beiden Richtungen hin, Riesen- und Zwergwuchs, so wie zu einer rationellen Bekämpfung beziehungsweise Prophylaxe dann Sache der Zukunft, wahrscheinlich einer sehr fern gelegenen, sein dürfte.

Den Chirurgen interessirt natürlich am meisten das Wachstum der einzelnen Körpertheile, über welches seit den Messungen von Quetelet, Liharžick und Zeising nichts wesentlich Neues beigebracht worden ist, auch nicht durch Verf. Die der Schrift beigegebene »Graphische Darstellung des normalen Wachstums der Körpergröße des Menschen von der Geburt bis zum 25. Lebensjahre« trennt nicht nur die Geschlechter, wie schon Beneke gethan hat, sondern bringt noch für jedes Geschlecht je eine besondere Kurve für Normalmaximum und Normalminimum. Hiernach finden sich 4 Perioden: 1) diejenige des größten Wachstums von der Geburt bis zum Ende des 2. Lebensjahres; 2) stetiges Wachstum mit geringer Abnahme des Jahreszuwachses bis zum 12. Jahre, Wachstumskurve gleich einer Parabel; 3) gesteigertes Wachstum bis zum 15. Lebensjahre; 4) Wachstum mit rascher Abnahme des Jahreszuwachses und allmählicher Übergang zur konstanten Körpergröße. Die Pubertätsperiode fällt mit keiner dieser Wachstumsperioden zusammen, sondern gehört zum Theil der dritten, zum Theil der vierten an.

Die Aufstellung von Grenzwerten statt derjenigen von Durchschnittswerten ist gewiss ein glücklicher Gedanke. Der Unterschied im Wachstum der Geschlechter findet sich in der Kurventafel sehr gut zum Ausdruck gebracht, indem die beiderseitigen Kurven anfänglich nur wenig von einander getrennt sind und sich erst vom 14. bis 15. allmählich immer mehr von einander entfernen, bis der Abstand 10 cm beträgt, und zwar für Maximum und Minimum gleich viel.

Lühe (Königsberg i. Pr.).

2) A. Jaffe. Über die Veränderungen der Synovialmembran bei Berührung mit Blut.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 1.)

Verf. giebt zuerst einen historischen Überblick über die Anschauungen dessen, was die Synovialis eigentlich ist, Ansichten, welche sich seit den Untersuchungen von Havers und Köl liker mannigfach geändert haben. Das Hauptverdienst bei der Klärung der Frage erkennt er Hü ter zu, der in der Synovialis nicht eine seröse, sondern eine sehr zellenreiche bindegewebige Membran sah. An Widerspruch dagegen fehlte es nicht, namentlich von Seiten Tillmann's u. A. Des Weiteren findet die Art des Verhaltens der Blutgefäße wie die Frage Berücksichtigung, ob die Synovialis mit der Gelenkhöhle durch die Lymphstomata in freier Verbindung steht. Die Untersuchungen über die Resorption werden durch die Experimente von Braun als erledigt betrachtet. Dieser glaubt, dass die Zellen der Synovialis mit den Leukocyten in die Blutgerinnsel hin-

einwuchern, und dass diesen die Gefäße folgen. Bindegewebszellen und Leukocyten transportiren namentlich an den zottenreichen Theilen der Synovialis das Pigment in letztere, und von da gelangt es auf dem Wege des Saftkanalsystems in die Lymphbahnen. Auch die frei mit ihrem Protoplasma an der Oberfläche liegenden Zellen betheiligen sich an der Aufnahme des Farbstoffes.

J. injicirte nun Kaninchen Blut aus der V. jugularis in die Gelenke, um die Einwirkung desselben auf die Synovialis und die Resorption zu prüfen. Er fand folgende zum Theil sehr wichtige Resultate:

1) Die Synovialis ist keine seröse Haut, sondern eine bindegewebige Membran, die an ihrer der Gelenkhöhle zugekehrten Fläche von vielen, sehr dicht an einander liegenden Bindegewebszellen durchsetzt ist, während die tieferen Schichten spärlich mit Zellen versehen sind.

2) Die Gerinnung des Blutes tritt schon im Laufe der 1. Stunde ein. Die Gerinnsel nehmen aber mit der zunehmenden Menge der abgesonderten Synovia ab, um schließlich nach 24 Stunden einer zähflüssigen, blutigen Masse Platz zu machen.

3) Am 2. Tage und bis zum 8. Tage zeigen sich zuerst an Größe zunehmende, dann aber abnehmende Gerinnsel.

4) Schon von der 4. Stunde nach der Injektion an beginnt eine herdweise auftretende Rundzelleninfiltration, die bis zum 5. Tage ansteigt, dann aber allmählich abnimmt, um gegen den 9. und 10. Tag ganz zu verschwinden.

5) Das flüssige Blut wird größtentheils in die Saftspalten der Synovialis getrieben und von dort durch die Lymphbahnen abgeführt. Der kleinere Theil der Resorption wird durch pigmentaufnehmende Leukocyten und Bindegewebszellen vollzogen.

6) Vom 6. Tage an zeigt sich eine stärkere Versorgung der Synovialis mit Blutgefäßen. Der Gefäßreichthum steht am höchsten am 8. Tage. Ein positiver Beweis für die zu vermuthende Gefäßneubildung ist nicht zu erbringen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

3) E. Lexer. Die Ätiologie und die Mikroorganismen der akuten Osteomyelitis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 173. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1897.)

Der durch seine werthvollen experimentellen Untersuchungen über die Entstehung der akuten Osteomyelitis bekannte Verf. hat sich in dem vorliegenden Vortrage zur Aufgabe gesetzt, die Richtigkeit der schon vor 10 Jahren von Kraske ausgesprochenen Vermuthung zu erweisen, dass jeder Mikroorganismus mit pyogenen Eigenschaften osteomyelitische Processe hervorzurufen fähig sei. Er zieht hierzu nicht nur die Ergebnisse seiner eigenen und Anderer Experimente, sondern auch das große Material neuerer klinischer Beobachtungen, besonders auch das der v. Bergmann'schen Klinik

heran und schildert die von den einzelnen pyogenen Mikroorganismen, so wie bei Mischinfektionen erzeugten verschiedenen Krankheitsformen der Osteomyelitis. Indem wir den Vortrag eingehendem Studium empfehlen, begnügen wir uns, hier nur die Schlusssätze mit Verf. eigenen Worten wiederzugeben.

»Die Kraske'sche Annahme hat Betreffs der Streptokokken, Pneumokokken und Typhusbacillen, obwohl es sich dabei weniger um typische Osteomyelitisformen handelt, ihre Bestätigung erfahren, und es ist nicht wahrscheinlich, dass damit die Reihe der Mikroben, die im Stande sind, Eiterung am Knochensystem zu erzeugen, schon erschöpft ist. Da es aber neben der pyogenen Eigenschaft eines Mikroorganismus auch auf das Verhalten desselben bei Allgemeininfektionen ankommt, so dürfen wir vom heutigen Standpunkt aus annehmen, dass diejenigen pyogenen Mikroben, welche überhaupt metastatische Infektionen hervorrufen können, d. h. solche, bei denen von der Blutbahn aus eine Verbreitung in multiplen Herden im Organismus stattfindet, auch am Knochensystem sich ansiedeln und herdförmige oder fortschreitende Eiterungen erzeugen können, die einen häufiger, die anderen seltener, theils mit Vorliebe im Knochenmark, theils häufiger in der Corticalis und dem Periost, bald an Stellen der stärksten Wachsthumsvorgänge, bald dort, wo ein Trauma oder eine vorausgegangene Infektion den Boden vorbereitet hatte. Als Hauptunterschied bleibt für die Staphylokokken, besonders den Aureus, dass sie bei jugendlichen Individuen weitaus die besten Bedingungen zur Lokalisation am Knochensystem finden und hier die bösartigste Wirkung ausüben. Bei der Streptokokken- und Pneumokokkeninfektion sind Knochenlokalisationen bedeutend seltener, häufiger vielleicht Gelenkentzündungen, doch haben sich beide Arten als befähigt erwiesen, als metastatische Prozesse sowohl Periostitis und Ostitis, als Osteomyelitis im engeren Sinne hervorzurufen. Die Typhuslokalisation entbehrt in der Regel der Tendenz zur weiteren Ausbreitung des entzündlichen Processes im Knochengewebe, so lange keine sekundäre Infektion mit den gewöhnlichen pyogenen Erregern hinzutritt. Schärfere Unterschiede der einzelnen bakteriellen Formen der Osteomyelitis festzustellen, bleibt der klinischen Beobachtung künftiger Fälle vorbehalten.«

Kramer (Glogau).

4) E. Aievoli. Untersuchungen über die pathologische Histologie der Sehnen bei Panaritium.

(Policlinico 1896. Oktober 1.)

Verf. hat 5 Fälle von Panaritium tendineum, die alle sehr infektiös waren, zur Untersuchung benutzt. In allen war der Staphylococcus pyogenes albus und aureus nachgewiesen; die Entzündung erstreckte sich stets auch auf Knochen und Gelenk, so dass die Amputation des Fingers nothwendig war. Die histologische Untersuchung, die sich namentlich auf das Verhalten der Blutgefäße, des

interstitiellen Bindegewebes so wie des eigentlichen Sehnengewebes richtete, ergab folgende Resultate: die ersten entzündlichen Vorgänge spielen sich an den Gefäßen des äußeren Peritendineums ab; dieselben sind stark erweitert und lassen entlang ihrem Verlauf zellige Elemente (Wanderzellen) wahrnehmen, namentlich auch in der Media und Adventitia. Der Inhalt der Gefäße ist in eine anscheinend homogene Masse verwandelt, die jedoch bei stärkerer Vergrößerung sich feinkörnig-fädig erweist (hyaline Thrombose). Das Hyalin soll aus dem Fibrin entstehen. Zu der Einwanderung der Zellen ins Gewebe gesellt sich späterhin auch eine Proliferation der fixen Bindegewebelemente. Durch diese Vorgänge wird eine mehr und mehr zunehmende zellige Invasion des Bindegewebes (inneres und äußeres Peritendineum) herbeigeführt. Hingegen verhält sich das eigentliche Sehnengewebe durchaus passiv. Durch die zunehmende Infiltration des inneren und äußeren Bindegewebes wird ein Netzwerk gebildet, in dessen Maschen das Sehnengewebe liegt, das zu einer homogenen Masse degenerirt. Zum Schluss kommt Verf. noch auf die Grawitz'sche Schlummerzellentheorie zu sprechen, die er als noch nicht sicher bewiesen, aber auch nicht als widerlegt ansieht.

H. Bartsch (Heidelberg).

5) R. Ruge. Versuche mit der Schleich'schen Lokalanästhesie und dem Schleich'schen Narkosengemisch.

(Charité-Annalen 1896. Jahrg. XXI.)

Die Schleich'sche Lokalanästhesie hat R. in einer größeren Zahl von Fällen, namentlich bei Bubonen-, Phimosenoperationen u. dgl. kleineren Eingriffen, unter Anderem auch bei sich selbst an einem Panaritium subungue probirt und giebt einige Winke hinsichtlich ihrer Anwendung, deren Wiedergabe hier aber nicht wohl thunlich ist. Nur auf einige Einzelheiten mag aufmerksam gemacht werden.

Die Spritze selbst soll 5 g fassen, mit aufschraubbarer Kanüle versehen sein und eine Vorrichtung tragen, mittels deren ein Tiefschrauben des Stempels möglich ist, um einen mehr gleichmäßigen Druck ausüben zu können. In eine Eiterhöhle darf man nicht spritzen, da dadurch sogleich in Folge des vermehrten Druckes auf die theilweise noch nicht anästhetischen Wände heftiger Schmerz ausgelöst wird. Namentlich betont R. auch die Nothwendigkeit, den ersten Einstich zum Aufspritzen der Gewebe absolut schmerzlos zu machen, was durch Bespritzen der Stelle mit einem dünnen Strahl von Äthylchlorid leicht zu erreichen ist. Nicht selten auftretenden Ohnmachtsanfällen beugt man am besten dadurch vor, dass man den Kranken liegen oder wenigstens sitzen lässt. Wird dennoch über Schmerz geklagt, was namentlich beim Aufspritzen entzündeten Gewebes zuweilen berechtigt ist, so hält man etwas inne, wodurch meist der Schmerz endgültig beseitigt wird.

Die Menge der einzuspritzenden Flüssigkeit kann die der Maximaldosis des Cocains entsprechenden Zahl, 50 ccm der schwachen

und 25 ccm der stärkeren Lösung, sehr wohl überschreiten, da die langsame Aufsaugung der Stoffe aus schwachen Lösungen eine plötzliche Überschwemmung des Blutes mit toxischen Dosen nicht zu begünstigen scheint.

Auch mit dem Schleich'schen Narkosengemisch, dessen Siedepunkt bekanntlich nach Schleich's Gedankengang der Körpertemperatur nahe liegen soll, hat R. Versuche angestellt und rühmt die verhältnismäßige Gefahrlosigkeit und Sicherheit der Methode. Das Excitationstadium fehlt ganz oder fast ganz, auch ohne vorgängige Morphiumeinspritzung und selbst bei Potatoren, das Erwachen ist sicher und erfolgt in 15 Minuten, allerdings zuweilen unter Auftreten eines Depressionsstadiums. Der Puls soll sehr gut und voll sein, niemals aussetzen. Erbrechen während der Narkose ist selten, häufiger dagegen, etwa in 20%, nach derselben. Das allerdings etwas spät, meist erst in 15 Minuten stattfindende Eintreten der Narkose wird nicht durch unangenehmen Geruch und Reizungserscheinungen gestört. Der Verlauf der Narkose ist ruhig und sicher, wenn man nur die gewöhnlichen Vorsichtsmaßregeln nicht unbeachtet lässt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

6) **J. L. Reverdin.** La sulfate de soude à faibles doses comme hémostatique.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1897. No. 1.)

Verf. hat das schwefelsaure Natron in stündlichen Dosen à 0,1 cg (— 0,01? Ref.) als ein vorzügliches Hämostaticum in gewissen Fällen von kapillärer Blutung kennen gelernt.

Anwendung fand dasselbe bei schwerer Epistaxis, bei Metrorrhagie, in zwei Fällen von Blutungen nach Exstirpation von Geschwülsten am Rücken bezw. Fuß. Gewöhnlich genügten schon einige Dosen zur Verringerung bezw. Hemmung der Blutung.

Im Anschluss an diese praktischen Erfahrungen wurden auch Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und einem Hunde in drei Serien — per os (mit der Nahrung vermischt), intravenöse und subkutane Injektionen — gemacht.

Während bei der Applikation per os und der intravenösen Injektion das aus der Arteria und Vena femoralis stammende, gemischte Blut sehr rasch coagulirte, fielen die subkutanen Injektionen negativ aus.

Kronacher (München).

7) **W. B. Coley.** The therapeutic value of the mixed toxins of the streptococcus of erysipelas and bacillus prodigiosus in the treatment of inoperable malignant tumors.

(Amer. journ. of the med. science 1896. September.)

Der um die Bekämpfung inoperabler Geschwülste mittels Erysipelimpfungen sehr verdiente Autor suchte die Wirkung der Erysipeltoxine dadurch zu verstärken, dass er sie mit den Toxinen des nicht

pathogenen *Bacillus prodigiosus* kombinirte. Die Mischung im Verhältnis von einem Theil *Prodigosustoxin* zu vier bis fünf Theilen *Erysipelt toxin* wurde stets unmittelbar vor dem Gebrauch hergestellt; die Injektion pflegte eine stärkere Reaktion hervorzurufen als das bloße *Erysipelse serum*: Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen, Kopfschmerz, welche bis zu zwölf Stunden anhielten und oft von einem *Herpes labialis* begleitet waren. Die Einwirkung auf die bösartigen Geschwülste war nach C. intensiver als die der bloßen *Erysipelt oxine*. Einen weiteren Fortschritt in der Technik der in Rede stehenden Behandlung machte C. dadurch, dass er auf den Rath Buxton's, des Vorstehers des Loomis-Laboratoriums, die beiden Bakterienarten zusammen in derselben Bouillon wachsen ließ.

Die Einspritzungen wurden je nach Fall subkutan oder in die Geschwulst selbst gemacht; ebenso wurde in Bezug auf Zahl und Größe der Injektionen individualisirt.

Bei dem großen Material im New Yorker Hospital für Krebskranke verfügt C. über nicht weniger als 167 einschlägige Beobachtungen, unter denen sich 94 Sarkome, 63 Carcinome und 10 Fälle mit zweifelhafter Diagnose befinden. 18 Fälle der eigenen Beobachtung, die besonders gut studirt sind, sind ausführlich, z. Th. mit Photographien vor und nach der Injektionsbehandlung, mitgetheilt. In einzelnen Fällen wird »gänzliches Verschwinden« der bösartigen Geschwulst erwähnt, in anderen ist nur von Besserung die Rede.

Die Schlussfolgerungen C.'s sind sehr vorsichtig:

1) Die kombinirten Toxine des Erysipels und des *Bacillus prodigiosus* haben eine antagonistische und spezifische Einwirkung auf bösartige Geschwülste, eine Einwirkung, die in gewissen Fällen zur Heilung führen kann.

2) Diese Einwirkung ist mäßig in den Fällen von Carcinom, sehr ausgesprochen beim Sarkom; hier wieder verschieden je nach der Art desselben; das Spindelzellensarkom scheint am meisten beeinflusst zu werden.

3) Die Toxinwirkung ist nicht als lokale, sondern als allgemeine aufzufassen.

4) Die Toxine sollen nur bei wirklich inoperablen Fällen angewendet werden oder nach Operationen, um Recidiven vorzubeugen.

5) Die Resultate schwanken außerordentlich je nach der Intensität des Präparats; die virulentesten Kulturen geben die besten Resultate.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

8) O. Heubner. Bemerkungen über Rachitis und Versuche, dieselbe mit Schilddrüsensaft zu behandeln.

(Charité-Annalen XXI. Jahrg. p. 310.)

Die in der Kinderabtheilung der Charité angestellten Versuche, die Rachitis mit Schilddrüsensaft zu behandeln, haben im Wesentlichen keinen Erfolg gehabt. Eine geringe günstige Beeinflussung

des allgemeinen Körper- und Kräftezustandes konnte vielleicht bemerkt werden, eine Einwirkung auf den rachitischen Process selbst dagegen blieb ganz aus.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

9) O. Thilo (Riga). Übungen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 176. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1897.)

Verf. weist zunächst nach, dass sorgfältig angepasste Widerstandsbewegungen weniger ermüdend wirken, als Bewegungen, die ohne äußere Widerstände ausgeführt werden, und dass dieser günstige Effekt durch Verbesserung des Blutumlaufs, durch passive Bewegung und Dehnung erkrankter Nerven und Muskeln, durch Übung dieser bei Schwächung und durch Herabsetzung des Verbrauchs der von den Muskeln und Nerven zu liefernden Kraft erzielt werde. T. verwendet zu den Widerstandsbewegungen hauptsächlich — mit Gewichten versehene und an den freien Enden der Gliedmaßen zu befestigende — Rollenzüge, durch welche gleichmäßig zu- und abnehmende Widerstände geschaffen werden. Durch eine Reihe klarer, auf Tafeln zusammengestellter Abbildungen werden die für die verschiedensten Arten von Bewegungen, wie Beugungen, Streckungen, Rollungen u. a. von T. konstruirten Widerstandsvorrichtungen veranschaulicht, überdies noch im Text eingehend beschrieben. Als Grundregel für ihren Gebrauch stellt Verf. den Satz hin, dass zum Schluss und Anfang der Bewegung Rolle, Gelenk und freies Ende der Gliedmaße annähernd eine gerade Linie bilden müssen. Was T. mit den Widerstandsbewegungen an der Hand der geschilderten einfachen Konstruktionen erreicht hat, darüber geben eine Reihe von Krankengeschichten Aufschluss.

Der Vortrag sei allen Denen, die sich mit dem vorliegenden Thema noch nicht eingehender beschäftigt, sowie Denen, welche nicht in der Lage sind, größere Mittel für die von Anderen empfohlenen kostspieligen Apparate für Widerstandsbewegungen aufzuwenden, besonderer Beachtung empfohlen. Sie werden damit höchst einfache, billige und überall, auch in der Wohnung des Kranken leicht herstellbare Vorrichtungen kennen lernen, die die bei der Behandlung geschwächter Muskeln und Nerven, versteifter Gelenke etc. so wichtigen Übungen in zweckentsprechender und nutzbringender Weise ermöglichen.

Kramer (Glogau).

10) Leutert. Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose intracranieller Komplikationen der Otitis. (Aus der k. Universitätsohrenklinik zu Halle a/S.).

(Münchener med. Wochenschrift. 1897. No. 8 u. 9.)

Sinusthrombose und Meningitis purul. in Folge von Otitis lassen sich nicht immer durch ihre klinischen Symptome hinreichend von einander unterscheiden; besonders die mit Hirnabscess komplizierte Sinusthrombose kann der Meningitis sehr ähnliche Erschei-

pathogenen *Bacillus prodigiosus* kombinirte. Die Mischung im Verhältnis von einem Theil *Prodigosustoxin* zu vier bis fünf Theilen *Erysipelt toxin* wurde stets unmittelbar vor dem Gebrauch hergestellt; die Injektion pflegte eine stärkere Reaktion hervorzurufen als das bloße *Erysipelserum*: Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen, Kopfschmerz, welche bis zu zwölf Stunden anhielten und oft von einem *Herpes labialis* begleitet waren. Die Einwirkung auf die bösartigen Geschwülste war nach C. intensiver als die der bloßen *Erysipelt oxine*. Einen weiteren Fortschritt in der Technik der in Rede stehenden Behandlung machte C. dadurch, dass er auf den Rath Buxton's, des Vorstehers des Loomis-Laboratoriums, die beiden Bakterienarten zusammen in derselben Bouillon wachsen ließ.

Die Einspritzungen wurden je nach Fall subkutan oder in die Geschwulst selbst gemacht; ebenso wurde in Bezug auf Zahl und Größe der Injektionen individualisirt.

Bei dem großen Material im New Yorker Hospital für Krebskranke verfügt C. über nicht weniger als 167 einschlägige Beobachtungen, unter denen sich 94 Sarkome, 63 Carcinome und 10 Fälle mit zweifelhafter Diagnose befinden. 18 Fälle der eigenen Beobachtung, die besonders gut studirt sind, sind ausführlich, z. Th. mit Photographien vor und nach der Injektionsbehandlung, mitgetheilt. In einzelnen Fällen wird »gänzliches Verschwinden« der bösartigen Geschwulst erwähnt, in anderen ist nur von Besserung die Rede.

Die Schlussfolgerungen C.'s sind sehr vorsichtig:

1) Die kombinirten Toxine des Erysipels und des *Bacillus prodigiosus* haben eine antagonistische und spezifische Einwirkung auf bösartige Geschwülste, eine Einwirkung, die in gewissen Fällen zur Heilung führen kann.

2) Diese Einwirkung ist mäßig in den Fällen von Carcinom, sehr ausgesprochen beim Sarkom; hier wieder verschieden je nach der Art desselben; das Spindelzellensarkom scheint am meisten beeinflusst zu werden.

3) Die Toxinwirkung ist nicht als lokale, sondern als allgemeine aufzufassen.

4) Die Toxine sollen nur bei wirklich inoperablen Fällen angewendet werden oder nach Operationen, um Recidiven vorzubeugen.

5) Die Resultate schwanken außerordentlich je nach der Intensität des Präparats; die virulentesten Kulturen geben die besten Resultate.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

8) O. Heubner. Bemerkungen über Rachitis und Versuche, dieselbe mit SchilddrüSENSaft zu behandeln.

(Charité-Annalen XXI. Jahrg. p. 310.)

Die in der Kinderabtheilung der Charité angestellten Versuche, die Rachitis mit SchilddrüSENSaft zu behandeln, haben im Wesentlichen keinen Erfolg gehabt. Eine geringe günstige Beeinflussung

des allgemeinen Körper- und Kräftezustandes konnte vielleicht bemerkt werden, eine Einwirkung auf den rachitischen Process selbst dagegen blieb ganz aus.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

9) O. Thilo (Riga). Übungen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 176. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1897.)

Verf. weist zunächst nach, dass sorgfältig angepasste Widerstandsbewegungen weniger ermüdend wirken, als Bewegungen, die ohne äußere Widerstände ausgeführt werden, und dass dieser günstige Effekt durch Verbesserung des Blutumlaufs, durch passive Bewegung und Dehnung erkrankter Nerven und Muskeln, durch Übung dieser bei Schwächung und durch Herabsetzung des Verbrauchs der von den Muskeln und Nerven zu liefernden Kraft erzielt werde. T. verwendet zu den Widerstandsbewegungen hauptsächlich — mit Gewichten versehene und an den freien Enden der Gliedmaßen zu befestigende — Rollenzüge, durch welche gleichmäßig zu- und abnehmende Widerstände geschaffen werden. Durch eine Reihe klarer, auf Tafeln zusammengestellter Abbildungen werden die für die verschiedensten Arten von Bewegungen, wie Beugungen, Streckungen, Rollungen u. a. von T. konstruirten Widerstandsvorrichtungen veranschaulicht, überdies noch im Text eingehend beschrieben. Als Grundregel für ihren Gebrauch stellt Verf. den Satz hin, dass zum Schluss und Anfang der Bewegung Rolle, Gelenk und freies Ende der Gliedmaße annähernd eine gerade Linie bilden müssen. Was T. mit den Widerstandsbewegungen an der Hand der geschilderten einfachen Konstruktionen erreicht hat, darüber geben eine Reihe von Krankengeschichten Aufschluss.

Der Vortrag sei allen Denen, die sich mit dem vorliegenden Thema noch nicht eingehender beschäftigt, sowie Denen, welche nicht in der Lage sind, größere Mittel für die von Anderen empfohlenen kostspieligen Apparate für Widerstandsbewegungen aufzuwenden, besonderer Beachtung empfohlen. Sie werden damit höchst einfache, billige und überall, auch in der Wohnung des Kranken leicht herstellbare Vorrichtungen kennen lernen, die die bei der Behandlung geschwächter Muskeln und Nerven, versteifter Gelenke etc. so wichtigen Übungen in zweckentsprechender und nutzbringender Weise ermöglichen.

Kramer (Glogau).

10) Leutert. Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose intracranieller Komplikationen der Otitis. (Aus der k. Universitätsohrenklinik zu Halle a/S.).

(Münchener med. Wochenschrift. 1897. No. 8 u. 9.)

Sinusthrombose und Meningitis purul. in Folge von Otitis lassen sich nicht immer durch ihre klinischen Symptome hinreichend von einander unterscheiden; besonders die mit Hirnabscess komplizierte Sinusthrombose kann der Meningitis sehr ähnliche Erschei-

nungen hervorrufen. Da ist es denn von Werth, in der Lumbalpunktion ein Mittel zu besitzen, welches eine schnellere und sicherere Diagnosenstellung erleichtern kann. Freilich ist dieselbe nicht ganz ungefährlich, da sie sowohl bei vorgeschrittenen Fällen von Hirngeschwülsten, als auch bei Meningitis raschen Tod herbeiführen kann, wie es Lichtheim, Fürbringer, Krönig, Quincke, Lenhartz, Wilms beobachtet und nach der vorliegenden Arbeit auch L. unter 11 Fällen von Lumbalpunktion 1mal erfahren hatte. Bei der großen Schwere der Krankheiten, in denen zu letzterer die Zuflucht genommen wird, dürfte indess der Anerkennung der Gefährlichkeit der Punktion eine nicht allzugroße praktische Bedeutung zukommen, um so weniger, wenn der Eingriff durch Klarstellung der Diagnose für die Therapie wichtige Fingerzeige abzugeben vermag. In dieser Hinsicht enthält nun L.'s Arbeit werthvolle Hinweise, in so fern sie zeigt, dass sich aus den negativen Befunden der Punktionsflüssigkeiten bestimmte Schlüsse auf die Verhältnisse im Schädelinneren ziehen lassen. Geringe Mengen von Lumbalflüssigkeit, wie sie sich in Folge von unterbrochener Kommunikation zwischen den basalen subarachnoidealen Räumen des Gehirns mit den spinalen bei der Punktion ergeben können, haben für die Diagnosenstellung nur bei positivem Befund von entzündlichen Formbestandtheilen in der entleerten Flüssigkeit eine Bedeutung. Größere Mengen, welche bei der Punktion abfließen, beweisen, dass die Kommunikation zwischen Schädelinnerem und Rückenmarkskanal nicht gestört ist; die gewonnene Flüssigkeit muss also, falls eitrige Meningitis besteht, mehr oder weniger Leukocyten, besonders polynukleäre, enthalten. Fehlen solche in einer vermehrten Lumbalflüssigkeit, so ist damit der Beweis geliefert, dass eine eitrige Meningitis nicht besteht. Dieses ist nun nach 2 Seiten von diagnostischer Wichtigkeit. Erstens sind wir im Stande, bei diagnosticirter Sinusthrombose oder Hirnabscess eine Meningitis auszuschließen, und desshalb berechtigt, bald zur Operation zu schreiten. Zweitens aber können wir die vorher oft unmögliche oder zuweilen unwahrscheinliche Diagnose auf Sinusthrombose bei bestehendem hohem Fieber, welches auf eine vom Ohr ausgehende Erkrankung mit Ausnahme der akuten Paukenhöhlenentzündung bezogen werden muss, mit Sicherheit stellen, da nach L.'s Erfahrungen weder ein Empyem des Warzenfortsatzes oder ein verjauchtes Cholesteatom mit oder ohne Epiduralabscess, noch ein unkomplicirter Hirnabscess längere Zeit anhaltendes hohes Fieber bedingen. Für die Diagnose einer Komplikation von Sinusthrombose mit Hirnabscess kann die Lumbalpunktion mit ihrem Ergebnis vermehrter klarer Flüssigkeitsansammlung ohne Formbestandtheile im Schädelinneren in so fern indirekten Nutzen haben, als nach erfolgreicher Operation am Sinus aus dem Nachlass des Fiebers die Hirndrucksymptome mehr in den Vordergrund treten werden. Bei Hirnabscess, als einziger Komplikation eines Ohrleidens, kann die Lumbalpunktion indess nur als unterstützendes Moment für die Diagnose herangezogen

werden; Betreffs der Differentialdiagnose zwischen Hirnabscess und Geschwulst vermag sie keine Aufklärung zu bringen.

Am Schluss seiner vorstehend kurz skizzirten und eingehenden studiumswerthen Ausführungen, welche auf dem Ergebnis der Lumbalpunktion von 11 genau beschriebenen Fällen verschiedener otitischer intracranieller Erkrankungen beruhen, berichtet Verf. auch über die bakteriologischen Befunde derjenigen Punktionsflüssigkeiten, welche Formbestandtheile enthielten, um zu zeigen, dass die einfache mikroskopische Untersuchung den meist negativ ausfallenden Kulturverfahren oder Thierversuchen vorzuziehen ist. In einem anhangsweise gegebenen Falle von tuberkulöser Meningitis otitischen Ursprungs konnte die richtige Diagnose durch den Befund vermehrter, eigenartig opalisirender Flüssigkeit bei fast gänzlichem Fehlen von Leukocyten durch die Punktion gestellt werden.

Kramer (Glogau).

11) F. Lange. Die operative Behandlung des Buckels nach Calot. (Aus dem orthopäd. Ambulat. der Kgl. chir. Kl. zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 16.)

L. zeigt in der Abhandlung zunächst auf Grund eigener Beobachtungen, dass bei einem frisch entstandenen Buckel ein kräftiger Zug am Kopf und an den Beinen, event. verbunden mit einem ganz geringen Druck der Hände, zur Beseitigung des Buckels ausreicht, und sucht im Weiteren darzuthun, dass die Gefahren des gewaltsamen Redressements, das Calot 37 mal, ohne eine einzige schwere Lähmung zu beobachten, ausgeführt, bisher überschätzt worden seien. Zur Erklärung jenes auffallenden Ergebnisses nimmt L. an, dass durch die Gestaltverbesserung, wenn sie auch ein Anwachsen des epiduralen Exsudates bewirke, mehr Raum für dasselbe geschaffen, der Druck des letzteren von dem Rückenmark abgeleitet werde, wofür die Beobachtungen sprechen, dass nach der Geraderichtung vorher bestehende paretische Erscheinungen im Bein sofort zurückgegangen waren. Trotzdem bezweifelt L. nicht, dass bei Erkrankung der Dornfortsätze und Bänder der Eingriff sehr gefährlich sein würde, und verwirft ihn für solche Fälle vollständig. Wenn er auch weiterhin die Gefahr einer Steigerung bezw. eines Aufflackerns der lokalen tuberkulösen Erkrankung und einer allgemeinen Ausbreitung der Tuberkulose in Folge des Eingriffs anerkennt, so glaubt er doch andererseits in der Art der Calot'schen Nachbehandlung ein Gegengewicht hierfür suchen zu dürfen, da nach der Geraderichtung die Wirbelsäule durch einen besonders konstruirten Gipsverband ruhig gestellt und entlastet werde, abgesehen davon, dass durch den Eingriff der Druck des tuberkulösen Exsudates herabgesetzt werde. Da Calot über die Methode seines großen circulären Gipsverbandes genauere und wichtige Einzelheiten nicht giebt, hat L. selbst hierüber Versuche anstellen müssen und empfiehlt auf Grund derselben bei

der Anlegung des Verbandes, während Kopf und Becken durch kräftigen Zug von einander entfernt sind, den ersteren ziemlich stark nach hinten zu beugen, um am Os occipitale einen festen Anhaltspunkt zu gewinnen, wie ihn am Becken die Darmbeinschaukeln gewähren. — Zum Schluss seiner kritischen Erörterungen weist L. auf die Nothwendigkeit hin, die mit Calot's Verfahren behandelten Kinder unter günstige hygienische Verhältnisse zu bringen, denen ein guter Theil der von C. in seinem am Meer gelegenen und mit allen Errungenschaften der Neuzeit ausgestatteten Hospital erzielten Erfolge zuzuschreiben sei, und betont als wichtige Aufgabe der ärztlichen Therapie, die Buckelbildung zu verhüten. Der bereits vorhandene Buckel soll möglichst langsam und schonend redressirt werden; L. benutzt dabei ein Gestell mit 3 querverlaufenden Gurten und legt zur Abkürzung der Narkose den Kopf- und Beckentheil des Gipsverbandes schon Tags zuvor an. Gelingt die vorsichtig ausgeführte Geraderichtung nicht, so begnüge man sich, die Stellungsverbesserung im gesunden Theile der Wirbelsäule vorzunehmen.

Kramer (Glogau).

12) Zinn. Über die Behandlung tuberkulöser Kehlkopf-erkrankungen mit Parachlorphenol.

(Charité-Annalen 1896. Jahrg. XXI.)

Das von Sinanowsky bei Erkrankungen des Kehlkopfes und Rachens zuerst 1894 empfohlene Parachlorphenol wurde in der II. medicinischen Klinik bei tuberkulösen Kehlkopferkrankungen angewendet. Außer seiner stark desinficirenden Wirkung, in welcher es das Phenol erheblich übertrifft, bewirkt dasselbe bei örtlicher Einwirkung eine oberflächliche Ätzung, dringt aber auch in die Tiefe. Dies dürfte sich daraus unschwer erklären, dass das Parachlorphenol Eiweißkörper nur unvollständig zur Gerinnung bringt. Anfangs wurde die 10—20%ige Lösung in Glycerin mit der Hering'schen Spritze in den Kehlkopf eingespritzt, allein das Herunterfließen einiger Tropfen in die Luftröhre brachte so unangenehme Reizungserscheinungen hervor, dass später zu Bepinselungen mittels eines Wattebausches übergegangen wurde, in der ersten Zeit täglich, später 2—3mal wöchentlich. Wurde dies gut vertragen, so wurde mit Einreibungen begonnen von bald längerer, bald kürzerer Dauer, je nach der Empfindlichkeit des Kranken. Es wurden auf diese Weise alle Formen von Kehlkopftuberkulose behandelt, Ulcerationen, Infiltrationen und Geschwülste.

Die nächste angenehme Wirkung der Anwendung des Mittels bestand in einer oft mehrstündigen Anästhesie, wodurch die so höchst lästigen Schluckbeschwerden beseitigt wurden. Hierdurch wird es auch bei hoffnungslosen, vorgeschrittenen Fällen werthvoll. Nach mehrwöchentlicher Behandlung machte sich bei tuberkulösen Geschwüren und Infiltrationen ein entschiedener Rückgang bemerklich, ja es trat sogar Heilung ein. Dabei traten keinerlei unangenehme

Nebenwirkungen hervor, außer etwas brennender Schmerz, welcher sich nur bei Einzelnen einstellte, aber nicht zum Einstellen der Behandlung nöthigte.

Das Mittel hat sich ferner an Stelle der Karbolsäure sehr gut bewährt, um spärliche Tuberkelbacillen im Auswurf nachzuweisen, und empfiehlt sich endlich auch zur Desinfektion des tuberkulösen Auswurfs. Ob dasselbe hiernach nicht auch bei tuberkulösen Geschwüren und Infiltrationen anderer Örtlichkeiten angewendet zu werden verdient, würde entschieden eines Versuches werth sein. Doch ist zu berücksichtigen, dass die Rückbildung von Infiltrationen nur sehr langsam von statten ging. Lülhe (Königsberg i/Pr.).

13) **G. N. de Voogt.** Kritisch-experimenteele beschouwingen over de schildklier.

Leiden, **H. Kleyn**, 1896. 131 S.

Verf. hat bei 13 Hunden und 1 Kaninchen die totale Thyreoid-ektomie, bei 2 Hunden und 2 Kaninchen partielle Exstirpationen der Schilddrüse ausgeführt. Außerdem berichtet er über 3 Kropffälle aus der chirurgischen Klinik in Leiden, die sämmtlich mit Schilddrüsenpräparaten behandelt sind. Bei 2 Colloidstrumen musste nachher operirt werden. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Das Sekret der Schilddrüse gelangt durch die Lymphbahnen in die Circulation. Beim Übergang desselben aus den Follikeln in die Lymphbahnen spielt der endofollikuläre Druck eine Hauptrolle. Das Sekretionsprodukt der Thyreoidea ist für Leben und Gesundheit nöthig, enthält eine Jodverbindung und übt auf den Organismus eine stimulative Wirkung aus. Die Funktionen der Schilddrüse und der Milz sind unabhängig von einander. Die Glandulae parathyreoideae genügen, um thyreoidektomirte Thiere am Leben zu erhalten, doch ersetzen sie die Funktion der Schilddrüse nicht ganz.

Jodothyryn verkleinert parenchymatöse Strumen und hält die konvulsiven Erscheinungen nach der Thyreoid-ektomie auf. Es erhöht bei fortdauerndem Gebrauch die Puls- und Respirationsfrequenz, macht den Puls irregulär und kann heftige Kopfschmerzen verursachen.

Als besonders erwähnenswerth ist aus den Thierversuchen hervorzuheben, dass 1 Hund (No. 14), bei dem nur eine Schilddrüsenhälfte exstirpirt war, etwa 1 Monat darauf plötzlich von tetanischen Krämpfen befallen wurde. Der Anfall verschwand nach subkutaner Injektion von 0,4 g Jodothyryn. Die andere Schilddrüsenhälfte erwies sich bei einer späteren Operation nicht bloß als vorhanden, sondern sie war sogar größer als die exstirpirt. Dreyer (Köln).

14) F. Sasse. Über Cysten und cystische Tumoren der Mamma.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 1.)

S. ist der Frage der Entwicklung und Histopathologie der Brustdrüsen auf Grund des reichen Materials in der v. Bergmann'schen Klinik näher getreten. Nach kurzer Behandlung einer Reihe mehr oder weniger seltener Cystenbildungen in der Mamma verwendet Verf. besonderes Interesse auf diejenigen cystischen Gebilde, die von Reclus und besonders von Schimmelbusch als wirkliche Neubildungen durch Heteroplasie des Acinusepithels angesehen wurden, während König als Ursache der Cystenbildung eine chronische interstitielle Mastitis annimmt. Auf Grund einer Reihe beigefügter Krankengeschichten und speciell des jedes Mal erhobenen genauen histologischen Befundes kommt S. zu der Ansicht, dass es in Wirklichkeit zweierlei Arten der Cystenbildung giebt. Bei der ersten Gruppe von einschlägigen Fällen ist die Ursache der Cystenbildung in chronisch interstitiellen Processen des Bindegewebes zu suchen, wobei das Drüsengewebe mehr eine passive Rolle spielt. Bei der zweiten Gruppe dagegen stellt die Cystenbildung die Folge epithelialer Wucherung dar, und zwar in allererster Reihe von Seiten der Acini. Klinisch kann der Autor kein scharf umschriebenes Bild, das für die Erkrankung allein gültig wäre, geben. Selbst v. Bergmann sah einen Fall für typische, reine Cystenbildung an, und es stellte sich bei der mikroskopischen Untersuchung das Vorhandensein eines intrakanalikulären Cystadenoms heraus. Nach S.'s Ansicht entspricht die Krankheit der Mastitis chronica cystica König's nicht. Relativ häufig ist dieser Krankheit, welche von den Franzosen Epithélioma intraacineux kystique genannt wird, Carcinom gefolgt. Verf. hält den Namen Polykystoma mammae (epitheliale) für den zweckentsprechendsten.

Bei dem Cystadenom ist der ganze Process in der Hauptsache ein vom Epithel ausgehender. Das wesentliche primäre und die Entwicklung beherrschende Moment ist die Wucherung des Epithels; das Bindegewebe spielt mehr eine passive, sekundäre Rolle als gefäßführendes Stroma. Bei 4 Fällen fand S. immer die Sekretion einer hämorrhagischen, im Falle 4 sogar rein blutiger Flüssigkeit aus der Mammilla. Er hält dies für ein konstantes und für die Diagnose wichtiges Symptom. Für die Operation ist es wichtig, große Theile, womöglich die ganze Drüse zu extirpiren.

Weiter findet dann das seltene Cystadenoma circumscriptum tubulare Besprechung, das sonst nur noch 2mal von Billroth, 1mal von Klotz beobachtet wurde. Eine weitere Form des Cystadenoms stellt das Cystadenoma proliferum destruens malignum dar, ähnlich der gleich benannten und wohl bekannten Geschwulst in den Ovarien. Mikroskopischer Befund, wie die häufige spätere Entwicklung eines Krebses auf Basis dieser Geschwulstform beweisen seine Verwandtschaft zum Carcinom. Das echte Cystocarcinom gehört zu den

zahlreichen Carcinomen, bei denen das Bindegewebe wenig in Mitleidenschaft gezogen erscheint, und bei denen das Wachsthum wie das Ergriffensein der Drüsen rasche Fortschritte macht.

Zusammenfassend unterscheidet S. nach der Entstehungsweise demnach 2 Hauptklassen von Cysten der Mamma:

1) die auf einer chronischen interstitiellen Entzündung beruhenden und aus einer Erweiterung der Ausführungsgänge hervorgehenden Cysten — Mastitis chronica cystica König, und

2) die durch eine rein epitheliale Wucherung und cystische Dilatation der Acini entstandenen multiplen Cysten der Mamma — das Polykystoma mammae.

Im Anhang beschreibt Verf. noch ein als Unicum dastehendes Präparat, bei dem es sich um ein in einer Cyste entstandenes tubuläres Adenom der Mamma handelt, welches wahrscheinlich in Folge ungenügender Ernährung in voller myxomatöser Entartung begriffen ist.

E. Siegel (Frankfurt a./M.).

Kleinere Mittheilungen.

15) Socin, Christ, Brünninger und Hägler. Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung und die chirurgische Poliklinik des Spitals zu Basel. 1895.

Basel, Werner-Riehm, 1896.

Aus den reichlichen Mittheilungen heben wir hier hervor:

Eine Revolververletzung bei einem 11jährigen Mädchen in die Stirn mit starkem Gehirnsubstanzverlust. Am 12. Tage nach dem Trauma entleert sich aus der Einschussöffnung immer noch Hirnschubstanz. 5 Wochen nach der Verletzung geheilt entlassen. — 3 weitere, in Folge Selbstmordversuchs erzeugte schwere Schussverletzungen des Schädels enden mit Genesung; in einem Falle wurde das Geschoss aus dem Proc. mastoid. entfernt.

Die Zahl der beobachteten Unterlippencarcinome betraf 3 männliche Pat., die Pfeifenraucher waren.

Unter 3 zur Operation gekommenen Oberkiefercarcinomen ist ein Fall nach 2 Jahren noch recidivfrei.

2 Fälle von Kehlkopftuberkulose wurden durch gründliche chirurgische Behandlung — Freilegung des kranken Herdes, Excision, Thermokauter — zur Ausheilung gebracht.

Ein von einem 10jährigen Mädchen aspirirter Zwetschenkern wurde nach Tracheotomie von der Wunde aus extrahirt. Die Exstruktion gelang erst am 2. Tage post operationem, nachdem der Sitz des Fremdkörpers laryngoskopisch festgestellt war.

Bei einem 19 Jahre alten Manne trat nach Myotomie des rechten Kopfnickers wegen Torticollis während des nachfolgenden Redressements plötzlich der Tod in Chloroformnarkose ein. Die Sektion erwies vorgeschrittene pathologische Veränderungen an den verschiedensten Körperstellen.

Strumen kamen 26 zur Behandlung; in 20 Fällen wurde operirt, 14 durch intraglanduläre Enukektion, 6 durch Resektion der Drüse, in allen Fällen mittels Cocainanästhesie; 1mal wurde nicht operirt, die übrigen Fälle durch Fütterung mit Schafsschilddrüse oder Tabletten behandelt; hiervon trat bei zweien eine bedeutende Verkleinerung ein, die übrigen wurden erfolglos behandelt. Die Operirten genasen sämmtlich.

In einem Falle von Luxation und Fraktur der Brustwirbelsäule bei einem 18jährigen Manne wird die Laminektomie ausgeführt, der 11. und 12. Brustwirbelbogen aufgemeißelt; das vorliegende Rückenmark ist größtentheils durchtrennt, ein frei flottirendes, bohnengroßes Stück wird entfernt. 2¼ Monate später Tod unter pyämischen Erscheinungen.

Perityphlitis kam in 8 Fällen (17—47 Jahre) zur Beobachtung. 6mal wurde operirt; in einem Falle spontaner Rückgang, in einem weiteren Durchbruch in den Mastdarm und Heilung; unter den Operirten starb einer in Folge allgemeiner eitriger Peritonitis an Collaps 6 Stunden post operat.; 3mal wurde der Processus vermiform. reseziert; in 2 Fällen, von denen einer 2mal laparotomirt war, konnte der Proc. vermiform. nicht aufgefunden werden.

Bei den zur Behandlung gekommenen 68 Fällen von Unterleibsbrüchen — eingeklemmten und nicht eingeklemmten Leisten-, Schenkel- und Nabelhernien — wurde meistens nach Czerny und Bassini, in einigen Fällen nach Kocher und besonderem Verfahren operirt. In allen Fällen wurde 3 Wochen Bettruhe nach der Operation eingehalten. Von den operirten Hernien ist ein Fall von eingeklemmtem Schenkelbruch bei einer 60jährigen Pat. erwähnenswerth. Im Bruchsack findet sich der untere Theil des Ileums und der obere des Coecums; ersterer wird in einer Länge von 40, letzterer von 10 cm inkl. des Proc. vermiform. zwischen je 2 Ligaturen reseziert, ein großer Theil des Mesenteriums mitenfernt. Hierauf Anlegung eines Kunstafters; Ausschaltung des Dickdarmes. Wegen Thrombophlebitis, multipler Abscessbildung u. A. wurde die Anastomose zwischen Dünn- und Dickdarm erst 5 Monate später gemacht; nach weiteren 6 Wochen wird das den Kunstafter bildende Stück reseziert und geschlossen. Heilung.

2 Fälle mit Blasen tuberkulose, von denen einer mit Nierentuberkulose complicirt ist, werden nach Cystotomia suprapubica excochleirt und thermokauterisirt. Der nicht complicirte Fall kommt zur Heilung, der andere geht in schlechtem Allgemeinzustand in häusliche Pflege über. 1 Fall von ausgedehnter Nierentuberkulose heilt durch Exstirpation des erkrankten Organs.

2 Fälle von Prostatahypertrophie bei einem 70½- und 80jährigen Manne wurden doppelseitig kastriert, jedoch ohne Erfolg für die erkrankte Prostata.

Eine als Ganglion der Beugeseite des rechten Handgelenks diagnosticirte Geschwulst erweist sich als ein (nicht mit der Sehne zusammenhängendes) spindelzelliges Fibrosarkom, blasse hyaline Cylinder und Klumpen in regelmäßigen Abständen enthaltend, eben so degenerirte quergestreifte Muskelfasern (chronische interstitielle Myositis).

Bei einem 15jährigen Knaben wird wegen Tuberkulose der rechte Seitenventrikel nach vorhergegangener Schädeltrepanation (an 2 verschiedenen Stellen) incidirt, bezw. mit Trokar punktiert. Die Punktion fördert reichliche, hellgelbe, dünne, klare Flüssigkeit zu Tage. Tod nach 24 Stunden.

Ein verkalktes Fibrom der linken Fossa poplitea bei einem 63jährigen Pat. wurde anatomisch als ein gewucherter Schleimbeutel der Kniekehle festgestellt.

Als Narkotica wurden meist Äther, und wo dieser kontraindicirt war, Chloroform angewandt. Bromäthyl kam im Spital bei kleineren Eingriffen, dagegen in der Poliklinik fast ausschließlich zur Anwendung.

Üble Zufälle wurden bei Bromäthyl niemals beobachtet, bei Äther kam 1 Todesfall bei einem sehr geschwächten, anämischen Pat. zur Beobachtung; ein Todesfall bei einem Redressement eines Torticollis in Chloroformnarkose ist letzterer kaum zur Last zu legen: Pneumonie und Bronchitis wurden mehrfach bei Äthernarkosen beobachtet. Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie wurde nach 2 monatlicher Anwendung gegen die frühere mit 1%iger Cocainlösung geübte vertauscht.

Statt des Jodoforms wurde Airol angewandt, welches ersteres angeblich vollkommen ersetzte; von üblen Zufällen ist ein Fall von Intoxikation erwähnt — schwarz gefärbte Zahnfleischränder, Wismuthvergiftung.

Als Nahtmaterial wurde vielfach für oberflächliche Nähte der von Socin angegebene Aluminiumbronzedraht verwendet.

Kronacher (München).

16) **Diakonow.** Einige Worte über die Anwendung der Röntgen-Bilder bei der Anfertigung anatomischer Zeichnungen.

(Die Chirurgie Hft. 2. [Russisch.])

Nachdem Hoschek und Lindenthal eine mit Teichmann'scher Masse injicirte Hohlhand nach Röntgen aufgenommen, Brauns als Injektionsmasse metallisches Quecksilber genommen und französische Autoren verschiedene Metallpulver zu demselben Zweck für Vorderarm und Hand dazu verwandt, schritt D. zu der interessanten Aufgabe, auch injicirte innere Organe nach dem Röntgen-Verfahren zu behandeln. Seine Absicht ging dahin, Arterien und Venen durch verschieden durchlässige Mischungen zu differenziren. Für die Venen nahm er ebenfalls Quecksilber, für die Arterien ein besonderes Gemisch, das aber auch noch zu wenig durchlässig ausgefallen ist, so dass es, wie D. bemerkt, auf der Abbildung fast so dunkel wie die Quecksilberpartien aussieht. Eine auf diese Weise injicirte Niere giebt eine ausgezeichnete Darstellung ihrer Gefäße, die auf einer beigegebenen Tafel wiedergegeben ist.

D. erwartet für die topographische Chirurgie, die ja auch sein Lehrfach ist, durch das Röntgen-Verfahren noch manche Bereicherung. Die Aufnahmen werden durch W. Menzel von der bekannten Firma Schwabe ausgeführt.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

17) **Finkelstein.** Bacillus pyocyaneus und hämorrhagische Diathese.

(Charité-Annalen 1896. XXI. Jahrg.)

In der Kinderstation der Charité starben 3 Kinder, bei denen sich nach monatelangem Marasmus in Folge andersartiger Krankheiten eine hämorrhagische Diathese ausbildete. Außer anderen Bakterien fand sich bei diesen der Bacillus pyocyaneus, und zwar nicht allein im Blut, sondern auch in allen Organen, offenbar kaum als Ausdruck einer allgemeinen Infektion, sondern vielmehr als Folge eines »terminalen Versagens der bakterienabwehrenden Kräfte«. Die Blutungen waren hier fast ausschließlich auf die Haut beschränkt und bestanden aus zahlreichen zusammengefloßenen punktförmigen Petechien. Offenbar waren diese in Folge geringfügiger Traumen entstanden und konnten nur aufgefasst werden als Folgen einer abnormen Brüchigkeit des Gefäßsystems. Das auffallende Vorkommen des Bacillus pyocyaneus scheint nun darauf hinzuweisen, dass dieser bezw. die von ihm abgesonderten Stoffe es sind, welche die Brüchigkeit der Gefäßwände herbeiführen. Ähnlich weisen 2 Beobachtungen Neumann's gleichfalls auf eine solche Wirkung des in Rede stehenden Mikroorganismus hin.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

18) **A. Tilger (Mailand).** Über die Silbersalze Itröl und Actöl (Credé) und ihre Anwendung in der ärztlichen Privatpraxis.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 6.)

Die mitgetheilten Erfahrungen beziehen sich auf die Anwendung des Itröls bei Verletzungen, kleinen chirurgischen Eingriffen, Krankheiten der Geschlechtsorgane (Gonorrhoe, Ulcerationen am Praeputium etc.), Mundhöhle, Nase etc. und sollen zur Empfehlung des Mittels auch für die ärztliche Privatpraxis dienen, in der es sich T. bewährt hat.

Kramer (Glogau).

19) **F. Campanini.** Die Injektionen nach Durante bei verschiedenen Formen chirurgischer Tuberkulose.

(Policlinico 1896. Oktober 1.)

Verf. berichtet über anscheinend sehr günstige Erfolge, die er mit Einspritzung von Jod-Jodkalilösung (nach dem Vorgang von Durante) bei mannigfachen tuberkulösen Erkrankungen erzielt hat. Es wurden folgende Affektionen behandelt:

1) Gelenk- und Knochentuberkulose. Bei einem Falle von Osteosynovitis mit mehreren Fisteln (am Knie) wurden 53 Injektionen gemacht, theils intraartikulär, theils intramuskulär; zur Anwendung kam 1—5%ige Lösung, jeden Tag eine Pravaz'sche Spritze. Der Erfolg war: Abnahme des Fungus, Aufhören des

Schmerzes, Schluss der Fisteln, Ermöglichung des Gehens, Gewichtszunahme um 3 kg. — Bei einem 2. Falle von fungöser, noch geschlossener Arthrosynovitis erzielten 45 Injektionen ein gleich gutes Resultat.

2) Drüsentuberkulose. Hier wurden sehr gute Erfolge beobachtet in allen Fällen, wo noch keine eitrige Perilymphadenitis komplicirend hinzugetreten war. Als besonderen Vortheil hebt Verf. den Umstand hervor, dass die Methode keine Entstellung macht und Recidive verhindert.

3) Peritonitis tuberculosa. In einem Falle handelte es sich um ein Recidiv nach einmal vorgenommener Laparotomie; nach 30 Einspritzungen war völlige Heilung eingetreten. In einem 2. Falle wurden 49 Jodeinspritzungen vorgenommen, und zwar intramuskulär, in die Bauchwand. Es trat sehr erhebliche Besserung ein, indem das Exsudat immer kleiner wurde, das Fieber verschwand und das Allgemeinbefinden sich wesentlich besserte.

4) Hauttuberkulose, resp. Lupus. In einem Falle, wo ein Recidiv nach der vor 7 Jahren aufgetretenen Kauterisation aufgetreten war, wurde nach 57 Jodeinspritzungen Heilung erzielt. Bezüglich der Technik rath Verf., den Inhalt der Spritze in verschiedenen Richtungen zu vertheilen, also die Kanüle nach dem ersten Einstechen etwas zurückzuziehen und ihr eine andere Richtung zu geben.

5) Orchioepididymitis tuberculosa: Auch hier wurden gute Erfolge erzielt; die Behandlung empfiehlt sich namentlich dann, wenn Pat. sich der Kastration nicht unterziehen kann oder will; an Stelle des Hodens tritt alsdann ein funktionsunfähiges, im Wesentlichen aus narbig-fibrösem Gewebe bestehendes Organ.

Verf. hält das Jod keineswegs für ein Specificum gegen Tuberkulose; er hält dafür, dass es die Widerstandsfähigkeit des Körpers erhöhe. Daher sind auch Recidive bei dieser Behandlungsmethode nicht ausgeschlossen.

H. Bartsch (Heidelberg).

20) **E. Minossi.** Beitrag zur Behandlung der Echinococcuscysten.

(Policlinico 1896. Juli 15.)

Baccelli wandte im Jahre 1886 bei einem Falle von Echinococcus zum 1. Male die Punktion mit darauffolgender Sublimatinjektion (20 g einer 1⁰/₀₀igen Lösung) an; es erfolgte völlige Heilung. — Verf. berichtet hier über einen analogen Fall (Echinococcus der Leber) mit gleich günstigem Resultat. Es handelte sich um ein junges Mädchen, das intermittirend an Schmerzen im Leib, besonders im rechten Hypochondrium, litt; vorübergehend Erbrechen. Allmählich trat eine Geschwulst in der rechten Bauchhälfte auf, mäßig schmerzhaft bei Berührung. Die Schmerzen strahlten nach der rechten Schulter aus. Die Geschwulst war bei der Respiration unverschieblich. Sie entsprang im rechten Hypochondrium und hing in ihrem äußeren oberen Theil durch eine Art Stiel mit dem unteren Leberrand zusammen. Eine Probepunktion ergab klare Flüssigkeit mit mehreren Haken. Extraktion von 4 ccm Flüssigkeit und Injektion von 8 ccm Sublimatlösung (= 0,08 Sublimat!). Wenige Stunden nachher traten Erscheinungen auf, die — auch nach der Ansicht des Verf. — als akute Hg-Vergiftung aufzufassen sind: Collaps, Erbrechen, kleiner Puls, Singultus, Diarrhöen, Albuminurie. Diese beängstigenden Symptome verschwanden in den nächsten Tagen wieder. Im Übrigen war der therapeutische Effekt ein ausgezeichneter. Die Geschwulst verkleinerte sich rasch, so dass nach 8 Tagen nur noch eine undeutliche Resistenz, wie ein fibröses Band, zu fühlen war; alle Beschwerden waren verschwunden.

H. Bartsch (Heidelberg).

21) **Boehr** (Stettin). Über einen Fall von Invalidität in Folge einer Chloroformnarkose.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1892. Februarheft.)

Der vorliegende Fall ist nicht nur von militärärztlichem, sondern auch von allgemeinerem Interesse, indem er eine seltene Folge einer Chloroformnarkose darstellt. Wegen einer kleinen Operation wurde ein anscheinend gesunder Mann chloroformirt, wobei 35 g Chloroform verbraucht und keinerlei üble Erscheinungen beobachtet wurden. Nur trat das Erwachen etwas spät ein, der Mann vermochte

aber gestützt nach seiner Kaserne zurückzukehren. Später klagte er über Ohrensausen, Schwindel, und am nächsten Nachmittag trat völlige Bewusstlosigkeit ein. Die Pupillen reagiren, Athemfrequenz 120 bei Pulsfrequenz von 58—60 und normaler Temperatur; an Herz und Lungen lässt sich nichts Krankhaftes auffinden. In den nächsten Tagen kehrt zwar das Bewusstsein zurück, allein es findet sich völlige Taubheit links, hochgradige Schwerhörigkeit rechts, und es fällt eine ungewöhnliche Röthung der Backen auf, obgleich Fieber fehlt; Urin ohne Zucker und Eiweiß, von Zeit zu Zeit tiefere Athemzüge zwischen den oberflächlichen; die Sprache wird tonlos, hinter den Gießbeckenknorpeln bleibt bei der Phonation ein 3eckiger Spalt offen. Allmählich treten die Zeichen eines Aneurysmas des Aortenbogens immer deutlicher auf, im Verlauf wird auch noch einmal ein Anfall von Bewusstlosigkeit beobachtet. Da eine wesentliche Änderung des Zustandes nicht zu erreichen ist, muss der Mann entlassen werden. B. wirft nun die Frage auf, wie das ganze Krankheitsbild zu erklären sei. Dass die Chloroformnarkose in einem ursächlichen Zusammenhang stehen müsse, ist klar, aber die näheren Beziehungen sind unklar. Zunächst steht fest, dass auf die Narkose ein mehrere Tage lang anhaltender Zustand von Herzschwäche folgte, welche schließlich zu einer Hirnembolie führte und in deren Folge Lähmung des Hörcentrums verursachte. Dass statt einer akut tödlichen Herzlähmung auch zuweilen eine mehr chronische Herzschwäche als Folge des Chloroforms eintreten kann, ist bekannt. B. nimmt ferner nun hinsichtlich des Aneurysmas 2 Möglichkeiten an. Entweder war dasselbe schon vorher in seinen Anfängen vorhanden, konnte nur bei der Narkose vorausgeschickten Untersuchung noch nicht diagnosticirt werden und erfuhr dann durch die Einwirkung des Chloroforms auf das Herz und Gefäßsystem eine akute Steigerung. Oder es wurde durch diese Einwirkung akut eine Atherose der Arterien und in deren Folge mit Unterstützung der Herzschwäche Entwicklung des Aneurysmas herbeigeführt. Auch wir wollen die Entscheidung hierüber unentschieden lassen, halten aber den Fall für sehr bemerkenswerth und der Mittheilung werth.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

22) R. Müller. Bericht über die Ohrenklinik des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Trautmann f. d. Jahr vom 1. April 1895 bis 31. März 1896.

(Charité-Annalen 1896. XXI. Jahrg.)

Während des Berichtsjahres wurden in der Ohrenabtheilung der Charité 200 Kranke behandelt, wovon 137 = 73,5% an Mittelohreiterungen litten. Von diesen wurden 26 durch Eröffnung des Antrums (29 Operationen) und 71 durch Radikaloperation (80 Operationen, 3 nach Eröffnung des Antrums) operirt. Unter den Aufmeißelungen finden wir 65,5% Heilungen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 4 1/2 Monaten, unter den Radikaloperationen 70% mit Behandlungsdauer von 4 2/3 Monaten. Diesen günstigen Erfolgen stehen nur bei den Radikaloperationen tödliche Ausgänge, und zwar in der Zahl von 5, gegenüber: 1 Mann starb an Sinusthrombose mit Meningitis, 2 Männer und 1 Kind, nachdem sie mit Meningitis aufgenommen waren, 1 Frau endlich mit Abscess im Schläfenlappen. Rechnen wir diese Todesfälle allein auf die Radikaloperationen, so ergibt sich eine Sterblichkeit von 7%, zählt man aber, wie billig, sämtliche Operationen, so wird die Sterblichkeit auf 5,2% herabgesetzt. Für die Radikaloperation wurde, wie im vorigen Berichtsjahr, die Trautmann'sche Methode, theilweise mit der Modifikation nach Passow gewählt, und ist zu bemerken, dass die Heilungsdauer bis zu völliger Epidermisirung der Wundhöhle gerechnet worden ist, wenn auch die Kranken meist vorher aus der Klinik zu ambulatorischer Weiterbehandlung entlassen wurden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

23) Schamschin. Ein Fall von Arrodirung der Carotis communis durch eine Lymphdrüsenvereiterung nach Scharlach. (Aus dem Moskauer pathol. Institut.)

(Die Chirurgie Hft. 3. [Russisch.])

Das ca. 9jährige Mädchen bekam einige Tage nach der Scharlacherkrankung eine Lymphdrüsenanschwellung am Halse. Die Temperatur war andauernd hoch.

4 Tage später entleerte ein Einschnitt nur wenig Eiter. 5 Tage nach der Operation zeigten sich Blutgerinnsel im Verband, und den Tag darauf erfolgte plötzlich eine so heftige Blutung, dass das Kind in 3—4 Minuten verstarb. Auch den Tag vorher musste wegen Blutdurchtränkung des Verbandes dieser gewechselt werden.

Die Sektion ergab, dass sich in der rechten Carotis, etwas unterhalb ihrer Theilung, eine spaltförmige Öffnung befand. Rund um das Gefäß Eiter, die ganze Umgebung mit Blutgerinnseln bedeckt. Äußerste Anämie, katarrhalische Pneumonie. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine bedeutende Durchsetzung der Gefäßwand mit Eiterkörperchen. Die Rundzelleninfiltration reicht an manchen Stellen nur bis in die Adventitia, an anderen bis zur Media und zeigt an den durchbrochenen Stellen die vollständige Nekrose der Gefäßwand. Unter den reichlich vorhandenen Bakterien finden sich vorherrschend Streptokokken vertreten.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

24) Löhr. Die Intubationen und Tracheotomien auf der Diphtherieabtheilung (1. Oktober 1894 bis 31. Juli 1896.)

(Charité-Annalen 1896. XXI. Jahrg.)

Unter 360 Kindern mit bakteriologisch nachgewiesener Diphtherie befanden sich 105 mit Kehlkopfkrankung, wovon 41 durch die Anwendung des Heilserums so günstig beeinflusst wurden, dass ein operativer Eingriff unnötig war. Dagegen war ein solcher angezeigt in den übrigen 64 Fällen, wovon 42mal die Intubation allein, 13mal die Intubation mit sekundärer Tracheotomie, 9mal die Tracheotomie allein in Anwendung kam. Da die letzteren Fälle doch wohl von vorn herein die schwersten waren, kann die hohe Sterblichkeit von 66,7% nicht Wunder nehmen; dass auch die sekundäre Tracheotomie eine sogar noch etwas höhere Sterblichkeit von 69,2% hat, kann gleichfalls nicht überraschen. Dagegen sind von den 42 allein mit Intubation behandelten Kranken nur 12 = 30% gestorben, immerhin ein günstiger Erfolg. Außer einem einzigen Falle, in welchem eine kleinere Dosis angewendet worden war, wurde niemals die Operation später als 24 Stunden nach der Serumeinspritzung nöthig. Die Dauer der Intubation betrug: bis 24 Stunden in 14 Fällen, wovon 3 gestorben; 24—48 Stunden in 13 Fällen, wovon 5 todt; 48—72 Stunden 13mal, wovon 3 todt; 72—96 und 111 Stunden je 1mal ohne Todesfall.

Die sekundäre Tracheotomie wurde bei 3 Kindern noch nothwendig dadurch, dass nach 4—5mal 24 Stunden die Intubationskanüle wegen sofort auftretender Stenoseerscheinungen noch nicht dauernd entfernt werden konnte; und zwar war dies 2mal die Folge einer Komplikation mit Keuchhusten, einmal aber durch Bildung eines Decubitalgeschwürs bedingt. 2mal nöthigte das Misslingen der wieder nothwendigen Intubation zum Luftröhrenschnitt, »weil sich das Befinden besonders kleiner Kinder durch solche misslungene Versuche schnell wesentlich verschlechtert«. Es wurde daher von Fortsetzung dieser Versuche alsbald abgesehen und zur Tracheotomie übergegangen (1 genesen, 1 todt). Dies ist besonders charakteristisch; denn dass das Misslingen und mehrfache Versuchen der Intubation Reizung, ja Verletzungen der Schleimhaut bewirken muss, ist wohl anzunehmen. Bei dem verstorbenen Kind von $4\frac{3}{4}$ Jahren wurde auch ein verschluckter Tubus im Blinddarm aufgefunden. Eine weitere Indikation für die sekundäre Tracheotomie bildete das Fortbestehen der Stenoseerscheinungen in 5 Fällen, bei 4 durch das Vorhandensein tiefer in der Luftröhre sitzender Membranen bedingt. Immerhin ist die Gesamtsterblichkeit von 42,2% nach Operation trotz Anwendung des Heilserums noch eine sehr hohe, wenig besser, als ohne diese.

Lilhe (Königsberg i/Pr.).

25) Mayo (Rochester, Minn.). Removal of open buckle impacted in the oesophagus with X-ray skiagraph.

(Northwestern lancet 1897. März 1.)

Ein 3jähriges Kind hatte eine Schnalle verschluckt, welche in der Speiseröhre stecken geblieben war. Eine Aufnahme mit X-Strahlen zeigte, dass sie offen war

und in der Höhe des oberen Brustbeinendes steckte. Da die Zähne der Schnalle bei einem Versuch, sie in den Magen hinabzustoßen, größere Verletzungen hätten verursachen müssen, blieb nur die Möglichkeit, sie durch Ösophagotomie zu entfernen, was auch gelang.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

26) J. Hochenegg. Fremdkörper im Ösophagus. (K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Rundschau 1896. No. 50.)

Pat. hatte nach einer hastigen Mahlzeit das Gefühl eines Fremdkörpers in der Speiseröhre. Da das Schlucken anstandslos möglich und die Speiseröhre für starke Sonden durchgängig war, nahm man eine Wunde in letzterer an und wartete ab, bis sich nach 8 Tagen 3mal starkes Blutbrechen einstellte.

Außer linksseitigem Kropf fand sich rechts unter dem Musc. sternocleidomastoideus eine vom Kieferwinkel bis zum Schlüsselbein reichende teigige undeutlich fluktuierende Schwellung. Unter der Annahme einer Durchbohrung der Speiseröhre und Arrosion eines großen Halsgefäßes wurde rechts ein ausgiebiger Einschnitt gemacht, doch fand sich nicht das erweiterte Hämatom, sondern nur eine teigige Schwellung. Alle in Betracht kommenden Organe wurden freigelegt und erwiesen sich als unverletzt. Es musste nun auf der linken Seite die gleiche Operation gemacht werden, die zur besseren Übersicht mit der Kropfexstirpation eingeleitet wurde. Auch hier fand sich zunächst nichts, doch wies eine geringe eitrige Infiltration auf die Hinterseite der Speiseröhre. Hier fand sich eine walnussgroße Eiterhöhle, in der ein Stück Geflügelknochen steckte. Die Blutung stammte aus einer varikösen Ösophagusvene. Heilung.

Bei Besprechung der Kasuistik erwähnt H., dass eine Perforation der Speiseröhre nach hinten bis jetzt nicht beobachtet war; sie war wohl bedingt durch den Druck des Kropfes auf den Fremdkörper. Auch eine vollständige Auswanderung des Fremdkörpers aus der Speiseröhre ist selten.

Zur Frühdiagnose der Fremdkörper und der Folgezustände ist die Schlundsonde ein unsicheres Mittel. Besseres leistet die Ösophagoskopie. Mit der Röntgen'schen Durchleuchtung kann man kleine Fremdkörper, wie H. experimentell erwiesen hat, bis in die Höhe des Manubrium sterni erkennen, auch kann man mit dem Schirm die Bewegungen der Instrumente bei der Exaktion kontrollieren.

Grisson (Hamburg).

27) M. Schüller. Exstruktion eines Knochenstückes aus der Speiseröhre nach vorhergehender Röntgen-Durchleuchtung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 13.)

Bei einer älteren Frau, welche beim Essen ein Knochenstück mitgeschluckt hatte, dessen Mobilisierungs- geschweige Entfernungsversuche erfolglos blieben, so dass S. zum Speiseröhrenschnitt Vorbereitungen treffen musste, wandte er doch noch vorher die Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen an, um einerseits festzustellen, ob ein solches relativ kleines Knochenstück in der Speiseröhre durch X-Strahlen nachweisbar sei, andererseits um sich über den Sitz und die Lage des Fremdkörpers genauer orientieren und danach doch noch denselben mit einem entsprechenden Instrument durch den Mund entfernen zu können.

Der Versuch war von Erfolg begleitet, indem sich unter und hinter dem Ringknorpel ein dunklerer, etwas über erbsengroßer, zackiger Schattenfleck auf dem Schirm markierte, welcher sich bei Schluckbewegungen von Seite der Pat. hob und wieder senkte. — Überdies wurde konstatiert, dass der Schattenfleck dem Schmerzpunkt entsprach, welcher bei der Betastung links außen unter dem Ringknorpel angegeben wurde. — Das Knochenstück wurde nun mit einer Störk'schen Kehlkopfzange gefasst und entfernt.

S. regt zur Benutzung der Durchleuchtung in analogen Fällen an und meint, dass man damit auch betreffend die Physiologie des Schlingaktes wichtige Auf-

Gold (Bielitz).

28) **Hochenegg.** Bemerkungen zu Prof. Dr. Max Schüller's Artikel: »Extraktion eines Knochenstückes aus der Speiseröhre nach vorheriger Röntgen-Durchleuchtung«.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 14.)

H. verweist auf seinen in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien (4. December 1896) gehaltenen Vortrag: »Drohender Verblutungstod nach verschlucktem Fremdkörper« (s. Wiener klin. Wochenschrift 1896 No. 51), in welchem er auf Grund von gelungenen Kadaverversuchen die Röntgen-Durchleuchtung der für den Pat. peinlichen Ösophagoskopie vorzuziehen empfiehlt. In demselben Aufsatz schlägt H. vor, die Fremdkörperextraktion aus der Speiseröhre unter Kontrolle des Durchleuchtungsbildes vorzunehmen. Bald darauf hatte er Gelegenheit, seine Idee am Lebenden praktisch zu erproben (s. Wiener klin. Wochenschrift 1897 No. 7) und wendet die Röntgen-Durchleuchtung seither bei Verdacht auf im Ösophagus sitzende Fremdkörper als ein der Sondirung und Ösophagoskopie ebenbürtiges Verfahren konstant an.

Auf Grund dieser Auseinandersetzungen macht H. den Prioritätsanspruch dahin geltend, die therapeutische Verwendbarkeit der bisher nur zu diagnostischen Zwecken angestellten X-Strahlendurchleuchtungen angeregt und durchgeführt zu haben.

Gold (Bielitz).

29) **M. Schüller.**

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 14.)

In dieser auf die Bemerkungen Hochenegg's gemachten Erwiderung betont S., dass sein Fall vom 26. November 1896 datirt, Hochenegg's Mittheilung hingegen vom December 1896, dass er auf die Arbeit Macintyre's (Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 28) hinwies und dass ihm Hochenegg's Artikel erst jetzt bekannt geworden ist.

Gold (Bielitz).

30) **Leibold.** Ein Fall von subkutaner Ruptur des Erector trunci.

(Archiv für Unfallheilkunde etc. Bd. II. Hft. 1.)

31) **Golebiewski.** Ein Fall von Ruptur des Musculus erector trunci.

(Ibid.)

L. berichtet über eine Ruptur in der Höhe des 10. bis 11. Brustwirbels links, entstanden bei einer Verschüttung, wobei Pat. mit der Seite gegen einen Kippwagen gedrückt wurde. Der Mechanismus der Entstehung war wohl der einer Quetschung des kontrahirten Muskels. An der erwähnten Stelle bildet sich bei aufrechter Haltung ein halbkugliger, apfelgroßer Wulst, welcher beim Vornüberbeugen verschwindet. Gleichzeitig besteht eine linksseitige Totalskoliose, vielleicht als Folge der Ruptur. Subjektive Beschwerden waren nicht vorhanden, und war die Ruptur erst nach einem halben Jahre erkannt worden. Verf. macht im Anschluss unter Beziehung namentlich auf die Arbeit Regeard's weitere Ausführungen über den Entstehungsmechanismus der Rupturen, welche der Kenntnissnahme werth sind, schon weil unsere Litteratur relativ wenig über diesen Gegenstand enthält.

G. theilt einen analogen Fall mit. Ein 28jähriger Arbeiter war 2 1/2 Etagen herabgefallen und hatte sich die linke Körperseite gequetscht; die Ruptur saß hier in der Lendengegend (s. Abbildung) und hatte ebenfalls keine merklichen Folgen, da Pat. schon nach 5 Wochen die Arbeit wieder aufnahm.

Bähr (Hannover).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags- handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25.

Sonnabend, den 26. Juni.

1897.

Inhalt: Borchard, Zur Symptomatologie und Therapie der Coxa vara. (Orig.-Mitth.)

1) Schütz, Lupus erythematosus. — 2) Audry, Schleimhautlupus. — 3) Kudrjawski, Lepra. — 4) Baeumer, Urticaria. — 5) Waelisch, Hyphomykosen. — 6) Waelisch, Pleomorphismus der Schimmelpilze. — 7) Spiegler, Eczema marginatum. — 8) Bruns, Trichorrhix nodosa. — 9) Mibelli, Hydroa. — 10) Quéau, Evéntration. — 11) Gaudier, Mastdarmkrebs. — 12) Riedel, Gallensteinkrankheit.

O. Vulpius, Zur Technik der Korsettherstellung. — K. Kolb, Eine Strumaexstirpation in Hypnose. (Original-Mittheilungen.)

13) Graf, Xeroderma pigmentosum. — 14) Lotholissen, 15) Schäffer, 16) Dörfler, Bauchverletzungen. — 17) Askanazy, Darminhalt in der Bauchhöhle. — 18) Schulz, Hernia retroperitonealis. — 19) Sauer, Prolaps eines Meckel'schen Divertikels. — 20) Lauenstein, 21) Brenner, 22) Tuffier und Marchals, 23) Israel, Zur Magen Chirurgie. — 24) Brosch, Vielfache krebssige Darmverengerungen. — 25) Funke, Mastdarmkrebs. — 26) Ikawitz, Leberwunde. — 27) Peyrot et Roger, Leberabscess. — 28) Binnie, Gallenblasenoperationen. — 29) Sandler, Zur Pankreaschirurgie. — 30) Wikerhauser, Laparotomien.

Zur Symptomatologie und Therapie der Coxa vara.

Von

Dr. Borchard,

Oberarzt der chirurg. Abtheilung des Diakonissenhauses in Posen.

Die bis jetzt erschienenen Veröffentlichungen über die Verbiegung des Schenkelhalses verfolgen entweder den Zweck, das Vorkommen, die Symptome der ausgebildeten Krankheit, die Ätiologie zu besprechen oder aber neue Vorschläge zur Behandlung fast ausschließlich operativer Art zu bringen. Der bei Weitem überwiegende Theil der Kasuistik umfasst eben schwerere Krankheitsfälle resp. Fälle, welche zur Zeit der Aufnahme ein schwereres Krankheitsbild boten. Es ist dies bei einem zum größten Theil klinischen Material nicht zu verwundern. Sind diese Kranken nun andauernd von denselben hochgradigen Beschwerden befallen geblieben, oder hat sich bei ihnen spontan oder nach wenig eingreifenden Maßnahmen nicht auch eine Besserung eingestellt? Interessant ist in dieser Hinsicht eine Bemerkung Hofmeister's auf dem letzten Chirurgenkongresse gelegentlich der Diskussion eventuell vorzunehmender operativer Maßnahmen,

dass er bei einem früher unter starken Beschwerden leidenden Pat. jetzt kaum eine Operation vornehmen würde, so sehr habe sich dessen Zustand spontan gebessert.

Wir haben es bei der Verbiegung des Schenkelhalses im Sinne der Coxa vara mit einer Belastungsdeformität zu thun, und wie Kraske hervorhebt, liegt der Vergleich mit anderen derartigen Deformitäten, dem Genu valgum und varum, dem Pes valgus, dem Pes valgus inflammatus sehr nahe. Hier wird ein großer Theil der Beschwerden nicht durch die Deformität des Skeletts, sondern durch **Zerrung** und Dehnung gewisser Bänder, vermehrte Inanspruchnahme einzelner Muskeln bedingt. Wie wir nach Ruhe, nach weniger angestrengter Thätigkeit Besserung scheinbar spontan eintreten sehen, so setzen andererseits hochgradige Funktionsstörungen, stärkere Schmerzen nach größerer Anstrengung, nach einem einzelnen heftigen Trauma ein, um unter entsprechender Behandlung bald nachzulassen. Kocher¹ hebt ausdrücklich die Analogie der Coxa vara mit denjenigen Formen des Genu valgum und Pes valgus adolescentium hervor, welche man als entzündliche zu betrachten pflegt, und eben so deutet hierauf Kraske² hin. Bauer³ sah bei 2 Pat. nach einem Fall, nach einer heftigen Anstrengung erhebliche Verschlimmerung des Leidens eintreten. Dieser Einfluss eines Traumas kann so bedeutend auf die früher fast unbemerkt verlaufende Krankheit sein, dass man an eine Fraktur oder Luxation denken kann. Zur Illustration dieser Bedeutung einer Gewalteinwirkung in der Geschichte der Coxa vara schien mir nachfolgende Beobachtung einer kurzen Mittheilung werth zu sein.

Gustav H., Knecht, 15 Jahre alt, Gafin, Kreis Bomst, aufgenommen 17. November 1896. Vor 11 Wochen wurde Pat. von der Deichsel eines auf holprigem Wege geschobenen Wagens heftig gegen die rechte Hüfte getroffen, so dass er sich nicht mehr aufrecht halten konnte, sondern nach rechts und hinten umfiel. Er empfand große Schmerzen in der linken Hüfte, während dieselben in der rechten bald nachließen. Der hinzugerufene Arzt stellte eine Hüftgelenksverrenkung fest und suchte das Bein einzurichten, was aber nicht gelang. Bei einer zweiten Untersuchung nach etwa 14 Tagen waren die Schmerzen noch vorhanden. Der Arzt bemerkte aber, dass eine Verrenkung nicht vorliege. Im dortigen Krankenhaus sollen dann von einem anderen Arzt nochmals Repositionsversuche gemacht sein, worauf sich die Beschwerden in der Hüfte bedeutend vermehrt hätten. Nachträglich giebt Pat. auf besonderes Befragen an, dass er schon während des ganzen Sommers Schwäche im linken Bein gespürt und besonders nach schwerer Arbeit, Pflügen, Säen und nach längerem Stehen etwas gehinkt habe.

Der für sein Alter kräftige, untersetzte Mensch hat leichte Krümmung beider Unter- und Oberschenkel nach außen, hinkt stark auf dem linken Bein und hält beim Aufrechstehen die linke Hüfte etwas gesenkt. In Rückenlage stehen beide Spinae gleich. Der linke Trochanter steht etwas mehr nach außen und hinten und 2 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie, während der Oberschenkelkopf in der Pfanne liegt. Keine Verdickung (Callus) am Oberschenkel oder Schenkelhals. Das Bein steht in Außenrotation mittleren Grades und mäßiger Adduktion. Am meisten von den Bewegungen ist die Rotation nach innen beschränkt, die nahezu

¹ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXVIII und XL.

² Centralblatt für Chirurgie 1896.

³ Om Coxa vara. Hygiea 1895.

aufgehoben ist; die Abduktion nur bis ca. 30° möglich; Außenrotation und Adduktion dagegen völlig frei. Lässt man in Rückenlage das linke Bein beugen, so vermehrt sich die Auswärtsdrehung des Fußes, und der linke Unterschenkel kreuzt den rechten. Druck auf die Hüfte, den Trochanter ist nicht schmerzhaft, eben so wenig passive Bewegungen in den angegebenen Grenzen. Über dieselben hinaus sind die Versuche von mäßigen Schmerzen begleitet. Aktive Bewegungen, Gehen und Stehen verursachen nach einiger Dauer Beschwerden. Diagnose: Coxa vara. Therapie: Extension in Abduktion, nach 14 Tagen bei Besserung der Beschwerden erhöhte Sohle für den gesunden Fuß; Nachts Extension; später Massage.

Schon Ende December hatte sich der Zustand so gebessert, dass keine Beschwerden mehr bestanden, Pat. ohne Unterstützung unter kaum merklichem Hinken einhergehend.

Entlassung am 20. Februar 1897. Trochanter in alter Stellung 2 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie. Innenrotation nur wenig gebessert, Abduktion dagegen freier. Beim Beugen kommt der linke Unterschenkel nur mehr bis an den rechten, er kreuzt denselben nicht, beim Gehen streift der linke Knöchel zuweilen den rechten. Irgend welche Beschwerden bestehen nicht mehr. Pat. behauptet wieder so gut zu gehen wie vor dem Stoß und wird als völlig arbeitsfähig entlassen.

Der Pat. hat also während des Sommers kaum etwas von seinem Leiden bemerkt, nur nach längerer, angestrenzter Arbeit mit dem linken Bein leicht gehinkt. Dann setzte das Trauma ein, das aber nicht die kranke, sondern die gesunde Hüfte traf. Er knickte zusammen, suchte sich durch festes Anspannen der Muskeln der nicht getroffenen Seite zu halten, die Gewalt war zu groß, er fiel nach rechts hinten über. Bei dem Schlag wurde das Becken gegen den linken Schenkelkopf — das linke Bein muss als *Punctum fixum* gedacht werden — getrieben, wirkte bei der schon bestehenden abnormen Krümmung des Schenkelhalses weiter in diesem Sinne; bei den Gegenanstrengungen gegen einen Fall nach hinten-seitlich werden unter anderen stark angestrengt das Lig. ileo-femorale, der M. ileopsoas, die Adduktoren, alles Weichtheile, die bei der Deformität so wie so schon stark in Mitleidenschaft gezogen sind. Im Moment des Hinfallens, wo die Elasticität des Knochens und der Bänder bis zum Äußersten gespannt ist, tritt plötzliches Nachlassen ein. Pat. empfindet sofort heftige Schmerzen, kann nicht aufstehen. Die Ärzte konstatiren unter Berücksichtigung des scheinbar plötzlichen Einsetzens des Leidens, des Höherstandes des Trochanters eine Hüftgelenksverrenkung. Dieser Irrthum ist um so weniger zu verwundern, da eine Verwechslung mit Luxat. coxae cong. selbst von berufenster Seite passiert ist.

Ähnlich diesem Anfang verursacht ein schon länger symptomlos bestehender Pes planus nach einem Trauma plötzlich heftige Beschwerden, ähnlich kann auch er unvermittelt in diesen sogenannten entzündlichen Zustand übergeführt werden. Ich kann nicht entscheiden, ob die Krümmung des Schenkelhalses durch den Unfall dauernd eine stärkere geworden ist. Wenn auch die Kraft der Muskeln und Bänder bei den weichen Knochen sicher dazu ausreichen würde — ich erinnere nur an die von Linhart und Riedinger beschriebenen Frakturen des Schenkelhalses durch Anspannung der

Lig. Bertini — so giebt doch die Anamnese und der übrige Befund keine Anhaltspunkte dafür. Die Möglichkeit liegt jedenfalls vor.

Bei der Behandlung ging ich völlig nach Analogie der bei den anderen sogenannten entzündlichen Zuständen geübten vor und erreichte durch Extension, die auch im Sinne der Abduktion wirkte, in kurzer Zeit auffallende Besserung der Beschwerden. Um den Pat. nicht zu lange an das Bett zu fesseln, ließ ich ihn später mit einer erhöhten Sohle unter dem gesunden Bein umhergehen und Nachts Extension anlegen. Dann folgte entsprechende Massage. Hierdurch wurde erreicht, dass Pat. als völlig arbeitsfähig entlassen werden konnte, beim Gehen nicht hinkte, keine Schmerzen empfand. Der Geübte sah aber eine Deformität des Beines, die sich darin zeigte, dass der Trochanter mehr nach außen und hinten vorragte und das linke Bein das rechte leicht streifte. Die genaue Untersuchung ergab außerdem die Rotation nach innen, die Abduktionsstellung gebessert; der Hochstand des Trochanters blieb derselbe. Rotter⁴ hat eben so wie Bauer durch die Extension günstige Resultate erzielt. Wenn ich auch nicht so weit gehe, zu glauben, dass durch die nur kurz dauernde Extension eine nennenswerthe Umgestaltung des verbogenen Halses stattgefunden hat, so ist doch der Einfluss auf die Beschwerden und die Funktionsstörung der Hüfte nicht zu verkennen. Letztere muss also noch durch etwas Anderes bedingt werden, als wie durch die Difformität des Halses allein, und zwar durch die in abnormer Weise in Anspruch genommenen Bänder und Muskeln. Ist es doch auch andererseits beobachtet worden, dass die Bewegungen bei Coxa vara in der Narkose ausgiebiger waren. Naturgemäß spielt der Einfluss der Weichtheile nur bei leichteren und mittelschweren Fällen eine bedeutende Rolle; bei derartig schweren Veränderungen der Knochen, wie sie die Abbildungen der Kocher'schen Arbeit zeigen, tritt dies Moment mehr in den Hintergrund. Die einfache Untersuchung kann aber darüber täuschen, ob die Funktionsstörung mehr durch die Knochenverbiegung oder durch die Weichtheile bedingt ist, was auch die Diskussion des letzten Chirurgenkongresses, Notizen in einzelnen Krankengeschichten der nicht operirten Fälle beweist. Die Aufnahme mit Röntgen-Strahlen kann nur die Verbiegung des Schenkelhalses, nicht aber die Betheiligung der Weichtheile vor Augen führen. Unsere Erfolge lassen in einer Anzahl der Fälle, seien sie mit Keilexcision aus dem Schenkelhals, seien sie mit Osteotomie des Schenkelhalses oder mit Osteotomia subtrochanterica gewonnen, noch viel zu wünschen übrig. Die Resektion kann doch nur für die schwersten Fälle in Betracht kommen. Desshalb dürfte es auch selbst in schwereren Fällen gerechtfertigt sein, einen Versuch durch Extensionsbehandlung, Massage etc. zu machen, um den Einfluss der Weichtheile auszuschalten. Ich bin überzeugt, dass auch hier in einzelnen Fällen noch eine Besserung erzielt werden kann, die manchem Operationsresultat gleichkommt.

⁴ Münchener med. Wochenschrift 1896.

Und dann passen sich die in ihrer Form veränderten Muskeln doch nicht wieder sogleich der operativ veränderten Form des Schenkelhalses an⁵. Hier die richtige Indikation zu stellen, muss ein gewisses chirurgisches Taktgefühl, weitere Erfahrung uns leiten. Bei leichteren und mittelschweren Fällen von Verbiegung des Schenkelhalses, selbst bei hochgradigerer Funktionsstörung, besonders wenn dieselben im Stadium einer plötzlichen Verschlimmerung sind oder unter dem Bilde des sogenannten entzündlichen Zustandes verlaufen, würde ich die Behandlung wie in meinem obigen Falle, eventuell verbunden mit Cocaineinspritzung, immer wieder anwenden. Fasst sie doch das Übel an der Wurzel an und sucht die durch abnorme Belastung zu sehr in Anspruch genommenen und gespannten Weichtheile, welche die Verbiegung des Schenkelhalses veranlasst haben, möglichst zu entlasten. Und wesshalb sollen denn nicht durch Massage und entsprechende gymnastische Nachbehandlung ähnliche gute funktionelle Resultate erzielt werden wie bei anderen Belastungsdeformitäten, bei denen doch auch die Deformität des Skeletts bis zu einem gewissen Grade bestehen bleibt.

Noch ein anderes Symptom, das in unserer deutschen Litteratur kaum erwähnt wird, war im vorliegenden Falle besonders in die Augen springend. Das Bein kreuzte bei Flexion den Unter- resp. Oberschenkel der anderen Seite. Ogston, der zuerst hierauf aufmerksam machte, meint, dass dies durch die Stellung des Beines in Außenrotation bedingt sei; eine Erklärung, die mir ganz annehmbar erscheint. Auch dieses Symptom besserte sich unter der Behandlung, so dass auch bei seinem Zustandekommen ein gewisser Einfluss der Weichtheile nicht ausgeschlossen scheint.

Die Coxa vara ist demnach nicht allein ihrem anatomischen Befund, sondern auch ihrem Symptomenkomplex nach als eine Belastungsdeformität aufzufassen. Wie durch länger dauernde oder plötzliche stärkere Vermehrung dieser Belastung, größerer Inanspruchnahme der betreffenden Weichtheile, allmähliche oder plötzliche sogenannte entzündliche Zustände hervorgerufen werden können, so stellen sich durch entsprechende Entlastung der Knochen, der Weichtheile, Übung der Muskulatur und Anpassung an die veränderte Funktion, zuweilen scheinbar spontan, erhebliche Besserungen ein, die bei zunehmender Härte des Knochens dauernd sein können, auch ohne dass die Deformität als solche sich wesentlich geändert zu haben braucht. Der Einfluss der Weichtheile auf die Symptome und die Funktionsstörung bei Coxa vara ist nicht von der Hand zu weisen und bei der Indikationsstellung zu einem operativen Eingriff in Betracht zu ziehen resp. durch entsprechende Maßnahmen auszuschießen oder in Behandlung zu nehmen, so lange es sich noch um jugendliche Individuen mit weichen Knochen handelt.

Ich möchte ferner nicht verabsäumen, auf die Bedeutung hinzuweisen, welche dies scheinbar plötzliche Auftreten der Funktions-

⁵ Joachimsthal, Langenbeck's Archiv Bd. XLV.

störungen bei Coxa vara nach einem Trauma für die Unfallpraxis haben kann.

1) **J. Schütz.** Mittheilungen über eine neue Behandlungsweise des Lupus erythematosus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Die Behandlung der sehr seltenen, in nicht-dermatologischen Kreisen vielfach verkannten, als Lupus erythematosus — sehr ungeeignet — bezeichneten Dermatoze ist außerordentlich schwierig und in ihren Resultaten sehr unsicher. Die von dem Verf. empfohlene Methode ist an 9 Fällen geprüft und sehr wirksam befunden worden; sie verdient also gewiss versucht zu werden, zumal sie leicht durchzuführen und unbedenklich ist. S. hat die auffallende Thatsache gefunden, dass schwache wässrige Arsenlösungen bei manchen Hautkrankheiten ganz auffallend heftige Entzündungen hervorrufen; so auch beim Lupus erythematosus. Auf diese Erfahrung hin hat er so schwache Lösungen benutzt, dass die Entzündung nur sehr gering wurde — er hat Solutio Fowleri 4,0, Aqua dest. 20,0—30,0, Chloroform gutt. II (zu schütteln) Morgens und Abends aufgespritzt und eintrocknen lassen. Nachdem das 4—6 Tage geschehen, zeigt sich leichte Entzündung, die nach 4—8 Tagen unter indifferenter Behandlung abheilt; die Pinselungen werden dann wiederholt und werden immer besser vertragen; nach 10—11 Wochen ist die Krankheit meist geheilt. S. versucht dieses auffallende Resultat theoretisch zu erklären; die Hauptsache ist, dass sich die Methode auch bei weiteren Versuchen so bewährt.

Jadassohn (Bern).

2) **C. Audry.** Über die Bedeutung des Lupus der Schleimhäute.

(Monatsschrift für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 4.)

In einer sehr kurzen Auseinandersetzung tritt Verf. für die — von vielen Autoren, speciell von Neisser — schon oft vertretene Anschauung ein, dass der Lupus des Gesichts sich sehr häufig primär auf den Schleimhäuten, speciell der Nase, entwickelt; er betont die Wichtigkeit des von Strauß konstatirten Vorkommens von Tuberkelbacillen in der Nasenhöhle gesunder Individuen; er tritt auch der neuesten speciell in Frankreich wiederholt erörterten Anschauung bei, dass der Lupus der Extremitäten erst sekundär auftritt, und zwar im Gefolge von primär tuberkulösen Erkrankungen, die wohl übersehen, oder, wenn ausgeheilt, vergessen werden und in der Tiefe der Knochen, in den Gelenken oder in der Synovia ihren Sitz haben. Dass das Letztere vorkommt, ist zweifellos, aber es stellt wohl doch nicht die Regel dar — an den Extremitäten ist die primäre Tuberkulose der Haut jedenfalls relativ häufiger als im Gesicht.

Jadassohn (Bern).

3) G. N. Kudrjowski. Die Beziehung der Lepra zur Morvan'schen Krankheit und Syringomyelie.

Diss., Petersburg, 1896. (Russisch.)

Auf Prof. Tarnowskij's Vorschlag untersuchte K. über fünfzig Lepröse im russischen Ostseegebiet, 3 Fälle von Lepra in Tarnowskij's Klinik und 1 Fall von Morvan'scher Krankheit. Dabei fand er als frühestes Symptom der Lepra eine Parese des unteren Augenlides; ferner beobachtete er bei den Leprösen ein eigenartiges Hautgefühl, das er Vibrationsgefühl nennt: bei Berührung der Haut empfinden die Pat. ein Gefühl des Zitterns. Endlich fand er bei den Leprösen eine besondere Fähigkeit der Haut, mehrere isolirte Reize zu summiren, d. h. nicht auf einzelne, sondern erst auf eine Summe mehrerer zu reagiren. — K. hält die Behauptung Zambaco's von der Identität der Lepra mit Syringomyelie und Morvan'scher Krankheit für nicht bewiesen. Beide verlaufen typisch, während das klinische Bild der leprösen Exantheme sehr unbeständig ist; daher kann man auf Grund des klinischen Verlaufs die genannten Krankheiten unterscheiden. Die Frage über die nahen Beziehungen zwischen Morvan'scher Krankheit und Syringomyelie muss den Neuropathologen überlassen werden. Das Takttilgefühl leidet bei Leprösen immer später und weniger als die anderen Gefühlsarten. Beim heutigen Stande unseres Wissens kann man nicht an der Infektiösität der Lepra zweifeln und muss genau die Anamnese durchforschen. Die Inkubationsperiode, die heute nach Jahren gezählt wird, zeigt nicht die wirkliche Inkubationsdauer, sondern nur die Zeit von der möglichen Einverleibung der Sporen bis zum deutlichen Ausbruch der Krankheit. Bei Experimenten mit Thieren muss man sie unter möglichst natürlichen Verhältnissen inficiren, darauf aber in ungünstige Verhältnisse bringen (Hungern, Kälte), um positive Resultate zu erhalten. Bei der Behandlung der Leprösen muss man alle Mittel versuchen, selbst solche die vorgeschlagen, später aber wieder verlassen wurden (Radix caccanapefe, Ichthyol, Ol. gynocardiae, Bals. gurjum etc.). Verf. bringt auch die Litteratur des Gegenstandes, von den ersten Berichten über Morbus Morvani bis zur Gegenwart.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

4) E. Baeumer. Beiträge zur Histologie der Urticaria simplex und pigmentosa.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIV. Hft. 3.)

Bei der gewöhnlichen Urticaria hat Verf. im Gegensatz zu Unna keine Zerreißung der elastischen Fasern gefunden — er führt diesen Unterschied darauf zurück, dass Unna das Hautstück vor dem Ausschneiden gefrieren ließ. Er glaubt das umschriebene Ödem mit Unna durch einen Venenspasmus erklären zu können. Bei einem typischen Fall von Urticaria pigmentosa — den eigenartigen von frühester Kindheit auftretenden Quaddeleruptionen mit Ausbildung von pigmentirten Flecken oder Erhebungen — hat B. den Befund

Unna's von Mastzellenanhäufungen in geschwulstartiger Anordnung bestätigen können und hält ihn für charakteristisch. Er hat durch wiederholte Reizung mit Brennesseln an derselben Stelle seiner Haut eine Vermehrung der Mastzellen experimentell erzeugen können und bezeichnet die letzteren in Übereinstimmung mit Ehrlich als beruhend auf einer Überernährung der Bindegewebszellen auf Grund des bei der Urticaria pigmentosa immer wiederholten Ödems.

Jadassohn (Bern).

5) L. Waelsch. Weitere Mittheilungen zur Pathologie der Hyphomykosen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. beschließt seine eingehenden, in der Pick'schen Klinik angestellten Untersuchungen über die Dermatomykosen mit einer kurzen Mittheilung über die Anatomie der Pityriasis versicolor. Die Pilze wuchern bei dieser Affektion nur in der Hornschicht der Oberhaut und des Haarbalges; in der Cutis finden sich nur ganz leichte Entzündungserscheinungen, die aber beweisen, dass das Mikrosporon furfur nicht als ein reiner Saprophyt (im Sinne Unna's) anzusehen ist. Es giebt — wie auch Ref. bestätigen kann — einzelne Fälle von Pityriasis versicolor mit intensiveren, schon klinisch deutlichen Entzündungserscheinungen.

Aus den »Endergebnissen« ist hervorzuheben, dass die 3 wesentlichen Dermatomykosen (Favus, Trichophytie, Pityriasis versicolor) durch zwar sehr variable, aber scharf von einander unterscheidbare Pilze erzeugt werden, welche nur — bei der Sykosis parasitaria — durch den erkrankten Follikel in das Corium gelangen können. Die sehr verschieden starken Entzündungserscheinungen hängen ab: von der Art und von der Virulenz des Pilzes und von der Empfänglichkeit und dem normal-anatomischen Bau der erkrankten Hautpartie. Die ätiologisch zusammengehörigen Krankheitsbilder müssen wegen ihrer klinischen Eigenart von einander geschieden werden.

Jadassohn (Bern).

6) L. Waelsch. Über die Mannigfaltigkeit der Wachstumsformen (»kultureller« Pleomorphismus) der pathogenen Schimmelpilze, insbesondere des Pilzes des Eczema marginatum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

In dem ersten Theil dieser Arbeit beschreibt Verf. ausführlich die Kulturen eines Pilzes, den er in 2 Fällen von Eczema marginatum erhalten hat, und der mit einem der von Král früher bei dieser Erkrankung gefundenen Pilze übereinstimmt. Er wies auch große Analogien auf mit einem aus Herpes tonsurans vesiculosus gezüchteten Pilz, — so dass W. zu der Ansicht gelangt, dass, wie klinisch das Eczema marginatum eine durch ein gleichzeitiges Eczema intertrigo variirte Trichophytie ist, so auch der die Krankheit erregende

Pilz »bei seinem Wachsthum auf derart veränderter Haut variiert werde, so dass er ein von dem gewöhnlichen verschiedenes Wachsthum zeigte«.

Das allgemein-pathologisch sehr interessante Beweismaterial für eine solche Anschauung giebt Verf. in dem 2. Abschnitt seiner Arbeit: »Kultureller Pleomorphismus«. Aus diesem geht hervor, dass aus klinisch gleichartigen und aus klinisch verschiedenartigen Processen derselbe Pilz gezüchtet werden kann; dass die Pilze, welche bei Trichophytien erhalten werden, wohl im Ganzen eingetheilt werden können in wachsthumbeständigere und in veränderliche, dass aber diese Unterschiede zur Aufstellung von Arten nicht ausreichen, dass die Färbung einzelner Kulturen, die Bildung von Luftmycel etc. nicht konstante Eigenschaften sind, sondern sich beliebig ändern lassen (z. B. tritt die Färbung mancher Pilze nur bei trockenerem Nährboden auf), und dass sogar einzelne Theile mancher Kulturen vererbare Eigenthümlichkeiten haben.

Der polemische Theil der Arbeit, in welchem sich W. wesentlich gegen die Bestrebungen wendet, Arten der Trichophytonpilze aufzustellen, kann hier nicht wiedergegeben werden. Das Resultat ist, dass zur Zeit die »Multiplicität des Trichophyton« nicht anerkannt werden kann.

Jadassohn (Bern).

7) E. Spiegler. Histologische Studien über das Eczema marginatum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Das ätiologisch zur Trichophytie gehörige Krankheitsbild des Eczema marginatum ist histologisch bisher noch kaum untersucht. Die Befunde Verf.'s beweisen, dass die mikroskopische Anatomie dieses Processes mancherlei Eigenartiges aufweist, — vor Allem interessante Knötchenbildung im Stratum corneum — welche S. in ihren Details schildert, welche aber für ein Referat in diesem Centralblatt kaum geeignet sind.

Jadassohn (Bern).

8) Bruhns. Zur Ätiologie der Trichorrhexis nodosa.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Die eigenartige Auffaserung der Haare mit Knötchenbildung, welche als Trichorrhexis nodosa bald einen die Pat. störenden Schönheitsfehler, bald einen nur theoretisch interessanten Nebenzustand bildet, hat in der letzten Zeit wesentlich ihrer Ätiologie wegen das Interesse der Dermatologen in Anspruch genommen. Verf. hat diese Affektion an dem weiblichen Krankenmaterial der Berner Klinik auffallend häufig gefunden, und zwar wesentlich in zwei, wie er meint, nur quantitativ verschiedenen Ausbildungsformen, von denen die eine durch die Reichlichkeit der Knötchen schon bei flüchtiger Betrachtung auffiel, die andere nur bei sorgfältiger Untersuchung entdeckt werden konnte. Nach den bisher benutzten Methoden hat B. irgend welche verwertbare Bakterienbefunde nicht erheben können, und er meint, dass desswegen auch die von Anderen publi-

cirten Resultate (speciell die Hodara's und Spiegler's) mit großer Vorsicht aufgenommen werden müssen. Auch Inokulationsversuche sind Verf. nicht geglückt. Gegen die Auffassung der Trichorrhexis als einer specifischen bakteriellen Erkrankung spricht: 1) dass dieselbe bei der als »Spindelhaare« bezeichneten angeborenen Anomalie in ganz charakteristischer Weise und zweifellos auf Grund rein mechanischer Verhältnisse fast regelmäßig vorkommt, 2) dass Räuber die charakteristische Veränderung der Haare bei einem Pat. als Folge epileptischer Anfälle konstatiren konnte, und 3) dass Verf. eben so wie Barlow die Trichorrhexis auch an Bürsten, die nie mit erkrankten Haaren in Berührung gekommen waren, auffinden konnte. Zur Erklärung dieser Affektion muss man außer mechanischen Ursachen auch eine individuelle Disposition — die vermuthlich auf einer Ernährungsstörung beruht — annehmen. **Jadassohn** (Bern).

9) **V. Mibelli.** Die Histologie der Hydroa vacciniforme von Bazin.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 2.)

Die Hydroa vacciniforme gehört zu den wenigen Krankheiten, bei denen die Sonnenstrahlen eine zweifelloose ätiologische Bedeutung haben; auch bei dem Pat. M.'s traten die hanfkorn- bis linsengroßen, im Centrum lividen Blasen, welche mit Vernarbung abheilen, immer im Frühjahr auf. Verf. hat in den Blasen nichts von Bakterien, dagegen bei der histologischen Untersuchung sehr tiefgreifende entzündliche Veränderungen gefunden, welche er auf eine Dilatation der Gefäße mit nachfolgender Stase zurückführt; die epidermoidalen Veränderungen hält er für sekundär.

Jadassohn (Bern).

10) **Quénu.** Traitement opératoire de l'éventration.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXII. p. 179.)

Q. will scharf die eigentlichen Eventrationen, bei denen lediglich die geraden Bauchmuskeln aus einander gewichen sind und das Bindegewebe zwischen ihren inneren Rändern einfach gedehnt ist, von den Bauchbrüchen, bei welchen das Bauchfell durch eine Lücke in dieser Aponeurose sich vorgebuchtet hat, getrennt wissen. Er operirt sie in folgender Weise: Schnitt in der Medianlinie, vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse, ohne Eröffnung der Bauchhöhle; Bloßlegung des inneren Randes der geraden Bauchmuskeln unter Eröffnung ihrer Scheide; Vereinigung der beiden Ränder durch Naht von unten nach oben, wobei die Nadel erst die innere Lippe der Scheide des einen Rectus, dann die fibröse Fascia transversalis, darauf die innere Lippe der Scheide des anderen Rectus durchsticht. Eine zweite Nahtreihe vereinigt jetzt die Muskeln ohne Spannung mit einander, eine dritte fasst endlich die äußeren Ränder der Rectus-scheide. — Zur Zeit der Publikation waren seit der Operation erst 5 Wochen verstrichen, ein Urtheil über den Enderfolg also noch nicht möglich.

Reichel (Breslau).

11) **Gaudier** (Lille). Traitement du cancer du rectum; procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-périnéale. —

Rapport par M. Quénu.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XII. p. 270.)

Zur Extirpation sehr hoch sitzender, auf die Flexura sigmoidea übergreifender oder sehr weit ausgedehnter Mastdarmcarcinome hat G. folgende Methode ersonnen, am Leichnam studirt und bisher einmal am Lebenden ausgeführt:

Eröffnung der Bauchhöhle in der Medianlinie bei Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung. Die Flexura sigmoidea wird gezogen, an zwei 4 cm von einander entfernten Stellen unterbunden und zwischen den Ligaturen durchtrennt. Jede Schnittstelle wird für sich nochmals mit einer Ligatur versorgt und in Jodoformgaze eingehüllt. Während ein Gehilfe das obere Darmende im oberen, ein zweiter das untere im unteren Wundwinkel fixirt und stark anzieht, so dass das Mesocolon sich spannt, wird dieses zwischen Klammern oder Ligaturen möglichst weit nach unten hin durchtrennt und so das untere Ende der Flexur, das obere Ende des Mastdarms mobilisirt. Auch wird das Bauchfell im Niveau des Cavum vesicorectale gleich incidirt. Der Patient wird jetzt in Steinschnittlage gebracht, der Mastdarm nebst Drüsen von unten her ausgelöst und sammt dem unteren Ende der Flexur nach unten herausgezogen. Die Dammwunde wird völlig durch Naht geschlossen, das obere Ende der Flexur im unteren Winkel der Bauchwunde eingenäht, bleibt aber noch für 24—36 Stunden durch die Ligatur geschlossen. In der Blase wird ein Verweilkatheter angelegt.

G. rühmt seinem Verfahren, das er Extirpation totale du rectum abdomino-périnéale nennt, als Vorzüge nach: vollständige Entfernung des Darmkrebses, Entfernung der Lymphdrüsen, die Möglichkeit die ganze Operation streng aseptisch auszuführen, ohne Gefahr die Wunde durch Darminhalt zu beschmutzen; schnelle Ausführung.

Sein derart operirter Patient starb zwar am 5. Tage nach der Operation, aber nicht in Folge der Methode. — Wie der Berichterstatter Quénu mit Recht hervorhebt, hätte sich der Fall übrigens durchaus für die Kraske'sche Methode geeignet, da das Carcinom, 2 cm über der Afteröffnung beginnend, nur etwa 8 cm weit sich aufwärts ausdehnte; es wäre nicht nöthig gewesen, ein Stück von 18 cm Länge zu entfernen. — Für gewisse Fälle hält Quénu die Methode G.'s indess für brauchbar, würde sie aber dahin modificiren, dass er stets mit der Kraske'schen Sacraloperation beginnt und erst nachträglich, wenn nöthig, die Laparotomie und Auslösung von oben zufügt. Dadurch wäre man im Stande, sich im Einzelfalle jedesmal erst zu überzeugen, ob man nicht mit der sacralen Methode allein zum Ziele kommt. Auch hält Quénu die Resektion der ganzen Flexur für unnöthig, würde die Ligatur nur um ihr unteres Ende legen.

Reischel (Breslau).

12) B. Riedel. Chirurgische Behandlung der Gallenstein-krankheit.

(Sep.-Abdr. aus dem Handbuch der spec. Therapie innerer Krankheiten, herausgeg. von Penzoldt & Stintzing.)
Jena, **Gust. Fischer**, 1897. 69 S.

R. ist einer unserer hervorragendsten Kenner der Gallensteinchirurgie und hat uns schon einmal mit einem werthvollen Werke über dieselbe beschenkt; hier giebt er eine, dem Orte des Erscheinens angepasste, vorzügliche Darstellung seiner Erfahrungen über die Therapie der Gallensteinkrankheit, die dem Praktiker ein außerordentlich klares Bild des gegenwärtigen Standes derselben zeichnet. Erläutert wird das Gesagte durch eine Reihe sehr instruktiver schematischer Abbildungen. Die Lektüre des Schriftchens gewährt einen hohen Genuss; wir möchten jedem Praktiker rathen, dasselbe zu studiren, kennen in der That kaum ein anderes neueres Werk, das so für die Praxis geschrieben und so geeignet zur Orientirung für den Nichtspecialisten ist wie das vorliegende. R. tritt, wie bekannt, für die Cystotomie als Normaloperation ein und verwirft die sogenannte ideale Cystotomie; ob die Fistel ein- oder zweizeitig angelegt wird, bleibt abhängig von der Neigung des Operateurs und den Verhältnissen des einzelnen Falles; für einfache Verhältnisse bevorzugt R. jetzt offenbar sehr die einzeitige Operation. Es erübrigt sich, hier auf Einzelheiten einzugehen, da ja der Inhalt des Werkchens in der Hauptsache nur schon Bekanntes bietet; hinweisen möchten wir nur besonders noch auf das der Nachbehandlung gewidmete Kapitel, in welchem neben sonstigen willkommenen Winken auf eine nach der Operation hier und da entstehende akute Dilatatio ventriculi ausführlich eingegangen wird, die unabhängig von mechanischen Hindernissen zu Stande kommen und den Tod der Operirten herbeiführen kann. Strenge Entziehung des Getränkes in den ersten 24 Stunden, eventuell Magenausspülungen lassen den fatalen Ausgang vermeiden. R. warnt überhaupt davor, die Bauchhöhle nach Laparotomien wieder zu öffnen, wenn nicht ganz sicher mechanische Hindernisse zu diagnosticiren sind, da einmal entstandene diffuse entzündliche Processe doch irreparabel sind, und die Beurtheilung, ob solche vorliegen oder nicht, oft unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnet. **H. Lindner** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Technik der Korsettherstellung.

Von

Privatdocent Dr. **O. Vulpinus** in Heidelberg.

Wer immer mit der Herstellung orthopädischer Korsette zu thun hat, wird auf Mittel gefahndet haben, um die Apparate wasser- resp. schweißbeständig zu machen. Wird das Korsett feucht, so verliert es rasch die sich anschmiegende Form und damit natürlich auch die Heilwirkung. Der Vorschlag, den Bähr in No. 21 d. Bl. macht, ist darum gewiss beachtenswerth. Ein Verfahren, auf das ich vor einigen Jahren gekommen bin, scheint mir Vollkommneres leisten zu können, es

hat sich mir bei vielen Hunderten von Miedern, Hüfthülsen etc. sehr gut bewährt. Es wird mir Trikotstoff auf einer Seite mit bestem Paragummi überzogen geliefert. Den Trikot lege ich mit der gummirten Seite völlig faltenlos auf die Haut oder auf das Modell, je nachdem ich einen Gipsverband oder ein Korsett aus Cellulose herstellen will, welch' letzteres Material sich darüber vorzüglich walzen lässt. Der Trikot ist vollständig wasserdicht und recht dauerhaft, so dass derartig geschützte Apparate 2 und 3 Jahre getragen werden können, also gewiss eben so lange wie die feinsten Schienenhülsenapparate.

Die Hautausdünstung würde natürlich beeinträchtigt, wenn nicht reichliche Durchlochung der Apparate den Luftzutritt gestattete.

Ferner lasse ich dieselben nie direkt auf dem Körper, auch nicht auf dem Hemd tragen, sondern auf ziemlich engmaschigen Netzunterkleidern, die sich faltenlos dem Körper anschmiegen und das Cirkuliren eines Luftstromes unter dem Apparat ermöglichen.

Der Beachtung dieser Technik verdanke ich nicht zum wenigsten die Dauerhaftigkeit meiner Celluloseapparate, die ich in dieser Form nur empfehlen kann.

Eine Strumaexstirpation in Hypnose.

Von

Dr. Karl Kolb,

Chefarzt des Diakonissenhauses in Darmstadt.

Die Hypnose hat in den letzten Jahren eine wesentliche Ausdehnung ihrer Anwendung erfahren, sowohl in diagnostischer, als in therapeutischer Beziehung. Um so auffallender muss es erscheinen, dass eine andere Wirkungsweise der Hypnose, die Herbeiführung einer Analgesie, so selten in Gebrauch genommen wird.

Seitdem 1821 Récamier die erste Operation im magnetischen Schlaf unternommen hatte, fand Anfangs besonders in Frankreich und England eine ausgedehnte Anwendung dieser Betäubungsmethode statt. Die Einführung des Chloroforms und Äthers brachte es mit sich, dass die Herbeiführung einer Betäubung durch Hypnose nicht mehr so nöthig erschien, und kam sie auch deshalb ziemlich außer Gebrauch. Durchblickt man die in den Centralblättern für Chirurgie und Gynäkologie niedergelegten Referate, besonders in den letzten 15 Jahren, in denen doch die Hypnose und Suggestion ungeheuer häufig in allen möglichen Fällen zur Anwendung kamen, so ist man erstaunt über die Seltenheit der Mittheilungen einschlägiger Fälle. Ich halte es deshalb für angezeigt, eine in Hypnose ausgeführte Strumaexstirpation einem größeren ärztlichen Publikum bekannt zu geben, da es sich um eine lange dauernde Operation handelte, bei der so wie so die Anwendung einer anderen Narkose nicht ohne Gefahr gewesen wäre.

Der Fall ist folgender: Frau W., 38 Jahre alt, leidet seit längerer Zeit an nervös-rheumatischen Schmerzen und Störungen der Periode, für die die Untersuchung des Unterleibs keinen Anhalt giebt. Sie wurde wegen dieser Zustände von Herrn Dr. Mannheimer hier in den letzten Monaten mit sehr gutem Erfolg hypnotisirt, so dass Frau W. in diesen Beziehungen wieder als gesund gelten konnte. Ein Kropf, der schon seit mehr als 10 Jahren bestand, fing im Laufe der letzten Monate stetig zu wachsen an und machte der Pat. große Athembeschwerden. Kollege Mannheimer bat mich, die Frau zu operiren, und zwar in Hypnose, da die Frau sehr suggestibel sei. Am 11. Mai fand im hiesigen Diakonissenhaus die Operation statt in Gegenwart von 7 Kollegen, die der Fall gelockt hatte. Nach Desinfektion der Operationsgegend fing Kollege Mannheimer mit der Hypnose an und brachte die Frau sehr schnell in das analgetische Stadium. Die Kropfoperation ging typisch von statten; ein großer miltärer Knoten, je ein Knoten nach rechts und links und ein sehr bedeutender der unter dem Sternum lag und der Frau die starken Athembeschwerden gemacht hatte, wurden entfernt. Die Operationswunde wurde genäht; die Operationsdauer betrug 45 Minuten. Die Narkose war angenehmer als bei Chloroform; es fand kein

Excitationsstadium statt. Die Frau lag ruhig da und folgte allen Aufforderungen des Kollegen Mannheimer, ihre Lage zu ändern, sehr schnell. Die Athmung brauchte nicht sorgfältig bewacht zu werden; hatte die Pat. einmal eine leichte Schmerzempfindung, so sprach ihr Kollege Mannheimer wieder zu, und die Schmerzempfindung hörte sofort auf. Es war in der Weise dasselbe Verhältnis, als wenn ein Chloroformirter wieder Chloroform aufgeschüttet bekommt, weil er anfängt zu reagiren. Der Verband wurde noch in Hypnose angelegt und, nachdem Kollege Mannheimer sie noch für die ganze Operationszeit amnestisch gemacht hatte, die Pat. aufgeweckt, die sehr erstaunt war, dass Alles schon vorbei sei. Der Wundverlauf war sehr glatt, die höchste Temperatur betrug 38,2°; am 9. Tage konnte Pat. das Bett verlassen.

Aus der Beschreibung der Operation geht hervor, dass der Versuch, die Strumaexstirpation in Hypnose vorzunehmen, vollständig geglückt ist, da bei der langdauernden und schmerzhaften Operation eine Simulation selbstverständlich ausgeschlossen ist. Ich möchte nun den speciellen Fachgenossen durchaus nicht vorschlagen, für jede Narkose die Hypnose anzuwenden, sondern sie nur bitten, in geeignet scheinenden Fällen den Versuch mit der Hypnose zu machen. Ich glaube nicht, dass die Fälle der Art, bei denen eine langdauernde Hypnose notwendig und möglich ist, sich gerade sehr häufig finden. Es wird selten auszuführen sein, dass ein Arzt, der eine Operation in Hypnose vornehmen will, einen Pat. zu dem Zweck extra herrichtet; das würde zu umständlich und auch zu kostspielig werden. Im Wesentlichen wird es sich wohl um solche Fälle handeln, wie bei dem meinigen, bei dem ein Pat., der wegen anderer Beschwerden häufig der Hypnose unterworfen worden ist, nun wegen irgend eines Leidens operirt werden soll. In diesen Fällen kann der Arzt, der die Macht über den Pat. schon vorher erworben hatte, sie dann bei der Operation benutzen, um denselben empfindungslos zu machen. Besonders empfehlen kann man den Versuch bei solchen Kranken, bei denen man sich nur ungern zu einer anderen Narkose entschließen würde, da dieselbe wegen des Zustandes innerer Organe oder großer Schwäche mit vermehrter Gefahr durchzuführen wäre.

13) Graf. Ein Fall von Xeroderma pigmentosum Kaposi.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 1. Mit 1 Abbildung.)

Ekzem, Psoriasis, Lupus und andere Hautkrankheiten entstehen durch Reizung der Epithelien, ohne dass aber irgend wie häufiger aus diesen Leiden sich ein Carcinom entwickelt. Mit großer Regelmäßigkeit entwickelt sich dagegen aus dem Xeroderma pigmentosum (Kaposi) eine bösartige Epithelialgeschwulst. Der geringen Zahl bisher bekannter Fälle führt G. einen neuen von ihm beobachteten hinzu. Auf dem behaarten Kopf, der Haarwuchsgrenze, an den Ohrknorpeln, auf der Stirn etc. sind Hautpartien mit helleren und dunkleren Pigmentflecken durchsetzt von einer Länge bis zu 5 cm und 4 cm Breite, mit gezackten Rändern. Das rechte obere Augenlid ist verdickt, am Rande exfoliirt. Das rechte untere Augenlid stellt eine Geschwulst dar, sehr schmerzhaft bei Berührung. Die Hornhaut ist getrübt. Auch am linken unteren Augenlid befindet sich eine Geschwulst mit wallartig aufgeworfenen Rändern. Verf. beschuldigt gegenüber dem negirenden Standpunkt von Kaposi das Sonnenlicht als Ursache des Leidens. Er sah direkt nach Einwirkung der Augustsonne an den Lippen Blasen entstehen. Pat. selbst fürchtet die Einwirkung der Lichtstrahlen. Die interne Therapie ist dem Leiden gegenüber machtlos; bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen muss man chirurgisch vorgehen. Der Erfolg ist auch dabei ein zweifelhafter.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

14) G. Lothoissen. Zur Kasuistik der Verletzungen des Bauches.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897. No. 1.)

Verf. bespricht im Anschluss an die Ausführungen Madelung's über dasselbe Thema auf der Frankfurter Naturforscherversammlung 2 Fälle aus der Klinik Hacker. Im 1. Falle handelte es sich um eine Kontusion des Bauches bei einem 25jährigen kräftigen Manne, der auf dem Zweirade mit voller Wucht in die Deichsel

eines Wagens hineingefahren war. Die Verletzung führte durch Riss der Fascie zu einer echten traumatischen Hernie zwischen den beiden Recti. Pat. erholte sich in den ersten Tagen wieder, Winde und Stuhl gingen ab, er stand auf und ging herum. Jedoch in Folge der Bewegungen steigerte sich die Entzündung in der gequetschten Bauchwand, und kam es am 7. Tage zu Einklemmungserscheinungen. Der Mann wurde in kollabirtem Zustand in die Klinik gebracht und starb noch vor Beendigung der Operation. Bei der Obduktion zeigten sich die Mm. recti oberhalb des Nabels aus einander gewichen, das Bauchfell durch einen Fascienriss vorgestülpt, das große Netz und die vordere Wand des Colon transversum im Bruchsacke fixirt. Die Darmwand an dieser Stelle narbig verändert. — Im 2. Falle handelte es sich um eine perforirende Bauchwunde. Ein 22-jähriger Mann hat mit einem dolchartigen Messer einen Stich in die linke Bauchseite erhalten. Vorfalle eines Netzstückes. Der Kranke kam unmittelbar nach der Verletzung in die Klinik. Laparotomie in der Mittellinie. Abtragung des nicht reponirten Netzstückes. Darm unverletzt. Heilung.

Hinterstoisser (Teschen).

15) Schäffer (Osnabrück). Beitrag zur Beurtheilung und Behandlung der Bauchschusswunden.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1896. Hft. 12.)

Ein Infanterist wurde auf dem Scheibenstand aus einer Entfernung von 200 m mit Gewehr Modell 1888 so durch den Unterleib geschossen, dass unbedingt die Bauchhöhle durchbohrt sein muss. Denn die Einschusswunde lag unmittelbar unter dem Rippenbogen 1 cm nach innen von der Brustwarzenlinie, die Ausschussöffnung in Höhe des I. Lendenwirbels 2querfingerbreit von der Mittellinie entfernt. Alle Zeichen von Shock und Blutung fehlten. Einfache Bedeckung mit antiseptischem Verband, dann Transport. Wegen der gänzlichen Abwesenheit beunruhigender Erscheinungen wurde von einem Eingriff abgesehen und dies abwartende Verfahren auch weiter beibehalten, bis Heilung eintrat. Nur die rechte Niere schien leicht verletzt zu sein, wie das Auftreten von Schmerz und Blutharnen zeigte. Offenbar hat Verf. völliges Recht anzunehmen, dass das Geschoss beim Durchschlagen der Bauchhöhle höchst wahrscheinlich weder eine Darm-schlinge noch ein anderes wichtiges Organ zertrümmert hatte. Es könnte höchstens die Möglichkeit zugestanden werden, dass durch Ausstülpfen oder Vorlagern der Schleimhaut des Darmes provisorisch ein Verschluss der Darmwunden, gewissermaßen eine Tamponade, eingetreten sei, welcher bis zur Bildung von Exsudat den Ausfluss von Darminhalt in die freie Bauchhöhle verhindert habe. Allein wenn S. hieraus den Schluss zieht, dass das Fehlen einer Darmdurchbohrung bei Anwendung des Kleinkalibers häufig sein werde, so häufig, dass man seine Therapie danach einrichten könne, so erscheint dieser Schluss nicht gerechtfertigt. Ein Ausnahmefall dürfte der hier beobachtete Verlauf des Wundkanals immer bleiben, selbst wenn die durchaus willkürliche Annahme des Verf. sich bestätigen sollte, dass in mehr als 3% aller perforirenden Unterleibswunden eine Darmdurchlochung und ernstere Verwundung anderer Organe ausbleiben werde. Dass auch die Nierenverletzung in diesem Falle so geringe Erscheinungen machte und offenbar nur sehr mäßige Ausdehnung hatte, beweist das Glück des Verwundeten und des behandelnden Arztes, und da ja der Erfolg für ihn spricht, wird sicher der hier beschriebene Fall das Paradedepferd aller Gegner der alsbaldigen Laparotomie bei durchbohrenden Bauchwunden werden. Ref. hält nach wie vor das Unterlassen des Bauchschnittes für das größere Wagnis.

Lülhe (Königsberg i/Pr.).

16) H. Dörfler (Weissenburg). Beitrag zur Behandlung der penetrierenden Bauchwunden.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 9 u. 10.)

Unter den von D. mitgetheilten 5 Fällen handelte es sich 1) um eine Blutung aus einer Netzarterie in der Gegend der Leberincision, 2) um einen Darm- und Netzvorfall von beträchtlicher Größe, 3) um eine reine Stichverletzung der hinteren Gallenblasenwand, 4) um eine Schussverletzung des Magens und 5) um eine Stichverletzung des Dünndarms mit Kothaustritt. Nur der letztere Fall, bei bereits

bestehender Peritonitis 11 Stunden nach der Verletzung operirt, endete tödlich, während bei den 4 anderen, wenige Stunden post trauma Laparotomirten Heilung erfolgte.

Sämmtliche 5 Fälle hatten gemeinsam das Auftreten einer Dämpfung in den abhängigen Bauchpartien derjenigen Seite, in welchen das verletzte Organ lag; letzteres wurde dicht hinter der Bauchfellwunde gefunden.

Im Folgenden giebt D. eine Statistik der in den letzten 10 Jahren veröffentlichten 413 Schuss- und 377 Stichverletzungen des Bauches, um den geringen Werth einer derartigen ungleiche Fälle umfassenden Zusammenstellung darzuthun. Von Wichtigkeit ist nur die sich aus ihr zweifellos ergebende Thatsache, dass die Sterblichkeit bei den operativ behandelten Stichverletzungen des Bauches »enorm« gefallen, die der so behandelten Schussverletzungen von Jahr zu Jahr sinkt. Die weiteren Ausführungen D.'s beziehen sich auf die Symptome und Art des operativen Vorgehens bei solchen Schuss- und Stichverletzungen und zeigen, dass die frühzeitige Operation unter Beachtung sorgfältiger Asepsis auch unter den ungünstigsten äußeren Verhältnissen der Landpraxis erfolgreich sein kann.

Kramer (Glogau).

17) Askanazy. Kann Darminhalt in der menschlichen Bauchhöhle einheilen?

(Virchow's Archiv Bd. CXLVI. p. 35.)

Die obige Frage wird vom Verf. mit Ja beantwortet, da er sowohl bei einem kleinen Kinde, als auch bei einem erwachsenen Manne in Folge von Trauma in die Bauchhöhle gelangten Darminhalt daselbst eingeheilt fand. Im 1. Falle handelte es sich um Bestandtheile von Meconium, im 2. um Zellen zweifellos pflanzlicher Herkunft. Schließlich waren beide Individuen doch einer chronischen Peritonitis bzw. deren Folgezuständen 3 bzw. 10 Wochen nach dem Trauma erlegen. Die Art der Einheilung, so wie die Bedingungen, unter welchen eine solche zu Stande kommen kann, werden genauer besprochen und müssen im Original nachgelesen werden.

Pels Leusden (Göttingen).

18) Schulz. Hernia retroperitonealis incarcerata.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 271.)

Der im Sonnenburger Johanniter-Spital zur Operation gelangte Fall betrifft einen 19jährigen kräftigen Schmiedegesellen, bei der Arbeit mit Stichen in der rechten Unterleibsseite erkrankt, wozu sich bald schmerzhaftes Anschwellung des rechten Hodens und Erbrechen gesellte. Am nächsten Tage Aufnahme ins Spital, wo Schwellung der rechten Hodensackseite aufs Doppelte der Norm und 2 kleine geschwollene Leistendrüsen rechterseits nachweisbar. Allgemeine Krankheitserscheinungen gering. Am folgenden Tage wieder Eintreten von Erbrechen unter Anhalten der Verstopfung. Die Schwellung des Hodensackes und der Leistendrüsen war verschwunden, dafür aber etwas oberhalb des rechten Poupart'schen Bandes nahezu in dessen Mittellinie in der Tiefe eine harte Stelle von vielleicht Kirschengröße fühlbar. Bei der Operation wird auf diese Stelle hin durch die Bauchdecken hindurch ein senkrechter Schnitt geführt, wonach man eine Dünndarmschlinge nach dieser Stelle hinziehend findet. Es zeigt sich eine trichterförmige Bauchfelltasche von mehr als Walnussgröße mit verdicktem, scharfem, halbkreisförmigen vorderen resp. oberem Rande, welche eine Darmschlinge nebst Netzstrang enthielt. Vorziehen des Darmes, Ligatur und Stützung des Netzes. Bauchnaht. Die Heilung war durch Bauchdeckeneiterung complicirt.

S. bezeichnet diese Hernie als eine Hypogastrica dextra und hebt symptomatologisch die Schwellung des Hodensackes und der Leistendrüsen hervor, daran erinnernd, dass auch Rose bei einer Retroperitonealhernie Leistendrüsenschwellung fand und ihr diagnostischen Werth beimaß. Anatomisch kann Ref. den Fall nicht als genügend klar gelegt bezeichnen, da die genauere Lage der Bauchfelltasche, insbesondere ihre etwaigen Beziehungen zum Blinddarm, Wurmfortsatz so wie zum inneren Leistenring, nicht festgestellt sind. Therapeutisch hätte wohl auf eine Radikaloperation mittels Beseitigung der Bauchfellfalte Rücksicht genommen werden können.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

19) F. Sauer. Ein Fall von Prolaps eines offenen Meckel'schen Divertikels am Nabel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 316.)

Der Fall stammt aus der Münchener chirurgischen Universitäts-Kinderklinik (Dr. Herzog) und betrifft einen 10monatlichen Knaben, welcher mittels Laparotomie radikal, und zwar mit tödlichem Ausgang operirt wurde. Beim Pat. war nach Abfall der Nabelschnur eine mit rothem Walle umsäumte, Koth entleerende Nabelfistel hinterblieben, durch welche einem Mastdarmvorfall ähnlich Darm-schleimhaut vorfiel. Der erst behandelnde Hausarzt hatte die Fistelöffnung durch wiederholte Kauterisation verengert und Aufhören der Kothabgänge erzielt, doch bestand bei der Spitalaufnahme in der Nabelgegend noch ein $4\frac{1}{2}$ cm langer heraus-hängender wurstförmiger Körper, der in seinem Basistheil Epidermis besitzt, in seinem Kuppentheile aber von spiegelnder rother Schleimhaut (ektropionirter Darmschleimhaut des Divertikels) bezogen ist (cf. eine gute farbige Tafel). Bei der Laparotomie erweist sich die Geschwulst als peripherer Theil eines echten, vom Dünndarm gegenüber dem Gekrösansatz entspringenden Meckel'schen Divertikels. Entfernung der ganzen Missbildung, deren zwischen Bauchwand und Hauptdarm gelegener Theil halb so dick wie der normale Darm und gegen 3 cm lang war. Darmnaht an der Stelle der Divertikelabtrennung, Bauchnaht. Tod an Peritonitis. Die Sektion zeigte, dass das Divertikel 53 cm oberhalb der Ileocoecalklappe gesessen hatte. — Die histologische Struktur der vorgefallenen Massen illustriren 2 mikroskopische Figuren.

Die Prognose der Missbildung ist, wie Verf. mit Benutzung der Litteratur kurz ausführt, meist eine schlechte. Von 24 analogen Fällen sind nur 4 geheilt.

Melnhard Schmidt (Cuxhaven).

20) C. Lauenstein. Erfahrungen aus dem Gebiete der Magen-chirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 241.)

L. berichtet über seine eigenen reichen Erfahrungen in der Magen-chirurgie. Durch verhältnismäßig schlechte Resultate mit der Pylorusresektion und der Pyloroplastik ist er gegen diese Operationen etwas eingenommen, während er mit der Gastroenterostomie sehr schöne Resultate zu verzeichnen hat. Er glaubt, dass diese Operation auch bei einfachem Magengeschwür ohne Pylorusstenose noch eine Zukunft hat.

Die Zahl der L.'schen Pylorusresektionen beträgt 18, von welchen 12 in Folge der Operation tödlich endeten. Meist wurde die typische Operation nach Bill-roth gemacht, 1mal gleichzeitig mit dem Pylorus das Colon transversum reseziert um dessen Gangrän zu vermeiden. Pat. starb, eben so ein anderer, der nach Kocher mittels Einpflanzung des Duodenums in die hintere Seite des an der Resektionsstelle vernähten Magenstumpfes operirt war. Von den Geheilten wurden später wegen Recidivs 2 mit gutem Erfolg und 1jähriger Lebensverlängerung gastroenterostomirt.

Über die Länge der Recidivfreiheit der Genesenen finden sich leider keine ge-nügenden Angaben. Von Radikalheilung wird nichts gemeldet.

Zahl der Pyloroplastiken 3, davon 2 an Folgen der Operation gestorben, der 3. geheilt, doch nicht von seinen Magenbeschwerden befreit. Zahl der Gastro-enterostomien 38, davon 13 tödlich, 25 genesen. L. operirt mit geringen Aus-nahmen nach der Wölfler'schen Methode, wobei er das obere Jejunumende unter Kontrolle des Auges hervorsucht. Die Darmschlinge wird in schräger Richtung von oben links nach unten rechts an den Magen gefügt, ihr zuführendes Ende diesseits der Magendarmnaht in derselben Richtung noch eine Strecke weit am Magen fixirt. 2mal wurde außer der Gastroenterostomie noch zwischen zu- und abführendem Jejunumschlingenschenkel eine Kommunikation angelegt. Beide Pat. starben, wesshalb das Verfahren nicht wiederholt wurde. Bei einer Pat. war zuerst die Pylorusresektion dann die Gastroenterostomie nach Wölfler gemacht. Erneute Beschwerden veranlassten eine 2. Gastroenterostomie nach v. Hacker, die heilte und auch Erleichterung verschaffte. (Derselben Kranken war früher

schon der krebsige Uterus vaginal exstirpiert!) Der letzte einschlägige Fall betrifft ein bewegliches und noch operables Pyloruscarcinom, dessen Trägerin aber für die Resektion vorerst zu schwach war. Hier wurde die Magen-Darmfistel mittels Murphy-Knopf angelegt, und soll späterhin bei besserem Kräftezustand noch reseziert werden. Eine Pat. mit Sanduhrmagen wurde nach Wölfler mit gutem Resultat der Gastroanastomose unterzogen.

Sämmtliche Krankengeschichten sind gedrängt kurz in übersichtlicher Tabellenform mitgetheilt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) A. Brenner (Linz). Zur Magenresektion bei Ulcus ventriculi.

(Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 48.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Magenresektion bei Magengeschwür, die von dem von Hofmeister jüngst geschilderten Krankheitsbilde darin hauptsächlich abweichen, dass eine Geschwulst nicht zu tasten war. Die übrigen Erscheinungen stimmen überein. Freie Salzsäure fehlt. Die Indikationen zur Operation gaben die unerträglichen Schmerzen und die hochgradige Abmagerung. Beide Operationen begannen als Probeparotomien und führten zur Ablösung der Perforationsstelle von der Bauchwand, beziehungsweise vom Pankreas, wobei der Geschwürsgrund einfach zurückgelassen, die Geschwürsränder im Gesunden umschnitten und die Wunde genäht wurde. Der 2. Fall beweist auch, dass die Furcht vor den Verwachsungen mit dem Pankreas (Hofmeister, Klausner) unbegründet ist, jedenfalls dann, wenn keine Blutungen vorausgegangen sind; aber auch in solchen Fällen wird ja der Geschwürsgrund nicht berührt, nur die Verwachsungen am Rande werden gelöst.

1. Fall: 52jährige Frau. Erscheinungen eines Magengeschwürs seit ihrem 23. Lebensjahre; im letzten Jahre werden die Schmerzen in der linken Bauchseite und die reflektorischen Schmerzen im linken Bein immer häufiger und heftiger, so dass sie zu Morphininjektionen ihre Zuflucht nehmen musste. Am 15. September 1896 Laparotomie. Verwachsungen zwischen Leberand und vorderer Bauchwand. Beim Versuche, zwischen Leber und Bauchwand vorzudringen, eröffnet sich in der vorderen Magenwand ein der kleinen Curvatur zunächst sitzendes, von callösen Rändern begrenztes, markstückgroßes Loch. In der Magenwand fühlte man eine 2 cm breite Infiltration, in deren Bereich die Magenschleimhaut dunkelroth war und hart anzufühlen. Der Geschwürsgrund, gleichsam der Deckel, der auf das Loch gehörte, war die vordere Bauchwand selbst. Resektion der infiltrirten Umgebung des Loches. Schichtennaht der Magenwunde. Jodoformgazedrainage der Nahtstelle und des ehemaligen Geschwürsgrundes. Heilung.

Der 2. Fall betrifft eine 53jährige Frau. Die Erscheinungen des Magengeschwürs begannen vor 1 Jahre. Am 16. September 1896 Laparotomie; an der kleinen Curvatur eine derbere Stelle, der Magen nach hinten befestigt; durch seine vordere Wand kann man den Finger in eine trichterförmige Vertiefung inmitten der infiltrirten hinteren Wand eindrücken. Verwachsung und Geschwür an der hinteren Wand; an der kleinen Curvatur und der vorderen Magenwand angehörend eine linsengroße Stelle im Randgebiet der Infiltration, an welcher nur mehr Serosa die Magenöhle abschloss; die übrige Magenwand verdaut, keine Adhäsionen. Nun wurde die Magenegend durch einen Schnitt quer durch den linken Rectus zugänglich gemacht, im Lig. gastrocolicum eine Lücke angelegt, die Adhäsionen mit dem Pankreas mit dem Finger durchtrennt. Durch Drehung des Magens um seine kleine Curvatur wurde die hintere Magenwand mit dem etwa guldenstückgroßen Loche durch die Lücke des Lig. gastrocolicum vor die Bauchwunde gelagert. Resektion des infiltrirten Gebietes der Magenwand. Naht. Jodoformgazedrainage. — Heilung.

Im Anschluss an diese beiden Fälle theilt Verf. noch einen Fall von carcinomatöser Infiltration der vorderen Magenwand mit, der bei und nach der Operation mehr Ähnlichkeit mit dem von Hofmeister entworfenen Bilde des Magengeschwürs zeigte.

Der Fall 2 zeigt, dass auch die Verwachsungen mit dem Pankreas durchaus keine Gegenanzeige gegen die Ablösung und Resektion des Geschwürs bilden können.

Hinterstoisser (Teschen).

22) Tuffier et Marchais. Des rétrécissements du pylore d'origine hépatique.

(Revue de chir. 1897. No. 2.)

Die der Arbeit zu Grunde liegenden, aus der Litteratur gesammelten und durch 2 eigene Beobachtungen T.'s ergänzten Fälle betreffen Pylorusstenosen cholecystitischen oder pericholecystitischen Ursprungs; nur in einem war ein Leberabscess die Ursache. Der Sitz der Stenose war entweder der Pylorus oder der Anfangstheil des Duodenums, sei es dass diese durch eine mit Steinen gefüllte Gallenblase, oder durch einen im Choledochus eingeklemmten großen Stein, sei es dass sie durch Verwachsungen oder derbe Narbenmassen komprimirt und verengt waren. In 1 Falle traten die Symptome des Pylorusverschlusses plötzlich, 24 Stunden nach einer Cholecystotomie, hervor; zumeist aber entwickelten sie sich ganz allmählich unter dem klinischen Bilde einer Magenektasie mit schließlichem Nachweis einer Geschwulst im rechten Hypochondrium — und zwar mehr oder weniger lange nach akuten Zufällen »biliärer Infektion« oder nach einer langen Periode gastrischer Störungen. Die Diagnose kann durch die Feststellung vorausgegangener Gallensteinikoliken oder des Bestehens einer der Gallenblase entsprechenden Geschwulst erleichtert sein, andererseits sehr große Schwierigkeiten bereiten, die von den Verff. eingehend besprochen werden. — Bezüglich der Behandlung dieser Art von Pylorusstenosen ergibt die kleine Statistik der Verff. über 19 Fälle nicht gerade günstige Resultate, indem 7 derselben trotz Operation zu Grunde gingen. Diese letztere hat entweder in einer Cholecystotomie oder in einer Gastroenterostomie, oder in einer Kombination beider zu bestehen; der mediane Bauchschnitt wird den besten Zugang zu ihnen gewähren und die Durchtrennung von Bindegewebssträngen, die Lösung von Verwachsungen am Pylorus erleichtern. In den beiden Fällen der Verff. wurde die Gastroenterostomie, 1mal mit vollem Erfolge, ausgeführt.

Kramer (Glogau).

23) O. Israel. Magenkrebs mit ungewöhnlicher sekundärer Ausbreitung, insbesondere im Darmkanal, Recurrenslähmung und Bemerkung über künstliche Beleuchtung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Der Sektionsbefund der Leiche eines 57jährigen Mannes, der seit 1½ Jahre wegen eines Magenkrebses behandelt wurde, ergab Befunde bezüglich der Vertheilung der Metastasen im übrigen Körper, welche in der Kasuistik des Krebses zu den großen Seltenheiten gehören. Die Metastasen haben in dem Falle Organe betroffen, deren primäre Erkrankung nicht überrascht hätte, während die Prädispositionssitze für Sekundärkrebs mit Ausnahme der Lymphknoten vollständig freigeblichen waren. So waren die retrogastrischen, mediastinalen und retroperitonealen Lymphdrüsen, die Nebennieren, das Pankreas, der linke Hode, beide Tonsillen betroffen. In der Schleimhaut des Dünn- und Dickdarms, der Flexur und des Mastdarms fand sich eine große Anzahl flacher Krebsknoten und Geschwüre. Leber, Lungen, Nieren und Milz sind dagegen carcinomfrei geblieben. Als Ursache einer während des Lebens diagnosticirten linksseitigen Recurrenslähmung erwies sich eine haselnussgroße, krebsig infiltrierte Lymphdrüse mit consecutiver carcinomatöser Periadentitis, welche den Nerven zwischen Lymphdrüse und Luftröhre fixirte und denselben an einer etwa 1 cm langen Stelle vollständig durchwachsen hatte. Die bei der Eigenheit des Falles auftauchenden Zweifel an der krebsigen Natur der Neubildung wurden durch den mikroskopischen Befund behoben.

Schließlich empfiehlt I. in Bezug auf Beleuchtung mikroskopischer Präparate die Anwendung einer elektrischen Bogenlampe, deren weißes von Interferenzen völlig freies Licht jeder anderen künstlichen Beleuchtung vorzuziehen ist. Außerdem bietet sie noch den Vortheil, dass die Zahl der benutzbaren Mikroskope keine beschränkte zu sein braucht. Mit einer kleinen Bogenlampe konnte I. einen mikroskopischen Abendkurs bei einer Anzahl von 30 Theilnehmern abhalten.

Gold (Bielitz).

24) Brosch. Ein seltener Fall von multiplen, carcinomatösen Strikturen des Darmes.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. LVII.)

Bei einem Kranken, der seit 11 Monaten an Magenbeschwerden, die auf Magengeschwüre hindeuteten, gelitten, und bei dem sich im weiteren Verlaufe des Leidens hartnäckige, zunehmende Verstopfung entwickelt hatte, ergab die Sektion: Die hintere Magenwand war von einem großen, 7 cm im Durchmesser haltenden Geschwür durchsetzt, dessen Ränder theilweise indurirt waren und in dessen Grund das angelöthete Pankreas freilag. Nahe der unteren Curvatur war eine Perforationsöffnung nach der freien Bauchhöhle vorhanden. Todesursache: Perforationsperitonitis. Außerdem bestanden an 3 Stellen des Darmkanals Strikturen. Etwa $\frac{1}{2}$ m oberhalb der Bauhini'schen Klappe am Dünndarm eine ringförmige, wie eine Narbenstriktur aussehende Einschnürung, welche die Darmlichtung bis auf etwa Bleistiftdicke verengte. $\frac{1}{2}$ m über dieser lag eine zweite leichte Einschnürung, durch einen 3 cm langen spindelförmigen, in der Mitte zu einem derben Knoten sich verdickenden, längsstandenden Wulst hervorgerufen. Endlich fand sich am Processus vermiformis, der durch einen harten Knoten an den Blinddarm angeheftet war, eine dritte hochgradige, ringförmige Abschnürung. Von der ersten Striktur zog ein derber, von Lymphknoten unterbrochener Strang zu den vergrößerten und indurirten Mesenterialdrüsen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab an den indurirten Stellen vom Rande des Magengeschwürs typischen Scirrhus. — Bei den Darmstenosen handelte es sich gleichfalls um fibröse Krebswucherung, an der stellenweise die für das Wachstum von Krebszellen in Lymphbahnen charakteristischen Erscheinungen erkennbar waren. Die Neubildung hatte sich überall im subserösen Gewebe entwickelt. Nirgends reichte das Carcinom bis auf die Oberfläche der Serosa und Mucosa des Darmes. In den indurirten Lymphsträngen und Drüsen des Gekröses fand sich hochgradige carcinomatöse Entartung. — Auf Grund des mikroskopischen Befundes so wie der größeren pathologisch-anatomischen Verhältnisse, auch in Übereinstimmung mit dem Krankheitsverlauf erscheint es zweifellos, dass es sich um ein primäres, auf dem Boden eines bestehenden Geschwürs entwickeltes Magen-carcinom handelte. Die multiplen Darmstrikturen sind als Effekte einer von diesem ausgehenden Lymphadenitis und Lymphangitis carcinomatosa des Gekröses aufzufassen, welche sich auf das subseröse Lymphnetz des Darmes fortpflanzte. Eine Kontaktinfektion, wie sie in einem ähnlichen von Chiari beschriebenen Falle vorlag, ist durch das Freisein des Bauchfells von krebsigen Auflagerungen und Ulceration auszuschließen. Das ausgedehnte Vorhandensein der Lymphbahnmetastasen findet seine Erklärung in der reichlichen Eröffnung der Lymphspalten durch das Magengeschwür, wodurch besonders günstige Verhältnisse für die Verbreitung des Carcinoms in ihnen geschaffen wurden. Braem (Chemnitz).

25) K. Funke. Erfahrungen über die operative Behandlung des Rectumcarcinoms.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XVIII. Hft. 1.)

Innerhalb der letzten 15 Jahre wurden theils in der Gussenbauer'schen Klinik, theils in den Privatsanatorien 266 Kranke wegen Mastdarmkrebses behandelt, von welchen 156 der Operation mit einer Mortalität von 24,4% unterzogen wurden. Die hierbei gewonnenen Erfahrungen stellt F. in der vorliegenden Arbeit zusammen.

Bezüglich des Geschlechts überwog übereinstimmend mit anderen Statistikern die Zahl der Erkrankungen bei Männern die der Frauen um mehr als das Doppelte. Die anamnestischen Daten gaben für diese Thatsache keinen Aufschluss. Als ätiologische Momente für die Entstehung des Mastdarmcarcinoms überhaupt führt Verf. auf Grund der Krankengeschichten habituelle Obstipation, luetische Narben, Hämorrhoiden an. Was die hereditären Verhältnisse betrifft, konnten vom Verf. Carcinomerkrankungen unter den Ascendenten nur in 8 Fällen nachgewiesen werden. — Das Alter der behandelten Kranken bewegte sich zwischen dem 15. und 80. Lebensjahre; die Erkrankung wurde am häufigsten im Alter von

50 bis 60 Jahren beobachtet. Nach F. scheint auch ein Unterschied im histologischen Bau und in der Lokalisation des Krebses mit Bezug auf das Alter des Pat. zu bestehen. So fand er, dass fast alle Gallertkrebse vor dem 3. Decennium aufgetreten sind, während im Alter zwischen 40 und 60 Jahren die wandständigen medullären und fibrösen, in noch höherem Decennium die hohen cirkulären Carcinome überwiegen. — Nach einigen Bemerkungen über die Dauer, Diagnose und Symptomatologie des Leidens bespricht F. in ausführlicher Weise die Histologie der beobachteten Krebsarten, als Epithelial-, Drüsen- und Gallertkrebs, welche bezüglich des Beginns, der Lokalisation und des Verlaufs mannigfache Unterschiede in klinischer Richtung aufweisen. Eine nach dem Sitz der Neubildung zusammengestellte Tabelle giebt darüber Aufschluss, dass das vom Afterende ausgehende Epithelialcarcinom 12mal, das wandständige Adenocarcinom 162mal, das fibröse, hohe, cirkuläre 64mal, das Carcinom der Flexur 7mal und endlich das Carcinoma gelatinosum 21mal unter den 266 Fällen beobachtet wurde. Für das Epithelialcarcinom kommen ätiologisch Hämorrhoiden, alte Fissuren und Fisteln in Betracht. Das erste von diesen Pat. beobachtete Symptom bildete das Auftreten eines harten Knötchens, das sich rasch vergrößerte und exulcerirte. Schmerzen und Incontinentia alvi bildeten eine frühzeitige Komplikation; der Verlauf war ein rascher, konstant führte das Carcinom früh zur Infektion der regionären Lymphdrüsen. Von den 12 Pat. wurden 6 operirt mit 16,6% Mortalität. — Das Adenocarcinom entstand in der Mehrzahl der Fälle an der vorderen Wand und führte in $\frac{2}{3}$ aller Fälle zur Infektion der regionären Lymphdrüsen, ein Befund, welcher an der Prager Klinik die Ansicht entstehen ließ, dass das wandständige Adenocarcinom sich niemals zur Resektion eignet, sondern die Amputatio recti mit gleichzeitiger Exstirpation der sacralen Drüsen indicirt. Von den 93 Operirten wurden 79 geheilt, 14 = 15% starben. — Das cirkuläre Carcinom nimmt seinen Lieblingssitz in der Höhe des Sphinkter III, seltener in der Flexur ein und charakterisirt sich durch die rasche Verengerung des Darmes, in Folge dessen hartnäckige Verstopfung, Entleerung von dünngeformten Kothmassen und Incarcerationserscheinungen die ersten Erscheinungen abgeben. Die Diagnose kann unter solchen Umständen Schwierigkeiten machen und zum Irrthum führen. F. führt in dieser Richtung einen Fall an, in welchem die Diagnose auf innere Einklemmung gestellt wurde und zur Laparotomie mit Anlegung eines künstlichen Afters Veranlassung gab, während die Obduktion ein Carcinom der Flexur, welches ihre Lichtung vollständig aufhob, zu Tage förderte. Von 64 Kranken, bei welchen die Geschwulst in der Höhe des Sphinkter III saß, wurden 36 mit 42% Sterblichkeit operirt, die 7 Fälle mit dem Sitz des Carcinoms in der Flexur endeten tödlich (1mal Exstirpation nach vorausgegangener Kolotomie, 3mal Kolotomie, 3 starben ohne Eingriff an Peritonitis). Die bösartigste Form, der Gallertkrebs, wurde ausschließlich bei jugendlichen Individuen beobachtet, in der Mehrzahl beim weiblichen Geschlecht, und zwar zumeist bei schwächlichen anämischen Personen. Die Infektion der regionären Lymphdrüsen ist hier ein konstanter Befund.

Von der Anschauung ausgehend, dass die möglichst gründliche Entfernung aller unter einander kommunizirenden Lymphbahnen und Drüsen bei Exstirpation von Carcinomen einen Dauererfolg sichern kann, erklärt F. bei allen Carcinomen die Exstirpation des Mastdarms mit Ausräumung aller zugänglichen Drüsen für rationeller als die Resektion.

Es folgt nun eine Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden des Mastdarmkrebses und der hierbei in Betracht kommenden Technik. Wenn F. erklärt, dass Wölfler's parasacrale Methode sich praktisch nicht bewährt zu haben scheint und namentlich für die Nachbehandlung in so fern ungünstige Verhältnisse bietet, als der Abfluss der Wundsekrete in Folge des seitlich verlaufenden Hautschnittes ein ungenügender sein soll, so muss Ref., welcher die Methode seit Jahren üben sah und übte, hierüber einer anderen und zwar besseren Meinung Ausdruck geben. Wölfler und seine Schüler üben die parasacrale Methode regelmäßig, auch andere Chirurgen, wie Madelung, Rydygier etc. ziehen sie in Anwendung. Die Wölfler'sche Schule findet die Methode ganz ausreichend, keineswegs ist sie zu verwerfen, da im schlimmsten Falle immer noch ein osteo-

plastisches Verfahren angefügt werden kann, was aber nur äußerst selten nöthig erschien. Eine Hinderung des Sekretabflusses wurde dabei nie beobachtet. Bezüglich Indikation zur Ausführung der Operation gilt in der Gussenbauer'schen Klinik der Grundsatz, die radikale Entfernung der Neubildung anzustreben, ohne sich von etwaigen Verwachsungen mit den Nachbarorganen abschrecken zu lassen. Eine absolute Kontraindikation bilden nur nachweisbare Metastasen in den inneren Organen, so wie ausgedehnte Drüseninfektionen. Palliative Operationen (Kolo-tomie) wurden in der Klinik nur unternommen bei vollständiger Darmenge oder als Vorakt, Behufs gründlicher Darmentleerung.

F. schildert nun ausführlich das in der Prager Klinik geübte Verfahren. In fast sämtlichen operirten Fällen wurde die Amputatio recti ausgeführt, in einem einzigen die Resektion. Die höher gelegenen Geschwülste wurden bis zum Jahre 1893 mit dem hinteren Längsschnitt und Resektion des Steißbeines entfernt. Erst im Jahre 1893 entschloss sich Gussenbauer in einem Falle von cirkulärem Carcinom der Flexur, dessen untere Grenze mit dem Finger nicht zu erreichen war, zur Exstirpation mittels der temporären Kreuzbeinresektion. In der rechten Seitenlage des Kranken wird der Schnitt genau in der Mittellinie geführt, reicht von der Steißbeinspitze bis über die Mitte des Kreuzbeins, je nachdem man zwischen 3. und 4. oder 2. und 3. Sacralloch reseciren will. Vom Endpunkte dieses medialen Schnittes werden 2 leicht bogenförmige bis an den Kreuzbeinrand geführt. Mediale und quere Durchsägung des Knochens. Seitliche Umlappung der so gebildeten Haut-Periost-Knochenlappen. Die Raumverhältnisse waren nun ganz vorzügliche sowohl für die Exstirpation als auch für die Resektion ausgedehnter oder in der Flexur sitzender Carcinome. Die Erleichterung der Exstirpation sacraler Drüsen ist eine bedeutende, die exakte Blutstillung leicht möglich. Die mit dem Verfahren erzielten Resultate bezeichnet F. als ungemein zufriedenstellende und sucht damit die Einwürfe von vielen Seiten gegen diese Operationsmethode zu entkräften. — Ein Auszug aus den diesbezüglichen Krankengeschichten, so wie eine Tabelle sämtlicher beobachteter Fälle sind der Abhandlung angeheftet.

F. gelangt auf Grund des Studiums des klinischen Materials und der dabei gemachten Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

- 1) Die ungünstigste Prognose quoad vitam giebt das Carcinoma gelatinosum.
- 2) Bei allen wandständigen Carcinomen, die stets zur Infektion der regionären Lymphdrüsen führen und bei der medullären Form auch frühzeitig Metastasen in den inneren Organen setzen, ist selbst bei geringer Ausdehnung der Neubildung eine Resektion kontraindicirt, und die Amputatio recti mit Ausräumung aller vom Operationsfeld erreichbaren Drüsen am Platze.
- 3) Zur Resektion eignen sich nur die hohen cirkulären, den Darm frühzeitig stenosirenden Carcinome, aber auch nur dann, wenn keine vergrößerten Lymphdrüsen nachweisbar sind.
- 4) Die temporäre Resektion des Kreuzbeins durch Bildung zweier Haut-Periost-Knochenlappen liefert eine vorzügliche Zugänglichkeit zu hohen Mastdarm-tumoren; dieselbe führt niemals zur Nekrose des Knochens und gestattet einen genügenden Abfluss der Sekrete.

Gold (Bielitz).

26) E. K. Ikawitz. Ein Fall von Verwundung der Leber durch die Rückseite des Brustkorbes.

(Die Chirurgie p. 53. [Russisch].)

Ein Fabrikarbeiter erhielt während des Schlafes von einem betrunkenen Kameraden einen Stich mit einem Küchenmesser in die rechte Seite. Das Messer soll nach der Aussage von einem Augenzeugen bis auf den Griff eingedrungen und von einer unbetheiligten Person herausgezogen sein. Die Wunde, ca. 5 cm lang, lag zwischen der 9. und 10. Rippe. Im Auswurf war kein Blut vorhanden. Dr. Sharitschew nähte gleich die Wunde, nachdem er in dieselbe ein Drainrohr eingelegt hatte. Unter ziemlich anhaltendem Fieber trat in ca. 6 Wochen Heilung ein. Aus der Wunde war zeitweise Galle ausgeflossen.

E. Braatz (Königsberg i. Pr.).

27) **Peyrot et Roger.** Sur un cas d'abcès dysentérique du foie ne contenant que des amœbes.

(Revue de chir. 1897. No. 2.)

Die Krankengeschichte des mitgetheilten Falles vom dysenterischem Leberabscess bietet keine Besonderheiten; der Eiterherd wurde nach Rippenresektion, Durchtrennung der Pleura und des Zwerchfells unter der oberen Fläche der Leber freigelegt, breit eröffnet und zur Heilung gebracht. Von Interesse ist nur der durch sorgfältige bakteriologische Untersuchungen festgestellte Befund ausschließlich von Amöben im Eiter, worüber ausführlich berichtet wird. Der Gehalt des letzteren an jenen Parasiten nahm mit fortschreitender Heilung mehr und mehr ab; dafür wurden dann Pneumokokken, Streptokokken, Bacterium coli etc. gefunden. Impfversuche mit dem reinen Amöbeneiter hatten keinen Erfolg; die angelegten Kulturen erhielten sich nur bis zur 4. Generation.

Kramer (Glogau).

28) **Binnie.** Report of a case of cholecystostomy with subsequent cholecystenterostomy for biliary obstruction in a patient eighty years of age.

(Annals of surgery 1896. November.)

Der Inhalt der kurzen Mittheilung ist aus der Überschrift ersichtlich; bei dem Interesse, welches die Chirurgie der Gallenwege beansprucht, sei aber auf den Artikel hingewiesen.

Tietze (Breslau).

29) **P. Sandler.** Zur Pathologie und Chirurgie des Pankreas.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 329.)

Verf. bringt 3 interessante, die Pankreaspathologie betreffende Beobachtungen, von denen die ersten beiden durch Operationsautopsie genügend aufgeklärt sind, während der dritte nur klinisch diagnosticirt ist. Fall 1 steht als der erste seiner Art operirte Fall da und betrifft eine tuberkulöse Pankreasgeschwulst. Trägerin derselben war eine 54jährige Frau, welche, seit $\frac{3}{4}$ Jahr an Appetitlosigkeit und Druckgefühl in der Magengegend leidend, stark abgemagert und elend geworden war. Eine oberhalb des Nabels in der Mittellinie gelegene harte, leicht höckrige verschiebbliche Geschwulst wurde als bösartig vermuthet, und deshalb die Laparotomie gemacht. Die Geschwulst liegt hinter dem Magen, ist oberhalb der kleinen Curvatur gut zugänglich und wird nach Durchtrennung des kleinen Netzes vorgenommen. Sie sitzt als fast walnussgroße, graugelb verfärbte Geschwulst, gut gegen das gesunde Gewebe abgegrenzt, im Pankreaskopf und wird nach zahlreichen Umstechungen excidirt. Neben der Wirbelsäule ein geschwollener Lymphdrüsenstrang, der unberührt gelassen wird, einige geschwollene Lymphdrüsen an der Hinterseite des Magens werden entfernt. Naht etc. Die Wundheilung durch einen kleinen Bauchdeckenabscess und Vereiterung einer Unterschenkelvarix etwas verzögert, doch hob sich das Allgemeinbefinden und der Appetit langsam, die Schmerzen schwanden. 9 Monate nach der Operation völlige Gesundheit. Die entfernte Geschwulst erwies sich als tuberkulöses Lymphom (Untersuchung durch Prof. Thoma). In Fall 2 handelt es sich um eine genuin entstandene chronische Pankreatitis, die sich spontan völlig zurückbildete. Eine 26jährige Frau leidet seit mehreren Jahren an kolikartig in der Magengegend auftretenden Schmerzen, ab und zu Erbrechen, so wie starker Abmagerung. Eine in der Magengegend von der Mittellinie ins linke Hypochondrium ziehende, harte, höckrige, ziemlich runde, druckempfindliche, etwas bewegliche Geschwulst veranlasst die Laparotomie. Die Geschwulst sitzt oberhalb des Magens und ist nach Spaltung des kleinen Netzes hervorziehbar. Sie entspricht dem in allen Theilen, besonders dem Kopfe verdickten, aufgetriebenen verhärteten Pankreas, ist grau gefärbt; sie wird als inoperables Carcinom angesehen und die Bauchwunde geschlossen. 2 Jahre nach der Operation ging die überraschende Nachricht ein, dass die Kranke gesund geworden sei, sogar geboren habe. Die Beschwerden hatten noch 1 Jahr angehalten, waren dann geschwunden. Bei der Wiederuntersuchung wurde ein sehr guter

Allgemeinzustand konstatiert, ein kleiner, aber gar nicht mehr druckempfindlicher Rest der Geschwulst ist noch vorhanden. In Fall 3 hat S. eine ähnliche Pankreatitis wie die hier durch Laparotomie nachgewiesene diagnosticirt. Ein 39-jähriger Bahnarbeiter wird mit dem Rumpfe zwischen Waggonpuffern gequetscht. Rippenbrüche, hierbei entstanden, heilen, doch bleiben dumpfe Schmerzen im Unterleibe, und wird 4 Jahre nach dem Unfall eine Unterleibsgeschwulst konstatiert. S. fand in Narkose außer einer beweglichen rechten Niere eine Geschwulst in Nabelhöhe, annähernd quer liegend, sich nach links erstreckend, druckempfindlich, höckrig, hart — das chronisch entzündlich geschwollene Pankreas, das muthmaßlich in Folge des Traumas erkrankte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

90) **T. Wikerhauser.** Drei Laparotomien bei einer Kranken wegen Sarkom der Adnexe.

(Liečnicki viestnik 1896. No. 3.)

Die hervorragende Bedeutung des Falles liegt darin, dass W. Gelegenheit hatte, denselben durch 9 Jahre zu beobachten und sah, wie sich eine bösartige Geschwulst auf entzündlicher Basis entwickeln kann, und wieviel man durch Operation zu helfen vermag, während andererseits der Fall ein schönes Bild eines Imprecidivus bietet. Der Verlauf war folgender: die jetzt 36-jährige Pat. machte 1887 eine schwere Peritonitis-Pyosalpinx durch, und zwar nach kriminellem Abort. Im Juni 1892 operirte W. durch Laparotomie eine kindskopfgroße, schmerzhaft, fluktuirende, mit der Umgebung vielfach verwachsene, stiellose Geschwulst, welche rechts vom Uterus saß. Die Geschwulst konnte wegen der Verwachsungen nicht ganz entfernt werden, sondern wurde in die Bauchdecken eingenaht, die Umgebung drainirt. Die Untersuchung der Geschwulst zeigte Sarkom. Im April 1893 kam die Pat. wieder ins Krankenhaus mit einem faustgroßen Sarkom in der Bauchnarbe und harten Knollen im Bauch. 2. Laparotomie, Entfernung der Geschwulst mit einem Theil der Bauchdecken und den Adnexe. Dabei mussten wegen den Verwachsungen Verletzungen des Darmes gesetzt werden; dieselben wurden vernäht. Im Juni verließ Pat. die Abtheilung vollkommen gesund und gekräftigt. Von September 1895 leidet sie an zeitweise heftigen, doch sich wieder bessernden Ileuserscheinungen und kam im November ganz schwach und anämisch ins Krankenhaus. Rechts von der Symphyse eine gut bewegliche, mit der alten Bauchnarbe durch einen langen Stiel verbundene Geschwulst. 3. Laparotomie. An 2 Stellen (Colon ascendens in der Nähe des Coecums und eine Dünndarmschlinge ca. 60 cm vom Coecum) ist der Darm mit der Bauchnarbe verwachsen, von wo aus die Neubildung in die Darmlichtung gewachsen ist; dort sitzt sie auf einem Stiel und verengt den Darm. Wegen großer Schwäche der Pat. wurde nur eine Ileokolostomie angelegt, mit der Absicht, die Resektion vorzunehmen, sobald die Kranke wieder zu Kräften kommt. Nach der Operation erholte sie sich, doch begann sie nach einiger Zeit zu verfallen, bekam Diarrhöen und starb 5 Wochen nach der Operation. Die Sektion zeigte allgemeine Anämie und fettige Degeneration der inneren Organe; die Operationswunden per primam verheilt.

In der Epikrise giebt Verf. folgendes Bild der Entwicklung: 5 Jahre nach einer septischen Abortusadnexitis entsteht ein Sarkom am Grund einer Pyosalpinx, 1 Jahr danach erscheint die Geschwulst in den Adnexe und in der Bauchnarbe; bei der Operation wird der Darm verletzt; in der Narbe erscheint wieder Sarkom, welches auf den Darm übergreift. Die ganze Krankheit dauert 9 Jahre, die Bösartigkeit ist augenscheinlich, und doch findet man keine Metastasen.

Cačković (Agram).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26.

Sonnabend, den 3. Juli.

1897.

Inhalt: I. **J. Mikulicz**, Das Operiren in sterilisirten Zwirnhandschuhen und mit Mundbinde. — II. **G. Perthes**, Operationshandschuhe. (Original-Mittheilungen.)

1) **Fedorow**, 2) **Segod**, Gebärmutterexstirpation. — 3) **Edebohl**, Verkürzung der Ligamenta rotunda. — 4) **Ollier**, Verschluss von Knochenhöhlen. — 5) **Parizeau**, 6) **Schüller**, Gonorrhoeische Gelenkentzündung. — 7) **Lissenkow**, Schulterauslösung. — 8) **Liermann**, 9) **Coste**, Behandlung bei Verletzungen der Unterextremitäten. — 10) **Sam-fresco** und **Solomovici**, Osteoplastische Fußamputation.

M. v. Cacković, Ein Fall von postoperativem Tetanus. (Original-Mittheilung.)

11) **Kirmisson**, Bericht. — 12) **Jundell**, Gonorrhoeische Metastasen. — 13) **Hansteen**, Gonorrhoeische Drüsenvereiterung. — 14) **Senator**, Intermittirende Gelenkwassersucht. — 15) **Bastianelli**, Gynäkologische Operationen. — 16) **Assaky**, Blasen-Scheidenfistel. — 17) **Walther**, Traumatische Oberarmepiphysentrennung. — 18) **Fick**, Aneurysma oss. frans. — 19) **Jourdanet**, Osteotomia trochanterica. — 20) **Schilling**, Knieverjauchung bei Lungentuberkulose. — 21) **Ramsperger**, Unterschenkelbrüche. — 22) **Winckler**, Sehnentransplantation.

I. Das Operiren in sterilisirten Zwirnhandschuhen und mit Mundbinde.

Ein Beitrag zur Sicherung des aseptischen Verlaufs von Operationswunden.

Von

J. Mikulicz in Breslau.

Die zahlreichen Arbeiten der letzten Jahre über Katguteiterung und Händedesinfektion sind ein Beweis, dass allenthalben Chirurgen und Geburtshelfer mit den Erfolgen der von ihnen geübten Wundbehandlung nicht zufrieden waren und dass sie Grund hatten, den Ursachen der häufig vorkommenden Störungen im Wundverlauf nachzugehen. Wir finden, wenn wir die chirurgische Litteratur der letzten Jahre sorgfältig verfolgen, aber auch zahlreiche direkte Eingeständnisse hervorragender Chirurgen, dass die Operationswunden trotz »Aseptik« nicht immer aseptisch bleiben, dass mitunter die schwersten, selbst tödlich endigenden Wundinfektionen vorkommen.

Was das Katgut betrifft, so glaube ich, dass man hier einen relativ unschuldigen Faktor für die Misserfolge verantwortlich gemacht hat. Wir arbeiten ja schon seit mehr als 20 Jahren mit Katgut. Jahrelang hörte man keine einzige Klage über dasselbe, bis mit einem Male entdeckt wurde, dass es ein gefährlicher Infektionsträger sei, wiewohl die Sterilisierungsmethoden desselben sich mit der Zeit vervollkommen haben. Anders steht es mit der Frage der Händedesinfektion. Man braucht nicht Bakteriolog zu sein, um einzusehen, dass trotz der erheblichen Verbesserungen der Methoden zur Händedesinfektion ein wirkliches Sterilisiren der Hände unmöglich ist. Die Hände des Operateurs und seiner Gehilfen sind somit immer der unverlässliche Bestandtheil des ganzen aseptischen Gebäudes. Die Infektionsgefahr von Seiten der Hände ist aber um so größer, als diese in viel häufigere und innigere Berührung mit der Wunde kommen als die meisten Instrumente, die wir ja sicher sterilisiren können. Dazu kommt, dass eine Kontrolle darüber, ob die Hände vor der Operation thatsächlich genügend desinficirt sind oder nicht, ganz unmöglich ist. Der kleinste Fehler, die geringste Unterlassungssünde kann sich schwer rächen. Wer auch nur einige wenige schlimme Erfahrungen in dieser Richtung gemacht hat, kann sich dem peinlichen Eindruck nicht entziehen, dass wir das Schicksal unseres Kranken von einem geringfügigen Zufall abhängig machen.

Solche Erwägungen waren es, welche mich schon zu Ostern 1896 veranlassten, die Frage der Händedesinfektion in einfacher Weise zu lösen: Ich machte den Versuch, in sterilisirten Handschuhen zu operiren. Ich konnte mich schon damals überzeugen, dass man sehr leicht in Handschuhen operiren kann, dass sich jedenfalls kein Nachtheil für den Kranken daraus ergibt. Wenn ich nicht schon damals das Operiren in Handschuhen in meiner Klinik allgemein einführte, so lag es daran, dass ich auf Drängen meiner Assistenten die von allen Seiten als sicher empfohlene Alkohol-Sublimatdesinfektion noch versuchen wollte. Wir arbeiteten damit noch bis zum Februar dieses Jahres. Die Erfolge waren aber keineswegs befriedigend. Wir erlebten sogar in dieser Zeit einen Fall von tödlich endigender Sepsis nach Radikaloperation einer Hernie. Dies bestimmte mich, alsbald das Operiren in Handschuhen bei allen aseptischen Operationen in meiner Klinik und Privatpraxis durchzuführen. Ich begann damit am 1. März dieses Jahres, kann also schon auf eine über 3monatliche Erfahrung zurückblicken. Der Erfolg ist nun ein so eklatanter, dass ich nicht daran zweifle, dass wir durch das Operiren in Handschuhen den Hauptfehler im bisherigen Wundbehandlungssystem beseitigt haben. Da wir auch früher ganze Serien von Operationswunden reaktionslos heilen sahen, so konnte eine kurz dauernde Beobachtung noch keinen Ausschlag geben. Deshalb habe ich absichtlich $\frac{1}{4}$ Jahr gewartet, bis ich mich berechtigt halten konnte, das Verfahren zur allgemeinen Nachahmung zu empfehlen. Wir haben in der ganzen Zeit nicht eine einzige Infektion bei Wunden erlebt, die zum Zweck

der primären Heilung ganz geschlossen, also auch nicht drainirt wurden. Die früher so häufigen Stichkanalleitungen sind so gut wie verschwunden. In den wenigen Fällen, in welchen die Wunden drainirt oder zum Theil offen gelassen wurden, erwies sich das Sekret in der Regel als steril. Einige Male war jedoch eine protrahirte Sekretion zu beobachten, durch die die Wundheilung aber mit einer einzigen Ausnahme nicht erheblich verzögert wurde. Im Sekret fanden sich in diesen Fällen Eiterkokken, meist Staphylococcus albus. Es ist mir sehr wahrscheinlich, dass es sich hier um ein sekundäres Hineinwandern von Bakterien der Haut des Pat. durch die Drainöffnung gehandelt hat.

Ich will hier auf die Einzelheiten unserer Beobachtungen nicht eingehen, da ausführlichere Mittheilungen über diesen Gegenstand an anderen Stellen erscheinen werden¹. Ich darf hier aber in wenigen Worten sagen, wie sich die praktische Ausführung der Maßregel in meiner Klinik gestaltet. Wir verwenden feine Zwirnhandschuhe der billigsten Sorte. Sie werden unter der Bezeichnung »feine Dienershandschuhe« dutzendweise in den Handel gebracht; das Dutzend kostet in Breslau 2,70 M. Man findet sie in allen Größen vorrätig. Die Handschuhe werden in derselben Weise wie die Verbandstoffe im Dampf sterilisirt. Sie lassen sich nach dem Gebrauch leicht waschen und können wohl ein Dutzendmal wieder verwendet werden. So stellt sich die Mehrausgabe für eine aseptische Operation auf 10 bis 15 Pfennige. Selbstverständlich werden die Hände vor Anlegen der Handschuhe gründlich gereinigt und nach Möglichkeit desinficirt. Wir bedienen uns dazu der Alkohol-Sublimatdesinfektion. Die vorherige Desinfektion der Hände ist unerlässlich, da ja die Handschuhe nicht undurchlässig sind. Bei kurzdauernden Operationen, welche von Anfang bis zu Ende ganz aseptisch verlaufen, kommt man mit einem Paar Handschuhen aus. Dauert die Operation länger und werden die Handschuhe stark blutig durchtränkt, so wechselt man dieselben nach Bedarf 1—2mal während der Operation. Dasselbe thut man, wenn im Verlauf der Operation ein inficirtes Gebiet bloßgelegt wird. Ich gehe bei Magen- und Darmoperationen so vor, dass ich bis zur Eröffnung der Magen- oder Darmhöhle mit dem ersten Paar Handschuhen operire; zur Anlegung der Nähte wird ein neues Paar Handschuhe angelegt und nach Beendigung der Naht ein drittes. So ist man sicher, unabhängig von den Vorkommnissen der Operation, immer sterile Hände zu haben. Selbstverständlich sind die Assistenten und der die Instrumente reichende Heilgehilfe auch mit Handschuhen versehen; sie wechseln dieselben ebenfalls in der früher angegebenen Weise.

Wer selbst noch nicht in Handschuhen operirt hat oder nicht hat operiren sehen, glaubt wohl, dass durch diese Beigabe alle Manipulationen beim Operiren, das Tasten, Greifen, Nähen u. dgl. er-

¹ Vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 26.

schwert werden. Das ist keineswegs der Fall. Man gewöhnt sich in wenigen Tagen daran und entbehrt später sogar die rein mechanischen Vortheile des Operirens in Handschuhen. Das Fassen und Fixiren der Gewebe gestaltet sich in Handschuhen viel leichter als mit der nackten Hand. Jedenfalls dauern unsere Operationen nicht länger als früher. Selbstverständlich giebt es Gelegenheiten, bei welchen man das feine Gefühl der Fingerenden nicht entbehren kann: so z. B. wenn man die Innenfläche des Magens nach einem vermutheten, kleinen Ulcus abtastet. Man zieht zu diesem Zweck einfach den Handschuh ab und ersetzt ihn nach vollendeter Untersuchung durch einen neuen. Selbstverständlich wird man Operationen, welche fast ausschließlich in inficirtem oder der Infektion ausgesetztem Gewebe verlaufen, nicht in Handschuhen durchführen; denn dadurch würde die Übertragung der Bakterien auf die frischen Wunden nur gefördert: z. B. bei Eingriffen im Rectum, in der Mund-Rachenhöhle, an der Urethra.

Wenn ich von dieser Kategorie von Eingriffen absehe, haben wir im letzten Vierteljahr ausnahmslos alle Operationen in Handschuhen ausgeführt, insbesondere auch alle Arten der Laparotomien. Ich darf anführen, dass Herr Kollege Küstner seit mehr als einem Monat bei den gynäkologischen Laparotomien die von mir verwendeten Handschuhe acceptirt hat, und ich bin ermächtigt mitzuthellen, dass auch er mit dieser Neuuerung in jeder Beziehung zufrieden ist.

Das Verwenden von Handschuhen zur Operation ist keine ganz neue Idee. Schon im Jahre 1894 hat H. Robb (siehe dieses Centralblatt 1895, p. 741) empfohlen, in sterilisirten Gummihandschuhen zu operiren, und neuerdings ist v. Zoege-Manteuffel (siehe dieses Centralblatt 1897, No. 20) auch für die Verwendung von Gummihandschuhen in der Chirurgie eingetreten. Ich habe jüngst einen Versuch damit gemacht, glaube aber, dass die Verwendung von Gummihandschuhen so viel Nachtheile mit sich bringt, ohne in der Wundaseptik viel mehr als Zwirnhandschuhe zu leisten, dass sie mit den letzteren kaum konkurriren können. Nur zu einem Zweck, den auch v. Zoege-Manteuffel hervorhebt, würde ich sie acceptiren: zum Schutz der eigenen Hand bei Operationen an Septischen.

Von Seiten des Operateurs und seiner Gehilfen droht der Operationswunde außer der Hand noch eine andere Infektionsgefahr: die Verschleppung von pathogenen Bakterien aus der Mund- und Nasenhöhle der Betheiligten beim Sprechen, Husten, Räuspern und Niesen. Ich wurde auf die Bedeutung dieser Gefahr erst durch Herrn Kollegen Flügge aufmerksam gemacht, der experimentell festgestellt hat, dass schon beim ruhigen Sprechen Bakterien aus der Mundhöhle mit ganz feinen Flüssigkeitsbläschen weithin in den umgebenden Raum verschleppt werden können. Wir haben in Breslau zwar die Gewohnheit, während des Operirens fast gar nicht zu sprechen; die nothwendige Verständigung erfolgt leicht durch Zeichen mit der Hand. Aber schließlich muss doch hier und da ein Wort gesagt

werden. Ist der Chirurg in der fatalen Lage, einen Schnupfen zu besitzen, der ihn in den ungeeignetsten Momenten zum Niesen zwingt, so müsste er eigentlich nach Flügge ganz vom Operiren ausgeschlossen werden. Alle diese Gefahren werden fast ganz aufgehoben, wenn man während der Operation eine den Mund und eventuell auch die Nasenlöcher bedeckende Mundbinde trägt. Dieselbe besteht aus einer einfachen Lage Mull und kann bei Demjenigen, der einen Bart trägt, auch dazu verwendet werden, denselben zu umfassen. Wir operiren auch schon seit geraumer Zeit bei allen aseptischen Operationen mit Mundbinde. Auch an diese haben wir uns rasch gewöhnt: wir athmen dadurch eben so anstandslos wie eine Dame, die auf der Straße den Schleier trägt. Die Mundbinde ist selbstverständlich sterilisirt und an die gleichfalls sterilisirte Operationsmütze befestigt.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Leipzig.)

II. Operationshandschuhe.

Von

Dr. Georg Perthes,

erstem Assistenzarzt der Klinik.

Die Mittheilung v. Zoega-Manteuffel's über »Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis« in No. 20 des Centralblattes veranlasst mich, über Versuche zu berichten, mit denen in der chirurgischen Klinik zu Leipzig auf etwas abweichendem Wege dasselbe Ziel verfolgt wurde.

Es ist Thatsache, dass wir trotz der Fortschritte der letzten Zeit unsere Hände noch immer nicht mit derselben Sicherheit zu desinficiren vermögen, wie unsere Instrumente und Verbandstoffe. So gute Resultate auch mit der Methode erzielt worden sind, welche aus der gründlichen mechanischen Reinigung mit heißem Wasser und Seife und der Alkoholdesinfektion, eventuell mit schließlicher Anwendung von Sublimat, kombinirt ist, — einen gewissen, wenn auch kleinen Procentsatz von Misserfolgen hatten alle Autoren, die sich mit der Frage beschäftigten — ich nenne nur Fürbringer¹, Reinicke², Ahlfeld³, Poten⁴ — zu verzeichnen⁵. Fürbringer, der

¹ Fürbringer und Freyhan, Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 6.

² Reinicke, Archiv für Gynäkologie Bd. II.

³ Ahlfeld, Deutsche med. Wochenschrift 1895. No. 51 u. 1897. No. 8. Nur an der eigenen Hand hatte Ahlfeld 99—100 % Erfolge, im Allgemeinen verzeichnete er 87,5 % positive Resultate.

⁴ Poten, Die chirurgische Asepsis der Hände. Berlin 1897.

⁵ Ich selbst constatirte bei Versuchen über Heißwasser-Alkoholdesinfektion, die ich in der Klinik des Herrn Professor Löhlein in Gießen ausführte, Keimfreiheit der Hautfläche der Hand und Finger in 91 %, völlige Keimfreiheit des Unternagelraumes nur in 81 % der Versuche. Vergl. Löhlein in Veit's Handb. der Gynäkologie. Wiesbaden 1897, I. p. 22.

Begründer der Heißwasser-Alkohol-Desinfektionsmethode, schließt daher seine letzte Arbeit mit dem Gedanken, dass vereinzelt Infektionen durch die lückenhafte Asepsis der Hände auch weiterhin zu erwarten bleiben, »gleichgültig welche neuen Desinfektionsmethoden der menschliche Geist in seiner Findigkeit noch entdecken wird«. Die Gefahr, welche durch das Haftenbleiben von Bakterien an der desinfizierten Hand des Operateurs für die Operationswunde bedingt ist, tritt zwar nur selten in die Erscheinung, aber sie existiert, und daher sind auch die Versuche berechtigt, diese Fehlerquelle thunlichst zu verstopfen.

Auf verschiedene Weise ist das möglich.

In der von Herrn Geheimrath Trendelenburg geleiteten Klinik ist es schon seit Jahren Princip, dass man da, wo man kann, mit einem gekochten Instrument operiren und die Hand gänzlich aus der Wunde fernhalten soll. Alle Knochennähte bei Patellarfraktur z. B. werden so ausgeführt, dass keine operirende oder assistirende Hand in die Wunde hineingreift.

Sodann sind auch wir der selbstverständlichen Forderung, dass der Operateur und Assistent die Beschmutzung der Hände mit Eiter möglichst vermeiden sollen, durch ausgedehnte Verwendung von Gummiüberzügen bei der Untersuchung per rectum und per vaginam, bei Incision von Abscessen und Phlegmonen nachgekommen. Wir haben uns bisher freilich noch nicht dabei, wie v. Zoega-Manteuffel, ganzer Handschuhe bedient, sondern nur der feinen Fingerüberzüge aus Condomgummi, welche vor noch nicht langer Zeit in den Handel gebracht worden sind und welche das Gefühl der Finger verhältnismäßig wenig behindern.

Endlich haben auch wir den Versuch gemacht, bei aseptischen Operationen die Wunde durch Handschuhe vor etwa der Hand noch anhaftenden Keimen zu schützen. Gummihandschuhe erschienen uns jedoch hierzu nicht besonders zweckmäßig. Da es technisch unmöglich ist, aus dem feinen (geblasenen) Condomgummi Handschuhe herzustellen, so sind wir auf die aus Gummiplatten geklebten Gummihandschuhe angewiesen. Diese sind aber, wie uns eigene Versuche damit bewiesen, zu unbequem und zu dick, um ein sicheres Operiren und ein feines Gefühl zuzulassen. Einen feinen Seidenfaden zu knoten, ist für eine mit Gummihandschuhen versehene Hand eine recht mühsame Aufgabe, und v. Zoega-Manteuffel hat selbst die Erfahrung gemacht, dass das Operiren in Gummihandschuhen beschwerlich ist. Wir haben daher im Dampf sterilisirte Handschuhe aus feinstem Seidengewebe vorgezogen, welche beim Operiren sich so gut wie gar nicht hinderlich bemerkbar machen. Die Handhabung der Instrumente, das Knoten auch feiner Fäden hat in den glatt sitzenden Seidenhandschuhen gar keine Schwierigkeit und das Gefühl ist durch das feine Gewebe nur sehr wenig abgestumpft. Einen völlig bakteriendichten Überzug bilden diese Handschuhe allerdings nicht und einen Ersatz der Händedesinfektion können sie nicht bieten. Sie sollen nur angewendet werden,

nachdem die Händedesinfektion in der bisher üblichen Weise gewissenhaft ausgeführt ist, um das Übertreten von Bakterien in die Wunde zu verhindern, die trotz aller Sorgfalt möglicherweise noch an der Hand sich befinden. Es können ja nur besonders festhaftende oder in besonders versteckten Falten der Haut und Nischen des Unternagelraumes verborgene Bakterien sein, welche einer vorschriftsmäßigen Desinfektion widerstehen. Dass ein solcher Bakterien-schlupfwinkel bei der Operation mit der Wunde in Berührung kommt, oder dass die festhaftenden Bakterien beim Operiren losgerissen werden, das muss sich durch ein steriles Seidengewebe verhindern lassen, welches die direkte Berührung von Wunde und Hand ausschließt.

Unsere Handschuhe sind aus besonders feinem und dichtem Seidengewebe hergestellt⁶ und reichen bis fast zum Ellbogen hinauf. Mehrmaliges Auswaschen und Sterilisiren im Dampfsterilisator vertragen sie.

Wir haben diese Handschuhe nur bei solchen aseptischen Operationen angewendet, bei denen es besonders erwünscht ist, der Asepsis der operirenden Hand absolut sicher zu sein, zunächst nur bei Herniotomien und Laparotomien.

Ich selbst habe in diesen Handschuhen in Vertretung oder im Auftrag von Herrn Geheimrath Trendelenburg bisher eine Gastrostomie nach der Witzel'schen Methode, eine Radikaloperation einer Leistenhernie nach Bassini und fünf Herniotomien ebenfalls mit nachfolgender Bassini'scher Radikaloperation ausgeführt und dabei die Erfahrung gemacht, dass man beim Operiren durch die Handschuhe nicht in irgend wie nennenswerthem Maße behindert ist. Die Dauer der Operationen wurde nicht dadurch verlängert, die glatte Magenwand ließ sich sogar mit Seidenhandschuhen besser vorziehen und halten als ohne solche. Trotzdem eine der Herniotomien eine Stunde nach einer Empyemoperation ausgeführt werden musste, trat nach allen sieben Operationen tadellose prima Intentio ein. Es ist das ja freilich ein Resultat, das auch ohne Handschuhe zu verlangen ist, und ich kann es daher nicht als einen Beweis für deren Vortrefflichkeit anführen. Immerhin sind unsere Erfahrungen derart, dass wir bei aseptischen Operationen, bei welchen es besonders wichtig erscheint, jede Fehlerquelle in der Asepsis auszuschließen, weitere Versuche mit unseren seidenen Operationshandschuhen machen werden.

⁶ Unsere Handschuhe werden geliefert von C. Grau, Leipzig, Petersstr. 9. Angabe der Glacéhandschuhnummer erforderlich.

1) **S. P. Fedorow.** Extrakapsuläre Methode der vollständigen Entfernung der Gebärmutter durch den Bauchschnitt. (Aus der chirurgischen Fakultätsklinik Prof. Bobroff's.)

(Die Chirurgie, Hft. 2. [Russisch].)

F. empfiehlt als einfach und kurzdauernd die Uterusexstirpation in der Weise zu machen, dass man nach Eröffnung der Bauchhöhle zuerst das hintere, dann das vordere Scheidengewölbe von oben her durch einen kleinen Einschnitt öffnet, dann von der Scheide aus möglichst dicht am Uterus auf jeder Seite je zwei hämostatische Zangen so anlegt, dass die eine Branche in dem hinteren Schnitt, die andere in dem vorderen liegt, und dann den Uterus entfernt. Abnahme der Zangen nach 2 Tagen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

2) **P. Segond** (Paris). Considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes et de suppurations pelviennes.

(Progrès méd. 1897. No. 7.)

S., der über 600 eigene Hysterektomien verfügt, betont in diesem Vortrag zunächst die historische Unanfechtbarkeit der Priorität Péan's als Erfinder der vaginalen Klemmenmethode. Die Methode eignet sich für Fibrome, die Nabelhöhe nicht überschreiten. Sie können über, unter, neben oder in dem Uterus sitzen. Die Enge der Scheide ist »fast nie« ein Grund für die Laparotomie. S. präparirt zuerst die Cervix frei mit präliminärer Abklemmung der Artt. uterinae. Dann wird die Höhle eröffnet, und ohne weitere Blutstillung mit und ohne Morcellement die Geschwulst entfernt. Wichtig sind die kurz-mäuligen Péan'schen Klemmen. Man muss sich stets nahe an der Uteruswand halten. Nur so können Nebenverletzungen der Blase und besonders der Harnleiter vermieden werden. S. selbst hat die Harnleiter nur 2mal verletzt, die Blase höchstens 10mal. Nur 1mal aber wurde die Öffnung sofort wieder geschlossen, in den anderen Fällen entstand die Fistel erst nach Abstoßung der Schorfe und musste durch Nachoperation beseitigt werden. Sehr selten sind Verletzungen des Mastdarmes in Folge Verödung des hinteren Douglas. Bei Pelviperitonitis aber bestehen gewöhnlich Verwachsungen mit den Därmen, deren Verletzung nur vermieden werden kann durch sorgfältige Freilegung des Operationsfeldes für das Auge. S. selbst passirten 4mal Verletzungen. Nachblutungen können sicher vermieden werden, wenn nach Anlegung der Klemmen erst nochmalige sorgfältige Revision stattfindet, ehe der tamponirende Gazestreifen eingeführt wird. Überraschende Blutungen bei der Operation selbst werden durch systematisches Vorgehen, Vermeidung von Zerrungen und gute Klemmen ausgeschlossen. S. glaubt, dass die Operation sich bald allgemeiner Verwendung erfreuen wird.

Roesing (Hamburg).

3) G. M. Edebohls (New York). Shortening the round ligaments.

(Amer. gynecol. and obstetr. journ. 1896. December.)

Die ursprünglich Alquié-Alexander-Adams'sche Verkürzung der Ligg. rotunda ist in Deutschland, nachdem sie eine Zeit lang fast ganz in Vergessenheit gerathen war, erst durch die zahlreichen üblen Ereignisse nach Ventro- und Vaginofixatio wieder mehr in den Vordergrund des Interesses durch Kocher und Andere gestellt. In Amerika hat man dieselbe nie verlassen, und E. verfügt desshalb über eine große persönliche Erfahrung (123 Fälle).

Die Verkürzung der Ligg. schafft die naturgemäße Befestigung des Uterus, wie die nachfolgenden Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten besonders bestätigen. Sie ist nur für bewegliche Lageveränderungen des Uterus und seiner Adnexe geeignet. Die Lösung von Verwachsungen hat unabhängig vorher stattzufinden. Vorfälle sind anderweitig zu behandeln. Mit diesen Einschränkungen ist die Operationsmethode sehr werthvoll, nicht zu schwer auszuführen für jeden in Bruchoperationen erfahrenen Chirurgen, und ungefährlich. Es empfiehlt sich, entgegen dem Vorschlag Kellogg's, stets mit freier Eröffnung des Leistenkanals das Ligament heraus zu präpariren. So weite Incisionen, wie diejenigen Kocher's, sind aber nicht nöthig. Die Aufsuchung gelingt bei sorgfältiger Blutstillung nicht immer leicht, ist aber immer möglich, wenn auch zuweilen nur nach vorheriger Eröffnung der Bauchhöhle. Vor dem Anziehen des Bandes soll stets das Bauchfell zurückgestreift werden; der N. ileo-inguinalis muss sorgfältig freipräparirt werden, um späteren Narbenschmerz zu vermeiden. Auch der dem Lig. latum zugehörige Bauchfellüberzug soll principiell mit dem Finger stumpf zurückgeschoben werden. Die Vernähung des Bandes findet dann in seiner ursprünglichen Lage im Leistenkanal statt. Das Ligament verträgt nach E.'s Untersuchungen einen Zug von 3—15 kg. Reißt es ab, so muss es vom Bauche aus vorsichtig am uterinen Ansatz aufgesucht, ev. nach Stillung der Blutung aus dem Stumpf die Operation auf die unverletzte Seite beschränkt werden. In der Nachbehandlung sind Pessare überflüssig. Als Nahtmaterial verwendet E. gewöhnlich widerstandsfähiges (forty-day¹) Katgut oder Silkworm. Drainage erscheint unnöthig. Narkose ist der Lokalanästhesie vorzuziehen. Eine große Zahl anderer Operationen, wie Perineorrhaphie, Cervixamputation, Trachelorrhaphie und Curettement etc., wurden gleichzeitig ausgeführt. Nur eine Pat. starb, u. zw. an interkurrenter, durch die Autopsie festgestellter Appendicitis perforativa. Die Indikation gab meistens Retroversio und -Flexio, so wie Descensus ovariorum mit oder ohne Entzündung. In anatomischer Hinsicht wurde bei durchschnittlicher Beobachtungsdauer von 17 Monaten in 106 Fällen ein gutes Resultat erreicht; in therapeutischer Hinsicht ist der Erfolg nicht einfach zu berechnen.

¹ Amer. gynecol. and obstetr. journ. 1896. Mai.

12 Schwangerschaften mit 9 lebenden Kindern wurden beobachtet ohne Störung der Korrektur. Genaue Tabellen und Beschreibung der Technik nebst einem Litteraturverzeichnis von 194 Nummern sind beigelegt.

Roesing (Hamburg).

4) **Ollier.** De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles et en particulier des cavités laissées par les larges évidements des os.

(Revue de chir. 1897. No. 4.)

Unter Hinweis auf die Schwierigkeiten der Ausheilung großer, nach Entfernung tuberkulöser Massen, von Sequestern und ausge dehnten Ausschabungen zurückgebliebener Knochenhöhlen bespricht O. die Mittel, diese starrwandigen Räume per granulat. zum rascheren und sichereren Verschluss zu bringen, sei es dadurch, dass man die eine knöcherne Wand subperiostal und unter Erhaltung der obersten Knochenschicht entfernt, sei es, dass man sie nur mit den bedeckenden Weichtheilen beweglich macht und an die gegenüberliegende heranbringt und eventuell befestigt, bezw. mehrere derartige Knochenlappen herstellt, oder sei es schließlich, dass man sich von anderen Partien des betreffenden Knochens oder von ihm benachbarten gestielte Knochenlappen herholt und in die Höhle einpflanzt. Während das erstere Verfahren vornehmlich da sich eignet, wo der übrige Knochen durch Hyperostose verdickt ist, die Resektion der einen Höhlenwand also seiner Festigkeit und Tragfähigkeit keinen Eintrag thut, werden die übrigen Methoden der Osteoplastik am Platze sein, wo diese Bedingungen nicht zutreffen und man in Anbetracht des Alters der Pat., der ursächlichen Krankheit etc., der knochenbildenden Kraft des Periosts allein nicht allzu sehr vertrauen darf. O. schildert eingehend, wie er diese verschiedenen Methoden ausführt, und in welcher Weise danach der Verschluss der Knochenhöhle zu Stande kommt und giebt hierzu die Operationsgeschichte eines besonders schweren Falles. In seinen Schlussätzen erwähnt er noch die ausnahmsweisen Indikationen für Totalresektion der ganzen Knochenhöhle und für Anwendung von Greffes osseuses homoplastiques ou hétéroplastiques.

Kramer (Glogau).

5) **T. Parizeau.** L'arthrite blennorrhagique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896.

An der Hand von 11 Fällen bespricht P. die Ätiologie, Pathologie, Symptomatologie der gonorrhoeischen Gelenkentzündungen in der üblichen Weise und kommt dann zu der Ansicht, dass die meisten gonorrhoeischen Gelenkentzündungen sehr ernste Krankheiten seien, da sie in der Mehrzahl in Ankylose übergehen; er empfiehlt lebhaft die Ausführung der frühzeitigen Arthrotomie mit breiter Eröffnung des Gelenks und mit mäßigen antiseptischen Ausspülungen.

Sowohl bei den Gelenkentzündungen mit geringem Erguss ins Gelenk ist die Arthrotomie indicirt und von Nutzen, als auch ganz besonders in den Fällen, wo es sich bei mäßiger Entzündung und Anschwellung der periartikulären Theile um einen großen Erguss ins Gelenk handelt.

Dumstrey (Leipzig).

6) **M. Schüller.** Ein Beitrag zu den gonorrhoeischen Gelenkentzündungen.

(Ärztlicher Praktiker 1896. No. 17.)

S. spricht über 52 Pat., 34 Männer, 18 Frauen mit gonorrhoeischer Gelenkentzündung. Meist war die Entzündung monartikulär (34mal), zuweilen in 2 oder 3 Gelenken, selten in mehreren. Am meisten ist das Kniegelenk befallen, in zweiter Reihe kommt das Fußgelenk, viel seltener die anderen Gelenke. Häufig sind die Schleimbeutel und Sehnenscheiden mit erkrankt, was namentlich beim Tibialis posticus und den Peroneis von Bedeutung ist, da danach sehr leicht Valgusstellung des Fußes eintreten kann. Sehr häufig ist die Entzündung des Schleimbeutels der Achillessehne gonorrhoeischer Natur, wesshalb S. die Vermuthung ausspricht, dass das unter dem Namen Achillodynie bekannte Symptomenbild wohl meist auf Gonorrhoe beruht. Zur Behandlung empfiehlt S. in allen Fällen, in chronischen und akuten, das schon von Volkmann und Frerichs empfohlene Jodkalium, das, zu 3 g pro die gegeben, namentlich die Schmerzen und entzündlichen Erscheinungen schnell und prompt beseitigt. Bei chronischen Fällen macht sich Punktion mit darauf folgender Spülung, bei hartnäckigen Fällen Injektion von Jodoformglycerin nothwendig, und bei Eiterung ist breite Incision, Resektion bei Ankylose indicirt. Dabei ist stets für eine angemessene Nachbehandlung Sorge zu tragen.

Dumstrey (Leipzig).

7) **Lissenkow.** Ein neues Verfahren zur Schulterauslösung. (Aus dem Institut für operative Chirurgie der Universität Moskau.)

(Chirurgie, Heft 3. [Russisch].)

L. hat an der Leiche für die Schulterexartikulation ein Verfahren ausgearbeitet, das allem Anschein nach sich in der Praxis vor allen anderen bewähren dürfte, namentlich in den Fällen, wo die Zerkümmerung des Oberarmknochens die vorherige Amputation unthunlicher macht. Das Hauptmoment von L.'s Verfahren besteht darin, dass er medialwärts vom Processus coracoideus einschneidet und zuerst direkt auf die Gefäße eingeht. L. selbst beschreibt seine Operation folgendermaßen:

»Zu diesem (dem eben erwähnten, Ref.) Zweck muss die Operation der Schulterexartikulation nach unserer Ansicht mit folgendem Schnitt beginnen, indem die Schulter des Kranken auf den Tischrand gelagert und die zu operirende Extremität im spitzen Winkel

vom Körper abducirt und nach außen gedreht wird. Im Abstand von einem Centimeter von der Spitze des Rabenschnabelfortsatzes wird ein Längsschnitt nach unten, fast parallel zum Oberarmknochen, geführt; der Schnitt wird schichtweise geführt. Oben reicht er bis zum Trigonum deltoideo-pectorale, in seiner übrigen Ausdehnung durchtrennt er den großen Brustmuskel in seiner ganzen Ausdehnung. Der Schnitt endet am vorderen Rande der Achselhöhle, nachdem der vordere Rand des Pectoralis, der die Achselhöhle abgrenzt, vollständig durchtrennt ist. Bei der Ausführung dieses Schnittes kann auf seiner Höhe sowohl die Vena cephalica als Äste der A. thoracico-acromialis verletzt werden, welche den Pectoralis major und minor versorgen. Da diese Gefäße zu Tage liegen, kann man sie ja leicht unterbinden. In Folge der Durchschneidung des vorderen Randes der Achselhöhle liegt letztere in ihrer ganzen Ausdehnung von oben bis unten breit eröffnet da. Die Arteria axillaris wird am oberen Ende der Wunde aufgesucht, unter dem unteren Rande der Pectoralis minor, in dem Winkel, welcher von diesem Muskel und dem Coraco-brachialis gebildet wird. Um die Arterie an dieser Stelle bloßzulegen, muss man den äußeren Rand der Nervenstränge, d. h. das zu äußerst liegende Nervenbündel, welches hier den Anfang der Nn. median. und musculo-cutaneus bildet, mit einem Haken nach innen ziehen. Danach liegt die Arterie frei und vollständig zugänglich vor.«

Jetzt werden die Gefäße nach ihrer Isolirung unterbunden. Sind die Gefäße unterbunden, so kann man die Weichtheile von dem ersten Schnitt aus nach einer beliebigen Methode weiter durchtrennen. Die Abbildung zeigt einen Ovalärschnitt, welcher, vor der Grenze des mittleren und unteren Drittels des Schnittes beginnend, schräg nach unten geht, den Oberarm nach hinten umkreist und in dem unteren Ende des ersten Schnittes endigt.

Nachdem L. noch mehrfache Vortheile seines Verfahrens hervorgehoben hat, macht er zum Schluss noch auf einige Anomalien aufmerksam, welche an der Operationsstelle vorkommen.

1) Geht die Art. radialis manchmal höher ab, d. h. oberhalb des Anfangs des Nervus medianus, dann liegt die abnorme Radialarterie auf dem Nervenbündel und ist leicht zu unterbinden.

2) Einmal fand er, was, wie es scheint, sehr selten vorkommt, dass die Radialarterie nach innen vom Nervengeflecht zusammen mit der Vene verlief.

3) tritt der Nervus medianus sehr tief aus zwei Wurzeln zusammen, was das Aufsuchen der Arterie nur wenig ändert.

Wir können uns dem Wunsch des Verfassers nur anschließen, dass sein Verfahren in der Praxis erprobt werden möchte.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

8) **Liermann** (Frankfurt a/M.). Über die erste Hilfe und den Transport bei schweren Verwundungen der unteren Extremität.

(Vortrag, gehalten in der Abth. f. Milit.-Sanitätswesen auf d. 68. Vers. d. Naturf. u. Ärzte am 22. September 1896.)

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1897. Hft. 1.)

9) **Coste** (Berlin). Über die sogenannten Gehverbände unter besonderer Berücksichtigung ihrer etwaigen Verwendung im Kriege.

Veröffentl. aus d. Gebiete des Mil.-Sanitätswesens. Herausgegeben von d. Medicinal-Abtheilung des Kgl. Preuß. Kriegsminist. Hft. 2.)

Berlin, 1897. 75 S.

Die Versuche, Verbände für Knochenbrüche der unteren Gliedmaßen zu erfinden, in welchen die Kranken gehen können, und durch welche die nachtheilige Einwirkung der langen Bettruhe auf Gelenke und Muskeln vermieden werden kann, sind schon sehr alt; C. giebt eine ausführliche historische Übersicht über dieselben mit kritischen Bemerkungen. Zu den neuesten Versuchen derart gehört auch der von L. beschriebene Apparat, welcher zuerst von ihm im Jahre 1893, Hft. 1 der militärärztlichen Zeitschrift, und jetzt im vorliegenden Aufsatz empfohlen worden ist. Dieser Apparat ist kurz gekennzeichnet durch die Befestigung einer Schiene an die Innenseite des Beines und die Ausübung einer Extension durch eine Schraube unter der Sohle, während ein Sitzhalbring gegen den Sitzknorren angepresst wird. Die Schraube unter der Sohle wirkt an einem Fußbügel, welcher von der Sohle noch 3 cm entfernt ist, so dass das Bein im Verband schwebend gehalten wird. Endlich ist an der Kniebiegung ein Scharnier angebracht, welches festgestellt oder gelockert werden kann und in letzterem Zustand dem Gelenk Bewegung gestattet. Diesen Verband empfiehlt L. namentlich auch als Kriegsverband, und es ist unzweifelhaft, dass er mancherlei Vorzüge besitzt, namentlich dadurch, dass er leicht anzulegen und leicht fortzuschaffen ist, so wie dass er nur in 2 Größen für Erwachsene und Kinder vorrätig gehalten zu werden braucht und für beide Körperseiten durch einfache Umstellung verwendbar gemacht werden kann; für den Kriegsgebrauch kann ja auch das kleine Kindermodell noch fortgelassen werden. So will L. seinen Apparat im Kriege als ersten immobilisirenden Verband und Transportschiene anwenden und ihn zugleich später als Gehapparat liegen lassen. Die Befestigung des Verbandes geschieht durch einfache Binden, am besten durch Trikot Schlauchbinden.

Dagegen wirft C. diesem Schienenverband vor, dass er aus einem harten, zu wenig veränderungsfähigen Material besteht und daher den individuellen Verhältnissen in Größe, Umfang etc. des Beines nicht hinreichend angepasst werden kann. Die hierfür von L. in Anspruch genommene Polsterung der Schienen soll nach den in der

Charité gemachten Erfahrungen hierzu nicht ausreichen, vielmehr durch Zusammendrücken sich leicht lockern und zu Verschiebungen Veranlassung geben. In Folge dessen glaubt C., dass ein Mechaniker nöthig sei, um die Schienen und das dicke eiserne Mittelstück der jedesmaligen Gestalt des Beines anzupassen — eine Ausstellung, welche L. ausdrücklich bestreitet. Hierüber können allein Versuche entscheiden.

Vielmehr empfiehlt sich nach C. die Anwendung der Bruns'schen Schiene schon deshalb, weil hier der Kontentivverband von dem Schienenapparat ganz getrennt ist und zu dem ersteren jeder beliebige, dem betreffenden Chirurgen geläufige Verband dienen kann. Am besten ist der Geh-Gipsverband nach Korsch zu verwenden, welcher bei allen einfachen Brüchen angelegt werden kann, sobald die Bruchgeschwulst ihre Höhe erreicht hat. Dagegen muss man bei allen complicirten, also auch bei den Schussbrüchen, die Anlegung des Verbandes so lange hinausschieben, bis sich die Wunde mit Granulationen bedeckt oder gereinigt hat, falls Sepsis vorlag. Bei Gelenkfrakturen muss zunächst der Bluterguss in die Gelenkhöhle beseitigt werden.

Einer besonderen Behandlung bedürfen die hohen Oberschenkelbrüche, bei denen nach C. die ersten 14 Tage lang die Gewichtextension nicht zu entbehren ist. Dieselbe kann füglich im Bruns'schen Apparat gemacht, dieser also in der ersten Zeit auch als Lagerungsapparat benutzt werden, und zwar am besten in Verbindung mit einem leichten Gipsverband nach Korsch. In einem späteren Stadium, nachdem eine Verschiebung der Bruchenden bereits unmöglich geworden ist, d. h. also nach Konsolidation des Bruches, können die ersten Gehversuche in der Schiene und im Verband gemacht werden. Endlich wird die Bruns'sche Schiene abgenommen, doch muss dann der Gipsverband erheblich verstärkt werden, um dem darauf lastenden Körpergewicht gewachsen zu sein.

Nur in dieser Form will C. die Wandelmethode im Kriege verwenden, und erst im Feldlazarett kann damit angefangen werden. Allein die Anlegung der Korsch'schen Gipsgehverbände erfordert große Übung, durch unzweckmäßige Anlegung derselben droht dem Kranken vor Allem die Gefahr des Decubitus. Daher ist eine unausgesetzte Aufmerksamkeit auf sie zu richten, und oftmals ist Abnahme des Verbandes und Anlegung eines neuen nothwendig. Auch die Verstärkung des Verbandes durch gehobelte Holzbinden nach Albers unter Benutzung von Leim und Gips ist zweckmäßig, doch trocknet er erst in 12 Stunden, und ist das Hobeln der Holzbinden selbst für geübte Tischler nicht ganz leicht. Im Kriege dürfte die Verwendung derselben daher ausgeschlossen sein.

In der Charité in Berlin wurden im Ganzen 110 Fälle, und zwar 98 einfache und 12 offene Beinbrüche, in Korsch'schen Gipsgehverbänden, theilweise auch mit der Albers'schen Modifikation, behandelt. Dabei stellte sich die Behandlungsdauer bis zur Konso-

lidation für die Brüche des Schenkelhalses, der Kniescheibe, der beiden und der einzelnen Unterschenkelknochen im Durchschnitt kürzer als bei anderen Behandlungsmethoden. Da aber in Folge der Eigenart des Krankenmaterials des Charitékrankenhauses die endgültige Gebrauchsfähigkeit des Beines oft nicht zuverlässig zu erfahren ist, so hat C. die in den Garnisonlazaretten nach Krause-Korsch behandelten 29 Knochenbrüche zusammengestellt, und zwar

		dauernd dienstfähig	dienst- unfähig
Brüche des Oberschenkels im mittleren Drittel	2	—	2
„ „ „ „ „ unteren „	1	—	1
„ beider Unterschenkelknochen	6	4	2
„ des Wadenbeins	14	13	1
„ des Schienbeins	4	2	2
„ beider Knöchel	1	—	1
„ des rechten Mittelfußknochens	1	1	—
	29	20	9

Hinzuzufügen ist endlich, dass das Allgemeinbefinden der Kranken naturgemäß im Gehverband sehr viel besser ist, namentlich bemerkenswerth aber, dass von Bardeleben seine so behandelten Kranken von dem sonst so überaus häufigen Delirium tremens gänzlich freibleiben sah.

Auch die übrigen neuen Verbandmethoden, z. B. die von Dollinger, Davis, u. A., werden eingehend kritisch gewürdigt, doch muss auf näheres Eingehen hierauf diessseits verzichtet werden

Lühe (Königsberg i/Pr.).

10) Samfirescu et Solomovici (Jassy). Nouvelle opération ostéoplastique dans la région tibio-tarsienne (modification de l'opération Pasquier-Le Fort).

(Revue de chir. 1897. No. 2.)

Die bisher von den Verff. am Lebenden noch nicht ausgeführte, sondern nur an der Leiche studirte Modifikation der Pirogoff'schen osteoplastischen Fußamputation stellt eine Kombination der von Le Fort-Pasquier und von Quimby empfohlenen Methoden derselben dar und bezweckt die bei jugendlichen Individuen wünschenswerthe Erhaltung der unteren Epiphyse der Tibia.

Mittels der von Farabeuf angegebenen Schnittführung wird die Durchsägung des Fersenbeins in horizontaler Richtung vorgenommen und die Sägefläche desselben auf die ihr entsprechend angefrischte Gelenkfläche der Unterschenkelknochen adaptirt, so dass der Calcaneusstumpf zwischen den Malleolen fixirt steht.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von postoperativem Tetanus¹⁾.

Von

Dr. M. v. Cačković, Sekundärarzt.

In der Ätiologie des Tetanus werden auch chirurgische Operationen genannt, obwohl dieselben heut zu Tage, unter der Herrschaft der Asepsis, als ursächliches Moment eine nur untergeordnete Rolle spielen. Wir finden, dass nur ein geradezu verschwindender Theil der Operationswunden durch dieses Virus inficirt wird und anderseits, dass eine ganz unbedeutende Anzahl der Tetanusfälle von solchen Wunden herrührt, die durch Operationen gesetzt wurden. Diese Zahl wird noch bedeutend verringert, wenn jene Fälle ausgeschieden werden, wo die Operationen wegen einer Verletzung ausgeführt wurden, da bei derselben augenscheinlich diese und nicht jene das ätiologische Moment war. Die Größe und Art der Operation übt keinen Einfluss aus, und wir sehen, dass die Infektion eben so nach einer kleinen, wie nach einer großen Operation entstehen kann. Ganz geringfügige chirurgische Handlungen, z. B. subkutane Injektionen, werden als Ursachen der Erkrankung angeführt, und eben so sehen wir, dass sich Tetanus nach unbedeutenden Verletzungen, wie z. B. Nadel- und Insektenstiche, entwickelt. Anderseits wieder sind Laparotomien, Herniotomien und besonders Amputationen die Veranlassung, dass die Krankheit ausbrach, eben so wie von den großen Verletzungen complicirte Verletzungen, große Weichtheilwunden etc.

In der Litteratur konnte ich für die Zeit, seit die Antisepsis Gemeingut geworden ist, 59 solcher Fälle von Tetanus nach Operationen sammeln, wo eine Verletzung als ätiologisches Moment ausgeschlossen werden konnte. In diesen Fällen wurden folgende Operationen ausgeführt: eine Morphinuminjektion (1), zwei subkutane Chinininjektionen, H. P. Roberts (2), drei Impfungen, Bates (3), W. S. Toms (4), P. Kempf (5), eine Zahnextraktion, Conrad (6), eine Exstirpation eines Dermoids am Arcus supraorbitalis, Bernhard (7), eine Exstirpation eines Hodentumors, L. Medini (8), eine Operation eines Fibrolipoms des Nebenhodens und Samenstrangs, Tizzoni und Parona (9), eine Operation eines Aneurysmas der Femoralis, Porter (10), eine Mammaexstirpation (mündliche Mittheilung Albert's an Österreicher (11), eine Amputation der Mamma, Wanthly (12), eine Bulbusenukleation, J. Chisolm (13), eine Operation von Hämorrhoiden, J. Taylor (14), eine Radikaloperation einer Hernie, Hase (15), eine Herniotomie, Salzmann jun. (16), eine Kastration beim Weibe, J. Kötschau (17), vier Ovariotomien, Thiriart (18), eine Ovariotomie, Th. Parvin (19), eine Ovariotomie, Bennett (20), eine Salpingo-Oophorektomie, Meinert (21), eine supravaginale Amputation des Uterus, J. R. Chadwick (22), eine vaginale Totalexstirpation des Uterus, Meinert (23), eine Ex-traktion der Placenta, Padova und Bianconi (24), eine Amputation des Zeigefingers (Duncan (25), eine Amputation des Oberarms, eines des Unterarms und zwei nach Pirogoff, J. Roberts (26), eine Amputation des Oberschenkels, Middeldorpf (27), eine Amputation nach Pirogoff, Schneider (28), eine Kniegelenk-resektion, Riedel (29). J. R. Wallace (30) berichtet noch über die Tetanusfälle im Medical College Hospital zu Calcutta für die Jahre 1869–1879 und erwähnt 23 Fälle von postoperativem Tetanus (8 Exstirpationen elephantiasischer Geschwülste des Scrotums, 7 Amputationen der unteren und 6 der oberen Extremitäten, 2 einfache Tumorenoperationen). Aus dieser Zusammenstellung ersehen wir, dass die meisten Tetanusfälle Operationen an Extremitäten und am Scrotum folgten, also Stellen, von welchen auch der größte Theil der traumatischen Fälle herrührt.

¹ Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Ärzte der Königreiche Kroatien und Slavonien zu Agram am 31. März 1897.

Zu dieser Anzahl der postoperativen Tetanusfälle kann ich auch noch einen neuen zufügen, der in der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses der barmherzigen Schwestern zu Agram an einer Kranken ausbrach, bei welcher Wickerhauser wegen Pyonephrosis und Nephrolithiasis die lumbale Nephrotomie ausführte.

J. H., 49 Jahre alt, aufgenommen am 1. März 1897. Prot.-No. 214. Die Kranke klagt über Schmerzen in der rechten Lende und über trüben Harn. Angeblich erkrankte sie vor 4 Monaten an Blasenkatarrh, und nach Kurzem traten Schmerzen in der rechten Nierengegend auf. Die Schmerzen kommen in Anfällen, welche sich täglich wiederholen, doch so, dass sie einen Tag sehr heftig und oft auftreten, dann wieder der Zustand einige Tage erträglich ist. Früher war sie immer gesund. Geboren hat sie 4mal und 4mal abortirt. Vor 5 Jahren die letzte Schwangerschaft (Abortus). Schwerer und unregelmäßiger Stuhlgang.

Status praesens. Schwach genährte, anämische Frau. Temp. 36,9°. Etwas Katarrh in der rechten Lunge, sonst die Brustorgane in Ordnung. Im rechten Epigastrium unter dem Rippenbogen fühlt man einen beiläufig kindskopfgroßen Tumor von glatter Oberfläche, welcher sich von den Bauchorganen deutlich abgrenzen lässt, schwach beweglich ist, undeutlich fluktuiert und in die Gegend rechts von der Wirbelsäule verschwindet. Brust- und Beckenorgane in Ordnung. Der Harn alkalisch, sehr trübe, etwas blutig gefärbt, hinterlässt nach kurzem Stehen sehr viel Sediment. In 24 Stunden lässt die Pat. ca. 1200 g Harn. Eiweiß beiläufig der Eitermenge entsprechend, kein Zucker. Mikroskopisch findet man im Harn zahlreiche Eiterkörperchen und einige rothe Blutkörperchen, und granulirte Cylinder.

12. März. Nephrotomie in Morphin-Chloroformnarkose. Die Pat. liegt auf der linken Seite mit erhöhter Hüfte. Der Schnitt wird längs dem lateralen Rande des M. sacrolumbalis vom unteren Rande der 11. Rippe nach abwärts bis zur Mitte zwischen der 12. Rippe und der Crista ilei geführt. Schichtenweise werden unter ziemlicher Blutung die Muskeln und das Bindegewebe durchtrennt, bis man im unteren Wundwinkel bis zum Peritoneum kommt. Im Grund der Wunde bemerkt man dicke, weiße Schwarten, in welchen die Niere gesucht wird, doch kann man sie nicht palpieren. Probepunktion an einigen Stellen resultatlos. Um die Lage der Niere bestimmen zu können, wird die Peritonealhöhle eröffnet und mit der Hand eingegangen, doch ist auch jetzt die Niere nicht deutlich zu fühlen. Die Öffnung im Peritoneum wird mit steriler Gaze tamponirt und die Schwarten langsam durchgeschnitten, woraus sich plötzlich dicker, stinkender Eiter entleert. So viel als möglich wird vom Eiter herausgelassen, dann durch den erweiterten Schnitt in die Abscesshöhle eingegangen. Darin findet man einen großen Stein, welcher mit einer Klemme entfernt wird. Derselbe ist pilzförmig, von der Größe einer Walnuss, an der Oberfläche Phosphat; getrocknet wiegt er 5,35 g. Die Abscesshöhle wird mit steriler Kochsalzlösung ausgespült, mit einem Gummirohr drainirt, die Wundhöhle und die Öffnung im Peritoneum mit Jodoformgaze tamponirt und dann die Operationswunde durch einige Nähte verkleinert.

Verlauf. Die Pat. ist von der Operation sehr schwach und kollabirt, doch erholt sie sich auf einige Injektionen von Ol. camphor. Die ersten Tage etwas Schmerzen im Bauch und Meteorismus, bei normaler Temperatur. Es wird ein Darmrohr eingelegt, wonach die Pat. große Erleichterung fühlt und die Schmerzen so wie der Meteorismus bald nachlassen. Am 3. Tage Klysmata mit Erfolg, weiter täglich Stuhl durch Klystier. Der Harn klärt sich, Sediment am 4. Tage besteht hauptsächlich nur noch aus Harnsäure und etwas Eiter. Am 7. Tage p. oper. klagt Pat. bei normaler Temperatur über Unbehagen in der Wunde, am 8. über Schmerzen in der Wunde und im Hals (objektiv etwas Röthung im Rachen und starke Stomatitis). 20. März. Das Drainrohr funktioniert schlecht, Pat. schluckt schwer, kann den Mund nicht weit öffnen (Verdacht auf Tetanus wird ausgesprochen). Temp. Morgens 36,7°, Abends 36,6°. Pat. kann nicht schlucken, Morphininjektion, Theeklystier. 21. März 37°. Die Wunde mit schönen Granulationen bedeckt. Ausgesprochener Trismus, Facies tetanica. Nachmittags 36,7°. Opisthotonus,

Krämpfe in den Armen. Morphinuminjektionen, Chloralhydratklysmen. 22. März 36,60. Chloralkysmen, Pat. schläft bis Nachmittags, hat seltene und schwache Anfälle. Abends 37,30. Um 6 Uhr begannen wieder starke Anfälle, welche fast ununterbrochen andauern; Chloral und Morphinum wirkungslos. Um 9 Uhr Exitus, ohne dass die Körpertemperatur noch bedeutend gestiegen wäre.

Die Sektion wurde von den Angehörigen der Pat. nicht gestattet.

Beim Tetanus ist die Körpertemperatur gewöhnlich erhöht, doch zeigte diese Pat. immer subfebrile Temperaturen. Dieses Abweichen von der gewöhnlichen Regel wurde gewiss auch dadurch begünstigt, dass die Pat. durch lange Krankheit und Eiterung derart entkräftet war, dass ihr Organismus nicht im Stande war, mehr Wärme zu produciren.

Ich habe noch auf die Frage zu antworten, wie die Infektion stattgefunden hat. Wir unterscheiden eine Hetero- und eine Autoinfektion. Die erste konnte bei der Operation und beim Verbandwechsel entstehen und zwar durch unreine Finger, Instrumente oder Verbandmaterialien. Diese Möglichkeit glaube ich bei der in unserer Abtheilung herrschenden strengen Asepsis sicher ausschließen zu können. Die Möglichkeit einer Heteroinfektion beim Verbandwechsel kann nicht ganz ausgeschlossen werden, da um die Mitte März in Agram bei großer Trockenheit starke Winde herrschten, und es wäre nicht unmöglich, dass der Staub in die Wunde Tetanuskeime gebracht hätte. Doch es giebt ein Moment, welches es mit allergrößter Bestimmtheit annehmen lässt, dass die Krankheit durch Autoinfektion der Wunde entstanden ist, da die Kranke aus einer Gasse gekommen ist, in der in letzter Zeit große Erdarbeiten ausgeführt werden, und besonders desswegen, weil aus demselben Hause, in welchem Pat. gewohnt hatte, einige Tage nach ihrem Tode ein Arbeiter mit Tetanus ins Spital kam.

Die Pat. musste die Tetanusbacillen mitgebracht haben, und zwar entweder in der Haut oder in den Nieren (im Eiter oder Stein). Es ist beides möglich, denn die neuesten Untersuchungen, Ahlfeld (31), Fürbringer und Freyhan (32), zeigen, dass durch keine Desinfektionsart in jedem Falle sichere Sterilität der Haut zu erreichen sei und anderseits, da das Tetanusvirus aus dem Organismus durch die Nieren ausgeschieden wird, Bruschetti (33), Taruffi (34). In Folge dessen sind auch die Nieren sehr toxisch, so dass Bruschetti durch subkutane Injektionen von Harn tetanischer Menschen bei seinen Versuchsthiere Tetanus erzeugen konnte.

Es ist also augenscheinlich, dass die Tetanusbacillen zur Zeit der Operation schon im Organismus der Kranken waren, und zwar wahrscheinlich in den Nieren, wohin sie durch die Cirkulation aus den Athmungs- oder Verdauungswegen gelangt sein konnten. Die Bacillen befanden sich im latenten Zustand und sind dann aus unbekannten Gründen virulent geworden. Welche Momente mitwirken müssen, dass diese Keime virulent werden, lehren uns nicht die neuesten Untersuchungen. Ende des vorigen Jahrzehnts wurden folgende Erklärungen gegeben. Thiriart (35) sagt, dass durch Kälte, starke Erregungen etc. die Tetanusbacillen angefangt werden können und dass dann die Krankheit ausbreche. Peugniez (36) führt an, dass jedes Moment, welches die Widerstandskraft des Organismus schwächt, die Wirkung der Tetanusbacillen begünstige, so z. B. Traumen, Operationen, Vergiftungen, Hunger, interkurrente Krankheiten etc. Nach diesen Erklärungen würde in unserem Falle der Shock von der Operation dafür verantwortlich gemacht werden können, dass die Bacillen virulent geworden sind. Verhoogen und Baert (37) nehmen an, dass die Anwesenheit anaërober Mikroben (z. B. der Eitererreger) im wahren Sinne tetanogen wirke, während Tizzoni (38) glaubt, dass die Tetanusbacillen die tetanisirende Virulenz erst durch Symbiose mit anderen Kokken bekommen. Symbiose und Anwesenheit von Eiterkokken bestand in unserem Falle schon früher, ohne dass die Bacillen Lebenserscheinungen gezeigt hätten. Es hat also noch etwas hinzukommen müssen, dass diese ihre Einwirkung zeigen konnten, und das konnte die Operationswunde sein.

Ich glaube, dass noch am ehesten folgende Erklärung entsprechen würde. Die Tetanusbacillen befanden sich im abgekapselten Nierenabscess und zeigten

keine Virulenz, da sie nirgends und auch nicht bei der Ausscheidung mit verletztem Gewebe in Berührung kamen, sondern überall nur mit solchem, welches, wenn auch nicht ganz gesundes, so doch gewissermaßen resistentes Epithel hatte. Jetzt wurde durch die Operation eine Wunde gesetzt, der Harn mit dem Eiter kam in Berührung mit subkutanen Bindegewebe, von welchem fast immer und am leichtesten die Infektion stattfindet, und dies wirkte gerade so, wie z. B. die Injektion von Harn in Bruschettini's Versuchen.

Litteratur:

- 1) Lancet 1876. December.
- 2) Lancet 1876. Mai.
- 3) Med. news 1881. Mai 13.
- 4) Med. news 1894. No. 8.
- 5) Philadelphia med. and surg. rep. 1883. Juni.
- 6) Arch. of dentistry 1836. November.
- 7) Zeitschrift für klin. Medicin 1884. No. 4.
- 8) Sperimentale 1878. No. 5.
- 9) Ann. univ. 1877. Vol. 239.
- 10) Amer. journ. 1876. Juli.
- 11) Wiener med. Presse 1882. No. 21 u. 22.
- 12) Journ. de Bruxelles 1883. December.
- 13) Archiv für Augenheilkunde 1881. Bd. X. Hft 2.
- 14) Lancet 1884. August.
- 15) Brit. med. journ. 1884. Oktober 4.
- 16) Württemberger Korrespondenzblatt 1885. No. 27.
- 17) Münchener med. Wochenschrift 1887. No. 44.
- 18) II. Congrès français de chirurgie 1886.
- 19) Transactions of the Amer. gynaecol. society 1877 p. 317—327.
- 20) Lancet 1881. December.
- 21) Archiv für Gynäkologie 1893. p. 381.
- 22) Boston med. and surg. journ. 1875. November 4.
- 23) l. c.
- 24) Gaz. Lombard. 1873.
- 25) Canada med. and surg. journ. 1877. Juni.
- 26) Amer. journ. 1877. Oktober.
- 27) Breslauer ärztl. Zeitschrift 1883. No. 8.
- 28) Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 43.
- 29) Die chirurgische Klinik in Göttingen 1875—1879. Göttingen, 1880.
- 30) Lancet 1882. August 12.
- 31) Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 8.
- 32) Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 6.
- 33) Riforma med. 1890. Oktober 1. — Ibid. 1892. April 11. — Deutsche med. Wochenschrift 1892. No. 16.
- 34) Riforma med. 1892. April 21.
- 35) l. c.
- 36) Arch. prov. de chir. T. II. No. 7 u. 8.
- 37) Premières recherches sur la nature et l'étiologie du tetanos. Bruxelles, 1890.
- 38) VI. Congresso di chirurgia italiani 1889.

11) **E. Kirmisson.** Compte rendu du service chirurgical et orthopédique des enfants-assistés du 1. Decembre 1895 au 1. Decembre 1896.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

Aus dem nach dem Muster der früheren Berichte (s. Ref.) angeordneten Jahresbericht ist zu ersehen, dass die Frequenz der Poliklinik dies Mal nicht zugenommen hat; gegen 1009 des Vorjahres sind nur 998 neue Fälle, davon 545 Mäd-

chen, 453 Knaben, im 1. Lustrum 511, in den beiden folgenden je 205 und 204. Im Ganzen haben 15 003 Behandlungen stattgefunden. Unter den einer besonderen Besprechung werth befundenen Einzelheiten nehmen die Erörterungen über die skoliotischen Pat. einen breiteren Raum ein. Es sind im Ganzen 123, davon 107 Mädchen, 16 Knaben, die Hauptmenge, 67, im Alter von 10—15 Jahren, in den angrenzenden Lustren 49, unter ihnen auch 2 »paradoxe«. Wie gewöhnlich verfolgt K. mit besonderem Interesse die Ätiologien der Skoliosen, vorzüglich die von ihm stets urgirten Beziehungen der Rachitis zur Skoliose des reiferen Jugendalters; daneben finden sich noch 5 hereditäre Anlagen, 8 neuropathogene. — Unter den angeborenen Hüftverrenkungen sei hier nur ein Fall erwähnt, wo eine plötzliche Weiterverschiebung des verrenkt gewesenen Kopfes beobachtet wurde. — Die Operationsstatistik weist 142 poliklinische und 178 in der Station ausgeführte auf. Auf diese 320 Operationen kommen 8 = 2,5% Todesfälle, davon 2 im Anschluss an Operationen (1 Hasenscharte an Sepsis, 1 Empyem mit Bronchopneumonie), die übrigen an den zu Grunde liegenden Leiden, Tuberkulose, Sarkom etc.

Herm. Frank (Berlin).

12) J. Jundell. Reinzüchtung des Gonococcus Neisser in 2 Fällen gonorrhöischer Metastase.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Verf. fügt den bisher bekannten Fällen sicher gonorrhöischer Metastase 2 neue hinzu. In dem ersten wurden in einer Tendovaginitis musc. tibial. postici Gonokokken mikroskopisch und kulturell nachgewiesen, und zwar sowohl in dem durch Punktion gewonnenen Eiter als auch in den aus der 10 cm langen Höhle ausgekratzten Granulationen, während eine gleichzeitig vorhandene Synovitis carpi dextri sich steril erwies. Im Blut waren Gonokokken nicht nachzuweisen; die aus der Synovitis kultivirten Mikroorganismen wurden auch durch Überimpfung auf die Harnröhre eines Mannes (kurz vor dem Tode) als Gonokokken erwiesen.

Im 2. Falle trat eine akute Arthritis im Knie ein, als in der Harnröhre des Pat. Gonokokken schon nicht mehr nachweisbar waren; die erste Punktion ergab ein Exsudat, in dem Gonokokken mikroskopisch nicht, kulturell aber spärliche aufgefunden wurden. Später wurden die Gonokokken auch mikroskopisch im Exsudat nachgewiesen. Wie im 1. Falle waren im Blut Gonokokken nicht zu finden; die Kulturen wurden ebenfalls durch Impfung auf die gesunde Urethra verificirt.

Der erste der erwähnten Fälle ist der einzige, in welchem bisher der Nachweis einer gonorrhöischen Tendovaginitis auch kulturell mit Sicherheit geglückt ist.

Jadassohn (Bern).

13) H. Hansteen. Vereiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Es ist in den letzten Jahren in einer großen Anzahl von Einzelbeobachtungen bewiesen worden, dass die Gonokokken nicht bloß in epithelbekleideten Organen Eiterung erzeugen können. Fast immer aber handelt es sich um mit Endothel versehene Höhlen, und eigentlich parenchymatöse Abscedirungen sind bisher mit Sicherheit noch nicht konstatiert. Speciell die Lymphdrüsenvereiterungen, die bei Gonorrhoe, wenn auch nur selten, vorkommen, war man bisher sehr geneigt auf Mischinfektion zurückzuführen, während die gewöhnlichen Entzündungen der Leistendrüsen, welche ohne Eiterung zurückgehen, meistens als kollaterale, d. h. ohne direkte Einwirkung der Infektionserreger zu Stande gekommene, gedeutet wurden. In der vorliegenden Arbeit ist es dem Verf., welcher in der dermatologischen Klinik in Christiania arbeitete, gelungen, in einem Falle von ausgebreiteter periglandulärer Phlegmone zahlreiche Diplokokken aufzufinden, welche sich nach Gram entfärbten und nicht bloß kulturell mit den Gonokokken übereinstimmten, sondern auch, in Reinkultur verimpft, eine typische Gonorrhoe erzeugten. In einem 2. Falle waren von einem spontan eröffneten gonorrhöischen Bubo

3 Fisteln zurückgeblieben, die in tiefgehende subkutane Gänge führten. In dem Eiter der Gänge wurden fast nur nach Gram entfärbende und sich kulturell wie Gonokokken verhaltende Diplokokken aufgefunden. In einem 3. Falle mit Fisteln nach einem spontan eröffneten gonorrhoeischen Bubo konnten nur mikroskopisch mit Wahrscheinlichkeit als Gonokokken zu diagnostizierende Mikroorganismen aufgefunden werden.

Von diesen 3 Fällen ist also der erste wohl als ein sicher stringenter Beweis dafür anzusehen, dass auch Lymphdrüsenvereiterungen durch Gonokokken zu Stande kommen können.

Jadassohn (Bern).

14) Senator. Über intermittirende Gelenkwassersucht.

(Charité-Annalen 1896. XXI. Jahrg.)

S. beschreibt 2 Fälle von intermittirender Gelenkwassersucht, d. h. von Zeit zu Zeit sich wiederholendem Auftreten eines serösen Ergusses in einem oder mehreren Gelenken. Die Entstehung dieser Erkrankung ist nach S. offenbar verschieden: einmal handelt es sich um nervöse Störungen in vasomotorischen Gebieten, in anderen Fällen um leicht entzündliche Vorgänge, welche sowohl durch ein Trauma oder durch Fortkriechen von benachbarten Entzündungsherden veranlasst, als auch rheumatoiden Einflüssen zuzuschreiben sein können.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

15) B. Bastianelli. Bericht über Laparotomien und gynäkologische Operationen.

(Separat-Abdruck aus den Annali di ost. e gin. 1896. Februar.)

Verf. berichtet über 118 Fälle von Bauchoperationen. Bei den Laparotomien wurde Beckenhochlagerung angewandt, fortlaufende Bauchdeckennaht in 3 Schichten; Anfangs antiseptische Methode (Sublimat), später aseptische. Möglichst geringes Instrumentarium. Die Operationen werden in 9 Rubriken besprochen:

I. Operationen an den Adnexen (mit Ausnahme der Neubildungen): 52 Fälle mit 2 Todten (1 Ileus, 1 Sepsis). Verf. hält die Indikation zur operativen Entfernung der entzündeten Tuben und Ovarien nur gegeben durch Größe der Geschwulst, lange Dauer der Erkrankung und wiederholte Pelvipеритонitiden. Schmerzen allein bilden keinen Grund zur Operation, falls keine Geschwulst existirt und die anatomischen Veränderungen der Adnexe gering sind. Auch bei hysterischen oder leicht psychisch gestörten Kranken soll man womöglich auf jede Lokalbehandlung verzichten; erscheint ein operativer Eingriff unvermeidlich, dann soll man Uterus sammt den Adnexen wegnehmen. — Verf. bevorzugt bei der Operation einen kleinen Bauchschnitt. Die Ligatur der Adnexe wird so vorgenommen, dass erst die tubo-ovariellen Gefäße unterbunden werden und dann die Tube selbst mit dem Thermokauter tief in der Uterussubstanz abgetrennt wird; erst dann wird die zweite Ligatur, die den Rest des Stieles enthält, geknüpft. Auf diese Weise soll vermieden werden, dass die Tube durch die Ligatur komprimirt wird und dass von ihr eine Infektion oder Entzündung ausgeht. In 10 Fällen wurde Tamponade angewandt; alle genasen; 2 hatten später eine Hernie im unteren Winkel der Narbe. — Bezüglich der Resultate theilt Verf. mit, dass 61% der Kranken durch eine oder mehrere Operationen völlig geheilt, 23% gebessert wurden. Die anscheinend etwas ungünstige Statistik des Verf. ist dadurch zu erklären, dass er nicht nur (wie es vielfach Sitte ist) den unmittelbaren Ausgang der Operation, sondern auch den späteren Verlauf berücksichtigt. — Um die Möglichkeit auszuschließen, dass in dem allein zurückbleibenden Uterus neue Entzündungsprocesse entstehen, schlägt Verf. vor, in den Fällen, wo beide Adnexe entfernt werden müssen, auch den Uterus per vaginam zu exstipiren. Denn es ist sehr häufig, dass von den zurückbleibenden Stümpfen aus circumscribte Peritonitis oder kleine Abscesse entstehen.

II. Beckenabscesse (Parametritis): 6 Fälle, mit Laparotomie und Drainage behandelt; davon 2 + (1 an Sepsis, 1 an Chloroform), die übrigen geheilt.

III. Retrodeviationen des Uterus: 14 wurden ventrofixirt, 9 nach Alexander operirt. Zur Ventrofixation wählt Verf. die Fälle von Retrodeviation, wo der Uterus durch Adhäsionen fixirt ist; er zieht durch einen kleinen Bauchschnitt den Uterus hervor und näht ihn mit je einer Naht an der Seite, einer am Fundus und 4 auf der Vorderfläche fest; so soll vermieden werden, dass sich zwischen seiner Oberfläche und dem Peritoneum eine Darmschlinge einklemme. 3 Frauen wurden schwanger nach der Operation; die Entbindungen verliefen normal. Die Heilung nach der Operation ist nur dann eine vollständige, wenn die Beschwerden nur von der mechanischen Lageveränderung abhingen; wenn von Metritis oder Affektionen der Adnexe, so nützt sie wenig. In den mit beiderseitigen Adnexaffektionen verbundenen Fällen ist die vaginale Radikaloperation zu machen. — Die Alexander-Operationen sind bei kleinen, gut beweglichen Uteri angezeigt. — Verf. verbindet häufig, sowohl mit der Hysteropexie als auch mit Alexander, plastische Operationen, hintere Kolporrhaphie und Perineorrhaphie. Die Alexander'sche Operation könnte noch eine viel größere Bedeutung erlangen, wenn man, wie Verf. vorschlägt, sie auch bei fixirter Retroflexio anwendet, nachdem man die Adhärenzen durch einen Schnitt vom hinteren Scheidengewölbe aus gelöst hat.

Unter den Pat. mit Neubildungen (Cysten, Dermoiden, Sarkome) befand sich eine 70jährige Pat. mit großem Ovarialkystom, die nach 12 Tagen das Spital geheilt verließ; 2 Ovarialcysten während der Gravidität operirt, ohne Störung im weiteren Verlauf. Eine Frau mit Cyste war vorher 184mal punktiert worden (1050 Liter Flüssigkeit entleert!). Auch diese wurde mit Glück operirt.

H. Bartsch (Heidelberg).

16) M. Assaky. La suture à trois étages dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

(Extrait du Compt. rend. de l'association française d'urologie 1896. Ire session.)

A. operirte bei einer 23jährigen Pat. eine hochgelegene, 5 mm weite Blasen-Scheidenfistel in folgender Weise: Nach Herabziehen der Portio wird die Fistel durch 2 vertikale Bogenschnitte derart umschnitten, dass sie in dem durch die beiden Schnitte gebildeten unregelmäßigen Oval excentrisch liegt, d. h. näher dem einen als dem anderen Bogenschnitt. Nach Ablösung der umschnittenen Scheidenschleimhaut bis an die Fistelöffnung wird der bisher sorgfältig mit dem Fistelgang in Verbindung gelassene Schleimhautlappen so stark angezogen, dass die Blaseschleimhaut erscheint. Dieselbe wird nach gehöriger Isolirung durchschnitten, abgekratzt und sodann durch 2 Knopfnähte in Ektropionstellung quer vereinigt. Die bis zu diesem Augenblick fortgesetzte Spülung des Blaseninnern mit Borlösung wird nun unterbrochen. Eine 2. Reihe von Knopfnähten vereinigt, ebenfalls in querer Richtung, das submuköse Gewebe. Die 3. Reihe von Nähten schließt endlich in Längsrichtung die Scheidenschnitte, und zwar Dank der asymmetrischen Anlage der Anfrischungsschnitte so, dass die eigentliche Fistelnaht nicht durch die Scheidennaht überkreuzt, sondern von Scheidenschleimhaut bedeckt wird. Die Nähte werden sämmtlich mit langsam resorbirbarem Katgut ausgeführt. Nachbehandlung mit Jodoformgazetamponade der Scheide und Verweilkatheter. Glatter Heilungsverlauf. Verf. empfiehlt dieses Verfahren: Naht in 3 Schichten, verbunden mit asymmetrisch zur Fistel liegender Kolporrhaphie, für alle Fälle, in denen die Raumverhältnisse seine Anwendung gestatten.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

17) C. Walther. De l'intervention chirurgicale dans les décollements traumatiques de l'épiphyse supérieure de l'humérus.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

2 operative Heilungen traumatischer Oberarmepiphysenlösungen an der Schulter, in einem frischen Falle mit Irreduktibilität der typisch verschobenen Fragmente, welche durch ein Periostband herbeigeführt wurde, durch Erweiterung des Deltoideusanschlusses und Resektion eines 1½ cm langen Knochenendes an der Diaphyse, im anderen, älteren Fall durch Abmeißelung des vorspringenden Callus und Modellirung des konsolidirten Knochens.

Herm. Frank (Berlin).

18) **W. Fick.** Ein Fall von Aneurysma art.-ven. ossificans traumat.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 278.)

Der Fall, ein Aneurysma der Vasa femoralia profunda betreffend, ist von v. Zoëge-Manteuffel mit Glück operirt und von Diesem bereits auf dem 1895er Chirurgenkongress publicirt, worüber auf No. 27, Beilage p. 147, Jahrgang 1895 dieses Blattes zu verweisen ist. F. bringt in seiner Arbeit die nähere Krankengeschichte und vor Allem die genaue anatomische Beschreibung des sehr seltenen Präparats nebst makro- und mikroskopischer Abbildung. Der fast faustgroße Sack, an dem die Adduktorenmuskulatur fest verwachsen war, und welcher fest an der Linea aspera femoris saß, zeigte in seiner Wandung 2 Schichten, eine innere Bindegewebsschicht und eine äußere Bindegewebs- und Knochenschicht, letztere stellenweise bis 1 cm dick. Das Knochengewebe hatte die Struktur einer ziemlich dichten Spongiosa. F. nimmt an, dass die Verknöcherung in dem neugebildeten fibrösen Aneurysmasack selbst vor sich gegangen ist, nicht vom Femur aus. Der Vorgang scheint außerordentlich selten zu sein; denn F. kann nur 3 analoge Fälle beibringen, von Perry, Schottin und Arsdale. Die Ursache der Knochenneubildung ist völlig dunkel.

Klinisch besitzt der Fall ein besonderes Interesse durch die wohlgelungene Naht der Art. femoralis, in welcher durch Ausreißen eines Astes ein 1 cm langer seitlicher Schlitz entstanden war. Bei centraler und peripherer Kompression wurde derselbe durch 3 feine Seidenknopfnähte geschlossen, das Gefäß dann noch eine Minute lang leicht komprimirt, so dass das Blut passiren konnte, doch unter herabgesetztem Druck. Nach Aufhebung des Druckes sofort wieder Puls peripherwärts fühlbar, nicht die geringste Stichkanalblutung. Auch an der Vena femoralis mussten 2 Öffnungen durch Nähte geschlossen werden. Mit den analogen bis jetzt bekannten Fällen von Heidenhain und Israël zeigt der v. Zöge-Manteuffel'sche Fall die Brauchbarkeit der Arteriennaht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

19) **Jourdanet.** De l'ostéotomie trochantérienne suivie d'interposition musculaire dans le traitement de certaines ankyloses vicieuses de la hanche.

(Province méd. 1896. No. 39.)

Rochet hat in 2 Fällen doppelseitiger Hüftankylose bei Kindern von 10 bis 11 Jahren mit gutem Erfolg auf der einen Seite eine Beweglichkeit des Oberschenkels gegen das Becken erzielt durch Osteotomie mit Resektion des Trochanters und Einlegung einer dünnen Muskelschicht zur Verhütung der Konsolidation (nach dem nicht erwähnten Vorgang bei Kieferankylose von Helferich). Nach 6 bis 7 Monaten gehen die Kinder an Krücke oder Stock; die Beweglichkeit in sagittaler Ebene hat sich erhalten, Seitenbewegungen sind nicht möglich. Bezüglich der Verkürzungsverhältnisse fehlen Angaben (vgl. das neue Operationsverfahren von Lorenz, Osteotomia pelvotrochanterica).

Herm. Frank (Berlin).

20) **F. Schilling** (Nürnberg). Ein Fall von akuter jauchiger Kniegelenkentzündung in Folge von Lungenphthise.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 6.)

Die metastatische Erkrankung im Kniegelenk trat bei dem an schwerer tuberkulöser Phthise mit ausgedehnten Kavernen und stinkendem Auswurf leidenden 28jährigen Pat. ohne vorausgegangene Gelegenheitsursache (Trauma etc.) auf und führte in wenigen Tagen zum Tode.

Kramer (Glogau).

21) **Ramsperger.** Über die Heilungsdauer der Unterschenkelbrüche bis zur Wiederherstellung der endgültigen Arbeitsfähigkeit.

(Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1896. No. 44.)

Auf Grund eines Materials von 145 gut beobachteten Fällen, welche Verf. nach den Akten der landwirthschaftlichen Baugewerks- und Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft zusammenstellte, kommt er etwa zu folgendem Schlussergebnis.

Er bespricht zunächst die unkomplizierten Brüche beider Unterschenkelknochen im Bereich der Diaphysen. Bei ungestörtem Heilverlauf konnten 71% im Laufe des 1. Halbjahres die Arbeit wieder aufnehmen, der Rest im 2. Halbjahr. In der Mehrzahl der Fälle trat völlige Erwerbsfähigkeit innerhalb des 1. Jahres, bei einigen jedoch erst nach 2—3½ Jahren ein. Difforme Bruchheilung kam in 36% vor, und von diesen nahmen die Arbeit im 1. Halbjahr 38% auf, 57% im 2. In nur 29% trat völlige Erwerbsfähigkeit ein, und zwar in der Zeit zwischen 1 und 4 Jahren, jedoch betrug die Erwerbsunfähigkeit meist unter 25%. Die Querbrüche wurden bis auf 1 mit völliger Erwerbsfähigkeit geheilt, die Schrägbrüche nur zu 50%.

Bei komplizierten Brüchen beider Unterschenkelknochen im Bereich der Diaphysen ergab sich:

32% konnten im 1. Halbjahr (nie vor ¼ Jahr) die Arbeit wieder aufnehmen, 58% im 2. Völlige Erwerbsfähigkeit wurde in 32% erzielt, und zwar in der Hälfte dieser Fälle vor Ablauf des 1. Jahres. Von difform geheilten Brüchen blieben 83% theilweise (meist unter 25%) erwerbsunfähig.

Bei geschlossenen Knöchelbrüchen kam difforme Heilung in 39% vor. Wiederaufnahme der Arbeit fand bei 66⅔% im Laufe des 1. und bei 33⅓% im 2. Halbjahre statt. Bei normaler Heilung trat volle Arbeitsfähigkeit in 75%, bei difformer in 23% ein, und zwar nur in ⅓ der Fälle innerhalb des 1. Jahres, während die übrigen bis 3 Jahre gebrauchten. Wadenbeinschaftbrüche führten sämtlich, wenn auch oft sehr spät, zu voller Arbeitsfähigkeit, komplizierte Knöchelbrüche dagegen heilten nie ohne Störung der Erwerbsfähigkeit. **König** (Wiesbaden).

22) Winckler. Über Sehnnentransplantationen.

(Zeitschrift für praktische Ärzte 1897. No. 2.)

Die zuerst von Nicoladoni ausgeführte Sehnnentransplantation ist bis jetzt meist nur bei Lähmungen nach essentieller Kinderlähmung ausgeführt worden. Die wenigen Fälle, wo nach alten Traumen oder Eiterungen eine Vereinigung der Sehnenstumpfen nicht mehr ausgeführt werden konnte, und daher eine Transplantation des peripheren Sehnenstumpfes an einer benachbarten Sehne vorgenommen wurde, bereichert W. durch Mittheilung zweier weiterer.

In dem 1. Falle handelt es sich um eine Durchtrennung der Strecksehne der 4 Finger der rechten Hand durch einen Schlägerhieb. Mehrere Monate nach der Verletzung Aufnahme ins Krankenhaus. Da das centrale Ende der Strecksehne sich nicht auffinden lässt, wird das periphere an die angefrischte Sehne des 3. Fingers mit Seide angenäht. Nach 10 Tagen Massage und Elektrizität. Pat. entzieht sich bald einer rationellen Nachbehandlung, vermag den Finger jedoch willkürlich beinahe völlig zu strecken.

Der 2. Fall betrifft einen Pes equinovarus paralyticus nach einer komplizierten Fraktur des rechten Unterschenkels durch Hineingerathen in eine Kreissäge mit Durchtrennung der an der Außenseite gelegenen Muskulatur. 5 Monate nach dem Unfall werden die peripheren Enden der gelähmten Mm. peronei und der M. extensor digit. ped. comm. aufgesucht und dieselben, da eine Vereinigung mit den centralen Enden nicht möglich ist, nach der Methode von Drobnik in die Sehnen des M. gastrocnemius und soleus durch Seidenfäden eingenäht. 1½ Monat nach der Operation folgender Befund: Bewegung der Zehen aktiv unbehindert. Dorsalflexion bis zum rechten Winkel. Pronation auf die Hälfte des Normalen reducirt. Gang etwas schleppend.

K. Hufschmied (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27.

Sonnabend, den 10. Juli.

1897.

Inhalt: I. F. Cahen, Osteoplastische Freilegung der Augenhöhle zur Resektion des I. Trigeminusastes. — II. H. Braun, Über den Verschluss eines perforirten Magengeschwürs durch Netz. (Original-Mittheilungen.)

1) Jahresbericht. — 2) Park, Chirurgie. — 3) Tschmarke, Verbrennung. — 4) O'Neill Kane, Aluminiumdraht zur Blutstillung. — 5) Lyssenkow, Encephalocele. — 6) Sachs und Gerster, Epilepsie. — 7) Murphy, 8) Marchant und Herbet, Operationen am Gangl. Gasserii. — 9) Sapeshko, Gaumenbildung nach Kieferresektion. — 10) Makletzow, Durchlässigkeit des Darmes für Bakterien. — 11) Seblieu, 12) Leguen, Appendicitis. — 13) Monod und Vanverts, Perforationsperitonitis bei Typhus. — 14) Schneider, Zur Diagnostik der Magenkrankheiten. — 15) Bayer, Kolostomie.

16) Sorel und Lannelongue, X-Strahlen. — 17) Kennedy, Nervenregeneration. — 18) Moltschanow, Venenerkrankung nach Nervenleiden. — 19) Casse, Lähmung nach Chloroformirung. — 20) d'Urso, Impftuberkulose der Haut. — 21) Delellenne, 22) Scheler, 23) Dupont, Schädelschuss. — 24) Rychliński, Neubildungen des Gehirns. — 25) Szumiansky, Kalkkonkrement im Ohr. — 26) Lémaître, 27) Kosinski, Ösophagotomie. — 28) Kleinwächter, 29) Talamon, 30) Gerhardt, 31) Lauenstein, Perityphlitis. — 32) Le Dentu, Perforation des Magens. — 33) Rémy und Jeanne, Perforation des Blinddarms. — 34) Gesselowitsch und Wanach, Perforationsperitonitis bei Typhus. — 35) Klemm, Brucheingklemmung. — 36) v. Bergmann, Zwerchfellbruch. — 37) Nable, Bauchbruch. — 38) Rostowzew, Magenschuss. — 39) Neumann, Hautmyome.

I. Osteoplastische Freilegung der Augenhöhle zur Resektion des I. Trigeminusastes¹.

Von

Dr. Fritz Cahen in Köln.

Die Resektion oder Evulsion der Trigeminusäste bei hartnäckigen Neuralgien giebt leider in einer großen Zahl von Fällen nur vorübergehenden Erfolg. Kommt es zum Recidiv, so wird ein erneutes Aufsuchen des Nerven um so schwieriger und aussichtsloser sein, je gründlicher und ausgiebiger die erste Operation ausgeführt wurde; als äußerstes Hilfsmittel bleibt alsdann nur noch die Exstirpation des Ganglion Gasserii übrig, zu der sich erfahrungsgemäß, bei der Größe des Eingriffs, Arzt und Kranker nur schwer entschließen.

¹ Nach einem Vortrag im ärztlichen Verein zu Köln.

In dem nachstehenden Falle von recidivirender Supraorbitalneuralgie habe ich mir den centralen Stumpf des resecirten Nerven in der Augenhöhle durch eine osteoplastische Schädelresektion zugänglich gemacht, die in ähnlichen Fällen vielleicht die Beachtung der Fachgenossen finden dürfte.

Es handelt sich um einen 52jährigen, sonst gesunden Mann, bei dem ich am 7. Mai 1893 wegen einer aller internen Therapie trotztenden, rechtsseitigen Supraorbitalneuralgie die Evulsion des Nerven in der typischen Weise vorgenommen hatte. Die Operation verschaffte dem Kranken ein volles Jahr Ruhe vor seinen wüthenden Schmerzen; allmählich stellten sich alsdann die früheren Anfälle wieder ein, an Häufigkeit und Heftigkeit zunehmend. Als ich den Kranken am 6. Februar 1897 wiedersah, erfolgten die Schmerzanfälle alle 3—5 Minuten; sie wurden durch die geringsten Bewegungen, namentlich beim Sprechen oder Kauen, ausgelöst. Der Pat. hatte seit Wochen trotz Morphinum nicht mehr geschlafen und war in seinem Ernährungszustand auffällig heruntergekommen; er beschwor mich, ihm um jeden Preis auf operativem Wege Linderung seiner Beschwerden zu verschaffen.

Die Schmerzen wurden wie 4 Jahre vorher in dem Verästlungsgebiet des N. supraorbitalis lokalisiert; die Tastempfindung war in diesem Bezirk wiederhergestellt, bei den Anfällen trat Thränenträufeln ein.

Am 10. Februar 1897 schritt ich zur Operation: Schnitt in der alten Narbe am rechten Supraorbitalrand; es gelingt nicht, von diesem Schnitt aus den Nerven in der Augenhöhle aufzufinden. Von den Endpunkten dieses Horizontalschnitts aus 2 senkrechte Schnitte bis auf den Knochen; es wird ein Haut-Periost-Knochenlappen mit oberer Basis losgemeißelt und nach oben umgeklappt. Der Rest der Spongiosa und die Tabula vitrea des Stirnbeins werden darauf im Bereich des Lappens entfernt, die Dura mater bloßgelegt und durch stumpfes, vorsichtiges Abheben derselben die obere Orbitalwand von der Schädelhöhle aus zugänglich gemacht. Mit kleinem Meißel und schneidender Knochenzange wird die Orbitalwand in großer Ausdehnung abgetragen, und um Platz zu gewinnen, der Margo supraorbitalis in seinem mittleren Drittel weggenommen. Der Nervus frontalis kommt jetzt mit seinem kolbig verdickten Ende dicht unter dem Periost zu Gesicht; derselbe wird möglichst weit nach hinten isoliert und auf ca. 3 cm herausgerissen — Jodoformgazetamponade der Wunde; Situationsnähte des Knochenlappens.

In den beiden ersten Tagen nach der Operation bestanden die Anfälle unvermindert fort; vom 3. Tage an ließen die Schmerzen allmählich nach; am 6. Tage, als sich der Kranke schmerzfrei fühlte, wurde die Wunde sekundär genäht und kam in der Folge glatt zur Heilung.

Heute am 1. Juni erfreut sich Pat. des besten Wohlbefindens; die Entstellung des Gesichts ist eine sehr geringe; die Hebung des rechten oberen Lides ist unbehindert, die Bewegungen des Augapfels sind frei. Der Bezirk der Schädelöffnung an der Stirn ist überall knöchern geschlossen; bei tiefem Eindrücken in die Augenhöhle fühlt man die Lücke in der oberen Orbitalwand, die voraussichtlich nach Analogie anderer Schädeldefekte sich in den nächsten Monaten verkleinern wird.

Das oben geschilderte Operationsverfahren gewährt uns auf einfache Weise einen breiten Zugang zur Augenhöhle; die Technik desselben bietet keine besonderen Schwierigkeiten. Bei der Dicke des Stirnbeins halte ich es für leichter, mit dem Meißel einen Knochenlappen nach Müller loszubrechen, als mit der Kreissäge eine die ganze Dicke des Knochens umfassende Resektion auszuführen. Unter Umständen wird es möglich sein, den Margo supraorbitalis vollständig zu erhalten und damit die spätere Gesichtsentstellung auf das geringste Maß zurückzuführen. Die Eröffnung der Stirnhöhle wurde

in unserem Falle vermieden; sollte sie bei weiten Stirnhöhlen nicht zu umgehen sein, so wird sie bei heutiger Sicherheit der Aseptik keinen wesentlichen Einfluss auf den Wundverlauf ausüben.

Die Methode eignet sich nicht nur zum Aufsuchen des ersten Trigeminasastes in der Augenhöhle, sondern auch zur Entfernung von Fremdkörpern, die oberhalb oder seitlich vom Augapfel ihren Sitz haben, vielleicht auch zur Operation von Aneurysmen. Ich glaube auch, dass das Operationsverfahren in manchen Fällen erfolgreich mit Krönlein's² temporärer Resektion der temporalen Wandung der Augenhöhle in Wettbewerb treten kann; diese letztere Methode giebt, wie ich mich durch Leichenversuche überzeugete, einen freien Überblick nur auf die äußere Seite des Augapfels, vermeidet allerdings die Eröffnung der Schädelhöhle. Es wird weiterer Erfahrungen bedürfen, um die Indikationen zur Anwendung der beiden Operationsmethoden schärfer festzustellen.

II. Über den Verschluss eines perforirten Magengeschwürs durch Netz.

Von

Professor H. Braun in Göttingen.

In der Diskussion, welche sich bei dem diesjährigen Chirurgenkongress an die Vorträge über die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs anschloss, erwähnte ich eine Kranke, bei welcher ich eine durch Ulcus entstandene Perforationsöffnung des Magens durch ein Netzstück verschlossen hatte und auf diese Weise zur Heilung brachte. Wegen der Bedeutung dieser Beobachtung für ähnliche Fälle möchte ich dieselbe hier genauer mittheilen, zumal mir bei der erwähnten Diskussion die Einzelheiten der jetzt vor fast 3 $\frac{1}{2}$ Jahren ausgeführten Operation nicht vollkommen gegenwärtig waren.

Frau Urte R., 40 Jahre alt, aus Neu-Weynothen bei Tilsit, wurde am 12. December 1893 wegen heftiger Magenbeschwerden in die chirurgische Klinik in Königsberg i/Pr. aufgenommen. Dieselbe gab an, schon lange Zeit etwas magenleidend gewesen zu sein, jedoch in den letzten 6 Jahren in so fern eine stetige Verschlimmerung ihres Leidens beobachtet zu haben, als sie immer häufiger habe erbrechen müssen. Besonders seit Oktober d. J. sollen sich heftige Schmerzen in der Magengegend und Erbrechen fast nach jeder Mahlzeit eingestellt haben, auch soll dem Erbrochenen öfters Blut beigemischt gewesen sein.

Die Untersuchung der gracil gebauten, in sehr schlechtem Ernährungszustand befindlichen Frau zeigte außer dem gleich zu erwähnenden Befund am Unterleib keine Veränderungen der inneren Organe, auch keine Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung. Das Abdomen war flach, die Bauchdecken so atrophisch, dass man durch dieselben den bis zum Nabel herabreichenden Magen, eben so wie einige Darmschlingen deutlich sehen konnte. Oberhalb des Nabels fühlte man einen median gelegenen, etwa gänseeigroßen, harten, bei Druck äußerst

² Beiträge zur klin. Chirurgie 1887.

empfindlichen Tumor mit glatter Oberfläche, der sich namentlich nach oben, weniger nach den Seiten und nach unten verschieben ließ. Durch die Sonde konnten etwa $\frac{3}{4}$ Liter stark sauer riechender Mageninhalt entleert werden, der freie Salzsäure enthielt und bei mikroskopischer Untersuchung massenhafte Sarcinen, Reste unverdauter Speisen, aber keine Spuren von Blut zeigte. Nach Aufblähung des Magens lag die große Curvatur in der Mittellinie am Nabel, die kleine, an welcher die etwa 8 cm lange Geschwulst zu sitzen schien, fast handbreit unter dem Schwertfortsatz. Nach Ausspülung und völliger Entleerung des Magens ging der Tumor so weit in die Höhe, dass er nicht mehr gefühlt werden konnte, während er bei jeder Anfüllung des Magens wieder nach unten in die oben angegebene Lage rückte. Aus dem chronischen Verlauf und nach dem Untersuchungsergebnis musste eine durch Ulcus zu Stande gekommene Pylorusstenose angenommen werden, ein Zweifel konnte nur darüber bestehen, ob nicht auf Grund dieses alten Geschwürs ein Carcinom sich entwickelt hatte.

Zur Beseitigung der schweren Erscheinungen, in Folge deren die Kranke immer mehr und mehr herunterkam, wurde am 12. December 1893, nachdem bis dahin der Magen täglich ausgespült worden war, in gemischter Morphium-Chloroformnarkose die Gastroenterostomie gemacht. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen in der Mittellinie vom Schwertfortsatz bis zum Nabel herabreichenden, 15 cm langen Schnitt drangen einige Kubikcentimeter grauweißen, getrübbten Exsudats hervor, das sogleich sorgfältig abgetupft wurde. An der kleinen Curvatur des vorliegenden stark dilatirten Magens fand sich ein bis zum Pylorus heranreichender und denselben scheinbar umgebender Tumor, der aber wegen seiner vielfachen Adhäsionen nicht aus der Bauchhöhle hervorgezogen werden konnte. Nun wurde der linke Leberlappen in die Höhe gehoben, um die Geschwulst besser freilegen und beurtheilen zu können. Ihre Peritonealfäche war vollkommen glatt, von carcinomatösen Massen nirgends etwas zu erkennen. Bei diesem Aufheben des unteren Leberlappens wurden einige an der vorderen Magenfläche gelegene, frische, leicht eitrig infiltrirte Adhäsionen getrennt. Dadurch wurde ein etwa 3 bis 4 mm langer, senkrechter, in der geschwulstartig aussehenden vorderen Magenwand verlaufender Spalt sichtbar, durch den man mit der Sonde weit eindringen konnte, und aus dem sich Luft und etwas im Magen zurückgebliebene Spülflüssigkeit entleerte, die aber ebenfalls sorgfältig abgetupft wurde. In der Umgebung dieser Perforationsstelle war die Magenwand etwa in der Ausdehnung eines Markstücks papierdünn, während sie nach der Peripherie hin durch eingelagertes Gewebe an Dicke zunahm, um zuletzt ihr normales Aussehen anzunehmen. Zunächst wurde nun versucht, das Loch in dem Magen direkt durch die Naht zu schließen, jedoch musste dies aufgegeben werden, da die Nähte in dem brüchigen Gewebe durchschnitten und zu Blutung Anlass gaben. Durch diese vergeblichen Versuche, den Magen zu schließen, vergrößerte sich der Riss zu der Länge von mindestens 1 cm. Daraufhin wollte ich die Öffnung im Magen durch Einnähen in den Bauchschnitt extraperitoneal lagern, aber auch dieses Vorgehen erwies sich als unausführbar, da auch jetzt wieder die etwas weiter von der Perforationsstelle durch die Magenwand gelegten Suturen ebenfalls das Gewebe durchschnitten. Nun zog ich das große Netz nach oben, legte einen dicken Zipfel desselben auf die Magenöffnung und fixirte diesen in einiger Entfernung von der Perforationsstelle durch mehrere Knopfnähte aus Seide an die vordere Magenwand. Dann wurde die Gastroenterostomie nach der von v. Hacker angegebenen Methode gemacht. Beim Aufsuchen des Anfangstheils des Jejunums kam nochmals zwischen den Darmschlingen eine geringe Menge trüber, eitrig aussehender Flüssigkeit hervor, die auch sofort durch Tupfen entfernt wurde. Der Bauchschnitt wurde durch 10 tiefe und 6 oberflächliche Nähte vereinigt, man sah, dass das aufgenähte Netzstück dicht der inneren Fläche der Bauchwand anlag.

Über den weiteren Verlauf ist wenig anzugeben. Am Abend des Operationstages bestanden geringe Schmerzen und trat 2mal Erbrechen ein. Beim Verbandwechsel am 26. December wurde die Wunde vollkommen verklebt gefunden, so dass die oberflächlichen Nähte entfernt werden konnten. Die Magengegend war

ingesunken, auf leichten Druck nicht empfindlich. Am 31. December wurden die tiefen Nähte weggenommen. Während der ganzen Zeit waren niemals peritonitische Erscheinungen aufgetreten, auch die alle 4 Stunden gemessene Temperatur war nur in der auf die Operation folgenden Nacht auf $37,5^{\circ}$ gestiegen, erreichte dann am nächstfolgenden Tage noch einmal 37° , um später stets zwischen 36° und $36,8^{\circ}$ zu bleiben.

An den 3 ersten Tagen erhielt die Kranke per os weder feste noch flüssige Substanzen, sondern wurde durch Nährklystiere erhalten, welche auch bis zum 5. Januar fortgesetzt wurden. Erst am 24. December wurde theelöffelweise Wein und Milch, dann auch Schokolade und Ei gereicht, im Lauf von 24 Stunden aber höchstens nur 500 g.

Am 18. Januar verließ die Kranke zuerst das Bett, und am 20. Januar konnte dieselbe vollkommen wohl und ohne Beschwerden geheilt entlassen werden; ihr Körpergewicht betrug damals $107\frac{1}{2}$ Pfund.

Nach einer in diesen Tagen eingezogenen Erkundigung klagt Frau R. jetzt noch über etwas Magendruck, so dass sie den Genuss schwer verdaulicher Speisen vermeidet, im Übrigen befindet sie sich wohl und wiegt nun 115 Pfund.

Aus dieser jetzt $3\frac{1}{2}$ Jahre dauernden Nachbeobachtung kann man wohl schließen, dass die Magenperforation fest geheilt, die Pylorusstenose dauernd beseitigt ist, und dass die Entwicklung eines Carcinoms auf der Basis des Geschwürs nicht stattgefunden hatte.

Überblicken wir den Verlauf der Erkrankung und Behandlung, so müssen wir zunächst annehmen, dass die an der vorderen Magenwand gelegene Perforation des Ulcus in den Tagen nach der Aufnahme der Kranken in die Klinik zu Stande gekommen sein muss, da der Tumor Anfangs frei beweglich gefunden wurde, bei der Operation aber durch Adhäsion fixirt erschien. Die Perforation war ohne alle heftigen peritonitischen Erscheinungen erfolgt, so dass sich Adhäsionen bilden konnten, die allerdings mit geringen Eitermengen durchsetzt waren und zu einem mäßigen serös-eitrigen Erguss in die Bauchhöhle geführt hatten. Einige Schwierigkeit hat diese bei der Operation gefundene Perforation des Magens dadurch verursacht, dass ein direkter Verschluss derselben unmöglich war. In einem solchen Falle bleibt meiner Ansicht nach entweder die partielle Resektion des Magens, oder die Annäherung der Umgebung der im Magen gelegenen Öffnung an das Peritoneum parietale, so dass vorübergehend eine im Bauchschnitt gelegene Magenfistel gebildet wird. Jedoch war bei meiner Kranken die Resektion wegen der vielfachen Adhäsionen des Magens und die Anlegung einer Fistel wegen der starren Beschaffenheit des Gewebes, das beim Anziehen der Fäden immer durchschnitten wurde, unausführbar. Unter diesen Verhältnissen hätte man vielleicht an die Annäherung eines benachbarten Darmtheiles an den Magen denken können, mir aber schien die Verwendung von Netz leichter ausführbar und zweckmäßiger zu sein. Dasselbe wurde denn auch über die Öffnung gelegt und durch Nähte an den Magen befestigt. Eine Verdauung dieses Netzstückes durch den Magensaft fürchtete ich nicht, da es sich um lebendes, gut vaskularisiertes Gewebe handelte, und wir bei perforirenden Magengeschwüren nicht selten den Abschluss derselben durch Verwachsung mit anderen Organen, wohl am häufigsten mit dem Pankreas,

zu Stande kommen sehen. Allerdings war mir damals keine analoge Beobachtung bekannt, in der man eine Magenperforation durch ein Netzstück verschlossen hatte, und konnte ich auch nachher in der Literatur keine ähnliche Beobachtung finden. Erst im Herbst des verflossenen Jahres theilte Bennett¹ einen Fall mit, in dem er ebenfalls Netz zum Verschluss eines perforirten Magengeschwürs, allerdings in etwas anderer Weise als dies von mir geschehen war, verwendet hatte. In kurzem Auszug soll die betreffende Krankengeschichte folgen.

Ein 32 Jahre alter Mann wurde unter Erscheinungen einer Perforation in die Bauchhöhle am 26. April 1896 in das St. Georges-Hospital in London aufgenommen. Bennett machte einen Schnitt in der Medianlinie unterhalb des Nabels und fand zunächst eine allgemeine Peritonitis. Beim Eingehen mit der Hand nach oben kam ein Strom von Flüssigkeit, die mit Speisetheilen gemischt war, und aus denen auf eine Perforation des Magens geschlossen wurde, die auch bald etwa 2 cm vom Pylorus entfernt in einer Länge von 1½ Zoll gefunden wurde. Die Umgebung dieser Öffnung war in einer Ausdehnung von etwa 3 Zoll hart infiltrirt. Die direkte Vereinigung der Perforationsstelle war bei der Härte ihrer Umgebung unmöglich, da die Nähte wegen der zur Vereinigung nothwendigen Spannung die Gewebe durchschnitten. Bennett nahm nun ein Stück Netz und steckte es in die Magenöffnung hinein, wie den Pfropf in eine Flasche. Dieses Netzstück wurde durch eine seine Dicke und die Magenwand durchdringende Naht fixirt und weiterhin sein Peritonealüberzug durch 4 bis 5 weitere Suturen mit demjenigen des Magens in Berührung gebracht. Zum Schluss wurde die Bauchhöhle ausgewaschen, alle sichtbaren Speisetheile entfernt und die ganze Wunde geschlossen. Der Kranke erholte sich rasch aus seinem Collaps und konnte nach reaktionsloser Heilung der Wunde am 10. Juni 1896 in ein Rekonvalescentenhaus entlassen werden.

Nachdem zwei perforirte Magengeschwüre von mir durch Aufnähen eines Netzstückes, von Bennett durch Einstopfen eines solchen in die Perforationsöffnung zur Heilung gebracht wurden, dürfte diese Methode wohl für analoge Fälle, in denen die direkte Naht der Geschwürsränder unmöglich ist, zu empfehlen sein.

1) The medical annual and practitioner's index. 1894.
Fifteenth year.

Bristol, John Wright and Co. London, Simpkin, Marshall, Hamilton,
Kent and Co.

Das auch in Deutschland bekannte Buch erscheint dies Mal im 15. Jahrgang. Das günstige Urtheil, das bisher über dasselbe abgegeben werden konnte, findet auch dieses Mal seine Bestätigung, indem auf Reichhaltigkeit des Inhalts und auf sorgfältige Ausstattung gleiches Gewicht gelegt worden ist. Allerdings ist vor allen Dingen auf das Bedürfnis des Praktikers Rücksicht genommen. Die auswärtige Litteratur ist nicht sehr vollkommen herangezogen.

Tietze (Breslau).

¹ William H. Bennett: A case of perforating gastric ulcer, in which the opening, being otherwise intractable, was closed by means of an omental plug. Recovery. The Lancet 1896. Vol. II. 1. Aug. p. 310.

2) **Park.** A treatise on surgery by American authors.

Philadelphia and New York, **Lea Brothers and Co.** 1896.

Das vorliegende, vortrefflich ausgestattete Buch giebt in einer klaren und knappen Form eine Darstellung des gesammten Gebietes der Chirurgie aus der Feder der berufensten amerikanischen Vertreter des Faches. Hineinbezogen in dieselbe sind auch eine Reihe von Affektionen, welche wir in Deutschland in der Regel in Lehrbüchern der inneren Medicin (Blutuntersuchung) oder der Dermatologie erörtert finden. Entsprechend der Vielheit der Autoren haben die einzelnen Kapitel zum Theil ein monographisches Gepräge erhalten, ohne dass darunter die Einheitlichkeit der ganzen Darstellung gelitten hätte. Trägt die letztere in mancher Beziehung natürlich ein stark subjektives Gepräge, so verdient ungetheilte Anerkennung die Art der theils farbigen, theils unkolorirten Abbildungen, die darin thatsächlich alle dem Referenten bekannten Lehrbücher wenigstens in ihrer weitaus größten Zahl übertreffen. Übrigens findet der deutsche Leser unter denselben eine große Anzahl ihm bekannter (so ist namentlich der Atlas von Neisser benutzt). Die Quellen sind jedes Mal gewissenhaft angegeben.

Tietze (Breslau).

3) **P. Tschmarke.** Über Verbrennungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 346.)

Verf., früher Assistent am Krankenhause Moabit-Berlin, liefert in Anknüpfung an seine eigenen Beobachtungen der zahlreichen in genannter Anstalt aufgenommenen Verbrennungen eine klinische Studie über die letzteren mit besonderer Berücksichtigung der Todesursache nach ihnen. Er bespricht die in neuerer Zeit hierüber aufgestellten Theorien, wobei über die neuere einschlägige Litteratur genau Bericht erstattet wird, und erkennt schließlich derjenigen seines früheren Chefs Sonnenburg den Preis der größten Wahrscheinlichkeit, nach welcher bekanntlich eine reflektorische Herabsetzung des Gefäßtonus und dadurch bedingte Herzlähmung den Tod herbeiführen sollen. Doch kommen auch parenchymatöse Veränderungen und Degenerationen in Nieren, Lunge, Gehirn etc. in Betracht.

Von besonderem Interesse ist ein Fall der Sonnenburg'schen Abtheilung, in welchem im Leichenblut zahlreiche Streptokokken nachgewiesen sind. Verf. entnimmt hieraus, dass auch die Sepsis beim Tode durch Verbrennung in Betracht käme und auf ihre Verhütung beim Verband der Brandwunden die größte Sorgfalt zu verwenden sei.

Die Therapie betreffend wird mitgetheilt, dass S. bei der frischen Brandverletzung wie bei jeder anderen frischen Wunde eine gründliche Hautreinigung mit Wasser, Bürste und Seife, dann eine Desinfektion mit Äther und 0,5 % iger Sublimatlösung vornehmen lässt. Die gefüllten Brandblasen werden entleert und abgetragen. Dann wird die abgetrocknete Wunde mit Jodoformgaze etc. bewickelt. Bei

Gesichtsverbrennungen ist Wismuthpuderung im Gebrauch. Warme prolongirte Vollbäder meidet Sonnenburg in den ersten Tagen nach der Verletzung als gefährlich, da er von ihnen Erschlaffung der Gefäße fürchtet. Die therapeutischen Grundsätze anderer Chirurgen werden durchgesprochen.

Einige Krankengeschichten, insbesondere diejenigen der tödlich geendeten Fälle, sind mitgetheilt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

4) **E. O'Neill Kane.** The aluminum clamp artery compressor.
(Amer. med.-surg. bull. 1896. No. 12.)

Als Unterbindungsmaterial an Stelle von Seide und Katgut empfiehlt O'N. Aluminiumdraht. Die Anwendung dieses Materials geschieht so, dass aus demselben hufeisenförmig gebogene »Clamps« hergestellt werden, deren Enden etwas verdickt sind. Mit einer Zange, deren Branchen ziemlich ähnlich denjenigen einer Zahnzange für die Schneidezähne gekrümmt sind, sollen diese Clamps um das vorher mit einem Schieber oder einer Pincette gefasste Gefäß gelegt werden, während dasselbe mittels des fassenden Instruments etwas aus dem Niveau der Wunde hervorgezogen wird. Durch einen Druck auf die Zangengriffe legt sich dann die Klammer so um das Gefäß, dass auch die größten dauernd und sicher unterbunden bleiben. Verf. rühmt große Schnelligkeit und Leichtigkeit der Hantirung, so wie die Möglichkeit vollkommener Sterilisirung des Materials als Vorzüge seiner Methode. Ob eine größere Vereinfachung des Operirens erzielt wird, muss zweifelhaft erscheinen; bei größeren Operationen müssten doch immer eine größere Anzahl von Zangen vorbereitet werden, ganz abgesehen davon, dass bei tiefen, etwas schwer zugänglichen Höhlenwunden man öfters nicht in der Lage sein wird, die Klammer so exakt wie nöthig um das zu unterbindende Gefäß zu legen. Einige schematische Zeichnungen veranschaulichen die Beschreibung aufs beste.

Frentzel (Berlin).

5) **N. K. Lyssenkow.** Die Encephalocele und ihre Behandlung.
Diss., Moskau, 1896.

Die Encephalocele congenita ist keine Hervorstülpung von Hirntheilen, sondern eine echte Neubildung, oft ohne Nerven Elemente. Wahrscheinlich ist die Absonderung des Nervenrohrs vom Hornblatt beim Fötus unvollständig, und der Hirnbruch wird durch Vermehrung der zurückgebliebenen fötalen Elemente gebildet. Die einzelnen Arten der Encephalocelen unterscheiden sich bloß quantitativ von einander. Als echte Neubildungen müssen sie radikal entfernt werden, außer den wirklichen Fällen von Exencephalie. Die Operation muss womöglich von osteoplastischem Verschluss der Öffnung begleitet werden, was bei kleinen Kindern (selbst schon einige Tage nach der Geburt) ausführbar ist, obgleich nur bei Encephalocele anterior; nach 5 Jahren kann man jede Encephalocele verschließen. Die Operation endet nur bei Komplikation (hauptsächlich Infektion) tödlich.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

6) **B. Sachs und A. G. Gerster.** The surgical treatment of focal epilepsy.

(Amer. journ. of the med. science 1896. Oktober.)

Die Verff. gelangen nach einer Analyse von 19 einschlägigen Beobachtungen, in Übereinstimmung mit ihren schon 1892 (Amer. journ. of the med. sc. Nov.) vertretenen Anschauungen, zu folgenden Schlüssen:

1) Die chirurgische Behandlung der partiellen Epilepsie kommt in denjenigen Fällen in Frage, in denen seit dem Trauma oder seit dem Beginn der ursächlichen Erkrankung nicht mehr als ein, höchstens zwei Jahre verstrichen sind.

2) In Fällen von Knochendepression oder anderen Verletzungen im Bereich des Schädels ist die Operation auch später noch gerechtfertigt, stets aber mit besserer Prognose, je früher sie gemacht wird.

3) Die einfache Trepanation genügt in vielen Fällen, besonders wenn eine Schädelverletzung vorherging, oder wenn Cystenbildung (in der Narbe? Ref.) vorliegt.

4) Excision von Rindengewebe kommt in Frage bei kurzer Dauer der Epilepsie und bei Symptomen, die auf einen sehr circumscribten Herd hinweisen.

5) Da die Rindenerkrankung oftmals nur mikroskopisch ist, so muss die Excision selbst bei anscheinend gesundem Gewebe ausgeführt werden.

6) In Fällen, wo Epilepsie in Verbindung mit cerebraler Kinderlähmung auftritt, kann ein Eingriff versucht werden, wenn die Lähmung noch nicht zu lange besteht.

7) In Fällen von lange bestehender Epilepsie, in denen meist weitgehende Degeneration der Associationsfasern zu bestehen pflegt, ist chirurgische Hilfe nutzlos.

W. Sachs (Mülhausen i. Els.).

7) **Murphy.** Surgery of the Gasserian Ganglion, with report of two cases.

(Amer. med.-surg. bull. 1896. No. 16.)

M. theilt 2 Fälle mit, bei denen er mit glücklichem Erfolge das Ganglion Gasseri wegen heftigster Trigeminusneuralgien aufsuchte und extirpirte. Seine Operationsmethode, die er bei dieser Gelegenheit beschreibt, und die sich im wesentlichen mit der Krause'schen deckt, schildert er folgendermaßen. Zunächst wird ein omegaförmiger Haut- und Knochenlappen gebildet, dessen Basis gerade oberhalb des Jochbeinansatzes liegt. Dann folgt Losmeißeln der Knochenlappen und Herunterklappen genau in der Höhe des Jochbeins. Dabei vorsichtiges Zurückpräpariren der Dura mater vom Knochen, wobei Blutung aus dem Duralast der Meningea media eintreten kann, die durch Kompression gegen den Knochen mit Zange oder Katgutstopfen gestillt wird. Der Hautknochenlappen wird nun nach unten geklappt, und dann geht man mit dem Finger vorsichtig unter der

Dura entlang in das Innere der Schädelhöhle, bis die Basis der mittleren Schädelgrube erreicht ist. Hierbei kann der Stamm der Meningea media reißen. Die Blutung stillt M. durch Katguttampnade des Foramen. Dagegen kann eine auftretende venöse Blutung so stark werden, dass man die ganze Schädelgrube tamponiren muss und die Operation erst in einer zweiten Sitzung vollenden kann. Weiter sucht man das Foramen ovale auf, durch welches der Ramus maxillaris tritt, und ihm gegenüber das Foramen rotundum, die Austrittsstelle des 2. Astes. Zwischen diesen beiden Nervensträngen wird die Dura eingeschnitten und ihre Schichten so getheilt, dass der periostale Theil der Dura am Knochen fest liegen bleibt, während der obere von dem periostalen vorsichtig abgehoben wird. Auf der oberen Seite der Nerven geht man so zwischen beiden Schichten der Dura entlang und kommt so auf das Ganglion selbst, welches zwischen den beiden Schichten der Dura mater eingebettet liegt. Ist dasselbe erreicht, so muss oben und unten die Dura eine Strecke frei präparirt werden, wobei leicht auch die innere Schicht einreißt, ein Ereignis, dem ein Ausfließen von Liquor cerebrialis zu folgen pflegt. Wenn nöthig, wird nun noch der erste Ast aufgesucht, wobei eine Verletzung des Sinus transversus sich ereignen kann. Ist dann das Ganglion frei, so hebt man es am besten mit einer Zange aus der kleinen Grube, in der es eingebettet, heraus, zieht die Nerven andererseits von ihren Austrittsstellen so weit wie möglich in das Schädelinnere hinein und trennt sie ab. Das Ganglion wird dann mit seinen Wurzeln stumpf durch eine Zange herausgedreht.

Frentzel (Berlin).

8) **G. Marchant et H. Herbet.** De la résection du ganglion de Gasser dans les névralgies faciales rebelles.

(Revue de chir. 1897. No. 4.)

Unter Einschluss von 3 eigenen, durch M. operirten Fällen haben die Verff. die bisher in der Litteratur mitgetheilten von vollständiger oder theilweiser Exstirpation des Ganglion Gasseri bezw. von intracranieller Resektion seiner Zweige zusammengestellt und an der Hand dieses Materials verschiedene wichtige Fragen bezüglich der Resultate, Gefahren und Folgezustände der in Rede stehenden und in ihren Methoden genauer besprochenen Operation zu beantworten gesucht. Im Ganzen sind 95 Operationsfälle verwerthet, von denen 17 tödlich verlaufen waren, und zwar 66 nach dem Krause-Hartley'schen Verfahren (11 †) und 29 nach William Rose's Methode (6 †) operirte. In 15 (5 †) wurde das Ganglion total exstirpirt, in 60 (8 †) zum großen Theil entfernt und in den übrigen (1 †) nur die intracranielle Resektion seiner Zweige II und III ausgeführt. Die Operation kann unmittelbar durch starke Blutung aus der Meningea media, aus Venae emissariae, aus den die Nervenstämme umgebenden venösen Plexus, dem Sinus cavernosus etc., ferner durch Verletzung der motorischen Nerven des Auges, des N. petrosus super-

facialis major etc. und durch direkte Hirnkompression, sekundär durch Nachblutungen, Wundinfektion, Jodoformintoxikation gefährlich werden bzw. schädlich wirken oder durch trophische Störungen am Auge, seltener durch Entstehung einer Otitis media Nachtheile bringen. Dem gegenüber stehen als Erfolge des Eingriffs das sofortige Aufhören der qualvollen Schmerzen — bei meist rasch vorübergehender Anästhesie in dem ganzen vom Trigeminus versorgten Gebiet, allerdings auch bei mehr oder minder sich geltend machenden Alterationen des Geschmacks, Geruchs, Gehörs etc. und Störungen in der Kieferbeweglichkeit, und vor Allem die dauernde Heilung oder wenigstens sehr erhebliche Besserung der Neuralgie, so fern das Ganglion Gasseri ganz oder größtentheils ausgerottet worden, während die einfache, freilich ungefährlichere Resektion seiner Äste das Fernbleiben von Recidiven nicht sicher gewährleistet. Allerdings sind letztere, geringen Grades, auch in 4 Fällen der radikalen Operation beobachtet worden. Die Frage, ob die Totalexstirpation des Ganglion größere Gefahren und Nachtheile im Gefolge habe und sicherer vor Rückfällen der Neuralgie schütze, als die bloße Zerstörung des Ganglions, wollen Verf. in Anbetracht der bisher relativ kleinen Zahl ersterer Operationen noch unentschieden lassen; es habe indess nicht den Anschein, als ob die erstere der einfachen Zerstörung des Ganglions überlegen sei. Bezüglich der Operationsmethode befürworten die Verf. die von Doyen — *«la voie temporosphénoïdale»* — empfohlene als die bequemste. **Kramer** (Glogau).

9) **K. M. Sapeschko.** Methode der Gaumenbildung nach Entfernung des Oberkiefers bei bösartigen Geschwülsten.

(Annalen d. russ. Chir. 1897. H. 3.)

Nach Resektion des Kiefers löst S. die Schleimhaut der Wange mit dem M. buccinatorius bis zur unteren Wangenzahnfleischfalte ab. Die Ränder des so gewonnenen großen Lappens bilden oben das äußere Zahnfleisch des entfernten Oberkiefers, hinten eine Linie, die den oberen und unteren Weisheitszahn verbindet; die Basis des Lappens ruht auf dem Unterkiefer. Die hintere obere Ecke des Lappens wird in den Mundwinkel zwischen weichem und hartem Gaumen gesetzt und die Schleimhaut des Lappens mit der des weichen Gaumens vernäht (die Fäden werden in der Mundhöhle geknotet). Zur Naht in der Mittellinie des harten Gaumens bohrt S. 8—9 Löcher durch Knochen und Mundschleimhaut und legt nun eine Reihe Nähte durch die Lappenschleimhaut und den Knochenrand; auch hier werden die Fäden im Munde geknotet. Jetzt ist die Mundhöhle geschlossen, und es wird nun eine zweite Nahtreihe oben in der Nasenhöhle angelegt, die die Nasenschleimhaut mit der oberen wunden Fläche des Lappens verbindet. Die Wundfläche wird leicht mit Jodoform bepulvert, ein Tampon eingelegt und das Ende zum Nasenloch herausgeführt und nun die Haut vernäht. In

2 Fällen war das Resultat ausgezeichnet; der eine Kranke, vor 13 Tagen operirt, kann gut sprechen und schlucken.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

10) I. J. Makletzow. Zur Frage über die Durchgängigkeit der Darmwand für Bakterien bei Ileus.

(Wratsch 1897. No. 10. [Russisch.])

Auf Grund von Experimenten an Kaninchen kommt M. zu folgenden Schlüssen. 1) Bei auf verschiedene Weise hervorgerufenem Ileus wird die Darmwand für Mikroben schon dann durchgängig, wenn makroskopisch bloß venöse Hyperämie zu sehen ist. 2) Diese Durchgängigkeit beginnt durchschnittlich schon nach 22 Stunden. 3) Opium, bei Ileus gegeben, verlangsamte das Auftreten der Durchgängigkeit, die erst 2—3mal später erschien; Ricinusöl rief den diametral entgegengesetzten Effekt hervor. 4) Ligatur der Mesenterialgefäße (so dass venöse Stauung entstand und der Zufluss des arteriellen Blutes vermindert wurde) führte dieselben Erscheinungen, wie Ileus, nur später herbei; dabei übten Opium und Ricinusöl ähnliche Wirkungen wie bei Impermeabilität des Darmes. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

11) P. Sebileau. De l'appendicite.

(Gaz. méd. de Paris 1897. No. 15.)

Zur Zeit ist in den Vereinen, Akademien und Gesellschaften französischer Chirurgen von keinem Gegenstand mehr die Rede als von der »Appendicitis«. Die anatomische Pathologie, die Bakteriologie, die Diagnostik, Behandlung, kurz jede Partie des genannten Leidens fand ihren Redner, jede Zeitschrift bringt Referate über Referate über Einzelansichten, ohne dass bisher volle Klarheit eingetreten wäre.

Um so dankenswerther ist die vorliegende, zwar auch hauptsächlich nur die Arbeiten der letzten Wochen zusammenstellende, gleichzeitig doch aber auch kritische und in gewisser Hinsicht vermittelnde Studie.

Verf. bespricht die Arbeiten von Achard und Broca, welche Studien über das peritoneale Exsudat machten, das sie bei Operationen gewannen, um dann auf die Inokulationsarbeiten Charrin's, Létulle's u. A. aufmerksam zu machen.

Es folgt die Besprechung der einzelnen Theorien, unter denen die der Infektion, neuerdings namentlich von Reclus vertreten, die Hauptrolle spielt. Sehr eingehend wird zum Schluss nochmals die Ansicht Dieulafoy's gewürdigt, welcher meint, dass erst ein Verschluss zwischen Appendix und Blinddarm eintreten müsse und Entwicklung der Bakterien in der abgeschlossenen Höhlung. Gegen diese Anschauung hat sich Reclus entschieden ausgesprochen, und gerade in diesem Punkte möchte Verf. vermitteln. Er giebt aber selbst zu, dass die Diskussion noch zu wenig Klärung und Sicherheit

gebracht hat. Wen die Lehre der Appendicitis interessirt, findet in der vorliegenden Arbeit alles Bemerkenswerthe, was die französische Litteratur der letzten Zeit geliefert hat, mit Quellenangabe und in kurzem Auszug zusammengestellt.

A. Henry (Breslau).

12) F. Logueu. De l'appendicite. Pathogénie clinique, traitement.

(Cutzmann, L'œuvre médico-chirurgicale. Suite de monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie. No. 1.)

Paris, Masson & Comp. 1897.

Verf. betrachtet die Appendicitis als eine Infektionskrankheit und bespricht die Infektionserreger, die hervorgerufenen Veränderungen, die klinischen Erscheinungen und die Behandlung.

Der gewöhnliche Erreger ist das Bacterium coli, obwohl auch neben ihm viele andere Mikroorganismen gefunden werden. Daneben giebt es aber auch Erkrankungen, die durch Streptokokken, Staphylokokken oder Tuberkulose bedingt sind. Zum Zustandekommen des Processes bedarf es lokaler Bedingungen, verminderter Widerstandsfähigkeit der Wandungen, Stagnation des Inhalts. Hier kommen vor Allem die Fremdkörper in Betracht. Nach Besprechung der Theorie von Talamon (Einpressen von Koth in die Mündung, Verschluss derselben, Cirkulationsstörung der Wand) und von Dieulafoy (Umwandlung des Wurmfortsatzes in eine geschlossene Höhle) kommt Verf. zu dem Schluss, dass nicht ein oder die andere Theorie ausschließlich Geltung hat. Man hat zu wenig Rücksicht genommen auf den anatomischen Bau, besonders auf den Reichthum des Wurmfortsatzes an Lymphfollikeln. Es giebt eine Appendicitis 1) aus lokalen Ursachen, 2) durch eine Verbreitung von der Nachbarschaft, und 3) aus allgemeinen Ursachen. Zu ersteren gehören die Fremdkörper, Drehungen, Knickungen durch einen Strang, Stenose nach tuberkulösen oder typhösen Geschwüren; zur zweiten das Entstehen der Perityphlitis nach Entzündung des Blinddarms nach Typhus; zur dritten das Einsetzen nach Influenza, Masern, bei Tuberkulose. Ferner beweisen dies die Versuche von Beaussenat. Das Alter der Pat. schwankt zwischen 10—20 Jahren, das männliche Geschlecht ist häufiger befallen. Eine gewisse Erblichkeit lässt sich nicht leugnen, eben so wenig wie der Einfluss von Traumen, Lebensweise und Erkältungen. Die pathologische Anatomie lässt sich in 4 Stadien einteilen, 1) die Veränderungen des Wurmfortsatzes, 2) der Umgebung, 3) in der weiteren Ausdehnung, und 4) die allgemeine Peritonitis. Zuerst kommt es zur Anschwellung der Wand, Ergriffensein der Follikel, Thrombosirung der Gefäße. Die ergriffenen Follikel werden nekrotisch, es bildet sich ein Abscess, der zur Perforation führt, oder es tritt Ruhe, Rückbildung ein, bis eine geringe Ursache den Process zum Aufleben bringen kann. Die tuberkulöse Perityphlitis ist wenig bekannt in ihrem Verlauf, spielt sich aber wie sonst die Darmtuberkulose

2 Fällen war das Resultat ausgezeichnet; der eine Kranke, vor 13 Tagen operirt, kann gut sprechen und schlucken.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

10) I. J. Makletzow. Zur Frage über die Durchgängigkeit der Darmwand für Bakterien bei Ileus.

(Wratsch 1897. No. 10. [Russisch.])

Auf Grund von Experimenten an Kaninchen kommt M. zu folgenden Schlüssen. 1) Bei auf verschiedene Weise hervorgerufenem Ileus wird die Darmwand für Mikroben schon dann durchgängig, wenn makroskopisch bloß venöse Hyperämie zu sehen ist. 2) Diese Durchgängigkeit beginnt durchschnittlich schon nach 22 Stunden. 3) Opium, bei Ileus gegeben, verlangsamte das Auftreten der Durchgängigkeit, die erst 2—3mal später erschien; Ricinusöl rief den diametral entgegengesetzten Effekt hervor. 4) Ligatur der Mesenterialgefäße (so dass venöse Stauung entstand und der Zufluss des arteriellen Blutes vermindert wurde) führte dieselben Erscheinungen, wie Ileus, nur später herbei; dabei übten Opium und Ricinusöl ähnliche Wirkungen wie bei Impermeabilität des Darmes. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

11) P. Sebileau. De l'appendicite.

(Gaz. méd. de Paris 1897. No. 15.)

Zur Zeit ist in den Vereinen, Akademien und Gesellschaften französischer Chirurgen von keinem Gegenstand mehr die Rede als von der »Appendicitis«. Die anatomische Pathologie, die Bakteriologie, die Diagnostik, Behandlung, kurz jede Partie des genannten Leidens fand ihren Redner, jede Zeitschrift bringt Referate über Referate über Einzelansichten, ohne dass bisher volle Klarheit eingetreten wäre.

Um so dankenswerther ist die vorliegende, zwar auch hauptsächlich nur die Arbeiten der letzten Wochen zusammenstellende, gleichzeitig doch aber auch kritische und in gewisser Hinsicht vermittelnde Studie.

Verf. bespricht die Arbeiten von Achard und Broca, welche Studien über das peritoneale Exsudat machten, das sie bei Operationen gewannen, um dann auf die Inokulationsarbeiten Charrin's, Létulle's u. A. aufmerksam zu machen.

Es folgt die Besprechung der einzelnen Theorien, unter denen die der Infektion, neuerdings namentlich von Reclus vertreten, die Hauptrolle spielt. Sehr eingehend wird zum Schluss nochmals die Ansicht Dieulafoy's gewürdigt, welcher meint, dass erst ein Verschluss zwischen Appendix und Blinddarm eintreten müsse und Entwicklung der Bakterien in der abgeschlossenen Höhlung. Gegen diese Anschauung hat sich Reclus entschieden ausgesprochen, und gerade in diesem Punkte möchte Verf. vermitteln. Er giebt aber selbst zu, dass die Diskussion noch zu wenig Klärung und Sicherheit

gebracht hat. Wen die Lehre der Appendicitis interessirt, findet in der vorliegenden Arbeit alles Bemerkenswerthe, was die französische Litteratur der letzten Zeit geliefert hat, mit Quellenangabe und in kurzem Auszug zusammengestellt.

A. Henry (Breslau).

12) **F. Legueu.** De l'appendicite. Pathogénie clinique, traitement.

(Cutzmann, L'œuvre médico-chirurgicale. Suite de monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie. No. 1.)

Paris, Masson & Comp. 1897.

Verf. betrachtet die Appendicitis als eine Infektionskrankheit und bespricht die Infektionserreger, die hervorgerufenen Veränderungen, die klinischen Erscheinungen und die Behandlung.

Der gewöhnliche Erreger ist das Bacterium coli, obwohl auch neben ihm viele andere Mikroorganismen gefunden werden. Daneben giebt es aber auch Erkrankungen, die durch Streptokokken, Staphylokokken oder Tuberkulose bedingt sind. Zum Zustandekommen des Processes bedarf es lokaler Bedingungen, verminderter Widerstandsfähigkeit der Wandungen, Stagnation des Inhalts. Hier kommen vor Allem die Fremdkörper in Betracht. Nach Besprechung der Theorie von Talamon (Einpressen von Koth in die Mündung, Verschluss derselben, Cirkulationsstörung der Wand) und von Dieulafoy (Umwandlung des Wurmfortsatzes in eine geschlossene Höhle) kommt Verf. zu dem Schluss, dass nicht ein oder die andere Theorie ausschließlich Geltung hat. Man hat zu wenig Rücksicht genommen auf den anatomischen Bau, besonders auf den Reichthum des Wurmfortsatzes an Lymphfollikeln. Es giebt eine Appendicitis 1) aus lokalen Ursachen, 2) durch eine Verbreitung von der Nachbarschaft, und 3) aus allgemeinen Ursachen. Zu ersteren gehören die Fremdkörper, Drehungen, Knickungen durch einen Strang, Stenose nach tuberkulösen oder typhösen Geschwüren; zur zweiten das Entstehen der Perityphlitis nach Entzündung des Blinddarms nach Typhus; zur dritten das Einsetzen nach Influenza, Masern, bei Tuberkulose. Ferner beweisen dies die Versuche von Beaussenat. Das Alter der Pat. schwankt zwischen 10—20 Jahren, das männliche Geschlecht ist häufiger befallen. Eine gewisse Erblichkeit lässt sich nicht leugnen, eben so wenig wie der Einfluss von Traumen, Lebensweise und Erkältungen. Die pathologische Anatomie lässt sich in 4 Stadien einteilen, 1) die Veränderungen des Wurmfortsatzes, 2) der Umgebung, 3) in der weiteren Ausdehnung, und 4) die allgemeine Peritonitis. Zuerst kommt es zur Anschwellung der Wand, Ergriffensein der Follikel, Thrombosirung der Gefäße. Die ergriffenen Follikel werden nekrotisch, es bildet sich ein Abscess, der zur Perforation führt, oder es tritt Ruhe, Rückbildung ein, bis eine geringe Ursache den Process zum Aufleben bringen kann. Die tuberkulöse Perityphlitis ist wenig bekannt in ihrem Verlauf, spielt sich aber wie sonst die Darmtuberkulose

ab. Je nachdem die Perityphlitis mit allgemeiner Peritonitis, als eitrige, als katarrhalische, als recidivirende Form auftritt, findet man klinisch die Symptome der allgemeinen Bauchfellentzündung, eine Anschwellung in der Fossa iliaca, eine Schmerzhaftigkeit in dieser Gegend ohne einen Tumor oder eine Peritonitis.

Die Behandlung der septischen Peritonitis besteht in möglichst frühzeitiger Incision in der Linea alba, zur Klarlegung der Verhältnisse in der Fossa iliaca, Auswaschung mit Kochsalzlösung unter möglicher Schonung etwa bestehender Adhäsionen, Drainage mit Gaze. Die meiste Aussicht auf Erfolg hat ein frühzeitiger Eingriff bei diffuser Peritonitis mit Adhäsionen oder bei multiplen intraperitonealen Herden. Einen günstigen Einfluss schreibt L. intravenösen Kochsalzinfusionen von 1500—2000 g, 2—3mal am Tage wiederholt, zu. Zeigt sich eine Schwellung in der Fossa iliaca, so ist einzuschneiden, der Eiter zu entleeren unter Schutz des Peritoneums. Ist der Eiterherd nicht durch Adhäsionen abgeschlossen, so kann man drainiren und den Durchbruch abwarten. Wird der Wurmfortsatz leicht gefunden, so ist er zu reseciren; bieten sich irgend wie Schwierigkeiten, so lässt man ihn, da er durch die umgebende Eiterung gewöhnlich schnell nekrotisirt und die etwa entstehenden Kothfisteln sich meist von selbst schließen. Ob eine Perityphlitis ohne Anschwellung in der Fossa iliaca, ohne Peritonitis zu operiren ist, hängt von dem Charakter derselben ab, den man aber erst durch einige Stunden oder Tage fortgesetzte Beobachtung entscheiden kann. Tritt bei Opiumbehandlung keine Besserung ein, so ist zu operiren und der Wurmfortsatz zu reseciren. Bei der recidivirenden Form ist die Operation im freien Intervall zu machen. **Borchard** (Posen).

13) **C. Monod et J. Vanverts.** Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde.

(Revue de chir. 1897. No. 3.)

Nach der begründeten Ansicht der Verff. haben die bisherigen statistischen Zusammenstellungen der operativ behandelten Fälle von Perforationsperitonitis bei Typhus nur zweifelhaften Werth, weil sich darunter solche finden, bei denen überhaupt nicht eine durch Perforation entstandene Peritonitis vorlag, oder bei denen die Diagnose »Typhus« sehr unwahrscheinlich war. Auf Grund sorgfältiger Studien der betreffenden Originalarbeiten geben desshalb M. und V., die anfechtbaren 12 anhangsweise mittheilend, eine neue, 27 sichere Fälle umfassende Statistik und begründen darauf ihre Schlussfolgerungen. Wenn sie hiernach auch zu dem Ergebnis kommen, dass die Resultate chirurgischen Eingreifens bei der durch Perforation typhöser Darmgeschwüre entwickelten Peritonitis mit 88% Mortalität gegenüber einer Sterblichkeitsziffer von 95% bei exspektativer Behandlung nicht sehr ermuthigend seien, so zeigen die Verff. indess auch, dass für eine ziemlich große Zahl der tödlich verlaufenen Fälle dem ope-

rativen Eingriff eine mehr oder minder lange dauernde Besserung gefolgt, es zur Heilung der durch Naht verschlossenen Durchbruchsstelle gekommen war, wenngleich der schließliche tödliche Ausgang als Folge der Allgemeinerkrankung oder neuer Geschwürsdurchbrüche nicht verhindert wurde. Außerdem aber ergibt sich aus der Statistik, dass die Sterblichkeitsziffer p. oper. geringer ist, wenn die Perforation in einer Spätperiode des Typhus, besonders zur Zeit der Rekonvaleszenz erfolgt war. Auf Grund dessen befürworten M. und V., die gegen die Operation erhobenen Einwände zu entkräften suchend, dieselbe, und zwar die möglichst bald nach dem Auftreten der unschwer zu diagnosticirenden Perforation auszuführende, so fern nicht der Pat. im Collaps liegt, oder bereits ein hochgradiger Schwächezustand besteht.

Kramer (Glogau).

14) **Schneider.** Untersuchungen über die Salzsäuresekretion und Resorptionstüchtigkeit der Magenschleimhaut bei den verschiedenen Magenkrankheiten und anderweitigen Krankheitszuständen.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVIII p. 1 u. 243.)

In dieser Arbeit, die ja auch für den Chirurgen großes Interesse hat, wird über die Untersuchungsergebnisse von mehr als 500 verschiedenen Pat. mit weit über 1000 Einzeluntersuchungen aus der Züricher medicinischen Klinik von Prof. Eichhorst berichtet. Als Reagens auf Salzsäure wurde immer neben Kongorothpapier die Phloroglucin-Vanillinprobe nach Günzburg angewandt. Eine einfache Methode, die verschiedenen Grade des Salzsäuregehalts des Magensaftes zu bestimmen, wird genauer beschrieben, eben so der Gang der Untersuchung auf Resorptionstüchtigkeit der Magenschleimhaut.

Bei 127 an Magenkrebs Leidenden bestand in 89,8 % Anacidität, bei den Übrigen normale, verminderte, nur in einem Falle Hyperacidität. Die Untersuchung der Resorptionstüchtigkeit der Magenschleimhaut bei Magencarcinom führte zu keinen greifbaren Resultaten. Bei rundem Magengeschwür fand sich nur in 36,8 % Anacidität, in den übrigen normale, verminderte oder (noch nicht $\frac{1}{5}$) vermehrte Salzsäureausscheidung. Trotzdem steht Verf. nicht an, auf Grund verschiedener, hier nicht genauer wieder zu gebender Überlegungen eine vermehrte Salzsäureproduktion bei Magengeschwür als die Regel, Anacidität als die Ausnahme zu betrachten. Bei Carcinomen gehört das Schwinden der HCl zu den Frühsymptomen, beim Geschwür erhält sich die charakteristische Salzsäurereaktion bis nahe ans Ende. Weiterhin wurde auch noch die Acidität bei anderen Erkrankungen sowohl des Magens wie der übrigen Organe geprüft und dabei gefunden, dass dieselbe auf alle Magen- und Allgemeinerkrankungen sehr empfindlich reagire. Immerhin geht doch aus der Arbeit hervor, dass das Fehlen der Salzsäure im Mageninhalt,

wenn die Diagnose zwischen Geschwür und Carcinom schwankt, weit mehr für letzteres spricht.

Leider fehlt bei vielen der zur Untersuchung herangezogenen Fälle die Bestätigung der klinischen Diagnose durch die Sektion.

Pels Leusden (Göttingen).

15) **C. Bayer.** Ein sehr einfaches Verfahren, einen gut schließenden Anus praeternaturalis bei Kolostomie herzustellen.

(Prager med. Wochenschrift 1897. No. 8.)

B.'s Modifikation besteht in der Schnittführung und in der Naht. Der Laparotomieschnitt soll schräg durch die Bauchwand gehen, so dass die Incision, welche das Bauchfell spaltet, wohl parallel dem Hautschnitt, aber im Niveau mindestens um 2—3 Querfinger höher zu liegen kommt. Die vorgezogene Schlinge des S romanum wird erst mit Bauchfell umsäumt, dann mit dem Wundrand der Bauchmuskulatur vernäht. Nachdem vor Eröffnung des Darmes der größte Theil der Wunde geschlossen ist, wird der noch offene Theil mit Jodoformgaze ausgestopft, dann der Darm eröffnet und erst nach Entleerung der Kothmassen und Reinigung der Darmwand an die Haut angenäht. Die näheren Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden.

B., der seinem Verfahren große Schnelligkeit in der Ausführung und gute Verschlussfähigkeit des Kunstafters nachrühmt, hat dasselbe in 2 Fällen erprobt. Der eine Kranke starb 4 Tage post op. an Erschöpfung; im andern Falle hat der After bis zum Tod fast 6 Monate lang gut funktioniert.

Jaffé (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

16) **Sorel et Lannelongue.** Sur l'action physiologique et pathol. des rayons X.

(Compt. rend. de l'Acad. des sciences 1897. No. 15.)

Während sich die Applikationen dieser neuen Erforschungsmethode innerer Organe mehren, und zahlreiche Publikationen französischer Chirurgen über einzelne Erfolge, wie von Péan über verschluckte Geldstücke, Débove u. A., veröffentlicht werden, auf die alle einzugehen zu weit führen würde, steht zur Zeit auch die Frage zur Diskussion, in wie weit die X-Strahlen Gefahren für die Gewebe bei ihrer Anwendung mit sich bringen.

L. berichtet in der Sitzung vom 12. April im Namen von S. über 2 Fälle, in denen die Röntgen-Strahlen tiefe Verbrennungen der Haut hervorriefen. In dem einen Falle gab es einen Abscess, in dem anderen nur Verschorfung. In beiden Beobachtungen befand sich die Crookes'sche Röhre in einer Entfernung von mindestens 20 cm. Es ist möglich, meint L., dass es sich um rein chemische Entzündungen handelte, ohne irgend welche Intervention von Bakterien; leider wurde eine bakteriologische Prüfung nicht gemacht.

L. selbst hat vor 20 Jahren ähnliche Fälle unter eigenthümlichen Umständen durch Sonnenstrahlen gesehen.

Crookes, welcher der Akademiesitzung beiwohnte und seine Beobachtungen in No. 16 der Compt. rend. mittheilt, bemerkt zu derselben Frage, dass die Wirkung der Röntgen-Strahlen individuell sehr verschieden sei. Er selbst konnte stundenlang seine Hände denselben aussetzen, während andere Personen es nicht wenige Minuten vermögen, ohne Erscheinungen von Verbrennung zu verspüren.

A. Henry (Breslau).

17) **B. Kennedy (Glasgow).** On the regeneration of nerves.

(Transactions of the Royal society 1897.)

K. hat in 4 Fällen lange nach der Verletzung die Sekundärnaht der Nerven gemacht und die in die Narbe eingeeilten Nervenenden untersucht. Es waren Schnittwunden des Medianus und Ulnaris und eine Konstriktion durch Narbengewebe nach einer Ellbogenfraktur, alle 3 Nerven umfassend. Die ersten wurden 6 bzw. 3 und 18 Monate später, letztere 2 Monate nach der Fraktur genäht; die Sensibilität stellte sich nach 2—4 Tagen im Gebiet der Nerven ein und war bald ganz normal, die Motilität sehr langsam und natürlich sehr unvollkommen, woschon Atrophie der Muskulatur eingetreten war. Aus den mitgetheilten histologischen Details seien folgende Befunde hervorgehoben: Beide Enden, das centrale wie das periphere, enthalten Bündel von jungen Nervenfasern. Die Fasern bestehen aus einem Achsencylinder inmitten einer hellen, scharf abgegrenzten Zone, welche myeline Körner enthält; an der Peripherie der Faser liegen spindelförmige Kerne. Das Nervennarbengewebe, das keine Leitung unterhielt, bestand aus dicht verfilstem Bindegewebe mit eingeschlossenen jungen Nervenfasern. In den vom Callus erwürgten Nerven fand Verf. alle Stadien des Ersatzes der Markscheide und des Achsencylinders durch junge Fasern, deren Bündel etwas breiter waren als die alte Markfaser und eine sarte Scheide hatten. Das centrale Ende zeigte normale Struktur.

K. hält sich zu folgenden Schlüssen berechtigt: 1) Es giebt keine aufsteigende Degeneration nach der Unterbrechung einer Nervenbahn im Sinne Krause's. 2) Der Achsencylinder und die Markscheide sind im peripheren Segment und im Endstück des centralen Theiles zerstört. 3) In beiden Enden entwickeln sich junge Nervenfasern, auch ohne dass jene in Zusammenhang stehen. 4) Diese jungen Fasern entstammen dem Protoplasma innerhalb der Schwann'schen Scheide. Der centrale Antheil desselben wird zum Achsencylinder, während Mark in Tropfen ringsumher abgelagert wird. 5) Erst mit der Wiederherstellung der Nervenleitung tritt die Weiterentwicklung der Fasern ein, welche letztere inzwischen bis zu einem (4—18 Monate in diesen Fällen dauernden) Zwischenstadium vorgebildet sind.

J. Sternberg (Wien).

18) **M. J. Moltschanow.** Venenerkrankung nach Affektion der peripheren Nerven.

(Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiatren an der Moskauer Universität Sitzung vom 14. Februar 1897.)

Bei einem 56jährigen Offensetzer entstanden nach Erkältung starke Schmerzen im Gebiet des rechten Nervus ulnaris, die später bis zum Schulterblatt sich ausbreiteten; nach einer Woche wurden der Kleinfinger und der Hypothenar pelzig. Einige Tage später entstanden Venenerweiterungen über dem Handgelenk (Vena basilica) und über dem Metacarpus V, ohne Ödem und Cyanose. Nach 3 Wochen erschienen Knäuel erweiterter Venen auf der Ulnarseite des Vorderarms, besonders am Ellbogen; diese Knäuel waren sehr schmerzhaft und beschränkten sich Anfangs auf das anästhetische Gebiet. Gleichzeitig begann Atrophie des 3. und 4. Musculus interosseus. Im Verlauf der nächsten Woche entstanden in mehreren Venen Thromben. Der rechte Vorderarm war um 6 cm im Umfang größer als der linke. Um diese Zeit deutliche Symptome von Neuritis Nervi ulnaris et mediani; es begann Abmagerung der Handbeuger, am ulnaren, später auch am radialen Rande des Vorderarms traten Hautblutungen auf.

Die sphygmographische Kurve der rechten Arteria radialis höher als der linken. Zur Zeit des Vortrags ist die Neuritis und Venenerweiterung geringer

geworden. — In der Litteratur fand M. nur 3 ähnliche Fälle: 1 von Potain, 2 von Lapinskij. — Verf. schließt aus dem raschen Entstehen sklerotischer Veränderungen der Venen auf direkten Einfluss der Nerven auf den Bau der Gefäßwand und auf die Ernährung des Gefäßendothels (pathologische Blutungen). Der beschriebene Fall lässt das Vorhandensein sensibler Nerven in der Venenwand vermuthen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) Casse. Note au sujet des paralysies post-chloroformiques.

(Bulletin de l'acad. royale de méd. de Belgique 1897. No. 2.)

C. beobachtete 3 Fälle von Lähmungen nach Chloroformnarkosen:

1) Mädchen von 22 Jahren mit Tuberkulose der Tibia. Es kamen 100 g Chloroform zur Verwendung. Dauer der Narkose $\frac{3}{4}$ Stunde. Nach dem Erwachen zeigte sich Lähmung der linken Gesichtshälfte, welche nach 1 Monat von selbst heilte.

2) Junge von 14 Jahren mit Osteomyelitis der Fußwurzel. Chloroformmenge 30 g, Dauer der Narkose $\frac{1}{2}$ Stunde. Nach dem Erwachen Lähmung des linken Vorderarms, Extensoren paralytisch, Flexoren paretisch. Heilung ohne therapeutische Mittel in 3 Wochen.

3) Im 3. Falle war der linke Arm gelähmt. Genauere Angaben fehlen.

Im Falle 1 musste, als die Lähmung kaum geheilt war, d. h. 1 Monat nach der 1. Operation, nochmals chloroformirt und operirt werden; dies Mal blieb die Lähmung aus.

C. bespricht die bisherigen Publikationen über Lähmungen nach Narkosen mit Chloroform. Er meint, die Drucktheorie von Büdinger reiche nicht aus. Man müsse die Ursache manchmal in der Beschaffenheit des Chloroforms, in anderen Fällen in dem jeweiligen Zustand des Kranken, relativer Schwängerung des Blutes mit Toxinen etc., suchen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

20) G. d'Urso. Über einen Fall von Impftuberkulose der Haut.

(Policlinico 1896. November 1.)

Der vorliegende Fall betraf einen pathologischen Anatom, der sich, während er mit dem Studium der Tuberkulose der Vögel und Säugethiere beschäftigt war, eine leichte Epithelabschilferung am rechten Handrücken zugezogen hatte. Im Verlauf eines Monats bildete sich an der Stelle dieser kleinen Verletzung ein kleines, hartes, langsam wachsendes ulcerirendes Knötchen in entzündeter infiltrirter Umgebung. Im weiteren Verlauf traten eine Reihe von Knötchen im Unterhautzellgewebe der Hand und des Vorderarmes auf, ebenfalls auf der Dorsalseite; zwischen den Knötchen hier und da leicht infiltrirte Stränge. Keine Lymphdrüsenanschwellung, keine Ödeme. Klinische Diagnose: Leichtentuberkel mit Lymphangitis chronica. Nach Exstirpation sämmtlicher krankhafter Herde, einschließlich größerer Venenstücke, entstanden noch ähnliche Knötchen am Oberarm, die ebenfalls extirpirt wurden. Seitdem völlige Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte im Bereich des primären Herdes an der Hand zahlreiche typische Tuberkel in der Haut mit epitheloiden Riesenzellen, nebst reichlicher kleinzelliger Infiltration; in den tieferen Schichten der Haut die Tuberkel zu größeren Knötchen vereinigt, auch die Schweißdrüsen an vielen Stellen mit Tuberkeln besetzt. Die Blutgefäße zeigten Infiltration ihrer Gefäßscheide; an manchen Stellen ist eine Vene in ein Knötchen mit einbezogen, so dass die Infiltration bis unter das Endothel reicht. Lymphräume ebenfalls infiltrirt. Keine Zeichen von Verkäsung oder Coagulationsnekrose. Die histologische Untersuchung der extirpirten Knötchen vom Arm ergab dasselbe Resultat. Die kleineren Venen bieten deutliche Zeichen von tuberkulöser Peri-, Meso- und Endophlebitis. Die Adventitia ist stark mit Leukocyten, spärlich mit epitheloiden Zellen durchsetzt. Diese Infiltration dringt in manchen Schnitten bis zur Intima vor; dadurch wird die Gefäßwand immer dicker, so dass schließlich ein typischer Tuberkel von der Venenwand nach innen vorspringt, der die Lichtung erheblich verengt. Bei der bakteriologischen Untersuchung konnten weder Tuberkelbacillen noch andere Mikroorga-

nismen durch die verschiedenen Färbemethoden nachgewiesen werden; eben so waren Kulturversuche negativ. Auch die Thierexperimente fielen im Wesentlichen negativ aus; keine Verkäsung oder sonstige Zeichen von Tuberkulose zu finden.

Trotz des negativen Ausfalls der bakteriologischen Untersuchung und der Thierversuche zweifelt Verf. nicht an der tuberkulösen Natur der Erkrankung. Zur Erklärung des auffallenden Resultats nimmt er an, dass es sich entweder um eine künstlich verminderte Virulenz gehandelt hat, oder dass die Quantität des eingebrachten Virus sehr gering war. Auch das Fehlen der käsigen Degeneration ist in diesem Sinne zu deuten. Interessant an dem Falle ist ferner noch der Befund der tuberkulösen Venenaffektion, so wie das Fehlen der Betheiligung der Lymphdrüsen; das letztere erklärt sich aus dem langsamen Vordringen des Processes.

H. Bartsch (Heidelberg).

21) Delelienne. Plaie du cerveau par projectile de petit calibre.

(Arch. méd. Belges 1896. November.)

Ein Grenadier setzte sein geladenes Gewehr zu Boden; in diesem Augenblick ging der Schuss los und das Geschoss drang rechterseits in die Schläfe etwas nach hinten von der Sutura coronaria, etwas oberhalb der Schuppennaht zwischen Os parietale und temporale. Der Ausgang befand sich noch rechts von der Sutura sagittalis, etwa 2 cm hinter der Sutura coronaria. Das Geschoss musste somit den Lobus frontalis des Großhirns durchbohrt haben. An der Ausgangsöffnung mussten zahlreiche Splitter und vorgefallenes Hirn entfernt werden. Es sind keinerlei motorische noch sensible Störungen aufgetreten. Pat. war nur 1—2 Stunden lang nach der Verletzung bewusstlos. Reaktionsloser Verlauf. Heilung.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

22) Scheier. Zur Anwendung des Röntgen'schen Verfahrens bei Schussverletzungen des Kopfes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 40.)

Bei einem 27jährigen Pat., welcher vor 5 Jahren einen Teschingschuss in den Kopf erhalten hatte, wurde mittels der Röntgen-Strahlen der Sitz des Geschosses genau bestimmt. Dasselbe saß, was praktisch bedeutsam, an einer anderen Stelle, als sie ursprünglich vermuthet wurde; hätte seiner Zeit bereits eine Röntgen-Aufnahme stattfinden können, so wäre auch eine früher vorgenommene, auf irriger Diagnose des Sitzes beruhende Operation unterblieben.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

23) Dupont. Fracture de la base et de la voûte du crâne par coup de feu; recherche du projectile dans le cerveau; guérison.

(Bulletin de l'acad. royale de méd. de Belgique 1896. No. 11.)

Ein Unteroffizier schoss sich in selbstmörderischer Absicht ein Revolvergeschoss in den Mund. Dasselbe durchbohrte den harten Gaumen in seiner Mittellinie entsprechend dem 1. Mahlzahn, drang durch die Schädelbasis, durchbohrte das rechte Großhirn und zerschmetterte das Schädeldgewölbe, wo etwa 1 cm nach rechts neben der Sutura sagittalis, ein wenig nach vorn von der Verbindungslinie beider Ohren, sich im Seitenwandbein eine kleine Öffnung befand. Die Blutung aus Nase und Mund war stark, der Kopf musste tief gelagert werden, um Erstickung zu vermeiden; Pat. hatte das Bewusstsein nicht verloren. Am Schädel war die Regio fronto-parietalis dextra mit einer großen Blutbeule bedeckt. Pat. erklärt auf Befragen, dass das Geschoss in die Decke seines Zimmers hineingefahren sei. Es stellte sich jedoch heraus, dass es im Gehirn saß. Als nämlich die Öffnung oben auf dem Schädel freigelegt, die Knochensplitter und das vorgefallene Gehirn entfernt waren, fühlte man in der Hirnmasse das Geschoss, das sich leicht extrahiren ließ. Es war sehr deformirt und wog 14 g; es war das Projektil eines »Revolver d'ordonnance«. Nach sorgfältiger Reinigung der Wunde wurde ein Jodoformgazeverband gemacht. Zum Gurgeln wurde Bor und Myrrhe

in Lösung angewendet. Reaktionsloser Verlauf. Die Öffnung im Gaumen entleerte lange Zeit Liquor cerebrospinalis. In hohem Grade auffallend ist, dass keinerlei motorische und intellektuelle Störungen beobachtet wurden, obgleich das Geschoss den anterolateralen Theil des Großhirns von unten nach oben durchbohrt hatte. — Nach Exstruktion der Splitter und Glättung der Knochenwunde im Schädeldach war dort eine Lücke von 5-Markstückgröße entstanden, die Anfangs mit einer Aluminiumplatte, später durch plastische Deckung verkleinert wurde. Heilung. E. Fischer (Straßburg i/E.).

24) K. Rychliński. Einige Fälle von Neubildungen des Gehirns.
(Medycyna No. 1 u. 2.)

Aus der vom Verf. mitgetheilten Kasuistik sind besonders folgende 2 Fälle erwähnenswerth:

1) Ein 9 Monate altes Kind litt seit 4 Monaten an epileptiformen Krämpfen; die Untersuchung bot alle Merkmale eines Hydrocephalus dar. Die Lendenpunktion förderte 30 ccm einer wasserklaren Flüssigkeit zu Tage, während bei der nach einigen Tagen ausgeführten Ventrikelpunktion eine eiterähnliche Flüssigkeit heraus sickerte. Die mikroskopische Untersuchung der letzteren ergab keine Eiterkörperchen, sondern bloß zahlreiche mit einander verfilzte Fibrillen; die bakteriologische Untersuchung gewährte ein negatives Resultat. Da ein Erweichungsherd angenommen wurde, machte Raum etwas nach rechts von der großen Fontanelle die Trepanation und eröffnete eine etwa hühnereigroße Höhle, aus welcher sich $\frac{1}{4}$ Glas einer weißlichen, dicken, sähen Flüssigkeit ergoss. Das Kind starb nach 3 Tagen. Die Sektion ergab im rechten Schläfenlappen eine ovale hühnereigroße, von derbem Bindegewebe umgebene Höhle. Die Innenwand derselben uneben, wie mit Sand bestreut. Die mikroskopische Untersuchung der Höhlenwand ergab, dass dieselbe aus 2 Schichten bestand, und zwar einer bindegewebigen und einer zweiten, welche neben zahlreichen runden und elliptischen Zellen auch noch Rudimente von Nervengewebe enthielt. Nach der Ansicht des Verf. dürfte es sich hier um den äußerst seltenen Fall von Zerfall eines angeborenen Glioms gehandelt haben.

Der 2. Fall betraf einen 33jährigen, hereditär nicht belasteten Mann, welcher vor einigen Wochen einen heftigen Schlag auf den Kopf erhalten hatte. Die hierdurch entstandene Hautwunde war anstandslos geheilt, es stellte sich jedoch eine zunehmende Schwäche der geistigen Fähigkeiten ein. Es wurde an der Stelle der vernarbten Hautwunde trepanirt und im Stirnlappen eine zahlreiche Gerinnsel enthaltende Höhle bloßgelegt. Räumung derselben mittels scharfen Löffels. Verband. Glatte Heilung und langsame Wiederkehr der psychischen Funktionen.

Trzebiicki (Krakau).

25) W. Szumlański. Ein Kalkkonkrement im äußeren Gehörgang.
(Gazeta lekarska 18.)

Verf. berichtet im Anschluss an die Fälle von Barth und Besold über folgenden eigenen Fall:

Eine 23jährige Dame leidet seit ihrer Kindheit an Ohrenfluss; vor Jahresfrist hat sie mit einer Haarnadel im Gehörgang einen harten Körper verspürt. Die Behandlung des Ohrenleidens hat sich stets ausschließlich auf die Einführung von Watte in den Gehörgang beschränkt. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein eines harten beweglichen Fremdkörpers, welcher mit Leichtigkeit mittels Pincette entfernt werden konnte. Derselbe präsentirte sich als ein etwas abgeflachter, $1\frac{1}{2}$ cm hoher, an der Basis etwa 1 cm im Durchmesser betragender Kegel. Der der Ohröffnung zugekehrte Theil war dunkelbraun und hart, der mediale dagegen hellgelb und etwas weicher. Das Ohr selbst bot das Bild einer chronischen Otitis media mit Perforation des Trommelfells dar. Die genaue Untersuchung des Fremdkörpers ergab, dass es sich um ein Wattenbüschchen handelte, in dessen Maschen und an dessen Oberfläche sich reichlich Kalksalze, wahrscheinlich dem cariösen Eiter entstammend, imprägnirt hatten.

Trzebiicki (Krakau).

26) J. Lémaitre. Un cas d'oesophagotomie externe.

(Gaz. méd. de Paris 1896. No. 49.)

Die Beobachtung betrifft ein Kind von 6 Monaten, welches eine Brosche verschluckt hatte. Sonderbarerweise waren bedrohliche Erscheinungen erst am 14. Tage aufgetreten. An diesem Tage wurde die äußere Ösophagotomie nothwendig und gemacht. Dieselbe hatte Erfolg.

A. Henry (Breslau).

27) J. Kosiński. Über Ösophagotomie.

(Medycyna 1897. No. 9 u. 10.)

Ein 4jähriger Knabe hatte einen Uniformknopf verschluckt, worauf sich heftiges Würgen und Husten so wie behindertes Schlucken einstellten. Mit der Zeit besserte sich jedoch der Zustand so weit, dass das Kind wenigstens flüssige Nahrung, wenn auch nur mit großer Mühe, zu sich nehmen konnte. Da das Kind jedoch hierbei wesentlich an Kräften verfiel und beständig über Schmerzen in der Magengrube klagte, suchten die Eltern desselben am 38. Tage nach dem Unfalle die Klinik des Verf. auf. In Chloroformnarkose konnte man mit Leichtigkeit den Knopf durch die Haut hindurch unmittelbar über dem Manubrium sterni in der Speiseröhre fühlen. Es wurde die äußere Ösophagotomie ausgeführt, der Ösophagus oberhalb des Fremdkörpers über dem Knopf einer Trousseau'schen Sonde eröffnet und der Knopf mit Leichtigkeit mittels einer Polypenzange entfernt. Die Schleimhaut des Ösophagus erwies sich trotz des langen Verweilens des Knopfes in demselben fast ganz normal. Kompletter Verschluss der Ösophaguswunde und theilweiser der Hautwunde mittels Naht. Vollständige, glatte Heilung.

Trzebicki (Krakau).

28) Kleinwächter. Die Erfolge der internen Behandlung der in den Jahren 1874—1889 in der Breslauer medicinischen Klinik (weiland Prof. Biermer) beobachteten Fälle von Perityphlitis.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. Hft. 5.)

K. untersucht sich der dankenswerthen Aufgabe, an einem großen, völlig nach denselben Grundsätzen behandelten Material gegenüber der jetzt enthusiastisch gepriesenen chirurgischen Therapie zu zeigen, was denn die innere Medicin auf beregtem Gebiet geleistet.

Es wurden 147 Kranke der strengen Opiumbehandlung unterworfen. Von diesen starben in der Behandlung 5,5%; geheilt oder gebessert entlassen wurden 94,5%. Von 84 ließen sich Nachrichten über das weitere Ergehen einziehen, welche ergaben, dass bei 21 Recidive eintraten, alle, mit Ausnahme 1, in den ersten 2 Jahren. 2 Kranke erlagen den späteren Recidiven.

Es gingen also im Ganzen 10 Personen unter den 147 Kranken an Perityphlitis zu Grunde, gewiss ein günstiges Resultat. (Unter den in der Rubrik »Peritonitis ex perforatione proc. vermif.« aufgeführten 13 Kranken starben 4; die anderen heilten, obwohl die Diagnose auf Peritonitis, in mehreren Fällen sogar auf diffuse Peritonitis gestellt war. Es lässt sich nach den ganz kurzen Notizen in der Tabelle nicht beurtheilen, wie weit wohl die Diagnose Peritonitis und diffuse Peritonitis in diesen Fällen vor einer strengen Kritik bestehen kann. Ref.)

Häckel (Stettin).

29) Talamon (Paris). Appendicite et péritonisme hystérique.

(Méd. moderne 1897. No. 24.)

Im Anschluss an einen diesbezüglichen Vortrag von Rendu erinnert T. an seine schon vor 6 Jahren gemachten Ausführungen und giebt 3 Krankengeschichten von seinen seither beobachteten Fällen. Einfache Appendixkoliken oder solche mit Appendicitis parietalis compliciren sich bei hysterischen Personen, besonders Frauen, gelegentlich mit nervösen Symptomen, die vollständig das Bild einer schweren diffusen Peritonitis geben können. Die Operation erwies sich in solchen Fällen als unnöthig, wirkte gelegentlich aber psychisch; in anderen Fällen blieb auch dieser Effekt aus. T. kurirte einen Kranken mit der Drohung: »ihm

den Bauch aufzuschneiden«. Man muss daher nicht unterlassen, den Allgemeinzustand zu untersuchen und auf hysterische Stigmata zu fahnden.

Roesling (Hamburg).

30) C. Gerhardt. Perityphlitis mit Rückfällen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. Hft. 3.)

Ein 31jähriger Mann war wegen mehrfacher Recidive von Perityphlitis operirt worden; dabei hatte sich ein Abscess gefunden; vom Wurmfortsatz war ein Stück mitsammt einem Stein entfernt. 14 Monate später neues Recidiv mit Anschwellung und geringem Fieber. Heilung unter Opiumbehandlung. **Häckel** (Stettin).

31) Lauenstein. Erfahrungen über Perityphlitis.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. Hft. 3.)

1) 3 Fälle (von Appendicitis simplex medikamentös-diätetisch behandelt. Alle geheilt.

2) 3 complicirte Fälle, operativ behandelt; 2 gestorben (Abscess nach Blase und Dünndarm hin perforirt. — Ausgedehnte Adhäsionen und etwas Eiter. — Abscessbildung und Ikterus).

3) 4 Fälle von Perforation in die freie Bauchhöhle: alle gestorben.

4) 15 Fälle von Abscess, durch Eröffnung behandelt. Alle geheilt, manche erst nach wiederholter Operation. Probepunktion lieferte oft gute Dienste. In keinem dieser Fälle wurde nach dem Wurmfortsatz gesucht; die Erfahrung lehrt, dass auch beim Zurücklassen desselben dauernde Heilung eintreten kann.

5) 12 Fälle chronischer Appendicitis, mit Laparotomie und Exstirpation behandelt. Alle geheilt, bei zweien traten später wieder Beschwerden ein.

Häckel (Stettin).

32) Le Dentu. Traitement chirurgicale des perforations spontanées d'estomac. Considérations sur la chirurgie symptomatique de l'abdomen.

(Revue internat. de thérapeut. et pharmacol. 1897. No. 5.)

Mittheilung eines Falles von Perforation des Magens an seiner Vorderfläche, dicht am Pylorus. Da die Öffnung unter der Leber lag und durch die Adhäsionen fixirt war, so konnte eine Naht nicht angelegt werden. Einführen von Tampons bis zu der Stelle. Trotzdem ferner die Operation 26 Stunden nach erfolgter Perforation gemacht wurde, trat glatte Heilung ein.

Von wesentlichem Einfluss auf einen günstigen Erfolg ist eine exakte Diagnose und frühzeitige Operation. Da die beiden Hauptsymptome, der initiale, plötzliche Schmerz, das Verschwinden der Leberdämpfung unter Umständen fehlen können, so sind die Erscheinungen von Seite des Pulses, der Respiration, des Allgemeinbefindens genau zu beachten, wenn Vermuthung auf eine Perforationsperitonitis vorliegt. In zweifelhaften Fällen ist lieber einzugreifen, als den besten Augenblick zu verpassen. Die besten Erfolge ergeben die Eingriffe in den ersten 10—15 Stunden. Nach 3—4 Stunden kann man annehmen, dass der erste Shock vorbei ist, in dem man nicht operiren soll. Kann die Öffnung nicht genäht werden, so ist die Umgebung, nicht die Öffnung, mit Gaze zu tamponiren. Das Anheben der Umgebung der Perforation an die äußere Wand wird verworfen. War das kleine Becken voll Flüssigkeit, so ist dasselbe zu drainiren. Die Operation muss so schnell wie möglich gemacht werden.

Borchard (Posen).

33) Rémy et Jeanne. Perforation du caecum par une épingle. Typhlite et perityphlite. Appendicite secondaire.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 461.)

Bei dem 44jährigen Pat. wird die Laparotomie gemacht, weil man eine eitrige Entzündung des Wurmfortsatzes bei ihm diagnosticirt hatte. Der Wurmfortsatz war aber gesund, dagegen befand sich an der anderen Seite des Blinddarms in der rechten Fossa iliaca eine harte adhärente Geschwulst, die gelb-

lichen Eiter und eine geschwärzte Stecknadel enthielt. Die Perforationsstelle konnte nicht gefunden werden. Es trat keine Besserung ein: vielmehr Erbrechen, Meteorismus, Schmerzen, und Pat. stirbt, als er eben zum zweiten Male laparotomirt werden soll, auf dem Operationstisch. Bei der Sektion fand sich das tragische Ergebniss, dass ein zurückgelassenes Stück Verbandgaze die neue Entzündung bewirkt hatte.

Dumstrey (Leipzig).

34) **M. S. Gesselewitsch und R. C. Wanach.** Über operative Behandlung der Perforationsperitonitis bei Unterleibstypus.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 3.)

Verff. beschreiben 5 eigene Fälle. 1) Mann von 36 Jahren, schwerer Typhus mit Darmblutungen, Perforation im Anfang der 4. Woche, nach 12 Stunden operirt, jauchige Peritonitis, 2 Perforationsöffnungen, 22 cm Darm resecirt, Tamponade des Bauchraums, Hautwunde zum Theil genäht; Tod nach 2 Tagen. 2) 24jähriger Mann, Typhus mittelschwer, Perforation 3. Woche, operirt nach 17 Stunden, seropurulente Peritonitis, 1 Öffnung; 30 cm Darm resecirt, Tamponade, Wunde zum Theil genäht; Tod nach 7 Tagen (Pneumonia catarrhalis). 3) 19jähriger Mann, schwerer Typhus, Perforation in 5. Woche, nach 5 Tagen operirt, Peritonitis progr. fibrinopurulenta, Öffnung nicht gefunden, Nachbehandlung wie oben. Tod nach 3 Tagen (1 Öffnung). 4) 27jähriger Mann, leichter Typhus, Perforation am 14. Tage, nach 24 Stunden operirt; seröse Peritonitis, 1 Öffnung gefunden, 30 cm resecirt, Tamponade, Bauchwunde nicht genäht, Tod nach 8 Tagen an Inanition. 5) Mann von 28 Jahren, schwerer Typhus, am 13. Tage Perforation, nach 13 Stunden operirt, 1 Öffnung excidirt und genäht; Tamponade der Bauchhöhle, Hautwunde nicht genäht. Tod nach 3 Tagen. — Im Gegensatz zu anderen Autoren beobachteten G. und W. nach der Perforation nicht Fallen, sondern Steigen der Temperatur mit Schüttelfrost in einigen Fällen. Was die Behandlung betrifft, so stellen die Verff. 65 sicher diagnosticirte Fälle mit 12 Heilungen zusammen und sprechen sich für die Operation (womöglich Resektion = Entfernung alles Kranken) aus.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

35) **Klemm.** Einklemmte Hernie und Lungeninfarkt.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Ein seit 4 Tagen eingeklemmter Leistenbruch wird operirt; ein Schnürring grau verfärbt mit strohgelben Streifen; deshalb die gangränöse Stelle bis auf die Schleimhaut umschnitten, die Lücke durch Übernähung der Serosa gedeckt. Vom 4. Tage ab blutig-schleimiger Auswurf und alle Zeichen eines Lungeninfarktes. Heilung.

K. schließt sich der von Pietrizikowsky gegebenen Erklärung an, dass es sich um Embolien von den thrombosirten Gekrösgefäßen her in die Lungen handle, wenn er auch die Schwierigkeit nicht anerkennt, die darin liegt, dass dabei die Embolien die Leber auf dem Wege des Pfortaderkreislaufes passieren müssten, ehe sie ins Herz gelangen können.

Häckel (Stettin).

36) **A. v. Bergmann.** Über einen Fall von Hernia diaphragmatica incarcerata.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1896. No. 48.)

Ein 29jähriger Mann erhielt mehrere Messerstiche in die Brust, welche heilten. 7 Wochen später, nach Heben einer schweren Last, Einklemmungserscheinungen, Erguss in die linke Pleura. Diagnose: eingeklemmte Hernia diaphragmatica. Nach Rippenresektion und Eröffnung der Pleura plötzlicher Tod. Bei der Sektion findet sich in der linken Zwerchfellhälfte ein 8 cm weites rundliches Loch, durch welches der größte Theil des Magens mit einem Theil des Netzes durchgeschlüpft war. Todesursache war wohl neben der schweren Störung des Allgemeinbefindens der durch die Operation akut entstandene Pneumothorax. Vielleicht ist es besser, die eingeklemmten Zwerchfellbrüche von der Bauchhöhle aus anzugreifen.

Häckel (Stettin).

37) **G. H. Nable.** A remarkable case of ventral hernia cured by a flap operation.

(Amer. med.-curg. bull. 1896. No. 25.)

Verf. beschreibt die Operation einer sehr ausgedehnten Hernie in der Linea alba, bei der sich die Bruchpforte vom Processus ensiformis bis zum Nabel erstreckte. Einen dauernden Verschluss dieser großen Öffnung ersielte N., indem er nach Eröffnung des Sackes und Reposition der Eingeweide zunächst eine Bauchfellnaht machte. Dann schnitt er aus den beiden Seiten der vorderen Scheide der Recti, also aus den Aponeurosen des Obliquus externus und internus, einen halbmondförmigen Lappen, deren Basis an der medianen Seite fest aufliegen blieb. Die Lappen wurden nun nach innen umgeklappt und deckten so wie zwei Flügelthüren den ursprünglichen Defekt. Über ihnen wurden die Recti durch Katgutligaturen, die um die ganzen Muskeln stumpf herumgeführt wurden, fest verschnürt.

Frentzel (Berlin).

38) **M. J. Rostowzew.** Zur Frage über die Schusswunden des Magens und ihre Behandlung.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 3.)

Die 26jährige Kranke schoss sich ein Revolvergeschoss durch die Brust. Einschussöffnung im 7. Interkostalraum mitten zwischen Lin. parasternalis und mam-millaris. Geringe Blutung. Kein Husten, kein Erbrechen; Unterleib schmerzlos. Am 3. Tage Asphyxiesymptome. Am 4. aus der linken Pleura 360 ccm Blut mit Dieulafoy entfernt, am 5. noch 320 ccm. Am 6. sickert aus der Wunde stinkende blutige Flüssigkeit, und werden 150 ccm davon durch Punktion entleert. Pleurotomie, noch 700 ccm jauchige Flüssigkeit entfernt. Tod am 8. Tage. Sektion: Das Geschoss ging durch den vorderen Reservepleuraraum, durch Zwerchfell u. Magen (2 schon vernarbte Wunden im oberen Theil desselben, geringe Blutgerinnsel u. Fibrinablagerungen auf der Serosa), durch die Zwerchfellekuppel, den unteren Lappen der linken Lunge, serschnitterte die 5. Rippe u. blieb im Rücken sitzen. — B. unterwirft darauf 90 Schusswunden des Magens einem genauen Studium und theilt sie in 3 Gruppen: Wunden des Magens und anderer Unterleibsorgane (20 Fälle, 6 geheilt); des Magens allein (17 Fälle operirt, 13 geheilt; 35 konservativ behandelt, 27 geheilt); endlich des Magens und der Brusthöhle mit deren Organen (7 operirt, 2 geheilt; 18 nicht operirt, 6 geheilt). Zum Schluss spricht sich R. für konservative Behandlung der Wunden des Magens aus, die mit Brustraumverletzungen complicirt sind.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

39) **Neumann.** Über multiple Dermatomyome.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Die Hautmyome sind nach dem bisher in der Litteratur vorliegenden Material so selten, dass noch jeder Fall veröffentlichtenwerth ist. Der vom Verf. beobachtete Fall gehört zu den multiplen oberflächlichen Myomen, wie sie zuerst Besnier beschrieben hat; die schrotkorn- bis kleinerbsengroßen Knötchen — leicht erhaben, theils rund, theils elliptisch, glatt, an der Peripherie lichtbraun, im Centrum heller, scharf begrenzt, in die Haut eingesprengt, — fanden sich bei einer älteren Frau an Arm und Rücken. Die lebhaften Schmerzen, über welche einzelne dieser Kranken zu klagen haben, fehlten bei N.'s Pat. Die mikroskopische Untersuchung ergab das typische Bild der glattfasrigen Myome; der Ausgangspunkt der Muskelmassen war nicht nachzuweisen, doch meint N. (in Übereinstimmung mit dem Ref.) dass die Arrectores pilorum jedenfalls oft den ursprünglichen Herd der Neubildung darstellen. Differentialdiagnostisch kommen vor Allem Keloide in Frage.

Jadassohn (Bern).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28.

Sonnabend, den 17. Juli.

1897.

Inhalt: Küster, Zur osteoplastischen Exartikulation der Fußwurzel. (Orig.-Mitth.)

1) Nöske, Bacillus pyocyaneus. — 2) Blinda, Osteomyelitis. — 3) Reichenbach, Staphylococcus pyogenes aureus. — 4) Neisser, Diphtheriebacillus. — 5) Zangemeister, Röntgen-Strahlen. — 6) Bruns, Airopaste. — 7) Unna, Paraplaste. — 8) Gruber, Canalis caroticus. — 9) Cicognani, Silberantiseptis. — 10) Gradenigo, Entzündung der Stirnhöhlen. — 11) Danziger, Perichondritis der Nasenscheidewand. — 12) af Forsselles, Tamponade der Nasenhöhle. — 13) Beck, Pyothorax. — 14) Lambret, Spaltung der Nierenkapsel. — 15) Brown, Nierentuberkulose.

G. Th. Walter, Hydroparasalpinx in einer Hernia inguinalis externa. (Orig.-Mittheil.)

16) Guizzetti, Noma. — 17) Péan, Knochenaneurysmen. — 18) Busenius, Maul- und Klauenseuche. — 19) Botey, Entzündung der Stirnhöhlen. — 20) Postnikow, Spina bifida. — 21) Giglio, Teratoma sacro-coccygeum. — 22) Saenger, Basedow. — 23) Stewart und Salinger, Aneurysma der Anonyma. — 24) Kumberg, Polymastie. — 25) Beck, Brustkrebs. — 26) Bogoras, Ähre in den Luftwegen. — 27) Jakowski, Aktinomykose. — 28) Pettavel, Pneumothorax. — 29) Hofmök, Querspalte der Eichel. — 30) Polaria, Penistuberkulose. — 31) Dukeman, Urethrotomia interna. — 32) Witte, 33) Pfeiffer, 34) Kutner, 35) Michailow, Harnsteine. — 36) Zeidler, Nierenzerreißung. — 37) Funke, Nierengeschwülste. — 38) Weber, Nierensteine.

Zur osteoplastischen Exartikulation der Fußwurzel.

Von

Professor Dr. Küster in Marburg.

Unter der Überschrift: »Ein zweckmäßiger Ersatz der Operation Le Fort's« ließ ich im Jahre 1895 einen Aufsatz erscheinen¹, in welchem eine Ersatzoperation der verschiedenen, an der Ferse üblichen osteoplastischen Verfahren beschrieben und der Fall eines nach dieser Methode am 5. März 1895 operirten Kranken mitgeteilt wurde. Der kleine Artikel scheint kaum Beachtung gefunden zu haben, wahrscheinlich weil die Festschrift weiteren Kreisen schwer zugänglich gewesen ist; denn wenn auch Gurlt in dem Virchow-Hirsch'schen Jahresbericht der medicinischen Wissenschaften von 1895 einen

¹ Festschrift zur 100jährigen Stiftungsfeier des medicinisch-chirurgischen Friedrich Wilhelm-Instituts. Berlin 1895.

ausführlichen Auszug seines Inhalts gegeben hat, so ist er doch in dem viel gelesenen Centralbl. für Chirurgie nirgends erwähnt worden. Hieraus erklärt es sich, dass inzwischen ähnliche Operationen beschrieben werden konnten, ohne dass meine Methode genannt worden wäre. So beschrieben Sampirescu und Solomovici² in Jassy ein an der Leiche studirtes Verfahren, nach welchem der Calcaneus horizontal durchsägt und dann zwischen die beiden ihres Knorpelüberzugs entkleideten Knöchel eingepasst wird. Zwei ganz ähnliche Operationen am Lebenden beschreibt in No. 23 dieses Centralblatts von diesem Jahre S. Kofmann in Odessa, deren erste von seinem Lehrer Jusephowitsch erdacht und ausgeführt wurde.

Es giebt mir dies Veranlassung, noch einmal auf die von mir beschriebene Methode hinzuweisen. Sie fällt keineswegs mit den genannten Operationen zusammen; denn während Sampirescu sowohl wie Jusephowitsch den Calcaneus horizontal durchsägen, lege ich besonderes Gewicht darauf, die Gelenkfläche des Fersenbeins der Gelenkfläche der Unterschenkelknochen unmittelbar anzufügen. Man kann die Operation demnach wohl als osteoplastische Exartikulation bezeichnen. Der große Vortheil derselben ist darin zu suchen, dass das Bein eine kaum nennenswerthe Verkürzung erfährt, während genannte Methoden eine nahezu eben so erhebliche Verkürzung erzeugen müssen, wie Le Fort's Operation. Diesen Vortheil aber schlage ich bei Weitem höher an, als irgend einen Nachtheil, der mit der Operation verbunden sein könnte. Einen solchen dürfte man allenfalls darin sehen, dass die sehr unregelmäßigen Gelenkflächen nicht auf einander passen, und dass desshalb eine ziemlich bedeutende Lücke zwischen ihnen bleiben muss. Wir wissen aber aus den Erfahrungen mit dem wegen Verrenkung ausgelösten Sprungbein, dass diese Lücke sich bald ausfüllt. In dem von mir operirten Falle erwuchs denn auch daraus kein Schaden, sondern die beiden Gelenkflächen hielten fest und unverrückbar an einander. Ein späteres seitliches Ausweichen aber ist auch für den Fall, dass nur eine sehr derbe fibröse Verbindung entsteht, dadurch unmöglich gemacht, dass die Gabel der Unterschenkelknochen den oberen Rand des Fersenbeins umfasst.

In Betreff der genaueren Vorschriften für die Operation verweise ich auf meinen ersten Artikel, so wie auf den von Gurlt erstatteten Bericht. Bisher habe ich nicht Gelegenheit gefunden, nach dieser Methode zum zweiten Male zu operiren.

² Nouvelle opération ostéoplastique dans la région tibio-tarsienne. Revue de chir. 1897. No. 2.

1) Nösske. Versuche über die Bedingungen der Farbstoffbildung des *Bacillus pyocyaneus*.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Eine sorgfältige, durch die Exaktheit ihrer Methoden ausgezeichnete Untersuchungsreihe hat N. dem Studium der in den letzten Jahren mehrfach bearbeiteten Frage gewidmet. Werthvoll erscheint namentlich die Benutzung chemisch genau definirter Nährböden. Verf. bestätigt die Angabe anderer Autoren, dass Farbstoffbildung nur bei Austritt von Sauerstoff stattfindet, so wie dass der *Bacillus pyocyaneus* auf den gebräuchlichen Nährböden, so wie auf Serum, Schweiß und Wundsekret Farbstoff zu produciren vermag; dessgleichen, fügt er hinzu, auf Transsudaten, Harn und künstlichen Nährböden von bestimmter chemischer Zusammensetzung. Auf Eiter tritt keine oder nur geringe Farbstoffbildung ein. Die Farbstoffbildung und die Entwicklung des charakteristischen aromatischen Geruchs sind unabhängig von einander. Die Farbstoffbildung geht nicht parallel der Üppigkeit des Wachstums. Je konzentrierter das Nährsubstrat und je üppiger darauf das Wachstum, um so dürftiger die Farbstoffproduktion. Das klinische Urtheil über die Häufigkeit des *Bacillus pyocyaneus* ist nicht sicher, da Farbe und Geruchsentwicklung ganz fehlen können. Das Pyocyanin entsteht synthetisch aus den Spaltungsprodukten der Wund- und Hautsekrete bei Gegenwart von Phosphaten, Magnesium und Schwefel.

Der *Bacillus pyocyaneus* bildet keine morphologischen Varietäten, wohl aber zwei verschiedene Farbstoffe (Pyocyanin und Pyoxanthose) je nach der Verschiedenheit der chemischen Umsetzung des Nährsubstrats.

Hofmeister (Tübingen).

2) Binda. Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'osteomielite da staphilococco.

(Arch. di ortoped. 1897. No. 2.)

Die unter Tavel's Leitung ausgeführten Untersuchungen beschäftigen sich mit dem mikroskopischen Befund an den Knochen, und zwar des unteren Femures von Kaninchen, nach Injektion virulenter Staphylokokken in die Blutbahn. Durch Traumen eine Lokalisation zu begünstigen, wurde absichtlich unterlassen. In den ersten Stadien finden sich bereits Staphylokokken im Blut und in den Kapillaren des Markes und des Knochens, Epiphyse wie Corticalis; bei den Thieren, welche am Leben blieben, nahmen sie im Blut schrittweise ab; bei denen, welche starben, wurden sie zahlreicher. In den späteren Stadien bilden sich Proliferation der Endothelzellen, die Kapillaren thrombosiren, dann erscheinen kleine hämorrhagische Infiltrate, sowohl im Periost, wie der Diaphyse, dem Mark und in der Nähe des Epiphysenknorpels, in der Epiphyse nur bei stärkerer Intensität letzterer. Sie wachsen durch auf- und absteigende Thrombose. Sie soll Anlass zur Sequesterbildung geben. Eine 2. Art von

Herden entsteht, indem die Mikroben die Gefäßwand durchbrechen und ins umgebende Markgewebe selbst gelangen; darauf beruht die Entstehung von Markabscessen beim Menschen ohne Betheiligung des eigentlichen Knochengewebes.

Pagenstecher (Wiesbaden).

3) Reichenbach. Über Immunisirungsversuche gegen *Staphylococcus pyogenes aureus*.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

In einer größeren Reihe von Thierversuchen, welche im Laboratorium der Czerny'schen Klinik angestellt wurden, gelang es R., Kaninchen durch Vorbehandlung mit sterilisirten Kulturen gegen eine sicher tödliche Dosis Bouillonkultur zu schützen, oder wenigstens den Tod zu verzögern. Eine ähnliche Wirkung zeigte das Serum der vorbehandelten Thiere, wogegen eine schützende Wirkung des normalen Blutserums nicht zu konstatiren war.

Hofmeister (Tübingen).

4) M. Neisser. Zur Differentialdiagnose des Diphtheriebacillus.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXIV.)

Für die Differentialdiagnose zwischen dem echten Löffler'schen Diphtheriebacillus einerseits und dem sogenannten Pseudodiphtherie-, Xerosebacillus und den Gruppen von ziemlich dicken und kurzen Streptobacillen andererseits beschreibt N. in der vorliegenden Mittheilung eine vom ihm ausgearbeitete Methode, die an einem überaus reichen Material von Diphtherie- und diphtherieverdächtigen Fällen sich ihm durchaus bewährt hat.

Dieselbe beruht auf folgenden Verhalten.

Die Bacillen von Diphtheriekulturen, die jedoch auf Löffler'schem, bei 100° erstarrtem Rinderblutserum zwischen 34° und 35° (nicht über 36°) im Brutschrank gewachsen sein müssen (Agar- und Bouillonkulturen zeigen diese Erscheinung nicht), mindestens neun Stunden alt sind, aber auch nicht älter als 20—24 Stunden sein dürfen, zeigen bei Färbung mit essigsauerm Methylenblau (1 bis 3 Sekunden), danach Abspülen in Wasser und nachfolgender Tinktion in Bismarckbraun (3—5 Sekunden) blaue Körner im braunen Bacillus, in der Regel 2, an jedem Ende eines. Mitunter kommen auch 3 vor, das dritte dann in der Mitte des Bacillus. Noch mehr Körner in einem Bacillenleib sind Ausnahmen. Diese sogenannten Ernst'schen Körner sind leicht oval und von scheinbar größerem Durchmesser als der Querdurchmesser des Bacillus. Doch genügt nicht das Vorhandensein von Körnchen im Präparat, es ist vielmehr erforderlich, dass man den Bacillus in seiner ganzen Länge und Form deutlich sieht und darin die typischen, eben beschriebenen blauen Körnchen. Diese Doppelfärbung ist nun ein völlig konstantes Merkmal der Löffler'schen Diphtheriebacillen.

Die Zusammensetzung der Färbflüssigkeit ist folgende:

Das essigsäure Methylenblau besteht aus 1 g Methylenblaupulver (Grübler, Leipzig), das in 20 ccm 96%igen Alkohols gelöst wird. Dazu kommen 950 ccm Aqua destill. und 50 ccm Acid. acetic. glaciale. Die Bismarckbraunlösung wird durch Auflösen von 2 g Vesuvium in 1 Liter kochendem destillirten Wasser hergestellt. Filtriren, besonders der letzten Lösung, ist wichtig.

N. warnt zum Schlusse selbst davor, sich zunächst allein auf die Doppelfärbung zu verlassen, bevor seine Angaben auch noch von anderer Seite bestätigt sind. Bis dahin mögen noch die anderen bekannten Differenzirungsverfahren (Wachsthum auf den verschiedenen Nährböden, Lagerung und Aussehen der Bacillen, Säurebildung und Thierpathogenität) herangezogen werden. **Hübener** (Breslau).

5) **Zangemeister.** Die Photographie und Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Z. skizzirt in seinem Vortrag zunächst die physikalischen Grundlagen der Röntgen-Strahlen, um dann zur Schilderung der Technik und der Besprechung ihrer Verwerthbarkeit für Medicin und Chirurgie überzugehen. Bezüglich der Einzelheiten sei aufs Original verwiesen. Dass die Ausführungen des Verf., so weit sie die Technik betreffen, heute nicht mehr durchaus zu Recht bestehen, kann bei der rapiden technischen Vervollkommenung, welche die Röntgen'sche Entdeckung erfahren und tagtäglich noch erfährt, nicht Wunder nehmen.

Nicht unterschreiben kann ich vor Allem das abfällige Urtheil des Verf. über die Verwerthbarkeit des Fluoreszenzschirmes. Bei Verwendung guter Röhren und eines rasch genug arbeitenden Unterbrechers giebt im Gegentheil der Schirm vorzügliche Resultate, welche das photographische Verfahren häufig entbehrlich machen. Speciell für den Nachweis metallischer Fremdkörper, selbst in der Tiefe des Halses und im Kniegelenk, hat mir die Schirmuntersuchung vollkommen ausgereicht.

Hofmeister (Tübingen).

6) **Bruns.** Über den Occlusivverband mit Airolpaste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

B. empfiehlt als unmittelbar abschließende Bedeckung genähter Wunden eine Paste von folgender Zusammensetzung: Airol, Mucilag. Gummi arab., Glycerini aa 10, Boli albae 20. Die Paste wird exakt aufgestrichen, darüber eine dünne Schicht Baumwolle leicht angedrückt. Wo keine Kompression nöthig, ist damit der Verband fertig (z. B. bei Laparotomien, Bruchoperationen etc., auch nach Ignipunktur).

Die Airolpaste trocknet rasch, haftet fest, wirkt kräftig antiseptisch, ist dabei absolut reizlos für die Haut, und für seröses Wundsekret durchlässig. Sie verhindert mit Sicherheit die Infektion der

Stichkanäle durch Keime von der Haut der nächsten oder weiteren Umgebung.

Hofmeister (Tübingen).

7) **P. G. Unna.** Paraplaste.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1897. No. 7.)

Mit dem Namen Paraplaste bezeichnet U. eine neue Art von Beiersdorf in Hamburg fabricirter Pflaster, welche sich durch die außergewöhnliche Feinheit der Pflastergrundlage und durch ihre der Haut ähnlichere Farbe vor den bekannten Pflastermullen auszeichnen und mit verschiedenen medikamentösen Zusätzen (Zinkoxyd, Salicylsäure, Hg etc.) in den Handel gebracht werden. Über das Technische muss das Original nachgelesen werden. Verf. fordert zu vergleichenden Untersuchungen dieser Paraplaste gegenüber den bisher gebrauchten Pflastermullen auf.

Jadassohn (Bern).

8) **J. Gruber.** Bemerkungen über den Canalis caroticus mit Bezug auf praktische Ohrenheilkunde.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 1.)

Bei Durchmusterung einer größeren Anzahl von kindlichen und erwachsenen Schläfebeinen hat Verf. gefunden, dass der Bogen, den der carotische Kanal im Felsentheile beschreibt, verschieden starke Krümmung zeigt und nicht immer an allen Stellen gleich weit ist. Zuweilen ragt die hintere Wand des Kanals so weit in die Trommelhöhle hinein, dass sie die mediale Paukenwand mehr oder weniger überlagert; gleichzeitig ist der Knochen an dieser Stelle des Kanals verdünnt, selbst bis zur Lückenbildung. Es ist also a priori nicht ausgeschlossen, dass in einem solchen Falle bei einer Paracentese, die im vorderen unteren Segment des Trommelfells ausgeführt wird, die Wand des Canalis caroticus durchbohrt und sein Inhalt verletzt wird; ein Grund mehr, wesshalb G. für die principielle Wahl des hinteren unteren Quadranten zur Paracentese des Trommelfells eintritt.

Teichmann (Berlin).

9) **Cicognani.** L'antisepsi coi preparati d'argento nella chirurgia del naso e delle orecchie.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 37.)

C. hat sehr günstige Erfahrungen von der Anwendung der Silberpräparate in der Chirurgie der Nasen- und Ohrenleiden gemacht. Neun einseitige eitrige Mittelohrentzündungen heilten in 16 bis 25 Tagen. Bei sechs doppelseitigen behandelte C. die eine Seite mit Silber, die andere mit Jodoform, Salicylsäure, Borsäure etc. Die Silberseite heilte jedes Mal sehr viel schneller als die andere. Auch bei Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes u. Ä. beobachtete er ausgezeichnete Wirkung.

Er wendete sowohl das Itrol als Streupulver als auch das Actol in Lösungen von 2% bis 10/100 an; er hält diese Präparate für die

besten bis jetzt vorhandenen Antiseptica und tritt den Angaben Credé's durchaus bei.

W. Schultz (Eutin).

10) **G. Gradenigo.** Über das klinische Bild der akuten Entzündung des Sinus frontalis.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 4.)

Außer den allgemein bekannten Symptomen der akuten Stirnhöhlenentzündung bespricht Verf. als wichtigstes differentialdiagnostisches Zeichen die auf die vordere Wand des erkrankten Sinus beschränkte Schmerzhaftigkeit der Perkussion mit dem Finger oder Hammer. In dieser umschriebenen Region findet sich häufig auch Hypästhesie der Haut. Bei der rhinoskopischen Prüfung kann man in der Periode der Lösung eine mäßige Schwellung und eventuell den Austritt eines Tropfens Schleim oder Eiter in der Gegend des Hiatus semilunaris bemerken. Unter den therapeutischen Maßnahmen gegen den akuten Stirnhöhlenkatarrh scheint G. die sonst beliebte Luft-eintreibung nicht zu üben, da er sie nicht erwähnt.

Teichmann (Berlin).

11) **F. Danziger.** Die sogenannte idiopathische Perichondritis der Nasenscheidewand (spontanes Hämatom).

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 1.)

Nach 14 aus der Litteratur zusammengestellten und 2 selbstbeobachteten Fällen spricht sich Verf. dahin aus, dass es eine primäre oder idiopathische Perichondritis der Nasenscheidewand nicht giebt. Tritt die Erkrankung schleichend auf, ohne schwere Allgemeinerscheinungen, so geht stets ein Nasenleiden voraus, durch welches an der Prädilektionsstelle für Exkorationen — am Septum — eine Infektion der Schleimhaut mit nachfolgender Erkrankung des Knorpels hervorgerufen wird. Setzt aber die Schwellung am Septum mit schweren Allgemeinerscheinungen ein, so ist der Abscess nach D. nichts Anderes, als eine Folgeerscheinung der Influenza; er entsteht dann aus einem Bluterguss, wie solche im Verlauf der Influenza auch an anderen Körperstellen beobachtet werden. Ob man bei der Operation nur Blut oder Blut mit Eiter gemischt oder nur Eiter findet, das hängt, wie bei den traumatischen Perichondritiden, allein von der Zeit ab, die zwischen Auftreten der Septumschwellung und ihrer Eröffnung vergangen ist.

Teichmann (Berlin).

12) **A. af Forselles.** Über die Tamponade der Nasenhöhle bei schwerem Nasenbluten.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 2.)

Die bekannten Nachtheile und Gefahren der hinteren Tamponade der Nasenhöhle haben Verf. zu einer Modifikation derselben veranlasst, welche es ihm in einem Falle von schwerem Nasenbluten ermöglichte, die Tamponade 18 Tage hinter einander aufrecht zu erhalten. Er verwendet dazu einen mit Jodoformwatte gefüllten Sack

aus Jodoformgaze und achtet darauf, dass der Tampon nicht aus den Choanen in den Nasen-Rachenraum hervorragt, damit die Tubenöffnung frei bleibt. Die aus der Nase herausgeleiteten Tamponfäden, deren einer dazu dient, den Tampon in die Nase hineinzuziehen, während der andere ihn durch tabaksbeutelartige Zusammenziehung fester an die Wände der Nasenhöhle anzudrücken gestattet, werden über einem auf einer perforirten Gummiplatte ruhenden Holzstäbchen am Nasenloch geknotet, so dass hier ein Widerhalt für den Tampon entsteht. Wenn erforderlich, wird die vordere Tamponade hinzugefügt, indem Jodoformwattebüsche in den freien Raum zwischen hinterem Tampon und Nasenhöhlenwand gestopft werden. Styptica, speciell das Eisenchlorid, will Verf. gänzlich aus der Rhinochirurgie verbannt wissen; dagegen verspricht er sich in schweren Fällen von Nasenblutung Erfolg von der Unterbindung der Carotis externa, wie sie bei schweren Operationen im Gesicht, besonders bei Oberkieferresektionen sich bewährt.

Teichmann (Berlin).

13) C. Beck (New-York). Pyothorax.

(Internat. med. magazine 1897. Januar.)

B. hat seinen zahlreichen warmen Plaidoyers¹ für die Rippenresektion als einzige Behandlung des Pleuraempyems ein neues, sehr umfangreiches folgen lassen. Es behandelt nach einer ausführlichen historischen Darstellung der Diagnostik und Therapie des Pyothorax zuerst die Ätiologie, bezw. unsere bakteriologischen Kenntnisse über diese Erkrankung. Der Verf. kennt nur ganz vereinzelte Fälle von idiopathischem Empyem (traumatisches Empyem); er hat es dagegen nach den verschiedensten Erkrankungen gesehen und nimmt hier kausalen Zusammenhang an. Außer den bekannten seien angeführt: Nephritis, Osteomyelitis, Ösophagusgeschwüre, Spondylitis (?), Appendicitis, Diphtherie; septische Tonsillitiden, welche häufig nicht beachtet werden, sind besonders zu betonen; die akuten Exantheme, schwere Formen der Gastrointestinalkatarrhe; endlich geringfügige inficirte Wunden. Ein spezifischer Erreger, der mit Vorliebe die Pleura erwählt, ist derzeit noch nicht bekannt. Die zahlreichen Untersuchungen — B. erwähnt A. Fränkel, Levy, Prudden, Koplik, Netter², Weichselbaum, Prinz Ludwig — haben bloß die relative Häufigkeit der Streptokokken im virulenten Eiter ergeben, was bei der Allgegenwart dieser Mikroben nicht Wunder nimmt. Die metapneumonischen Empyeme enthalten den (Fränkel-Weichselbaum'schen) Pneumococcus, allein oder mit

¹ Siehe u. a. die Referate im Centralblatt für Chirurgie 1893 p. 1161 und 1894 p. 762.

² Die im Referat von 1894 erwähnten Zahlen sind die Netter's. B.'s eigene Resultate bei 49 untersuchten Fällen sind: 16 mit Streptokokken, 10 Pneumokokken, 4 Staphylokokken, 2 saprogene Mikroorganismen, 3 Tuberkelbacillen; 14 zeigten keine Bakterien, 3 von diesen aber im Thierexperiment tuberkulöse Infektion. Die Untersuchungen erfolgten vor dem Eingriff nach Probepunktionen.

Streptokokken. Bei Kindern kann man in 75 % der Fälle darauf rechnen, den Pneumokokken zu begegnen. Diese Empyeme haben den günstigsten Verlauf und bieten auch für die Operation günstige Aussichten. Staphylokokken (*St. albus* und *aureus*), wahre Influenzabacillen, Typhusbacillen, *Bacterium coli commune*, *Mikrococcus tetragenus* und *proteus* sind ebenfalls häufigere Befunde. Tuberkelbacillen sind dagegen nur selten direkt nachweisbar; manchmal zeigt die Impfung am Thier den wahren Charakter, der durch das Vorhandensein der vorerwähnten Mikroben gedeckt wird. Erwähnenswerth ist es, dass in den meisten Fällen mit Streptokokken die »solid masses« gefunden werden, große fibrinös-eitrige Brocken, deren Entfernung sehr wichtig ist und darum eine breite Eröffnung indicirt.

Dem Kapitel über die Diagnostik des Empyems ist nichts Neues zu entnehmen. Die Probepunktion mit der Pravaz'schen Spritze stellt B. als Regel auf.

Die Behandlung kann natürlich nur eine operative sein, und zwar die eines großen Abscesses — breite Eröffnung und gründliche Entleerung, also Incision mit sofortiger partieller Rippenresektion.

Bei kräftiger Herzaktion ist Chloroformnarkose zulässig, Äther stets kontraindicirt; sonst kommt man mit einem Äther- oder Äthylchloridspray ganz gut aus. Cocain widerräth B. Er incidirt womöglich auf die 7. Rippe in der mittleren Axillarlinie, richtet sich jedoch unter abnormen Verhältnissen nach dem Ergebnis der Probepunktion. Seine »Elevatoriumschere« — eine schneidende Knochenzange, deren unteres Blatt, nach der Kante gebogen, als Elevatorium verlängert ist — erleichtert die Resektion, die sich auf 3 bis 4 Zoll erstrecken soll. Der Einstich in die Pleura soll vorsichtig und stumpf erweitert, das Exsudat ganz langsam, mit öfterer Unterbrechung des Strahles, entleert werden. B. rechnet 20 bis 30 Minuten für das Ausfließen. Aber die Entleerung der Flüssigkeit ist für B. nebensächlich, die wichtigste Aufgabe sieht er in der Entfernung der erwähnten soliden Massen, welche mit dem Finger oder Schwämmen oder einem großen stumpfen Löffel herausbefördert werden. Da diese in der übergroßen Mehrzahl der Fälle — stets bei Streptokokken, in 70 % der übrigen — vorliegen, bieten sie ihm das Kriterium für die anderen Behandlungsarten: Abwarten der Resorption, einfache Punktion, permanente Drainage (Bülau), von denen er nur die letzten für geschwächte Kranke, und auch da nur als vorläufige Behandlung, bis sie zur Resektion kräftig genug sind, einige Berechtigung zuerkennt. Aus demselben Grunde ist auch die einfache Incision zu verwerfen.

Zur genauen Besichtigung der eröffneten Höhle wird auch ein »Pleuraspiegel«, dem Fränkel'schen Nasenspiegel ähnlich, empfohlen. Obwohl Haut und Pleura in weitem Umkreise vereinigt werden, bleiben keine Fisteln zurück, nachdem die Drainage mit Jodoformgazestreifen, die für die ersten Tage anzuwenden, entfernt worden

ist. Irrigationen sind nur in Fällen mit übelriechendem Eiter, die eine absolut schlechte Prognose geben, räthlich (Sublimat 1 : 5000).

Die Heilung, die durch Adhäsionen an die Pleura costalis nach der vollständigen Entfaltung der Lunge erfolgt, tritt schon nach überraschend kurzer Zeit ein und sie erstreckt sich auch auf die Wiederherstellung der Rippenkontinuität. Für diese letztere liefern einige schöne Skiagramme den vollgültigen Beweis. Eines dieser letzteren zeigt 9 Monate nach der Operation — es wurden mehrere Rippen resecirt — theils gänzliche Regeneration, theils starke Verbreiterung der Rippenenden. Ein anderes Bild betrifft einen Mann, dem vor 14 Jahren Billroth die 3. bis 6. Rippe von der mittleren Axillarlinie bis zum Brustbein entfernt hatte. Jetzt sind die Knochen nirgends unterbrochen und erscheinen nur stellenweise breiter (*replacement of the resected ribs by new osseous tissue*).

B.'s Statistik umfasst derzeit, seit 15 Jahren, 231 Resektionen. Dem Alter nach 69 Kinder unter 3 Jahren, 61 zwischen 3 und 5, 37 zwischen 5 und 10, 19 Kranke bis zu 16 und 29 über 16 Jahren. 19 Eingriffe endeten tödlich. Frühzeitig operirte unkomplirte Fälle (110) kamen durchaus zur Heilung, spät operirte (56) hatten 5,5 % Sterblichkeit, allerdings erst 16, 21 und 36 Monate nach dem Eingriff an amyloider Degeneration. Von 41 complicirten Fällen genasen 25 *»hoffnungslose«*.

Durch seine Behandlung hofft B. noch Ewald's Ausspruch wahr zu machen, dass *»es keine alten Fälle von Pyothorax geben dürfe«*.

J. Sternberg (Wien).

14) O. Lambret. De l'incision libératrice de la capsule propre du rein.

(Revue de chir. 1897. No. 3.)

Der von Folet als *»Nephrolibération«* bezeichnete Eingriff wurde von diesem Chirurgen in einem Falle von heftigen, längere Zeit nach einem Sturz auf die rechte Lendengegend aufgetretenen und durch Druck auf die von dem Unfall zurückgebliebene Anschwellung im Bereich der rechten Niere gesteigerten Schmerzanfällen ausgeführt, als sich bei der Freilegung der Niere nur eine starke Verdickung und Verhärtung ihrer Eigenkapsel fand. Folet begnügte sich in Anbetracht ihrer festen Verwachsungen mit der Niere nur mit der Längsspaltung der Kapsel mittels Thermokauters, welcher Eingriff vollständig ausreichte, die Pat. bisher vollständig von den Schmerzen zu befreien und wieder arbeitsfähig zu machen (die Operation liegt indess erst wenige Monate — seit November 1896 — zurück. Ref.). Folet nimmt an, dass sich in Folge des Traumas eine *»Pachycapsulitis«* entwickelt habe, und die Schmerzen durch den Druck der derben Kapsel auf die hyperämische Niere hervorgerufen worden seien.

L. empfiehlt für geeignete Fälle diese, bereits von Le Dentu 1881 mit Erfolg ausgeführte Operation um so mehr, als sie nur den ersten Akt jedes nephrochirurgischen Eingriffs darstellt und etwaige

weitere sich als nothwendig herausstellende Operationen an der Niere nicht erschwert.

Kramer (Glogau).

15) T. Brown. Renal tuberculosis.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital of the city of New York.)

Verf. schildert zuerst die verschiedenen Entstehungsarten der Nierentuberkulose, von denen er die Infektion durch das Blut für die häufigste hält. Es bilden sich Herde in den Glomerulis, die sich entweder für sich vergrößern oder mit benachbarten konfluiren und häufig in die Kelche durchbrechen. Es können aber nach Ansicht des Verf. Tuberkelbacillen auch die Niere passiren, ohne sie zu inficiren. Die zweite, ascendirende Form ist seltener, die dritte, das Übergreifen eines tuberkulösen Processes aus der Nachbarschaft nur in ganz geringer Anzahl beobachtet. Es folgt dann eine pathologisch-anatomische Beschreibung einzelner Tuberkuloseformen, ihre differentielle Unterscheidung von anderen Erkrankungen. Letztere Auseinandersetzungen sind mit großer Vorsicht aufzufassen. Lungen-erkrankungen sind oft vorhanden, kontraindiciren aber bei nicht zu großer Ausdehnung den Eingriff nicht. Bei den mehr chronisch verlaufenden Formen soll man erst die Pat. möglichst kräftigen, ehe eine Operation vorgenommen wird. Tritt dagegen stärkere Abmagerung, plötzliche Entleerung von viel Eiter oder Blut ein, so ist gleich einzugreifen. Es werden dann die verschiedenen Formen des operativen Vorgehens geschildert, und zum Schluss eine Statistik von 28 Fällen von Nephrektomien auch wegen anderer Krankheitsursachen mit 7,1% Sterblichkeit angeführt. Verf. wundert sich über die hohe Sterblichkeit auf dem Kontinent.

Borchard (Posen).

Kleinere Mittheilungen.

Hydroparasalpinx in einer Hernia inguinalis externa.

Von

Dr. G. Th. Walter, 's Gravenhage.

Obwohl schon die verschiedensten Organe der Bauch- und Beckenhöhle in einem äußeren Leistenbruch vorgefunden sind, so steht in dieser Beziehung folgender Fall, seines ungewöhnlichen Inhaltes wegen, noch einzig da. Es handelt sich hier nämlich, wie mir wahrscheinlich dünkt, um cystös dilatirte Nebentuben, kongenitale Missbildungen, deren Bedeutung gerade in den letzten Jahren wieder betont ist. Die Verhältnisse, wie sie hier vorliegen, sind aber einestheils schwer zu deuten und anderentheils, so weit mir bekannt, in der Litteratur noch nicht beschrieben, wesshalb eine kurze Mittheilung angezeigt scheint, obwohl die Diagnose nicht auf unerschütterlichen Gründen basirt ist, vielmehr nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose heißen darf.

Der Bruchinhalt besteht nämlich aus einer mannsfaustgroßen Cyste (Fig. 1 A), an welcher mittels eines dünnen, soliden Stieles eine kleinere von der Größe eines Taubeneies aufgehängt ist (Fig. 1 B). Während die größere properitoneal gelagert ist, liegt die kleinere ohne irgend welche Adhäsionen frei im Bruchsack.

Diese kleinere Cyste mit dickgelatinösem orangefarbigem Inhalt hat eine fibröse Wand, die im Stiel reichlich mit Blutgefäßen ausgestattet ist. Weiter zeigt sich

im Längsschnitt ein Herd hyalin degenerirten Gewebes (Fig. 2 3), dem die Überreste von Schleimhautausstülpungen (Drüsenschläuche?) eine eigenthümliche Zeichnung verleihen. Dieses Gewebe ist für die Deutung des Ganzen von besonderer Wichtigkeit.

Die größere Cyste hat dagegen einen ganz anderen Bau. Ihre Wand ist an verschiedenen Stellen verschieden dick. Wo sie am dicksten ist (in Fig. 1 bei * \pm 5 mm im Spirituspräparat), ist sie aus 2 Schichten aufgebaut, die durch einen regelmäßigen Saum kleinzelligen Gewebes von einander getrennt werden. Die

Fig. 1.

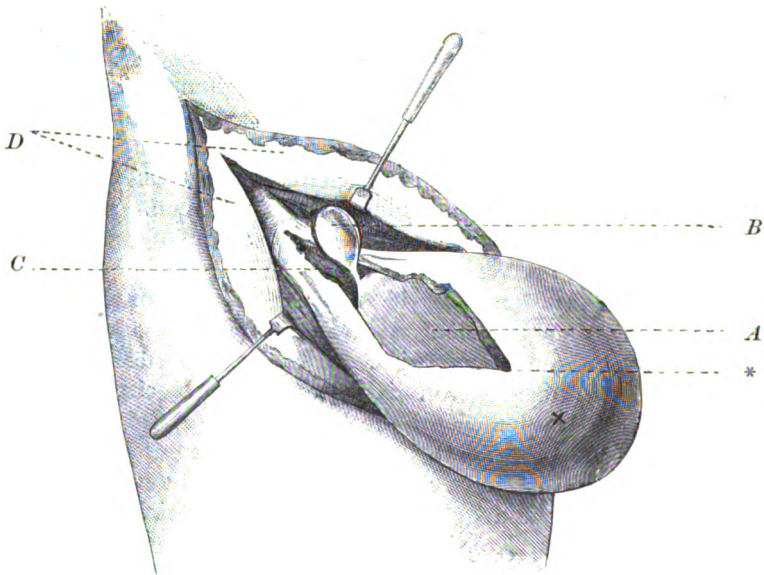
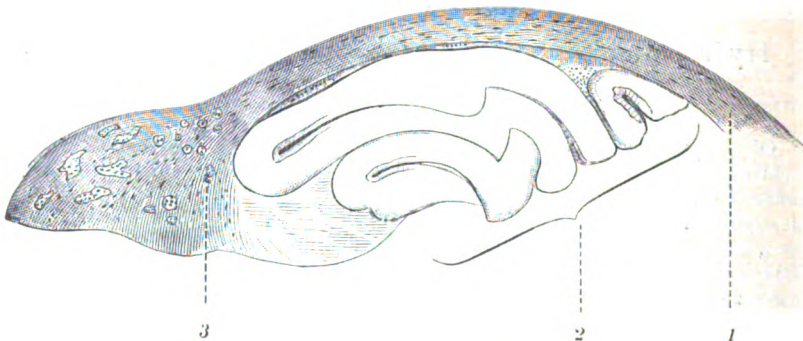


Fig. 2.



äußere, weitaus stärkere, besteht aus fibrillärem Bindegewebe, in dessen Mitte ein Streifen glatter Muskelfasern im Quer- und Längsdurchschnitt gelagert ist. Diese Schicht ist nichts Anderes als das verdickte Lig. rotundum, dessen Ende sich fächerförmig über den extraperitonealen Theil ausspreizt. — Die innere Schicht, die die eigentliche Cystenwand vorstellt, ist viel dünner, besteht vorwiegend aus Fibringerinnnseeln, während das bindegewebige Substrat und die geschwollenen Epithelien nur stellenweise vorliegen. Der Inhalt der Cyste besteht aus einer leicht

gelb gefärbten serösen Flüssigkeit, worin ein Gelatineklümpchen und 2 Körperchen von der Größe eines Hanfkorns suspendirt waren.

Der Bruchsack selbst (Fig. 1 C) ist ganz unversehrt, schlägt sich ungefähr in der Mitte der größeren Cyste über diese und die kleinere um und ist nur an einer Stelle von außen durch das Lig. rotundum verstärkt. Dieses konnte verfolgt werden bis zum rechten Horn der Gebärmutter, während es peripherwärts, wie schon gesagt, sich auflöst in der Wandung der Geschwulst.

Klinisch zeigte sich das Ganze in der rechten Leistengegend als eine halbkugelförmige Geschwulst von 2-Faustgröße, ins Labium majus und in den Mons Veneris übergreifend. Ihre Oberfläche war vollkommen glatt, ihre Konsistenz steinhart. Der Perkussionsschall war dumpf und von Fluktuation nichts wahrzunehmen. Von dieser Geschwulst aus, die ihre größte Wölbung zur Höhe des Tuberculum pubicum hatte, konnte nach der äußeren Bruchpforte zu ein Stiel gefühlt werden. An dieser Stelle selbst war desshalb die Wölbung nur wenig ausgeprägt; dessenungeachtet konnte der Finger nicht in den Leistenkanal eingeführt werden. Bei Husten und Pressen änderte sich nichts.

Erwähnung verdient, dass Einklemmungserscheinungen (Schmerz bei Druck, Erbrechen) beobachtet waren, die wohl als Folge einer Zerrung des Bauchfells gedeutet werden müssen, indem die Geschwulst 2 Tage vorher nach Heben eines schweren Gegenstandes doppelte Größe angenommen haben soll.

Noch sei als wesentlich hervorgehoben, dass nach der Operation beiderseits in den Adnexen das Ovarium ganz deutlich nachzuweisen war.

Zur Beantwortung der Frage nach der Herkunft der Geschwulst musste vor der Hand festgestellt werden, ob sie von Hause aus der Leistengegend angehört habe oder ob sie ursprünglich in der Bauchhöhle ihren Sitz hatte und erst nachträglich in den Leistenkanal herabgestiegen sei, eine Peritonealfalte mit sich führend.

Bei Berücksichtigung der ersten Möglichkeit konnte nur eine Hydrocele oder eine Cyste des runden Bandes — Hydrocele spuria — vorliegen. Eine Hydrocele s. s. ist wohl gleich auszuschließen und m. E. eben so auch eine Cyste des runden Mutterbandes; denn mit der Annahme eines solchen wäre die kleinere Cyste wohl nicht zu erklären.

Die zweite Möglichkeit bleibt also übrig und hat gleich dies für sich, dass der Zusammenhang der Geschwulst mit der Bruchsackbildung eine ursächliche Auffassung gestattet. Und da ist es das breite Mutterband, das unsere Aufmerksamkeit erregt, als Stelle, wo Cystenbildung sehr häufig stattfindet. Mit Rücksicht auf die Größe der Cyste haben wir nur zu wählen zwischen Cysten des Ovariums oder des Parovariums (mit Ausschließung der Hydrosalpinx und der Cysten des Gartner'schen Ganges).

Da im vorliegenden Präparat keine Spur von Eierstockgewebe zu entdecken war, bleibt nur per exclusionem die Diagnose einer Parovarialcyste übrig, was überdies mit dem klinischen Nachweis eines Ovariums an der kranken Seite stimmt. Und obwohl die Strukturverhältnisse nicht denen der typischen Parovarialcysten entsprechen, so sind doch von Spiegelberg, Pozzi gleichartige Verhältnisse im Bau der Wand beschrieben bei Cysten, die im Lig. latum vorgefunden wurden und die Urnierenreste als Ausgangspunkte hatten. Überdies waren die Abweichungen theilweise nur scheinbar.

Wenn auch deshalb die größere Cyste schließlich erklärt werden könnte, die kleinere bedürfte einer anderen Erklärung. Eine Parovarialcyste könnte sie gar nicht sein, eben so wenig eine sog. Residualcyste des Wolff'schen Ganges, eines Analogons der Morgagni'schen Hydatide; denn alle diese Bildungen sind ausgezeichnet durch eine dünne Wand und serösen Inhalt.

Noch am ehesten kann hier gedacht werden an eine Hydroparasalpinx, wie Kossmann die cystös dilatirten Nebentuben bezeichnet hat. Dies sind eigenthümliche congenitale Missbildungen, die schon im Jahre 1852 durch Rokitsansky beschrieben waren als zum Parovarium gehörig. Kossmann fasst sie dagegen auf Grund ihrer Struktur, die überaus der der normalen Tuben gleicht,

als selbständige Organe auf und meint, dass die cystöse Dilatation dieser, ganz in Übereinstimmung mit der Hydrosalpinx als Hydroparasalpinx bezeichnet, wenn nicht immer, denn doch oft den Parovarialcysten zu Grunde liegt.

Eine derartige Abstammung würde mit Rücksicht auf die Strukturverhältnisse (dicke Wand mit dem eigenthümlichen hyalinen Herd: Fig. 3 3, dick gelatinöser Inhalt) wohl am besten zur Erklärung der kleinen Cyste passen. Und weil die Parasalpingen sehr oft multipel auf einem gemeinschaftlichen Stiel gefunden werden, dürfte auch die größere Cyste am einfachsten als ganz gleichartige aufzufassen sein.

Ausführlicher wird der Fall demnächst erscheinen in der Niederländischen Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

16) P. Guizzetti. Bakteriologische und histologische Untersuchungen bei Noma.

(Policlinico 1896 .September 15—Oktober 15.)

Die Arbeit giebt einen Bericht über 4 genau untersuchte Fälle von Noma; in allen wurden die Mikroorganismen in den Geweben gefärbt; außerdem wurden, mit Ausnahme des 2. Falles, stets sorgfältige Kulturen angelegt.

Es handelte sich in allen Fällen um die charakteristische, progressiv verlaufende Gangrän der Wange bei Kindern im Alter von 2—5 Jahren; die Erkrankung führte stets zum Tode. Bemerkenswerth ist, dass im 3. Falle die Gangrän sich 3 Tage nach dem Beginn einer Diphtherie entwickelte; mit Rücksicht hierauf wurde das betreffende Kind mit Behring'schem Heilserum behandelt (3000 Immunitätseinheiten), aber ohne Erfolg. Übrigens fanden sich bei der bakteriologischen Untersuchung des Nomagewebes in diesem Falle keine Diphtheriebacillen.

Die histologische Untersuchung der 4 Fälle ergab Folgendes: In dem gangränösen Gewebe tritt keine Kernfärbung mehr ein; es handelt sich also um völligen Gewebstod. Man findet reichliche hyaline Schollen, die durch Umwandlung des Bindegewebes entstanden sind. Die Muskelfasern sind zerfallen, theilweise ebenfalls von hyalinem Aussehen. Der Übergang zwischen nomatösem und gesundem Gewebe ist ein unvermittelter; am Rande sieht man einen Streifen kleinzelliger Infiltration, so wie ein Netz von Fibrin. Sichere Kerntheilungsvorgänge wurden nicht nachgewiesen.

Bezüglich der im Schnitt gefärbten Bakterien ist Folgendes zu sagen: Die 3 ersten Fälle ergaben ziemlich übereinstimmende Resultate; färbt man nach Gram, so sieht man lange, gewundene Fäden (*Leptothrix*?), ferner Mikrokokken, bisweilen auch kurze Bacillen. Wenn man dagegen die Weigert'sche Fibrinfärbung anwendet, so erkennt man zahlreiche, 3—6 μ lange, etwas zugespitzte Bacillen. Diese Bacillen lagern sich zwischen die Fasern des Bindegewebes und zwischen die Muskelfasern; sie sind am reichlichsten vorhanden in der äußersten Zone des gangränösen Gewebes, wo sie eine lang ausgedehnte, wellige Linie an der Grenze des gesunden Gewebes bilden; in dem letzteren verschwinden sie sehr bald. Sie lassen sich auch mit Löffler'schem Methylenblau oder Karbolfuchsin gut färben. — Dieser Bacillus wurde bereits von Babes und Zambilovici gefunden; es ist sehr wahrscheinlich, dass er die wesentlichste Ursache der Noma ist. Für die ätiologische Bedeutung desselben spricht noch der Umstand, dass die Gangrän da aufhört, wo der Bacillus verschwindet, während andererseits der Bacillus in demselben Maße, als die Gangrän sich weiter ausdehnt, vermehrt gefunden wird. Da die Gangrän auf der Seite der Schleimhaut stets größer gefunden wird als auf der äußeren Haut, so ist es wahrscheinlich, dass der Bacillus von der Mundhöhle her eindringt.

Im 4. Falle färben sich bei Anwendung der Gram'schen Methode sehr viele Mikrokokken, mit relativ wenig Bacillen. Bei Weigert'scher Fibrinfärbung sah man in den Grenzgebieten des Nomagewebes zahlreiche Bacillen, die in vielen Beziehungen den in den 3 anderen Fällen gefundenen Bacillen gleichen (während sich in den Kulturen Diphtheriebacillen entwickelten).

Ferner wurden Bacillen in Ausstrichpräparaten nachgewiesen; dieselben wurden während der 7tägigen Beobachtungszeit des 3. Falles täglich angefertigt, und zwar theils vom Centrum, theils vom Rande der Gangrän; die Färbung geschah mit Löffler'schem alkalischen Methylenblau oder mit Karbolfuchsin. In den von den Randpartien angefertigten Präparaten fanden sich feine Bacillen, etwa $3\ \mu$ lang, an den Enden etwas verdünnt (ähnlich den bei Weigert'scher Fibrinfärbung in den Geweben gefundenen Bacillen). In vielen Präparaten fand man nur diese Bacillen, in anderen daneben Kokken oder dicke Bacillen in geringer Anzahl. Dagegen konnte man in den vom Centrum der Gangrän angefertigten Ausstrichpräparaten zahlreiche Mikroorganismen verschiedener Art nachweisen: hauptsächlich Mikrokokken, Leptothrix, verschiedene Bacillen. Die Anzahl der verschiedenen Species nimmt also vom Centrum nach der Peripherie ab; am Rande findet sich fast nur noch die eine Art von feinen Bacillen, und zwar geht die Ausbreitung dieser Bacillen parallel der Ausbreitung der Gangrän.

Am wichtigsten sind schließlich die Ergebnisse der Kulturversuche so wie die Thierexperimente: Vom 1. Falle wurden reichliche Bacillenkulturen auf Agar erhalten, die sich dem nachher beschriebenen *Bacillus Babes* völlig analog verhielten; zwei Impfungen auf Meerschweinchen erzeugten nur Infiltration, keine Gangrän.

Die Resultate des 3. Falles waren folgende: In den Kulturen, die vom Centrum des gangränösen Herdes oder von der Mundhöhenseite angelegt waren, entwickelten sich Staphylokokken und Streptokokken; dagegen fanden sich in dem vom Rande der Gangrän abgeimpften Kulturen, sowohl auf Agar als Gelatine, stets die Bacillen von *Babes* und *Zambilovic*; daneben allerdings auch noch Staphylokokken, doch in viel geringerer Menge. Dieser *Bacillus Babes* stellt in der Reinkultur ein kurzes, gerades Stäbchen von $2-3\ \mu$ Länge und $1\ \mu$ Breite dar. Er ist unbeweglich, ohne Kapsel, ohne Sporenbildung. Er nimmt die Gram'sche Färbung nicht an, entfärbt sich aber auch bei der Weigert'schen Fibrinfärbung. Der Bacillus bildet grau aussehende Kolonien auf Agar, ähnlich wächst er auf Blutserum. Auf Gelatine bilden sich weißliche, opak aussehende Kolonien; die Gelatine wird verflüssigt. Auf Kartoffeln bildet sich ein grauweißlicher Belag von musähnlicher Konsistenz. In Bouillon tritt Trübung auf. Milch wird coagulirt; die Reaktion bleibt dabei stets alkalisch. Keine Indolreaktion. Der Bacillus gehört zu den »fakultativen Anaëroben«.

Bei den Versuchsthiere, die mit Nomagewebe geimpft wurden, entstand seröplastische Peritonitis, resp. Abscesse; meistens ließ sich der *Bacillus B.* auch späterhin noch nachweisen. Nur in 1 Falle (bei einer Taube) entstand Gangrän am Ort der Impfung. Dagegen gaben die Versuche mit Reinkulturen öfters positive Resultate. Bei Kaninchen, denen solche Kulturen unter die Haut der Wange injicirt wurden, entstand in der Regel Gangrän; bei sehr geringer Menge der Kultur entstand ein Abscess. Die Gangrän ließ übrigens die Schleimhaut stets unversehrt, selbst dann, wenn die Injektion von der Schleimhautseite aus vorgenommen wurde. Auch an anderen Körperstellen gelang es öfters, Gangrän zu erzeugen. Bei Meerschweinchen ruft der Bacillus nur Infiltrationen oder Abscesse hervor; dagegen gelingt es bei Tauben, durch Impfung unter die Haut Gangrän zu erzeugen; bei Impfung in den Brustmuskel entsteht Myositis und Septämie.

Ein auffallender Umstand ist es, dass der Bacillus in dem Nomagewebe die Weigert'sche Fibrinfärbung annimmt, während der aus den Kulturen erhaltene Bacillus sich entfärbt, eben so wie auch der aus dem gangränösen Gewebe der Thiere gewonnene Bacillus sich entfärbt; trotzdem hält Verf. die beiden Bakterienarten für identisch. Es ist hiernach im höchsten Grade wahrscheinlich, dass dieser *Bacillus Babes* die Ursache der Noma ist.

In einem gewissen Gegensatz hierzu stehen die Untersuchungsergebnisse des 4. Falles. Hier entwickelten sich nämlich in den vom Grenzgebiet der Gangrän angelegten Kulturen Diphtheriebacillen. Dieselben wuchsen in charakteristischer Weise auf Glycerinagar, so wie auch in Bouillon und Milch; dagegen nicht in Gelatine. Morphologisch stellte sich der Bacillus als kurzes Stäbchen dar, mit

abgerundeten, bisweilen etwas angeschwollenen Enden. Keine Kapsel, keine Sporen. Gut zu färben mit Karbolfuchsin, Löffler's Methyleneblau, so wie nach Gram. — Auf Agar waren die Diphtheriebacillen entweder allein oder in Gesellschaft von wenigen Staphylokokkenkolonien. Auf Gelatine entwickelten sich hauptsächlich Staphylokokken.

Bei den mit gangränösem Gewebe vorgenommenen Thierexperimenten entstanden Abscesse, resp. Infiltration im Unterhautzellgewebe. Ähnliche Resultate erhielt man auch mit Injektion der aus diesem Falle gezüchteten Reinkulturen; die pathogenen Eigenschaften des Bacillus erwiesen sich demnach als gering.

H. Bartsch (Heidelberg).

17) M. Péan. Des tumeurs anévrysmatiques des os.

(Bull. de l'acad. de méd. 1896. p. 147.)

P. stellt 2 Pat. vor, die er an großen Knochenaneurysmen operirt hat. Diese Geschwülste sind sehr selten, ihr Vorkommen wird von vielen Autoren geleugnet, die behaupten, dass es sich um Neubildungen handle. In beiden Fällen P.'s war aber in den exstirpirten Geschwülsten auch nicht das geringste Zeichen für eine Neubildung zu finden. Der eine Pat. war 60 Jahre alt und hatte, bevor er vor 18 Monaten zur Operation kam, seit 2 Jahren am harten Gaumen eine Anschwellung bemerkt, die leicht stark blutete und ihn 2mal dem Verblutungstod nahe brachte. Sie war schwammig, vaskularisirt, wegdrückbar; auf Einschnitt spritzte ein Strahl Blut hoch, wie aus der Arteria axillaris. Es wurde nun die Geschwulst langsam und vorsichtig von der Peripherie nach dem Centrum hin lospräparirt, Alles unterbunden und entfernt. Es handelte sich bei der Operation um eine nicht unausgiebige Kieferresektion. Ähnlich verlief die Operation bei der 2. Pat., einem 14jährigen Mädchen. Hier hatte sich angeblich im Anschluss an eine durch Fall entstandene Ekchymose in der kurzen Zeit von wenigen Monaten eine pulsirende, erektile schwammige Geschwulst von Orangengröße unter dem unteren Augenlide, nahe der Nase auf der Backe entwickelt, die mehreren Ärzten schwer operabel erschien. Es wurde aber Alles gut unterbunden und entfernt. Die Blutung aus einem angeschnittenen Gefäß war kolossal, wie aus einer Arteria carotis. Die histologische Untersuchung ergab, dass keine bösartige Geschwulst vorlag, sondern es sich in der That um ein Aneurysma handelte.

Dumstrey (Leipzig).

18) Bussenius. Bakteriologische Untersuchung eines Falles von Maul- und Klauenseuche beim Menschen mit tödlichem Ausgang in Folge Hinzutritts von akuter Leukämie.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 1.)

Ein in diesem Krankheitsfalle gezüchteter Bacillus zeigt sich identisch mit dem von Verf. und Siegel bei frisch an Maul- und Klauenseuche erkrankten Thieren gefundenen kleinen ovoiden Bacillus, den er als Erreger der Krankheit anspricht, weil er fast ausnahmslos in Sekreten, Blut und Organen frisch erkrankter Thiere oder Menschen zu finden ist, weil ein Lebewesen mit gleichen morphologischen und biologischen Eigenschaften im Blut und Organen des gesunden oder kranken thierischen Körpers sonst nicht bekannt ist, und weil die Verfütterung von Reinkulturen dieses Bacillus bei geeigneten Impftieren typische Krankheitsbilder zu erzeugen vermag.

Der kleine ovoiden Bacillus zählt nach seinen kulturellen Merkmalen zur großen Gruppe der Typhus- und Bacterium coli commune-ähnlichen Lebewesen, aus der er sich aber besonders durch morphologische Eigenthümlichkeiten besser heraushebt, wie beispielsweise der Bacillus typhi abdominalis. Die nach Verfütterung des kleinen ovoiden Bacillus eintretenden typischen Krankheitssymptome schließen die Vermuthung aus, dass es sich um eine besonders virulente, kleine Form des Bacterium coli commune handeln könne.

Teichmann (Berlin).

19) **B. Botey.** Traitement des sinusites frontales chroniques et des lésions intracrâniennes consécutives.

(Revue de laryngol. 1897. No. 3 u. 4.)

Mittheilung dreier Fälle von chronischer Stirnhöhleneiterung, welche durch ihren Verlauf ein operatives Einschreiten erforderlich machten. In dem 1. Falle bestand gleichzeitig eine Kieferhöhlen- und Siebbeineiterung, nach deren Beseitigung die schon vorher wahrscheinliche Vereiterung der Stirnhöhle sichergestellt erschien. Die Eröffnung derselben erfolgte von außen, nach Herstellung einer Kommunikation mit der Nasenhöhle wurde indessen die äußere Wunde sogleich genäht und heilte per primam, die Eiterung selbst heilte im Zeitraum von sechs Wochen, kurze Zeit später auch das Kieferhöhlenempyem. — Der 2. Fall hatte einen äußerst complicirten und schließlich tödlichen Verlauf, aus welchem folgende Hauptpunkte hervorgehoben seien: subakute Osteomyelitis beider Stirnhöhlen mit Durchbruch nach außen und Perforation der Hinterwand der linken Höhle. Infektion der Hirnhäute und des Gehirns; Trepanation beider Stirnhöhlen und von dort aus Eröffnung der Schädelhöhle, Entleerung eines subduralen Abscesses und Auskratzung meningealer Granulationen. Durch Leichtsinns des Kranken (Verbandlockerung) Hirnvorfall mit nachfolgender Entzündung. Entfernung der vorgefallenen Partie (ohne Narkose); Tod an Meningoencephalitis. — Im 3. Falle handelte es sich um eine isolirte Stirnhöhleneiterung mit schweren Hirnerscheinungen. Bei der Eröffnung der Höhle fand sich eine Perforation der hinteren oberen Wand im äußeren Drittel. Nach Erweiterung derselben zeigt sich die Dura granulirend, ein subduraler Abscess wird entleert, Funktionen des Gehirns selbst fallen negativ aus. Die Öffnung in der Hinterwand der Stirnhöhle schließt sich durch ein fibröses Narbengewebe. Durch eine zweite Operation wird eine breite Kommunikation der Stirnhöhle mit der Nasenhöhle herbeigeführt, darauf der Defekt in der Vorderwand durch eine Plastik nach König geschlossen. Die ausführlich gegebenen Krankengeschichten sind in ihren Einzelheiten so interessant, dass sie im Original nachgelesen zu werden verdienen.

Telchmann (Berlin).

20) **Postnikow.** Osteoplastische Radikaloperation der Spina bifida. (Aus der chirurgischen Privatklinik von P. Postnikow und G. Su-marokow in Moskau.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 7.)

Es handelte sich um eine Myelomeningocele, bedeckt von einem Lipom bei einem 4jährigen Kinde. Nach Reposition des freigelegten Sackes und Exstirpation des Lipoms wurde zur Deckung des Knochendefektes, welcher den 4. und 5. Lenden- und den 1. Kreuzbeinwirbel betraf, von der Squama ossis ilei die Ansatzstelle des Gluteus magnus unter Schonung des Periosts abgelöst und ein der Wirbellücke an Größe entsprechendes Knochenstück abgemeißelt. Das an einer Seite von Periost bedeckte Knochenstück wurde am inneren Rande mit den Weichtheilen in Verbindung belassen und dann so in die Lücke gestülpt, dass das Periost nach innen in den Wirbelkanal zu liegen kam, während die Spongiosa nach außen gekehrt war. Mit dem Messer wurden dann die Enden der rudimentären Bögen des 4. Lenden- und 1. Kreuzbeinwirbels abgeschnitten und mit 4 Seidennähten, jederseits 2, an die Knochenplatte angenäht. Dann wurde die Wunde geschlossen und verbunden. Nach 8 Tagen Entfernung der Hautnähte, durchweg prima intentio. Es trat in wenigen Wochen völlige Genesung ein.

Das Verfahren ist zuerst von Bobrow im Jahre 1892 angewandt worden und fordert entschieden zu Versuchen auch in Deutschland auf.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

21) **G. Giglio.** Über einen Fall von Teratoma sacro-coccygeum.

(Sonder-Abdruck aus den Atti della soc. ital. di ost. e gin. 1896.)

Beschreibung einer Geschwulst, welche sich in der Bauch-Beckenhöhle eines mit tuberkulöser Peritonitis behafteten Fötus fand. — Die unförmliche Masse, die

das Becken ausfüllte und sich bis über die Symphyse erhob, hatte sich retroperitoneal im Mesorectum entwickelt und daher das Bauchfell eben so wie den Dickdarm vor sich her geschoben; der letztere endigte blind an der vorderen Fläche der Geschwulst und war durch lockeres Bindegewebe mit demselben verbunden.

Die Geschwulst, mäßig weich, fluktuirte stellenweise; der im Becken liegende Theil hatte die linke Pfannenwand ausgebuchtet, so dass eine Subluxation des Schenkelkopfes entstanden war. Auf dem Durchschnitt zeigten sich cystische Räume, die theils mit blutig-seröser, theils mit mehr muköser opalescirender Flüssigkeit angefüllt waren; dieselben sind durch fibröse Septa getrennt. Ein großer Theil der Geschwulst besteht nur aus fibrösem Gewebe. Die mikroskopische Untersuchung ergab außerdem noch Folgendes: In manchen Schnitten findet man an der freien Oberfläche zahlreiche, von geschichtetem Plattenepithel bedeckte Papillen. Die Wandung der Cysten besteht aus fibrösem Gewebe, ihre innere Fläche ist mit Epithel ausgekleidet. Außerdem trifft man in dem die Grundlage bildenden Bindegewebe zerstreute große Anhäufungen von kleinen, runden, stark gefärbten Zellen, »mit dem deutlichen Charakter von embryonalen Zellen«. An anderen Stellen finden sich drüsenähnliche Bildungen; es sind dies lakunäre Räume, die innen mit Epithelien ausgekleidet oder auch ganz angefüllt sind. In den größten Lakunen, die sich wie Cysten darstellen, bemerkt man auch einen schleimähnlichen Inhalt mit Resten von Zellen. Ferner finden sich glatte Muskelfasern in der Nähe der beschriebenen drüsigen Räume, so wie auch elastisches Gewebe und Andeutungen von Blutgefäßen.

Die vorliegende Geschwulst ist nach Ansicht des Verf. aus »verirrten Gewebstheilen« hervorgegangen; an Stelle des untersten Darmabschnitts, der aus unbekannten Gründen nicht zur Entwicklung kam, hat sich eine aus embryonalem Zellgewebe bestehende Bildung etablirt, in der nur Ansätze zur Gewebsbildung (Elemente der Darmwand) vorhanden sind. Es handelt sich also um ein Stehenbleiben in der Entwicklung. Eine gewisse Gruppierung der Zellformen, also eine Andeutung der Differenzirung, hat in so fern stattgefunden, als ein Theil der embryonalen Zellen sich zu drüsigen Bildungen zusammenthat, während ein anderer Theil faseriges Bindegewebe bildete; durch den Untergang der die Lichtung der Höhlungen ausfüllenden Zellen entsteht dann weiterhin der muköse Inhalt. Man kann im vorliegenden Falle nicht von fötalen Einschlüssen (Foetus intra foetum) reden, weil außer der Andeutung des Darmgewebes keinerlei fötale Gewebe vorhanden waren.

Die Ursache der Missbildung ist unklar.

H. Bartsch (Heidelberg).

22) **A. Saenger.** Ein operirter Basedow-Fall.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 14.)

In dem eine 28jährige Näherin betreffenden Falle war seit der Exstirpation des rechtsseitigen vergrößerten Schilddrüsenlappens eine wesentliche Verschlimmerung der Symptome der Basedow'schen Krankheit aufgetreten. S. weist desshalb und unter Erwähnung der in der Litteratur mitgetheilten Todesfälle p. op. darauf hin, dass sowohl die Berechtigung, wie die Ungefährlichkeit der Strumektomie bei Morbus Basedowi zur Zeit noch begründetem Zweifel unterliegen dürfte und begehrt Aufschluss über die behaupteten Dauererfolge dieser Operation.

Kramer (Glogau).

23) **D. D. Stewart und J. L. Salinger.** On the treatment of aneurism by electrolysis through introduced wire: report of a succesful case.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. August.)

Nachdem sich dem Einen der beiden Verff. (Stewart) schon früher einmal die kombinirte Anwendung der Elektrolyse und der Einführung eines dünnen Drahtes bei Behandlung eines Aneurysma der Aorta als zweckmäßig herausgestellt hatte, versuchten sie jetzt diese Methode bei einem Aneurysma der A. anonyma, das schon ziemliche Fortschritte gemacht hatte.

Es handelte sich um einen 40jährigen Mann, bei dem trotz vorausgegangener Syphilis sich Jodkali als unwirksam erwiesen hatte. Die Geschwulst wölbt die Gegend des rechten Sterno-clavicular-Gelenks bereits stark vor, das Wachsthum ist so stark, dass ein baldiger Durchbruch zu erwarten steht.

Unter strenger Antisepsis wurden an 2 vorragenden Stellen der Geschwulst Platinkanülen, die an ihrer Basis zum Schutz der Haut isolirt waren, eingestochen, durch diese ein sehr dünner Draht in Länge von 10 Fuß allmählich in den Sack hineingesenkt und nun der Strom geschlossen. Das Drahtende im Aneurysmasack stellte die Anode dar; die Kathode lag als große Thonplatte auf dem Bauch. Der Strom, allmählich ansteigend bis zu 80 Milliampères, wurde in dieser Stärke während 75 Minuten durchfließen gelassen. Die Nadeln, welche im Beginn der Sitzung immer die Neigung hatten, sich horizontal umzulegen, blieben nach Verlauf einer halben Stunde ganz allein senkrecht stehen, so fest hatten sich im Innern des Sackes die Blutgerinnsel bereits angelagert.

Die einzige unangenehme Folge dieser elektrolytischen Sitzung war, dass an der einen der Stichöffnungen für mehrere Tage Blut ganz unbedeutend hervorsickerte; im Übrigen konnte eine Abnahme der Pulsation über dem Aneurysmasack vom 2. Tage an konstatiert werden.

Nach 4 Wochen sollte eine Stelle des Sackes, die wieder weich und deren Wandung dünn geworden schien, in derselben Weise in Angriff genommen werden; beim Einführen der Nadeln stellte sich aber heraus, dass man gar nicht mehr in eine Höhle gelangte, sondern nur in festes Gewebe; auch fand kein Ausfließen von Blut durch die Stichöffnungen statt. Nach einiger Zeit wurde der Pat., der außerdem noch an chronischer Nephritis litt, entlassen, aber fortdauernd in Beobachtung gehalten. 3 Jahre nach der Operation konstatierten die Verff., dass die Gesundheit des Mannes noch relativ gut sei; das Aneurysma mache ihm keine Beschwerden; erst in den letzten 3 Monaten haben sich 2 kleine, weiche Stellen auf dem im Übrigen festen Aneurysmasack gezeigt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

24) J. J. Kumberg. Ein seltener Fall von Polymastie.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 1.)

Die accessorische Mammilla saß fast mitten im Rücken einer 28jährigen Usbekin (Einwohner von Chiwa) auf 6 cm breiter Basis. Letztere vergrößerte sich seit einem Jahre, was Verf. durch ein Lipoma retromammarium verursacht glaubt. Operation verweigert. 2 Photogramme veranschaulichen den Befund.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

25) C. Beck (New York). The treatment of carcinoma mammae.

(Clinical recorder 1896. Oktober.)

B. berichtet über seine Erfahrungen bezüglich der Operationen des Brustkrebes. Seit dem Jahre 1889 hat er die Entfernung mindestens der oberflächlichen Schichten des M. pectoralis major neben der gründlichen Ausräumung der Achselhöhle geübt. Dadurch war er schon 1894 im Stande, unter 27 Fällen auf 21 vollständige Heilungen hinweisen zu können. 2 Jahre später waren noch 20 recidivfrei geblieben; eine Frau musste wegen eines Knetens in der anderen Brustdrüse einer neuerlichen Operation unterzogen werden. Von 1894—1896 führte B. 32 weitere Operationen aus, von denen nur 2 — und dies höchst ungünstige Fälle — wegen Recidiven wiederholt werden mussten.

Mit Rücksicht auf die anatomischen Verhältnisse der Lymphbahnen und Lymphdrüsen dieser Gegend (seine diesbezüglichen kurzen Bemerkungen decken sich im Allgemeinen mit den Ergebnissen der Untersuchungen Großmann's, die inzwischen bekannt geworden sind. Ref.) geht er jetzt bei der Exstirpation des M. pectoralis major bedeutend weiter, entfernt ihn ganz — mit Ausnahme der Clavicularportion —, wenn die Geschwulst nicht innerhalb der Brustdrüse genau begrenzt ist; eben so opfert er den M. pectoralis minor beim Ergriffensein der Infraclaviculardrüsen, eventuell auch den Serratus und Latissimus dorsi. Mamma,

Muskel und Achseldrüsen werden selbstverständlich immer zusammenhängend entfernt.

Die Infraclaviculardrüsen müssen immer zugänglich gemacht werden durch Beiseitedrängen des M. pectoralis minor oder nach der Resektion desselben.

Sind sie erkrankt oder verdächtig, so soll die Ausräumung auf sie und die Drüsen der Oberschlüsselbeingrube ausgedehnt werden. Dazu muss das Schlüsselbein temporär reseziert werden. Von diesem Eingriff, wie von der Entfernung der Brustmuskeln hat B. keinerlei Benachtheiligung der Funktion bemerkt. Öfters muss die Axillarvene aus den Drüsenpacketen ausgeschält, in ganz schweren Fällen in dieser Partie reseziert werden.

Aus den technischen Exkursen sei hervorgehoben, dass B. bloß mit fortlaufender Naht schließt, nicht drainirt, da er sich auf streng aseptisches Vorgehen stützt. Die Vorbereitung der Haut zur Operation besteht in Umschlagen mit Schmierseife durch 24 Stunden und derbem Abreiben mit in Alkohol getränkter Gaze; kein Antisepticum.

In Folge der Operation hat Verf. keinen der 59 Fälle (darunter 4 Männer zwischen 48 und 58 Jahren) verloren, überhaupt nur einmal Fieber während der Wundheilung beobachtet.
J. Sternberg (Wien).

26) N. I. Bogoras. Ein Fall von 3wöchentlichem Wandern einer Kornnähre im Körper eines Kindes.

(Russische Chirurgen-Gesellschaft Pirogow's 1896.)

Das 8 Monate alte Mädchen wurde am 8. Mai 1896 wegen Hustens nach Verschlucken einer Kornnähre vorgestellt. Im Rachen und Kehlkopf nichts zu sehen. 31. Mai Abscess links im 7. Interkostalraum; in demselben hört man beim Athmen ein rasselndes Geräusch. Die ganze Zeit hustete das Kind, manchmal fand sich Blut im Auswurf; Öffnen des Abscesses, der mit den Luftwegen in Verbindung stand; Entfernung der Kornnähre aus der Eiterhöhle. 13. Juni Heilung.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

27) M. Jakowski. Aktinomykose der Lunge und Pleura.

(Gaz. lekarska 1897. No. 1.)

Eine 29jährige, wohlgebaute und genährte Bäuerin war während der Erntezeit an einer fieberhaften Lungenkrankheit erkrankt: es stellten sich Husten mit blutigem Auswurf und Seitenstechen ein. Das Leiden hielt mehrere Monate mit wechselnder Intensität an, bis Pat., durch eine Geschwulst am Brustkorb beunruhigt, das Spital aufsuchte. Die daselbst vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund. Am Rücken rechts eine ausgedehnte, bis zur mittleren Axillarlinie reichende, von normaler Haut bedeckte, auf Druck äußerst empfindliche Geschwulst. Perkussionsschall vom halben Schulterblatt abwärts gedämpft, daselbst keine Athemgeräusche hörbar; Fremitus pectoralis aufgehoben. Der seropurulente, blutig gefärbte Auswurf enthielt zahlreiche Eiterkörperchen und Epithelien, aber keine specifischen Mikroorganismen. Im Übrigen konnte im Organismus nichts Abnormes nachgewiesen werden, namentlich waren auch die Zähne ganz normal. Mäßiges Fieber. Die nach stägiger klinischer Beobachtung vorgenommene Probepunktion förderte aus beträchtlicher Tiefe etwas grünlichen, aktinomyceshaltigen Eiter zu Tage. In den folgenden Tagen stellte sich in der Axillarlinie deutliche Fluktuation ein. Pat. wurde in die chirurgische Abtheilung verlegt und daselbst von weil. Jawdyński operirt. Mittels eines langen, von der mamillaren bis zur rückwärtigen Axillarlinie reichenden Schnittes wurde vorerst ein großer subkutaner aktinomykotischer Abscess eröffnet. Hierauf Resektion der 6.—9. Rippe und Exstirpation der ebenfalls von der Krankheit ergriffenen interkostalen Muskulatur. Da jedoch in der verdickten Pleura eine secernirende Fistel konstatirt wurde, verfolgte Jawdyński dieselbe und gelangte in eine zwischen der vorderen und mittleren Axillarlinie liegende aktinomykotische Lungenkaverne, deren Wänden mittels Paquelin exstirpirt wurden. Tamponade der ganzen Wundhöhle

mittels Jodoformgaze; nach einigen Tagen Sekundärnaht. Glatte Heilung. Verf. vermuthet, dass in diesem Falle der rechte Bronchus die Eingangspforte für den Pilz abgegeben haben dürfte.

Trzebielky (Krakau).

28) P. Pettavel. 2 bemerkenswerthe Fälle von Pneumothorax.

Inaug.-Diss., Lausanne, Vallotton, Guex & Cie., 1896. 33 S.

Verf. theilt 2 in der Lichtheim'schen Klinik in Königsberg beobachtete Fälle von Pneumothorax mit, von denen besonders der erste chirurgisches Interesse bietet. Es handelt sich in demselben um eine Pat., welche unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen exsudativen Pleuritis erkrankte. Die Punktion förderte 2mal je $\frac{1}{2}$ Liter klare Flüssigkeit zu Tage. Etwas später trat rechtsseitiger Pneumothorax auf. Keine Anhaltspunkte für Tuberkulose. Da mehrfache Luftentleerungen keinen Erfolg hatten, wurde eine Büla u'sche Drainage versucht, wobei sich kleine Echinococcusblasen entleerten. Daraufhin Resektion der 7. und 8. Rippe in der Axillarlinie. Durch die Operationsöffnung entleerten sich im Verlauf der nächsten Tage öfters kleine Echinococcusblasen, einige Mal Klümpchen von Lebergewebe, und schließlich, nach 3 Wochen, die ganze kindskopfgroße Echinokokkencyste. Es trat völlige Heilung ein. — Verf. lässt es unentschieden, ob der Echinococcus ursprünglich in der Lunge oder in der Leber saß. Für die Entstehung des Pneumothorax dürfte die mehrfache Punktion nicht ohne Bedeutung gewesen sein.

Es dürfte wohl gegebenen Falls angezeigt sein, nach gestellter Diagnose gleich in der ersten Sitzung bis auf den Echinococcussack einzudringen und denselben womöglich herauszubefördern. Im vorliegenden Falle scheint eine durch die Büla u'sche Drainage verursachte Karbolvergiftung ein energischeres Vorgehen verhindert zu haben. (D. Ref.)

Im 2. Falle handelt es sich um ein nicht sicher diagnosticirtes Aortenaneurysma aufluetischer Basis, welches durch Druck auf den linken Bronchus mehrfache Bronchiektasien und durch Platzen einer solchen einen Pneumothorax verursacht hatte. Tod an Ruptur des Aneurysmas.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

29) Hofmokl Ein Fall von angeborener Querspaltung der Glans penis. Mit 1 Figur.

(v. Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie.)

Bei der Operation einer Phimose eines 68 Jahre alten Mannes fand H. nach Freilegung der Glans dieselbe in einen gröberen oberen und einen dünneren unteren Abschnitt quer getheilt. Die Harnröhre mündete am Grunde in der Mitte des Querspaltes. Der untere Theil enthielt einen auf ein rinnenförmiges Frenulum des oberen Theiles passenden blind endigenden 2 mm langen Gang.

Der Fall steht einzig in seiner Art da gegenüber den ebenfalls seltenen, aber doch mehr bekannten Längsspaltungen des Penis.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

30) J. Polaria. Un cas de tuberculose du pénis opéré. Guérison.

(Archives des sciences médicales 1897. No. 1.)

Es handelte sich bei einem Soldaten um eine tuberkulöse Granulationsgeschwulst an der Unterfläche des Penis, die in die Harnröhre durchgebrochen war, die äußere Haut aber intakt gelassen hatte. Excision und Ausschabung, Naht der Harnröhre. Völlige Heilung.

Borchard (Posen).

31) W. Dukeman (Los Angeles, Cal.). Stricture of the urethra. A report of one hundred cases treated by internal urethrotomy.

(Pacific med. journ. 1896. December.)

D. behandelt die Harnröhrenstrikturen nicht ausschließlich mit dem inneren Harnröhrenschnitt, sondern greift nur dann zu demselben, wenn durch die Dilatation mittels der Bougies eine endgültige und vollständige Heilung nicht erzielt worden ist. Als solche sieht er nur eine dauernde Erweiterung der verengten

Stelle bis zu der Weite der Harnröhre in ihrer übrigen Ausdehnung an. Um sich von der Beständigkeit des erzielten Erfolges zu überzeugen, hat D. an alle Operirten geschrieben; in 3 Fällen war noch eine zweite, in 2 sogar eine zweite und dritte Operation nöthig, ehe dauernde Heilung zu erreichen war. In allen übrigen Fällen hatte die einmalige Urethrotomie hingereicht. Nur 3 von allen 100 Kranken, welche vor der Operation an völliger Retentio urinae gelitten hatten, hatten kurze Zeit danach das Bett hüten müssen. Niemals war Urethralfieber eingetreten oder irgend eine andere Komplikation. Erst am 4.—7. Tage nach der Operation wurde wieder eine Sonde eingeführt, in letzter Zeit immer später, bis man die Heilung der Wunde voraussetzen konnte.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

32) J. G. Witte. Material zur Lehre von der Steinkrankheit.

(Die Chirurgie Hft. 2. [Russisch.])

An 52 Fällen von Blasenstein erörtert W. mehrere wichtige, bei der Behandlung dieser Krankheit in Frage kommende Punkte. Es handelte sich meist um Kinder und jugendliche Personen. In 4 Fällen wurde mit dem Lithotriptor vorgegangen, 6mal die mittlere, 9mal die äußere Urethrotomie, 1mal der seitliche Steinschnitt, 32mal der hohe Steinschnitt ausgeführt. Bei letzterem wurde 5mal die Blase nicht genäht, 11 Fälle mit Blasennaht und Einführung eines Katheters zur Nachbehandlung und 16 Fälle mit Blasennaht ohne Katheter behandelt. W. giebt, wie manche andere Chirurgen, dem letzteren Verfahren den Vorzug. Namentlich bei Kindern ist es schwierig, den Katheter dauernd gut zu fixiren, er reizt die Blase, verursacht dadurch Schmerzen und belegt sich manchmal schon in den nächsten Tagen mit Salzniederschlägen aus dem Urin. Lässt man den Katheter fort, so gestaltet sich die Nachbehandlung für den Kranken viel angenehmer, und die natürliche Harnentleerung geht bald ohne Störung vor sich. Für die Prognose ist es von großer Bedeutung, ob nicht in der Niere oder den Harnleitern noch weitere Steine stecken, die zum Herabsteigen in die Blase bereit sind. W. weist besonders auf diesen Umstand hin, und beruft sich dafür auf den Fall 45 seiner Krankengeschichten: Einem 3jährigen Bauernknaben war im Oktober 1893 durch den hohen Steinschnitt ein 7 cm großer Stein entfernt worden. Etwa $\frac{3}{4}$ Jahr später stellten sich beim Kranken wieder die früheren Anfälle von Blasenbeschwerden mit leichter Temperatursteigerung (38°) ein. Es wurde im Februar 1895 in der alten Narbe abermals der hohe Steinschnitt gemacht. Die Blasenwand war nicht mit den Hautdecken verwachsen, sondern verhielt sich normal. Unter einiger Schwierigkeit wurde ein ganz runder Stein von 3,1 cm im Durchmesser hervorgezogen. Der Urin verlor am Abend des Operationstages seine blutige Beimischung und wurde wie gewöhnlich entleert. Doch stellte sich in den nächsten Tagen höheres Fieber (39°) ein, die Wunde wurde wieder geöffnet, drainirt, aber der Kleine starb trotzdem 12 Tage nach der Operation. Schon während der Operation war der tastende Finger einmal auf einen harten, von Gewebsschichten bedeckten Körper gestoßen; da aber die Blase sicher keinen weiteren Stein enthielt, hatte man nicht besonders darauf geachtet. Jetzt bei der Sektion stellte sich heraus, dass im rechten Harnleiter noch ein Stein von 2:1 cm Größe steckte. Der Harnleiter war in seinem oberen Drittel stark aufs Doppelte erweitert, die Niere atrophirt und mit Eiter im Kelche. Die linke Niere blutreich und etwas vergrößert. Wenn nun im günstigen Falle dieser dritte Stein auf seiner Wanderung in die Blase getreten wäre, so hätte man den Steinschnitt noch zum 3. Male machen müssen. Es wird sich also beim Blasenschnitt empfehlen, sich möglichst zu überzeugen, ob nicht bereits ein weiterer Stein im Harnleiter vorhanden ist.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

33) E. Pfeiffer. Eine neue Cystinfamilie.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 4.)

P. hat neuerdings wieder einen Fall von hochgradiger Cystinausscheidung im Urin bei einem Pat. beobachtet, der wegen Nierenkoliken mit zeitweiser Verlegung des Harnleiters durch ein Konkrement in seine Behandlung kam.

Interessant ist, dass P. auch im Urin des 16jährigen völlig gesunden Sohnes des Pat. nach Zusatz von Essigsäure ein reichliches Sediment von Cystin vorfand. In frischem Zustand war der Urin alkalisch und sehr reich an Trippelphosphaten.

P. betrachtet die der Cystinurie eigenthümliche Neigung, in Phosphaturie überzugehen, als eine Art Naturheilbestreben. Die Steinbildung und Schädigung der Harnwege durch das Cystin kann vielleicht, wie bei den übrigen Steinkrankheiten, von der Ausscheidbarkeit des Cystins abhängen und diese wiederum vielleicht von dem relativ zu niedrigen Gehalt des Urins an neutralem phosphorsaurem Natron. Die Therapie würde in diesem Falle, wie bei der harnsauren Diathese, in der Zufuhr von Alkalien (Fachinger Wasser) bestehen.

Die Beobachtung P.'s weist wiederum auf die Eigenthümlichkeit der Cystinurie, sich mit Gicht und Phosphaturie zu vergesellschaften, so wie auf die Erblichkeit derselben hin.

F. Krumm (Karlsruhe).

34) **Kutner.** Beitrag zur Steinbehandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 13.)

Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben, welcher seit dem 7. Lebensjahre an Harnbeschwerden (erschwertes, mit Schmerzen verbundenes Uriniren) litt. Die Untersuchung K.'s konstatierte einen Stein mit dem Sitz kurz vor dem Sinus bulbi. Die Ursache, warum das Konkrement an dieser ungewöhnlichen Stelle saß, fand Verf. darin, dass die Pars anterior nicht die normale Weite hatte. In diesem Befund und in der Thatsache, dass das Konkrement an dieser Stelle sicherlich zumindest mehrere Monate gelegen hatte, ohne zu einer Harnverhaltung geführt zu haben, liegt das Interessante des Falles, andererseits aber noch in der Technik der Entfernung des Steins.

Da die Extraktion unmöglich erschien, das Zurückschieben des Steins in die Blase auch nicht gelang, zertrümmerte K. mittels einer Mathieu'schen Zange den Stein im Sinus bulbi mit gutem Erfolg — unter durch die engen Raumverhältnisse und durch die Härte des Steins (Oxalatstein) bedingten großen Schwierigkeiten.

Der Fall zeigt, dass man selbst bei harten Steinen, die in der Harnröhre stecken geblieben und durch die Extraktion nicht zu entfernen sind, mit Vermeidung der Urethrotomie, welche, abgesehen von dem längeren Krankenlager, in dem in Frage kommenden Theil der Harnröhre zu nachträglicher Bildung von narbigen Strikturen Veranlassung geben könnte, eine Zertrümmerung versuchen kann.

Gold (Bielitz).

35) **P. P. Michailow.** Urethralstein bei einem Mädchen.

(Detskaja medicina 1897. Hft. 1. [Russisch].)

Der Stein wog 12,8 g, war 5 cm lang und hatte 6 cm im Umfang. Pat. war 12 Jahre alt, leidet seit ihrem 3. Jahr. 1 Woche nach Entfernung des Steins fast völlig gesund, nur Nachts inkontinent. **E. Glückel** (B. Karabulak, Saratow).

36) **G. F. Zeidler.** Über operative Eingriffe bei subkutanen Nierenzerreißen.

(Botkin's Hospitalzeitung 1897. Hft. 1—3. [Russisch].)

Die 31jährige trunkene Pat. stürzte eine Treppe herab und schlug dabei mit der rechten Lende auf eine Stufe. Nach 14 Stunden alle Symptome einer Blutung. Operation: Schnitt hinten in der Nierengegend; Peritoneum durch eine Menge Blutgerinnsel nach vorn verdrängt. Mit dem Gerinnsel entfernte Z. die obere und untere Nierenhälfte; die Niere war quer durchrissen und ganz vom Stiel abgetrennt. Ligatur des Stiels. Heilung.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

37) **K. Funke.** Beitrag zur chirurgischen Behandlung der cystischen und infektiösen Geschwülste der Niere.

(Prager med. Wochenschrift 1897. No. 7—11.)

F. hat das Operationsmaterial der Gussenbauer'schen Klinik in Prag für seine Arbeit verworther. Derselben liegen 12 operirte Fälle cystischer Ge-

schwülste und 10 infektiöse Geschwülste, zu denen Gussenbauer die Sarkome und Carcinome rechnet, zu Grunde. Als Ursache der Hydronephrose ergab sich 3mal Knickung des Harnleiters bei Wanderniere, 2 waren als traumatische aufzufassen, in den übrigen Fällen die Ätiologie unklar. In Bezug auf die Therapie steht Gussenbauer auf dem Standpunkt, dass man kleine, namentlich intermittierende Hydronephrosen gar nicht operire. Bei allen übrigen zieht Gussenbauer die Nephrektomie der Nephrotomie vor, die den Pat. den Gefahren einer bleibenden Urinfistel oder einer sekundären Exstirpation aussetzt. Die Punktion ist von allen das unsicherste Verfahren.

Nierengeschwülste wurden 20mal beobachtet und 10mal operirt. Darunter befanden sich 2 Kinder von 3 Jahren (1 geheilt); die übrigen betrafen Erwachsene. Dem histologischen Bau nach handelte es sich bei letzteren 5mal um Carcinome, 3mal um Sarkome, die von der Nebenniere ausgingen. Die Schwierigkeit der Diagnose wird besonders durch Verwechslung mit Nierensteinen bedingt, da die Hauptsymptome — Schmerz und Hämaturie — beiden Affektionen gemeinsam sind, und die Geschwulst nicht immer tastbar ist. In einem Falle schwerer Hämaturie konnte Gussenbauer erst durch Sectio alta über die Herkunft des Blutes klar werden und machte einige Tage später mit Erfolg die Nierenexstirpation. Diese Operation bildet natürlich die einzig rationelle Therapie der infektiösen Nierengeschwulst. Gussenbauer bevorzugt die extraperitoneale Nephrektomie und benutzt als Ligaturmaterial fast ausschließlich Katgut, nur für Unterbindung des Hilus und Harnleiters Seide. Besondere Beachtung bei der Operation verdienen die retroperitonealen Drüsen, die oft mit erkrankt sind und entfernt werden müssen.

Die Dauerresultate waren bei Hydronephrose sehr günstig, bei den infektiösen Geschwülsten schlecht. Die längste Lebensdauer betrug in einem einzigen Falle nur 2 Jahre. Dagegen waren die unmittelbaren Operationsresultate sehr befriedigend, da von 13 Nephrektomirten nur 1 Mann an Reflexanurie zu Grunde ging.

Jaffé (Hamburg).

38) **Weber** (Alsfeld). Steinbildung in beiden Nieren nach Sturz auf den Rücken.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 12.)

Der 19jährige Pat. bot nach dem Unfall zunächst Symptome einer Rückenmarksschädigung dar; die Lähmungserscheinungen, auch die der Blase, gingen in einigen Monaten zurück. Indess bemerkte der Kranke am Ende dieser Zeit Abgang kleiner Steinchen beim Urinlassen, der sich später mehrfach wiederholte und schließlich auch mit Nierenkoliken einherging. 5½ Jahre nach dem Unfall erlag Pat. einem schweren Nierenleiden. Die Sektion ergab hochgradige, durch Eiterherde und Steineinlagerungen bedingte Veränderungen der Nieren und Verstopfung der Ureteren. Seitens der Berufsgenossenschaft wurde der Zusammenhang zwischen Unfall und Steinbildung, bezw. Tod anerkannt.

W. nimmt an, dass die durch den Sturz auf den Rücken bewirkte Quetschung beider Nieren zu Blutextravasaten, Entzündung und Steinbildung geführt habe. (In der Krankengeschichte ist jedoch keines Symptoms Erwähnung gethan, das auf eine bei dem Unfall stattgehabte Nierenquetschung hinwiese, so dass wohl die Entstehung der Steine in Folge des Traumas auf andere Weise erklärt werden muss. Ref.)

Kramer (Glogau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29.

Sonnabend, den 24. Juli.

1897.

Inhalt: I. L. Gigli, Zur praktischen Verwerthung der Drahtsäge. — II. A. Freudenberg, Ein modificirter Bottini'scher Incisor. (Original-Mittheilungen.)

1) Donogány, Nachweis von Blut im Harn. — 2) Melchior, Bact. coll und Leiden der Harnwege. — 3) Kutner, Asepsis bei Behandlung der Harnleiden. — 4) Róna, Para-urethrale Gänge. — 5) Escat, Blasenentzündung. — 6) Tietze, Blasenspalte. — 7) Romm, Hoher Blasenschnitt. — 8) Obalinski, Zur Nierenchirurgie. — 9) Minervini, Nierengeschwülste. — 10) Motz, 11) Bazy, Escat, Chauvillos, Prostatahypertrophie. — 12) Zangemeister, Hämorrhagische Periorchitis. — 13) Weber, Perivaginitis phlegmonosa. — 14) Samter, Blasen-Scheidenfistel. — 15) Lauwers, Hysterectomia abdominalis. — 16) Meyer, Verband- und Instrumentenkasten. — 17) Dundore, 18) Dix, 19) Duke, 20), 21) Lillenthal, Nosophen und Antinosin. — 22) Dasara, Tuberkulose und Serotherapie. — 23) Lenhartz und Rumpf, Mittheilungen. — 24) Herhold, 25) de Rouville, Prostatahypertrophie. — 26) Hawkes, Nephrektomie. — 27) Lesin, Nierensteine. — 28) Bazy, Hydronephrose. — 29) Herbart, Varicocele utero-ovarica. — Berichtigung.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses S. M. Nuova zu Florenz Prof. G. Del Greco.)

I. Zur praktischen Verwerthung der Drahtsäge.

Von

Dr. Leonardo Gigli, I. Assistent.

Im Jahre 1894¹ berichtete ich zum ersten Male in diesem Blatt über ein neues Instrument, welches zur Durchtrennung der Knochen dienen sollte und in jenen Tagen vom Fabrikanten Härtel in Breslau nach meinen Angaben konstruirt und mir übergeben war.

Das Instrument besteht aus einem einfachen Stahldraht, welcher durch eine besondere Bearbeitung vortrefflich gezähnt ist. Dieser Draht hat an seinen Enden zwei Ösen, welche zur Aufnahme der kleinen Griffe der Kettensäge dienen.

Ich muss hinzufügen, dass dieses Instrument nichts zu thun hat mit den bisherigen Versuchen, welche dazu dienten, die Kettensäge

¹ Centralblatt für Chirurgie 1894. No. 18.

zu ersetzen. Die Säge nach Kusy, hergestellt von Hayek und Marconi in Wien, die Säge nach Thomas und alle anderen Sägen, welche Ollier Schnürsägen nennt, verfolgen ein durchaus anderes Princip. So auch das sogenannte amerikanische Serpentin.

Seit den ersten Versuchen und Experimenten war mir klar, von welcher Wichtigkeit solch einfaches Instrument für die Chirurgie sein könne. Seine Feinheit, die Leichtigkeit, mit welcher es um jeden Knochen des Skeletts herumgeführt werden kann, die Möglichkeit, die Knochen in spitzen Winkeln und nach allen Richtungen zu sägen, die Exaktheit des Schnittes, die leichte und absolute Desinfektionsmöglichkeit, all dies macht die Säge zu einem idealen Instrument für die chirurgische Praxis.

Nur eine Schwierigkeit blieb zu überwinden, die Herstellung einer Drahtsäge von solcher Resistenz, dass sie zur Ausführung aller Operationen genügte.

Die ersten Drähte genügten nach der Richtung nicht, und die Versuche, welche damals in der Klinik des Herrn Prof. Mikulicz gemacht wurden — dessen ich mich stets mit Ehrfurcht und Dankbarkeit erinnere — ergaben zwar die Möglichkeit, einen Knochen von mittlerer Härte und Dicke zu durchtrennen, die Sägen rissen aber bei ähnlichen Versuchen am harten Unterkiefer, wie am schwierig freizulegenden Oberkiefer.

Damals schon machte ich den Fabrikanten Härtel darauf aufmerksam, dass die Zerreiblichkeit des Drahtes nur die Folge der Herstellung des Instruments sei, durch die der Draht seine gleichmäßige Widerstandsfähigkeit einbüßte; und in der That gelang es durch Änderung der Herstellung und Härtung Herrn Härtel, Drähte zu verfertigen, welche fähig sind, in jedweder Tiefe die härtesten Knochen des menschlichen Skeletts zu durchsägen.

Seit meinem ersten Artikel sind fast 3 Jahre verflossen; in dieser Zeit habe ich als Assistent der chirurgischen Abtheilung meines Lehrers Prof. Giovanni Del Greco, ersten Chirurgen in S. M. Nuova und Prof. der operativen Medicin unserer Fakultät, wie unterstützt durch die Liebenswürdigkeit desselben, die Gelegenheit gehabt, an einem bedeutenden operativen Material das Instrument häufig anzuwenden.

Ich möchte hier kurz zusammenfassen, welche Resultate wir während dieser 3 Jahre in der Praxis erzielt haben und meines Lehrers Meinung über das Instrument mittheilen, wie er sie schon seit längerer Zeit in seinen Vorlesungen vor den Studenten ausgesprochen hat²: dass es nämlich ein wahres Passepartout sei. Anfangs mit einer Art Misstrauen nur bei einfachen Operationen, wie Rippenresektion etc. angewendet, wurde es bald das bevorzugte Instrument bei vielen Knochenoperationen, abgesehen natürlich denjenigen an der Hirnschale.

² La settimana medica delle sperimentale 1896. No. 12.

Auch bei Amputationen und Resektionen, wo früher die Blattsäge und andere Instrumente zur Verwendung kamen, benutzt jetzt Prof. Del Greco nur die Drahtsäge, nicht etwa aus Vorliebe für ein neues Instrument, sondern weil in Wirklichkeit der Gebrauch desselben Vortheile bietet, welche die bisher gebräuchlichen Instrumente nicht gewährt haben. Durchtrennt die Drahtsäge doch Weichtheile fast so leicht wie das Messer sie durchschneidet, so dass es bei ihrer Anwendung nicht nöthig ist, die Weichtheile sorgfältig zu durchtrennen und die Knochen durchaus freizulegen. Hat man den Lappen in der einen oder anderen Weise gebildet und schnell die Weichtheile durchschnitten, so kann man sofort zur Drahtsäge greifen und mit ihr die Operation beendigen. Meine Säge legt sich genau auf die Stelle, wo man den Knochen durchsägen will, und durchsägt ohne auch nur den kleinsten Theil des Knochens unbedeckt zu lassen. Abgesehen davon, dass mein Instrument nach allen Richtungen und in allen Punkten seiner Oberfläche sägt, kommt es bei uns nicht vor, dass es eingeklemmt wird, wie es öfters den anderen, besonders der Blattsäge passirt, wenn diese nicht gut präparirt ist und der Assistent nicht richtig assistirt. Nur bei Rippenresektionen muss man die Vorsicht beobachten, dass der Knochen mit einer starken Zange festgehalten wird. Prof. Del Greco benutzt zu diesem Zwecke ein Farabeuf, da anderenfalls der Knochen zu beweglich ist, was das schnelle Arbeiten der Säge hindert. Die Amputation des Vorderarmes und des Beines ist durch den Draht vereinfacht worden; denn die Durchschneidung der Weichtheile zwischen den Knochen kann unterbleiben. Man hat nur die Lappen zu bilden und alle oberflächlichen Weichtheile zu durchschneiden; dann sägt man mit dem Draht beide Knochen zu gleicher Zeit nebst den zwischen ihnen gelegenen Weichtheilen.

Am klarsten tritt der Werth und die Ingeniosität des Instruments bei den Fußoperationen zu Tage. Die Operationen lassen sich mit außerordentlicher Schnelligkeit ausführen, und dabei kann der Fuß an jeder beliebigen Stelle und in jeder gewünschten Richtung amputirt werden, ohne dass man sich dabei an die klassischen Linien zu halten hat. Dabei ist die Schnittfläche so glatt und vollendet, als hätte dasselbe Messer gleichzeitig die Knochen und die Weichtheile durchschnitten. Diese leichte Technik, welche meine Säge der Einfachheit ihrer Konstruktion verdankt, ist höchst wichtig für die Kriegschirurgie, wie Maggior Prof. Pietro Imbriaco in seinen Vorlesungen dargethan hat³.

Man könnte noch Mehreres hinzufügen, besonders über die Modifikationen der Technik bei den einzelnen operativen Vorgängen, auch Manches über die Verwendung des Drahtes durch den Anatomen wie in der Geburtshilfe (Dekapitation, Kraniotomie beim

³ Maggior Pietro Imbriaco. Le operazioni più frequente nelle chirurgia di guerra Firenze 1897. p. 189.

nachfolgenden Kopfe etc.). Aber das würde mich über die mir in diesem Blatte gestatteten Grenzen führen.

Alle diese Vortheile und hauptsächlich die, dass man mit der Wirkung der Säge und der Kettensäge die Eigenschaft des Seidenfadens vereinigen, das heißt, dass man mit ihr auch die Weichtheile durchschneiden kann, als ob man in idealem Sinne von einem Rasirmesser die Schneide losmachen könnte, sollen, wie ich hoffe, meinem Draht im chirurgischen Armamentarium neben den elementaren Instrumenten, wie Messer, Schere und chirurgischen Nadeln, einen festen Platz einräumen.

Ich vernehme mit Vergnügen, dass man den Gebrauch dieses Instruments in vielen Kliniken und Spitälern besonders in Deutschland eingeführt hat, und dass es sogar bei gewagten Operationen, wie bei der Resektion des Os ilei, vor kurzer Zeit von Bardenheuer¹ angewandt worden ist.

Darum schien es mir angebracht, hier aus einander zu setzen (was bis jetzt noch nicht geschehen), wie vortheilhaft und von welcher Wichtigkeit und praktischem Werth das Instrument sei, und ich hoffe es wird mir besser gelingen als Aitcken, dem Erfinder der Kettensäge, meine bescheidene Entdeckung aus dem Felde der Geburtshilfe (Symphyseotomie) auf das breitere und reichere Feld der allgemeinen Chirurgie überpflanzen zu können.

II. Ein modificirter Bottini'scher Incisor.

Von

Dr. Albert Freudenberg in Berlin.

Nachdem ich 15mal mit dem galvanokaustischen Incisor Bottini's bei Prostatahypertrophie operirt, haben mich meine Erfahrungen dazu geführt, das Instrument in einigen Punkten zu modificiren und, wie ich glaube, zu verbessern.

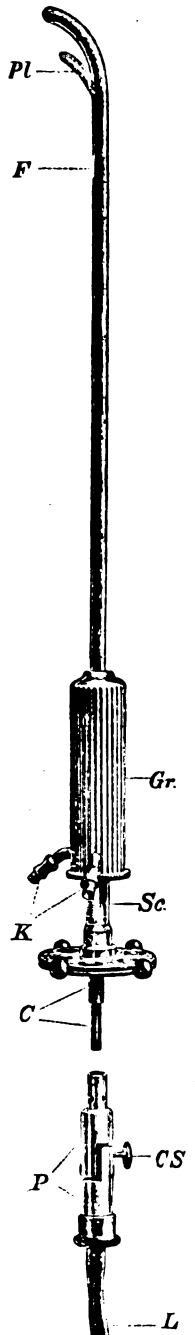
Es war mir etliche Male passirt, dass das Platinmesser sich während der Operation verbog, wodurch die Entfernung des Instruments etwas erschwert und schmerzhaft war, und auch Blutungen erzeugt wurden. Dasselbe ist Czerny, wie er mittheilt¹, passirt. Ich habe früher² angenommen, dass dies Vorkommnis eine Folge ungenügender Glühwirkung sein müsste, aber ich habe mich inzwischen überzeugt, dass dies nicht die einzige und nicht einmal die häufigste Ursache ist, welche zu einer Verbiegung Veranlassung giebt. In der That liegt in der Konstruktion des Instruments selbst eine gewisse Disposition dazu. Der Weg, auf welchem jene Ver-

¹ Centralblatt für Chirurgie 1897. No. 7.

² Czerny »Über die Kastration bei Prostatahypertrophie«. Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 16. p. 243.

³ »Die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini.« Berl. klin. Wochenschrift 1897. No. 15.

biegung am leichtesten zu Stande kommt, ist der folgende. Befindet sich das glühende Platinmesser bereits in dem Gewebe der Prostata und man verhütet jetzt nicht durch absolutes Festhalten des Griffes selbst die minimalste Drehung desselben und damit des weiblichen Schnabels, so kommt das Messer in eine andere Ebene, als der weibliche Schnabel, und verfehlt beim Zurückschieben seine Nische; es gleitet seitlich vorbei, wobei eine Verbiegung die nothwendige Folge ist. Dieses absolute Festhalten des Griffes, an und für sich schon nicht immer ganz leicht bei etwaigen Bewegungen des Pat., ist aber an Bottini's Instrument besonders erschwert erstens durch die Form des Griffes, welcher durch eine geringe Verdickung des Schaftes mit zwei kleinen flügel förmigen Fortsätzen gewissermaßen nur markirt ist. Es lag nahe, diesen durch einen handfesten, cylindrischen, leicht in der vollen Faust zu haltenden geriffelten Griff von 7 cm Länge (s. Fig. *Gr*) zu ersetzen, wie er von den Lithotriptoren her allgemein bekannt ist. Aber der Griff des Bottini'schen Incisors erschwert noch in anderer Beziehung das Festhalten. In Folge der Wärmebildung in der elektrischen Leitung und an den Kontakten wird er mit der Zeit heiß. Zwar macht sich dies in der Regel, wenn man nur einen oder zwei kurze Schnitte ausführt, nicht wesentlich bemerkbar, aber in einem Falle



Incisor.

Pl = Platin-Iridiummesser.*F* = Führungsplättchen.*K* = Ein- und Ausflussröhrchen der Kühlvorrichtung.*Sc* = Skala.*Gr* = Griff.*C* = Pole des Kontakts.Kabelkontakt
mit Leitungsschnur.*P* = Pole des Kabelkontakts.*CS* = Kontaktschraube zur Ein- und Ausschaltung.*L* = Leitungsschnur.

von apfelsinengroßer Prostata, wo ich 3 Schnitte in der vollen Ausdehnung von 3,5 cm, die das Instrument gestattet, zu machen für zweckmäßig hielt, wurde der Griff so heiß, dass ich ihn einen Augenblick vollständig loslassen musste. Ich habe diesen Übelstand in sehr einfacher Weise dadurch beseitigt, dass ich die Wasserkühlung nicht jenseits des Griffes, sondern bereits diesseits desselben beginnen lasse (s. Fig. K), so dass also der Griff gleich mitgekühlt wird. Dadurch wird gleichzeitig der weitere Vortheil erreicht, dass eine Kompression der Wasserschläuche, wie sie bei dem Bottini'schen Instrument durch die Ulnarseite der Hand und den 5. Finger leicht erfolgen kann, absolut ausgeschlossen ist³. — Auch auf andere Weise habe ich mich bemüht, die Möglichkeit, dass das Messer beim Zurückschieben die Nische verfehlt, zu verringern. So wurde die Nische selbst etwas verbreitert, und die Führung des männlichen Schaftes im weiblichen durch Auflöthen eines Führungsplättchens (s. Fig. F), welches genau in dem Wandeinschnitt des weiblichen Schaftes schleift, sicherer gemacht. — Aus demselben Grunde wurde für das Glühmesser statt des weicheren und namentlich nach dem Glühen noch weicher werdenden Platins das wesentlich härtere Platin-Iridium gewählt. Auch hiermit wurde gleichzeitig ein zweiter Vortheil erreicht. Wie alle Metalllegierungen einen stärkeren elektrischen Leitungswiderstand haben, als die reinen Metalle, hat auch das Platin-Iridium einen stärkeren als das Platin — das Verhältniss ist bei einigermaßen Iridiumgehalt etwa gleich $1\frac{1}{2}:1$. Es genügt also ein schwächerer Strom, um es zum Glühen zu bringen, als beim Platin.

Und damit kommen wir zu der zweiten Reihe von Veränderungen, die an dem neuen Instrument angebracht sind. Diese zielen darauf hin, die sehr hohen Anforderungen, die das Instrument an den elektrischen Strom stellt, herabzusetzen.

Außer der Wahl des Platin-Iridiums statt des Platins wurde dies durch Verbesserung der elektrischen Leitung und der Kontakte erreicht. In der Hülse des männlichen Schaftes liegen nicht, wie bei dem Bottini'schen Instrument, zwei ganz dünne Leitungsdrähte, sondern nur einer, etwa doppelt so dicker, während die Rückleitung durch die Hülse selbst, und weiterhin — in Folge des engen Anliegens dieser an dem weiblichen Schaft — durch das gesamte Metall des äußeren Instruments erfolgt. Demgemäß ist natürlich auch das Platinmesser nur mit dem einen Ende am Draht befestigt, während es mit dem anderen direkt an der starren Hülse angenietet ist, wodurch seine Stellung eine wesentlich festere geworden ist, als die des nur an den beiden Drähten befestigten Messers des Bottini'schen Instruments. Die Verbindung des In-

³ Natürlich müssen aber auch bei dieser Konstruktion die Schläuche dickwandig gewählt werden, damit sie nicht an irgend einer Stelle von selbst einknicken.

struments mit den Leitungsschnüren wird durch einen der Achse desselben entsprechenden zapfenförmigen Fortsatz vermittelt, welcher die beiden Pole (s. Fig. C) konzentrisch angeordnet trägt, so dass ein einfacher Ruck genügt, um den gleichfalls konzentrischen Kabelkontakt (s. Fig.) aufzuschieben. Die Schließung und Unterbrechung des Stromes geschieht dabei durch eine kleine Schraube an dem Kabelkontakt (s. Fig. CS), ohne dass, wie bei dem alten Instrument, ein besonderer Unterbrecher zwischengeschoben zu werden braucht.

Dass durch die axiale Anordnung der Verbindung zwischen Instrument und Leitungsschnur die Handhabung des armirten Instruments eine wesentlich leichtere geworden, als bei den beiden excentrisch von der Achse gelegenen und mit je einem dicken Leitungskabel verbundenen Kontakten des alten Instruments, liegt auf der Hand. Eben so wird erhöhte Handlichkeit erreicht dadurch, dass in Folge der elektrotechnischen Verbesserungen wesentlich dünnere Leitungskabel gewählt und in eine einzige Schnur zusammen umspinnen werden konnten; ferner auch dadurch, dass das neue Instrument gut 8 cm kürzer ist, als das alte, ohne dass der für Einführung in Harnröhre und Blase in Betracht kommende Theil um mehr als 1 cm kürzer gewählt wurde (26 statt 27 cm). Letzteres wurde dadurch erreicht, dass die Skala, welche den Weg des Messers anzeigt (s. Fig. Sc), im geschlossenen Zustande des Instruments innerhalb des Griffes liegt, und erst bei Drehung des Rades heraustritt. — Dass das Instrument in Folge des kompakteren Griffes schwerer geworden, wird Jeder als einen Vortheil empfinden, der weiß, wie viel leichter sich Instrumente von einem gewissen Gewicht in die Blase einführen lassen. Statt der Vergoldung des Instruments habe ich die dauerhaftere Vernickelung gewählt.

Der Hauptvorzug des neuen Instruments aber ist der folgende. Während das alte Instrument, wie mir Bottini auf meine diesbezügliche Anfrage mittheilte, ohne Schaden nicht in antiseptische Lösungen gelegt werden kann, ist nicht nur dies bei dem modificirten Instrument — durch die Wahl eines besondern wasser- und hitzesicheren Kittes zum Abschluss der Hülse des männlichen Schaftes und zur Isolirung — ohne jedes Bedenken statthaft, sondern das Instrument kann sogar, eben so wie jedes andere chirurgische Instrument, ohne Weiteres und in toto durch Kochen sterilisirt werden. Man wird die Wichtigkeit dieses Vorzuges zu würdigen wissen, wenn man in die Lage kommt, vielleicht heute in einem Falle mit schwerer Cystitis zu operiren, und morgen dasselbe Instrument in eine bisher aseptische Blase einführen zu müssen.

Wie man sieht, sind — abgesehen von diesem letzten und wichtigsten Vorzuge — die Modifikationen, die ich angebracht, nur solche der Form, der Handlichkeit und der elektrotechnischen Konstruktion. Unberührt bleibt durch sie der geniale Grundgedanke Bottini's, die Prostata per vias naturales galvano-

kaustisch zu durchtrennen, während gleichzeitig die benachbarten Partien durch Wasserkühlung vor Verbrennungen sicher gestellt werden, — dieser geniale Grundgedanke, den gefasst und durch bereits einen hohen Grad von Vollkommenheit zeigende Instrumente verwirklicht zu haben, das geistige Eigenthum und, wie ich wenigstens überzeugt bin, das hohe Verdienst Bottini's ist. Immerhin sind es Modifikationen, die vielleicht verdienen, allgemeiner acceptirt zu werden⁴.

Ich darf schließlich noch erwähnen, dass ich augenblicklich, ebenfalls durch Herrn Kiss, für die Bottini'sche Operation einen — übrigens auch für alle anderen galvanokaustischen Zwecke geeigneten — Accumulator konstruiren lasse, der mit einem Ampèremeter versehen ist. Die Ausrüstung mit dem Ampèremeter verdankt folgender Erwägung ihren Ursprung. Während man bei den sonstigen galvanokaustischen Operationen die Glühstärke des Kauters mit dem Auge kontrolliren kann, ist das bei der Bottini'schen Operation, bei welcher ja der Kauter in der Tiefe der Blase wirkt, nicht möglich. Man ist zur Abschätzung seiner augenblicklichen Glühstärke auf das Gefühl bei Drehung des Rades angewiesen, welches lehrt, ob das Glühmesser ohne Widerstand die Gewebe durchtrennt oder aber, wenn nicht genügend glühend, einen Widerstand im Gewebe findet; außerdem allenfalls auf das Warmwerden der Kontakte, welches als Folge des elektrischen Stromes eintritt. Dass Letzteres ganz unsicher, leuchtet sofort ein; aber auch die Kontrolle der Glühstärke mittels des Widerstandsgefühls ist immerhin unsicher und wird namentlich erst im Verlauf einer gewissen Erfahrung mit der Operation einigermaßen gesicherter. Das Ampèremeter aber gestattet jederzeit, die Stärke des durch das Instrument cirkulirenden Stromes und damit auch die Glühstärke des Messers genau abzulesen.

1) Donogány. Die Darstellung des Hämochromogens als Blutreaktion mit besonderer Berücksichtigung des Nachweises von Blut im Harn.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVIII. p. 234.)

Nach kurzer Besprechung der gebräuchlichen Methoden zum Nachweis von Blut beschreibt Verf. die seinige genauer. Das Verfahren dabei ist folgendes:

»Zu beiläufig 10 ccm Urin gieße ich 1 ccm Schwefelammonium und eben so viel Pyridin, oder ich alkalisire — statt Schwefelammonium zu gebrauchen — den Urin stark mit Natronlauge, was jedoch weniger gut ist. Die Reduktion findet momentan statt, und die Flüssigkeit nimmt je nach dem Blutgehalt eine mehr oder weniger intensive

⁴ Das modifizierte Instrument ist zu beziehen von dem elektrotechnischen Institut des Herrn R. Kiss, Berlin S.W. Königsgrätzerstraße 85, der dasselbe mit eben so viel Eifer wie Verständnis nach meinen Angaben fertiggestellt hat.

orangerote Farbe an. Die Farbe muss orangeroth sein, da sie charakteristisch ist. Dieser Farbenwechsel ist konstant. Bei geringen Mengen von Blut betrachte man die in der Eprouvette befindliche Flüssigkeit senkrecht von oben gegen eine weiße Unterlage. Bei vorher schon gefärbtem Urin muss eine nicht behandelte Urinprobe zum Vergleich hinzugezogen werden. Der vorhandene Blutfarbstoff wird als Hämochromogen nachgewiesen, und das Spektrum dieses Farbstoffs tritt noch deutlich hervor (nach Anstellung der obigen Probe), wenn ein Farbenunterschied nicht mehr zu konstatiren ist. Die Methode wird als sehr empfindlich gerühmt.

Pels Leusden (Göttingen).

2) **M. Melchior.** Die Bedeutung des Bacterium coli für die Pathologie der Harnwege.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 5.)

M. tritt in dieser Arbeit auf Grund eigener Untersuchungen in Übereinstimmung mit zahlreichen anderen Forschern den Ansichten Rovsing's über die Pathogenese der Cystitis entgegen. Er hält daran fest, dass bei den meisten Cystitiden der Urin eine saure Reaktion zeigt, dass die Ammoniurie meist nur ein ganz untergeordnetes Phänomen ist, und dass man den Colonbacillus für die häufigste Ursache nicht nur der Blasenentzündung, sondern der eitrigen Leiden der Harnorgane überhaupt ansehen muss.

F. Krumm (Karlsruhe).

3) **R. Kutner.** Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden.

Berlin, A. Hirschwald, 1897. Mit 8 Abbildungen im Text.

K., der sich seit vielen Jahren um die Einführung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden verdient gemacht hat, giebt in der vorliegenden, E. v. Bergmann zugeeigneten Monographie eine ausführliche Beschreibung der von ihm angewandten Technik.

Nach kurzer Besprechung der Infektionsquellen der Harnwege (unsauberer Katheterismus, Bakterienflora der Harnröhre, metastatische Infektion durch die Blutbahnen, Infektion von benachbarten Organen aus) wendet sich K. den Sterilisationsmitteln zu. Für die Sterilisation der elastischen Katheter ist Wasserdampf das Geeignetest. Die Desinfektion mit chemischen Mitteln (Sublimat, Lysol, Karbol), mit Chemikalien in Dampfform (schweflige Säure, Quecksilber-, Formalindämpfe) ist als unzuverlässig und das Material schädigend zu verwerfen. Für die Desinfektion von Metallinstrumenten ist das Auskochen das geeignetste Verfahren, wobei aber Sodalösung wegen des durch dieselbe eventuell auf die Schleimhäute ausgeübten Reizes zu vermeiden ist.

Für die Sterilisation der elastischen Katheter durch Wasserdampf, der Metallinstrumente durch Auskochen hat K. besondere

Apparate angegeben (schon anderwärts beschrieben), die von Lautenschläger in Berlin angefertigt werden.

Die Asepsis der Harnröhrenirrigation und Blasausspülung wird durch Verwendung einer nach K.'s Angaben verfertigten Handdruckspritze und eines sterilisirbaren Irrigators (Chr. Schmidt, Berlin) gewährleistet.

Auf die Technik der Desinfektion der vorderen Harnröhrenmündung, der Pars anterior urethrae durch die Harnröhrenirrigationen ist großer Werth zu legen. Auch der Asepsis des schlüpfrig machenden Mittels — einer Borsäure-Glycerin-Wassermischung, für die K. eine besondere Ausgussflasche konstruirt hat — ist gedacht.

K. erläutert dann die praktische Bedeutung der Asepsis, die dieselbe ist, ob es sich nun um Entleerung der Blase, um instrumentelles Eingreifen zu diagnostischen Zwecken oder um einen Katheterismus verbunden mit therapeutischen Maßnahmen oder um eine Behandlung der Harnröhre handelt. Mit einem Hinweis auf die Schwierigkeit und Unzuverlässigkeit der Sterilisation der Harnleiterkatheter und deren eventuelle Folgen, die es wünschenswerth erscheinen lassen, die Indikationen des Harnleiterkatheterismus möglichst einzuschränken, schließt die lesenswerthe Arbeit.

F. Krumm (Karlsruhe).

4) P. Róna. Die Genese der para-urethralen Gänge, mit besonderer Rücksicht auf die gonorrhöische Erkrankung derselben.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis 1897. Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Den para-urethralen Gängen ist vor Allem aus 2 praktischen Gründen Beachtung geschenkt worden; einmal, weil sie — wenn gonorrhöisch inficirt — eine lange Zeit hindurch bestehende Ursache für Autoreinfektionen und Infektionen Anderer abgeben, und dann weil sie differentialdiagnostisch, speciell gegenüber dem Ulcus durum, in Frage kommen können. Theoretisch sind sie interessant, weil sie leicht erhältliches Material zur Untersuchung gonorrhöisch inficirten Gewebes sind, und weil ihre Entstehung noch vielfach unklar ist. Verf. beschreibt aus der Poliklinik Ehrmann's in Wien 7 Fälle; er theilt das Material — unter Nichtberücksichtigung der als »doppelte Harnröhre« bezeichneten Fälle — ein 1) in solche, die im Orificium urethrae mit feiner Öffnung münden, 2) solche bei Hypospadie, 3) präputiale Para-urethralgänge, 4) präputiale Hautgänge, 5) para-urethrale Gänge im Frenularkörper, und 6) para-urethrale Gänge an der Unterfläche des Penis in der Rhapshe oder schräg über sie verlaufend.

5 Fälle hat R. histologisch untersucht, davon waren 4 gonorrhöisch inficirt. Das Resultat der Untersuchung ergibt nichts wesentlich Neues. Verf. versucht nun die Genese dieser Gebilde zu erklären; schon die Thatsache, dass sie sehr häufig mit anderen Entwicklungsanomalien der Harnröhre combinirt vorkommen, spricht dafür, dass sie

einer embryonalen Störung ihre Entstehung verdanken. Die bisweilen überwiegende Anzahl derselben entsteht durch Schleimhautfalten, welche zusammenwachsen und so Röhren bilden; sie werden dann durch das Wachsthum des Corpus cavernosum etc. von der Haut ab- und in die Haut gedrängt. Nur in einem Falle in der Vorhaut waren Talgdrüsen nachzuweisen; hier handelte es sich also um ein epidermoidales Gebilde. Die Einzelheiten der entwicklungsgeschichtlichen Erklärung müssen im Original nachgelesen werden.

Schließlich publicirt Verf. noch die Untersuchung eines pararethralen gonorrhoeischen Abscesses am Frenulum; auch er kommt zu der Anschauung, dass die Gonokokken Vereiterung hervorrufen können. Für die Frage, ob die Gonokokken sich an einer bestimmten Stelle ansiedeln können, hat nicht die Form oder Lockerheit des Epithels, sondern wesentlich der Umstand Bedeutung, ob »das Epithel in sich die Fähigkeit besitzt, eine Hornschicht zu bilden oder nicht«.

Jadassohn (Bern).

5) Escat. Des cystites rebelles chez la femme. Étude clinique. Indications therapeutiques.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XV. p. 136.)

Unter Zugrundelegung von 13 eigenen Beobachtungen bespricht Verf. in eingehender Weise diejenigen Cystitisformen beim Weibe, die auch bei geeigneter Behandlung nur schwer oder überhaupt nicht vollkommen zu heilen sind. Abgesehen von der tuberkulösen Cystitis, bei der es sich um die bestimmte Lokalisation eines allgemeinen Krankheitsprocesses handelt, können die Ursachen solcher »rebellischen« Cystitiden entweder im Harnapparat selbst oder außerhalb desselben liegen. Im ersteren Falle können anatomische, physiologische und pathologische Verhältnisse der weiblichen Harnorgane Schuld sein: Kürze der weiblichen Harnröhre, Vorfälle der Scheidenwandungen, Reizung der hinteren Blasenwand beim Coitus, Cystocelen u. A. m. Von außerhalb des Harnapparates liegenden Ursachen sind zu nennen: Menstruation, Schwangerschaft, Lageveränderungen des Uterus, Geschwülste etc.

Was die Behandlung solcher »rebellischen« Cystitisformen anbelangt, so bespricht Verf. nach einander die Ausschabung der Blase durch die Harnröhre; die Sectio alta; die Cystotomia vaginalis; die Kolpo-cystotomie und Nephrektomie

Verf. kommt zu folgenden Schlussätzen:

1) Will eine Cystitis bei zweckentsprechender Behandlung nicht weichen, so muss vor allen Dingen der Inhalt des kleinen Beckens genau untersucht und jede etwaige Erkrankung, die auf die Cystitis einwirken könnte, sorgfältig behandelt werden. Eben so sind die Harnröhre und namentlich die Nieren auf etwaige Krankheitsherde zu untersuchen.

2) Lassen die »kleinen« therapeutischen Eingriffe: Einträufelungen, Auswaschungen, Ausschabung durch die Harnröhre,

im Stich, so empfiehlt sich bei gesunden Nieren die Vornahme der Sectio suprapubica mit temporärer Drainage. Man kann auch Katheter in die Harnleiter einführen und die Blase austamponiren. Stets aber müssen die erkrankten Schleimhautpartien der Blase mittels scharfen Löffels oder Thermokauters zerstört werden.

3) Bei schwerem Allgemeinzustand oder gleichzeitiger Erkrankung der Nieren ist die vaginale Cystostomie mit Dauerdrainage indicirt; hieran schließen sich eventuell nöthig werdende Nierenoperationen. Sind Blase und Nieren geheilt, so wird die Fistel geschlossen. Oder man kann auch nach Albarran die Sectio alta machen, von da aus die Blasenschleimhaut behandeln und dann das Septum vesico-vaginale incidiren und eine Blasendrainage einlegen.

P. Wagner (Leipsig).

6) Tietze. Zur operativen Behandlung der angeborenen Blasenspalte.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Das von Mikulicz in 7 Fällen geübte Operationsverfahren, welches sich im Princip an die Methoden von Czerny, Schlange Rydygier und Höftmann anschließt, gestaltet sich folgendermaßen:

1. Akt. Bildung der Blase. 2 seitliche Bogenschnitte, 3—6 cm vom Blasenrand entfernt, umgrenzen, bis auf die Fascia transversa resp. das Bauchfell vertieft, 2 Brückenlappen, welche bis nahe an den Blasenrand unterminirt werden und so die Recti in ihrer ganzen Dicke enthalten (Abmeißelung der Rectusansätze). Ablösung der Blasenwand unter Schonung des Bauchfells, bis dieselbe sich zu einem Hohlraum vernähen lässt (Lembert-Nähte mit Katgut, welche die Schleimhaut unberührt lassen).

Darüber Vereinigung der Brückenlappen mit Silberdraht (eventuell zur Entspannung Plattennähte). Jodoformgazetamponade der seitlichen Wunden.

2. Akt. Bildung der Harnröhre und des Penis. Längsschnitte zu beiden Seiten der Harnrinnenschleimhaut, welche unterminirt und über einer Sonde vernäht wird (Knoten in die Lichtung). Darüber Naht der Corp. cavern. resp. der Labien mit Silberdraht.

3. Akt. Verschluss des Blasenhalases. Umschneidung der Fistel, Einstülpungsnaht mit Katgut. Darüber Hautnaht mit Silberdraht. Durch die Harnröhre wird ein Drain in die Blase geführt, der täglich gereinigt wird.

Die einzelnen Akte sind durch mehrere Wochen von einander getrennt.

Angefügt sind eine Reihe von werthvollen praktischen Winken über Vor- und Nachbehandlung, die im Original nachzulesen sind.

Die Resultate gruppiren sich folgendermaßen: Kein Todesfall; 2 vollkommene Misserfolge; 2 Knaben von 6 und 7 Jahren sind geheilt ohne Kontinenz; bei einem Pat. musste nach dem 1. Akt wegen Pyelonephritis von der Vervollständigung des Verschlusses Abstand

genommen werden. Fall 6 und 7 sind nach Verschluss der Blase vorläufig entlassen (primäre Heilung).

Gegenüber der Trendelenburg'schen Methode hat das Verfahren den Vorzug, weniger eingreifend zu sein; dagegen bietet das letztere mit seiner einfachen Anfrischung der Blasenränder bessere Aussicht für die Primärheilung, wesshalb T. diesen Theil des Trendelenburg'schen Verfahrens principiell acceptiren möchte. Die Synchondrosentrennung hält er dagegen bezüglich des Erfolges nicht für wesentlich.

Für die Beurtheilung des definitiven Resultats ist nur ein Fall verwertbar, der mit einem von Trendelenburg Operirten in T.'s Beobachtung befindlichen verglichen wird. Aus den Resultaten dieser Gegenüberstellung sei hervorgehoben, dass der Pat. von Trendelenburg fast normale, der von Mikulicz theilweise Kontinenz erlangt hat. In beiden Fällen ist der Urin nicht normal (bei Trendelenburg schwere Cystitis, bei Mikulicz leichte Trübung und Alkalescenz).

In einem Nachtrag finden die neueren Mittheilungen von Maydl, Poppert, König und Küster Berücksichtigung.

Hofmeister (Tübingen).

7) Romm. Zur Kasuistik und Technik der Sectio alta und der Blasennaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 572.)

R. berichtet über 28 eigene im Gouvernementshospital zu Petrowsawodsk (Russland) operirte Fälle, die meisten wegen Blasenstein, einige auch zum Zweck des Katheterismus posterior cystotomirt. 4 Todesfälle, einer an schon bestehender Entkräftung, 2 an Pyonephrose, der letzte an Sepsis, ausgehend von Urininfiltration in dem ohne Drainage vernähten Prävesikalraum. Bei den 24 Genesenden, bei welchen stets die Blase genäht war, erfolgte in 12 Fällen völlige oder fast völlige Prima der Blasennaht. In 12 Fällen war bei der Operation die Blase vertikal bzw. transversal geöffnet, und da von den längs incidirten Fällen 3 (also 25%) primäre Heilung der Blasennaht aufweisen, von den quer incidirten dagegen 8 (also 66,6%), ist die quere Blasenöffnung durchaus vorzuziehen. R. hält dafür, dass der Schnitt, je weiter er vom Blasenhalse entfernt bleibe, um so bessere Aussicht zur Heilung habe, da die Blasenwunde je näher dem Blasenhalse desto mehr unter den Druck der sich füllenden und kontrahirenden Blase zu stehen komme. Der Blasenquerschnitt möge deshalb möglichst nach oben angelegt werden. Auch habe der Querschnitt den Vorzug, dass man ihn leichter vergrößern könne als den Längsschnitt, und die Wundflächen bei ihm größer seien als beim Längsschnitt, was für die Naht wichtig. Die letztere hat R., wie die Krankengeschichten lehren, meist zweietagig bald als Knopfnah, bald mit fortlaufendem Faden gemacht, bald mit Seide, bald mit Katgut. Er rath aber durchgehends zu jedesmaliger Vornahme

der Blasennaht, auch bei bestehender septischer Cystitis, da es hier gerade besonders darauf ankäme, den Prävesikalraum vor Infektion abzuschließen. Auf Drainage des Prävesikalraums verzichtet R. seit der erwähnten schlechten Erfahrung, die er ohne sie machte, nicht mehr. Die äußere Bauchwunde wird also bis auf Öffnungen für Gummi- oder Jodoformdochtdrains vernäht. Für den Bauchwandschnitt bevorzugt R. im Allgemeinen die alte vertikale Schnitt-richtung, da die einige Male versuchten Querschnitte schlechter heilten; — der longitudinale Bauchdeckenschnitt hindert durchaus nicht, die Blase selbst quer zu eröffnen. Für die Nachbehandlung ist es am besten, wenn man den Kranken sofort nach der Operation auf natürliche Weise spontan uriniren lassen kann, was relativ häufig ganz gut gelingt. Geht das nicht, so ist der Gebrauch eines Dauerkatheters immer noch besser, als die öftere Wiederholung des Katheterismus zum Zweck der Urinentleerung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

8) **A. Obalinski.** Weitere Beiträge zur Nierenchirurgie.

(Wiener med. Wochenschrift 1897. No. 6 u. 7.)

Zur Besprechung gelangen die Erfahrungen des Autors bei Nephrolithiasis, Hydronephrose und Hydropyonephrose, Paranephritis suppurativa, Nierentuberkulose, Wanderniere, Nierengeschwülsten und Harnleiterfisteln. Für ihn giebt es nur 2 absolute Indikationen für Nephrektomie: wenn man bei einer vergrößerten Niere eine sichere Diagnose auf Neubildung oder Tuberkulose stellen kann. Sonst kommt sie nur da in Frage, wo man nach vollkommener Freilegung der Niere vollständige Untauglichkeit zur Funktion oder eine Gefahr für den Organismus aus ihr erkennt. Der Autor findet, dass in denjenigen Fällen, in welchen man vor der Operation eine stark (2—3mal) vergrößerte und harte Niere gefühlt hat, dieselbe gänzlich oder beinahe ganz funktionsuntüchtig geworden ist, woraus sich ergibt, dass die andere Niere, auch wenn sie nicht normalen Harn liefert, immerhin genügend funktioniert. Speziell bei den 20 Eiernieren, bei denen 5 Nephrektomien 2 Todesfälle veranlassten, 8 Nephrotomien eben so wie 7 einfache Incisionen heilten (mit 2 Nierenfisteln), hat sich ihm der Schluss ergeben, dass die Nephrotomie die Operation der Wahl sein soll, die Nephrektomie nur ausnahmsweise in Frage kommen darf. Geht man aber von vorn herein auf eine Nephrotomie aus, so braucht man sich vorher nicht ängstlich auf eine gesonderte Urinerprobung einzulassen, um das Verhalten der anderen Niere kennen zu lernen. Aus dem autoptischen Befund der eröffneten Niere kann man die nothwendigen Schlüsse für beide Nieren, wie oben bemerkt, selbst ziehen. Kontra-indicirt ist die Nephrektomie bei Fehlen der anderen Niere, wo beide Nieren von demselben Process degenerirt, und wo die Gefahr der

Operation durch den Schwächezustand oder ungünstige Operationsverhältnisse (Verwachsungen der Kapsel) zu sehr erhöht wird.

Herm. Frank (Berlin).

9) **Minervini.** Contribuzione allo studio dei tumori renali provenienti da resti di capsula surrenale.

(Clinica chirurgica 1897. No. 3.)

M. berichtet aus der Universitätsklinik von Prof. Morisani in Genua über die Nierengeschwulst einer 45 Jahre alten Frau, die durch die Symptome einer intermittirenden Hämaturie und linksseitige Lendenschmerzen sich Anfang 1893 bemerkbar machte und im Juni 1893 durch Nephrektomie beseitigt wurde. 1895 Recidiv und Tod.

Die Geschwulst lag am oberen Pol der Niere in einer vollständig von dem im Sinne einer interstitiellen Nephritis veränderten Nierengewebe abgeschlossenen Kapsel. Ihr mikroskopischer Bau ist theils alveolär, theils papillär. Ihre Zellen sind groß, polyedrisch, pigmentirt, in parallelen Reihen angeordnet und fettig degenerirt oder auch cylindrisch, gleichen aber niemals Nierenepithelien.

M. unterscheidet, um in dem Chaos der als Nebennierenstrumen bezeichneten Nierengeschwülste eine gewisse Ordnung herzustellen: 1) Kleine, multiple, gutartige, chirurgisch und diagnostisch unwichtige Geschwülste, die aus großen, polyedrischen, fettig degenerirten, meist in Reihen angeordneten Zellen bestehen, welche den Zellen der inneren Zone der Nebennierenrinde entsprechen. Dies sind Virchow's heterogene Lipome. 2) Meist solitäre, sehr große Geschwülste am oberen Pol und an der konvexen Seite der Nieren mit tubulären Zellwucherungen und Epithelcysten. Auch ihre Zellen degeneriren fettig. Riesenzellen kommen vor. Sie machen keine Metastasen und recidiviren nicht, so lange sie nicht in die 3. Form übergegangen sind. 3) Diese ist meist vom Nierengewebe nicht mehr streng abgegrenzt. Ihr Bau ist alveolär, papillär oder auch ganz unregelmäßig. Die Degenerationen, besonders die fettige, fehlen auch hier nicht, so dass man zuweilen hierbei nur noch mit fettigem und hämorrhagischem Detritus gefüllte Cysten findet. Sie haben im Gegensatz zu den unter 2) aufgeführten Adenomen alle Eigenschaften der Carcinome. Geschwülste von dem Charakter der unter 2) und 3) erwähnten sind auch in den Nebennieren mehrfach gefunden worden.

Dreyer (Köln).

10) **B. Motz.** Ein Beitrag zur Histologie der hypertrophischen Prostata.

(Przegląd lekarski No. 2 u. 3.)

Verf. hat 30 hypertrophische Prostata von Männern, welche an durch sie bedingten Harnbeschwerden verschieden sind, untersucht und war bemüht auf Grund des mikroskopischen Befundes zur Klärung des anatomischen Bildes dieses Leidens beizutragen. Nach Ansicht des Verf. hypertrophiren in der Regel sämtliche Bestandtheile der Drüse.

Trzebielky (Krakau).

11) P. Bazy, J. Escat, M. Chauillos. De la castration dans l'hypertrophie de la prostate.

(Arch. des sciences méd. 1896. No. 5 u. 6; 1897. No. 1.)

Verff. haben sich eingehend durch Thierexperimente, durch vergleichend-anatomische Untersuchungen, durch anatomisch-makroskopische und mikroskopische Forschungen unter Berücksichtigung der betreffenden Litteratur so wie der bis jetzt veröffentlichten Operationsfälle mit der Frage beschäftigt, welchen Einfluss die Kastration resp. deren Ersatzoperationen (Unterbindung, Resektion des Vas deferens) auf die Hypertrophie der Prostata haben. Sie kommen auf Grund der sehr ausführlichen und fleißigen Arbeit zu dem Schluss, dass die Prostatahypertrophie durch Operationen an den Hoden beeinflusst werden kann. Die Veränderungen können anatomischer Natur sein. Es ist aber absolut nicht gesagt, dass dieselben Bedingungen für die gesunde wie die kranke Prostata gelten. In allen Fällen sind die Veränderungen, wenn sie eintreten, rein symptomatischer Natur und beziehen sich auf die Beschwerden beim Urinlassen etc. Die Verminderung des Volumens der Prostata, die von Einigen wenige Tage nach der Operation gesehen sein soll, ist zweifelhaft, da es zu schwer ist, ein einigermaßen genaues Urtheil durch die Mastdarmuntersuchung zu erlangen. Die Besserung der Beschwerden, welche in einigen Fällen so lange angehalten hat, dass sie als Heilung zu betrachten ist, lässt sich keineswegs vorher sagen, da oft gerade frische, weniger schlimme Fälle durchaus nicht durch die Operation beeinflusst werden.

Die Kastration muss doppelseitig vorgenommen werden, da die einseitige Ausführung weder in anatomischer noch funktioneller Hinsicht eine Veränderung an der Prostata zeigt. Die Kastration kann ersetzt werden durch die Ligatur mit Resektion der Samenstränge oder durch Entfernung der Hoden ohne Abtragung der Nebenhoden, oder durch eine Unterbindung zwischen Hoden und Nebenhoden. Diese letzte Operation hat bei Hunden dieselben Resultate ergeben, wie die Kastration.

Aus der Litteratur ist eine Indikationsstellung für die Operation schwer zu erhalten, da einerseits auf den anfänglichen Enthusiasmus sehr bald ein starker Rückschlag gefolgt ist, und andererseits die eintretenden anatomischen und symptomatischen Veränderungen zu wenig genau notirt sind.

Die Resektion der Vasa deferentia führt nicht zur Atrophie der Hoden und hat nur wenig Werth.

Aber selbst in den Fällen des Erfolges muss man daran denken, dass auch durch viele andere Ursachen eine Besserung herbeigeführt werden kann, so dass doch durch eine derartig verstümmelnde Operation eine problematische Besserung oder Heilung zu theuer erkauft erscheint.

Borchard (Posen).

12) Zangemeister. Über chronische hämorrhagische Periorchitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Auf Grund zweier Beobachtungen aus Czerny's Klinik schildert Z. das Krankheitsbild der Periorchitis haemorrhagica. Das Charakteristische des Processes findet er in der Neubildung von Bindegewebe, das reich an weiten, dünnwandigen Gefäßen ist, aus welchen Blutaustritte stattfinden. Andererseits sollen Blutungen eine Rolle spielen als ätiologisches Moment für die hämorrhagische Entzündung, so dass ein Circulus vitiosus entsteht, welcher den chronischen Verlauf und die schubweise Verschlimmerung des Leidens erklärt. Als Ursache ist ein Trauma für einen Theil der Fälle erwiesen, für die übrigen als wahrscheinlich anzusehen. Bei der Punktion der Hydrocele wirkt die plötzliche Druckherabsetzung prädisponierend.

In den beiden mitgetheilten Fällen wurde die Kastration ausgeführt, welche Verf. für die älteren Fälle empfiehlt, da der Hoden bei diesen ohnehin schon durch die jahrelange Kompression stark gelitten hat. Prophylaktisch ist nach jeder Hydrocelenpunktion Bettruhe und Suspensorium anzurathen. **Hofmeister** (Tübingen).

13) Weber. La Périvaginite phlegmoneuse disséquante.

(Ann. de gynécol. 1897. Februar.)

Unter dem Namen »Perivaginitis phlegmonosa dissecans« hat zuerst Marconnet im Jahre 1865 eine Affektion des perivaginalen Gewebes beschrieben, bei der eine Entzündung die ganze Scheide (Schleimhaut und Muskelschicht) durch Eiterung unterminirt, und schließlich die Vagina als zusammenhängender Schlauch ausgestoßen wird. Diese Affektion ist recht selten. W. konnte in der Litteratur nur 12 Fälle auffinden, von denen 4 tödlich endeten. Er selbst beobachtete einen Fall bei einer 35jährigen Mehrgebärenden, die mit allen Zeichen eines Typhus in Behandlung kam. Am 8. Tage erfolgte eine heftige Blutung aus der Scheide, und am folgenden Tage wurde ein großer brandiger Pfropf extrahirt, der sich als Scheide und Collum uteri auswies. Von diesem Tage fiel das Fieber ab; die große Scheidenwunde heilte trotz konsequenter Tamponade mit hochgradiger Stenose.

Die Ursache des Leidens ist dunkel. In einigen Fällen entstand dasselbe im Anschluss an eine Pneumonie oder nach Typhus, in anderen ohne jede nachweisbare Ursache. Von manchen Autoren werden Traumen (Coïtus und Onanie), von anderen Tripper ätiologisch verworther.

In den zur Heilung gelangenden Fällen ist es fast immer zur Scheidenstenose gekommen, während völliger Scheidenverschluss allerdings bisher nicht beobachtet ist. Auch fehlen bis jetzt Angaben darüber, wie die Kranken dem Coïtus und einer eventuellen Geburt gegenüber sich verhalten haben.



Die Behandlung ist eine rein chirurgische, desinficirende. Von großem Werth wäre es, der späteren Stenose vorbeugen zu können. W. schlägt vor, wenn die Verhältnisse dies gestatten, gesunde Schleimhaut von einer anderen Person, etwa bei einer Prolapsoperation, zu nehmen und dieselbe in die gereinigte und granulirende Wunde zu transplantiren. In W.'s Fall gelang es ihm nicht, zur rechten Zeit ein solches Objekt zu finden.

Jaffé (Hamburg).

14) O. Samter (Königsberg i/Pr.). Über complicirte und besonders fixirte Blasen-Scheidenfisteln.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 175. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1897.)

Der Vortrag beschäftigt sich vornehmlich mit den »fixirten Blasen-Scheidenfisteln mit knöchernem Fistelrand«, d. h. den dem aufsteigenden Sitzbein- und absteigenden Schambeinast anliegenden größeren Lücken in der Blasen-Scheidenwand, bei denen der Fistelrand an dieser Stelle nach außen direkt in den freien Knochenrand übergeht. S. hat unter den von ihm operirten 24 Blasen-Scheidenfisteln 2 solcher schwerer Fälle zu operiren und dabei die großen Schwierigkeiten ihrer Heilung zu studiren Gelegenheit gehabt. Nachdem in dem einen Falle zahlreiche andere Eingriffe nicht zum Ziel geführt, wählte er in dem anderen ein besonderes operatives Verfahren, dessen günstiges Resultat S. bestimmte, auch jene erste Pat. demselben, und zwar gleichfalls mit vollständigem Erfolg, zu unterwerfen. Es bestand darin, dass der aufsteigende Sitzbein- und der absteigende Schambeinast subperiostal resecirt, die Verwachsungen der Fistelränder gelöst und nach Abtrennung der Blasenwand von der Scheide die Lücke durch Nähte zum Verschluss gebracht wurde; die quere Durchtrennung der großen und kleinen Schamlippe und seitlichen Scheidenwand erleichterte in dem 2. Falle die Freilegung der seitlichen Blasenwand. Irgend welche funktionelle Störungen als Folge der Resektion am Beckenring sind nach der Operation, bei der einen Pat. auch nach längerer Beobachtung, nicht zu Tage getreten. — Die Methoden von Schauta, Bardenheuer und Fritsch, die eben so wie die älteren Operationsverfahren von S. besprochen werden, hätten in den erwähnten Fällen nicht zum Ziel führen können.

Zum Schluss berichtet Verf., nachdem er noch kurz bemerkt, dass die geschilderte Schnittführung und Knochenresektion vielleicht auch für andere Operationen an der Blase etc. von Nutzen sein könne, noch über einige andere Fälle von complicirten Blasen-Scheidenfisteln schweren Grades, um den dabei mit Erfolg in Anwendung gebrachten, in das paravaginale und paravesikale Zellgewebe führenden Scheiden-Dammschnitt (in Verbindung mit der Walcher-Wölfler'schen Methode) zur »präparirenden Freilegung« der Fistel zu empfehlen.

Kramer (Glogau).

15) **E. Lauwers.** Résultats immédiats et définitifs de l'hystérectomie abdominale à pédicule rentré.

(Bulletin de l'acad. roy de méd. de Belgique 1897. No. 1.)

L. führt die supravaginale Amputation des Uterus in der von Hofmeier, Fritsch, Chrobak u. A. geübten Methode aus mit einigen Abänderungen. Er unterbindet die Annexe des Uterus nach außen von den Ovarien und schneidet sie ein, bildet dann an der Vorderfläche des Uterus einen großen peritonealen Lappen, den er bis zum Collum uteri abwärts löst. Dadurch werden die Arteriae uterinae zu beiden Seiten des Collum freigelegt, so dass man sie isolirt unterbinden kann. Es folgt die Amputation am Collum uteri. Alsdann wird die Schleimhaut und Muskulatur der Cervix ergiebig ausgeschnitten und vernäht. Endlich wird über den so vernähten Uterusstumpf der vordere Peritoneallappen nach hinten hinübergelegt und an das hinten befindliche Bauchfell angenäht. Durch diese Überdeckung des Uterusstumpfes wird jegliche Infektion von der Scheide her ausgeschaltet. 50 Operationen. Mortalität 4%.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

16) **G. Meyer.** Ein Verband- und Instrumentenkasten zur ersten Versorgung und zum weiteren Gebrauch für Ärzte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 9.)

Ausführliche und durch eine Illustration bereicherte Beschreibung eines Verband- und Instrumentenkastens, welcher nach den Angaben des Verf. von der Firma H. Windler in Berlin, Dorotheenstraße 3, hergestellt und in den Handel gebracht wird.

Der Kasten zeichnet sich vor ähnlichen bisher angegebenen dadurch aus, dass er unter Berücksichtigung der modernen Wundbehandlung (Asepsis und Antisepsis) Alles enthält, was an Instrumenten und Verbandutensilien zweckmäßigerweise bei plötzlichen Unglücksfällen in Betracht kommt, ohne dabei durch seine Größe und Schwere unhandlich zu sein. Der Apparat dürfte sich besonders für Fabrikassenärzte und solche auf dem Lande empfehlen, aber auch dem Arzt willkommen sein, der im Hause des Kranken einen kleinen operativen Eingriff vornehmen will, da der Kasten durch sofortige Ergänzung des verbrauchten Materials immer gebrauchsfähig ist und den Chirurgen in den Stand setzt, auch ohne dass er vorher weiß, aus welchem Grunde seine Hilfe beansprucht wird, bei den Vorkommnissen der Praxis vollständig gerüstet zur Stelle zu erscheinen.

Gold (Bielitz).

17) **Dundore.** The use of nosophen and antinosine in surgery.

(Codex med. 1897. Februar.)

18) **Dix.** A case of lupus successfully treated by an iodine compound.

(Med. and surg. reporter 1897. Februar.)

19) **Duke.** A substitute for iodoform.

(Louisville med. monthly 1897. März.)

20) **A new iodine derivative.**

(Internat. journ. of surg. 1897. Mai.)

21) **Lilienthal.** *Rebellious tuberculous disease of the skin treated with nosophen.*

(Med. record 1896. Oktober 31.)

Die Brauchbarkeit des Antinosins und Nosophens in der kleinen Chirurgie und bei venerischen Krankheiten wird auch in amerikanischen Fachschriften allgemein bestätigt. Dundore hebt hervor, dass die beiden Pulver in erheblichem Grade antiseptisch, austrocknend und granulationsbefördernd wirken, dabei weder riechen, noch die Gewebe irritiren, noch giftig sind. In geringerem Maße wirken sie anästhesirend bei akuten Entzündungen, adstringirend und blutstillend. In $\frac{1}{2}$ —3%iger Lösung eignet sich Antinosin zur Irrigation von inficirten Wunden, Abscessen und zu Ausspülungen bei Eiterungen aus Uterus, Vagina und Rectum. Ohne nähere Angaben berichtet Dundore, dass er bei Gonorrhoe mit $\frac{1}{2}$ %igen Lösungen in 7—10 Tagen Ausfluss und Schmerzen in 4 Fällen günstig beeinflusst hat. Andere Autoren haben 1—2 $\frac{1}{2}$ %ige Lösungen vorgezogen. Das Nosophenpulver empfiehlt er als Streupulver bei aseptischen Wunden und Verbrennungen.

Duke bestätigt die Erfolge, die bei Balanoposthitis, weichen Schankern und geöffneten Bubonen mit Nosophen als Streupulver erzielt sind, und in »The international journal of surgery« werden in gleicher Weise die Vorzüge hervorgehoben und ein Nosophen-Watte-Kollodium-Verband angegeben.

Von 2 Seiten liegen Berichte von Heilung tuberkulöser Hautaffektionen vor. Dix hat einen Lupus am Arm, der früher nach Excisionen recidivirte, durch Antinosin, zuerst pur, später mit 20 Theilen Wismuthnitrat gemischt, zur Heilung gebracht. Aber weder hier noch in dem Falle Lilienthal's, der tuberkulöse Geschwüre am Arm trotz verschiedener blutiger Eingriffe theilweise erst mit Nosophen heilte, erscheint die Diagnose genügend gesichert.

Dreyer (Köln).

22) **D. Dasara** (Cav). *Tubercolosi chirurgica e sieroterapia.*

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 34.)

D. theilt die interessante Krankengeschichte eines an Knochen- und Gelenktuberkulose leidenden jungen Mädchens mit, bei der ein sehr günstiger Einfluss des Maragliano'schen Tuberkuloseserums beobachtet wurde. Der Verlauf war in Kurzem folgender: Erblich stark belastetes Mädchen, mit schlecht granulirendem kraterförmigem Geschwür in der Gegend der 6. Rippe, vordere Axillarlinie; die Sonde dringt 10 cm weit längs der Rippe nach hinten zu ein; der Knochen zeigt mehrfach Rauigkeiten; die Anamnese ergab, dass an der Stelle ein kalter Abscess bestanden hatte, der sich von selbst geöffnet. Außerdem besteht Ankylose des linken Ellbogengelenks mit 2 wenig dünnen Eiter absondernden Fistelgängen, zahlreichen Narben in der Umgebung etc.; nach ihrer Angabe datirt der Beginn dieses Processes 15 Jahre zurück; das Ellbogengelenk ist reseziert worden; schließlich klagt Pat. noch über einen seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren trotz mannigfacher antirheumatischer Kuren bestehenden Schmers im rechten Hüftgelenk, der bei Bewegungen stark zunimmt und sie zum Hinken zwingt; äußerlich ist nichts wahrnehmbar. Das Allgemeinbefinden war nach und nach immer schlechter geworden; Abends etwas Fieber, Nachts Schweiß; Appetitlosigkeit, Abmagerung; in den Bronchien leichter Katarrh.

Ein 2maliger operativer Eingriff blieb ohne jeden Erfolg auf die Rippen-eiterung; sofortige Neubildung der schlaffen fungösen Granulationen. Hierauf wurde mit den Serumeinspritzungen begonnen, die einen Tag um den anderen jedes Mal in der Menge eines Kubikcentimeters fortgesetzt wurden. Keine wesentliche Reaktion. Die fungösen Granulationen nahmen ein besseres Aussehen an; da jedoch eine Neigung zu schneller Resorption nicht eintrat, wurde nochmals zum scharfen Löffel gegriffen. Von der 7. Einspritzung an kein Fieber und keine Schweiß mehr, der Hüftschmerz wesentlich gelindert, der Appetit besser; nach der 35. Einspritzung Rippenwunde heil, Lunge ohne Katarrh, Hüftschmerz auch durch starke Bewegungen nicht mehr hervorzurufen. Die Einspritzungen wurden nun probeweise ausgesetzt. Nach 1 Monat öffnete sich die Rippenwunde wieder,

der Hüftschmerz stellte sich wieder ein und das Allgemeinbefinden wurde zunehmend schlechter. Nachdem sowohl die Rippenwunde als auch das linke Ellbogengelenk nochmals gründlich ausgekratzt waren, wurden die Einspritzungen wieder aufgenommen und nach 1 Monat an beiden Stellen vollständige Vernarbung erzielt bei vorzüglichem Allgemeinbefinden. Auf entschiedenem Wunsch der Pat. wurden die Einspritzungen in derselben Weise fortgesetzt. Seit nunmehr länger als 4 Monaten erfreut dieselbe sich eines vorzüglichen Wohlbefindens.

D. ist der Ansicht, dass das Maragliano'sche Serum als ausgezeichnetes Hilfsmittel neben der chirurgischen Behandlung der Knochentuberkulose zu betrachten ist.

W. Schultz (Eutin).

23) Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten.
Herausgegeben von Prof. Dr. Lenhartz und Prof. Dr. Rumpf,
unter Redaktion von Prof. Dr. Rumpf. Bd. I. Hft. 1.

Hamburg, Leopold Voss, 1897. 112 S.

Das vorliegende Heft stellt in so fern eine Neuerung dar, als damit der Anfang gemacht ist, den wissenschaftlichen Theil der Jahrbücher der Hamburgischen Krankenanstalten für sich in zwanglosen Heften erscheinen zu lassen. Es geschieht dies, weil bei dem bisherigen Modus, nämlich dem zweijährigen Erscheinen eines Doppelbandes, einzelne Arbeiten bei ihrer Veröffentlichung bereits veraltet waren. Ferner ist nunmehr der neuerdings selbständige Direktor des Alten Allgemeinen Krankenhauses als Mitherausgeber betheiligt.

Von besonderem chirurgischen Interesse sind folgende Arbeiten:

Rumpf und Bieling, Die Ergebnisse der Diphtheritisbehandlung mit Behring'schem Heilserum im Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf.

Zur Beurtheilung der Serumbehandlung der Diphtherie werden von den Verff. nur die Fälle — es sind 150 — herangezogen, in welchen nicht nur bakteriologisch, sondern auch klinisch die Diagnose der Diphtherie sicher gestellt war. Die sorgfältige, durch zahlreiche tabellarische Übersichten ausgezeichnete Arbeit kommt zu folgenden Schlusssätzen, welche entschieden zu Gunsten der Serumbehandlung nach Behring sprechen:

I. Nachtheilige Wirkungen schwerer Art wurden bei keiner Injektion beobachtet.

II. Der örtliche Process kam bis auf geringfügige Ausnahmen mit der Injektion zum Stillstand.

III. Bei keinem Falle ist nach der Injektion ein Fortschreiten des Processes auf den Kehlkopf beobachtet worden.

IV. Die Gesamtmortalität ist eine wesentlich geringere gewesen, als sie unter Berücksichtigung der gleichen Fälle seit Jahren war. Insbesondere haben diejenigen Fälle, welche als mittelschwere aufgenommen wurden, ein Resultat der Heilung ergeben, wie es im Neuen Allgemeinen Krankenhause seit seinem Bestehen nicht beobachtet ist.

V. Die Mortalität der Tracheotomirten hat während der Serumbehandlung mit 29,5% ihren niedrigsten Stand erreicht.

VI. Während es in den vorhergehenden Jahren häufig vorkam, dass leichte und mittelschwere Fälle durch Ergriffenwerden des Kehlkopfes im Laufe der Krankenhausbehandlung bis zum 30. Tage nach der Aufnahme zur Tracheotomie kamen, ist das bei den nach Behring behandelten nicht der Fall gewesen.

VII. Die Mortalität steigt entsprechend der Zahl der Krankheitstage bei der Aufnahme.

VIII. Temperatur, Nachkrankheiten, septische Fälle wurden durch das Serum in keiner Weise beeinflusst.

IX. Eine wesentliche Beschleunigung der Abstoßung der Membranen konnte nicht konstatiert werden.

De la Camp, Carcinome in den ersten beiden Lebensdecennien.

Nach der Zusammenstellung mehrerer Carcinom-Statistiken seitens des Verf. befinden sich unter 9906 oder rund 10000 Carcinomen und (wenn nach dem mittleren Verhältnis der Sektionsstatistik auf 17 Sektionen 1 Carcinom zu rechnen ist) unter 170000 Sektionen nur 19 Carcinome unter 20 Jahren.

Unter diesen 19 Fällen wurden im Hamburger Neuen Allgemeinen Krankenhaus 4 beobachtet, deren Diagnose mikroskopisch sicher gestellt ist, 1) ein 2800 g wiegendes großalveoläres Carcinom eines Ovariums bei einem 19jährigen Mädchen (Laparotomie, Heilung, späteres Schicksal unbekannt), 2) ein großes ulcerirtes Magencarcinom mit Metastasen bei einem 17jährigen Komptoirburschen (Sektion), 3) ein walnussgroßes Pyloruscarcinom auf einer alten Geschwürsnarbe mit Metastasen bei einem 16jährigen Schneiderlehrling (Sektion), 4) ein hochsitzendes Mastdarmcarcinom mit Metastasen bei einem 16jährigen Ziegelarbeiter, welches ein Sarkom des kleinen Beckens vorgetäuscht hatte (Anlegung des Kunstafters, Sektion).

E. Fränkel, Über multiple narbige Dünndarmstrikturen.

F. konnte während seiner sich auf 2 Decennien erstreckenden pathologisch-anatomischen Thätigkeit nur 2 Fälle dieser seltenen Erkrankung beobachten, die er jetzt mittheilt. Häufiger sind ja die strikturirenden Geschwüre des Dünndarmes im Gegensatz zu den Narben. In dem einen seiner Fälle wurden 12, in dem anderen 8 Strikturen, über 1,2, resp. 1,1 m Dünndarm verbreitet, gefunden. Es gelang F., mikroskopisch den tuberkulösen Ursprung derselben nachzuweisen. Analog dem König'schen Vorschlag der Resektion des strikturirenden tuberkulösen Darmes mit nachfolgender Naht, sieht F. auch für Fälle, wie die von ihm beschriebenen sind, die einzige Möglichkeit in dem Messer des Chirurgen.

Graff, Zur Kasuistik später Folgen verschluckter Fremdkörper.

Diese Arbeit zeigt wieder einmal recht deutlich die Fülle des Hamburgischen Materials; sind in derselben doch 10 einschlägige Fälle mitgetheilt. Der erste betrifft die frühzeitige Entfernung einer verschluckten Gebisshälfte bei einem jungen Mädchen durch Oesophagotomia externa und liefert zugleich ein lehrreiches Beispiel dafür, dass diese Operation der gewaltsamen Extraktion von oben entschieden vorzuziehen und möglichst früh auszuführen ist.

Bei den übrigen Fällen handelte es sich 1mal um eine Mützenkokarde von 2,7 cm Länge und 1,5 cm Breite, welche von einem 9monatlichen Kinde verschluckt war und ohne irgend welche bedenkliche Erscheinungen wieder abging, während ein 21jähriger Wärter in Folge eines beim hastigen Essen verschluckten spitzen Splitters eines emailirten Essgeschirrs, der den Wurmfortsatz durchbohrt hatte, einer Perforationsperitonitis erlag. Fischgräten fanden sich 3mal, nämlich in einem Bauchdeckenabscess, in einem schwierigen perityphlitischen und in einem periproktitischen Abscess. Besonders merkwürdig verhielten sich Stecknadeln. In einem Falle hatte eine Stecknadel fast 30 Jahre im Körper gewieilt und lediglich mäßige chronische Verstopfung zur Folge gehabt. Plötzliche Ileuserscheinungen führten zur Laparotomie, bei welcher sich der in Schwielen eingebettete Blinddarm als Sitz des Hindernisses herausstellte. Bei der Sektion der bald nach der Operation gestorbenen Kranken fand sich in einer der mehrfach vorhandenen Eiterhöhlen eine rechtwinklig gebogene Stecknadel. In einem weiteren recht complicirten Falle, dessen Einzelheiten hier nicht angegeben werden können, fand sich eine Stecknadel bei der Sektion im Wurmfortsatz, dessen Wandungen sehr verdünnt waren. Wieder bei einer anderen Kranken wurde aus einem perityphlitischen Abscess ein Kothstein entfernt, welcher eine vor 4 Jahren verschluckte Stecknadel enthielt. Schließlich berichtet G. von einem Geisteskranken, der vor 2 Jahren ca. 125 Nägel verschluckt hatte, von denen ca. 10 auf natürlichem Wege abgegangen, die anderen alsbald durch die Gastrotomie entfernt waren. Wegen einer Geschwulst im Bauche kam er zur Laparotomie. Die Geschwulst erwies sich als ein Konvolut fest verwachsener Dünndarmschlingen, aus deren einer eine 12,6 cm lange Nadel, mit einem spitzen und einem stumpfen Ende versehen, extrahirt wurde.

Sudeck, Über primäre, durch Ureter- und Nierenbeckenstrikturen bedingte Hydronephrosen.

Von dieser durch keinerlei äußere Momente, wie Steine etc., hervorgerufenen Affektion, welche ja in pathologisch-anatomischer Hinsicht ein hohes Interesse bietet, theilt Verf. 4 Fälle mit.

In dem 1. Falle, in welchem eine Hydronephrose mittleren Grades durch eine Striktur des Harnleiters an seiner Abgangsstelle vom Nierenbecken hervorgerufen war, zeigte sich bemerkenswertherweise mikroskopisch ein sehr dichtes Netzwerk elastischer Fasern zwischen den Muskelbündeln der sehr hypertrophischen Muskulatur des Nierenbeckens und der eben so beschaffenen des Harnleiters im Bereich der Striktur. Der 2. Fall, gleichfalls durch eine Striktur des Harnleiters am Abgang vom Nierenbecken verursacht, zeigte jedoch keine wesentliche Vermehrung der elastischen Fasern, dagegen einen hochgradigen Entzündungszustand der Schleimhaut und Muskulatur des Nierenbeckens. Wieder anders verhielt sich der 3. Fall. Hier war die Hydronephrose bedingt durch eine ringförmige, scharfrandige Striktur am Übergang des Nierenbeckens in den Harnleiter. Makroskopisch erhielt man zunächst den Eindruck einer Klappenbildung am Harnleiteranfang, es handelte sich aber lediglich um eine cirkuläre Verengung der Lichtung, auf einer Vermehrung der Muskulatur des Nierenbeckens an seinem Ausgang (nicht des Harnleiters) beruhend. In dem 4. Falle saß die Striktur des Harnleiters 1½ cm unterhalb seines Abganges vom Nierenbecken. Die Schleimhaut des Harnleiters war hier des Epithels beraubt und verdickt, so dass Verf. annimmt, dass die Läsion der Schleimhaut die Striktur veranlasst hat. **Schneider** (Siegburg).

24) **Herhold.** Beitrag zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1896. No. 3.)

H. hat in 3 Fällen, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, die Resektion des Vas deferens nach Helferich vorgenommen. In den beiden ersten Fällen war der Eingriff von relativ schnellem Erfolge begleitet.

Im 3. Falle war dies nicht der Fall, wahrscheinlich weil die Kontraktionsfähigkeit der Blase schon zu sehr gelitten hatte.

H. hält dafür, dass die Resektion des Vas deferens die Kastration und die Prostatektomie verdrängen wird.

B. Wagner (Mülheim a. d. R.).

25) **de Bouville.** Examen d'une prostate hypertrophiée 35 jours après la castration double.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1897. p. 34.)

Bei einem Prostatiker war wegen hochgradigen Blasenkatarrhs und damit entstandener Lebensgefahr nach der von den Franzosen beliebten Methode doppel-seitige Kastration gemacht worden. Die Prostata hatte die Größe einer Mandarine und war hart, mit einigen weichen Stellen. Gegen den Blasenkatarrh wurden Blasenauuspülungen verordnet. Die Wunden heilten gut, ohne Residuen. Der Pat. aber konnte sich nicht mehr erholen und starb. Die Untersuchung der Prostata ergab nun keine wesentliche Beeinflussung der Drüse durch die Operation; der Grund für das Versagen der Operation war wohl ohne Zweifel die besonders ungünstige pathologische Struktur der Prostata. Es bestand nämlich die Hypertrophie fast allein in einer Hypertrophie des Bindegewebes, während das Drüsengewebe durch den Druck des mächtig entwickelten Bindegewebes entweder zur Atrophie gebracht oder zu kleinen Cysten umgewandelt worden war. Es leuchtet ein, dass in Fällen solcher Art eine Verkleinerung der Prostata durch die Kastration nicht möglich ist. Es ist das ein Fall, um die Indikation zur Operation genauer festzustellen.

Dumstrey (Leipzig).

26) **F. Hawkes.** A table of 17 consecutive Nephrectomies.

(Med. and surg. report of the Presbyterian Hospital of the city of New York.)

Tabellarische Übersicht über 17 seit dem Jahre 1893 gemachte Nephrektomien, die sämtlich geheilt sind. Es befindet sich kein Fall einer bösartigen Geschwulst unter den 17 Fällen.

Borchard (Posen).

27) **W. W. Lesin.** Zur Frage über chirurgische Eingriffe bei Nierensteinen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 3.)

Die 60jährige Pat. leidet schon lange an Rückenschmerzen. Operation wegen rechtsseitiger Pyonephrose einer Steinniere. Lumbalschnitt; Eröffnung der Eiterhöhle; im Nierenbecken sitzt tief unten vorn ein 80 g schwerer Phosphatsteine. Oben in der Niere 2 andere mit Steinen gefüllte Säcke, die vom Becken eröffnet wurden. Nach Entfernung der Steine und Auswaschung der Räume Tamponade Glatte Heilung. Zum Schluss spricht sich L. für möglichsten Konservatismus in der Nierensteinchirurgie aus. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

28) **Bazy.** De l'hydronephrose et de son traitement par l'urétéro-pyélo-néostomie.

(Bull. de l'acad. de méd. 1897. p. 361.)

B. nennt eine neue Operation nach Analogie seiner Urétéro-cysto-néostomie, wo er die Harnleiter nicht in den Mastdarm, sondern in die Blase einpflanzt, Urétéro-pyélo-néostomie. Er behauptet damit gute Resultate bei hochgradiger Hydronephrose gehabt und eine sonst verlorene Niere vor der Exstirpation gerettet zu haben. Die Operation, die allerdings stets gesundes Nierengewebe voraussetzt, besteht in einer Resektion des Harnleiters dicht am Becken auf 4 cm. Der Harnleiter wird dann der Länge nach ca. 1½ cm gespalten und dann so an der abschüssigsten Stelle mit dem Nierenbecken vernäht. Dadurch wird ein regulärer, leichter Abfluss erzielt und die Hydronephrose gebessert oder geheilt. Der operirte Pat. befand sich ausgezeichnet und entleerte zuletzt allen Urin durch die Blase gut und leicht. **Dumstrey** (Leipzig).

29) **H. Herbart.** Varicocèle utéro-ovarien.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 912.)

Ein interessanter und seltener Fall, von dem 2 instructive Abbildungen die kolossal entwickelte und ausgebreitete Varicenbildung von Uterus und an den Ovarien darstellen, die nach H.'s Ansicht möglicherweise von einer alten uterinen Phlebitis herrührt. Das Ganze bildete eigentlich eine venöse Tasche mit fester Wandung. Die Pat. starb übrigens 3 Tage nach der Operation plötzlich in höchster Athemnoth, nachdem sie schon unmittelbar nach der Operation sehr beängstigende Erscheinungen von Schwäche und Hinfälligkeit geboten hatte. **Dumstrey** (Leipzig).

Berichtigung.

In der Mittheilung: »zur Symptomatologie und Therapie der Coxa vara« in No. 25 des Centralblattes für Chirurgie habe ich p. 693 Ogston als den Ersten bezeichnet, der auf das Symptom, dass das kranke Bein die gesunde Seite bei Flexion kreuzt, aufmerksam gemacht hat. Durch die Lebenswürdigkeit des Herrn Kollegen Hofmeister habe ich mich aus seiner Arbeit in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie Bd. XII überzeugen können, dass Herr Kollege Hofmeister schon lange vor dem Erscheinen der Ogston'schen Arbeit besagtes Symptom erkannt und erklärt hat.

Posen, den 9. Juli 1897.

Dr. Borchard.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30.

Sonntag, den 31. Juli.

1897.

Inhalt: Th. Jonnesco, Ein neues Verfahren der lumbalen Nephropexie. (Orig.-Mitth.)

1) Kader, Caput obstipum. — 2) Barbacci, Perforationsperitonitis. — 3) Talamon, Appendicitis. — 4) Bozzi, Plastik der Cardia. — 5) Burci, Darmnaht. — 6) v. Fedoroff, Rectoskopie. — 7) Schwab, Mastdarpolypen.

8) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 9) Preetorius, 10) Jaboulay, Speiseröhrenenge. — 11) Ebert, Mageneithel in der Speiseröhre. — 12) Graeve, 13) Schwarz, 14) v. Mašek, 15) Wikerhauser, 16) Schulz, Eitrige Bauchfellentzündung. — 17) Landerer und Glücksmann, 18) Floderus, 19) Sotow, Perforationsperitonitis. — 20) Deroque, 21) Clutti, Anastomosenknopf. — 22) Koslowski, Laparotomien. — 23) Schreiber, 24) Frickner, Fremdkörper im Magen. — 25) Renkall, Dickdarmkrebs. — 26) Ullmann, Herniotomie. — 27) Link, Radikaloperation freier Brüche. — 28) Wilms, Enge des Duodenum. — 29) Hecker, Angeborener Darmverschluss. — 30) Rissler, Erweiterung des Querdarms. — 31) Lehmann, Colostomie.

Ein neues Verfahren der lumbalen Nephropexie.

Von

Prof. Dr. Thomas Jonnesco in Bukarest.

Die translumbale Nephropexie wird in folgenden Varietäten ausgeführt:

A. Nephropexie mit bloßer Annäherung der Nierenfetskapsel an die Wundränder, von Hahn 1881 ausgedacht und von Robert Weir (New York) 1883, von A. Hayes (Philadelphia) 1885 und Turgard 1887 ausgeführt. Das Verfahren ist verlassen, weil nach einer mehr oder weniger langen Zeit Recidiv eintritt.

B. Annähen der Fettkapsel und der fibrösen Kapsel an die Wundränder, ebenfalls von Hahn ausgedacht, von Ceccherelli 1884, von Paoli, Kümmell, Richardson u. A. ausgeführt. Auch dieses Verfahren hat viel Recidive gegeben und wurde deshalb verlassen.

C. Annähen der Fettkapsel und des Nierenparenchyms, von Bassini 1882 ausgedacht und später von Delhaes, Küster, Swensson, Lauenstein, Gardner, Newman, de Paoli, Wilcox, Morris, Duret u. A. ausgeführt. Auch dieses Verfahren ist wegen der vielfachen Recidive aufgegeben.

D. Nephropexie durch die Anheftung der Niere selbst, in 2 Arten ausgeführt: ohne und mit Decortication der Niere.

1) Das Verfahren ohne Decortication der Niere, von Guyon 1888 ausgedacht und von ihm selbst 1891, dann von Albarran 1895 modificirt, hat folgende Unannehmlichkeiten: a. die Schwäche der Verwachsungen, welche sich zwischen der nicht ausgeschälten Niere und den Wundrändern bilden; b. Bildung eines sehr üppigen Narbengewebes um den Faden; c. dieses Verfahren befestigt oft bloß das untere Ende der Niere, während das obere luxirt werden kann, was schwere Nachtheile zur Folge hat.

2) Das Verfahren mit Decortication der Niere, durch die vielfachen Recidive bei den vorigen Verfahren veranlasst, wurde, nachdem es Hahn angedeutet hatte, von Lloyd 1887 ausgedacht und durch die experimentellen Arbeiten von Tuffier 1889 genauer begründet. Dieses Verfahren wurde in allen Ländern mit dem besten Erfolg angewandt und giebt solide Verwachsungen, eine Thatsache, welche durch Experimente am Thier von Delagénère, Tuffier, Albarran u. A. bewiesen wurde.

Ich erinnere außerdem vorübergehend an die weniger gebrauchten Verfahren, welche ein Narbengewebe durch Heilung per secundam hervorzubringen suchen, wie das von Riedel, von Jaboulay u. A., ferner an das Verfahren von Pouillet (Lyon 1895), welcher die Niere nicht mit Fäden, sondern mit aus dem *M. longissimus dorsi* entnommenen Sehnen befestigt. Alle diese Verfahren haben große Nachtheile, von welchen ich mich sowohl durch Experimente an Hunden, wie auch durch Operationen am Menschen überzeugen konnte.

In der That soll eine gute Nephropexie folgende Bedingungen erfüllen: 1) sie soll eine gutartige Operation sein; 2) sie soll eine gute Befestigung der ganzen Niere erreichen, so dass der freie Abfluss des Harns sichergestellt ist; 3) sie soll so wenig als möglich das Nierengewebe alteriren. — Kein einziges aber der bisher genannten Verfahren erfüllt in Wirklichkeit alle diese Desiderata.

Die Ungefährlichkeit der Operation zwar ist unbestritten, da die Statistiken eine Mortalität von nur 1% aufweisen. Die anderen beiden Bedingungen aber sind von keinem der bekannten Verfahren erfüllt.

Seit 1895 habe ich 12mal die Nephropexie ausgeführt. In den ersten 2 Fällen habe ich das Verfahren von Guyon combinirt mit dem von Tuffier angewendet, indem ich bloß die Art, die Fäden anzulegen, modificirt habe; denn während Guyon nur das eine Ende des doppelten Fadens durch das Muskelgewebe führt, das andere in der Wunde zurücklässt, habe ich beide Enden durch die Muskelmasse geführt und dort zusammengeknüpft, wobei ich bestrebt war, den Fäden eine möglichst horizontale Richtung zu geben, um so das Durchschneiden des Nierengewebes möglichst zu vermeiden. In den übrigen 10 Fällen habe ich ein neues Verfahren ausgeführt,

durch welches ich folgende, den klassischen Verfahren anhaftende Fehler zu beseitigen suchte:

1) Von den intraparenchymatösen Nähten dringt nur eine einzige durch das Periost der 12. Rippe.

2) Wählt man zur Naht Katgut, so können einmal peinliche Verhältnisse durch die schlechte Asepsis der Fäden entstehen, — ein von vielen Chirurgen beobachteter und von Lauenstein auf dem Deutschen Kongress für Chirurgie bewiesener Umstand —, andererseits kann der Katgutfaden zu schnell resorbiert werden, ehe die Verwachsungen solid geworden. Seidenfäden aber haben andere Nachtheile; denn wenn sie auch durchaus aseptisch sind, kann sich doch Eiterung entlang denselben entwickeln und können sich Fisteln bilden, die nur durch Entfernung der Fäden zu heilen sind. Albarran hat 7 solche Fälle beobachtet. Oft ruft außerdem der zurückbleibende Seidenfaden unerträgliche Schmerzen hervor, die einen neuen Eingriff nothwendig machen. So ein Fall, wo Guyon eingreifen musste, um einen tiefen, heftigen Schmerzen verursachenden Faden bei einer von Pozzi operirten Pat. zu entfernen. Endlich wurde durch die Untersuchungen von Delagénière, Zatti und Albarran bewiesen, dass in der Umgebung der Seidenfäden sich ein sklerotisches Bindegewebe im Nierenparenchym bildet.

3) Nach den Verfahren von Guyon, Tuffier u. A. ist die Niere nicht in der ganzen Länge ihrer äußeren Seite befestigt, sondern in den meisten Fällen bloß ihr unteres Ende. Dieser Befestigungsweise ist die Luxation des oberen Endes der Niere und die daraus folgende Strangurie zuzuschreiben.

Diese genannten Nachtheile suchte ich durch mein eigenes Verfahren zu vermeiden, das beabsichtigt: 1) die Niere in der ganzen Länge ihrer äußeren Seite zu befestigen; 2) der Lockerung der Verwachsungen dadurch entgegenzuarbeiten, dass alle 3 Nähte durch das Periost der 12. Rippe und, wenn letztere zu kurz ist, durch das Periost der 11. Rippe geführt werden; 3) die intraparenchymatösen Suspensionsfäden nur so lange im Nierengewebe zu lassen, bis die Verwachsungen zwischen der Niere und den Wundrändern gebildet sind.

Operationstechnik.

Erster Moment. Hautschnitt.

In meinen ersten 3 Fällen habe ich den senkrechten Hautschnitt gebraucht, oberhalb der 11. Rippe angefangen, bis unterhalb der Crista ilium, der äußeren Seite der Sacrolumbalmasse entlang. — In den anderen 9 Fällen habe ich die Schnittrichtung verändert, ihn von der äußeren Seite des Sacrolumbalis in einer Länge von 8–10 cm schräg entlang der 12. Rippe geführt, wenn diese lang, oder entlang der 11., wenn sie kurz ist. Dieser Schnitt, indem er in einer größeren Ausdehnung die 12. oder 11. Rippe bloßlegt, erleichtert das Durchlegen der Fäden durch das Periost dieses Knochens, und auch die Befestigung der Niere längs der unteren Seite der

27) **W. W. Lesin.** Zur Frage über chirurgische Eingriffe bei Nierensteinen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 3.)

Die 60jährige Pat. leidet schon lange an Rückenschmerzen. Operation wegen rechtsseitiger Pyonephrose einer Steinniere. Lumbalschnitt; Eröffnung der Eiterhöhle; im Nierenbecken sitzt tief unten vorn ein 80 g schwerer Phosphatsteine. Oben in der Niere 2 andere mit Steinen gefüllte Säcke, die vom Becken eröffnet wurden. Nach Entfernung der Steine und Auswaschung der Räume Tamponade Glatte Heilung. Zum Schluss spricht sich L. für möglichst Konservatismus in der Nierensteinchirurgie aus.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

28) **Bazy.** De l'hydronéphrose et de son traitement par l'urétéro-pyélo-néostomie.

(Bull. de l'acad. de méd. 1897. p. 361.)

B. nennt eine neue Operation nach Analogie seiner Urétéro-cysto-néostomie, wo er die Harnleiter nicht in den Mastdarm, sondern in die Blase einpflanzt, Urétéro-pyélo-néostomie. Er behauptet damit gute Resultate bei hochgradiger Hydronephrose gehabt und eine sonst verlorene Niere vor der Exstirpation gerettet zu haben. Die Operation, die allerdings stets gesundes Nierengewebe voraussetzt, besteht in einer Resektion des Harnleiters dicht am Becken auf 4 cm. Der Harnleiter wird dann der Länge nach ca. 1½ cm gespalten und dann so an der abschüssigsten Stelle mit dem Nierenbecken vernäht. Dadurch wird ein regulärer, leichter Abfluss erzielt und die Hydronephrose gebessert oder geheilt. Der operirte Pat. befand sich ausgezeichnet und entleerte zuletzt allen Urin durch die Blase gut und leicht.

Dumstrey (Leipzig).

29) **H. Herbart.** Varicocèle utéro-ovarien.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 912.)

Ein interessanter und seltener Fall, von dem 2 instructive Abbildungen die kolossal entwickelte und ausgebreitete Varicenbildung von Uterus und an den Ovarien darstellen, die nach H.'s Ansicht möglicherweise von einer alten uterinen Phlebitis herrührt. Das Ganze bildete eigentlich eine venöse Tasche mit fester Wandung. Die Pat. starb übrigens 3 Tage nach der Operation plötzlich in höchster Athemnoth, nachdem sie schon unmittelbar nach der Operation sehr beängstigende Erscheinungen von Schwäche und Hinfälligkeit geboten hatte.

Dumstrey (Leipzig).

Berichtigung.

In der Mittheilung: „zur Symptomatologie und Therapie der *Cora vara*“ in No. 25 des Centralblattes für Chirurgie habe ich p. 693 Ogston als den Ersten bezeichnet, der auf das Symptom, dass das kranke Bein die gesunde Seite bei Flexion kreuzt, aufmerksam gemacht hat. Durch die Lebenswürdigkeit des Herrn Kollegen Hofmeister habe ich mich aus seiner Arbeit in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie Bd. XII überzeugen können, dass Herr Kollege Hofmeister schon lange vor dem Erscheinen der Ogston'schen Arbeit besagtes Symptom erkannt und erklärt hat.

Posen, den 9. Juli 1897.

Dr. Borchard.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagehandlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30.

Sonnabend, den 31. Juli.

1897.

Inhalt: Th. Jonnesco, Ein neues Verfahren der lumbalen Nephropexie. (Orig.-Mitth.)

1) Kader, Caput obstipum. — 2) Barbacci, Perforationsperitonitis. — 3) Talamon, Appendicitis. — 4) Bozzi, Plastik der Cardia. — 5) Burci, Darmnaht. — 6) v. Fedoroff, Rectoskopie. — 7) Schwab, Mastdarpolypen.

8) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 9) Preetorius, 10) Jaboulay, Speiseröhreneuge. — 11) Ebert, Magenepithel in der Speiseröhre. — 12) Graeve, 13) Schwarz, 14) v. Mašek, 15) Wikerhauser, 16) Schulz, Eitrige Bauchfellentzündung. — 17) Landerer und Glücksmann, 18) Floderus, 19) Sotow, Perforationsperitonitis. — 20) Deroque, 21) Ciuti, Anastomosenknopf. — 22) Koslowski, Laparotomien. — 23) Schreiber, 24) Frickner, Fremdkörper im Magen. — 25) Renkall, Dickdarmkrebs. — 26) Ullmann, Herniotomie. — 27) Link, Radikaloperation freier Brüche. — 28) Wilms, Enge des Duodenum. — 29) Hecker, Angeborener Darmverschluss. — 30) Rissler, Erweiterung des Querdarms. — 31) Lehmann, Colostomie.

Ein neues Verfahren der lumbalen Nephropexie.

Von

Prof. Dr. Thomas Jonnesco in Bukarest.

Die translumbale Nephropexie wird in folgenden Varietäten ausgeführt:

A. Nephropexie mit bloßer Annäherung der Nierenfettkapsel an die Wundränder, von Hahn 1881 ausgedacht und von Robert Weir (New York) 1883, von A. Hayes (Philadelphia) 1885 und Turgard 1887 ausgeführt. Das Verfahren ist verlassen, weil nach einer mehr oder weniger langen Zeit Recidiv eintritt.

B. Annähen der Fettkapsel und der fibrösen Kapsel an die Wundränder, ebenfalls von Hahn ausgedacht, von Ceccherelli 1884, von Paoli, Kümmell, Richardson u. A. ausgeführt. Auch dieses Verfahren hat viel Recidive gegeben und wurde deshalb verlassen.

C. Annähen der Fettkapsel und des Nierenparenchyms, von Bassini 1882 ausgedacht und später von Delhaes, Küster, Swensson, Lauenstein, Gardner, Newman, de Paoli, Wilcox, Morris, Duret u. A. ausgeführt. Auch dieses Verfahren ist wegen der vielfachen Recidive aufgegeben.

D. Nephropexie durch die Anheftung der Niere selbst, in 2 Arten ausgeführt: ohne und mit Decortication der Niere.

1) Das Verfahren ohne Decortication der Niere, von Guyon 1888 ausgedacht und von ihm selbst 1891, dann von Albarran 1895 modificirt, hat folgende Unannehmlichkeiten: a. die Schwäche der Verwachsungen, welche sich zwischen der nicht ausgeschälten Niere und den Wundrändern bilden; b. Bildung eines sehr üppigen Narbengewebes um den Faden; c. dieses Verfahren befestigt oft bloß das untere Ende der Niere, während das obere luxirt werden kann, was schwere Nachtheile zur Folge hat.

2) Das Verfahren mit Decortication der Niere, durch die vielfachen Recidive bei den vorigen Verfahren veranlasst, wurde, nachdem es Hahn angedeutet hatte, von Lloyd 1887 ausgedacht und durch die experimentellen Arbeiten von Tuffier 1889 genauer begründet. Dieses Verfahren wurde in allen Ländern mit dem besten Erfolg angewandt und giebt solide Verwachsungen, eine Thatsache, welche durch Experimente am Thier von Delagénère, Tuffier, Albarran u. A. bewiesen wurde.

Ich erinnere außerdem vorübergehend an die weniger gebrauchten Verfahren, welche ein Narbengewebe durch Heilung per secundam hervorzubringen suchen, wie das von Riedel, von Jaboulay u. A., ferner an das Verfahren von Poulet (Lyon 1895), welcher die Niere nicht mit Fäden, sondern mit aus dem *M. longissimus dorsi* entnommenen Sehnen befestigt. Alle diese Verfahren haben große Nachtheile, von welchen ich mich sowohl durch Experimente an Hunden, wie auch durch Operationen am Menschen überzeugen konnte.

In der That soll eine gute Nephropexie folgende Bedingungen erfüllen: 1) sie soll eine gutartige Operation sein; 2) sie soll eine gute Befestigung der ganzen Niere erreichen, so dass der freie Abfluss des Harns sichergestellt ist; 3) sie soll so wenig als möglich das Nierengewebe alteriren. — Kein einziges aber der bisher genannten Verfahren erfüllt in Wirklichkeit alle diese Desiderata.

Die Ungefährlichkeit der Operation zwar ist unbestritten, da die Statistiken eine Mortalität von nur 1% aufweisen. Die anderen beiden Bedingungen aber sind von keinem der bekannten Verfahren erfüllt.

Seit 1895 habe ich 12mal die Nephropexie ausgeführt. In den ersten 2 Fällen habe ich das Verfahren von Guyon combinirt mit dem von Tuffier angewendet, indem ich bloß die Art, die Fäden anzulegen, modificirt habe; denn während Guyon nur das eine Ende des doppelten Fadens durch das Muskelgewebe führt, das andere in der Wunde zurücklässt, habe ich beide Enden durch die Muskelmasse geführt und dort zusammengeknüpft, wobei ich bestrebt war, den Fäden eine möglichst horizontale Richtung zu geben, um so das Durchschneiden des Nierengewebes möglichst zu vermeiden. In den übrigen 10 Fällen habe ich ein neues Verfahren ausgeführt,

durch welches ich folgende, den klassischen Verfahren anhaftende Fehler zu beseitigen suchte:

1) Von den intraparenchymatösen Nähten dringt nur eine einzige durch das Periost der 12. Rippe.

2) Wählt man zur Naht Katgut, so können einmal peinliche Verhältnisse durch die schlechte Asepsis der Fäden entstehen, — ein von vielen Chirurgen beobachteter und von Lauenstein auf dem Deutschen Kongress für Chirurgie bewiesener Umstand —, andererseits kann der Katgutfaden zu schnell resorbiert werden, ehe die Verwachsungen solid geworden. Seidenfäden aber haben andere Nachteile; denn wenn sie auch durchaus aseptisch sind, kann sich doch Eiterung entlang denselben entwickeln und können sich Fisteln bilden, die nur durch Entfernung der Fäden zu heilen sind. Albarran hat 7 solche Fälle beobachtet. Oft ruft außerdem der zurückbleibende Seidenfaden unerträgliche Schmerzen hervor, die einen neuen Eingriff nothwendig machen. So ein Fall, wo Guyon eingreifen musste, um einen tiefen, heftigen Schmerzen verursachenden Faden bei einer von Pozzi operierten Pat. zu entfernen. Endlich wurde durch die Untersuchungen von Delagénière, Zatti und Albarran bewiesen, dass in der Umgebung der Seidenfäden sich ein sklerotisches Bindegewebe im Nierenparenchym bildet.

3) Nach den Verfahren von Guyon, Tuffier u. A. ist die Niere nicht in der ganzen Länge ihrer äußeren Seite befestigt, sondern in den meisten Fällen bloß ihr unteres Ende. Dieser Befestigungsweise ist die Luxation des oberen Endes der Niere und die daraus folgende Strangurie zuzuschreiben.

Diese genannten Nachteile suchte ich durch mein eigenes Verfahren zu vermeiden, das beabsichtigt: 1) die Niere in der ganzen Länge ihrer äußeren Seite zu befestigen; 2) der Lockerung der Verwachsungen dadurch entgegenzuarbeiten, dass alle 3 Nähte durch das Periost der 12. Rippe und, wenn letztere zu kurz ist, durch das Periost der 11. Rippe geführt werden; 3) die intraparenchymatösen Suspensionsfäden nur so lange im Nierengewebe zu lassen, bis die Verwachsungen zwischen der Niere und den Wundrändern gebildet sind.

Operationstechnik.

Erster Moment. Hautschnitt.

In meinen ersten 3 Fällen habe ich den senkrechten Hautschnitt gebraucht, oberhalb der 11. Rippe angefangen, bis unterhalb der Crista ilium, der äußeren Seite der Sacrolumbalmasse entlang. — In den anderen 9 Fällen habe ich die Schnittrichtung verändert, ihn von der äußeren Seite des Sacrolumbalis in einer Länge von 8–10 cm schräg entlang der 12. Rippe geführt, wenn diese lang, oder entlang der 11., wenn sie kurz ist. Dieser Schnitt, indem er in einer größeren Ausdehnung die 12. oder 11. Rippe bloßlegt, erleichtert das Durchlegen der Fäden durch das Periost dieses Knochens, und auch die Befestigung der Niere längs der unteren Seite der

letzten Rippe. — Nach Durchtrennung der Haut und des Unterhautbindegewebes kommt man auf die äußere Seite des *M. quadratus lumborum*, falls der Hautschnitt senkrecht war; wird der Schnitt schräg geführt, so bleibt der Muskel unter der Sacrolumbalmasse verborgen. In der Tiefe findet man den *N. iliohypogastricus*, der zur Seite gezogen oder durchtrennt wird, so dass er die Operation nicht weiter behindert. Dann wird in ihrer ganzen Länge die 12. resp. 11. Rippe freigelegt, darauf die Aponeurose des *M. transversus* gespalten, die Niere aufgesucht und von einem Assistenten in der Wunde erhalten. Nun wird der größte Theil der Fettkapsel reseziert und die fibröse Kapsel von der äußeren Seite in der ganzen Länge abgeschält.

Zweiter Moment. Anlegen der Fäden.

Die Ränder der eingeschnittenen fibrösen Kapsel werden ausgestülpt bis zu der Stelle, wo die Fäden das Nierenparenchym durchdringen sollen, etwa $1\frac{1}{2}$ cm von der äußeren Seite des Organs entfernt. — Die große, mit einem doppelten Seidenfaden armirte Emmet'sche Nadel dringt nach einander durch die Haut, 3 cm vom inneren Wundrande, durch den *M. sacrolumbalis*, die tiefe Aponeurose, durch die fibröse Kapsel auf der hinteren Fläche der Niere nahe an ihrem oberen Ende, durch das Nierenparenchym $1\frac{1}{2}$ cm von der äußeren Seite des Organs entfernt, dann durch die fibröse Kapsel an der vorderen Fläche, durch das Periost der 12. resp. 11. Rippe und endlich durch alle Schichten bis zu 3 cm nach außen vom äußeren Wundrande. Die Nadel wird zurückgezogen, und so ist der erste Faden, welcher das obere Ende der Niere befestigen soll, angelegt. Eben so wird ein zweiter Faden in der Mitte der äußeren Seite der Niere und ein dritter am unteren Ende des Organs angelegt. Alle diese 3 Fäden gehen durch das Periost der 12. resp. 11. Rippe.

Dritter Moment. Das Schnüren der Fäden.

2 Rollen aus steriler Gaze von je einer Länge von 8—10 cm werden zwischen die Enden der doppelten Fäden gelegt und die Fäden so geknüpft, dass der Knoten oberhalb der Rolle zu liegen kommt. — Das Binden dieser Fäden wird zuerst auf einer Seite der Wunde ausgeführt, dann durch einen Zug an denselben die Wunde geschlossen, worauf erst die Enden auf der anderen Gazerolle gebunden werden. Die Fäden werden nicht zu stark angezogen, damit wo möglich die Durchschneidung des Nierenparenchyms vermieden werde; sie sollen nur die Niere genügend suspendiren.

Die Wundränder werden dann entweder durch besondere Nähte aus Crin de Florence oder besser mittels einer Zwischenhautnaht aus feinem Katgut geschlossen.

Es wird ein aseptischer Verband angelegt, welcher erst am 10. Tage geöffnet wird, während welcher Zeit sich die Verwachsungen zwischen der parenchymatösen Fläche, der 12. Rippe und den Muskelgeweben gebildet haben. Am 10. Tage werden die Fäden heraus-

gezogen, indem man die Schlingen an der einen Seite zerschneidet und auf die Gazerolle der anderen Seite einen Zug ausübt. Ein zweiter Schutzverband wird angelegt, wenn die Heilung — bei strenger Asepsis — per primam erfolgt ist. Der Kranke wird wenigstens 3 Wochen im Bett erhalten, damit die Verwachsungen Zeit haben, eine gewisse Stärke zu erreichen.

Bei meinen letzten Operationen habe ich die Seide und die Eigenartigkeit der Nahtanlegung vermieden. In 1 Falle habe ich doppelte Fäden von Crin de Florence und in den letzten 2 Fällen Silberdraht gebraucht.

Die Gefahr der ersten Art der Nahtanlegung bestand darin, dass das Nierengewebe durch die Fäden zerrissen werden konnte. Um dieses zu vermeiden, habe ich 2 Silberdrähte in U-Form angelegt. Ich führte die Emmet'sche Nadel durch die Gewebe und das obere Ende der Niere, wie oben angegeben, armirte sie mit einem Ende des Silberdrahtes und zog sie zurück. Ein Gleiches geschah $1\frac{1}{2}$ cm tiefer: hier wurde das zweite Ende desselben Silberdrahtes durchgezogen. Ein zweiter Draht wird in derselben Art am unteren Ende der Niere angelegt. Diese beiden Drähte genügen zur Suspension der ganzen Niere. In die Schlinge jedes Drahtes wird je eine kurze Rolle aus steriler Gaze angelegt, und, nachdem die Wundränder einander genähert sind, werden die Enden zusammengedreht. — Auch diese Drähte werden am 10. Tage herausgezogen.

Durch den Gebrauch der Silberdrähte wird vollständige Asepsis gewonnen und durch die Art ihrer Anlegung die Zerreißung der Niere vermieden.

Mittels dieses Verfahrens wird die Niere fast in ihre normale Lage gestellt, indem ihr oberes Ende nach oben und innen, ihr unteres nach unten und außen gelegen ist. Die Gefäße sind nicht gedreht. Der Ureter folgt seiner normalen Richtung, ohne geknickt oder gedreht zu werden, was den leichten Abfluss des Harns sichert.

Durch dieses Verfahren wird also die ganze Niere befestigt, ihr oberes Ende bleibt nicht mehr frei und den Luxationen ausgesetzt.

Die Methode, die Fäden durch die fibröse Kapsel zu führen, hat den Vortheil, dass sie das Parenchym nicht mehr zerschneiden können, wie in allen anderen Verfahren. Durch das Herausziehen der Fäden nach einer bestimmten Zeit, nachdem die Verwachsungen entstanden sind, werden alle Nachtheile der permanenten Fäden vermieden, wie Bildung von Fisteln, unerträgliche Schmerzen, endlich — das Wichtigste von allen — Bildung eines sklerotischen Bindegewebes an der Stelle der liegenden Fäden. Hat man das reizende Agens — den Faden — herausgezogen, so erlangt das sich bildende Narbengewebe nur eine minimale Dimension, und die Induration, die man um den permanenten Faden zu sehen pflegt, schwindet; eine Thatsache, die ich durch Experimente am Hunde demonstriert habe. Weiter wird, da der Faden fast horizontale Richtung hat,

das Entstehen des sklerotischen Gewebes im ganzen Stück zwischen den beiden Fäden vermieden.

Die histologische Untersuchung der Nieren von nach meinem Verfahren operirten Hunden zeigte ein hartes, sklerotisches Gewebe im Niveau der ausgeschälten Portion, das nur die obere Schicht der corticalen Substanz einnahm. Die Tubuli contorti waren von einem dichteren und üppigeren Bindegewebe umgeben, ihr Epithel hier und da in granulöser Entartung begriffen. Auf einem Schnitt durch die Lagerstätte eines Fadens sieht man nur eine Spur von Bindegewebe, in den umliegenden Elementen keine Änderung. Mit einem Wort, wenn es durch die Decortication, welche allein nach den Experimenten von Delagènière, Tuffier, Albarran und den meinigen im Stande ist, solide Verwachsungen abzugeben, nicht möglich ist, die Sklerose gänzlich zu beseitigen, so ist es mir wenigstens gelungen, dieselbe zu vermindern und auf kleine Theile der oberen Nierenschichten zu beschränken.

Die nach meinem Verfahren erhaltenen Verwachsungen sind sehr fest, wie aus meinen am Hunde ausgeführten Experimenten hervorgeht, die mir auch den Zeitraum für die zu erhaltenden soliden Verwachsungen gezeigt haben. Zu dem Zweck habe ich die Fäden in verschiedenen Zeiträumen entfernt, und zwar: 3mal am 6. Tage, 1mal am 7. Tage, 2mal am 9., 2mal am 10. und 1mal am 12. Tage. Dann habe ich auch die Thiere zu verschiedenen Zeiträumen getödtet, und zwar: 1mal nach 7, 3mal nach 17 Tagen, 1mal nach 2, 3mal nach 3 und 1mal nach 4 Monaten. In allen Fällen war die Niere sowohl an den Rippen, wie auch an den nebenliegenden Geweben befestigt. Bei dem am 7. Tage getödteten Hund waren die Verwachsungen schwach und gaben einem leichten Zug nach. Bei dem am 17. Tage getödteten Thier waren sie bereits stark, die Niere hielt fest an den Rippen und gab 'dem stärksten Zug nicht nach. Bei nach einigen Monaten getödteten Thieren gab auf Zug eher das Nierenparenchym als die Verwachsungen nach.

Daraus lässt sich schließen, dass es beim Menschen nicht länger als 10 Tage nöthig ist, die Fäden liegen zu lassen, da sich während dieser Zeit sicher feste Verwachsungen gebildet haben. Um aber ihre Solidität zu verstärken, soll der Kranke 20 Tage im Bett gehalten werden. In den (2) Fällen, wo die Niere nicht abgeschält wurde, waren die Verwachsungen schlaffer und geringer, bestanden bloß aus leicht zerreißbaren Fäden.

Am Menschen konnte ich mich in einem Falle von der soliden und dauerhaften Befestigung der Niere überzeugen. 6 Monate nach der Nephropexie klagte eine Pat. über Beschwerden, wie sie sie schon vor der Operation gehabt, und da ich in der Fossa iliaca dextra eine harte und bewegliche Masse konstatarie, machte ich die Laparotomie und entfernte einen cystischen Eierstock. Bei dieser Gelegenheit stellte ich fest, dass die Niere vollständig an der 12. Rippe, in der Stellung, die ich ihr gegeben hatte, befestigt war.

Mit einem Wort, das neue Verfahren ist den klassischen durch folgende Vorthelle überlegen: 1) durch seine Einfachheit, 2) durch die Befestigung der ganzen Niere an die 12. Rippe, indem man die 3 doppelten Fäden oder die 2 Drähte in U-Form durch das Periost der Rippe zieht, 3) durch die Entfernung der Fäden nach dem zur Bildung der Verwachsungen nöthigen Zeitraum, indem man so alle Nachtheile des Zurückbleibens permanenter Fäden beseitigt, wie: Schmerzen, Eiterungen und Fisteln, Bildung eines sklerotischen Gewebes im Nierenparenchym.

1) **Kader.** Das Caput obstipum musculare.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVII. Hft. 1; Bd. XVIII. Hft. 1.)

Eine 200 Seiten starke Abhandlung widmet K. dem muskulären Schiefhals. Nach einer gedrängten historischen Übersicht folgen die eingehenden Kapitel über pathologische Anatomie und Ätiologie des Leidens, über sekundäre Erkrankungen und endlich über die Behandlung. Die Ergebnisse des Verf. stützen sich auf zahlreiche in Mikulicz's Klinik ausgeführte eigene Untersuchungen, so wie auf ein gründliches Studium der umfassenden Litteratur. Der Umfang der Arbeit verbietet dem Ref. ein Eingehen auf Einzelheiten um so mehr, als das Studium des Originals für Jeden, der sich künftighin mit der Frage beschäftigen wird, unerlässlich erscheint. Nur das Wichtigste aus den Schlusssätzen der einzelnen Kapitel sei kurz hervorgehoben:

Die Erkrankung des Kopfnickers besteht in einer »Myositis interstitialis fibrosa«. Dieselbe hat einen chronischen progredienten Verlauf. Das Anfangsstadium zeichnet sich aber durch einen mehr akuten Charakter aus. Die mit der Umwandlung des neugebildeten Granulationsgewebes in Narbengewebe einhergehende Schrumpfung bedingt die Kontraktur. Die an den Nerven des Kopfnickers nachweisbaren Veränderungen entstehen durch das Übergreifen der Entzündung des Muskels auf die Nerven.

Die Ätiologie des muskulären Schiefhalses anlangend, hält K. die Anschauung, dass derselbe auf einer primären intra-uterinen Kopfnickerkontraktur beruht, bis jetzt weder klinisch noch experimentell für bewiesen. Während der Geburt, und zwar sowohl bei leichten und schweren spontanen, als auch besonders bei künstlich beendeten Geburten können die verschiedensten Grade von Verletzungen des Kopfnickers vorkommen, theils verursacht durch den Druck der Geburtswege, der Hand oder von Instrumenten, theils durch die Dehnung, welche der Muskel bei gewissen Kopfstellungen erfährt. Sekundär rufen diese Verletzungen die beschriebene Myositis hervor, aus der sich in schweren Fällen die Entartung und Verkürzung des Muskels entwickelt. In vielen Fällen ist die Myositis in dem verletzten Muskel als die Folge einer hämatogenen Infektion (vom Darm aus) aufzufassen. Der Process kann sich auch an Ver-

letzungen des Kopfnickers anschließen, welche ganz unabhängig von der Geburt entstehen. Eine infektiöse Myositis, welche zu bleibendem Schiefhals führen kann, kommt auch als idiopathische Erkrankung, so wie im Verlauf verschiedener Infektionskrankheiten ohne vorherige Verletzung des Muskels zur Beobachtung.

Mit Rücksicht auf die sekundären Veränderungen im Gebiet des Schädels und der Wirbelsäule unterscheidet K. 2 Haupttypen, deren Charakteristik im Original nachzusehen ist.

Als geheilt sieht Verf. nur diejenigen Fälle von Schiefhals an, in welchen auch lange Zeit nach Abschluss der mechanischen Behandlung die Kopfhaltung eine aufrechte und die Bewegung nach allen Richtungen frei ist. Die subkutane Tenotomie mit unmittelbar angeschlossener, energischer orthopädischer Nachbehandlung ist bei allen leichteren Formen von muskulärem Schiefhals indicirt, während gegenüber allen schweren Formen die Exstirpation des Kopfnickers und der übrigen in Frage kommenden Gebilde der kranken Halsseite nach Mikulicz das Normalverfahren darstellt. Die offene Durchschneidung des Kopfnickers ist ganz aufzugeben. Nach der Exstirpation des Kopfnickers erfolgt die Heilung der Wirbelsäulenverkrümmung meist ohne orthopädische Nachbehandlung. Die Verunstaltung des Kopfes bessert sich in allen Fällen von geheiltem Schiefhals; eine völlige Wiederherstellung der normalen Kopfform erfolgt jedoch nur ausnahmsweise bei frühzeitig behandelten Fällen.

Den Schluss bilden die Krankengeschichten von 36 Beobachtungen aus der Mikulicz'schen Klinik. 24 Textabbildungen und 12 mikrophotographische Tafeln illustriren die klinischen und histologischen Befunde.

Hofmeister (Tübingen).

2) **Barbacci.** Sulle alterazioni istologiche di alcuni visceri addominali nel corso della peritonite do perforazione.

(Sperimentale 1897. I.)

B. hat in einer früheren Arbeit über die Ätiologie und Pathogenese der Perforationsperitonitis nachgewiesen, dass die Allgemeinerscheinungen und der Tod Folge einer heftigen Intoxikation des Organismus sind. Dem entsprechend finden sich auch, wie B. nach Experimenten und Leichenuntersuchungen nachweist, in verschiedenen Organen Veränderungen, vornehmlich in der Leber, Milz, Nieren, retroperitonealen Lymphdrüsen. Dieselben sind im Allgemeinen nekrobiotische Vorgänge, fettige Degeneration des Parenchyms, Karyorrhesis und Karyolysis, Desquamation der Gefäßendothelien, daneben Schwellung der Milzfollikel und geringe kleinzellige Infiltration; wahre entzündliche Prozesse fehlen. Die Erscheinungen entsprechen denen, welche bei anderen Infektionskrankheiten auftreten und u. A. von B. bei der Diphtherie näher studirt worden sind.

Pagenstecher (Wiesbaden).

3) **Talamon** (Paris). Statistique de 80 cas d'appendicite.

(Méd. moderne 1897. No. 29—31.)

Der bekannte Schriftsteller und Arzt am Hospital Tenon, dessen Lieblingsstudium die Appendicitis, nach seinen zahlreichen Publikationen zu urtheilen, offenbar ist, giebt im Anschluss an die Krankengeschichten seiner Fälle und deren Statistik zugleich ein detaillirtes Bild des klinischen Verlaufs der Krankheit nebst genauen Indikationen für die interne und chirurgische Therapie. Er tritt dem übermäßigen Operiren in allen Fällen scharf entgegen, betont aber ebenso energisch die Nothwendigkeit des chirurgischen Eingriffes in gegebener Zeit. Gesondert werden besprochen die klinischen Erscheinungsformen, die Nachschübe und Recidive, die Leistungsfähigkeit der medikamentösen Therapie und die Indikationen des chirurgischen Eingriffes.

Da die Details sich dem Referat entziehen, so seien die einzelnen Zahlen gelegentlich in Klammer beigelegt. T. unterscheidet 5 Formen der Appendicitis.

- 1) Akute A. mit diffuser Peritonitis (7 Fälle = 8—10 %).
- 2) Akute A. mit lokaler eitriger Peritonitis (14 = 17—20 %).
- 3) Akute A. mit lokaler fibrinöser (A. plastique) Peritonitis (30 = 35—40 %).
- 4) Einfache parietale A. (13 = 15—20 %).
- 5) Chronische A. mit Nachschüben (rechutes) (16 = 20 %).

Da er die letztere Form als unbedingt vor das Forum des Chirurgen gehörig erklärt, so verbleiben etwa $\frac{2}{3}$ aller Fälle der medicinischen, nur $\frac{1}{3}$ der chirurgischen Behandlung. Das sind zunächst alle der Gruppe 2. Seine dahingehörenden (8) Operirten wurden sämmtlich geheilt, von den 6 nicht Operirten heilten 4. Bei der diffusen Peritonitis ist jede Therapie machtlos, in Zweifelsfällen desshalb der chirurgische Eingriff geboten; wenn aber die Diagnose feststeht, ist jede Operation durchaus kontraindicirt, besonders bei Kindern und bei nicht ganz brüskem Einsetzen der peritonitischen Erscheinungen. Gruppe 3 und 4 gehören der rein medikamentösen Behandlung und gaben nur Heilungen. Die Fälle der Gruppe 5 sind zu trennen in Nachschübe, Rückfälle und eigentliche Recidive. Während die ersteren gewöhnlich ohne wirkliche Lebensgefahr verlaufen, sind die letzteren genau so gefährlich wie der erste Anfall durch die drohende Perforationsperitonitis. Die medikamentöse Behandlung beschränkt sich auf Aderlass, Eis, Morphinum und Abführmittel. Die letzteren zieht T. dem Opium vor. Im Beginn wird Schmerz und Entzündung mit Bettruhe, Eis und Morphinum behandelt, dann aber der Darm entleert. Besteht am 7. oder 8. Tage deutliche Abscessbildung, so ist der chirurgische Eingriff indicirt. Eben so wenn beim fibrinösen Exsudat Ileus droht, oder nach etwa 2monatlichem Abwarten keine Resorption zu bemerken ist. Stets soll versucht werden, den Processus ganz zu entfernen. Eben so ist bei recidivirender Appendicitis die Operation anzurathen, ohne darauf

zu bestehen, wenn die Kranke nicht will, da gewöhnlich die Gefahr weniger wächst als die Beschwerden. Der Satz »jede diagnosticirte Appendicitis muss operirt werden« ist durchaus übertrieben. Will man aber operiren, so ist es besser nach dem ersten Anfall als später. Das Abwarten des zweiten und dritten Anfalles ist ein Kompromiss, der keine Vortheile bietet. Verf. steht auf dem Standpunkt: akute Perforationsperitonitis nicht operiren, bei eitriger Appendicitis auf Operation drängen, bei recidivirender Operation rathen, bei plastischer und wandständiger abrathen, wenn nicht die oben angeführten Indikationen dazu zwingen; die recidivirende Form endlich kann dem Belieben des Chirurgen und Patienten überlassen bleiben, außer bei Kindern und erblicher Appendicitis. Diese sollen nach Feststellung der Diagnose mit Resektion behandelt werden.

Roesling (Hamburg).

4) **Bozzi.** Die Plastik der Cardia bei Narbenstrikturen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Verf. giebt zunächst eine Übersicht über die anatomischen Verhältnisse der Speiseröhre, die verschiedenen Arten der Narbenstrikturen nach ihrer Ätiologie und die mit den verschiedenen Behandlungsmethoden bisher erzielten Resultate, um dann über Versuche zu berichten, die er an Hunden und an Leichen angestellt hat zum Zweck, eine plastische Erweiterung der Cardia zu erzielen. Dieselben gipfeln (nachdem Lappenplastiken aus dem Fundus sich als unausführbar erwiesen) im Wesentlichen in einer Übertragung der Heinike-Mikulicz'schen Pyloroplastik auf den Anfangstheil des Magens bzw. das Ende der Speiseröhre. Die Einzelheiten der Methode sind im Original nachzusehen. — Die Versuche des Verf. sind dankenswerth, wenn sie auch bisher freilich nur den Erfolg gehabt haben, uns die Grenzen unseres operativen Könnens an diesem Punkt recht deutlich vor Augen zu führen. Von den Versuchsthiere des Verf. konnten nur 2 am Leben erhalten werden. Dem gegenüber sind die Resultate der unblutigen Behandlungsweisen oder, wo diese nicht angängig, der Gastrostomie immer noch tröstliche, ganz abgesehen davon, dass die Bedingungen, von denen der Verf. die Ausführung der Operation am Menschen abhängig macht, sich im konkreten Krankheitsfall kaum je mit der nöthigen Sicherheit nachweisen lassen dürften.

Hofmeister (Tübingen).

5) **Burci.** Il saldamento della mucosa intestinale suturata.

(Gazz. delle clin. e degli ospedali 1897. No. 55.)

B. berichtet in einer kurzen vorläufigen Mittheilung über Versuche, die er im pathologisch-anatomischen Institut in Pisa an Hunden hinsichtlich einer besseren Art der Schleimhautvereinigung bei Darmnähten gemacht hat. Er hält eine schnelle und genaue Herstellung der Continuität der Schleimhäute bei Darmoperationen für ein den Erfolg wesentlich garantirendes Moment; auch legt er Gewicht darauf,

dass nicht durch die gewöhnlich erfolgende Aufstülpung der Schleimhautränder eine Verengung der Darmlichtung erzeugt werde. Seine Methode besteht darin, dass er die Schleimhautränder mit ihrer epithelialen Oberfläche gegen einander näht; dass es auf diese Weise gelingt, eine schnelle Heilung zu erzielen, fast wie bei serösen Flächen, beweisen seine Thierexperimente, über die er noch weitere Mittheilungen in Aussicht stellt.

W. Schultz (Eutin).

6) S. v. Fedoroff (Moskau). Über Rectoskopie.

(Chirurgijja 1897. No. 5.)

Im Januar dieses Jahres habe ich in der chirurgischen Gesellschaft zu Moskau eine Methode der Besichtigung der obersten Partien des Mastdarms und der Flexura sigmoidea beschrieben.

Diese Methode basirt auf der Möglichkeit, gerade Metallröhren von 15—40 cm Länge ins Rectum und höher in den Darm einzuführen. Diese Rectoskope sind nach dem Typus der Rosenheim'schen Ösophagoskope konstruirt, haben aber einen Durchmesser von 2—2,5 cm und einen Obturator aus Hartgummi; außerdem werden sie mit der lichtgebenden Quelle (Elektroskop nach Casper oder irgend einer anderen Konstruktion) nicht unbeweglich vereinigt. Zu ihrer Einführung wird der Kranke in Rückenlage, wie zum Steinschnitt, mit hoch erhobenem Becken oder in Knie-Ellbogenlage mit stark gesenktem Oberkörper untersucht.

Das Einführen der Instrumente geschieht immer leicht und ohne Gefahr für den Kranken, wenn man nur dabei keine Gewalt gebraucht. Die einzige kleine Schwierigkeit, die man aber leicht umgehen lernt, liegt im Promontorium. Ist das Instrument hier vorübergegangen, so kommt es leicht in die Flexura sigmoidea, in welcher es natürlich nur so weit vordringen kann, wie es die Länge des Mesosigmoideum erlaubt. Da dessen Länge in ziemlich großen Grenzen schwankt, so kann auch das Rectoskop in verschiedenen Fällen nur auf verschiedene Höhe eingeführt werden.

Nach einer Anzahl von Leichenexperimenten erscheint ein Passiren der Flexura sigmoidea mit graden, unbiegsamen Tuben unmöglich. Stets blieb das Ende des Rectoskops an dem Ort der Flexur stehen, wo dieselbe das längste Mesocolon hatte. Die Flexur selbst und der oberste Theil des Rectums waren auf dem Rectoskop wie ein Handschuhfinger aufgespannt, und kein einziges Mal drang das Instrument in die obere Curvatur der Flexura sigmoidea.

Ungeachtet dessen giebt doch die Rectoskopie mittels der erwähnten Tuben beachtungswerthe Resultate, weil die meisten Erkrankungen der unteren Hälfte des Dickdarms im unteren Theil des Rectums oder in der Flexur sitzen.

Die Bilder, die man mittels des Rectoskops zur Ansicht bekommen kann, sind vorzüglich; im Verlauf etwa eines Jahres hatte ich Gelegenheit, die Diagnose eines Carcinoms in einer Höhe von 14—18 cm über der Afteröffnung in 2 Fällen nur mit seiner Hilfe

zu stellen. In einem anderen Falle, wo ein Carcinoma ani bei einem 38jährigen Bauer diagnosticirt war, wurde von der Operation besonders desshalb abgesehen, weil bei der Rectoskopie noch ein Ulcus in einer Höhe von 25 cm über dem After gefunden ward. In noch anderen Fällen ließ sich die Größe des krankhaften Processes im Mastdarm, auch seine Grenze und ihre Entfernung vom After genau abmessen. Wer sich mit der Besichtigung des Darmes mit Rectoskopen von angegebener Art geübt hat, dürfte nicht wieder zu den früheren Spiegeln greifen, außer zur Besichtigung der Sphinktergegend, bei der stumpfe Haken mehr leisten als jedes Speculum.

Selbstverständlich muss vor jeder Rectoskopie der Mastdarm mittels großer Klysmata gut ausgewaschen werden.

In ganz letzter Zeit hat einer unserer Assistenzärzte, Dr. Ssabaschnikoff, ein Photographierectoskop konstruirt, mit welchem sehr gute Aufnahmen rectoskopischer Bilder zu erzielen sind.

(Selbstbericht.)

7) Schwab. Über multiple Polypenwucherung im Colon und Rectum.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

2 Beobachtungen von Colitis polyposa aus der Czerny'schen Klinik liegen der Arbeit zu Grunde.

In einem Falle trat im Anschluss an eine Probepylorotomie der Tod im Collaps (Darmblutungen) ein. Der Dickdarm zeigte 2 Narbenstrikturen und ist vom Blinddarm an dicht mit Polypen besetzt, das ganze Colon von einer mächtigen Fettschicht umhüllt.

Im 2. Falle (18jähriges Mädchen, bei dem das Leiden aufs 3. Lebensjahr zurückreicht) wurde durch Ausschabung des Mastdarms Besserung erzielt; doch sind ein Jahr nach der Operation wieder Beschwerden vorhanden und Polypen im Mastdarm nachgewiesen.

Angeschlossen ist eine größere Anzahl typischer Krankengeschichten aus der Litteratur. Ätiologisch sind entzündliche Processe der Darmschleimhaut anzuschuldigen. Die Diagnose ist oft außerordentlich erschwert, unter allen Umständen erscheint bei irgend wie bedenklicheren Darmkatarrhen die Rectaluntersuchung geboten, da die Polypenentwicklung gewöhnlich im Mastdarm am stärksten ist, von wo aus sie auch meist zu beginnen scheint. Anatomisch sind die Polypen gutartig, sie werden aber durch die chronischen Diarrhöen und die Neigung zu Blutungen gefährlich. In vielen Fällen ist eine exquisite Neigung zur carcinomatösen Entwicklung nachgewiesen, bis jetzt allerdings nur im Mastdarm.

Die Therapie ist ziemlich machtlos. Am empfehlenswerthesten erscheint noch die möglichst frühzeitige Entfernung der erreichbaren Polypen vom Mastdarm aus. Wichtiger ist die energische Behandlung aller Darmentzündungen, um die Neigung der Schleimhaut zur hypertrophischen Wucherung zu verhüten. Hofmeister (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

8) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

87. Sitzung am 10. Mai 1897 im kgl. Klinikum.

Vorsitzender: Herr Gurlt.

1) Herr Körte: Krankenvorstellung.

Pat. mit geheiletem subphrenischem Abscess. Ein 30jähriger Mann, der seit langer Zeit magenleidend war, erkrankte aufs Neue (Mitte December) mit Magenschmerzen, Erbrechen, Fieber; der Zustand verschlimmerte sich rapid Anfang Januar; deshalb wurde Pat. unter der Diagnose: Peritonitis, ausgehend von einem perforirten Magengeschwür, nach dem Krankenhaus (Am Urban) überführt.

Bei der Aufnahme zeigte sich eine Vorwölbung im Epigastrium, mit tympanitischem Schall, Zwerchfell nach oben verschoben, in den unteren Thoraxpartien Dämpfung; Leib im Übrigen mäßig aufgetrieben; Resistenz in Magenhöhe. Athmung beschleunigt, kostal, Puls 100, kein Fieber.

Bei Incision in der Mittellinie, unter Cocain- und Ätheranästhesie, wird eine Abscesshöhle eröffnet, aus der Jauche mit Gas vermischt ausströmt; keine Speisebestandtheile. Die Höhle ist begrenzt durch das Zwerchfell, Ligamentum suspensorium hepatis, links von der Mittellinie durch die seitliche Thoraxwand. In der linken Seite findet sich ein Theil der Magenwand, aber kein Geschwür in derselben.

Resektion der 10. Rippe, Vernähung der Pleurablätter, Drainrohr, Tamponade.

Außer einer leichten Pneumonie des linken Unterlappens war der Verlauf ungestört, Speisen sind niemals durch die Wunde herausgekommen.

Tags zuvor hatte K. übrigens einen ganz analogen Fall operirt.

2) Vorstellung eines Pat. mit (geheiltem) Luxation der Hand.

Die Verletzung kam derart zu Stande, dass beim Einstürzen von Mauerwerk die Massen die Hand brüsk nach hinten drückten. In der Vola manus fand sich ein Knochenstück, das aus einer Wunde herausluxirt war, an einigen Bandfasern hängend hervorragte. Dies Knochenstück war, wie sich herausstellte, das Os lunatum; es wurde abgetragen. Die Einrenkung vollzog sich durch Hyperextension mit gleichzeitigem Druck von unten.

Demonstration der betreffenden Röntgen-Photographie; ferner des Gipsabgusses der Hand einer Pat., die mit einem Eimer in der Hand gefallen war und sich dadurch eine Luxation zugezogen hatte. K. erwähnt, dass Handverrenkungen bekanntlich zu den Seltenheiten gehören.

3) Herr Brentano stellt einen von ihm operirten Fall von *Hernia retroperitonealis anterior sinistra* vor, d. h. einer Hernie, deren Bruchpforte durch die *Fovea vesicalis media* gebildet wird, während der Bruchsack zwischen Peritoneum parietale und vorderer Bauchwand gelegen ist.

45jähriger, früher stets gesunder Zimmergeselle erkrankt ohne nachweisbare Ursache plötzlich 3 Tage vor seiner Aufnahme in das städtische Krankenhaus Am Urban unter den Erscheinungen akuten Darmverschlusses. Für die Art des vorliegenden Hindernisses ergibt die Untersuchung keine sicheren Anhaltspunkte. Bruchpforten frei. Enbloc-Reposition einer Hernie mit Bestimmtheit auszuschießen, ein Tumor nicht fühlbar, mäßig aufgetriebener Leib mit deutlich sichtbaren Darmschlingen, deren Peristaltik vermehrt erscheint, ohne aber eine bestimmte Richtung, nach dem Sitz des Hindernisses hin, zu zeigen. Das einzig nachweisbare objektive Symptom ist eine gewisse Rigidität und Druckempfindlichkeit des linken Rectus unterhalb des Nabels.

Diagnose: Ileus. Laparotomie zwischen Nabel und Symphyse alsbald nach der Aufnahme. Im Abdomen trüb-seröse Flüssigkeit und geblähte Dünndarmschlingen mit etwas injicirter Serosa. Eine derselben verschwindet in einem 10-pfennigstückgroßen, kreisrunden Loch der vorderen Bauchwand, das lateralwärts begrenzt wird durch das etwa bleistiftstarke Ligamentum vesicale laterale sinistrum. Das Loch liegt etwa 2querfingerbreit links von der Mittellinie ungefähr

in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, hat einen scharf ausgesprochenen unteren Rand und bildet die Bruchpforte für einen etwa 8 cm langen Dünndarmbruch. Das Lig. vesicale medium ist gleichfalls sehr stark entwickelt, grenzt aber an die Bauchfelltasche nicht unmittelbar an, liegt vielmehr dicht an der Laparotomiewunde, und zwar noch auf deren rechter Seite. —

Spaltung des Bruchringes von der Bauchhöhle aus nach unten. Dünndarmschlinge, vorgezogen, zeigt deutliche, aber erholungsfähige Schnürfurchen. Aus dem Bruchsack fließt viel blutig-seröses Bruchwasser ab, das durch Kompressen aufgefangen wird.

Der Bruchsack selbst, nicht ganz daumenlang, liegt zwischen Peritoneum parietale und vorderer Bauchwand. Exstirpation desselben unmöglich wegen Verwachsungen, deshalb Drainage desselben mit Jodoformgaze, die in der Nähe des äußeren Leistenringes herausgeleitet wird. Die Bruchpforte wird von der Bauchhöhle aus durch fortlaufende Katgutnaht verschlossen. Schluss der Bauchwunde durch Etagnennaht. Reaktionslose Heilung.

Im Anschluss an diesen Fall macht der Vortr. ein paar Bemerkungen über das Zustandekommen, die Diagnose und Differentialdiagnose der *Hernia retroperitonealis ant.*

4) Herr Steiner: Über polycystische Degeneration der Nieren und der Leber.

Man unterscheidet anatomisch 2 Arten von polycystischer Nierendegeneration, die embryonale und die erworbene. Die erstere ist nach den Virchow'schen Untersuchungen durch entzündliche Atresie der Nierenpapillen mit consecutiver Sekretstauung entstanden zu denken. Dabei ist der Cysteninhalte in der That reich an spezifischen Harnbestandtheilen, wie Harnstoff etc. — Über die Entstehung der letzteren Form gehen die Ansichten aus einander. Die Franzosen und Italiener betrachten sie als eine wahre Kystombildung, analog den Geschwülsten im Ovarium und in der Mamma, hervorgegangen aus einer Wucherung der Epithelien der Harnkanälchen.

Virchow schreibt dem Epithel eine passive Rolle zu, glaubt vielmehr, dass das primäre eine interstitielle Nephritis ist, die zur Abschnürung der Harnkanälchen führt; in das Lumen des letzteren kommt es dann zur Exsudation von homogenen Massen, welche wahrscheinlich mit der Substanz der hyalinen Cylinder identisch sind, und im weiteren Verlauf zur cystösen Dilatation.

Klinisches Interesse beansprucht nur die letztere Form. Die Erkrankung ist gewöhnlich doppelseitig: die Nieren schwellen zu gewaltigen Tumoren an, welche sich bis ins Becken hinein erstrecken und den größten Theil der Bauchhöhle ausfüllen. Diese Geschwülste bestehen aus einer Anzahl von Cysten verschiedenster Größe, die größten erreichen die Dimension eines kleinen Apfels, daneben findet man mikroskopisch kleine. Der Cysteninhalte ist theils durchsichtig gallertartig, theils braunroth hämorrhagisch (Demonstration von Cystennieren, die bei einer Sektion gefunden wurden).

Auf dem Sektionstisch wurde die Krankheit sehr häufig, im Leben dagegen erst 4mal diagnosticirt, 2mal von französischer Seite, 1mal von Stiller und 1mal von Lauenstein.

Der Vortr. berichtet über 2 neue von Prof. Israël diagnosticirte Fälle und stellt sodann einen Pat. vor, bei dem er selbst den Befund »Cystennieren« erhoben hat. In allen 3 Fällen handelt es sich um Männer im Alter von 47—53 Jahren, welche schon seit mehreren Jahren krank waren.

Die Diagnose stützt sich auf folgende Hauptpunkte:

Klinisch liegt das Bild der Schrumpfniere vor mit großen Urinmengen von geringem spezifischem Gewicht und unbedeutendem Eiweißgehalt. Anämie, Herzhypertrophie. — Abweichend von den Erscheinungen der Schrumpfniere sind Nierenblutungen, ferner im Verhältnis zum geringen Albumengehalt sehr zahlreiche Cylinder und hyaline Schollen. Absolut charakteristisch ist der Palpationsbefund: man kann nämlich sehr leicht die vergrößerten höckerigen Nieren fühlen. Von einem malignen Nierentumor differenzirt sich die Erkrankung 1) durch den

überaus chronischen, sich über Jahrzehnte hinziehenden Verlauf, 2) aber auch dadurch, dass sie gewöhnlich beide Nieren befällt.

Endlich wurde bei allen 3 Pat. das Vorhandensein von Cysten in der Leber beobachtet, welche sehr gut palpabel und deshalb diagnostisch verwertbar sind. Lejars stellte 63 Autopsiebefunde von cystöser Nierendegeneration zusammen. 17mal waren gleichzeitig multiple Cysten in der Leber vorhanden.

Endlich giebt eine eventuelle Probepunktion markante Befunde: in der Punktionssäugigkeit der hämorrhagischen Cysten finden sich nämlich Körper ähnlich denen, die in der Prostata und in Strumen gefunden werden, in dem Inhalt der übrigen Cysten finden sich eigenthümlich in Reihen angeordnete epitheloide Zellen. — Der Ausgang der Erkrankung ist der der Schrumpfniere. Die Pat. gehen nach Jahr und Tag urämisch zu Grunde.

Operative Eingriffe sind natürlich aussichtslos.

5) Herr Schrader: Appendicitis kombinirt mit Torsion einer Parovarialcyste.

Es handelte sich um eine 19jährige junge Dame (der Privatpraxis des Herrn Prof. Sonnenburg entstammend), welche schon 2 Anfälle von Perityphlitis überstanden hatte und seit einigen Tagen zum 3. Mal mit schweren Erscheinungen erkrankt war.

Es fand sich bei der Aufnahme eine enorme Druckempfindlichkeit beider Hypogastrien, welche links unmittelbar bis an den Beckenrand reichte, so dass dort nur die eigentlichen abhängigen Partien frei waren, während rechts eine ausgesprochene freie Zone von 2 Fingerbreite das Gebiet der Druckempfindlichkeit vom Darmbein trennte. Im ganzen Gebiet der druckschmerzhaften Fläche völlige Dämpfung. Genauer festzustellen war bei der enormen Schmerzhaftigkeit unmöglich; die gynäkologische Untersuchung verboten der Status virgineus und äußere Rücksichten. Hohes Fieber, anhaltender Singultus. In Narkose fühlte man im Bereich der Dämpfung eine große, tumorartige Resistenz, welche besonders im linken Hypogastrium deutlich fluktuirte. Die Diagnose wurde auf einen großen intraperitonealen und abgekapselten Abscess nach Appendicitis perforativa mit peritonealen Reizerscheinungen gestellt; für die Operation glaubte S. von dem typischen Flankenschnitt hart am rechten Beckenrand nicht abweichen zu sollen, da ihm gerade die Erfahrung der letzten Jahre immer wieder bestätigt hatte, dass von diesem aus der ursprüngliche Herd — der erkrankte Processus vermiformis — am besten erreicht und alle Abscesse am sichersten entdeckt werden können; selbstverständlich werden bei ausgedehnten Senkungen oder Absackungen Gegenöffnungen unentbehrlich. Der somit am rechten Beckenrand geführte Schnitt ergab nach Durchtrennung von Haut, Muskulatur und Fascia transversa eine starke seröse Durchtränkung der properitonealen Gewebe, ein Befund, der die Diagnose nur bestätigen musste, da noch in keinem Falle bei Ödem der Muskulatur oder der properitonealen Schichten der Abscess vermisst wurde. Das freigelegte Peritoneum war aber nur ganz leicht injicirt und nicht im mindesten verdickt; überall war auch nach weiter Ablösung des Bauchfells vom M. iliacus nur weicher Darm von der Wunde aus zu fühlen. Obwohl S. früher schon 2mal tief zwischen Dünndarmschlingen gelegene perityphlitische Abscesse mit bestem Erfolg durch die freie Bauchhöhle hindurch angegriffen hatte, so schien es doch hier, wo der angenommene Abscess das linke Hypogastrium mit ausfüllte und dort deutlich fluktuirte, einfacher und sicherer, lieber am linken Beckenrand mit einem gleichen Flankenschnitt vorzugehen, zumal voraussichtlich Behufs sicherer Drainage dort doch so wie so eine Gegenöffnung nothwendig wurde. Der hier geführte Schnitt fand aber normale Bauchdecken und ein unverändertes Peritoneum, nicht die geringste ödematöse Durchtränkung oder peritoneale Injektion. Nach Spaltung des Bauchfells entleerten sich kaum 150 ccm geruchloser heller Flüssigkeit, und es präsentirte sich ein großer blauschimmernder Tumor, welcher sich nur bis in die Wunde drängen, aber nicht vorziehen ließ. Daher Punktion, welche wasserhelle, klare und geruchlose Flüssigkeit ergab, und allmähliches Entwickeln des Tumors vor die Bauchwunde. Derselbe geht mit breitem, gewundenem Stiel an die Hinter-

fläche des rechten Lig. latum, wo er sich dicht unterhalb der rechten Tube ansetzte. Rückdrehung des Tumors; derselbe ist $2\frac{1}{2}$ mal um seine Achse gewunden. Der entfaltete Stiel, 2—3 quersfingerbreit, ist nicht sehr dick, aber nirgends morsch oder verfärbt. Die Abbildung war von dem linksseitigen Flankenschnitt aus zwar etwas mühselig, konnte aber mit hinreichender Verlässlichkeit bewerkstelligt werden; weder Tube noch Spermatikalbündel kamen hierbei in Frage. Nach Abtragung des über mannskopfgroßen Tumors zeigte sich bei Revision der Bauchhöhle ein eigenartiger Befund. Während sonst alle zu Gesicht kommenden Därme ein völlig normales Aussehen darboten, waren die um die Ileocoecalgegend gruppierten Dünndarmschlingen hochroth injicirt, der dort lagernde Netzrand verdickt und aufgerollt. Dies so wie der im Anfang der Operation erhobene Befund (ödematöse Durchtränkung der präperitonealen Gewebe rechts) bestimmten S., sich mit der Abtragung der großen rechtsseitigen Parovarialcyste nicht zu begnügen, sondern den vorher rechts bis aufs Bauchfell geführten Schnitt durch Spaltung desselben zu vervollständigen und den mit Sicherheit erkrankten Wurmfortsatz zu entfernen. Derselbe war leicht an der Hinterfläche des Coecums aufzufinden und reichte tief ins kleine Becken hinab, wo er mit seiner Spitze einem größeren weichen Körper — wohl dem rechten Ovarium — adhärirte. Die Auslösung gelang ohne Schwierigkeit; in üblicher Weise wurde die Serosamanschette gebildet, der Appendix nahe dem Coecalansatz amputirt und der Stumpf übernäht. Die Nachbehandlung musste durch Tamponade der Bauchhöhle von beiden Laparotomieschnitten aus erfolgen, da die Kranke mit Rücksicht auf die peritoneale Reizung nicht gebadet, auch sonst die Asepsis keine zuverlässige war; die Rekonvalescenz erfolgte unter diesen Kautelen ganz glatt und ungestört. Votr. demonstrirt dann zunächst das Präparat der Parovarialcyste, die, abgesehen von der Stieltorsion, als weiteren ungewöhnlichen Befund außer der bei der Operation entleerten großen Hauptcyste noch 2 kleinere Nebencysten aufwies; die letzteren waren mit stark blutig gefärbter Flüssigkeit erfüllt. Sehr lehrreich ist das gewonnene Präparat des Wurmfortsatzes, dessen Schleimhaut im Bereich der peripheren Hälfte stark geschwellt, quergewulstet und blaufleckig injicirt ist, während die centrale Hälfte ganz normale Schleimhaut aufweist. Beide Zonen sind in scharfer Grenze von einander abgesetzt, und ist der Unterschied auch aus größerer Entfernung ein in die Augen springender. Votr. bezweifelt, ob selbst nach stattgehabter gynäkologischer Untersuchung in diesem Falle die richtige Diagnose vor der Operation möglich gewesen wäre, und betont, dass die bei der letzteren festgestellten entzündlichen Erscheinungen innerhalb der Bauchhöhle, welche nur um die Ileocoecalgegend gruppiert waren, dafür sprächen, dass die Symptome peritonealer Reizung der Appendicitis zugeschrieben werden müssten und nicht der Stieltorsion der Parovarialcyste; denn selbst am zurückgedrehten Stiel fehlten gänzlich jegliche entzündliche oder destruktive Veränderungen.

Diskussion: Herr Karewski hat 2mal Perityphlitis, die mit Frauenleiden complicirt war, operirt. Im 1. Falle handelte es sich um ein 30jähriges Mädchen, das wiederholt Attacken von Appendicitis gehabt hatte, ohne dass ein Exsudat nachgewiesen werden konnte. Bei einem neuen Anfall zeigte sich eine von tympanitischem Schall überlagerte Resistenz, die bimanuell vom Rectum her als unbedeutlicher Tumor, anscheinend mit dem Uterus nicht in Beziehung stehend, gefühlt wurde.

Bei der Operation ergab sich chronische Appendicitis mit Adhäsionen innerhalb des Beckenperitoneums, die auch zu Verlöthung des Proc. vermiformis mit einer kleinen rechtsseitigen Parovarialcyste Veranlassung gegeben hatten. Amputation des Proc. vermiformis und gleichzeitige Exstirpation der Cyste brachten der Pat. dauernde Heilung.

Die 2. von ihm beobachtete Pat. (sehr fette 40jährige Frau) hatte vor 1 Jahr ein Uterusmyom durch Spontanauflösung verloren; kurze Zeit nachher rechtsseitige Peritonitis, die zur Abscessbildung führte, Entleerung durch Incision oberhalb des Lig. Pouparti. Heilung.

1 Jahr später Erscheinungen von Perityphlitis und Peritonitis. Bei der Operation fand sich ein intraperitonealer Abscess, eitrig infiltrirtes Netz, von dem aus einerseits eine breite Adhäsion zum Uterus ging, und das andererseits den Proc. vermiformis umhüllte. Letzterer war total verödet und trug auf dem Rest der Schleimhaut eine Narbe.

Pat. ging an Herzparalyse zu Grunde. Bei der Sektion fand sich in der Peritonealhöhle kein Eiter und vollkommen gesunde Genitalien. K. ist der Meinung, dass in diesem Falle sich eine Perityphlitis zur Verjauchung des Myoms gesellt hatte, und dass die Frau gerettet worden wäre, wenn man bei der 1. Operation den Proc. vermiformis entfernt hätte.

6) Herr Zondek: Über Deciduoma malignum.

Eine 43jährige Frau, welche 12 lebende Kinder geboren und 4mal abortirt hatte, wurde Anfang Mai 1896 zum letzten Mal gravid und am 15. December von einer Traubenmole entbunden. Im Anschluss hieran wurde eine Auskratzung des Uterus vorgenommen. In den ersten Tagen des Januar trat eine starke Blutung ein, welche die Pat. veranlasste, das jüdische Krankenhaus aufzusuchen. Bei ihrer Aufnahme zeigte die kräftig gebaute, gut ernährte Frau ein gutes Allgemeinbefinden; sie hatte, abgesehen von dem geringen, nur wenig blutig gefärbten, nicht übelriechenden Ausfluss, keinerlei Beschwerden. Bald aber wurde der Ausfluss wieder stärker, und am 15. Februar trat ein Schüttelfrost ein, der sich in den nächsten Tagen wiederholte. Am 18. Februar wurde eine Auskratzung des Uterus vorgenommen. Da aber der Zustand der Pat. sich danach nicht besserte, da ferner die mikroskopische Untersuchung der ausgekratzten Gewebestücke die Diagnose eines malignen Deciduoms sicherstellte, wurde am 23. Februar der Uterus per vaginam extirpirt. Die Frau hat eine normale Rekonvalescenz durchgemacht und befindet sich jetzt völlig wohl.

Der in allen seinen Durchmessern etwas vergrößerte Uterus zeigt an der vorderen Wand 2,5 cm von der oberen Kuppe des Cavum uteri entfernt bis herunter zum Orificium internum eine rothbraune Geschwulstmasse, welche ganz besonders in der Mitte der Wand tief in die Muskulatur, dieselbe zerstörend, eindringt. Die Muskulatur in der Nähe der Geschwulst ist von stecknadelkopf- bis hirsekorn-großen rostrauen Flecken durchsetzt. In der Mitte der vorderen Wand dicht unter der Serosa ist ein neuer, etwa erbsengroßer Geschwulstknoten sichtbar. Auch die mikroskopische Untersuchung hat zweifellos das Vorhandensein der malignen Neubildung, des sog. Deciduoms ergeben. Man findet in der Geschwulst die großen, balkenartig sich hinziehenden protoplasmatischen Massen mit stark gefärbtem Zellleib, mit zahlreichen, zum Theil runden, zum Theil ovalen, intensiv gefärbten Kernen, also syncytiales Gewebe, das an vielen Stellen in Bluträume eindringt, an anderen Stellen von Vacuolen durchsetzt ist.

Dann sieht man die etwas kleineren Zellen mit hellem Protoplasmaleib, mit schwach gefärbten Kernen, die ein feines Chromatinnetz und zahlreiche Kernkörperchen zeigen, Zellen, die man nach Marchand als Abkömmlinge der Langhans'schen Schicht ansieht.

Sarfert (Berlin).

9) Preetorius. Retrécissement cicatriciel de l'oesophage.

(Extrait des Ann. de la soc. med.-chir. d'Anvers.)

Zu der immer noch nicht zu reichlichen Kasuistik der Ösophagusverätzungen mit günstigem operativem Resultat giebt Verf. folgenden Beitrag:

7jähriger Knabe hatte Kalilauge Ende November 1893 geschluckt. 4 Wochen später findet P., während Flüssigkeiten noch hinabgleiten, 22 cm hinter der Zahnreihe eine impermeable Striktur. Operation wird verweigert. 30. Februar (?) 1894 wird der zum Skelett abgemagerte Knabe ihm wieder zugeführt.

Nach einiger Kräftigung durch Nährklystiere wird am zweitfolgenden Tage die Gastrotomie nach Witzel ausgeführt. Der Knabe kann am 4. Tage wieder Flüssigkeit schlucken und erholt sich rasch. Am 25. April wird die lineare Elektrololyse der 10 cm langen Striktur versucht. Sie gelingt wegen der nur geringen

zulässigen Sondendicke (25 Charrière) nur unvollkommen, doch kann der Knabe nach 2 Monaten auch halbfeste Speisen schlucken. Dann wieder Verschlechterung. Am 15. August wird die Oesophagotomia externa ausgeführt. Es gelingt den dilatirten oberen Theil herauszunähen, eine Sonde mit Faden von oben durch die Magenfistel hindurchzuführen und an letzterem ein Drainrohr einzusziehen. Dasselbe schon am 6. Tage durch regelmäßiges Bougieren zu ersetzen, misslingt. Deshalb Fortsetzung der Dauerdilatation nach Mikulicz und v. Hacker, und am 19. September Oesophagotomia externa. Einführung eines 13 mm starken Drainrohrs. Die Magenfistel schließt sich spontan. 3 Wochen später Schluss der Ösophagotomiewunde. Am 13. November nöthigen schwere Dysphagieanfälle zu erneuter Spaltung. Es tritt eine »formidable« venöse Blutung ein, die auf Tampenade erst steht, als schon die Laparotomie begonnen war. Ein 16 mm starkes Rohr wird für 2 Monate eingelegt, dann muss es entfernt werden. Am 28. März 1895 muss zum 3. Mal Ösophagotomirt werden, und wird für 3 Monate ein 14 mm-Rohr eingelegt. Schweres Ekzem nöthigt Ende Oktober zur Entfernung. Am 22. Januar 1896 wird durch die alte Wunde die lineare Elektrolyse ausgeführt und der Knabe erhält einen Haut-Kautschukobturator von 13 mm. Seither gutes Befinden und Ermöglichung des Schulbesuchs. **Roosing** (Hamburg).

10) **M. Jaboulay.** Conduit alimentaire artificiel dans les cancers de la partie inférieure du pharynx et de la partie supérieure de l'oesophage.

(Province méd. 1897. No. 16.)

Eine Ösophaguscarcinomkranke J.'s trägt seit 4 Monaten ein Gummirohr, welches, vom Munde aus eingeführt, durch eine Pharyngostomieöffnung aus der Speiseröhre austritt, das Hindernis umgeht und durch eine Ösophagostomie in die Speiseröhre wieder eintritt. Die Speisen werden durch Eingießung in einen Trichter oder durch Aspiration durchgeführt. Für künftige Fälle will J. den Weg für das Gummirohr durch Hautlappenbildung pflastern, also einen künstlichen Haut-speiseröhrenkanal neben dem verschlossenen natürlichen bilden.

Herm. Frank (Berlin).

11) **C. J. Ebert.** Verirrtes Magenepithel in der Speiseröhre.

(Fortschritte der Medicin 1897. No. 7.)

Bei einem 25jährigen an Pneumonie verstorbenen Manne fand E. im Beginn der unteren Hälfte der Speiseröhre eine etwa 5pfennigstückgroße, rundliche, scharf umschriebene Schleimhautstelle, die nur wenig vertieft erschien und sich von der Umgebung durch stärkere Röthung scharf abgrenzte. Makroskopisch imponirte sie als eine ganz oberflächliche Erosion, die mikroskopische Untersuchung aber ergab, dass das geschichtete Pflasterepithel der Schleimhaut am Rande der vermeintlichen Lücke plötzlich durch Cylinderepithel vom Charakter des Magenepithels (ohne Cuticularsaum) unterbrochen wurde. Außerdem war die Stelle durch einen großen Gehalt an schlauchförmigen Schleimdrüsen ausgezeichnet, wie sie auch im Magen vorkommen. Verf. ist nach alledem geneigt, diese Stelle als verirrten Epithelkeim der Magenschleimhaut aufzufassen. Bei der Differenzirung des Epithels in dasjenige der Speiseröhre und des Magens sind vermuthlich Zellen des letzteren durch das Speiseröhrenepithel abgeschnürt worden. Durch das Wachsthum des unterhalb dieser Epithelinsel gelegenen Abschnittes der Speiseröhre wurde der abgesprengte Keim mehr und mehr vom Magen bis gegen die Mitte der Speiseröhre abgedrängt. (Bekanntlich hat Cohnheim solchen verirrten Epithelkeimen eine besondere Neigung zur Bildung bösartiger Geschwülste zugeschrieben.

Teichmann (Berlin).

12) **H. Graeve.** Om några fall af subfrenisk abscess.

(Hygiea Bd. LVIII. Hft. 1.)

Eine relativ selten während des Lebens zu diagnosticirende Krankheit ist die Eiteransammlung unter dem Zwerchfell. Sie wird oft nicht erkannt, und wenn

sie als lebensbedrohende Komplikation anderer krankhaften Zustände auftritt, ist der ihr eigenthümliche Symptomenkomplex von so verschiedenartigem Aussehen, dass das Krankheitsbild keineswegs durch ihr Auftreten an Klarheit gewinnt. Schon Leyden, der zuerst die Krankheit ausführlich beschrieb, hat ihre Vielgestaltigkeit hervorgehoben. Noch bunter sind aber die Bilder, die wir in Maydl's Monographie (cf. Referat im Centralblatt für Chirurgie 1895. p. 509) zusammengestellt finden. Schon aus diesem Grunde muss jeder Beitrag zur Kasuistik der fraglichen Krankheit willkommen sein, um so mehr, als man aus den Zusammenstellungen findet, wie traurig die Prognose ist, wenn das Leiden ohne chirurgische Hilfe sich selbst überlassen wird. Verf. ist in der seltenen Lage, nicht weniger als 6 Fälle in relativ kurzer Zeit und in einer keineswegs dichtbevölkerten Gegend Schwedens behandelt zu haben. In ausführlichen Krankengeschichten, die hier leider nicht wiedergegeben werden können, bespricht er die einzelnen Fälle und liefert zuletzt, hauptsächlich auf Maydl's Bearbeitung gestützt, eine kurzgefasste Übersicht der Ätiologie, Diagnose und Therapie des Leidens. Mit einer Ausnahme hat Verf. durch operatives Vorgehen seine sämtlichen Fälle zur Heilung gebracht.

A. Hansson (Warberg).

13) D. Schwarz (Agram). 3 Fälle von Peritonitis suppurativa ex appendicitide.

14) D. R. v. Mašek. 2 Fälle von Peritonitis bei Appendicitis.

15) J. Wikerhauser. 2 Fälle von allgemeiner eitriger Peritonitis bei Appendicitis; mit Heilung.

(Liečnicki viestnik 1897. No. 6. [Kroatisch.])

Interessant ist das Ergebnis dieser Kasuistik in so fern, als von den 7 operativen Fällen die 3 einen glücklichen Ausgang nahmen, bei welchen sich bei der Operation allgemeine jauchig-eitrige Peritonitis ohne Darmverklebungen fand. Die 4 übrigen endeten tödlich.

Čačković (Agram).

16) Schulz. Beitrag zur Behandlung der diffusen eitrigen Bauchfellentzündung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 443.)

S. redet der chirurgischen Peritonitisbehandlung energisch das Wort auf Grund folgenden von ihm im Sonnenburger Johanniter-Krankenhaus operirten Falles.

25jähriger Mann wegen Perityphlitis auswärts zunächst intern mit befriedigendem Erfolg behandelt, bis am 10. Tage Leibscherzen links unten auftreten, dazu deutliche Dämpfung daselbst, Meteorismus, Collaps und Ohnmachten, Fieber. Am 20. Tage über 2 Meilen Landweges Transport ins Spital, wo Pat. collabirt mit kaltem Schweiß, Puls 120, anlangt. Leib aufgetrieben, schmerzhaft, besonders links unten, wo auch Dämpfung. Erbrechen fehlt. Ord. Eisblase, Kampherpulver, Morph. subkutan. Am Tage nach der Aufnahme Operation nach vorgängiger Magenausspülung, welche reichlich graugrüne Flüssigkeit entleert. Schnitt, wo die Dämpfung am intensivsten ist, vom Poupert'schen Band am äußeren Rectusrande 10 cm lang nach oben. Eine vorliegende geblähte, intensiv geröthete Darmschlinge wird bei Seite genommen, wonach Eiterentleerung zwischen den Darmschlingen erfolgt. Austupfung der Bauchhöhle mit steriler Gaze, dann Tamponade derselben etc. Bei der Nachbehandlung thaten Kampher und Morphinum weiter gute Dienste. Nachlass von Fieber, Schmerz, Eiterung, Darmauftreibung. Die Behütung der restirenden gut granulirenden Wunde durch v. Mangoldt'sche Epithelaussaat beschleunigt. Doch musste nachträglich ein entstandener Bauchbruch in der Narbe durch Operation beseitigt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

17) **Landerer und Glücksmann.** Nachtrag zu dem Aufsatz über operative Heilung eines Falles von perforirtem Duodenalgeschwür. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. Hft. 5.)

Der im Centralblatt 1896 p. 888 referirte Fall endete 6 Monate nach der Operation an Perforationsperitonitis tödlich. Bei der Sektion fand sich am oberen Ende des absteigenden Schenkels des Duodenums, umgeben von strahligen Narbenmassen, ein perforirtes Geschwür, dessen Grund das narbig veränderte Pankreas bildete. Der Fall zeigt, dass die indirekte Übernähung nur ein Nothbehelf ist, dass man vielmehr in peritonitisfreier Zeit Resektion und Naht versuchen sollte.

Häckel (Stettin).

18) **B. Floderus.** Von der Behandlung akuter Perforationsperitonitis nach Appendicitis, nebst Beschreibung eines Falles mit glücklichem Ausgang.

(v. Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIV. Hft. 1.)

Es wird vom Verf. ausführlich die Krankengeschichte eines Falles von Perforationsperitonitis bei Appendicitis veröffentlicht. Der Kranke war von Lennander im septischen Zustand 2mal operirt worden und genas. F. schildert ausführlich die Methode, mit der von Lennander bei einschlägigen Fällen verfahren wird, im Großen und Ganzen wie es bei uns geschieht. Er legt großes Gewicht auf genügende Drainage der Eiterhöhlen. Übrigens beweist der Fall, wie im späten Stadium in die Hand des Chirurgen gelangende Perforationsperitonitiden uns die Wahl der Schnitttrichtung bei der viel schwieriger gewordenen Diagnose erschweren. Den durch die Genesung des Pat. erzielten Erfolg weist F. namentlich der von Lennander eingeschlagenen Therapie bei solchen Zuständen zu. Dieselbe gehorcht zwei Indikationen, der Anregung des Herzens und der raschen Entfernung der Eitererreger und Infektionsstoffe. Erstere erreicht er durch Gaben von Digitalis (0,9 während dreier Tage), Kampherinjektionen und Traubenzucker-Kognak-Lavements, ferner durch subkutane Kochsalzinfusionen, die den Blutdruck erhöhen und die Austrocknung der Gewebe verhindern. Bezüglich der Entfernung der Infektionserreger sieht er als werthvoll neben der Incision die Zunahme der Diurese an, welche durch die Herzstimulantien bewirkt wird. Da nach seiner Ansicht ein wichtiger Herd zur Hervorbringung toxischer Substanzen der Darminhalt ist, punktirt er die Därme und giebt 0,05—0,1 g Kalomel zweistündlich bis zu 0,25—0,40 g und Tags darauf 100—200 ccm Bitterwasser. Die Anregung der Peristaltik ist ihm sehr wichtig. Opium und Morphinum meidet er womöglich, wenn die Schmerzen nicht unerträglich werden. Die Verordnung dieser Mittel im Anfangsstadium der Appendicitis erscheint ihm mit Recht eine zweifelhafte Therapie, da sie den Pat. und, wie wir hinzufügen müssen, auch den Arzt oft über die Gefahr und Operationsnothwendigkeit hinweg täuscht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

19) **A. D. Sotow.** Ein Fall von Verstopfung des Dünndarms durch Bandwürmer mit Perforation desselben.

(Petersburger med.-chir. Gesellschaft, 1897.)

Das 3 Jahre alte Mädchen starb nach 6tägiger Krankheit. Am Tage vorher Klysmas, Abgang von Askariden per anum, am anderen Tage per os. Sektion: im Dünndarm, 45 cm vom Coecum, 2 Perforationsöffnungen, 8 resp. 2,5 cm lang. Aus der größeren Öffnung drängt sich ein Knäuel von etwa 25 Würmern; weiter unten im Darm 500 Würmer.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

20) **P. Deroque.** Description d'un nouveau bouton anastomotique.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 477.)

Ein modificirter Murphyknopf, der die Nachbehandlung des widernatürlichen Afters erleichtern und vereinfachen soll. In die beiden Darmenden werden die beiden Knopfhälften mit einer eigens konstruirten Zange eingeführt, und zwar die ein Branche der Zange mit der einen Hälfte in den abführenden, die andere

mit der anderen Hälfte in den zuführenden Darmtheil. Der Knopf hat scharfe Ränder, schneidet auf den Druck der Zange durch die Darmwand und schnappt zusammen. Die Zange wird entfernt. Das Resultat an den operirten Hunden war angeblich gut; jedoch an Menschen scheint der Knopf noch nicht verwendet zu sein.

Dumstrey (Leipzig).

21) G. Ciuti. Über 2 Fälle von Anwendung des Murphy'schen Knopfes.

(Separat-Abdruck aus der »Settimana medica dello sperimentale«. Florenz, 1897.)

Bei einem 73jährigen Mann mit großer Leistenhernie musste die brandige Darmschlinge resecirt und ein Kunstafter angelegt werden. Der Versuch, diesen nach einem Monat mit Hilfe des Gussenbauer'schen Enterotoms zu beseitigen, ergab trotz nochmaliger Wiederholung nur vorübergehenden Erfolg. Deshalb schritt man zu einer neuen Operation. Da die Kothfistel dem alleruntersten Ende des Ileum entsprach, so wurde nur das zuführende Dünndarmrohr von der Bauchwand abgelöst, resecirt und mit Hilfe eines Murphy'schen Knopfes in das Colon ascendens direkt über dem Blinddarm eingepflanzt, das kurze abführende Dünndarmrohr invaginirt und mit 2 Lembertnähten geschlossen. Die Operation wurde gut überstanden, und der Kranke schien einer völligen Heilung entgegenzugehen, als am 8. Tag nach der Operation eine Pneumonie auftrat, welcher der Kranke erlag. Bei der Sektion fand man die neugebildete Darmanastomose völlig reaktionslos verklebt; der Murphyknopf war bis auf eine kleine Stelle gelöst.

Der 2. Fall betraf einen 51jährigen Mann mit großer Inguinalhernie, die seit ca. 30 Stunden eingeklemmt war. Hier wurde die Resektion der erkrankten Darmschlinge (in einer Länge von 56 cm) vorgenommen, die beiden Enden durch einen Murphyknopf vereinigt, darüber noch Lembertnaht. Reposition. Der Heilungsverlauf war im Wesentlichen glatt. Der Knopf wurde 25 Tage nach der Operation auf natürlichem Wege entleert, Pat. geheilt entlassen.

H. Bartsch (Heidelberg).

22) B. S. Koslowski. 2 Laparotomien.

(Gesellschaft Kiew'scher Ärzte, 1896.)

I. 10 Tage dauernder Ileus bei einem 43jährigen Manne. Es fand sich eine Art fötales Lig. latum, vom 3.—4. Rückenwirbel stieg beiderseits je eine Bauchfellfalte ins Becken herab, wo sie in der Medianlinie in einander übergingen. In dieser Tasche fand sich eingeklemmter, zum Theil gangränöser Darm. Tod nach 2 Stunden.

II. Der 53jährige Pat. schnitt sich den Bauch 2 cm weit auf und zog das ganze Omentum und einen Theil des Dickdarms hervor. Nach 12 Stunden wurde er in das 30 Kilometer entfernte Hospital gebracht. Erweiterung der Wunde, Waschen des Darmes, Naht der oberflächlichen Schnittwunden desselben, Reposition. Heilung in 3 Wochen.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

23) Schreiber. Über einen Phytobezoar im Magen einer Frau und dessen Diagnose. (Operation u. Heilung.)

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. Hft. 5.)

45jährige Frau litt an Appetitmangel, Gefühl von Völle und Übelkeit; kein Erbrechen, im Leibe eine faustgroße, sehr bewegliche Geschwulst, die Anfangs für Wanderniere gehalten wurde. Später aber kam S. zur Überzeugung, dass es sich um eine frei im Magen liegende Geschwulst handeln müsse. Die Operation bestätigte dies und förderte eine feste, höckerige Geschwulst zu Tage, 12 cm lang, 6 dick, 5 breit, 220 g schwer, mit ihrer Gestalt an die kontrahirte Innenform des Magens erinnernd. Mikroskopisch bestand sie aus Pflanzenzellen und -fasern mit eingestreuten Mikrokokken und Detritusmassen. Da die Kranke lange Zeit hindurch ein gegen allerlei Beschwerden beliebtes Volksmittel, Schwarzwurzel in Butter gebraten, in reichlichen Mengen genossen, so ist wahrscheinlich diese Wurzel Anlass zur Bildung der Pflanzenfasergeschwulst gewesen. — Der Fall ist ein Unicum.

Unicum ist er auch in so fern, als die Diagnose ihrem principiellen Inhalt nach vor der Operation gestellt wurde, während in den bekannten, klinisch ganz genau so sich darstellenden Haargeschwülsten (Pilo- oder Trichobezoar) vor der Operation nie eine richtige Diagnose gestellt worden ist. Eine frei im Magen liegende Geschwulst wurde angenommen, weil 1) nach Aufblähen des Magens die Geschwulst bei kurzem Fingeranschlag wie durch eine Luftschicht von der Bauchwand getrennt gefühlt werden konnte, 2) weil sie bei auftretenden peristaltischen Bewegungen des Magens nach dem Aufblähen mit einem Ruck einmal nach links, an einem anderen Tage bei gleichem Versuch nach rechts geschleudert wurde. Es dürfte dieses diagnostische Zeichen in ähnlichen Fällen von hohem Werth sein.

Häckel (Stettin).

24) Frickner. Ein seltener Fall von Fremdkörpern im Magen. Gastrotomie. Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

F. hat bei einer 32jährigen hysterischen Frau, die vor mehreren Monaten nach einander allerhand Fremdkörper um sich zu tödten verschluckt hatte und deshalb zuletzt an schweren Verdauungsstörungen, Erbrechen etc., schließlich auch an einer empfindlichen Anschwellung in der linken Seite des Bauches litt, die Laparotomie gemacht, wobei zunächst eine Abscessshöhle neben dem Magen eröffnet wurde. Die Magenwand wurde alsdann incidirt und eine ganze Sammlung der verschiedensten Gegenstände herausbefördert, u. A. ein Schlüssell, 2 Theelöffel, eine silberne Gabel, Drahtstifte, Haarnadeln, Glasstücke etc., im Ganzen 37 Stücke mit einem Gewicht von 262 g. Am meisten Schwierigkeit bot die Entfernung der Gabel, deren Zinken gegen den Pylorus gerichtet waren. Nachdem zunächst die Magenwunde vernäht, dann vorübergehend Jodoformgaze als Tampon in der Bauchwunde belassen war, wurde die Laparotomiewunde geschlossen. Es trat schnelle Heilung und baldige Erholung ein.

Im Anschluss hieran bespricht F. die Diagnose der Fremdkörper im Magen. Unter 53 bekannt gewordenen Fällen ist 50mal nur 1 Fremdkörper gefunden worden. Bisweilen konnten die Fremdkörper durch die Bauchdecken hindurch gefühlt werden, in anderen Fällen ist der Elektromagnet zum Nachweis benutzt worden. In Zukunft dürfte die Skiaskopie Verwendung finden können. Ist der Fremdkörper wirklich festgestellt worden, so hält F. den sofortigen Eingriff für angezeigt, gleichgültig ob schon schwere Symptome eingetreten sind oder nicht.

Was die Resultate betrifft, so sind von 54 Operirten geheilt 44, gestorben 10. Das Resultat war dasselbe, mochten Verlöthungen des Magens vorliegen oder nicht. Im Ganzen ist die Prognose ziemlich günstig.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

25) Renkali. Ricerche microbiologiche sopra un tumore abdominale. (Riforma med. 1897. p. 616.)

R. berichtet über einen neuen Blastomycetenbefund in einer bösartigen Geschwulst, und zwar in einem Adenocarcinom des Colon transversum mit Metastasen in Netz und Gekröse.

Im frischen Präparat fand er zunächst Körper von runder, ovaler oder unregelmäßiger Form, in der Größe von Leukocyten bis zu Riesenzellen; dieselben waren stark lichtbrechend, von gallertiger glasartiger Beschaffenheit; sie waren theils homogen, theils concentrisch geschichtet und mit schwarzen Körnchen angefüllt.

Daneben fanden sich kleinere, regelmäßig gebaute Körper, die in ihrer Größe etwa rothen Blutkörperchen entsprachen und runde oder ovale Gestalt zeigten; 1 Theil derselben besaß eine doppelkontourirte Kapsel, die ein hyalines, nur einzelne glänzende Körnchen enthaltendes Protoplasma umschloss; andere zeigten eine hyaline Kapsel mit homogenem Protoplasma, noch andere eine äußerst dünne Kapsel, an welche sich das excentrisch gelagerte Protoplasma dicht anschloss.

Diese letzteren Körper, welche R. schon rein morphologisch als Blastomyceten ansprach, zeigten bei Bruttemperatur noch in der Geschwulst selbst deutliche Sprossbildung und Vermehrung. Die erstbeschriebenen stark lichtbrechen-

den, glasartigen Massen hält R. nach ihrem Verhalten gegenüber Säuren und Alkalien für analog den Massen, welche der »*Saccharomyces lithogenes*« und der »*Blastomyces vitro-simile*« im Thierkörper bilden. Die gleichen Massen und Körper fanden sich in den Schnittpräparaten der Geschwulst, die sich als papillomatöses Adenocarcinom erwies, und zwar wesentlich im Bindegewebe.

Die Kultur der Organismen gelang R. in zuckerhaltigem angesäuertem Wasser. Nach ihrem Verhalten in der Kultur und im Thierkörper identificirt er dieselben mit dem schon früher von ihm in einem Lungencarcinom und in den Metastasen eines Mammasarkoms gefundenen »*Blastomyces vitro-simile degenerans*«. Die ätiologische Bedeutung des Pilzes erscheint R. ganz zweifellos; er hält es durchaus für möglich, dass derselbe Blastomycet 1mal eine Bindegewebige und ein anderes Mal eine epitheliale Geschwulst erzeugt.

W. Petersen (Heidelberg).

26) **E. Ullmann.** Über Darmblutungen nach Herniotomien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897. No. 21.)

Darmblutungen nach Herniotomien bezw. Taxis sind im Ganzen 7mal berichtet worden, 6mal bei eingeklemmter Hernie, 1mal, von U. selbst, bei freier Hernie. Die Zeit nach der Operation war in 4 Fällen wenige Stunden nach der Operation, in 3 Fällen 6—16 Tage nach derselben. Die Ursachen der Blutung müssen danach sehr verschieden sein. In den letzteren Fällen kann es sich nur um eine Thrombose durch die Operation gehandelt haben, welche die Prognose erheblich ungünstiger gestaltet, wie bei den einfachen Blutungen, welche durch Infarcirung in Folge der Einklemmung erklärt werden können.

In den beiden von U. berichteten Fällen war die Blutung beide Male am 6. Tage nach der Operation so reichlich, dass der eine Pat. ihr erlag, während der andere nur mit größter Mühe gerettet werden konnte.

Herm. Frank (Berlin).

27) **J. Link.** Die im Garnisonsspital No. 14 zu Lemberg ausgeführten ersten 30 Radikaloperationen freier Hernien nach Bassini.

(Wiener med. Wochenschrift 1897. No. 6 u. 7.)

Alle 30 Fälle heilten, 2mal kam es zur Nekrose des Herdes. Durch die Operation wurde Heeresdiensttauglichkeit hergestellt.

Herm. Frank (Berlin).

28) **Wilms.** Die Stenose des unteren Duodenums.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. No. 2.)

W. berichtet über einen von Trendelenburg mit Gastroenterostomie behandelten Fall von Duodenalstenose, bedingt durch Übergreifen eines Carcinoms des Pankreasschwanzes. Reaktionsloser Verlauf, Tod am 9. Tage nach der Operation an Herzschwäche. Die Symptome der unteren Duodenalenge waren in selten typischer Weise ausgeprägt: Reichliches galliges, nie kothiges Erbrechen; im Erbrochenen die verdauende Wirkung des Pankreassaftes nachweisbar. Stuhlverstopfung. Geringe Auftreibung im Epigastrium bei ganz leerem Darm. Die Verhältnisse für die Operation liegen bei einem solchen Ileus ganz besonders günstig, da die Därme vollkommen leer sind, und Magen und Duodenum ausgesaugt werden können.

Hofmeister (Tübingen).

29) **Hecker.** Zur Frage über kongenitale Darmocclusion.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1896. No. 45.)

Bei einem 3 Tage alten Kinde wurde ein künstlicher After angelegt, da es andauernd erbrach und spontan keinen Stuhl entleerte. Tags darauf Tod an beginnender akuter Peritonitis. Erst die Sektion gab volle Klarheit: Vom Magen erstreckt sich eine 97 cm lange, stark geblähte Darmpartie nach unten und endigt blind dem Beckeneingang gegenüber. Der übrige Darm ist ein harter, federkiel-dicker Strang, beginnt, zu einem festen Konvolut in sich verlöthet, in der Lebergegend und endigt im normalen After. Zahlreiche alte Verwachsungen der Bauchorgane zeigen, dass früher eine Peritonitis sich abgespielt. Vielleicht fand eine

Achsendrehung statt und führte zur vollständigen Durchtrennung des Darmes. Auffallend und bisher nicht beobachtet ist eine so weite Entfernung der auf einander folgenden, nun aber durchtrennten Darmtheile. In den bekannten ähnlichen Fällen lagen die beiden blindsackförmig geschlossenen Darmenden entweder frei neben einander, nur durch das Gekröse zusammenhängend, oder aber durch einen schmalen, mehr oder weniger langen Strang noch mit einander verbunden.

Häkel (Stettin).

30) J. Bissler. Utvidgning af colon transversum som orsak till ileus.

Laparotomie. Helsa.

(Hygiea 1896. II. p. 659.)

Der 28jährige taubstumme Pat. wurde mit der Diagnose Ileus ins Hospital gebracht. Seit 3 Tagen waren weder Koth noch Winde abgegangen. Er hatte wiederholt Erbrechen gehabt, ob von kothigem Geruch, war unbekannt. Klysmata und Morphinum bewirkten keine Besserung, Pat. wurde desshalb am folgenden Tage laparotomirt. Ein großer, glattwandiger, gasgefüllter Sack drängte sich in die Bauchwunde hinein, allem Anschein nach lag der Magen vor.

Eine Ösophagussonde wurde eingeführt, ohne aber dass die Verhältnisse sich änderten. Nun wurde der Sack punktiert, wobei es klar wurde, dass es sich um eine kolossale Erweiterung des Colon transversum handelte, die auf die gedrehte Flexura sigmoides gedrückt hatte. Schluss der Darpunktion durch einige Lembert'sche Nähte. Nach Zurechtlegung der Flexur wurde die Bauchwunde vernäht. Ein durch den After eingeführtes Drainrohr führte bald reichliche spontane Abführungen herbei. Genesung ohne Komplikationen.

In der Epikrise setzt Verf. die einzelnen betreffenden Verhältnisse des Falles aus einander.

Besonders beachtenswerth ist die abnorme — bis 10 Liter Raum betragende — Erweiterung des Querdarms. Verf. hat in der Litteratur keinen analogen Fall gefunden.

A. Hansson (Warberg).

31) Lehmann. Über 45 Fälle von Kolostomie in der Czerny'schen Klinik 1885—1895.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Unter den 45 Fällen waren es 40mal inoperable Carcinome des Mastdarms, welche die Indikation zum Eingriff abgaben (18mal bestand absolute Stenose); in den übrigen 5 Fällen war die Operation veranlasst durch Mastdarmenge in Folge einer im kleinen Becken fixirten Geschwulst, tuberkulöse Paraproktitis, Ileus durch Ventilverschluss des Dickdarms, Stenose aus unbekannter Ursache, endlich Mastdarmenge bedingt durch Kompression seitens eines Blasenkarzinoms. Der letzte Pat. starb 1¼ Jahr nach der Operation an Urämie, die anderen 4 leben noch 2½ bis 5 Jahre nach der Operation.

Von den wegen Carcinom Kolostomirten starben 5 innerhalb 30 Tagen nach der Operation, 2 an Pneumonie, 3 an allgemeiner Carcinose des Bauchfells resp. der Eingeweide (keiner an septischer Peritonitis); bei den übrigen schwankte die Lebensdauer zwischen 40 Tagen und 3¼ Jahren (im Mittel 9 Monate). Das Ziel der Behandlung, Linderung der Schmerzen resp. Beseitigung momentaner Lebensgefahr, wurde fast immer erreicht, zuweilen bedeutende Gewichtszunahme erzielt.

Was die Methode anlangt, so wurde meistens 2zeitig operirt; zum Verschluss diente eine Kautschukpelotte, welche sich so bewährte, dass zur Anwendung der neueren Modifikationen (Witzel) keine Veranlassung vorlag.

Die Kolostomie hält L. für die beste Behandlungsmethode inoperabler Mastdarmcarcinome, deren Vorzüge durch die Unannehmlichkeiten des Kunststifters nicht aufgewogen werden.

Hofmeister (Tübingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31.

Sonnabend, den 7. August.

1897.

Inhalt: A. Bier, Operationstechnik für tragfähige Amputationsstümpfe. (Orig.-Mitth.)

1) Minard und Buñolr, 2) Springer und Serbanesco, Wachstumsstörungen. —
3) Cipriani, Radiusbruch. — 4) Hirsch, Angeborene Hüftverrenkung. — 5) Gérard,
Genu valgum. — 6) Walz, Verletzungen des Kniestreckapparates. — 7) Kittel, Urat-
ablagerungen in der Fußsohle. — 8) Heldenhain, Plattfuß. — 9) Lothelissen, 10) Bruns,
Osteoplastische Fußresektion. — 11) Taylor, Eingewachsener Nagel. — 12) Féré, Meta-
tarsalgie.

Settegast, Ein Apparat für Gewichtsextension. — B. Schürmayer, Über einen Fall
von Luxation der Streckersehne des Mittelfingers in der Höhe des Metacarpophalangeal-
gelenks. (Original-Mittheilungen.)

13) Ajevoil, Hygroma proliferans. — 14) Oddo und Delanglade, Fortbewegung bei
Kinderlähmung. — 15) Péan, Neurom. — 16) Seiffert, Verrenkungen. — 17) Kofmann,
Oberarm pseudarthritis. — 18) Kramer, Epiphysentrennung und Verrenkung am Arm. —
19) Bähr, Daumenverletzung. — 20) Monguidi, 21) Riedinger, 22) Rasch, Handmissbil-
dungen. — 23) Schubiger, Sklerodaktylie. — 24) Lapeyre und Labbé, Tuberkulöses
Fibrom. — 25) Roser, Angeborene Hüftverrenkung. — 26) Cornet, Hüftresektion. —
27) Noty, Hüftankylose. — 28) Vanverts, Oberschenkelknochenbruch. — 29) Casati,
Kniescheibenverrenkung. — 30) Cousins, Knieresektion. — 31) Ouvre, Gelenkmaus. —
32) und 33) Loew, Beinbrüche. — 34) Motta, Mangel des Schienbeins. — 35) Lewschin,
Osteoplastische Verlängerung des Unterschenkels. — 36) Taruffi, Metatarsalgie.

(Aus der Königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel.)

Operationstechnik für tragfähige Amputationsstümpfe.

Von

Prof. Dr. August Bier.

Seit 1891 habe ich versucht, das Problem zu lösen; tragfähige Amputationsstümpfe im Bereiche der Diaphyse herzustellen, wie wir sie im Bereiche der Epiphyse seit langer Zeit kennen. Zuerst stellte ich bei Unterschenkelamputationen durch Umknickung des unteren Endes eine Art von Fuß dar, so dass der Amputirte auf der Hinterfläche seiner Unterschenkelknochen und den sie deckenden Weich-

theilen ging¹. Ich glaubte damals noch an die allgemein als gültig angesehene Regel, dass ein tragfähiger Amputationsstumpf nur dann denkbar sei, wenn man Knochen in natürlicher Verbindung mit druckgewohnter Haut auf die Amputationsfläche aufsetzte, bzw. wenn der gebildete Stumpf, wie bei Exartikulationen, eine große Breite aufwiese.

Bei weiteren Versuchen das Verfahren zu vereinfachen stellte sich heraus, dass jene alte Regel, die man aus dem klassischen Beispiel des Pirogoff'schen Stumpfes und seiner Nachahmungen, bzw. aus den Exartikulationsstümpfen gezogen hatte, nicht zutrifft. Ich habe dann durch nach allen Richtungen hin angestellte Versuche Folgendes bewiesen²: 1) die Tragfähigkeit eines Stumpfes hängt in erster Linie vom Knochen ab. Die Schnittfläche des Knochens muss durch irgend ein Periost-Knochenstück, gleichgültig woher, oder durch eine Gelenkfläche gedeckt werden. 2) Natürliche Verbindung zwischen deckender Haut und abschließendem Knochenstück ist unnöthig. 3) Besondere Breite des Stumpfes spielt nicht die Rolle für die Tragfähigkeit, welche man ihr zugeschrieben hat. 4) Wünschenswerth ist, dass die Hautnarbe außerhalb der Unterstützungsfläche fällt und so liegt, dass sie nur mit Weichtheilen und nicht mit Knochen verwächst. Doch habe ich auch mehrfach gute tragfähige Stümpfe gebildet, wo die Hautnarbe in die Unterstützungsfläche fiel. 5) Füge ich hinzu: Auch die Bedeckung des Knochens mit größeren Weichtheilmassen (Muskeln), welche ich früher für wünschenswerth hielt, ist gänzlich unnöthig.

In der letzten Abhandlung über diesen Gegenstand kam es mir nur darauf an, die Richtigkeit dieser Grundsätze zu beweisen. Ich sah davon ab, das praktisch beste Verfahren zu empfehlen. Jetzt bin ich in der Lage, dies thun zu können, nachdem ich das folgende bei 11 Unterschenkelamputationen als bewährt gefunden habe.

Das Verfahren ähnelt der von Gleich³ angegebenen Modifikation der osteoplastischen Diaphysenoperation, ist aber, glaube ich, bedeutend leichter und sorgfältiger auszuführen:

1) Es wird ein großer Hautlappen gebildet, entweder von der vorderen inneren oder der vorderen äußeren Seite des Unterschenkels. Der Schnitt zur Bildung desselben beginnt daumenbreit nach innen vor der Innenkante des Schienbeins und endet an der gegenüberliegenden Seite des Unterschenkels (Fig. 1), oder er beginnt etwa drei Finger breit nach außen von der vorderen Kante des Schienbeins und endet ebenfalls an der gegenüberliegenden Seite. Bei beiden Schnittführungen fällt die Narbe in die Wade und verwächst nirgends mit dem Knochen.

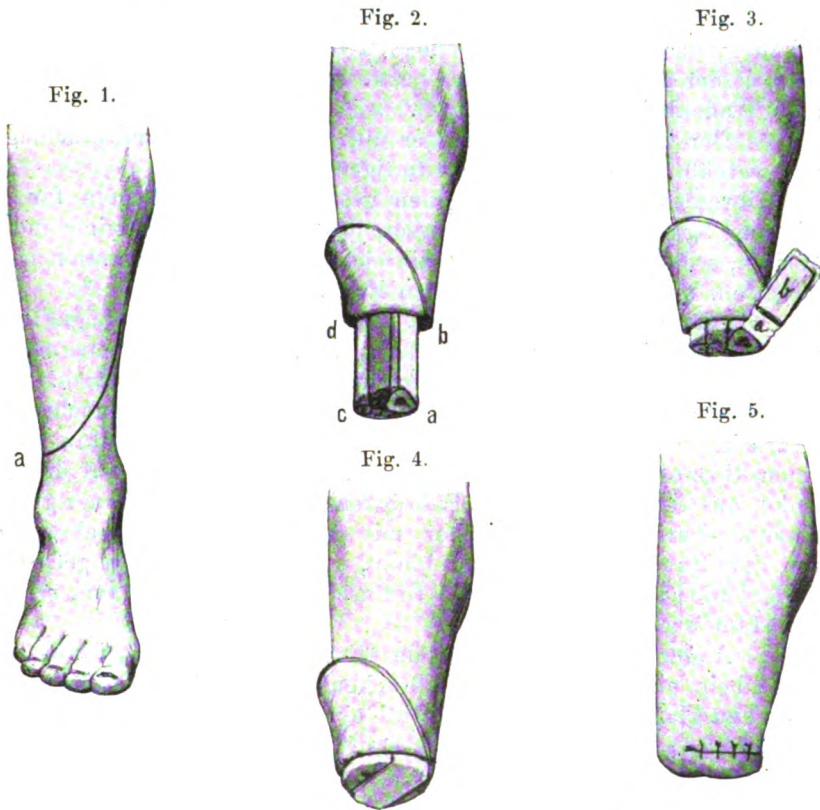
¹ Über plastische Bildung etc. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXIV.

² Weitere Mittheilungen etc. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 24. Kongress 1895, und Archiv für klin. Chirurgie Bd. L. Hft. 2.

³ Beitrag zur Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe nach A. Bier. Wiener klin. Wochenschrift 1894. No. 30.

2) Der Lappen wird abpräparirt und in die Höhe geschlagen (Fig. 2). In der Höhe von *a* (Fig. 1) amputirt man den Unterschenkel durch Zirkelschnitt (um für die Bildung des Knochenlappens im Gebrauche der Säge nicht gehindert zu sein).

3) Auf der Innenfläche des vorstehenden Schienbeinstückes (Fig. 2 *a b*) wird ein genügend großer viereckiger Lappen, aus Periost und Fascia cruris bestehend, umschnitten, und in Verbindung mit dem Periost ein oberflächlicher Knochenlappen (Fig. 3 *b*) losgesägt⁴, welcher so groß ist, dass er die Schnittflächen von Schien- und



Wadenbein vollständig deckt und über letzteres nach den Seiten hin erheblich übersteht. Der Periostschnitt wird so geführt, dass das Periost nach unten und nach den Seiten hin das Knochenstück etwas überragt, um es bequem festnähen zu können. Zu dem

⁴ Der Lappen wird am besten mit einer Helferich'schen Bogensäge mit sehr schmalen Blatt ausgesägt, die ich warm für diesen Zweck empfehle. Mit dem Meißel oder mit anderen Sägen ist die Operation viel schwieriger auszuführen. (S. Helferich, Weitere Mittheilungen über die Operation der winkligen Kniegelenksankylose etc. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 22. Kongress 1893. und Archiv für klin. Chirurgie Bd. XLVI. Hft. 3. p. 446.)

Zweck führt man den Schnitt von den Seiten etwas jenseits der Schienbeinkanten und schabt mit dem Schabeisen das Periost bis an die Kanten zurück; unten schiebt man ebenfalls ein kleines Stück Periost zurück, ehe man die Säge einsetzt. Nach oben hin wird das Knochenstück mit einem genügend großen Perioststiel (Fig 3 a) versehen, um es ohne Spannung umklappen zu können.

4) In der Höhe der Basis des Hautlappens wird das vorstehende Stück des Unterschenkels (Fig. 2 a, b, c, d) mit Ausnahme des eben gebildeten Periost-Knochenlappens mit Zirkelschnitt amputirt. Der Knochenlappen wird über die neue Sägefläche von Schien- und Wadenbein hinüberschlagen (Fig. 4) und dadurch in dieser Lage gehalten, dass man die überstehenden Periostländer mit Fascien und Sehnen der Amputationsfläche, bzw. mit dem Periost von Schien- und Wadenbein vernäht (Fig. 4).

5) Der Hautlappen wird über die Amputationsfläche geschlagen und vernäht. Fig. 5 zeigt den fertigen Stumpf.

Übrigens geht aus den oben gegebenen Grundregeln für die Bildung tragfähiger Stümpfe hervor, dass man noch auf viele andere Weisen, wenn die Verhältnisse die eben geschilderte Operation nicht gestatten, doch zum Ziel gelangen kann.

Überhaupt lassen sich, wenn man jene Regeln beherzigt, leicht neue Amputationsverfahren erfinden: z. B. kann man, wenn nöthig, die Pirogoff'sche Operation auf verschiedene Weise ersetzen.

1) Angenommen, die Fersenhaut und die Fußwurzelknochen am Fußrücken sind gesund, das Fersenbein aber ist krank: Man bildet einen Syme'schen Fersenlappen, sägt, ohne Rücksicht auf die Gelenke, aus den Knochen des Fußrückens einen entsprechend großen Knochen-Periostlappen, welcher mit den Weichtheilen, abgesehen von der Haut, in Verbindung bleibt, setzt ihn in die angefrischte Fußgelenksgabel, bzw. an die Unterschenkelsägefläche, und schlägt die Haut der Ferse darüber.

2) Angenommen die Haut der Ferse fehlt oder ist krank, das Fersenbein und die Haut des Fußrückens aber sind gesund: Aus der gesunden Haut des Fußrückens wird ein großer Lappen gebildet, die kranke Fersenhaut wird fortgeschnitten. Aus dem Fersenbein, welches in Verbindung mit den übrigen Weichtheilen bleibt, wird das übliche Knochenstück ausgesägt, auf die amputirten Knochen des Unterschenkels aufgesetzt, und der aus dem Fußrücken gebildete Lappen wird darüber geschlagen. (Dass selbst die zarte Haut des Fußrückens tragfähig ist, beweisen die Klumpfüßigen, welche auf dieser Haut gehen. Überhaupt habe ich noch jede beliebige gesunde Haut, welche ich verwandte, als geeignet für die Deckung eines tragfähigen Stumpfes gefunden, so fern man sie nur für ihren neuen Beruf vorsichtig übte. Nicht die Art der Haut, sondern die Form des Knochens ist entscheidend für die Tragfähigkeit.)

Diese Beispiele mögen genügen. Zahlreiche andere Möglichkeiten ergeben sich von selbst.

Die ursprünglich von mir angegebene Fußbildung habe ich später nicht mehr ausgeführt. Sie hat besonders in der Technik viele Nachtheile gegenüber den geschilderten Stümpfen und nur den einen Vortheil, dass sich leichter eine Prothese an diesen Stümpfen anbringen lässt. Höchstens halte ich sie noch für angezeigt bei ganz tiefen Amputationen.

Auch jetzt glaube ich noch, dass das geschilderte Operationsverfahren im Wesentlichen nur für den Unterschenkel Bedeutung hat. Hier aber sind seine Vortheile so groß, dass es meines Erachtens das Normalverfahren für Unterschenkelamputationen werden sollte.

Alte empfindliche Stümpfe, welche in gewöhnlicher Weise amputirt sind, lassen sich, vorausgesetzt dass die Haut gesund ist, in folgender Weise aufbessern: Von einem Schnitt der Wadenseite her löst man die Haut in Form einer Kappe ab und legt den Knochenstumpf frei. Durch einen zweiten (Längs-) Schnitt wird die Innenfläche des Schienbeines freigelegt, und aus dieser ein Knochen-Periostlappen ausgesägt oder gemeißelt, welcher nach unten hin in Verbindung mit einem langen Perioststiel bleibt. Der Stiel muss so angelegt sein, dass er gestattet den Knochen-Periostlappen zu drehen und unter den Knochenstumpf zu setzen. Dann wird die Haut darüber vernäht.

Einen solchen Fall habe ich mit Glück operirt. Der Stumpf war so empfindlich, dass er keinen Fingerdruck vertrug. Später konnte der Amputirte darauf gehen, obwohl die Hautnarbe von der ersten Amputation in die Unterstützungsfläche fiel.

Ist die Haut des schlechten Stumpfes krank oder narbig, so muss man in der oben geschilderten Weise reamputiren.

1) **V. Minard** et **M. Bufnoir**. Troubles de croissance et déformations du squelette dans la tuberculose articulaire, spécialement dans la tuberculose du genou.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 3.)

Die Autoren haben bei den Kindern des Hôpital maritime de Berck sehr genaue Größen-, Umfangs- und Richtungsmessungen der Glieder mit Gelenktuberkulose vorgenommen und dabei gewisse regelmäßige Abweichungen von fast gesetzmäßigem Charakter festgestellt. Vorwiegend kam dabei das Kniegelenk in Betracht. Die tuberkulöse Erkrankung desselben führt regelmäßig zu einem vermehrten Längenwachsthum der anstoßenden Knochen Femur und Tibia — unter 20 Fällen 17mal durchschnittlich 1 cm und darüber — und eben so regelmäßig zu einer Verkürzung des Fußskeletts. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Coxitis, wo das Femur ebenfalls verlängert, die weiter abliegenden Knochen, Unterschenkel und Fuß, aber verkleinert sind. Die Verringerung des Umfangs der Knochen bei Erweiterung der Markhöhle, welche sich sogar bis in die Epiphysen hinein ausdehnt, auf Kosten der verdünnten kompakten Sub-

stanz ist bekannt. Die Ursache für die Verlängerung der Knochen muss in dem unmittelbaren Reiz des Epiphysenknorpels durch Herde, welche sich primär in ihm und an ihm entwickeln, gesucht werden. Die Atrophie der anderen Skelettheile beruht auf trophoneurotischen Reflexen, die Verschmälerung auf Hemmung der periostalen Knochenbildung mit aktiv gesteigerter Resorption der Substanz an der Markgrenzschicht. Die tuberkulösen Kinderknochen erinnern in der Architektur und Struktur an die senilen Veränderungen. — Die Veränderungen in der Richtung der Knochen charakterisiren sich durch seitliche Abweichungen des Unterschenkels und Verschiebungen in der Achse, die erstere in der Regel in der Form der Flexion, viel seltener (2mal nur unter den 20) als Valgum-, noch seltener als Varumstellung, die letztere sehr selten allein nach außen oder hinten »Bajonettbein« (4), in der Regel vergesellschaftet mit seitlicher Abbiegung (L), wobei die normal dicke, aber verhältnismäßig zu stark entwickelte Epiphyse zu der verdünnten Tibia »wie der Kolben zur Sattelpistole« sich verhält. Diese Abweichungen beruhen theils in einer wirklichen pathologischen Verrenkung der Tibia, theils in der Knochendeformation. Jene kommt auf mechanischem Wege zu Stande (Sonnenburg), aber unter Voraussetzung einer Destruktion des Knochengewebes, und als mechanisches Moment sieht Verf. in häufigen Fällen die Geraderichtungsversuche an, bei denen das Knie zwar etwas gestreckt, hauptsächlich aber die Tibia eingeknickt wird. Die seitlichen Abweichungen beruhen auf der Kompression der tuberkulös erweichten Knochenpartien, welche meist im lateralen Gelenktheil liegen. Dadurch wird der periphere Theil in die entsprechende (meist Valgus-) Stellung abgelenkt. — Auf der primären Verlängerung der Extremitätenknochen beruht es auch, dass nach eventuellen Resektionen im Knie die sonst kaum vermeidbare sekundäre Verkürzung nicht so sehr ins Auge springt. Macht man, wie in Berck es principiell geschieht, statt der Resektion höchstens die Arthrektomie, so bleibt die Verlängerung des Gliedes auch für die Folgezeit bestehen.

Herm. Frank (Berlin).

2) M. Springer et D. Serbanesco. Recherches sur les causes des troubles de la croissance.

(Compt. rend. de l'Acad. des Sciences 1897. No. 29.)

Unter den vielen Publikationen über Nutzenanwendung von Röntgen-Strahlen, die man zur Zeit in der französischen Litteratur zu lesen bekommt, ist die vorliegende besonders interessant.

Verff. untersuchten mit Hilfe der neuen Methode den Zustand des Knorpels im Niveau des Knies an der Vereinigung des Femur und der Tibia bei den verschiedenen Wachstumsstörungen, hervorgerufen durch die verschiedenen Ursachen.

Die bemerkenswertheste Thatsache war beim Myxödem zu sehen. Die Skiagraphie zeigte, dass der Knorpel lange Zeit besteht, ohne

zu ossificiren, und dass die Thyroidealbehandlung ihn wachsen machen kann, selbst bei 34 Jahren.

Des Weiteren wurde bei hereditärer Lues, Tuberkulose und Kindern von Alkoholikern untersucht.

Eine große Anzahl von Krankheiten rufen Alteration in der Disposition dieses Knorpels hervor und in dem Modus der Ossifikation.

Was die Einzelheiten anlangt, so konstatirten die Forscher bei der Durchleuchtung eine klare und transparente Zone. Diese vermindert sich in dem Maße, wie das Wachsthum vorschreitet; sie verschwindet vollständig, wenn der Knorpel von Kalksalzen infiltrirt und ossificirt ist.

Der Befund, meinen die Verff., wird auch die Behandlung leiten können. So lange der Knorpel die transparente Zone zeigt, kann man die Hindernisse des Wachsthums bekämpfen, während, wenn der Knorpel opak ist, jede Behandlung, ihn wachsen zu machen, unnütz ist, indem das Wachsthum dann definitiv aufgehalten ist.

A. Henry (Breslau).

3) A. G. Cipriani. Sulla frattura tipica del radio e sull' intervento chirurgico nella cura dei calli deformi consecutivi.

(Clinica chirurgica 1897. No. 1.)

Eine sorgfältige, mit genauer Kenntnis der einschlägigen Litteratur gearbeitete Studie über die typische Radiusfraktur und über die Behandlung difformer Callusbildung. C. nimmt als wichtiges Moment für das Zustandekommen der Fraktur auch eine Hebelwirkung des gestreckten Armes auf das untere Radiusende an, leugnet das bloße Überdehntwerden des Ligamentum carpi volare als Ursache.

In den therapeutischen Notizen betont er die Vorzüge des Hennequin'schen Gips-Mullverbandes.

Die Abnormitäten der Callusbildung sind nach C. allgemein hypertrophischer Callus und regionär hypertrophischer Callus. Ersterer erfordert wegen der direkten Schädigung der Gefäße und Nerven, so wie wegen der Fernwirkung auf das Handgelenk, unbedingt chirurgisches Eingreifen. Letzterer, der eigentlich difforme Callus, erscheint wie bei den schief geheilten Frakturen anderer Röhrenknochen mit seitlicher, winkliger, torquirter Verschiebung der Fragmente. Die klinischen Erscheinungen dieser Formen drücken sich zumeist in der Behinderung der Handbewegungen aus.

Durch die Muskelthätigkeit gleichen sich manche Difformitäten, sich selbst überlassen, aus (Erichsen); andere Fälle erhalten die richtige Stellung bei Anwendung gelinden, stetigen Zuges durch starre Verbände. Allgemein hypertrophischer Callus ist zu reseciren; die Heilung erfolgt, auch wenn Eiterung irgend welchen Charakters die Ursache der Knochenneubildung gewesen ist, per primam intentionem (Bouilly). Difformer Callus kann, so lange er nachgiebig ist, durch Reduktion. eventuell in Narkose, beseitigt werden, ferner mit

Hilfe der verschiedenartigen Instrumente zur Osteoklase. Die heute einzig berechnigte Operation ist die offene Osteotomie (schon von Paulus ab Aegina geübt). Sie kann linear, keilförmig oder mit Resektion der Fragmentenden ausgeführt werden und schafft die günstigsten Bedingungen für eine glatte Heilung und Wiederherstellung der normalen Funktion. Für manche Fälle besonders starker Deviation wird es nöthig sein, der linearen Osteotomie des Radius die keilförmige der Ulna folgen zu lassen. Solche Fälle sind von Margary, Postempski mitgetheilt worden. C. fügt diesen weitere sieben aus der Klinik Roth in Sassari hinzu. Die Resultate waren in 6 Fällen ganz zufriedenstellend, die Heilung bezw. Konsolidation der Knochen erfolgte in 22 Tagen, der 7. Kranke entzog sich der nöthigen Massage.

J. Sternberg (Wien).

4) **Hirsch.** Die Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVIII. p. 500.)

So interessant auch das obige Kapitel für jeden Arzt ist, so vermögen wir doch den Inhalt dieser Arbeit hier nicht wiederzugeben, da sie zu sehr den Widerspruch herauffordert, ohne dabei etwas wesentlich Neues, geschweige denn eine neue Theorie, wie Verf. glaubt, zu enthalten. Auch die Litteratur ist nur oberflächlich, zum Theil unrichtig verwerthet. Trotzdem wird bei der Wichtigkeit des Themas ein Hinweis auf die Arbeit in diesem Blatt berechnigt sein.

Pels Lensden (Göttingen).

5) **G. Gérard.** De la disparition de la difformité par la flexion dans le genu valgum.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 2.)

Bei dem Phänomen der Ausgleichung der Valgusstellung am Knie bei der Beugung wirken verschiedene Ursachen, bei welchen der Gelenkmechanismus des Knies und der Hüfte (Mikulicz) zur Geltung kommt. Am Knie spielt die Erschlaffung der inneren und äußeren Gelenkbänder, das Übermaß der seitlichen Beweglichkeit, die verminderte Widerstandsfähigkeit der periartikulären Gewebe mit. An der Hüfte spielt sich unbewusst bei der Hervorbringung des Phänomens der Vorgang ab, dass man, um die Ferse an die Glutäal- und Oberschenkelkopfgegend zu bringen, eine Abduktion und Außenrotation des Schenkels ausführt.

Herm. Frank (Berlin).

6) **K. Walz.** Zum Mechanismus der subkutanen Zerreißungen des Quadriceps, der Patella und des Lig. patellae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 430.)

W. knüpft an folgenden selbst beobachteten Fall theoretische Erörterungen über die subkutanen Verletzungen des Streckapparates am Knie.

* Ein 70jähriger Holzfäller richtet mit voller Kraft eine hohe Baumwurzel auf; diese kommt ins Rutschen, gleitet ihm von der Mitte der Vorderfläche des ge-

streckten Oberschenkels herab und schlägt ihm ans Knie, wonach der Pat. zusammenbricht. Befund: Abriss der Quadricepssehne von der Kniescheibe, Furche zwischen Patellakante und Sehnenstumpf deutlich fühlbar. Verband mit Heftpflasterzug, Elevation des Beines, Massage. Nach $4\frac{1}{2}$ Wochen fängt die Rissstelle an fest zu werden, das Bein kann schon etwas gehoben werden. Wasserglasverband. Heilung nach 10 Wochen vollendet.

W.'s allgemeine Betrachtungen lehnen sich im Wesentlichen an die statistischen Zusammenstellungen über die fraglichen Verletzungen von Maydl, Berger, Hafemann u. A. Die bei Weitem häufigste Verletzung ist die Fraktur der Patella, und diese erfolgt nur etwa in 30% der Fälle durch Muskelzug. Anders bei den Zerreißen des Lig. patellare und der Quadricepssehne, bei denen die Entstehung durch Muskelzug die Regel bildet. W. nimmt an, dass der Muskelzug bei gestrecktem Knie am häufigsten eine Luxation der Patella nach außen veranlasst, seltener Fraktur derselben oder Zerreißen der sehnigen Theile. Ist das Knie gebeugt, so entsteht am häufigsten Patellarfraktur, seltener Ruptur von Band oder Sehne. Indess sind gewöhnliche willkürliche Muskelkontraktionen zur Herbeiführung dieser Verletzungen nicht genügend. Man muss annehmen, dass es sich hier um krampfartige oder reflektorische Muskelwirkungen von äußerster Kraft handelt, oder dass sich der Kontraktion ein plötzlicher, unvermutheter Widerstand entgegensetzt, wenn die Verletzungen zu Stande kommen sollen.

In Anlehnung an Lossen betrachtet W. die Kniescheibe bei gebeugtem Knie als einen Stab oder einen zarmigen Hebel, der mit seiner Mitte auf der Femurrolle aufliegt, und an dessen beiden Enden ein Strang, das Patellarband und die Strecksehne, ziehen. Je nach der Größe des Beugewinkels und der Widerstandsfähigkeit der einzelnen den Kniestreckapparat zusammensetzenden Theile, so wie der Länge der in Frage kommenden Hebelarme bricht bald der Knochen, bald der eine oder andere Sehnenheil an der im betreffenden Falle jedes Mal schwächsten Stelle, wobei auch krankhafte lokale Veränderungen in Frage kommen. Die seltenste Verletzung, die subkutane Muskelruptur des Extensors selbst, glaubt W. nur durch ungleichzeitige Muskelkontraktionen erklären zu können, bei welchen ein Muskelheil kontrahirt, ein anderer bis zum Reißen gedehnt wird. Bei der Zusammensetzung des Extensors aus 4 Köpfen sind solche partielle Kontraktionen desselben gut denkbar.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

7) Kittel (Franzensbad). Über Uratablagerungen in der Fußsohle, ihre Entstehung und Behandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 17.)

Zwischen der Aponeurose des Fußes und dem Knochengestüt stehen zuweilen Ablagerungen, welche das Gewölbe selbst ausfüllen, und zwar am stärksten an der inneren knochenfreien Wand desselben. In Folge derselben wird, je nach ihrer Konsistenz, durch

Verschiebung und Verdrängung der im Gewölbe aufgebauten Formelemente, Schmerz hervorgerufen, durch ihre langsame aber stetige Entwicklung wird das Gehen lästiger und anstrengender, bis schließlich der Kranke hilflos und bettlägerig wird.

Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen in dieser Richtung bilden Cirkulationsstörungen, welche auf Erkältungen, bzw. lange andauernde Durchnässungen zurückzuführen sind, das ätiologische Moment der Erkrankung. Die dislocirte und nun ihrem bisherigen Körpertheil fehlende Blutmenge führt durch andauernde Anämie zur Gewebse Nekrose, die wieder die Ausscheidung von Harnsäure verursacht. Steifheit des Fußgelenks ist die unmittelbare Folge, außerdem findet man aber auch Ankylosen der Gelenke, sowohl der oberen wie der unteren Extremitäten, eben so Difformitäten und Auftreibungen der Gelenke und in den meisten Fällen Augenentzündungen.

K. theilt die Ansicht Garrod's, diese Krankheitsform als »irreguläre Gicht« zu bezeichnen.

Da die interne Behandlung einen dauernden Erfolg ausschließt, empfiehlt K. Massage und lokale Moorbäder, mit welchen Maßnahmen er dauernde Heilung herbeiführte.

K. theilt schließlich die Krankengeschichten von 4 Fällen dieser Erkrankungsart mit, in denen er mit seiner Methode überaus günstige Resultate erzielte.

Gold (Bielitz).

8) L. Heidenhain. Allerlei über den Plattfuß und seine Behandlung nebst Beschreibung einer neuen Plattfüßeinlage.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 472.)

Die gewöhnlichen Schuheinlagen zur Korrektur der Plattfüße haben meist nur vorübergehende Wirksamkeit, da die Körperschwere doch den Fuß in Valgusstellung drückt, und der Schuh trotz der Einlage sich platt durchbiegt. Zu dauernder Korrektur bedarf es darum einer Fußunterlage, die völlig unnachgiebig den Fuß unverrückbar in Wölbung hält. Gemäß den Angaben von Whitman in New York sind seit $1\frac{1}{2}$ Jahren, wie H. berichtet, in der Greifswalder Klinik metallene Schuheinlagen in Gebrauch, welche die besten Dienste thun. Der betreffende Plattfuß, der leicht redressirbar sein oder, wenn er es nicht ist, es durch Vorbehandlung gemacht sein muss, wird in gut korrigirter Stellung, supinirt und gewölbt, abgekipst, von der hohlen Fußgipsform wird ein Bleiausguss gemacht, auf welchem die Metalleinlagesohle zu arbeiten ist. Die letzteren werden in Kupferblech getrieben, dann verzinkt und werden in Greifswald zu 6—8,50 M pro Stück geliefert. Form und Anwendungsart der Metallsohlen ist aus einer Reihe beigelegter Abbildungen ersichtlich. Die metallene Unterlage reicht von der Hacke bis vor die Metatarsalköpfchen, an der Fußaußenseite ist sie nach oben umgebogen.

II. empfiehlt, solche Einlagen auch nach Knöchelbrüchen tragen

zu lassen, um die Entstehung von Plattfüßen durch Callusverbiegungen zu vermeiden¹.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

9) **Lotheissen.** Eine Modifikation der osteoplastischen Fußresektion nach Wladimirow-Mikulicz.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

In v. Hacker's Klinik wurde die osteoplastische Fußresektion nach dem Vorgang von Bruns wegen paralytischen Spitzfußes 2mal ausgeführt, das eine Mal nach Roser's Vorschrift mit Durchschneidung und Naht des N. tibialis, das zweite Mal von L. selbst mit eigenem Hautschnitt, welcher dem von Jaboulay und Lagaite angegebenen ähnelt und wie dieser Art. tib. post. und N. tib. schont. Die Schnittführung ist durch 3 Textabbildungen erläutert. Das Formresultat wie das funktionelle war ein gutes.

Hofmeister (Tübingen).

10) **Bruns.** Zur Technik der osteoplastischen Fußresektion nach Wladimirow-Mikulicz.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Anschließend an die Mittheilung Lotheissen's theilt B. einen Fall mit, in dem er schon vor Ollier's Empfehlung die fragliche Operation mit dem medianen hinteren Längsschnitt ausgeführt hat. Die Schonung der Nerven und der Arterien schien in diesem Falle besonders geboten mit Rücksicht auf die Beschaffenheit des Fußes, eines veralteten paralytischen Equinus mit trophischen Störungen. Die mitgetheilten Photographien sprechen sehr zu Gunsten des Verfahrens und beweisen, dass mit vollendeter Heilung der Hautüberschuss an der Rückseite sich ausgleicht und die Form des Fußes sich nur vorthellhaft von der nach dem gewöhnlichen Verfahren unterscheidet.

Hofmeister (Tübingen).

11) **H. L. Taylor.** Ingrown toe-nail, mechanically treated.

(Amer. med.-surg. bull. 1896. No. 25.)

Verf. will den eingewachsenen Nagel an Stelle der Operation mit folgender mechanischer Behandlungsmethode heilen, die die immerhin ziemlich schmerzhaftige Operation überflüssig machen und ohne Verstümmelung der Zehe in gleicher oder noch kürzerer Zeit die normalen Verhältnisse wieder herstellen soll.

Sein Verfahren ist folgendes: Ein Streifen Silber, ca. $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ Zoll breit, 1 Zoll lang, wird wie ein Angelhaken umgebogen; am Ende seiner kürzeren Schenkel wird durch Aufwärtsrollen im umgekehrten Sinne der Biegung eine kleine Leiste geschaffen. Diese ist dazu bestimmt, firstartig unter den Nagel zwischen diesen und die be-

¹ Es ist die Mittheilung wohl angebracht, dass schon vor 35 Jahren O. Fischer in Köln solche Kupfersohlen, die in Lederschnürstrümpfe eingefügt wurden, bei der Behandlung des Plattfußes mit Erfolg benutzt hat.

Richter.

stehende Ulceration der Weichtheile geschoben zu werden, während der übrige Haken fest um die Cirkumferenz der Zehe entweder außen oder auf der Innenseite gelegt wird. Auf diese Weise ist der Nagel an der erkrankten Stelle dauernd von seinem Nagelbett abgehoben, während auf die Granulationen ein ununterbrochener Druck ausgeübt wird. Die Anlegung geschieht nach Cocainisirung der Geschwürsfläche. Das Silberband wird durch Heftpflasterstreifen befestigt und nach einigen Tagen gewechselt. Da die prominente Geschwürsfläche dann schon erheblich auf das Niveau der Haut heruntergedrückt sein soll, muss man bei der Neuanlegung der Haken die Biegung verändern.

In 2—3 Wochen soll stets dauernde Heilung erzielt sein, ohne dass die Pat. hätten dauernd liegen müssen. **Frentzel** (Berlin).

12) Ch. Féré. Contribution à l'étude de la métatarsalgie (Pied de Morton).

(Revue de chir. 1897. No. 3.)

Die zuerst von Th. G. Morton beschriebene (s. Ref. in dies. Centralblatt 1887, p. 115) Neuralgie, der von späteren Beobachtern die verschiedensten Namen beigelegt worden sind, hat auch F. einige Male zu sehen Gelegenheit gehabt und giebt auf Grund dieser eigenen und der in der Litteratur mitgetheilten Fälle eine ausführliche Schilderung des eben so schmerzhaften wie hartnäckigen Leidens. Es betrifft zumeist zu der Familie der Arthritiker, Hysterischen oder Neurastheniker gehörige Individuen und entwickelt sich häufig im Anschluss an ein leichtes Trauma oder als Folge des Druckes zu enger Schuhe. Die Schmerzanfälle treten vornehmlich nach langem Stehen oder Gehen fast immer nur in einem Fuß, ausnahmsweise beiderseits, indess nicht nur in dem ursprünglich von Morton bezeichneten Gebiet des 4. Metatarso-Phalangealgelenks bzw. in dem 4. Spatium intermetatarseum, sondern auch im Bereich des 2. und 3., ja auch des ersten Metatarso-Phalangealgelenks auf und sind verschieden in Bezug auf Grad, Art und Dauer der einzelnen Paroxysmen, manchmal ohne besondere Veranlassung entstanden, oft durch geringfügige äußere Ursachen, gelegentlich auch durch Gemüthsbewegungen oder Verdauungsstörungen ausgelöst, zumeist auf das ursprüngliche Gebiet beschränkt, seltener über dieses hinaus weiter ausstrahlend. Entfernung drückenden Schuhwerks und Anwendung von Kälte bringen meist Erleichterung; manchmal dauern auch danach die Schmerzen noch längere Zeit an. Wochenlang können sie dann wieder ausbleiben, oder sie kehren in ganz kurzen Zwischenräumen wie Schlag auf Schlag wieder und peinigen mitunter viele Jahre hindurch die betreffenden Individuen. Lokal ist der Befund meist negativ; zuweilen findet sich abnorme Schlaffheit der Gelenkverbindung zwischen Metatarsus und Zehe oder Veränderungen (Uratablagerungen etc.) in den zugehörigen Sehnen. Druck oder Zer-

rungen an den Ästen des N. plantar. ext. sind die Ursachen der Schmerzen, für deren Entstehung auch F. die von Morton gegebene Erklärung heranzieht. In therapeutischer Hinsicht kann, abgesehen von allgemeinen hygienischen Maßnahmen, Gebrauch zweckmäßigen Schuhwerks etc., gelegentlich auch ein immobilisirender Verband Erleichterung bringen; operative Eingriffe werden nur bei Erfolglosigkeit all dieser und anderer Palliativmittel berechtigt sein.

Kramer (Glogau).

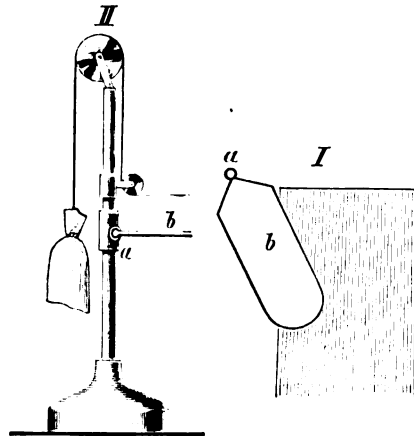
Kleinere Mittheilungen.

Ein Apparat für Gewichtsextension.

Von

Dr. Settegast in Berlin.

Die meisten Extensionsbehandlungen, welche sich auf das Hüftgelenk und den Oberschenkel beziehen, erfordern eine gleichzeitige Abduktion des betreffenden Beines. Es kam mir darauf an, einen einfachen Apparat zu haben, welcher die Extension mit der Abduktion verbindet und unter den verschiedensten Umständen an jedem Bett zu verwenden ist. Zu diesem Zweck habe ich die nachstehende Vorrichtung anfertigen lassen: Eine etwa 1 m lange und 30 cm breite, aus Eisenblech bestehende Platte (Ib) nimmt den Unterschenkel mit der T-Schiene und die Gleitleisten auf. Dieselbe kann in jedem beliebigen Winkel seitwärts auf die Matratze gelegt werden. Bei Krankenhausbetten und kleineren Abduktionsgraden kollidirt sie leicht mit dem vom Fußende zum Matratzenlager gehenden Eisenbügel. Doch ist es bei den gewöhnlichen Konstruktionen möglich, denselben auf der betreffenden Seite vorübergehend zu entfernen. Die Platte artikulirt durch ein Kugelgelenk (Ia u. IIa) mit einem Stativ auf schwerem Gusseisenfuß (II), welches die vertikale und horizontale Rolle trägt. Diese Rollen, so wie die Höhe der Platte am Stativ können durch Schrauben regulirt werden. Eine Befestigung der Platte am Bett habe ich in keinem Falle für nöthig gefunden. Sie passt sich durch das Kugelgelenk den Unebenheiten der Matratze an, kann durch Unterlagen an der Außen- und Innenseite nach Bedürfnis gehoben oder, falls der Fußtheil des Bettes erhöht werden soll, schräg gestellt werden. Für Extensionen am Arm hatte ich nicht Gelegenheit, den Apparat zu versuchen; doch würde er auch hier Anwendung finden können. Er ist zu beziehen durch Herrn E. Kentz, Berlin, Birkenstraße 18.



Über einen Fall von Luxation der Streckersehne des Mittelfingers in der Höhe des Metacarpophalangealgelenks.

Von

Dr. Bruno Schürmayer in Hannover.

Anamnese. Im November 1896 versuchte der Tischlergeselle L. beim Turnen aus dem Hochstand im Barren mittels Wende über einen Holm abzuspringen; es versagte ihm aber die volle Kraft der rechten Hand ganz plötzlich. Auf dem Handrücken in der Gegend des Metacarpophalangealgelenks trat Schmerz und Schwellung auf, die sich über Nacht so steigerten, dass ärztliche Hilfe beim Kassenarzt gesucht werden musste. Derselbe diagnosticirte »Verstauchung« und wendete dagegen verschiedene Mittel, darunter auch Pinseln mit Tinct. jod., an.

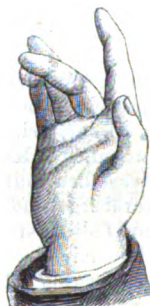
Indessen blieb, auch nach Rückgang der Schwellung, die Funktionsfähigkeit des Mittelfingers aus, und als Pat. im Januar 1897 erklärt wurde, es ließe sich hier weiter nichts machen, suchte er andere Behandlung auf.

Status am 17. Januar 1897. Pat. klagt über Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand, bestehend in Schwäche beim Faustschluss und Behinderung des Umfassens eines Gegenstandes in Folge falscher Stellung des Mittelfingers der erkrankten rechten Hand.

Fig. 1.



Fig. 2.



Die Untersuchung ergibt Folgendes:

Auf der Dorsalseite der rechten Hand geringe Schwellung; doch treten bei forciert aktiver Hyperextension aller Finger sämtliche Extensoren schon stark hervor, so dass ihr Verlauf deutlich zu erkennen ist.

Die betreffende Sehne des Mittelfingers ist der des 4. Fingers im Verlauf auf dem Handrücken sehr genähert und durch eine straffe Erhöhung damit verbunden. Im weiteren Verlauf umgeht die Sehne III die mittlere Erhöhung des Capitulum am Mittelhandknochenrand, verläuft auf der ulnaren Seite der Basis dieser Erhöhung (Fig. 1).

Wird die Hand, mit der Volarfläche nach oben sehend, auf den Tisch gelegt und eine Beugung, sei es einzelner oder aller Finger, in sämtlichen Gelenken gemacht, dann schnell plötzlich nach Zurücklegung eines kleinen Stückes des

normalen Weges der Mittelfinger ulnarwärts und liegt nun quer über dem 4. Finger (Fig. 2). Die verlagerte Sehne des 3. Fingers erweist sich nun auf der Rückenfläche der Hand als sehr stark gespannt, obwohl keine völlige Fingerbeugung vorliegt.

Werden die Sehnen des Ext. digit. comm. mit dem galvanischen oder faradischen Strom direkt gereizt, so treten sie noch schärfer hervor. Jetzt ist auch deutlich erkennbar, dass in der Gegend des Zwischenbandes 3—4 in der Kontinuität der Sehne III eine Abnormität besteht; eine seichte Vertiefung (Fig. 1) unterbricht den als markierten Strang hervortretenden Verlauf der Sehne in der Gegend des Zwischenbandes.

Wird bei fixirtem Mittelfinger der 4. Finger gebeugt, dann zieht das Zwischenband die Sehne in ganz auffälliger Weise ulnarwärts.

Diagnose: Lux. tend. III. Extens. digit. communis.

Therapie. 24. Januar 1897: Operation unter Anwendung von Cocain. Infiltrationsanästhesie (Lösung II, 5 Spritzen). Es wird eine oberflächliche und entsprechende tiefere Zone vom proximalen Drittel der Phalanx an bis herauf in die Mitte des Handrückens anästhesirt, und praeparando nach Anlegung des Hautschnittes vorgehend die Sehne und deren Umgebung freigelegt. Nach Entfernung eines Granulationsgewebes ergibt sich, dass die Sehne III zerrissen und nur mittels schmalen Strang mit dem peripheren Ende verbunden ist. Das von Granulationen umgebene Zwischenband erweist sich als stark verkürzt (Fig. 3). Eine deutlich erkennbare Sehnenscheide beginnt erst weiter oben dem Arme zu; bis dahin halten fibröse Stränge die Sehne ulnarwärts in fehlerhafter Stellung.

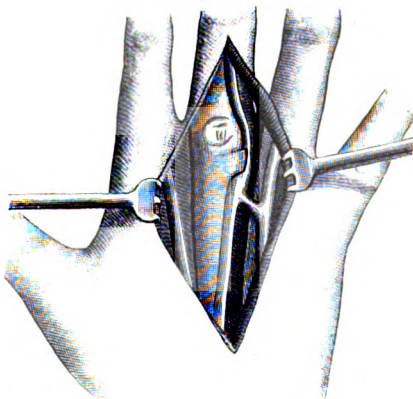
Stumpfe Loslösung der Sehne von der Unterlage bis ins Bereich der erkennbaren Scheide, andererseits bis jenseits des Capitulum. Anfrischung; drei Sehnennähte, so dass eine Überkorrektur der Fingerstellung radialwärts erfolgt. So weit nöthig wird das Zwischenband alternirend eingeschnitten und durch Längsdehnung der Zickzacklinie verlängert.

Nachdem die Sehne an richtiger Stelle liegt, wird sie durch 5 Nähte von radialwärts her auf der Höhe des Capitulum gehalten. Aus anliegendem Bindegewebe lässt sich zum Theil eine Umhüllung der Sehne schaffen, und eine höhere Nahtreihe bildet den Verschluss (5 N.). Die Hautwunde bleibt offen; Jodoformverband, Schienenlagerung. (Pat. konnte die Operation mit ansehen und war dabei durch Haltung von Wundhaken behilflich, ohne, von der Ablösung der Sehne abgesehen, Schmerz zu empfinden. Eine üble Nachwirkung auf das Allgemeinbefinden trat nicht ein, dagegen leichtes Ödem der Hand, das am 4. Tage wich. Die sterilisirte Injektionslösung war frisch hergestellt und das Gefäß vorher nicht geöffnet worden, die Operation selbst wurde unter strengster Asepsis vorgenommen.)

Der Verlauf war ein guter bis zum 3. Februar, wo die Hautwunde geschlossen werden konnte; zur nachträglichen sicheren Reinigung des Operationsfeldes kam eine Kresollösung zur Anwendung.

Am 4. Februar Klage über Schmerz in Hand und Arm; nach Abnahme des Verbandes und der Schiene zeigt sich die Haut etwa $\frac{1}{2}$ cm beiderseits des Hautschnittes weiß und runzelig. In der Folge Absterben, daher Abtragung im Gesunden und Heranziehung entfernterer Partien zum Verschluss. Von da ab langsame, aber prompte Heilung, und Ende Februar war die Vernarbung eine dauerhafte geworden, theilweise per granulationem.

Fig. 3.



Pat. gab an, überhaupt kein Karbol ertragen zu können, wie er gelegentlich verschiedener Verwundungen aus Erfahrung wisse. Es mag also hierin die Erklärung für Eintreten von Hautgangrän nach Gebrauch der seit Jahren erprobten Kresollösung mittlerer Stärke liegen.

Im Verlauf des Monats März wurde unter Weglassung der Schiene die entsprechende Nachbehandlung eingeleitet. Es handelte sich darum, die immerhin sehr ausgedehnten Adhäsionen zu lösen, welche durch Fixation der Haut eine Flexion des Fingers hinderten. Sodann war eine ziemlich ausgiebige Gelenksteifigkeit der ganzen Hand zu heben.

In 2—3tägigen Pausen wechselte Massage mit elektrischer Behandlung; sehr gute Dienste leistete auch die galvanische Jodkataphorese. Aktive und passive Bewegung führten Dehnung und Lösung der fixierten Punkte herbei.

Anfang April konnte Pat. die Faust völlig schließen und kleine Gegenstände, wie dickere Bleifedern, mit dem gebeugten Mittelfinger festhalten; er begann jetzt leichtere Arbeit. Am 25. April konnte er die Arbeit wieder aufnehmen, bei der das erkrankt gewesene Glied mittels Heftpflasterstreifen am Zeigefinger fixiert war.

In der späteren Zeit stellte sich Pat. mehrmals vor, wobei fortschreitende Ablösung der Adhäsionen konstatiert wurde. Zuletzt bestand nur eine quer über das Capitulum verlaufende Falte, während auf dem Handrücken nur eine ganz schmale Narbe, aber keine weitere Fixation der Haut auf tieferen Theilen vorlag.

Es mag noch Erwähnung finden, dass nach Abnahme der Hand von der Schiene in Folge plastischer Auflagerung im Carphalangealgelenk des Mittelfingers ein deutliches Krepitiren bei Bewegung hörbar war.

Bei Untersuchung mittels Röntgen'scher Strahlen fehlte die für kleinere Gelenke charakteristische weiße bandförmige Zone.

Wie fortlaufende Kontrolluntersuchungen ergaben, kehrte der helle Spalt im selben Maße wieder, als die hörbare oder doch zu fühlende Reibung verschwand.

Epikrisis. Beachtung verdient die Entstehung der Luxation der Sehne. Indem die Körperlast des auf die Arme sich stemmenden Pat., der den Kopf unten, die Füße oben hatte, auf den Händen ruhte, so umklammerten letztere unter maximalem Kraftaufwand die Stangen (Holme) des Barrens. Bei der auszuführenden Übung lässt eine Hand los, während der in seiner angegebenen Stellung verharrende Körper eine Drehung von 90° um den mittels Faust fixierten rechten Arm beschreibt. Die Faust öffnet sich von der radialen Seite her durch Lösung der ersten Finger (2, 3) etwas, um dann, wenn das Gesicht die weitere Drehung von 90° nach 180° ausführt (und die Beine sich nach abwärts senken), den Holm rasch loszulassen und von außen her in entgegengesetzter Richtung zu umfassen.

Während also Finger 2 und 3 bezw. die Flexoren und deren Antagonisten, die Extensoren, ihren Zug mäßigen, ist derselbe am 4. und 5. Finger noch ein maximaler. Ist der Übergang in diese Spannungsdifferenz ein kunstgerechter allmählicher, dann wird eine Zerrung ausbleiben. Bei irgend welchem ruckweisen Entstehen derselben wird die aufs höchste angespannte Sehne IV mittels des Zwischenbandes III—IV einen momentanen Zug an Sehne III ulnarwärts ausüben. Falls nun an Sehne III die Spannung erheblich geringer ist (momentanes Nachlassen des Sehnenzuges hier), so muss eine Abweichung in besagter Richtung erfolgen. Wird hierbei die Elastitätsgrenze überschritten, so muss die Sehnscheide reißen, eventuell die Sehne luxiert oder auch sogar zerrissen werden.

Da im obigen Falle das Zwischenband entzündet und geschrumpft war, da ferner die Rissstelle der Sehne in der unmittelbaren Nähe von dessen Ansatz an III, die luxierte Stelle direkt jenseits derselben lag, da schließlich die Sehne ulnarwärts vom Capitulum verlagert war, so darf mit Recht angenommen werden, dass das Zwischenband bezw. Sehne IV bei der Entstehung dieser Luxation beteiligt waren. Letzteres wird noch begreiflicher dadurch, dass beim Faustschluss des Pat. normalerweise sämtliche Finger 2—4 ulnarwärts abweichen, wie Pat. angiebt, eine Folge seiner Berufsarbeit (Hobeln etc.). Die auf dem Capitulum fixierte

Sehne stellte in ihrem Verlauf daher keine Gerade dar, bildete vielmehr einen Winkel, dessen Spitze auf besagter Erhöhung liegt. Der kürzeste Verlauf geht thatsächlich an der ulnarwärts gelegenen Basis des Capitulum vorüber, ein Ort, an dem die ihrer Fixation beraubte Sehne auch aus diesem Grunde schon abweichen musste.

13) Ajevoli. Sulla natura angiogenetica dell igroma proliferante e dei corpi risiformi.


(Gazz. degli ospedali 1896. No. 101.)

A. hat schon früher über das gleiche Thema eine kleine Arbeit veröffentlicht (Progresso med. 1891), auf welche er neuerdings zurückkommt, nachdem Ottinger (Über die Bildung der Reiskörperchen in den Schleimbeuteln, Zürich 1894) Befunde mittheilte, welche denen von A. genau entsprechen. A. theilt nicht die Ansicht, dass die Reiskörperchen ausschließlich tuberkulöser Natur seien. In seinem Falle, einem präpatellaren Hygrom, bildete sich in der mittleren Schicht der Schleimbeutelwand (A. unterscheidet eine äußere von lockerem Bindegewebe, eine mittlere gefäßreiche und eine innere von einfachen dichtgelagerten Zellen) eine Gefäßproliferation, welche zu Höcker-, dann zu Zottenbildung führt, indem die dicke Schicht einfach emporgehoben und verdünnt wird. Gefäßneubildung ist also das Primäre. Sekundär tritt dann eine hyaline Entartung im Stiel und im Centrum der Zotten, eine Homogenisirung ihres Gewebes ein; durch Abbrechen und Freiwerden entstehen die Reiskörperchen. — Von Tuberkelbildung war, eben so wie bei Ottinger, in dem beschriebenen Falle also nicht die Rede.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

14) Oddo und Delanglade. Mode particulier de la locomotion dans un cas de paralysie infantile. »Marche pivotante unilatérale«.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 3.)

3jähriges Kind, doppelseitige Lähmung. Der Körper wird nur vom rechten Bein getragen, das linke steht in Abduktion und Außenrotation. Die Fortbewegung geschieht dadurch, dass in Seitenstellung der rechte Fuß abwechselnd um Spitze und Ferse als Achse, ohne den Boden zu verlassen, seitlich weiter geschoben wird. Die Spur des Fußes bildete eine Winkellinie , wobei durch Spitze und Ferse gewissermaßen ein Zapfen geht, um welchen sich der Fuß dreht (»Zapfengang«). In der Mechanik und Statik kommen dabei die Gesetze des natürlichen Ganges auch zur Geltung.

Herm. Frank (Berlin).

15) M. Péan. Névromes généralisés. Résection d'une grande partie des nerfs médian et cubital. Rétablissement des fonctions motrices et sensitives. Polyorchidie.

(Bull. de l'acad. de méd. 1897. p. 51.)

P. beschreibt einen in jeder Beziehung außerordentlich interessanten Fall. Bei dem 25jährigen Pat. entstanden, nachdem er sein 4. Jahr zurückgelegt hatte, zahlreiche größere und kleine Neurome am ganzen Körper, namentlich an den Armen, am Rumpf und am Hodensack. Die stärkste Ausbreitung hatten sie am linken Arm, wo sie auch allmählich zu fast unerträglichen Schmerzen Anlass wurden. Diese Schmerzen kamen und gingen plötzlich und unvermittelt. In der Mitte des Armes saß ein großes Packet solcher Geschwülste, das entzündet zu sein und zu Eiterung zu neigen schien. Dieses Packet wurde freigelegt und die größten Geschwülste lospräparirt: sie waren cystisch und enthielten schwarze Blutgerinnsel. Sie saßen fast den ganzen Verlauf des N. medianus entlang, eine neben der anderen, ca. 30 an der Zahl. Das ganze Packet hatte die Größe eines Kinderkopfs. Entfernung und zugleich Resektion des N. medianus. Guter Erfolg. Pat. wünscht danach selbst die Entfernung der Geschwülste am rechten Hodensack und linken N. ulnaris, die sehr heftig schmerzen. Der N. ulnaris wird ebenfalls in der Länge von ca. 25—30 cm reseziert. Im Hodensack wurde jedoch die eine auch

als ein Neurom angesprochene Geschwulst als ein zweiter rechter Hoden erkannt, und zwar lagen in dem rechten Hodensack 2 Hoden, von denen jeder einen Nebenhoden hatte, die aber zusammenflossen; es bestand nur eine Tunica und ein Vas deferens. Durch Einschnitt wurde konstatiert, dass beide Theile normales Hodengewebe enthielten: es handelte sich also in der That um 2 Hoden in einem Scrotum. Der linke Hoden war normal. — Es trat Heilung ein. Die Schmerzen hörten auf. Besonders bemerkenswerth nachher war die Herstellung der Mobilität und Sensibilität im operirten Arm, nachdem einige Wochen lang Lähmung und Anästhesie bestanden hatte. Die Herstellung erfolgte spontan. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um reine Fibrome handelte, die von der Nerven-scheide ausgingen.

Dumstrey (Leipzig).

16) Seiffert. Kasuistisches aus dem Gebiet traumatischer Luxationen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 4.)

Bei einer Luxatio acromialis claviculae, entstanden durch Fall auf den vorgestreckten, abducirten Arm, nimmt S. an, dass der Oberarmkopf sich zwischen Acromion und Proc. corac. hineingepresst, das Lig. coraco-acromiale überdehnt, dadurch bei zu großer, peripherer Spannung die in der That zerrissene, obere Gelenkverbindung zwischen Acromion und Clavicula zersprengt und schließlich das acromiale Schlüsselbeinende direkt herausgeholt habe. — Eine Luxatio subscapularis durch direkte Gewalt, Fall eines Balkens gegen die Schulter, wird in ihrer Entstehung dahin erklärt: der Balken hat den Oberarmkopf von oben außen und etwas von hinten oberhalb des Tub. maj. tangential getroffen und ihn direkt über den vorderen Gelenkrand in die Fossa subscapularis hinübergeschnellt.

Ein Pat., 19 Jahre alt, erlitt beim einfachen Umfallen, während die Füße in einer kleinen Erdvertiefung steckten, eine Luxatio coxae dextrae praeglen., eine schwere Distorsion des gleichseitigen Fußgelenkes und einen Bruch des linken Unterschenkels.

Bähr (Hannover).

17) S. Kofmann. Ein 3. Fall von Pseudarthrose des Oberarmes mit guter Funktion.

(Wiener med. Presse 1897. No. 14.)

Der 35jährige Kranke hatte vor 10 Monaten einen complicirten direkten Oberarmbruch erlitten. Behandlung der Wunde durch einen Kurpfuscher; dann behandelte sich Pat. selbst. Die Untersuchung ergab etwas oberhalb der Mitte des rechten Oberarmes eine Pseudarthrose. Die Bruchstücke ließen sich passiv leicht und schmerzlos in allen Richtungen bewegen, aber auch aktiv gestatten sie es im beschränkten Maße: Pat. kann schreiben, essen, den Arm bis zum Kopf erheben. Operation: Die Knochenstümpfe werden angefrischt, in die ihnen zukommende Lage reponirt; mittels einer stumpfen halbrunden Nadel werden 2 starke Seidenligaturen um die Knochen geführt, und es wird ihnen auf solche Weise ein regelrechtes Aneinanderliegen gesichert. Heilung. Callus weich und nachgiebig. Massage. Nach einigen Monaten ist noch immer eine geringe Nachgiebigkeit des Callus zu konstatiren. Ähnliche Beobachtungen sind bisher nur von v. Eiselsberg und Schwartzel mitgetheilt worden. In dem Falle K.'s hatte sich ein wirkliches falsches Gelenk gebildet mit Gelenkkapsel, dicker Synovia und Knorpelüberzug an den beiden Bruchstellen.

P. Wagner (Leipzig).

18) Kramer. Ein Fall von complicirter Epiphysentrennung am Radius und von complicirter Luxation des Vorderarmes derselben Seite nach hinten.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 4.)

Ein 12jähriger Knabe war im schnellsten Laufe gestürzt, zunächst auf die Hohlhand des rechten Armes aufgefallen und danach mit dem ganzen Körper auf den Boden der Landstraße aufgeschlagen. Nachdem der Arm durch den Radiusbruch seine Stütze verloren hatte, traf das ganze Gewicht des mit großer Wucht

hinsinkenden Körpers die auf den Boden gleitende innere Fläche des gebeugten Vorderarms und führte durch forcierte Abduktion, vielleicht auch durch Rotation des letzteren zur Zerreißung des Lig. laterale int., der vorderen Kapsel etc. und schließlich zu Durchbohrung der Haut durch das gegen die Ellenbeuge andrängende untere Humerusende. Die untere Radiusdiaphyse stand in einer volaren Wunde. In der rechten Ellenbeuge war eine quere, stark blutende Wunde. Die Art. cubitalis war gequetscht, die Vena cubitalis zerrissen, der N. med. auf ein Drittel eingerissen. Einrichtung der Luxation durch Zug und Hyperextension, Unterbindung, partielle Nervennaht. Operative Reposition der Radius epiphyse und Anlegung von 2 Silberdrahtnähten. Reaktionslose Heilung. Nach 6½ Wochen Streckung des Ellbogengelenks fast völlig, Beugung bis zu 100° möglich, Pro- und Supination sehr behindert, Handgelenk und Finger in ihrer Beweglichkeit nahezu normal. Die Funktion hat sich späterhin noch wesentlich gebessert, doch scheint der Vorderarm in seinem Längenwachsthum etwas zurückgeblieben zu sein.

Bähr (Hannover).

19) **F. Bähr.** Zur Kasuistik der Daumenverletzungen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 4.)

B. betont die ungünstige Prognose sogenannter »Daumenverstauchungen« unter gleichzeitiger Mittheilung eines Falles von Bennett'scher Fraktur (volarer Längsbruch des oberen Metacarpalendes), die wahrscheinlich durch Hyperflexion entstanden war. Zur Sicherung der Diagnose mag neben den von Bennett erwähnten Zeichen dienen die Zunahme des dorsovolaren Durchmessers, die Resistenzvermehrung und der leicht zu lokalisirende Druckschmerz im oberen Abschnitt des Daumenballens. Die Funktionsstörung war in dem Falle längere Zeit eine beträchtliche, weil Druck auf den Daumenballen und Bewegungen im Metacarpocarpalgelenk ziemlich schmerzhaft blieben.

Bähr (Hannover).

20) **Monguidi.** Contribuzione allo studio della mano torta congenita.

(Arch. di ortoped. 1897. No. 3.)

M. beschreibt 2 neue Fälle der bezeichneten Deformität. Der erste stammt von einem nicht ausgetragenen Fötus, bei welchem leider eine genaue anatomische Untersuchung nicht möglich war. Die Hände standen in radialer Abduktion stark flektirt. Die Daumen fehlten. Rechts war das obere Drittel des Radius erhalten, links fehlte es völlig.

Genauer konnte M. einen 2. Fall von einem ausgetragenen Kinde untersuchen. Rechts fehlten Radius und Daumen nebst seinem Metacarpus. Der Zeigefinger bildete einen knochenlosen Anhang des dritten. Von der Handwurzel war die 1. Reihe durch einen Knorpelstreifen gebildet, von der 2. waren Capitatum, Hamatum und Trapezoides vorhanden. Der Biceps brachii setzte sich theils an die Ulna, theils an den tiefen Flexor digitorum an. Beide Flexores digitorum hatten nur 3 Sehnen. Arteria radialis fehlte, der Nervus radialis verlief in der Muskulatur der Vorderarme. — Die Hand stand in der bekannten Stellung.

Links befand sich die Hand nur in übermäßiger Beugung, Daumen war nur als Hautanhang vorhanden, vom 2., 4. und 5. Finger fehlten die beiden letzten Phalangen, und der Mittelfinger zeigte eine ringförmige Einschnürung. Die untere Radius epiphyse fehlte, das Handgelenk wurde zwischen Ulna und Semilunare und 3eckigem Bein gebildet, welche die 1. Reihe ausmachten. Von der 2. fehlte das Trapezbein.

Die lange Daumen- und radiale Streckmuskulatur waren unvollkommen.}

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

21) **J. Riedinger.** Ein Fall von Spalthand.

(Separatabdruck aus Internat. photogr. Monatsschrift f. Med. und Naturwissenschaften 1896. 6 S. mit 3 Abb.)

Verf. beschreibt einen Fall von Spalthand mit abnormer Kürze der Endphalangen an sämtlichen Fingern und Zehen. Laut Anamnese war der Mittelfinger der Spalthand bei der Geburt vorhanden, sei aber gelb, verdorrt und zu kurz

gewesen, so dass er nach 4 Wochen amputirt wurde. Zwischen Daumen und Zeigefinger besteht Syndaktylie. Der Metacarpalknochen des Mittelfingers ist, wie sich aus dem Radiogramm ergibt, vorhanden, aber etwas verkümmert. Da die Ab- und Adduktionsbewegung des Daumens, so wie die Apposition durch seine Verwachsung mit dem Zeigefinger aufgehoben ist, so wird die Greifbewegung durch Annäherung des 4. und 5. Fingers an den Daumen und Zeigefinger ausgeführt. Die funktionelle Anpassung ging so weit, dass Pat. jahrelang als Maurer arbeitete, ohne den Defekt an seiner rechten Hand zu empfinden.

Verf. nimmt an, der Mittelfinger sei in einer Falte oder in einem Strang des Amnions festgehalten und dadurch in seinem Wachsthum beeinträchtigt worden.
de Quervain (Chaux-de-Fonds).

22) **Rasch.** Ein Fall von kongenitaler kompletter Syndaktylie und Polydaktylie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Die obige Missbildung wurde in Wölfler's Klinik konstatiert an beiden Händen eines 22jährigen Mannes. Sämmtliche Finger sind bis an die Spitze verschmolzen, die Daumen durch eine schwimnhautartige Platte mit den Zeigefingern verbunden. Jederseits besteht ein überzähliger Kleinfinger; der Metacarpus pollicis ist doppelt, jeder dieser Metacarpen trägt eine 1. und 2. Phalanx, auf die sich jederseits noch eine 3fach gespaltene Nagelphalanx aufsetzt. Am rechten Fuß eine überzählige Kleinzeh.

In mehreren Sitzungen wurden beide Daumen und der rechte Zeigefinger isolirt und dadurch ein gutes funktionelles Resultat erzielt. 1 Tafel illustriert die Missbildung und das Operationsresultat.
Hofmeister (Tübingen).

23) **F. Schubiger.** Über Sklerodaktylie.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1897. No. 8.)

Die Kasuistik der Sklerodaktylie ist eine immer noch verhältnismäßig spärliche; darum hält es der Verf. für richtig, 3 Fälle aus der Züricher internen Klinik zu publiciren, von denen 2 mit Sklerodermie anderer Körpertheile kombinirt waren — schon daraus geht hervor, dass die Sklerodaktylie doch wohl nicht, wie der Verf. meint, «eine Sonderstellung vollauf verdient». Die 3 Beobachtungen bieten nichts Besonderes dar; Verf. benutzt sie, um eine Besprechung der Klinik, pathologischen Anatomie und Therapie so wie eine Aufzählung der seit der Lewin-Heller'schen Monographie publicirten Fälle von Sklerodermie daran anzuknüpfen.

Jadassohn (Bern).

24) **L. Lapeyre et M. Labbé.** Fibrome tuberculeux d'une gaine synoviale digitale.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 904.)

Bei einem 22jährigen Mädchen, das niemals Zeichen einer tuberkulösen Erkrankung geboten hatte, zeigte sich an der Palma der rechten Hand zwischen 1. und 2. Phalange des Mittelfingers vor ca. 6 Monaten eine Geschwulst, die namentlich in den letzten 3 Monaten ziemlich stark gewachsen war, so dass die Flexion sogar behindert war. Sie war nicht schmerzhaft, hart, unregelmäßig, länglich, ohne Verbindung mit den Knochen. Sie wurde entfernt und präsentirte sich als ausgesprochen fibröses Gewebe, von der Sehnenscheide ausgehend, mit 2 verschiedenen Zonen, einer harten, festen und einer weichen. Letzteres war tuberkulöses Gewebe.

Dumstreij (Leipzig).

25) **Roser.** Zur Pathologie und Therapie der angeborenen Hüftverrenkung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

R. weist auf die auch von Trendelenburg festgestellte Thatsache hin, dass beim Stehen auf dem verrenkten Bein das Becken nach der anderen Seite herunterfällt, eben so darauf, dass die doppelverrenkten Pat. mit flektirten Knien gehen,

und giebt Erklärungen hierfür. Was die Therapie anbetrifft, so hat R. die Gegend der alten Pfanne auf dem Wege des Querschnitts durch den Rectus und Tensor fasciae freigelegt, die Gelenkkapsel in der Richtung des Schenkelhalses gespalten und mit einem großen scharfen Löffel eine neue Pfanne ausgehoben. Es wurde dann die Verrenkung wie eine traumatische Luxatio iliaca eingerichtet und, nachdem der Kopf in der neugebildeten Pfanne stand, durch energische Abduktion die Adduktoren und die vorderen Kapseltheile gedehnt. Es folgt die Muskeln mitfassende Hautnaht, Drainage, antiseptischer Verband in abducirter und innen rotirter Stellung des Oberschenkels. Nach ungefähr 8 Tagen erster Verbandwechsel, Entfernung der Drains, Gipsverband in mäßig abducirter Stellung. Später Gehversuche und länger dauernde Nachbehandlung. Bei doppelseitiger Verrenkung wird am besten ein Zeitraum von einem Vierteljahr zwischen beiden Operationen gelassen.

Bei 6 operirten Hüftgelenken hatte R. 2 ausgezeichnete und 2 recht gute Resultate.

Über die unblutige Reposition hat R. noch keine eigenen Erfahrungen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

26) **M. Cornet.** Essais de suture osseuse ilio-trochantérienne après la résection de la hanche, pour favoriser l'ankylose rapide.

(Province méd. 1897. No. 3.)

Im Gefolge einer Hüftresektion wünscht Poncet nach Ollier eine Ankylose oder wenigstens feste Verbindung der Knochen; er hat dieselbe in 5 Fällen durch möglichst seltene Verbände (Imprägnation der Verbandstücke mit Jodoformpulver) und Knochennaht (3 Metallfäden) erstrebt. Der »Generaleindruck« derselben auf den Verf. ist ein sehr guter. Die unbewegliche — bekanntlich nicht knöcherne — Verbindung hat sich rasch hergestellt und gehalten bei einer Beobachtungszeit von 2 Jahren bis 8 Monaten; indess will der Autor das Resultat noch nicht als definitives betrachten.

Herm. Frank (Berlin).

27) **Noty.** Ankylose de la hanche; mobilisation par un procédé inédit.

(Echo méd. du nord No. 8.)

Verf. hat bei einer nach Gonorrhoe auftretenden Ankylose des Hüftgelenks die Beweglichkeit dadurch erzielt, dass er ohne Narkose bei dem auf dem Boden liegenden Pat. das Becken durch den aufgesetzten Fuß fixirte, das Bein im Knie von einem Assistenten gebeugt halten ließ, eine Schlinge durch die Kniekehle und sich selbst um den Hals legte und dann aufstand. Das Experiment wurde mehrmals in den täglichen Sitzungen vorgenommen. Hierdurch hat er nach 3 Wochen eine Flexion bis zum rechten Winkel erzielt. Die Mobilisation ohne Narkose ist der in Narkose vorzuziehen, da man bei letzterer leicht zu weit geht und neue Entzündung anregen kann.

Borchard (Posen).

28) **J. Vanverts.** Fracture sus- et intercondylienne du fémur traitée par l'appareil d'Hennequin.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 379.)

Ein 55jähriger Mann erwirbt eine ziemlich seltene V-Fraktur des linken unteren Femurendes und stirbt, da er Alkoholiker ist, an Bronchopneumonie. Das erreichte Heilresultat aber ist ein ausgezeichnetes, und zwar desshalb so ausgezeichnet, weil der Pat. nach Hennequin in ständiger Extension bei mäßiger Beugung des Knies behandelt wurde. Dadurch ist es bei völliger Schonung der Nerven und Gefäße in der Fossa poplitea gut geglückt, die anfängliche Dislokation der Fragmente zu beseitigen.

Dumstrey (Leipzig).

29) **E. Casati.** Lussazione laterale esterna della rotula di antica data. Cura chirurgica con processo proprio.

Communicazione fatta all' academia della scienze mediche e naturali di Ferrara il giorno 1896. März 22.)

C. berichtet über eine Kranke, welche seit 8 Jahren in Folge eines Falles an einer habituellen seitlichen Luxation der Patella nach außen litt. Alle Bewegungen im Kniegelenk waren aktiv und passiv gut ausführbar, die Kranke konnte auch ganz gut gehen und war nur dadurch behindert, dass sie sehr leicht zu Fall kam. Die Verrenkung ließ sich zwar leicht einrichten, kehrte aber eben so leicht wieder zurück. Mit einem Winkelschnitt, der, an der Außenseite des Kniegelenks beginnend, in der Höhe der Crista tibiae nach vorn und innen umbog, eröffnete C. das Kniegelenk. Leider äußert er sich nicht darüber, durch welche Ursachen die jeweilige Relaxation zu Stande kam und schildert nur, dass er mit dem Meißel das Ligamentum patellae proprium von der Insertionsstelle an der Tibia im Zusammenhang mit einer dicken Knochenlamelle abgeschlagen, dasselbe vorn innen an die Tibia, wo er gleichfalls eine Knochenscheibe abmeißelte, wieder angenagelt und das Gelenk genäht habe. Nach 4 Wochen wurde der Nagel entfernt, nach 5 Wochen konnte die Kranke sicher und gut gehen; eine Verrenkung trat nicht wieder ein.

Sultan (Göttingen).

30) **Cousins.** An address on excision of the knee-joint in middle life: jamming the bones.

(Brit. med. journ. 1896. No. 1856.)

C. befürwortet bei chronischer eitriger Kniegelenkentzündung die Excision des erkrankten Gelenks. Auch eine ausgedehnte Betheiligung der umgebenden Weichtheile giebt nach ihm keine Kontraindikation. Die günstigste Prognose geben Pat. zwischen 15. und 30. Lebensjahre. 3 sehr vorgeschrittene Fälle, welche zur Amputation in das Krankenhaus geschickt waren und durch Excision geheilt sind, werden ausführlich mitgetheilt, 11 weitere Fälle mit befriedigendem Endresultat, von denen nur in einem (bei einem 9 Jahre alten Knaben) die Amputation nothwendig wurde, sind in einer Tabelle zusammengestellt. C. entfernt bei der Operation die Kapsel in ihrer ganzen Ausdehnung, sucht vom Knochen so viel wie möglich zu erhalten. Auf eine Anpassung der Knochenflächen an einander legt er keinen Werth, sondern presst nach Beendigung der Operation die Knochen mit aller Gewalt zusammen und fixirt sie so durch einen Gipsverband.

H. Stettiner (Berlin).

31) **Ouvry.** Tumeur ostéo-cartilagineuse mobile de la région antéro-externe du genou s'enfonçant derrière le tendon rotulien.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 1.)

Es handelt sich um einen kahnförmigen, ca. 5 cm langen, $3\frac{1}{2}$ cm hohen, $2\frac{1}{2}$ cm dicken Körper, welcher an der bezeichneten Stelle frei neben und hinter dem Ligam. patellae gefunden wird. Ein 2 Monate vor dem ersten Fühlen des Körpers geschehenes Trauma, ein Schlag gegen das Knie, musste für bedeutungslos gehalten werden; in 10 Monaten der Beobachtung hat sich der Körper langsam vergrößert. Die Knorpeldecke war an einer Stelle sehr dünn, der innere Knochenkern tritt hier sehr nahe an die Oberfläche, so dass die Möglichkeit besteht, dass ursprünglich ein Stiel vorhanden gewesen sein mag, der nachmals abbrach. Im Übrigen ist die Entstehung des Körpers dunkel und speciell zweifelhaft, ob es sich um eine Exostose oder frei extraartikulär entwickelten Fremdkörper handelte, vielleicht auch um ein ossificirendes Enchondrom aus dem Zellgewebe.

H. Frank (Berlin).

32) **Loew.** Kondylenbrüche des Kniegelenks.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 422.)

33) **Derselbe.** Über Heilungsergebnisse von Unterschenkelbrüchen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz, eine statistische Studie.

(Ibid. p. 462.)

Beide Arbeiten, aus Bardenheuer's Abtheilung im Kölner Bürgerhospital hervorgegangen, haben ein wesentlich praktisches Interesse, indem sie Belege für die große Wirksamkeit der von Bardenheuer generell geübten Behandlung der Frakturen mittels permanenter Extension beibringen. Die Zahl der Kniegelenks-kondylenbrüche — seit 1890 bis jetzt — beträgt 11, von welchen 2 an interkur-renten Krankheiten starben, bei einer blödsinnigen Pat. wegen zweckwidrigen Verhaltens derselben kein ordentliches Resultat erzielbar war, 2 ein befriedigendes, wenn auch nicht tadelloses Resultat gewannen, die anderen 5 aber ohne jede Funktionsstörung geheilt sind. Hervorzuheben ist, dass außer der allgemein ge-übten Extension in der Beinlängsachse, welche aber weit über die Bruchstelle hinausreichend angelegt wird, bei Bardenheuer die Dislokation der abgespreng-ten Kondylen durch durch einander greifende Querrüge korrigirt wird. Der gleich-mäßige Druck der Extensionsschleifen bewirkt dabei gleichzeitig eine prompte Resorption des Hämarthros. Über die anatomischen Details und die Ätiologie dieser Frakturen verweisen wir auf die Originalarbeit.

Was die Statistik der Unterschenkelbrüche betrifft, so ist das Heilungsergebnis der 167 Pat. mit unkomplizierten Frakturen mit Hilfe der Akten der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, bei denen dieselben versichert waren, in authentischer Weise festgestellt. Das Resultat muss als ausgezeichnet, ja unüber-trefflich bezeichnet werden und lässt die Resultate, welche in den analogen Zu-sammenstellungen von Hänel (s. d. Centralblatt 1895 p. 162) und Jottkowitz (s. d. Centralblatt 1896 p. 558) mitgeteilt sind, weit hinter sich. Von sämt-lichen Pat. wurde nur einer (mit 50% Rente) dauernd invalid, alle übrigen sind völlig erwerbsfähig entlassen, und zwar durchschnittlich 70% derselben noch vor dem 91. Tage, während die durchschnittliche zur Wiederherstellung erforderliche Zeit 101 Tage betrug. Die Bardenheuer'sche Behandlung besteht auch hier in permanenter Extension, deren Heftpflasterstreifen stets, auch bei Knöchel-bruch, über das Knie hinaus gelegt werden. Bei Knöchelbrüchen wird in den Steigbügel der Extensionsschleife nicht wie sonst ein Brettchen gefügt, sondern die beiden Schenkel der Heftpflasterschleife durch eine Schnalle, welche der von Hosenträgern ähnelt, dicht unter der Fußsohle zusammengezogen, wodurch ein beiderseitiger Druck auf die Knöchel und das Sprunggelenk erzielt und die Re-sorption des Hämarthros begünstigt wird. Gegen Spitzfußstellung wird der Vorder-theil des Fußes nach oben hin extendirt, und wo es eine Neigung zu Plattfuß-bildung zu bekämpfen gilt, wird der Fuß in Supinationsstellung gebracht und die longitudinale Extension nicht gerade nach unten, sondern schräg nach der Körper-mittellinie geleitet, oberhalb der Knöchel aber ein Querzug nach außen ange-bracht. Vor Ablauf der 5. Woche darf auch bei leichtesten Knöchelbrüchen, um vorzeitige Belastung des Fußgelenkes zu vermeiden, Niemand aufstehen. Früh-zeitig werden Massage und Gelenkbewegungen vorgenommen, bei schweren Gelenk-brüchen auch die Krukenberg'schen Pendelapparate gebraucht; für sonstige medicomechanische Apparate wurde kein Bedarf empfunden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **Motta.** Sopra di un nuovo caso di mancanza congenita della tibia.

* (Arch. di ortoped. 1897. No. 2.)

M. stellt 50 Fälle von angeborenem Defekt der Tibia zusammen und fügt 2 eigener Beobachtung hinzu, welche in ihrem Verhalten dem Typus der älteren entsprechen. Die Symptomatologie und die verschiedenen Theorien über die Ätio-logie werden ausführlich besprochen. M. selbst ist geneigt, im Allgemeinen eine neuropathische Entstehung anzunehmen.

Therapeutisch verfuhr er in seinem 1. Falle folgendermaßen: Ein bogenförmiger Querschnitt eröffnete das Kniegelenk; M. löste die hinten und innen vom Condylus externus durch ein ringförmiges Band befestigte Fibula, resezirte 1 cm vom Condylus externus, und als sich auch dann die Fibula noch nicht in Extension und Kontakt mit dem Femurrande bringen ließ, höhle er in dem Spatium intercondyloideum eine Grube aus, in welche sich die Fibula nunmehr einpflanzen ließ.

Es resultirte ein in Streckstellung von 170° befindliches Bein. Anfangs bestand eine gewisse Beweglichkeit im Knie, die aber später geringer wurde. Indem zugleich der Fuß in Spitzfußstellung immobilisirt wurde, gelang es, die Verkürzung des Beines völlig auszugleichen.

Ähnlich ging Autor im 2. Falle vor, nur konnte er, weil die Femurkondylen nur eine konische Masse bildeten, die Grube nicht an ihrem Ende, sondern an der Vorderfläche des Femurendes anlegen. Die vorher bestehende hochgradige Flexion des Unterschenkels ließ sich zunächst bis auf 110° ausgleichen, eine später ausgeführte offene Achillotomie erzielte jedoch völlige Streckung. Außerdem wurde das untere Fibulaende in eine Grube des Talus eingepflanzt, so dass Spitzfußstellung resultirte (der Fuß stand vorher in hochgradiger Varusstellung neben der Fibula). Auch hier gelang es also durch einen verhältnismäßig einfachen und kaum blutigen Eingriff, ein brauchbares Bein herzustellen. Verf. hebt diesen Vorzug seines Vorgehens gegenüber z. B. der Bardenheuer'schen Operation hervor. Die Kinder waren 7 Monate resp. 2½ Jahre alt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

35) **L. L. Lewschin.** Über eine neue Methode der osteoplastischen Verlängerung des Unterschenkels nach Exartikulation des Fußes.

(Sitzung der Moskauer Chirurgen-Gesellschaft 1897. Februar 25.)

Bei einer 23jährigen Pat. entstand nach complicirter Fraktur ausgebreitete Nekrose des unteren Endes der Tibia, des Talus und Calcaneus. L. bildete einen Hautlappen durch 2 Längsschnitte zu beiden Seiten des Fußes, die er durch einen Querschnitt über die Mitte der Metatarsi verband; nun wurden die Basen der Metatarsi quer durchsägt, das Cuneiforme I und die Basis metatarsi I entfernt (als unnöthig für den Lappen). Dann durchsagte L. in einer dem Fußrücken parallelen Ebene die Basen der 4 Metatarsi, die Cuneiformia II und III, das Cuboideum und Naviculare, exartikulierte im Chopart'schen Gelenke, sägte das untere Ende der Tibia und Fibula wie in der Syme'schen Operation ab und nähte endlich die Knochenflächen zusammen. Heilung. Verkürzung der Extremität um 4 cm.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

36) **Taruffi.** Due casi di malattia del Morton.

(Arch. di ortoped. 1897. No. 1.)

2 Fälle, darunter einer vom Verf. an sich selbst beobachtet und genau beschrieben. Beginn mit neuralgischen Schmerzanfällen in der 4. Zehe, darauf Röthung und subkutanes Ödem auf dem Fußrücken und unter dem Metatarsusköpfchen. Später bildete sich eine Subluxation desselben nach der Planta hin aus.

Bezüglich der Pathogenese des Leidens glaubt T., dass ein Ödem der Zehen schwer eintreten wird, weil die Aponeurosen ringsum die Zehe einschneiden, auch mit dem Überzug der Metatarsusköpfchen in Verbindung stehen. Dagegen wird ein tiefes Ödem speciell bei Periostitis sich nach dem Fuß zu ausbreitend dort an den Tag kommen. Ob eine Neurose zu Grunde liegt, lässt er unentschieden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagehandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32.

Sonnabend, den 14. August.

1897.

Inhalt: A. Obaliński, Zur Technik der Schädeltrepanation. (Original-Mittheilung.)

- 1) Afanasjew, Infektion durch Granulationsgewebe. — 2) Rose, Starrkrampf. —
3) Ucke, Erysipel. — 4) Lévai, Karbolgangrän. — 5) Hübener, Jodoformresorption. —
6) Vámosy, Anäsin. — 7) Herzog, Wiederbelebungsverfahren. — 8) Gutmann, Holocain.
— 9) Lommel, Diphtherische Ohrleiden. — 10) Riborg, Rhinitis. — 11) Rasumowsky,
Nasenrachenpolypen. — 12) Saenger, Sprachstörungen. — 13) Fraenkel, Gaumenhochstand.
14) Morestin, 15) Czerny, Karbolgangrän. — 16) Bazy, 17) Broca, 18) Klemm, Tetanus.
— 19) Putnam, 20) Edes, Hyperostosis cranii. — 21) van Nes, Schädelbasisbrüche.
— 22) v. Bergmann, Cephalhydrocele traumatica. — 23) Lloyd, Kleinhirngeschwulst. —
24) Schwarz, Trigeminiresektion. — 25) Alt, Ohrleiden. — 26) Martens, 27) Prym,
Kiefergeschwülste. — 28) Linda, Neuralgie durch Zahnverlagerung. — 29) Berger,
Hasenscharte. — 30) Well, Noma. — 31) Schwarz, Gesichtsaktiomykose. — 32) v. Hacker,
Rhinoplastik. — 33) Manasse, Nasenschleimhautgeschwülste. — 34) Walliczek, Nasen-
scheidewandpolypen. — 35) Schwendt, Choanenverschluss. — 36) Bönninghaus, Choanen-
verlagerung. — 37) Schmiegelow, Adenoide Vegetationen. — 38) Lyot und Petit, Carotis-
aneurysma.

Zur Technik der Schädeltrepanation¹.

Von

Prof. Dr. A. Obaliński in Krakau.

Seit man sich mit der Trepanation des Schädels beschäftigt, hat sich — namentlich in der letzten Zeit — die Technik dieser Operation entwickelt, welche nicht allein bei Verletzungen, sondern überhaupt um zu den Organen in der Schädelhöhle zu gelangen, theils zu therapeutischen, theils zu diagnostischen Zwecken ausgeführt wurde.

In erster Reihe ist die osteoplastische Operationsmethode nach Wagner und die Einheilung von Celluloidplatten nach Fränkel oder von ausgebeißelten Knochenscheiben nach Mac-Ewen und Keen, endlich die osteoplastische Methode nach Schönborn und König zu erwähnen.

¹ Dieser Vortrag, welcher für den internationalen Kongress in Moskau bestimmt war, kann wegen eingetretener Hindernisse dortselbst nicht abgehalten werden.

Welche dieser Methoden wir immer anwenden, ist es gewiss, dass wir heute zur Erreichung dieses Zwecks die bereits veralteten Instrumente, wie den Trepan und Trephinen, nicht mehr in Anwendung ziehen, sondern unsere Zuflucht zu einfacheren, aber auch eine größere Geschicklichkeit des Chirurgen erheischenden Instrumenten, d. i. zum Meißel und Hammer, nehmen werden.

Jeder etwas mehr beschäftigte Chirurg wird zugeben, dass uns in sehr vielen Fällen die 2 letzterwähnten Instrumente voll ausreichen, um den alle Erwartung übersteigenden Effekt zu erreichen.

Da wir nun einerseits mit den stets zunehmenden Kenntnissen der Krankheitsprocesse im Gehirn und der daraus folgenden genaueren und viel sichereren Diagnose der letzteren zu immer ausgedehnteren Osteotomien des Schädels ermuthigt werden, andererseits aber einige von diesen Krankheitsprocessen ein viel milderes Verfahren erheischen, sannen die Chirurgen über die Ersetzung dieser primitiven Instrumente durch andere nach, um so mehr, als manche Chirurgen begründete Furcht vor diesem einfachen aber etwas rohen Verfahren hatten (Salzer).

Die neuste Ausbeute in technischer Hinsicht sind die kreisförmigen Rotationssägen, welche durch Kurbeldrehungen in Thätigkeit gesetzt werden — wie bei den Zahnärzten die Bohrmaschine nach White mit Fußbetrieb oder solche, die unter Vermittlung eines Accumulators durch einen Elektromotor in Bewegung gesetzt wurden, wie vor 2 Jahren v. Bergmann auf dem deutschen Chirurgenkongress einen solchen gezeigt hat. Da aber diese Maschinen recht theuer sind, und nicht jeder Chirurg sich leicht eine solche anschaffen kann, darf es Niemanden wundern, wenn sie darüber nachsannen, wie sie sich ihre Arbeit auf andere Weise erleichtern und abkürzen könnten.

Dahlgren, Docent der Chirurgie an der Universität in Upsala, beschrieb 1896 in No. 10 des Centralblattes für Chirurgie ein neues Trepanationsinstrument, mit dem man leicht und ohne Erschütterung die Schädelknochen in jeder gewünschten Richtung durchtrennen kann, wovon ich mich in einem Falle überzeugen konnte, in dem ich zu diagnostischen Zwecken die osteoplastische Schädeltrepanation nach Wagner ausführen musste.

Gerade bei Anwendung dieses Instruments verfiel ich auf die Idee, den Schädelknochen von innen aus zu sägen, und lege hier meine Methode vor, die ich für besser als die an sich gute Dahlgren'sche halte, da sie sich in kürzerer Zeit und mit geringerer Anstrengung und Ermüdung des Operateurs ausführen lässt.

Zur Durchtrennung der Schädelknochen nach meiner Methode bedarf man zweier in der letzten Zeit hergestellten Instrumente, welche heute ein beschäftigter Chirurg nicht entbehren kann: des Perforateurs mit der Krone nach Collin und der Drahtsäge nach Gigli.

Man umschneidet in den weichen Schädeldecken einen zungenförmigen Lappen, hebt die Beinhaut etwas ab und bohrt nun mittels

der feinen Krone des Collin'schen Perforateurs je nach der Größe des Hautlappens 5—7 Öffnungen durch die ganze Dicke des Schädelknochens bis zur harten Hirnhaut hindurch, von denen 2 an der Basis des Lappens, eine an dessen Scheitel, die übrigen Öffnungen gleichmäßig vertheilt an dessen Seiten zu liegen kommen. Sodann hebt man in der Richtung von einer zur anderen Öffnung die harte Hirnhaut mit einem feinen Elevator vom Schädelknochen ab, leitet von einer Öffnung zur anderen eine dicke Ohrsonde oder eine entsprechend gebogene Deschamps'sche Nadel oder endlich eine halbkreisförmig gebogene Kanüle durch und führt mittels dieser leicht die feine, biegsame Drahtsäge nach Gigli durch, mit der man nun ohne jede Kraftanwendung und Erschütterung den Schädelknochen von innen nach außen durchsägt.

Weder mit dem Meißel noch mit der durch einen Mechanismus in Bewegung gesetzten Kreissäge ist man im Stande, so bequem und sicher den Schädelknochen an der Basis des Hautlappens ohne dessen Berührung zu durchsägen, wie eben durch diese von mir geübte Methode. Dieselbe gestattet auch, den Haut-Knochenlappen an seiner Basis weniger schmal, wie es die anderen Methoden erheischen, anzulegen, so dass wir mit Leichtigkeit und in kurzer Zeit einen großen Abschnitt des Gehirns bloßlegen können und doch einen breitgestielten, großen und gut ernährten Haut-Periostlappen zur Verfügung haben, der geeignet ist, in die Trepanationslücke vollkommen gut einzuheilen.

Im Verlauf mehrerer Monate hatte ich Gelegenheit, diese meine Methode in einigen Fällen von Schädeltrepanation auszuführen, und da ich mich dabei durchaus von ihrem Werth überzeugt habe, übergebe ich sie den Fachkollegen zur geneigten Nachahmung.

Es ist selbstverständlich, dass in traumatischen Fällen ein guter Meißel und Hammer allen anderen Instrumenten vorgezogen werden dürfte, obwohl sich auch hierbei manchmal die Gelegenheit darbieten wird, die Drahtsäge in Anwendung zu ziehen.

1) N. N. Afanasjew. Über Infektion des thierischen Organismus mit pathogenen Mikroben durch Granulationsgewebe.

Diss., Moskau.

Experimentirt wurde an Vierfüßlern mit Anthraxbacillen, an Vögeln mit *Vibrio Metschnikowi*. 1) Durch unbeschädigte Granulationen findet keine allgemeine Infektion statt; die Thiere gehen nicht zu Grunde. 2) Nach Überstehen dieses Experiments werden die Thiere meist immun gegen neue Infektion frischer Wunden mit denselben Mikroben. 3) Mikroskopisch fand A. eine immer weiter gehende Zerstörung der Keime in den Granulationen, wobei die Phagocytose nicht die Hauptrolle spielt. 4) Reinkulturen, aus den Granulationen nach 3—12 Stunden gezüchtet, erscheinen abgeschwächt.

In der Arbeit A.'s findet sich eine genaue Darstellung der Litteratur über die Resorption in den Granulationen, über den Kampf des Organismus mit pathogenen Keimen und über das Wesen der Immunität.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

2) E. Rose. Der Starrkrampf beim Menschen.

Deutsche Chirurgie Lfg. 8. Stuttgart, F. Enke, 1897.

»Quod vidi, scripsi — non »ad narrandum sed ad probandum« ist das Motto zu dem vorliegenden Werk. Und in der That stehen R.'s außerordentlich große Erfahrungen, welche er durch persönliche Beobachtung von 96 Tetanusfällen und durch das Material von 124 solcher in Bethanien aufgenommen gewesener gewonnen, überall im Vordergrund des Werkes, um mit ihnen, sei es durch die ausführlich wiedergegebenen einzelnen Krankengeschichten, sei es durch das Ergebnis statistischer Verwerthung der gesammten, vielfach tabellarisch zusammengestellten Fälle den Standpunkt des Verf. zu rechtfertigen, entgegengesetzte Ansichten anderer Forscher zu widerlegen oder zwischen jenem und diesen zu vermitteln. Und in welcher ausgezeichneten Weise ist dies R. gelungen! Geistvolle Darstellung und Kritik, eine Fülle von Gelehrsamkeit, erstaunliche Beherrschung der einschlägigen Litteratur, dies Alles neben jenem Reichthum persönlicher Erfahrungen stemmelt das Werk zu einem aus der Masse der chirurgischen Litteratur weit und glänzend hervorragenden und sichert ihm einen mehr als vorübergehenden Werth.

In der Einleitung betont R. zunächst, dass er noch heute festhalte an den in seiner früheren, dem Jahre 1868 angehörenden Bearbeitung des vorliegenden Themas aufgestellten Fundamentalsätzen, dass als das Wesen in der Erscheinung des Starrkrampfs die andauernde gleichmäßige Zwangsverkürzung der Muskeln — die Starre —, nicht die erhöhte Reflexerregbarkeit anzusehen sei, dass der typische Ablauf dieser Krankheit im Gehirn beginne, nicht mit Erhöhung der Reflexerregbarkeit, und das Rückenmark mit seinen Nerven bis zum Tode unbetheiligt bleiben könne. Nachdem er im Weiteren sich mit der Lehre vom Pleuro- und Emprosthotonus beschäftigt, bezüglich deren Vorkommens an einem normal gebauten Menschen es nach R. bisher an exakten Beweisen fehlt, geht Verf. zur Besprechung der 6 verschiedenen Stadien des Starrkrampfs über, den er je nach der Höhe und Schnelligkeit der Entwicklung, so wie nach der Dauer in verschiedene Formen — Tetanus perfectus und incompletus, Tetanus vehemens und lentus, Tetanus celer und tardus eintheilt. Unter Betonung des Gesetzmäßigen in der Entwicklung der beiden ersten Stadien, der Kiefer- und der Nackenstarre, bespricht R. diese in ihrem leichtesten bis zu ihrem höchsten Grade (Rücken-, Bogen-, Knie-, Fußstarre), eben so die weiteren Stadien »der freiwilligen Stöße«, der Reflexstöße — mit Hervorhebung solcher Fälle, wo sich nur beim Schluckakt eine erhöhte Reflexerregbarkeit zeigt (Tetanus hydrophobicoides) —, und der Erschöpfung, in welcher

letzterem Stadium der Tod unter Eintritt von Kieferlähmung oder krampfähnlicher Flexur beider Arme bei excessiver Temperatursteigerung erfolgen kann, und erörtert schließlich noch die Frage, ob es ein Vorbotenstadium des Starrkrampfs gebe, mit dem Ergebnis, dass er derartige Angaben über die »Aura tetanica« als auf missverständlicher Auffassung theils der ersten leisen Anfänge des bedachtsamen Tetanus selbst, theils lokaler Entzündungserscheinungen beruhend bezeichnet. — Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit dem »Mitleiden des Körpersystems« beim Tetanus, dem Fieber, den prä- und postmortalen Temperatursteigerungen etc., so wie mit der Differentialdiagnose gegenüber Meningitis, Hirnabscess, Eclampsia potatorum, dem Verhältnis des Tetanus zur Hydrophobie und den Gegensätzen gegen den »elektrischen« und »toxischen« Tetanus, um mit der Besprechung der pathologischen Anatomie, in der der bisher völlig negative makroskopische Befund beim Starrkrampf festgestellt wird, den ersten Hauptabschnitt des Werkes zu beenden.

Der zweite, dritte und vierte handelt von der Ätiologie des Tetanus. Zur kurzen Andeutung der Genese lässt R. die 3 Bezeichnungen Tetanus traumaticus, rheumaticus und spontaneus gelten, hebt indess von vorn herein hervor, dass auf den Verlauf die Genese gar keinen Einfluss ausübe. Bezüglich des Tetanus traumaticus stellt er 5 Typen auf: 1) Tetanus bei unreinen Wunden (Fremdkörper-Tetanus). 2) Tetanus bei brandiger Beschaffenheit der Wunde. 3) Tetanus bei Entzündung. 4) Tetanus bei Sepsis, und 5) Tetanus bei verlangsamter Wundreinigung, reiht ihnen später aber noch einige andere — Tetanus nach Kastration, Herniotomie u. a. Operationen — an, um als Gemeinsames all dieser Typen von Wunden gewisse, von der Norm abweichende Verhältnisse und das Auftreten des Tetanus besonders »bei unreinen eindringenden Wunden, ehe sie sich durch eine Granulationsschicht eine Schutzdecke gebildet haben«, hervorzuheben. Nachdem R. dann weiter gezeigt, dass der Impftetanus der Thiere in seinen Abweichungen vom Wundstarrkrampf der Menschen auf der verschiedenen Organisation der Vierfüßler beruhe, die Natur, Wirkungsweise des Tetanusgiftes, die Verbreitung der Tetanusbacillen, das Verhältnis der Wunde zur Ansteckung eingehend besprochen, präcisirt er seinen Standpunkt zu der Frage des Vorkommens von Tetanus nach inneren Leiden dahin, dass er dasselbe für möglich hält, wenn im Innern in Wunden oder frischen Geschwüren der Schleimhaut Tetanusbacillen eingedrungen waren. Eben so fasst er den Tetanus neonatorum, den Tetanus puerperalis als einen traumatischen auf, nur dass der verschiedene Hintergrund bei diesen Abarten, eben so wie der des Alkoholismus chronicus beim Säufestarrkrampf, dem an sich in keiner Beziehung von dem des gewöhnlichen Tetanus abweichenden Bilde jedes Mal ein besonderes Kolorit gebe. Ganz anders ist dies bei dem nach Wunden im Bereich des N. facialis, mit Drucklähmung dieses Nerven auftretenden sogenannten Facialistetanus, wo es sich thatsächlich um

eine wesentliche Abweichung in der Gestaltung des Krankheitsbildes handelt.

Von großem Interesse sind die folgenden Kapitel über den Tetanus athyrotus, über die einer Infektionspforte entbehrenden Fälle von Tetanus, wie er bei subkutanen Knochenbrüchen und Verrenkungen, Quetschungen, nach erfolgter Wundnarbenbildung, ferner nach Nacken- und Kopfstößen und selbst ohne solche traumatische Momente in fast unmittelbarem Anschluss an eine Erkältung auftreten kann. Dieser, durch Schnelligkeit des Ausbruchs ausgezeichnete, nicht selten auch mit anderweitigen, aus gleicher Ursache entstandenen rheumatischen Affektionen einhergehende Tetanus rheumaticus, welcher im Übrigen dieselben Verlaufsformen darbietet, wie der Tetanus traumaticus, kann auch — epidemisch im Frieden und im Kriege — bei Verwundeten vorkommen, eben so wie es auch einen rheumatischen Narben- und Stoßstarrkrampf, einen rheumatischen Facialis-tetanus giebt. Selten sind die Fälle von dem gleichfalls von den anderen Formen des Tetanus nicht abweichenden Tetanus spontaneus oder verus, bei dem auch die sorgfältigste Untersuchung kein einziges der bisher genannten ätiologischen Momente ergiebt.

Wie lässt es sich nun vereinigen, dass eine und dieselbe Krankheit sich aus so verschiedenen Ursachen entwickeln kann? R. antwortet darauf wie folgt: »Der Starrkrampf ist für mich eine Hirnkrankheit, welche, wie die Epilepsie, ohne bekannte Ursache rein aus sich, aber auch in Folge von Gewalttaten gegen das Nervensystem entstehen kann. In den meisten Fällen bildet sie sich auf toxischem Wege durch eine Giftwirkung, ein unbekanntes Tetanusgift, aus, das sich schnell durch Erkältung im Körper, aber auch in mehreren Tagen in subkutanen Wunden unter dem Einfluss der anaëroben Tetanusbacillen herstellen kann«.

Was das Inkubationsstadium des Tetanus betrifft, so ergiebt sich aus den vom Verf. gegebenen Tabellen, dass fast in der Hälfte der Fälle der Tetanus erst in der 2. Woche nach der Verletzung, in $\frac{1}{3}$ in der ersten Woche ausbricht, und die verspäteten der 3.—4. Woche zusammen nur $\frac{1}{5}$ der Fälle bilden. Weiterhin zeigt Verf., dass der frühe Starrkrampf in $\frac{7}{10}$ aller Fälle ein heftiger ist, Keiner mit dem Leben davon kommt; bricht er in der 2. Woche aus, so ist schon in der Minderzahl der Fälle der Tetanus ein heftiger; geschieht der Ausbruch noch später, so kommt es nur in $\frac{1}{5}$ der Fälle noch zu einem Tetanus vehemens. Nachdem R. eine Reihe weiterer, die Prognose des Tetanus betreffender Fragen erörtert, aus dem Material des Guy's-, Glasgow'- und Bethanienhospitals, so wie des Secessionskrieges, welches im Ganzen 716 Tetanusfälle umfasst, die Sterblichkeitsziffer auf 88% berechnet und die bleibenden Nachtheile beim Starrkrampf geschildert, beendet er sein Werk mit dem wichtigen Abschnitt über die Behandlung des Tetanus. Den Werth der Prophylaxe — sorgfältige Behandlung der Wunden, besonders der verunreinigten (Splitter etc.), Verhütung nachträglicher Infektion mit

Erde und Staub; Sauberkeit der Hände des Pat. und der Speisen, der Utensilien für den Krankengebrauch, der Bettwäsche; Vermeidung, Verletzte auf bloßes Stroh zu betten, etc. — ergibt die Thatsache des Abnehmens bezw. Verschwindens der operativen Tetanusfälle während des letzten Decenniums in Bethanien; auch bei Verbrannten ist in dieser Zeit niemals mehr Starrkrampf aufgetreten. Für die Behandlung des Tetanus empfiehlt R., wo überhaupt in Betracht kommend, vor Allem die lokalchirurgische, außerdem die mittels Roborantien und Narkoticis (Morph., Chloral); die Chloroformnarkose kann für den erstgenannten Zweck, wie für die Durchführung ausreichender Ernährung — bei ausgebildetem Zahnschluss — von Werth sein. Bezüglich der Amputation äußert sich R., 42 Fälle von Heilung des Tetanus nach solcher zusammenstellend, dahin, dass sie unter allen Heilmethoden des Starrkrampfs zwar die verstümmelndste, aber auch die bewährteste sei, keine andere in geeigneten Fällen so radikal die Hauptaufgabe bei der Behandlung löse, nämlich den Bacillenherd ganz und gar auszurotten; sie sollte desshalb möglichst frühzeitig und womöglich im Gesunden stattfinden. Was schließlich noch die Resultate der Behandlung des Starrkrampfs mit Heilserum anlangt, so weist R. auf Grund der von ihm aus der Litteratur gesammelten 65 Fälle nach, dass sich für die schweren (die heftigen und frühen) Fälle ein Erfolg nicht herausgestellt habe; »wir sind bis jetzt nicht im Stande, nach unserem Maßstabe einen für die Heilserumtherapie beim Tetanus beweiskräftigen Fall anzuführen«.

Im Vorstehenden haben wir versucht, R.'s Standpunkt zu einer Reihe besonders wichtiger Fragen kurz wiederzugeben. Möge das Gebotene dazu anregen, das schöne Werk selbst zu studieren, an welchem wir nur das Eine, was den sonstigen, bisher erschienenen Lieferungen der deutschen Chirurgie nicht fehlte, ein genaues zusammenstellendes Litteraturverzeichnis, vermisst haben.

Das Werk ist von R. »der hohen Protektorin von Bethanien, Ihrer Majestät der Kaiserin Auguste Victoria beim 50jährigen Bestehen des Krankenhauses Bethanien ehrfurchtvoll gewidmet«.

Kramer (Glogau).

3) A. Ucke. Ein Beitrag zur Epidemiologie des Erysipels.

(Centralblatt für Bakteriologie Bd. XXI. No. 8—10.)

Bei Gelegenheit einer im Winter 1894—1895 in Warschau herrschenden Erysipelepidemie fand U. Gelegenheit, im Warschauer Ujasdow-Militärhospital die chirurgische Station einer genauen Untersuchung auf das Vorkommen von Streptokokken im Staube derselben zu unterziehen, auf welcher im Lauf von 5 Monaten 19 Erysipelfälle zur Beobachtung gelangten. Die Wände der Station werden alljährlich getüncht, sind vollkommen glatt und besitzen keinerlei Unebenheiten und Hervorragungen, der hölzerne Fußboden wird ausschließlich mit feuchten Lappen gewischt. Es gelang, in dem Staub von Drahtnetzen, welche die Ventilationsöffnung abschlossen, und

deren Rahmen Streptokokken nachzuweisen, mit denen experimentell am Kaninchenohr typisches Erysipel erzeugt werden konnte. Von Interesse ist der Umstand, dass eine dieser Ventilationsöffnungen sich einige cm über dem Fußboden am Kopfende eines Bettes befand, auf welchem wiederholt Erysipelfälle zur Beobachtung gelangt waren. Auch aus dem Luftstaub des Krankensaales gelang in einem Falle der Nachweis von Streptokokken.

Bezüglich der Herkunft solcher Keime macht U. auf die Desquamationsperiode beim Erysipel aufmerksam und betont, dass nach v. Lingelsheim ein großer Prozentsatz der Erkrankungen der oberen Luftwege durch Streptokokken bedingt ist, und dass das Sekret solcher Kranken (aber auch scheinbar Gesunder, Ref.) durch Niesen, Räuspern, Husten, Sprechen u. dgl. nur allzuleicht in die Luft, auf den Fußboden und andere Gegenstände gelangt, austrocknet, zerstäubt wird und gelegentlich zur Infektion führt.

Hübener (Breslau).

4) J. Lévai (Budapest). Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung diluierter Chemikalien auf die lebenden Gewebe, mit besonderer Rücksicht auf die Karbolgangrän.

(Pester med.-chir. Presse 1897. No. 8 u. 10—12.)

L. hat unter 20417 Pat., welche in der chirurgischen Ordination und im Spital der »Allgemeinen Arbeiterkrankenkasse« Hilfe suchten, 26mal Karbolgangrän beobachtet, welche in 12 Fällen nach Anwendung von schwacher Karbollösung, in 14 anderen Fällen durch konzentriertes Karbol verursacht wurde. Die diesbezüglichen Krankengeschichten mögen im Original nachgesehen werden. In nahezu allen Fällen wurde die Karbollösung ohne ärztlichen Rath zu Umschlägen und feuchten Verbänden verwendet, welche zur Mumifikation der Weichtheile, zumeist aber zur Gangrän der Phalangen und der ganzen Finger führten.

L. konnte in der diesbezüglichen Litteratur nur 42 Fälle von Karbolgangrän zusammenstellen, ist jedoch der Ansicht, dass diese viel häufiger vorkommt, als es bekannt wird. Die Erklärung liegt einmal darin, dass derartige Beobachtungen nicht zur allgemeinen Kenntnis gelangen, dass ferner die Karbolgangrän häufig anders gedeutet, lediglich auf andere mitwirkende Ursachen zurückgeführt wird (Lister's Kompressivverband, Esmarch's Binde).

Wenn L. bedenkt, dass die Karbollösung so häufig ohne ärztliche Anordnung von Seiten der Hebammen, Kurfürscher und von Laien, welche sich dieselbe ohne Recept verschaffen können, in der »chirurgischen Praxis« ausgiebig verwendet wird, so schätzt er die Gefahr, welche das Publikum durch äußerliche Anwendung der Säure bedroht, als eine sehr hohe.

Um die Thatsache zu erklären, dass Karbolsäurelösungen, selbst in schwacher Konzentration, in längerer Berührung mit Stellen des Körpers zu Gangrän der Haut oder selbst tieferer Theile führen

können, und von der Erwägung ausgehend, dass hierbei nur die chemische Wirkung dieser Säure in Betracht komme, hat L. Thierexperimente nicht nur mit Karbollösung, sondern auch mit verdünnten Mineralsäuren, ferner mit Essigsäure und Kalilauge angestellt und die sich zeigenden Veränderungen in ihrem ganzen Verlauf untersucht. Das Resultat der Versuche ergab, dass diese Chemikalien bei genügend langdauernder und geeigneter Applikationsweise auch in verdünnten Lösungen ein Absterben der damit in Berührung kommenden Gewebe hervorrufen.

Sehr verdünnte Lösungen oder allzukurze Zeit einwirkende stärkere Konzentrationen rufen in gleicher Weise nur Ödem und Hyperämie hervor. Bei genügend gesteigerter Konzentration oder Einwirkungsdauer verfielen die nach der angewandten Substanz in verschiedener Weise abgetödteten Gewebe alle in gleicher Weise der Mumifikation.

Die histologischen Befunde ergaben für die einzelnen in Anwendung gezogenen Chemikalien, wenn ihre Lösungen die Hornschicht überschritten haben, verschiedene und für das angewendete Chemikale charakteristische Veränderungen der der Nekrose verfallenen Gewebselemente.

Die schwache Karbollösung verändert diese am allerwenigsten; denn, indem sie dieselben tödtet, fixirt sie sie auch in dem Zustande, in welchem dieselben im Augenblick des Absterbens sich befanden. Die Thatsachen, dass die Nekrose bloß an den Stellen auftritt, welche mit den verdünnten Chemikalien in unmittelbarer Berührung waren, und dass das Absterben der Gewebselemente schichtweise gegen die Tiefe vorschreitet, lassen nach Verf.s Überzeugung die Gangrän nur auf eine direkte, lokale chemische Einwirkung der angewendeten Substanzen auf die Gewebsbestandtheile zurückführen.

Verf. warnt vor der Anwendung selbst sehr verdünnter Lösungen von Karbolsäure in Form von Umschlägen und von feuchten Verbänden etc. und stellt das Verbot des Handverkaufes dieser Substanz in den Apotheken und Droguerien als dringende Forderung hin, um weiterem Unglück für das Laienpublikum vorzubeugen.

Gold (Bielitz).

5) Hübener. Über die mechanischen Verhältnisse bei der Resorption von Jodoform.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Angeregt durch einige in der Klinik Mikulicz's beobachtete Todesfälle, welche den dringenden Verdacht auf akute Jodoformintoxikation erwecken mussten, hat H. gegen 50 Thierversuche angestellt, welche ihn zu folgenden Ergebnissen führen:

1) Eine verschiedengradige Giftwirkung zwischen dem ganz fein pulverisirten und dem grobkristallinischen Jodoform ist durch Thierexperimente nicht nachweisbar.

2) Das feingepulverte Jodoform wird bedeutend rascher wie das grobkrySTALLINISCHE durch die Lymphbahnen weiter verbreitet und aufgelöst.

3) Dem Jodoform kommen bei intraperitonealer Anwendung deutlich entzündungserregende Eigenschaften zu.

4) Dasselbe führt zur excessiven Bildung von peritonealen Adhäsionen und Strängen.

5) Aus diesem Grund und wegen der hohen Intoxikationsgefahr beschränke man die Anwendung der Jodoformgaze zur Tamponade der Bauchhöhle aufs äußerste und ersetze dieselbe womöglich durch einfache sterile Gaze.

6) Die Jodoformkrystalle zerfallen zum großen Theil bei ihrer Auflösung im Gewebe in kleine bläschenförmige Granula.

7) Das Jodoform erleidet vor seinem endgültigen Zerfall in seine chemischen Komponenten eine Umwandlung in complicirte Jodverbindungen, deren Natur uns nicht bekannt ist. Zu seiner Wirkung auf die Gewebe bedarf es einer vorherigen Lösung in Fetten nicht.

Hofmeister (Tübingen).

6) Vámosy. Anäsin, ein neues Lokalanästheticum.

(Ungar. med. Presse 1897. No. 21.)

Anäsin ist die wässrige Lösung des Acetonsäuretrichlorids, oder einfacher des Acetonchloroforms. Verf. konnte eine ca. 1%ige wässrige, entschieden anästhesirende Lösung herstellen, deren Wirkung jener 2—2,5%iger Cocainlösungen entspricht. Das Mittel wurde im Thierexperiment versucht und geprüft und auch beim Menschen wiederholt mit gutem Erfolg in Anwendung gebracht.

Die Vorzüge des »Anäsins« gegenüber Cocain sind nach Verf.'s Ansicht »unschätzbare«, die Lösung ist steril, verdirbt beim Stehen nicht, zeigt absolut keine lokale Reizwirkung, und geht ihm jedwede allgemeine toxische Wirkung ab.

Gold (Bielitz).

7) S. W. Herzog. Zur Beurtheilung einiger Wiederbelebungsverfahren bei Asphyxie während allgemeiner Narkosen.

(Wratsch 1897. No. 18. [Russisch.])

H. versuchte die König-Maass'sche und die Schüller'sche Methode an Hunden, erstere in 23, letztere in 9 Fällen. Nach Aufhören der Herzthätigkeit wurde 1—2 Minuten gewartet und dann zur Wiederbelebung geschritten. Die Methode von König führte 12mal, diejenige von Schüller 2mal zum Ziel, spätestens 7 Minuten nach Beginn der »Herzmassage«. Die Narkose wurde durch Chloroform, Äther oder beide zusammen erzielt.

Auf Grund seiner Experimente hält H. die König-Maass'sche Methode für ein mächtiges Mittel bei aufhörender Respiration wie auch bei Herzasphyxie. Die Schüller'sche Methode steht dagegen weit hinter ersterer zurück.

Gltckel (B. Karabulak, Saratow).

8) **Gutmann.** Über Holocain, ein neues Antisepticum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 11.)

G. hat dies von Täuber dargestellte Präparat ausgedehnt in seiner Augenklinik angewandt.

Das Holocain, chemisch ein Diäthoxyäthyldiphenylamidin, ist eine im Wasser unlösliche, schön krystallisirende Base.

Zur Anwendung gelangte eine 1%ige wässrige Lösung des salzsauren Holocains.

Die Versuche erstreckten sich beim Menschen auf 30 Fälle, und zwar bei 8 normalen Augen, in 13 Fällen von Fremdkörpern der Hornhaut, bei 2 Hornhautentzündungen und in 7 Fällen bei Augenoperationen.

Nach 1maliger Einträufelung von 3—5 Tropfen ins Auge trat schon nach 1 Minute totale Anästhesie der Cornea von durchschnittlich 9 Minuten Dauer auf. Die Conjunctiva zeigte geringere Anästhesie. Die Hornhautoberfläche blieb feucht, glatt und glänzend.

In 12 Fällen konnten Fremdkörper aus der Cornea, ohne dass die Pat. eine Spur von Reflexempfindlichkeit zeigten, bequem entfernt werden. Auch am stark entzündeten Auge mit stark injicirter Conjunctiva war die Anästhesie der Cornea nach 1maliger Einträufelung von 4 Tropfen eine vollkommene.

Auf Grund weiterer eingehender Mittheilungen, die sich auf ein sehr mannigfaches ophthalmologisches Material, an dem operative Eingriffe vorgenommen wurden, gründen, empfiehlt G. das Holocain als Ersatzmittel des Cocains zur Nachprüfung am Auge und an Schleimhäuten anderer Körperorgane. **E. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

9) **E. Lommel.** Beiträge zur Kenntniss des pathologisch-anatomischen Befundes im Mittelohr und in den Keilbeinhöhlen bei der genuinen Diphtherie.

Inaug.-Diss., Wiesbaden, **Bergmann**, 1896. 46 S.

Verf. veröffentlicht in der unter Siebenmann's Anregung geschriebenen Arbeit 25 Leichenuntersuchungen des Gehörorgans nach genuiner Diphtherie. Es geht aus denselben hervor, dass das Ohr bei dieser Krankheit meist in einem gewissen Grade mitafficirt ist. In einem einzigen Falle war der Befund normal; in 2 Fällen bestand katarrhalischer Tubenverschluss, 5mal eine Otitis media catarrhalis acuta ohne Exsudation, 4mal eine solche mit nicht eitrigem Sekret, und in 13 Fällen (also 52%) ein eitriges Exsudat der Paukenhöhle. Bei 2 derselben hatte die Erkrankung des Mittelohrs einen diphtherischen Charakter, indem sich speckige, der Schleimhaut fest anhaftende Membranen fanden. Leider wurde die bakteriologische Untersuchung unterlassen.

Was den Verbreitungsweg der Entzündung betrifft, so schließt L. aus dem in der Regel konstatirten Freibleiben der Tuben, dass es sich nicht um einen auf diesem Weg fortgepflanzten Process

handelt, sondern um eine mit der Diphtherie auftretende genuine Erkrankung der Mittelohrräume.

Der Vergleich mit den entsprechenden, von Bezold bei Masern, Scharlach und Typhus ausgeführten Untersuchungen ergibt, dass bei Masern und Scharlach der Entzündungsprocess im Mittelohr meist schwererer Natur ist als bei Diphtherie. Bei Typhus kommen schwere Erkrankungen des Ohres vor, doch sind sie seltener als bei Diphtherie. Besonders hervorzuheben ist, dass bei letzterer Affektion das Trommelfell sehr wenig in Mitleidenschaft gezogen wird.

Die Untersuchung der Keilbeinhöhlen, an 10 Fällen ausgeführt, ergab 1mal normale Verhältnisse, während in den 9 übrigen Fällen die Schleimhaut dieser Höhlen mehr oder weniger stark miterkrankt war. Bemerkenswerth ist, dass es sich in 3 Fällen um hämorrhagische Sinuitis handelte.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

10) N. Riborg. Klinisch-anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca anterior.

Inaug.-Diss., Berlin, Schumacher, 1896. 23 S. Mit 2 Abbild.

Die vorliegende, unter Siebenmann's Leitung ausgeführte Arbeit giebt eine Darstellung des im Jahre 1859 von Siebenmann aufgestellten Krankheitsbildes der Rhinitis sicca anterior.

Da dasselbe in verschiedener Hinsicht ein mehr als specialistisches Interesse darbietet, so heben wir kurz die Hauptpunkte der Ergebnisse R.'s hervor.

Die in Frage stehende Erkrankung scheint häufig vorzukommen; sie bildet $\frac{1}{10}$ der in der Baseler Poliklinik beobachteten Nasenaffektionen. Sie stellt eine auf das knorpelige Septum beschränkte Rhinitis sicca (atrophica) dar. In klinischer Beziehung ist hervorzuheben, dass sie das wichtigste ätiologische Moment für habituelles Nasenbluten so wie für das perforirende Geschwür darstellt. Sie erleichtert ferner die Infektion der Nase mit Tuberkulose, Syphilis, Erysipel und begünstigt die Entstehung der ascendirenden Perichondritis des Septums.

Die histologische Untersuchung ergab erstlich die Umwandlung des Flimmerepithels in Plattenepithel. (Nach den Untersuchungen des Verf. besitzt das normale Septum nur eine schmale Zone von Plattenepithel und ist im Übrigen mit geschichtetem, bewimperten Cylinderepithel bedeckt.) Sodann fanden sich in der Schleimhaut zahlreiche, in hyaliner Degeneration begriffene Zellen, so wie viele Mastzellen und spärliche eosinophile Zellen; ferner viel hämatogenes Pigment.

Die Epitheldecke zeigt eine deutliche Faltenbildung. Sie ist bedeckt von einer Schleimschicht, in der sich eine Substanz findet, welche große Ähnlichkeit mit dem Keratohyalin zeigt. Dieselbe erstreckt sich in die oberste Zellschicht des Epithels, wodurch die große Neigung zu oberflächlichen Verletzungen der Schleimhaut erklärt wird.

Bezüglich der Behandlung ist zu bemerken, dass Aussicht auf Heilung nur besteht, wenn die Behandlung möglichst früh, im akuten Stadium, beginnt. Die Krusten müssen täglich aufgeweicht und die darunter liegende Schleimhaut mit Zink- oder Hebrasalbe mit 10% Bismuth. subnitr. bedeckt werden. Bei Kindern wurde mit Erfolg auch gelbe oder weiße Präcipitatsalbe verwendet.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

11) **W. J. Rasumowsky** (Kasan). Die Operation der Nasen-Rachenpolypen mit vorhergehender Tracheotomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 2.)

Die Operation der Nasen-Rachenraumpolypen ist eine sehr blutige und nach der Statistik sehr gefährliche, und zwar vornehmlich wegen des Blutverlustes. Verf. hält es nun für nöthig, um den Eingriff möglichst wenig blutig zu gestalten, den Pat. erst vorzubereiten. An einem Kranken mit schwerer Anämie soll nicht operirt werden. Die Unterbindung der Carotis externa oder communis, wie sie ausgeführt wurden, sind nutzlos, da es sich hier nicht um eine aktive, sondern um eine passive Stauungshyperämie handelt, welche sowohl durch die eigenartige Lage und Anheftung der Geschwulst an die Schädelbasis, wie durch die begleitende Dyspnoë verstärkt wird. Durch eine präliminare Tracheotomie und durch Elektrolyse kann man nun die Geschwulstmassen ganz wesentlich verkleinern. Wichtig ist ferner die geeignete Wahl der Operationsmethode. Die Oberkieferresektion, welche den besten Zugang giebt, ist nach R.'s Ansicht zu blutig in diesen Fällen. Er zieht den Weg von der Nase aus vor und giebt den Methoden den Vorzug, bei denen die äußere Öffnung in der Höhe der Nasenwurzel angelegt, und bei denen das Septum narium mobilisirt worden ist durch eine Kontinuitätstrennung desselben, d. i. Durchsägung oder Excision. Diesem Vorzug genügen die Methoden von Chassaignac-Bruns und namentlich Ollier, welche Verf. 8mal angewendet hat. Weiter ist von Wichtigkeit die Methode der Geschwulstabtragung. Sie soll möglichst rasch ausgeführt werden. R. bediente sich in den meisten Fällen der galvanokaustischen Schlinge. Gelingt damit die Entfernung der polypösen Massen nicht ganz, so sind die Reste noch herauszureißen, was nie leicht ist. Nach der Entfernung der Geschwulst wird der Rachen mit einem ziemlich breiten Schwamm tamponirt, an dem 2 Fäden befestigt sind, deren einer durch den Mund, deren anderer durch die Nase herausgeleitet wird. Anziehen am letzteren verstärkt die Druckwirkung des Tampons. Die Operation wird vom Verf. nach ausgeführter Tracheotomie und Abschluss des Kehlkopfes gegen die oberen Wege vorgenommen. Trotzdem erlebte er einmal durch einen Zufall Schluckpneumonie. Er hält das Vorausschicken des Luftröhrenschnittes für das allein richtige Verfahren gegenüber der Methode ohne Narkose oder bei hängendem

Kopf. Von den 8 einschlägigen Pat. ist keiner an der Operation zu Grunde gegangen. Die beigegebenen Krankheitsjournale erläutern die interessanten Details der einzelnen Fälle.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

12) **M. Saenger.** Eine neue einfache Vorrichtung zur Beseitigung der durch abnorme Kommunikation zwischen Mund und Mundtheil des Rachens einerseits und Nase und Nasentheil des Rachens andererseits bedingten Sprachstörung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 417.)

S. hat bei einem wegen Gaumenspalte vergeblich operirten Kinde zur Besserung der Aussprache mit Erfolg sogenannte »Nasenventile« tragen lassen. Es sind etwa 6 mm lange Röhrchen von ovalem Querschnitt, deren größter Durchmesser 8 mm beträgt, mit einer am einen Ende des Röhrchens befindlichen, nicht luftdicht eingefügten, nach innen sich öffnenden Thür, welche durch übergestreifte Gummischlauchabschnitte im Naseneingang fixirt wurden. Die Klappenthürchen spielen mit der Athmung, öffnen sich beim Einathmen, schließen sich beim Ausathmen, so wie beim Sprechen. Erzielt wurde vollkommen deutliche Aussprache aller Konsonanten, auch der Verschlusslaute P, T, K etc. Auch das nasale Timbre der Stimme wurde verringert. Zu bemerken ist noch, dass die Ventilthürchen, damit sie nicht luftdicht abschließen, mehrere kleine Löcher enthielten. Von Fall zu Fall ist auszuprobiren, wie weit der Weg, auf den der Expirationsstrom nach außen gelangt, eingengt werden darf. Dem entsprechend werden ein oder mehrere Löcher im Thürchen durch Siegellack oder dgl. geschlossen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) **E. Fraenkel.** Der abnorme Hochstand des Gaumens in seinen Beziehungen zur Septumdeviation und zur Hypertrophie der Rachendachtonsille.

Inaug.-Diss., Basel, Krels, 1896. 59 S. Mit 2 Abbild.

Verf. giebt in der unter Siebenmann ausgeführten Dissertation zuerst eine Übersicht über die vielfach sich widersprechenden Ansichten der Autoren bezüglich der Beziehungen zwischen Gaumenhochstand, Oberkieferverbildungen, Septumabweichungen und Rachentonsillen und sucht sodann die Frage auf Grund der in der Baseler oto-laryngologischen Poliklinik gemachten Beobachtungen der Entscheidung näher zu bringen.

Zur Bestimmung der Gaumenform wurde ein nach Angaben von Prof. Siebenmann verfertigtes Palatometer verwendet, welches erlaubt, in einfacher Weise das Verhältnis von Gaumenhöhe und Gaumenbreite zu bestimmen. Dieses Verhältnis, in Hundertsteln ausgedrückt, giebt den sogenannten Höhenindex, der bei Erwachsenen normalerweise 46, bei Kindern 44 beträgt.

Verf. fand nun, dass bei Verbiegungen der Nasenscheidewand der Höhenindex des Gaumens recht häufig, wenn auch nicht beständig, vergrößert ist. Er betrug bei 29 Fällen im Mittel 56. Der größte Höhenindex entsprach jedoch nicht der stärksten Verbiegung. Abnormitäten in der Bezahnung, wie winklige Knickung des oberen Alveolarbogens (V-Form statt U-Form), ungleiche Choanenweite etc., sind nicht als Begleiterscheinungen der Nasenscheidewandverbiegung aufzufassen.

Zwischen Gaumenhöhe und adenoiden Vegetationen konnte — an dem Material der Baseler Poliklinik — kein Zusammenhang wahrgenommen werden.

Der Umstand, dass Pat., die sich wegen adenoider Vegetationen behandeln lassen, häufig einen hochstehenden Gaumen aufweisen, kommt nach F. daher, dass bei Gaumenhochstand in der Regel die Nase eng und überdies auch von unten her räumlich beschränkt ist, so dass die Rachentonsille viel eher Athmungsbeschwerden verursacht, als bei Pat. mit breitem, niedrigem Gaumen und weiter Nase. Die übrigen Anomalien, wie abnorme Zahnstellung etc., scheinen mit der Hypertrophie der Rachentonsille in keinem Zusammenhang zu stehen.

Was die Entstehung der Septumdeviationen und ihre Beziehung zum Gaumenhochstand betrifft, so hält sie F. mit Trendelenburg, Bloch, Körner, Schech u. A. für eine Folge der Gaumenanomalie und erklärt sie durch Raumbeengung.

Fälle von Septumverbiegung ohne Gaumenhochstand, und umgekehrt, werden von ihm auf eine erbliche Anlage mit Wachsthumskonkongruenz der beiden Skeletttheile zurückgeführt.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

Kleinere Mittheilungen.

14) H. Morestin. Gangrène phénique.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 30.)

Wieder ein Fall von Karbolgangrän bei einem 2jährigen Kinde, dem von seiner Mutter wegen einer geringfügigen Wunde am linken Mittelfinger Karbolwasserumschläge von angeblich sehr schwacher Konzentration 24 Stunden lang gemacht worden waren: Mumifikation und Exartikulation des Fingers im Gelenk zwischen 1. und 2. Phalange.

Dumstrey (Leipzig).

15) Czerny. Über Karbolgangrän. (Aus der chirurgischen Klinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 16.)

Unter Vorstellung von 3 Fällen von Karbolgangrän, von der C. fast in jedem Semester seinen Zuhörern eine neue Beobachtung zu demonstrieren vermag, wiederholt Verf. eindringlich die Warnung, wässrige Karbollösungen, selbst in schwächster Konzentration, zu Umschlägen zu verwenden.

Kramer (Glogau).

16) **Bazy.** De la sérothérapie dans le tétanos.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 186.)

Heilerfolge nach Ausbruch des Tetanus hat B. durch die Serumtherapie bisher nicht erzielen können. Wohl aber glaubt er der präventiven Impfung eine Schutzwirkung beimessen zu müssen. Er beobachtete auf seiner Abtheilung innerhalb Jahresfrist 4 Fälle tödlich endenden Tetanus, sämmtlich von einander unabhängig und allem Anschein nach nicht im Krankenhause, sondern draußen bereits inficirt. In Folge dessen unterwarf er in der Folgezeit alle Fälle, die der Beschaffenheit der Wunden nach die Gefahr einer etwaigen Komplikation mit Tetanus nahe legten, einer Schutzimpfung mit je 10 ccm aus dem Pasteur'schen Institut bezogenen Tetanusserums, im Ganzen 21 Fälle. Seitdem sah er diese Komplikation nie mehr auftreten. Irgend welche schädlichen Folgen der Impfung wurden nicht beobachtet. (Es liegt wohl bei der relativen Seltenheit des Tetanus auf der Hand, dass eine wirkliche Beweiskraft für den Werth der Schutzimpfung dieser Beobachtung nicht beigemessen werden kann. Ref.)

Reichel (Breslau).

17) **Broca.** Cas de tétanos survenu six jours après une brûlure superficielle du membre inférieur gauche. Injection de sérum anti-tétanique. Mort.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 193.)

Die Mittheilung bezweckt nur eine Vervollständigung der Liste der mit Serum behandelten Fälle von akutem Tetanus. 2 Injektionen à 15,0 g wurden gemacht, die erste 12 Stunden, die zweite 27 Stunden nach Ausbruch des Tetanus, außerdem wurde Chloral verabfolgt. Pat. starb 33 Stunden nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen.

Reichel (Breslau).

18) **P. Klemm.** Ein Fall von Kopftetanus; Tetanus mit Facialislähmung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 455.)

Eine 56jährige Frau ging dem Rigaer Krankenhause zu wegen einer durch Fall von der Treppe entstandenen großen, die Kopfschwarte bis ans Hinterhaupt abschälenden, mit Erde besudelten Lappenwunde. Die Wunde wird unter leichtem Fieber eitrig entzündet, und am 8. Tage tritt Steifigkeit um den Mund mit Spannung in den Kiefergelenken und Schwebeweglichkeit der Lippen ein; am 11. Tage Lähmung der Unterlippe. Im weiteren Verlauf starke Nackenstarre, stark gesteigerte Reflexerregbarkeit mit hydrophobieähnlichen Krampfanfällen, heftigen Schlund- und Glottiskrämpfen. Nachdem diese Anfälle sich häufig wiederholt, Tod in einem solchen am 16. Tage.

K. sieht in den notirten Symptomen die Anzeichen für eine wesentlich auf die peripheren Nerven erfolgte Wirkung des Tetanusgiftes. Die der Hinterhauptswunde nächst gelegenen Muskelgruppen der Nackenstrecker geriethen in tonischen Spasmus. K. vermuthet mit Goldscheider, dass durch die periphere Tetanusgiftwirkung eine molekulare Veränderung der betreffenden Nerven eintritt, durch welche die Widerstände in ihren Leitungsbahnen äußerst herabgesetzt werden und die übermäßige Muskelkontraktion vermittelt wird. Dass aber in diesem Falle, wie überhaupt beim Kopftetanus, die vom Facialisgebiet abhängigen Muskeln (hier die der Unterlippe) gelähmt sind, sucht K. dadurch zu erklären, dass er dem Facialis mit der äußerst feinen und complicirten Mechanik seiner Funktionen eine specifische geringere Widerstandsfähigkeit gegen Schädlichkeiten aller Art, thermische, mechanische oder chemische Reize, zuschreibt, dergleichen gegen Infektionen durch Diphtherie, Erysipel, Typhus etc., auch gegen Bleiintoxikation, die ihn sämmtlich häufig lähmen können. Die »Affinität« des Facialis gegen sonstige Schädlichkeiten wie gegen das Tetanusgift ist eben eine andere als die der übrigen motorischen Nerven, im Gesicht speciell die der motorischen Trigeminasäste (Kaumuskeln).

Melnhard Schmidt (Cuxhaven).

19) J. Putnam. Hyperostosis cranii, with the reports of four new cases.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Juli.)

Fall I. Frau von 28 Jahren, Schwedin, erkrankte vor 9 Jahren mit Kopf-, Augen- und Ohrenschmerzen. Allmählich wurde sie taub; eitrig-seröser Ausfluss aus den Ohren. Nach einiger Zeit nahm ihre Haut eine dunkle, zu Zeiten gelbliche Färbung an. Öfters Schwindelanfälle und Hinfallen auf den Fußboden; doppelseitige Facialislähmung, bedingt durch Obliteration des Canalis Fallopieae. Der Tod erfolgte durch Marasmus in Folge eitriger Periostitis cranii, welche zu Amyloiddegeneration von Nieren und Leber führte.

Die Schädeldeformation, die schon im Leben sehr deutlich hervortrat (Photographie!), beruhte, wie die Autopsie ergab, auf einer allgemeinen eitrigen Periostitis cranii; das Gehirn erwies sich vollkommen gesund.

Bei genauerer Betrachtung zeigte sich die Oberfläche des Stirnbeins und die untere Hälfte der Schläfenbeine wie wurmstichig (Caries). Die Jochbeine waren fast ganz zerstört (Caries oder einfache Atrophie). Das Gewicht des Schädels überstieg das normale ums Doppelte. Die größte Dicke desselben war $1\frac{1}{2}$ cm. Im Innern sind alle Kanten und Vorsprünge verdickt und abgerundet, die Sella turcica durch Knochenauflagerung verkleinert. Die Nähte sind nur hier und da als unregelmäßige Linien zu erkennen. Die Foramina verkleinert, zum Theil obliterirt (Canalis Fallopieae und Lamina cribiformis). Die Diploë ist in dichten, homogenen, elfenbeinähnlichen Knochen verwandelt.

Fall II, einen 18jährigen Mann betreffend, zeichnete sich klinisch durch epileptische Anfälle und psychische Alteration aus. Auf dem Scheitel 2 breite Exostosen. Am Stirnbein große Knochenwülste, welche eine Rinne, der Sutura frontalis entsprechend, zwischen sich fassen. Die Exostosen und der Schädel im Ganzen nahmen immer mehr zu; eben so der geistige Verfall. Sektion wurde nicht gemacht.

Fall III ist ätiologisch eben so dunkel, wie die Fälle I und II; er betrifft einen 50jährigen Mann, der kurze Zeit, bevor er das Größerwerden des Kopfes wahrnahm (vor 15 Jahren), an Ohrabscessen (Mittelohr oder Meatus?) litt. Zur Zeit der Untersuchung war das hervorstechendste Symptom eine enorme venöse Stase im Kopfe, welche bei jeder Bewegung, besonders beim Neigen des Kopfes hervortrat und zu Schweißausbruch führte. Pat. hatte selbst gefunden, dass ihm ein um den Hals gelegtes leichtes Stahlband, das mit Pelotten auf die Carotidenegend drückte, Erleichterung schaffte; der behandelnde Arzt zog desshalb die Unterbindung der Carotis als Therapie in Erwägung.

Fall IV betrifft eine 35jährige Schneiderin, bei der die Vergrößerung des Kopfes im 23. Jahre bemerkt wurde. Damals bildete sich eine Exostose am linken Seitenwandbein. Im Übrigen war das einzige Symptom im Anfang ein brennendes Gefühl in der rechten Kopf- und Gesichtshälfte und Taubheitsgefühl in der letzteren; manchmal krampfartige Kontraktionen der rechten Kaumuskulatur. Bei der Untersuchung betrug der größte Schädelumfang $65\frac{1}{2}$ cm.

In der Schlussbetrachtung weist Verf. auf die Ähnlichkeit hin, welche der Befund der Hyperostosis cranii häufig mit Hirngeschwulst darbietet, und stellt zur Erwägung, ob nicht in Fällen von mehr umschriebener Hervorragung ein operativer Eingriff zu versuchen wäre. Bisher ist therapeutisch von P. und anderen Autoren die Darreichung von Schilddrüsenpräparaten versucht worden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

20) B. T. Edes (Jamaica Plain, Mass.). A case of hyperostosis of the cranium.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Juli.)

Ein ausführlich mitgeteilter Fall, der bemerkenswerth ist durch ein vorausgegangenes Erysipel des Gesichts, wie es auch in den Beobachtungen anderer Autoren mitgeteilt ist. 2 Lichtdruckbilder stellen die Veränderung des Kopfes der Pat. gegen früher überzeugend dar.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

21) **van Nes.** Über Schädelbasisbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 593.)

Die Arbeit bringt einen interessanten kasuistischen Beitrag zum Kapitel der Schädelbrüche, indem sie über das einschlägige Material der Georg Fischer'schen Hospitalabtheilung in Hannover kurz berichtet.

Aufgenommen wurden 82 Pat. mit Schädelbasisbrüchen, von denen 39 starben und 17 genauer secirt wurden. Die Verlaufslinien der Bruchspalten in diesen 17 Fällen sind in Abbildung dargestellt, und zwar so, dass Berstungs- und Biegungsbrüche, in welche auch Fischer nach dem Vorgang v. Wahl's und seiner Nachfolger die Schädelbrüche eintheilt, auf den ersten Blick unterschieden werden können.

Die kurzen klinisch-anamnestischen Mittheilungen über Entstehungsmodus der einzelnen Fälle liefern dann weitere neue Belege für die Richtigkeit der v. Wahl'schen Schädelbruchtheorie. Ein 2. Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit den bei den Schädelbrüchen beobachteten Lähmungen von Gehirnnerven. Von den 82 Schädelbruchpat. wiesen 17 (= 21%) eine solche auf, und zwar 3 Lähmungen des N. opticus, 1 Lähmung des N. oculomotorius, 3 Lähmungen des N. abducens und facialis, 10 Lähmungen des N. facialis. Die meisten dieser Lähmungen wurden bei genesenden Pat. konstatiert, wohl nur deshalb, weil bei schwererer und deshalb tödlicher Verletzung die etwa vorhandene Lähmung leicht der Wahrnehmung entgeht. Von Interesse ist, dass ein nicht geringer Theil dieser Lähmungen im Laufe der Zeit ganz oder fast ganz zurückgegangen ist. Die Diagnose einer Verletzung und Lähmung des N. acusticus, die von manchen Autoren als häufiges Vorkommnis angesehen wird, ist unsicher und schwer. Ein sicherer Fall derart ist in dem bearbeiteten Material nicht vorgekommen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).22) **A. v. Bergmann.** Zur Kasuistik der Cephalhydrocele traumatica.

(Petersburger med. Wochenschrift 1897. No. 8.)

Bei einem 9 Monate alten Kinde wurde der Cephalhydrocelensack eröffnet, versenkt und darüber mit 6 Silberdrahtsuturen der daumenbreite Knochenspalt einfach zusammengezogen, der Hautschnitt genäht. Glatte Heilung.

Häckel (Stettin).23) **J. H. Lloyd.** A case of tumor of the cerebellum in which operation was rejected.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. September.)

Hervorzuheben ist, dass der 38jährige Pat. 7 Jahre vor Eintritt der ersten Symptome durch einen zerspringenden Mühlstein einen schweren Schlag auf das Hinterhaupt erhielt; seitdem litt er häufig an heftigem Kopfweg. Die Anfangssymptome seiner gegenwärtigen Erkrankung waren Stiche im Hinterkopf, Abnahme der Sehkraft, Schwindelgefühl; schließlich begann sich der Kopf und der Rumpf ganz auf die rechte Seite zu neigen (cerebellar gait and attitude). Krämpfe und Erbrechen wurden nie beobachtet.

Bei der Autopsie zeigte sich, dass die Neubildung zwischen Pons und Medulla einerseits und der rechten Hemisphäre des Kleinhirns andererseits saß. Über ihre untere Fläche zog der 7., 8. und 12. Hirnnerv, welche sämmtlich atrophisch waren. Der Ausgangspunkt der Geschwulst war die mittlere Partie der Corpora restiformia.

Dass Geschwülste in dieser Gegend für die chirurgische Technik noch nicht erreichbar sind, beweist der von Gerster (Amer. journ. of the med. sciences 1896. Mai) operirte Fall, bei welchem sich nach Eröffnung des Tentorium cerebelli herausstellte, dass die Geschwulst nicht zu erreichen war.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

24) **D. Schwarz** (Agram). Neuralgia rami II. et III. N. trigemini.
Resectio N. trigemini ad foramen rotundum et ovale.

(Liečnički viestnik 1897. No. 6. [Kroatisch.])

Vor 1½ Jahre machte Verf. beim Pat. die Neurexairesis nach Thiersch und im Februar d. J. wegen Recidiv der Neuralgie die Resektion des rechten Trigemini nach Krönlein. Regelmäßiger afebriler Verlauf, Ausbleiben der Anfälle vom Operationstage an. Status nach der Operation: Rechts Stirnfalten ausgeglättet, geschwächter Schluss der Lidspalte, Herabhängen des Mundwinkels, das Zäpfchen sieht nach links, d. i. nach der gesunden Seite, und stellt sich bei der Phonation fast wagrecht nach links gewendet, Sensibilität fast der ganzen rechten Gesichtshälfte (Haut und Schleimhaut) erloschen, doch besserte sich dieselbe später fast vollkommen. Geschmacks lähmung in den rechten vorderen 2/3 der Zunge, Geruch rechts geschwächt. Keine Kontraktion des rechten Masseter und Temporalis fühlbar. Die vorgestreckte Zunge weicht nach rechts ab und ist 14 Tage nach der Operation auf der rechten Seite fast um die Hälfte dünner als links. Verf. geht zur Erklärung der Erscheinungen über, doch greifen wir daraus nur die wichtigsten heraus. Die postoperative halbseitige Lähmung des Zäpfchens hat Ad. Schmidt in seinem Falle der isolirten Trigeminiislähmung gesehen, doch war dasselbe nach der kranken Seite gerichtet. C. W. Müller erklärt sie aus der Lähmung des M. spheno-staphylin. Die gegenheilige Beobachtung in S.'s Fall kann nur durch Ausfall der Wirkung facialer Fasern, der Nn. palatini erklärt werden; somit wäre das keine direkte Folge der Resektion des Trigemini, sondern anderer durch die Operation gesetzter Verletzungen. Die Geschmacks lähmung ist direkte Folge der Trigemini-resektion, eben so auch die Schwächung des Geruchs. Die bei Trigemini-resektionen noch nicht beobachtete halbseitige Zungenatrophie erklärt Verf. als trophische Störung in Folge der langdauernden Neuralgie und des Shocks bei der Ausreißung des 3. Astes und stellt für die Erklärung folgende Hypothese auf: »Reflektorische Übertragung der Reize im Trigemini auf die entsprechenden trophischen Centren im Sinne der Amyotrophie articularen Ursprungs.

Čačković (Agram).

25) **F. Alt**. Kasuistische Mittheilungen (aus der Wiener Universitäts-Ohrenklinik).

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 3.)

Von diesen Mittheilungen sei hier der Versuch erwähnt, in einem Falle von chronischer adhäsiver Entzündung des Mittelohrs (sog. chronischer trockner Mittelohrkatarrh) die Beschwerden durch Anlegung und Aufrechterhaltung einer künstlichen Trommelfellöffnung zu bekämpfen; ein Versuch, der bisher immer und immer wieder unternommen, aber an der Neigung des Trommelfells zur Vernarbung immer wieder gescheitert ist. Bei der Behandlung des betreffenden Pat. mit Eintreibung von Vaseline. liquidum in die Paukenhöhle durch den Tubenkatheter entstand zufällig eine Ruptur des einen Trommelfells und im Anschluss daran eine leichte Eiterung, während das quälende Sausen und Heulen im Ohr bedeutend nachließ. Dadurch ermuthigt, führte man am anderen Ohr den gleichen Zustand absichtlich herbei, durch bogenförmige Durchschneidung des Trommelfells und nachfolgende Vaselintreibung durch die Tube. Die daran sich anknüpfende Eiterung war minimal, enthielt keine pathogenen Bakterien, hörte nach kurzer Zeit wieder auf und ließ eine dauernde Trommelfellöffnung zurück. Auch hier war subjektive Besserung der Ohrgeräusche und objektive Besserung des Gehörs erreicht. Verf. glaubt sich berechtigt, aus dieser Beobachtung das Verfahren empfehlen zu können, die Eiterung, ohne welche ein Offenhalten der Perforation unmöglich ist, als harmlos und jederzeit beherrschbar darzustellen und andererseits sie so lange aufrecht zu erhalten, bis die Trommelfellöffnung persistent geworden ist.

Teichmann (Berlin).

26) **M. Martens.** Zur Kenntniss der bösartigen Oberkiefergeschwülste und ihrer operativen Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 483.)

M. liefert eine wesentlich statistisch interessante Berichterstattung über das von König in der Göttinger Klinik von Oktober 1875—1896 behandelte Krankmaterial von Oberkiefergeschwülsten, wobei die einschlägige Litteratur sorgfältig zum Vergleich herangezogen ist. Wir geben hier nur die wichtigsten Daten wieder.

Zur Behandlung kamen im Ganzen 86 Geschwülste, und zwar:

57 Carcinome, 27 Sarkome, 1 Myxom, 1 Osteom. Auch in den anderen Statistiken überwiegen stets die Carcinome. Die 57 Carcinome vertheilen sich auf 34 Männer und 23 Weiber, sie zeigen eine entschiedene Bevorzugung des höheren Lebensalters, namentlich des 6. Lebensdecenniums; das Durchschnittsalter ist bei den Männern 57, bei den Weibern 54 Jahre. Bei den Sarkomen sind die beiden Geschlechter gleich oft betroffen, das Lebensalter der Pat. ist ein so verschiedenes, dass ein Durchschnittsalter nicht anzugeben ist. Histologisch zeigen die Sarkome eine ungleich größere Mannigfaltigkeit als die Carcinome, während ätiologisch für beide Geschwulstarten nichts Brauchbares zu erforschen war. Von Interesse und Wichtigkeit ist die auffallende Seltenheit sekundärer Lymphdrüsenkrankung beim Oberkieferkrebs. Bei der bekannten Bösartigkeit der Oberkiefergeschwülste ist nur von gründlichen Exstirpationen Erfolg zu erwarten, und kommt desshalb bei ihnen fast ausschließlich die totale Kieferresektion in Frage. In der Göttinger Klinik wurde 74mal eine totale, 12mal eine partielle Resektion ausgeführt. Zur Schnittführung wurde meist der etwas modificirte Dieffenbach'sche Schnitt gebraucht, die Operation übrigens in letzter Zeit bei sitzender Stellung des Pat. unter gemischter Morphinum-Chloroformnarkose ausgeführt, in welcher die Verhütung von Blutaspersion fast stets gelingt. In früheren Jahren wurde (16mal) auch die präliminare Tracheotomie mit Einlegung der Tamponkanüle, so wie (3mal) die Operation in Rose'scher Kopfhängelage versucht; beide Verfahren sind völlig aufgegeben, da sie Nachtheile haben und durch die Operation im Sitzen und bei gemischter Narkose entbehrlich gemacht sind. Die präliminare Unterbindung der Carotis communis — temporär oder bleibend — ist wegen ihrer Gefahr für das Gehirn stets zu unterlassen, eher kann man in Nothfällen die Carotis externa unterbinden. Bei der Nachbehandlung thut die Jodoformgazetamponade nicht nur antiseptisch die besten Dienste, sondern hindert auch das Abfließen der Wundsekrete in die Luftwege und hält die Weichtheile, namentlich das bei Resektion des Augenhöhlenbodens leicht herabsinkende Auge, in richtiger Lage, so wie sie auch den Kranken in Stand setzt, bald selbst zu schlucken, so dass Schlundsondenfütterung nur selten in den ersten Tagen nöthig ist. Die Gaze braucht erst in 10—14 Tagen gewechselt zu werden.

Was die Resultate der Göttinger Operationen betrifft, so starben von den 74 Totalresecirten 23 = 31%, von den 12 Partialresecirten 1 an den Folgen der Operation. Die häufigste Todesursache waren Erkrankungen der Athmungsorgane — in 16 Fällen. Die relativ hohe Sterblichkeit erklärt sich durch die Schwere der meisten zur Behandlung gelangten Fälle. Die definitiven Operationsresultate sind durch Nachuntersuchung der Pat. oder genaue Erkundigungen gründlich festgestellt und ergeben sich aus folgender Tabelle:

57 Carcinome, 27 Sarkome, 1 Osteom, 1 Myxom						
I. 74 Totalresektionen	48	»	24	»	1	» 1
23 Todesfälle p. oper.	19	»	4	»	—	» —
33 » durch Recidiv	20	»	13	»	—	» —
16 dauernde Heilungen	8	»	6	»	1	» 1
2 noch nicht genügend lange beobachtete Fälle	1	»	1	»	—	» —

II. 12 Partialresektionen	9 Carcinome,	3 Sarkome,
1 Todesfall p. oper.	—	1
6 Todesfälle an Recidiv	6	—
2 dauernde Heilungen	—	2
3 nicht lange genug beobachtete Fälle	3	—

Die Zeit der dauernden Heilungen beträgt $3\frac{1}{4}$ Jahre bis $18\frac{1}{4}$ Jahre. Die Krankengeschichten der dauernd Geheilten sind ausführlich, die übrigen in tabellarischen Auszügen mitgeteilt. Auch sind 8 Porträts von geheilten Pat. beigegeben zur Illustration der im Ganzen günstigen Narbenverhältnisse.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **Prym.** Zur Kasuistik der gutartigen centralen Epithelialgeschwülste der Kieferknochen.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVIII. p. 93.)

Frau, 31 Jahre. Seit 7 Monaten bemerkte, allmählich gewachsene, jetzt fast faustgroße Geschwulst des Unterkiefers. Knochen durch Geschwulst fast ganz substituiert. Exstirpation mit Resektion und Exartikulation fast der ganzen rechten Unterkieferhälfte. Vereinigung der Wangenschleimhaut mit der des Mundbodens. Einlegen einer Celluloidprothese, die nach 2 Monaten reaktionslos eingeheilt war. Die Entstehung ist möglicherweise auf einen Reiz zurückzuführen, der durch einen abnorm gestellten Weisheitszahn ausgeübt wurde. Seiner histologischen Stellung nach gehört die Geschwulst zu den centralen, von der Schmelzanlage ausgegangenen epithelialen Kiefergeschwülsten. Mikroskopisch konnten nur die ersten Anfänge von Cystenbildung gefunden werden. Die epithelialen Elemente traten gegenüber dem Stroma beträchtlich zurück, ein Punkt, der nach Ansicht des Verf. bisher nicht genügend hervorgehoben worden ist. Mit Rücksicht darauf möchte Ref. erwähnen, dass die Bennecke'sche Arbeit (Beitrag zur Kenntnis der centralen epithelialen Kiefergeschwülste. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1896. Bd. XLII) anscheinend nicht mehr berücksichtigt werden konnte.

Pels Leusden (Göttingen).

28) **M. Linda.** Ein Fall von durch abnorme Lage der Weisheitszähne bedingter Neuralgie.

(Kronika lekarska 1897. No. 6.)

Ein sonst gesunder und rüstiger Mann litt seit Jahren an heftigen Kopfschmerzen und hartnäckiger, jeder Behandlung trotzend, linksseitiger Neuralgie des Trigemini. Die Untersuchung der Mundhöhle ergab, dass beide Kiefer im Vergleich mit den stark entwickelten Zähnen viel zu klein waren, wodurch namentlich eine abnorme Stellung der linksseitigen Weisheitszähne bedingt wurde, so zwar, dass der obere nach außen, der untere gegen die Mundhöhle gerichtet war. Die Exstruktion dieser sonst ganz gesunden Zähne beseitigte die Neuralgie dauernd. Auffallend war an den extrahierten Zähnen die abnorm starke Entwicklung der Wurzeln, so dass angenommen werden konnte, dass ein direkter Druck derselben auf die Nervenfasern die Schmerzanfälle auslöste. Interessant ist auch noch der Umstand, dass die 14jährige Tochter des Pat. ebenfalls über Schmerzen hinter dem Ohr klagte, und die Untersuchung der Mundhöhle ein identisches Bild wie beim Vater ergab. Auch hier folgte der Exstruktion der Zähne dauernde Heilung.

Trzebicky (Krakau).

29) **Berger.** Bec-de-lièvre bilatéral complexe avec saillie énorme de l'intermaxillaire et division de la voûte palatine. Refoulement et suture de l'os incisif, restauration de la lèvre et des ailes du nez par un procédé nouveau.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 238.)

Nach Rücklagerung des vorstehenden Zwischenkiefers nach der Methode von Blandin mittels subperiostaler Excision eines keilförmigen Stückes aus dem

Vomer und Nahtvereinigung mit den beiden Alveolarfortsätzen durchschnitt die linksseitige Naht den Knochen, und die Vorragung des Zwischenkiefers stellte sich unter dem Einfluss des Zuges der Nase, die wie eine Art Feder wirkte, theilweise wieder her. Um ihn dauernd zurückzuhalten, löste B. den Zwischenkiefer von seinen Verbindungen mit der knorpeligen Nase durch einen neuen Schnitt, der über ihm die Nasenscheidewand durchtrennte, aber den mittleren Theil der Lippe unversehrt und in Zusammenhang mit der Nasenspitze ließ. Bei der späteren Weichtheilplastik legt er Werth darauf, namentlich auch die normale Form der Nasenlöcher wieder herzustellen. Zu diesem Zweck trennt er die beiden Nasenflügel vollständig von der Wange und den beiden Lippenhälften ab, löst letztere breit von den Alveolarfortsätzen, frischt sie nach Mirault an, vereinigt sie nach vorgängigem, beiderseitigem, quer in die Wange geführtem Entspannungsschnitt in der Mittellinie, benutzt das angefrischte Mittelstück der Lippe zur Unterfütterung der Nasenspitze, resp. Bildung der Scheidewand (de la sous-cloison), und vernäht mit seinen Rändern die vorderen unteren Enden der Nasenflügel. — Das erzielte Resultat entsprach allen Erwartungen. Reichel (Breslau).

30) Weill (Lyon). Traitement du noma.

(Méd. moderne 1897. No. 27.)

Verf. konnte 3 Fälle dieser jetzt so selten gewordenen Krankheit, dass manche Ärzte nie einen Fall gesehen haben, genauer beobachten und operiren. 2 verliefen tödlich, 1 wurde geheilt mit Hinterlassung einer Speichelfistel, deren Verschluss späterer plastischer Operation vorbehalten blieb. Alle 3 betrafen kleine Kinder von 4—6 Jahren. 2 erkrankten im Anschluss an Typhus, das 3. litt seit Geburt an Impetigo contagiosa, wozu sich Phthisis pulmonum und im Anschluss an Keuchhusten eine Mundaffektion und allgemeines Exanthem von unbestimmtem Charakter gesellte. Während man gerade in Frankreich sich vor Verletzung der äußeren Bedeckung immer scheut, hat W. in seinen Fällen schon des Studiums halber sofort breite Incisionen angelegt. Er fand stets ein gangränöses matschiges Gewebe. Der Brand hatte alle Schichten der Wange, die Alveolarschleimhaut und das Periost, in einem Falle auch die Alveolarwunde ergriffen. Obwohl die Eingriffe bei der dauernden Hospitalbehandlung nicht zu lange hinausgeschoben wurden, gelang es nur, das eine Typhuskind durchzubringen. W. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrung dringend eine rücksichtslose breite Entspannungsincision. Er bediente sich des Messers, sieht aber keinen Grund, den schneidenden Paquelin zurückzuweisen, wenn man nicht wie er Werth auf die Beobachtung der Gewebsveränderungen legt. Die sonst empfohlene einfache Stichelung oder Ausbrennung mit dem Glüheisen genügt aber nicht, um die Cirkulation herzustellen und das Erkrankte zu entfernen. Roesing (Hamburg).

31) D. Schwarz (Agram). Actinomyces faciei.

(Liečnicki vjestnik 1897. No. 6. [Kroatisch.])

Der Fall bietet in so fern Interesse, dass er zuerst als Pseudoaktinomykose im Sinne Habart's angesprochen wurde. Ätiologisch (Kauen von Gerstenhalmen) und klinisch musste zwar der Fall als Aktinomykose aufgefasst werden, jedoch waren wiederholte mikroskopische Untersuchungen resultatlos. Endlich sprangen bei einer (durch multiple Abscesse bedingten) Incision mit Blut und Eiter gemischte charakteristische Aktinomyceskörner heraus. Die mikroskopische Untersuchung zeigte sofort, dass es sich um wahre Aktinomykose handle. Unter Jodkali intern und Tamponade der Wunden mit Jodkalilösung trat bald vollständige Heilung ein. S. glaubt, dass sich die meisten Fälle von sog. Pseudoaktinomykose schließlich doch als wahre Aktinomykose entpuppen würden, wenn man die mikroskopische Untersuchung genau und durch längere Zeit ausführen würde. Čačoković (Agram).

32) v. Hacker. Zur partiellen und totalen Rhinoplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

In einem Falle von Nasenflügelplastik hat v. H. den Langenbeck'schen Nasenrückenlappen durch einen mit der Epithelseite nach innen gedrehten Wangenlappen unterfüttert und damit ein gutes Resultat erzielt.

Für die totale Rhinoplastik empfiehlt er die Mitnahme eines 8 mm breiten Periost-Knochenlappens aus der Stirn, welcher bis an das Septumende reicht. An der Stelle der Nasenspitze wird derselbe umgeknickt und bildet so eine feste knöcherne Stütze für dieselbe. Der Knochenstreifen wird mit Hilfe eines besonderen Rinnenmeißels gewonnen. Eine nach dieser Methode gebildete Nase hat seit dem Jahre 1892 ihre gute Form unverändert erhalten (cf. Photographie). Beide Methoden sind durch klare schematische Abbildungen erläutert.

Hofmeister (Tübingen).

33) Manasse. Über syphilitische Granulationsgeschwülste der Nasenschleimhaut, so wie über die Entstehung der Riesenzellen in denselben.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVII. p. 23.)

Bei 5 Pat., von denen nur 2 mit einiger Wahrscheinlichkeit durch Anamnese und Befund von vorn herein als syphilitisch betrachtet werden konnten, fanden sich im Naseninneren theils solitäre, theils multiple Geschwülste meist am Septum, aber auch dem Nasenboden und den Muscheln vor. Sie saßen der Schleimhaut gestielt oder breitbasig auf, hatten eine weiche Konsistenz, graue bis grau-rote Farbe und meist glatte, seltener geschwürige Oberfläche. Schwerere Veränderungen, wie Caries, Fötor, fanden sich niemals. Die subjektiven Beschwerden bestanden in behinderter Nasenathmung und vermehrter Sekretion. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab ein sehr selten reiches junges oder auch etwas älteres Granulationsgewebe mit zahlreichen Riesenzellen vom Typus der tuberkulösen. Die Neigung zu regressiven Veränderungen war bei diesen Geschwülsten im Gegensatz zum Gumma eine sehr geringe. Typische tuberkulöse Knötchen und Tuberkelbacillen konnten nicht nachgewiesen werden. Da demnach wohl Tuberkulose ausgeschlossen werden musste, so glaubt Verf., besonders da eine antisymphilitische Kur neben der Exstirpation prompten Erfolg hatte, seine Geschwülste als Produkte der Syphilis, trotz der fehlenden Anamnese und sonstiger Zeichen dafür, ansprechen zu dürfen. Der II. über die Entstehung der Riesenzellen handelnde Theil der Arbeit hat wesentlich theoretisches Interesse.

Pels Leusden (Göttingen).

34) K. Walliczek. Über den blutenden Polypen der Nasenscheidewand.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 4.)

Beschreibung eines typischen Falles dieser immerhin noch ziemlich seltenen Erkrankung. Nach Abtragung der Geschwulst trat 2mal ein Recidiv auf, was auch nicht ungewöhnlich ist.

Teichmann (Berlin).

35) A. Schwendt. Ein Fall von angeborenem doppelseitigen knöchernen Verschluss der Choanen. Heilung durch Galvanokautik.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 3.)

Die beiden Diaphragmen, welche die Choanen verschlossen, lagen, wie auch in anderen Fällen beobachtet worden ist, nicht in der Ebene des hinteren Choanendrandes, sondern etwas weiter nach vorn, und zeigten je einen halbkreisförmig vom Septum nach außen und oben verlaufenden tiefen Eindruck. Die künstlich mit dem Galvanokauter hergestellten Öffnungen mussten Monate hindurch mit Kanülen offen gehalten werden. Bemerkenswerth ist, dass die 15jährige Pat., welche niemals eine Geruchsempfindung gehabt hatte, durch die Operation auch einen nor-

malen Geruchssinn erlangte, allerdings erst allmählich und nach längerer Zeit. Die übrigen Störungen, welche der Choanenverschluss machte, waren durch Gewöhnung so gering, dass die Pat. nicht nur gut sprach, sondern auch Gesangsunterricht und Schwimmunterricht mit Erfolg hatte nehmen können.

Teichmann (Berlin).

36) G. Bönninghaus. Choanenverlegung durch Schwellung der Tubenwülste.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 3.)

Bei einem Pat., welcher seit Jahren an plötzlich eintretender Verstopfung der Nase litt, fand sich zufällig als eigentliche Ursache derselben eine Verlegung der Choanen durch momentane Anschwellung der Tubenwülste zu 2 prallen, einander fast berührenden Tumoren. Merkwürdigerweise war trotz der dadurch bewirkten Verlegung der Tubenöffnungen weder subjektiv noch objektiv an den Gehörorganen etwas Abnormes zu finden. Galvanokaustische Behandlung des Schwellgewebes der Tubenwülste brachte die Heilung, welche vorher vergeblich durch Brennen der Muschelschleimhaut und Entfernung von Septumleisten angestrebt worden war.

Teichmann (Berlin).

37) E. Schmiegelow. Ein Fall von primärer tödlicher Blutung nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 3.)

Der Fall passirte nicht dem Verf., sondern einem anderen Operateur, der schon häufig die Operation ohne Zwischenfall ausgeführt hatte; er ereignete sich bei einem 12jährigen Knaben, welcher außer dem gewöhnlichen adenoiden Habitus und skrofölen Halsdrüsen nichts auffallend Abnormes darbot. Die Operation wurde ohne Narkose mit dem gewöhnlichen Gottstein'schen Ringmesser ausgeführt, indem nach einigen Zügen in der Mittellinie noch 3—4 Schabungen an der rechten seitlichen Rachenwand vorgenommen wurden. Plötzlich entstand, ohne dass irgend wie Gewalt bei dem ruhig haltenden Knaben angewendet wurde, eine gewaltige arterielle Blutung aus Mund und Nase, und trotz sofortiger Tamponade, subkutaner und intravenöser Salzwasserinjektion trat nach wenigen Minuten der Tod ein. Die Sektion ergab, dass die rechte Seitenwand des Nasen-Rachenraumes in größerem Umfang beschädigt war und Überreste der Blutung enthielt. An der Carotis interna fand sich eine sackige Ruptur gerade vor dem Eintritt in den Canalis caroticus der Pars petrosa, dagegen keine Verletzung des Gefäßes an der Stelle, welche mit der Wunde der Rachenwand korrespondirte. Hinter der Gefäßscheide zahlreiche Drüsen. Die Wand des Gefäßes war makroskopisch normal. Verf. nimmt an, dass die geschwollenen Drüsen das Gefäß an die Rachenwand andrückten, und dass dieses durch den Druck des Ringmessers dicht oben am Schädel gesprungen ist; die Läsion der Rachenwand gab nur dem oben austretenden Blut einen freien Ausweg.

Teichmann (Berlin).

38) C. Lyot et R. Petit. Anévrysme de la carotide interne consécutif à la scarlatina.

(Gaz. méd. de Paris 1897. No. 14.)

Die Beobachtung, über welche die beiden jungen Verff. berichten, zeigt ein doppeltes Interesse. Einestheils in klinischer Hinsicht konnte dieses zweifelloose Aneurysma verwechselt werden mit einer der cervicalen Adenopathien, die sich oft als Komplikationen von Scharlach zeigen, anderentheils in pathologischer Hinsicht wurde die Entwicklung eines Aneurysmas, gebunden ohne Zweifel an eine akute Arteriitis, beobachtet, welches total sich zurückbildete, in dem Maße, wie der entzündliche Zustand des Gefäßes verschwand.

A. Henry (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33.

Sonnabend, den 21. August.

1897.

Inhalt: C. Beck, Eine neue Methode der Hysteropexie. (Original-Mittheilung.)

1) Eiermann, Deciduoma malignum. — 2) Sherman, Knochentuberkulose. — 3) Barth, Knochenreplantation. — 4) Roncali, Krebsheilserum. — 5) Bongartz, Amyloform und Dextroform. — 6) Steinschneider, 7) Nasse, 8) Zydłowicz, 9) Casper, Gonorrhoe. — 10) Rasch, Venerische Geschwüre. — 11) Werner, 12) Tarnowsky, 13) Étienne, 14) Cumston, Syphilis. — 15) Leistikow, Jodvasogen. — 16) Majocchi, Jodpflaster. — 17) Bukovsky, 18) Lehner, 19) Schischa, Bubonen.

20) Heyse, 21) Klien, 22) Kutner, Sterilisatoren. — 23) Spitalbericht. — 24) Heilmann, Operationsstatistik. — 25) Karström und Vestberg, 26) Lönnerberg und Mannheimer, 27) Lindfors und Vestberg, Deciduoma malignum. — 28) Pic, Ostitis deformans. — 29) Klemm, Gefäßverletzungen. — 30) Aquila, Gonorrhoe. — 31) Sack, 32) Bloch, 33) Arslan, 34) Labbé, 35) Herxheimer, 36) Brauer, 37) Jullien, 38) Schulze, Syphilis.

Eine neue Methode der Hysteropexie.

Von

Prof. Dr. Carl Beck in New York.

Nachdem die Bauchhöhle in der Linea alba mittels einer kleinen Incision eröffnet ist, wird der Fundus uteri mit einer Hakenzange erfasst und durch die Bauchwunde nach außen gezogen. Nunmehr wird ein Ligamentum rotundum ausgewählt, welches in der Ausdehnung von ungefähr 8 cm isolirt wird. Dies geschieht, indem man erst eine oberflächliche Incision an je einer Seite des Ligamentum rotundum vornimmt (Fig 1.) Dieselbe beginnt etwas unterhalb des Uterinansatzes des Ligaments. Von hier kann die weitere Isolirung auf stumpfem Wege, vorzugsweise mittels Hohlsonde, leicht und ohne Blutverlust vollendet werden. Jetzt zieht man die isolirte Bandportion (Fig. 2) aus der Peritonealhöhle heraus und hält sie mittels einer Aneurysmanadel so weit empor, dass man darunter zunächst die Peritonealränder der Wunde vereinigen kann. Sechs bis sieben Suturen genügen zu diesem Zweck. Das Ligament reitet nunmehr so zu sagen auf dem Peritoneum. Jetzt werden, während die Bandportion weiter emporgehoben wird, auch Fascie und Mus-

Fig. 1.

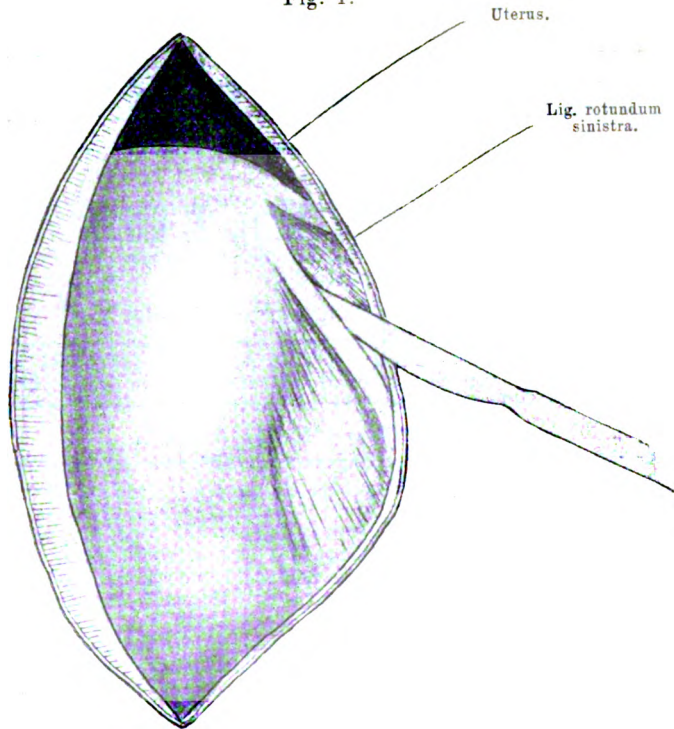


Fig. 2.

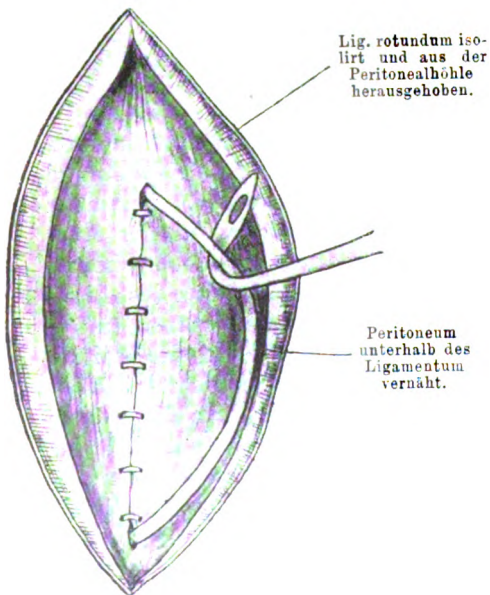
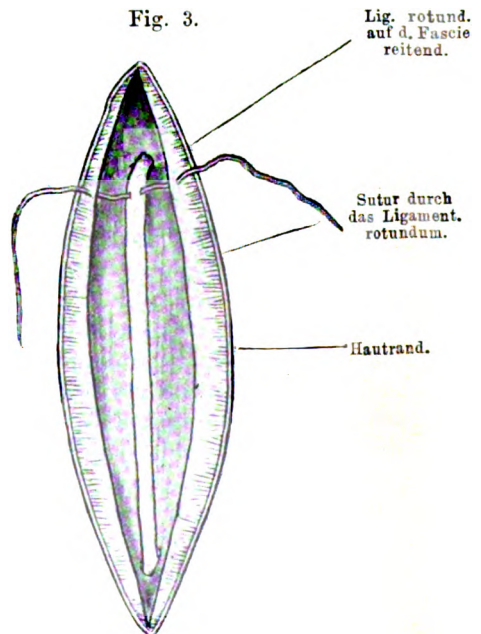


Fig. 3.



kulatur unterhalb derselben in gleicher Ausdehnung vereinigt, so dass das Band schließlich wie das Aufhängeband eines Rockes an einem breiten Nagel hängt (Fig. 3).

Es empfiehlt sich, eine Suture durch die Substanz des Bandes durchzustechen, bevor man sie über der Fascie knüpft. Der übrige Theil der Wunde wird in herkömmlicher Weise vereinigt, eben so wie die Hautwunde. Man kann beide Ligamenta rotunda in dieser Weise einpflanzen resp. einnähen. Die kolossale Stärke des fibrösen Gewebes eines einzigen Bandes genügt vollständig für die Suspension des Uterus, so dass man bei einer Prolapsoperation mit der Verwendung eines einzigen Bandes auskommt. Die seitliche Stellung des Uterus, welche sich hierbei nicht vermeiden lässt, ist irrelevant. Bei Retroversionen hingegen wird die Fixation beider Bänder zu berücksichtigen sein.

Theoretisch ist kaum einzusehen, wie der dicke Wall, welcher aus der ganzen Bauchwand besteht, nachgeben sollte. Die praktische Erfahrung, welche sich meinerseits auf nur 3 Fälle zur Zeit erstreckt, — sämtlich bei Prolapsus uteri — hat der theoretischen Erwägung Recht gegeben. Der Uterus blieb in sämtlichen Fällen hoch oben fixirt, und in keinem Falle trat irgend welche Reaktion ein. In 1 Falle hatte ich vor 1 Jahre erfolglos die Ventrofixation versucht.

Es wird der Zukunft überlassen werden müssen, striktere Indikationen zu dieser neuen Operation zu ziehen. So weit lässt sich nur der eine Einwand dagegen erheben, dass sie eine Laparotomie voraussetzt. Sie hat aber den eminenten Vortheil leichter Ausführung und absolut sicheren Erfolges, wozu noch die Garantie völliger Mobilität des Uterus kommt, was bei etwaiger Schwangerschaft von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein dürfte. In der Gynäkologischen Gesellschaft der Stadt New York sprach sich Prof. Dr. v. Ramdohr ebenfalls günstig über einen nach meiner Methode von ihm operirten Fall von Prolapsus uteri aus.

1) Eiermann. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Bd. II. Hft. 1 u. 2. Halle 1897.)

Die Arbeit giebt einen gedrängten Überblick über das obige Thema, welches seit einigen Jahren das Interesse der pathologischen Anatomen und Gynäkologen wach hält und schon eine so große Anzahl von Veröffentlichungen gezeitigt hat, dass eine zusammenfassende Darstellung vollauf gerechtfertigt ist. Auch dem Chirurgen werden gelegentlich derartige Geschwülste begegnen, wenigstens befindet sich eine von Herrn Prof. König aus der Scheide exstirpirte Metastase einer solchen in der Sammlung der chirurgischen Klinik zu Göttingen. Das folgende Referat soll nur das von den meisten Autoren An-

erkannte bringen, kann sich aber selbstverständlich mit den zahlreichen noch bestehenden Streitfragen nicht beschäftigen. Wer sich hierüber unterrichten will, sei auf das vorliegende Werk und besonders auf die grundlegende Marchand'sche Veröffentlichung (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1895. Bd. I. Hft. 5 u. 6) verwiesen.

Für die in Frage stehenden Geschwülste ist der Name *Deciduoma malignum* (Sänger) jetzt noch der gebräuchlichste, obgleich er falsch ist, da dieselben nicht von der *Decidua*, sondern von dem Epithel der Chorionzotten ausgehen. Letzteres ist nach der Ansicht der meisten Autoren ein zweischichtiges und besteht aus dem oberflächlich gelegenen Syncytium und der Langhans'schen Zellschicht. Marchand war der Erste, der richtig erkannte, dass diese beiden Zellarten in manchen bis dahin als deciduale bezeichneten Geschwülsten wiederkehren. Letztere bestehen demnach aus Balken und Strängen protoplasmatischer Substanz (Abkömmlinge des Syncytiums), welche häufig ein Netzwerk bildet, in dessen Maschen scharf von einander zu trennende polyedrische Zellen (Abkömmlinge der Langhans'schen Zellschicht) gelegen sind. Als Derivate des Syncytiums finden sich außerdem in den Geschwülsten sehr große zellige Elemente mit großem Kern und vielkernige Protoplasmaklumpen. Die protoplasmatische Substanz ist bei den gebräuchlichen Methoden sehr intensiv gefärbt, die Kerne sind sehr chromatinreich, so dass eine deutliche Struktur darin meist nicht zu erkennen ist. Die Vermehrung geschieht durch direkte Kerntheilung. Die Elemente der Zellschicht treten in Gestalt polyedrischer, heller Gebilde auf mit meist einem Kern, der ein deutliches Kerngerüst besitzt und sich durch indirekte Theilung vermehrt. Hervorzuheben ist noch der Glykogengehalt dieser letzteren Zellen. Die von E. beigegebenen Zeichnungen sind leider zu schematisch gehalten, als dass man sich daraus eine rechte Vorstellung von diesen verschiedenen Zellarten machen könnte. Eigene Blutgefäße enthält die Geschwulst nicht, dahingegen wandungslose, blutgefüllte Räume, die sich ähnlich wie die intervillösen Räume der Placenta verhalten.

Makroskopisch stellen die Geschwülste kirschkern- bis apfelgroße weiche, in den oberflächlichen Partien brüchlige Gebilde von rosa bis dunkelrother Farbe dar. Auf dem Durchschnitt quellen sie über die Schnittfläche vor und haben daselbst häufig ein fächer- oder netzförmiges Aussehen. Gegen die Nachbarschaft ist die Geschwulst meist ziemlich scharf abgegrenzt. Die Uteruswandung durchwuchern diese Geschwülste mit mehr oder weniger großer, meist recht großer Geschwindigkeit, so dass sie direkt unter dem Bauchfell erscheinen und dieses durchbrechen können (daher Vorsicht beim Curettement). Sitz der Geschwülste ist Uterus oder Tube, ob auch Ovarium und freie Bauchhöhle, ist nicht erwiesen. Die sekundären Geschwülste, welche zuerst in der Scheide, dann in den Lungen, weiterhin aber auch in allen übrigen Organen, ausgenommen vielleicht Herz und

Inguinaldrüsen, vorkommen, verhalten sich ganz ähnlich den primären. Besonders häufig und charakteristisch sind die Scheidenmetastasen, die bei erhaltenem Schleimhautüberzug eine auffallende Ähnlichkeit mit Varixknoten haben können. Die Verbreitung der Geschwulst geschieht wohl ausschließlich auf dem Blutwege.

Unter den ätiologischen Momenten spielt entschieden die Blasenmole die Hauptrolle (Hälfte der Fälle); stets ist Abort oder normale Geburt vorausgegangen. Die Geschwülste zeigen sich dem entsprechend nur im gebärfähigen Alter und dem Anfang des Klimakteriums. Bei den klinischen Symptomen beherrschen die Blutungen das Bild, und zwar sind dieselben ganz gewaltig, häufig kaum zu stillen. Ausfluss ist meist vorhanden, gewöhnlich blutig, besonders nach nicht ganz aseptisch vorgenommenen Eingriffen leicht verjauchend. Über stärkere Schmerzen wird in der Regel nicht geklagt. Die Pat. sehen bleich, kachektisch aus und erholen sich auch in den Pausen zwischen den Blutungen nicht. Objektiv lässt sich in allen Fällen, in denen die Erkrankung schon etwas vorgeschritten ist, eine Vergrößerung des Uterus konstatieren. Derselbe fühlt sich gewöhnlich weich an. An seiner Oberfläche sind häufig knollige Vorwölbungen zu tasten. Für die Diagnose ist die mikroskopische Untersuchung eventuell ausgeschabter Stückchen unumgänglich notwendig und wird meist ein positives Resultat ergeben. Seitdem Marchand auf das charakteristische mikroskopische Bild hingewiesen, konnte die Diagnose in zahlreichen Fällen schon ziemlich frühzeitig gestellt werden. Die Prognose ist dadurch, wie Verf. statistisch nachzuweisen sucht, erheblich günstiger geworden. Ohne Eingriff ist sie absolut ungünstig. Die Therapie ist dieselbe wie bei allen bösartigen Geschwülsten. (Totalexstirpation des Uterus.)

Ein eigener vom Verf. mitgeteilter Fall bringt nichts wesentlich Neues.

Pels Leusden (Göttingen).

2) Sherman (S. Francisco). A study of the blood in 73 cases of tubercular bone disease in children, with reference of prognosis and treatment.

(Occidental med. times 1897. Mai.)

Die Blutuntersuchung bei 73 Kindern, die an tuberkulösen Knochenkrankheiten litten, hat S. zu folgenden Schlüssen geführt: 1) Abnahme in der Zahl der rothen Blutkörperchen findet nicht statt, außer bei der sekundären Anämie des 2. und 3. Stadiums, welche eintritt a. in langdauernden schweren Fällen, b. bei ganz jungen Kindern, c. bei septischen Komplikationen. 2) Unter denselben Bedingungen nimmt auch das Hämoglobin ab. 3) Die Wiederherstellung der Gesundheit wird angezeigt durch eine Neigung zur Zurückbildung beider Zustände. 4) Abscessbildung wird nicht notwendigerweise von Leukocytose begleitet, aber eine langsam sich ausbildende Leukocytose deutet auf lebhaft tuberkulöse Prozesse,

während ihr schnelles Anwachsen auf eine Sekundärinfektion vom Abscess her hinweist. Andererseits kann ein tuberkulöser Abscess sich ausbilden und rückbilden, ohne dass überhaupt Leukocytose aufgetreten ist. 5) Septische Infektion der Operationswunden bei Knochentuberkulose wird zuerst durch Leukocytose angezeigt. Nimmt diese ab gleichzeitig mit einer Zunahme des Hämoglobins und der rothen Blutkörperchen, so ist die Prognose gut; ist die Abnahme der Leukocytose aber von einer Zunahme der Anämie begleitet, so fällt die Vitalität des Kindes. 6) Die Zahl der Leukocyten steht in keiner Beziehung zum Gang der Temperatur.

Die Untersuchungen des Blutes müssen übrigens stets möglichst spät nach den Mahlzeiten gemacht werden.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

3) **A. Barth.** Nochmals zur Frage der Vitalität replantirter Knochenstücke.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 2.)

B. polemisiert in dem kurzen Aufsatz gegen David. Während nämlich Verf. auf Grund zahlreicher Untersuchungen zu der Ansicht gekommen ist, dass re- und transplantierte Knochenstücke unter allen Umständen absterben und erst sekundär von lebendem, neugebildetem Knochen ersetzt werden, behaupten Wolff und David, dass solche Fragmente wirklich einheilen, d. h. am Leben bleiben. B. glaubt, dass seine Versuche auch von Anderen, wie Ollier und Schmitt, als richtig nachgewiesen seien, und dass David zum Theil die mikroskopischen Befunde nicht in richtiger Weise deute.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

4) **D. B. Roncali.** Über die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Bakterientoxinen und mit sogenanntem Krebsheilserum.

(Polielinico 1897. Januar 1.)

Verf. giebt einen historisch-kritischen Überblick über die Entwicklungsgeschichte dieser Behandlungsmethoden. Danach sind höchstens 15 Fälle von (angeblich) radikaler Heilung bösartiger Geschwülste hierher zu zählen; darunter sind 10 Fälle von Heilung durch interkurrentes Erysipel, 1 Fall von Heilung durch Injektion von Kulturen des Erysipelstreptococcus, und 4 Fälle von Heilung durch Injektion von Toxinen des Streptococcus und Bacillus prodigiosus (Coley). Diesen 15 Fällen gegenüber stehen nun zahlreiche andere Fälle, wo nach einer vorübergehenden Besserung die Geschwulst sich weiter entwickelt hatte. Verf. führt hier 22 Fälle auf, wo in Folge von interkurrentem Erysipel zwar Besserung, aber keine Heilung eingetreten war. In ähnlicher Weise wurden vorübergehende Besserungen erhalten durch Injektionen von Kulturen des Streptococcus erysipelatis, zuerst von Fehleisen. Auf die Methode von Coley übergehend, übt Verf. eine scharfe Kritik an dessen Beweis-

führung; die Resultate Coley's seien durchaus unbefriedigend, seine Schlussfolgerungen ungerecht. Es gehe nicht an, aus Coley's Resultaten (4 Heilungen auf 160 Fälle!) einen heilenden Einfluss der Toxine herzuleiten; es handle sich in diesen Fällen nur um einen theils zerstörenden, theils reizenden Einfluss der Toxine.

Im Anschluss hieran berichtet Verf. über 4 Fälle von Sarkom (aus der chirurgischen Klinik in Rom), die nach Coley's Methode mit den Toxinen des Streptococcus in Verbindung mit denen des Bacillus prodigiosus behandelt wurden. Die Resultate hinsichtlich der Heilwirkung waren völlig negativ; hingegen war die Wirkung auf das Allgemeinbefinden sehr nachtheilig, indem die Bildung von Metastasen begünstigt wurde, und unangenehme Allgemeinerscheinungen (Fieber, Abmagerung) auftraten. Die Toxinbehandlung ist hiernach als sehr nachtheilig und gefährlich für den Kranken anzusehen.

Eben so ungünstig lautet das Urtheil des Verf. über die Serumbehandlung. Weder die Serumtherapie nach Richet und Héricourt, noch das von Emmerich und Scholl hergestellte Serum können irgend welchen Werth beanspruchen. Das Serum von Emmerich-Scholl enthält im höchsten Grad giftige Toxine und ist daher eben so schädlich als Coley's Toxin. Eigene Versuche mit diesem Krebsheilserum führt Verf. nicht an.

H. Bartsch (Heidelberg).

5) **P. Bongartz.** Über Amyloform und Dextroform. (Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Mariahilf-Spitals in Aachen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 22.)

In dem genannten Hospital hat sich das Amyloform, dessen Wirkung auf der andauernden Abspaltung des Formaldehyds aus dieser Verbindung im lebenden Organismus beruht, als ein völlig reizloses und — bisher wenigstens, Ref. — unschädliches Mittel bewährt; es behinderte die Wundsekretion mehr oder weniger energisch, führte zu rascher Reinigung inficirter Wunden und verursachte, obwohl es esslöffelweise (!) in Wundhöhlen eingestreut wurde, den Pat. keinerlei Nachtheile, wie auch durch die Untersuchung des Urins festgestellt werden konnte. Auch bei artificiellen Ekzemen erwies es sich als ein rasch wirkendes, gut austrocknendes Mittel. Das Dextroform, ein in Wasser leicht lösliches Präparat, wurde bei Gonorrhoe mit gutem Erfolg zu Injektionen und innerlich angewandt.

Kramer (Glogau).

6) **Steinschneider** (Franzensbad). Eidotteragar, ein Gokokken-Nährboden. (Vorläufige Mittheilung.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 18.)

Die in der Klinik Neisser in Breslau angestellten langjährigen Versuche des Verf., einen leicht herzustellenden Nährboden für Gono-

kokken zu finden, waren von dem Resultat begleitet, dass diese auf einem Gemenge von Agar und Eidotter wachsen. S. empfiehlt, den Hühnereidotter steril zu entnehmen, mit dem doppelten Quantum sterilen Wassers zu mengen, davon einen Theil mit 2 Theilen 2%igem Agar zu mischen, in Röhren zu gießen und schräg erstarren zu lassen. Einen Fehler dieser Methode, die Undurchsichtigkeit des Nährbodens, hat S. dadurch zu korrigiren vermocht, dass er den Nährboden durch Zusatz einer 20%igen Dinatriumphosphatlösung durchsichtig machte, so dass man darauf wachsende Kulturen von Gonokokken auf der spiegelnden Oberfläche leicht sehen und erkennen kann.

S. glaubt durch die allerdings noch unvollkommene Methode die Direktive gegeben zu haben, auf welcher man einen leicht herzustellenden, tadellosen Nährboden für Gonokokken gewinnen kann.
Gold (Bielitz).

7) D. Nasse. Die gonorrhoeischen Entzündungen der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel.

(Sammlung klin. Vorträge. N. F. No. 181. Leipzig, **Brettkopf & Härtel**, 1897.)

Der Vortrag verwerthet die von N. in der v. Bergmann'schen Klinik und Poliklinik gesammelten reichen Erfahrungen über die im Titel angegebenen Krankheiten, worüber sich Verf. schon früher bei der Diskussion über den von König in der »Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins« über das gleiche Thema gehaltenen Vortrag kurz geäußert hatte (s. Referat in d. Centralblatt 1896 No. 45). N. schickt voraus, dass von Dr. Rindfleisch unter 30 Fällen jener Affektionen aus dem letzten Jahre 19mal Gonokokken kulturell nachgewiesen worden waren, dass aber auch in den übrigen, wie in den bakteriologisch nicht untersuchten seines über 100 Fälle umfassenden Beobachtungsmaterials die klinische Diagnose einer gonorrhoeischen Erkrankung durchaus berechtigt war. Er zeigt dann weiter, dass die Gelenks- etc. Komplikationen bei Tripper zwar gewöhnlich in dessen späteren Stadien entstehen, aber auch in jedem anderen auftreten können, wesshalb N. den Beginn der Metastasirung mit dem Übergreifen des Processes auf die tieferen Schichten der Harnröhrenschleimhaut und der dabei leichter eintretenden Resorption der Mikroorganismen in Verbindung bringen möchte. Außerdem ergaben ihm seine Beobachtungen, dass die gonorrhoeische Arthritis bei Weibern keinesfalls seltener, vielleicht sogar häufiger als bei Männern ist, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sehr oft zur Metastasirung einer Gonorrhoe beitragen, und die sogenannten puerperalen Gelenkentzündungen nicht selten gonorrhoeischen Ursprungs sein dürften, wie auch andererseits Traumen oder starke Anstrengung eines Gelenks für die Lokalisirung der gonorrhoeischen Metastasen von Bedeutung sein können. Wenn auch polyartikuläre Erkrankungen nicht selten beobachtet wurden, so überwog doch in den von N. poliklinisch gesehenen Fällen die monoartikuläre.

Verf. schildert dann weiter die verschiedenen klinischen und anatomischen Bilder der akut, subakut oder chronisch sich entwickelnden und zu häufigen Recidiven neigenden gonorrhoeischen Arthritis, bespricht darauf die gonorrhoeische Sehnenscheidenentzündung, die ganz isolirt oder gleichzeitig mit Erkrankung benachbarter Gelenke, bald multipel mit anderweitigen Metastasen auftreten kann, aber nur in erstgenanntem Falle einen günstigen Verlauf darbietet, und schließlich die gonorrhoeischen Metastasen in den Schleimbeuteln, von denen er 1mal die Bursa subpatellaris profunda, öfters aber die Bursa achillea erkrankt fand; auf der Bursitis dieser letzteren beruht nach N.'s Beobachtungen die nicht seltene Klage von Gonorrhoeikern über Fersenschmerzen.

Indem wir hinsichtlich weiterer Einzelheiten das Studium der Arbeit selbst empfehlen, erwähnen wir hier noch kurz, dass von N. für die Behandlung der Arthritis gonorrhoeica etc. in erster Linie Ruhigstellung durch Schienen- oder Gipsverbände und Kompression empfohlen werden, dass sich bei starkem Hydrops Punktionen mit Jodoforminjektionen ins Gelenk öfters bewährt haben, Arthrotomien nur vereinzelt bei eitrigen Entzündungen zur Ausführung kamen. Auch auf die Nothwendigkeit einer vorsichtigen Behandlung des Harnröhrentrippers zur Verhütung neuer Nachschübe und späterer, oft von irreparablen Funktionsstörungen gefolgter Recidive des Tripper-rheumatoids wird vom Verf. hingewiesen. **Kramer** (Glogau).

8) **W. Zydłowicz.** Argonin, ein neues Tripperheilmittel. (Przegląd lekarski No. 1—3.)

Verf. hat das von Jadassohn empfohlene Argonin in der Krakauer Klinik in einer Reihe von Tripperfällen versucht und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Das Argonin vernichtet gewöhnlich in relativ sehr kurzer Zeit die Gonokokken.

2) Die Injektionen desselben sind nie von einer Verschlimmerung des Krankheitsprocesses gefolgt, und klagen auch Pat. nur äußerst ausnahmsweise über Schmerzen nach denselben.

3) Die Injektionen sind in jedem Stadium der Gonorrhoe zulässig.

4) Wenn eine 3—5malige in 3tägigen Intervallen ausgeführte Untersuchung des Sekretes der Harnröhre auf Gonokokken ein negatives Resultat ergibt, so kann mit den Injektionen ausgesetzt und zu adstringirenden Mitteln übergegangen werden. Die erzielten Resultate waren sehr gute. Zur Injektion wurden Lösungen von 3 bis 5 : 200 benutzt.

Trzebińsky (Krakau).

9) **L. Casper.** Aufgaben und Erfolge bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 15.)

Bei der Behandlung des chronischen Trippers muss man Ursache, Sitz, Dauer, Art des Processus, die Ausdehnung desselben, die Mikro-

organismen und die juxta-urethralen Herde berücksichtigen, um dieselbe erfolgreich zu gestalten. Nach einer Besprechung der verschiedenen Methoden der Tripperbehandlung, welche Verf. in chemische und mechanische eintheilt und unter denen er die Janet'schen Spülungen und die Guyon'schen Instillationen hervorhebt, präcisirt er die Aufgaben, welche die Behandlung der chronischen Gonorrhoe stellt, in folgenden Punkten: 1) Beseitigung der Gonokokken. 2) Entfernung der gleichzeitig vorhandenen oder im Anschluss an die Gonorrhoe zurückbleibenden anderen pathogenen Mikroorganismen. 3) Bestreben, den Katarrh zum Schwinden zu bringen. 4) Ausheilung umschriebener Herde. 5) Fortschaffung der Infiltrationen. 6) Zerstörung aller peri-, para- oder juxta-urethralen Herde. — Für die diffusen Formen der Gonorrhoe empfiehlt C. als beste gonokokken-tödtende Mittel das Thallin, das Kalium hypermanganicum und das Argentum nitricum zu Harnröhrenspülungen. Für die circumscribten Formen ist die urethroskopische Methode am Platze, während die Infiltrate eine kombinirt mechanisch-chemische Behandlung erheischen. Die mechanische muss die Infiltrate zum Schwinden, zur Resorption zu bringen trachten, die chemische muss den konkomitirenden Katarrh und die Mikroorganismen beseitigen. Endlich erübrigt noch das Aufsuchen und Zerstören der peri-, para- und juxta-urethralen Herde und Gänge durch Exstirpation und Ausbrennung. Die Cowper'schen Drüsen sind wiederholt auszupressen und die Prostata durch lange Zeit energisch zu massiren.

Das Ideal der Behandlung, jede Sekretion dauernd zum Schwinden zu bringen, ist nicht immer zu erreichen, aber auch nicht unbedingt nothwendig, weil es sich da zumeist um einen vollkommen aseptischen Katarrh handelt. Allerdings sehen die Pat. den Bonjour-tropfen nicht als Zeichen des noch bestehenden Krankheitsprocesses an. Man mache die Kranken auf die Harmlosigkeit der Erscheinung aufmerksam und lehne jede weitere Behandlung ab. Aus dem Morgentropfen irgend welche Schlüsse zu ziehen, wäre ganz falsch. Durch die nächtlichen Erektionen wird Sekret aus den Schleim- wie Cowper'schen Drüsen ausgepresst, welches seltener als Tropfen erscheint, aber das Orificium verklebt oder durch den Harnstrahl als Tripperfaden imponirt. Aus diesem Grund erklärt Verf. nicht den Morgenharn, sondern den Tagharn für maßgebend, der nach etwa 6stündiger Pause aufzufangen und zu prüfen ist.

Gold (Bielitz).

10) C. Rasch. Über die sogenannte diphtheroide Form des venerischen Geschwürs auf der Cervix uteri.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Das Ulcus molle auf dem Collum uteri ist im Allgemeinen wohl weit seltener konstatirt worden, als es wirklich vorkommt; desswegen sind auch seine Eigenthümlichkeiten weniger gut bekannt. Der Verf. beschreibt auf Grund von 3 Fällen eine besondere Abart des Ulcus molle, welche auch früher schon Beachtung gefunden hat.

Dieses diphtheroide Ulcus molle ist eine »papulös hervorspringende, mit einer anhaftenden Pseudomembran bedeckte, zuweilen ganz geschwulstartige Masse mit unebener, gefurchter und knolliger Oberfläche, von gelber Farbe und mit polycyklischer oder rundem Kontour, welche von der Umgebung scharf abgegrenzt ist«. Übergänge von dieser Form zu dem gewöhnlichen Ulcus molle kommen vor; sie scheint begünstigt zu werden durch vorher bestehende Endometritis mit Erosion des Muttermundes. Während das gewöhnliche Ulcus molle am Uterus schnell heilt (angeblich wegen der höheren Temperatur, der es dauernd ausgesetzt ist), bedarf die diphtheroide Form längerer Behandlung, am besten mit Jodoform. Das Krankheitsbild ist für Denjenigen, der es einmal gesehen hat, ein recht charakteristisches; gleichzeitig bestehende typische Ulcera mollia an der Vulva, eventuell das Resultat einer Autoinokulation, sichern die Diagnose. Der syphilitische Schanker des Collum uteri hat wie die Papeln eine mehr graue Farbe, doch kann die Differentialdiagnose sehr schwer sein; die endometritischen Erosionen sind mehr roth; das Epitheliom kann durch die mikroskopische Untersuchung mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Therapie: Jodoform und Scheidenspülungen. (Auch auf der Glans und an anderen Stellen beobachtet man gelegentlich diese diphtheroide und hyperplastische Form des Ulcus molle. Ref.)

Jadassohn (Bern).

11) S. Werner. Über die Sterblichkeit und die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituirten.

(Wochenschrift für praktische Dermatologie. Bd. XXIV. Hft. 4 u. 5.)

Das Gebiet der hereditären Syphilis ist noch immer außerordentlich reich an ungelösten Fragen, die für die Praxis wie für die Theorie von gleich großer Bedeutung sind. Der Grund dafür liegt zweifellos zum Theil in der großen Schwierigkeit, eine große Anzahl von Fällen in Bezug auf die Krankengeschichte der Eltern und auf den Krankheitsverlauf bei den Kindern genau genug zu verfolgen. Speciell das Material der Krankenhäuser ist in dieser Beziehung im Allgemeinen nur schwer zu verwerthen. Darum ist es mit besonderer Freude zu begrüßen, dass Verf. sich die große Mühe genommen hat, das in den Krankengeschichten des Hamburger Allgemeinen Krankenhauses niedergelegte Material an hereditärer Syphilis bei den Kindern der Prostituirten nach den verschiedensten Gesichtspunkten zusammenzustellen. Dort ist seit Ende der 70er Jahre die ausgezeichnete Maßnahme getroffen, dass jedes am Ende der 6. Lebenswoche das Krankenhaus verlassende Kind einer Prostituirten mindestens monatlich einmal, im Bedarfsfalle alle 8—14 Tage dem Sittenpolizeiarzt vorgeführt und von diesem einer genauen Untersuchung unterzogen wird. Ein krank befundenes Kind wird sofort dem Krankenhaus übergeben. Die monatlichen Kontrolluntersuchungen werden bis zum Ende des 1. Lebensjahres durchgeführt. Durch diese für alle größeren Städte sehr empfehlenswerthe Einrichtung wird einmal in logischer

Konsequenz der Prostitutionsreglementirung überhaupt das hereditär-syphilitische Kind dem Verkehr entzogen und damit ganz gewiss eine Reihe von Fällen von Lues insontium verhindert.

Dann wird dadurch die Engelmacherei, wenigstens in einem gewissen Grade, verhindert. Endlich konnte eben nur auf diesem Wege ein so großes, sehr werthvolles Material zusammengebracht werden.

Verf. ist sich wohl bewusst, dass dieses Material sich unterscheidet von dem hereditär-syphilitischen Material, das in den bisher auf diesem Gebiet vorliegenden Arbeiten verwerthet ist. Diese Differenzen hat er bei seinen statistischen Zusammenstellungen immer zu berücksichtigen versucht. Es ist natürlich nicht möglich, hier die auch im Einzelnen sehr interessanten Zahlen und kasuistischen Mittheilungen aus der vorliegenden Arbeit wiederzugeben. Nur einzelne Punkte seien hervorgehoben.

Die Sterblichkeit der Prostituirtenkinder im ersten Lebensjahre ist an und für sich, wie sehr begreiflich, eine außerordentlich hohe.

Von Kindern syphilitischer Mütter sterben 63,5 %, von solchen nichtsyphilitischer 57 %. Bei den letzteren kommt es wesentlich darauf an, ob die Kinder selbst gesund bleiben, — dann stirbt nur die Hälfte, oder ob sie syphilitisch sind oder werden, dann sterben $\frac{3}{4}$. Die ersten 3—4 Monate sind die gefährlichsten. Recidive sind wiederholt beobachtet worden. Aus der Weiterverfolgung der nicht-syphilitischen Kinder syphilitischer Mütter ergibt sich, dass dieselben in der Widerstandsfähigkeit, wie man ja auch meist vorausgesetzt hat, außerordentlich minderwerthig sind. Von dem bekannten Gesetz, dass die hereditäre Übertragbarkeit mit dem Alter der Syphilis graduell abnimmt, giebt es gerade bei den Prostituirten außerordentlich zahlreiche Ausnahmen, welche theils auf die Behandlung, theils auf die eventuelle Einwirkung der ja nicht bekannten Väter zurückzuführen sind.

Verf. bringt einige lehrreiche Beispiele für die hereditäre Übertragung postkonceptionell erworbener Syphilis und eines für den bekanntlich noch immer zweifelhaften »choc en retour«.

Eine naturgemäß kleine Zusammenstellung beweist den Erfahrungssatz, dass je früher nach der Konzeption die Syphilis erworben wird, um so größer die Gefahr der Erkrankung des Kindes ist. Bei etwa gleichzeitiger Infektion und Konzeption wurden bei 19 Graviditäten 5 Aborte, 5 Frühgeburten, 5 kranke und 4 gesunde Kinder geboren.

Bei latent syphilitischen Müttern ist die Mortalität der Kinder halb so groß als bei frühsyphilitischen. Bei 31 tertiär-syphilitischen Müttern sind hereditär-syphilitisch 14. Eine kleine Statistik beweist den Einfluss der Behandlung während und vor der Gravidität.

Die Schwere der Syphilis der Mütter ist zuweilen augenscheinlich von Einfluss auf die Nachkommenschaft. In einzelnen Fällen hat Verf. die Kinder der Prostituirten auch noch länger verfolgt,

aber in Bezug auf tardive Symptome und die bekannten Stigmata der hereditären Syphilis nicht viel gefunden. **Jadassohn** (Bern).

12) B. Tarnowsky. Syphilis maligna.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896. No. 7 u. 8.)

Der Begriff der »Syphilis maligna« wird noch sehr verschieden aufgefasst. Verf. definirt denselben in dem weitesten Sinne: er beurtheilt die Bösartigkeit der Lues nach »dem Gesamtschaden, den das Leiden dem erkrankten Organismus zufügt«, und demgemäß nach der Form und nach der Örtlichkeit der Krankheitsmanifestationen. In Bezug auf die Form unterscheidet er 2 Arten maligner Lues. Bei der einen glaubt er die Malignität auf eine Mischinfektion mit *Staphylococcus pyogenes albus* und *aureus*, event. auch mit einem *Bacillus* zurückführen zu können, weil diese Mikroorganismen in den uneröffneten Knoten dieser Form gefunden worden sind. Der typische Verlauf besteht hier in: Phagedänismus des Primäraffekts, Vereiterung der regionären Drüsen, Eruption eitrig-syphilitischer Knoten (*Ecthyma profundum*, *rupioforme*, *Impetigo profunda rodens*, *Rupia*) event. mit Roseolaflecken, Papeln etc. Der Verlauf dieser Erkrankungsform ist ein akuter, auch die Recidive können in Form eitrigter Knoten auftreten, tertiäre Symptome brauchen nicht zu folgen. Diese Mischinfektion kann aber auch erst im weiteren Verlauf der sekundären Lues einsetzen (bei der Spätluës ist dies sehr selten, sie wird durch alle allgemein schwächenden Momente begünstigt; die Infektionsquelle scheint ohne Einfluss auf sie zu sein; sie ist im Gegensatz zu den tertiären Produkten infektiös.

Bei der 2. Form der malignen Lues handelt es sich um eine Syphilis tertiaria praecox. Schon beim Primäraffekt zeigt sich eine starke Betheiligung der Gefäße mit Nekrotisirung (*Ulcus syphiliticum gangraenosum*); die tertiären Produkte treten mit oder bald nach oder ohne sekundäre Symptome ein; chronische Malaria scheint in Russland diese Form zu begünstigen.

Die Lokalisation kann ganz unabhängig von der Form die Malignität der Lues bedingen; wie es schwere tertiäre Formen z. B. auf der Haut giebt, welche den Gesamtorganismus gar nicht schädigen, so können an sich leichte Produkte auch der Frühperiode, an lebenswichtigen Organen lokalisiert, deletär wirken; die Lokalisation hängt wesentlich von Grad und Dauer der Reizung eines bestimmten Körperteils, ferner von der hereditären Disposition einzelner Organe ab.

Kombinationen dieser verschiedenen, der Malignität der Lues zu Grunde liegenden Bedingungen können Übergangsformen und sehr mannigfaltige Bilder der malignen Lues bedingen.

Die Lues verläuft nach den — naturgemäß nur vereinzelt — Erfahrungen des Verf. bei solchen Individuen, deren Eltern Lues gehabt haben, leichter; doch kann man damit nicht alle Fälle abgeschwächter Empfänglichkeit oder völliger Immunität gegen die

Infektion erklären (die letztere will T. bei älteren Prostituirten festgestellt haben, die trotz reichlichster Gelegenheit der Infektion entgangen sind; doch ist der Beweis, dass diese Personen Syphilis wirklich nicht überstanden haben, kaum je zu führen; auch in den von T. angeführten Fällen scheint er dem Ref. nicht erbracht).

Therapeutisch empfiehlt Verf. möglichst frühzeitige und in den ersten 2—3 Jahren systematisch zu wiederholende Hg-Behandlung (am besten mit Injektionen von Salicyl-Hg); besonders bei der Syphilis tertiaria praecox wirkt ein »gleichmäßiges warmes Klima« sehr günstig.

Diese der Zusammenfassung der Arbeit entnommenen Sätze werden durch ein reichliches kasuistisches Material, dessen eingehendes Studium dem specieller Interessirten dringend empfohlen wird, gestützt. Zu dem theoretisch wie praktisch sehr wichtigen Thema möchte sich Ref. in aller Kürze folgende Bemerkungen gestatten: Die Einbeziehung der nur durch ihre Lokalisation schweren Formen in die »Lues maligna« ist nicht empfehlenswerth, weil sie diesen Begriff seiner Specificität entkleidet. Und eben so wenig ist es berechtigt, diese frühzeitigen tertiären Formen, so weit sie wirklich dem bekannten Typus des Tertiarius entsprechen, hier einzureihen. Dem, was man mit Recht als maligne Syphilis bezeichnet hat, entsprechen bloß die Fälle, welche die erste der 3 von T. aufgestellten Rubriken bilden. Dieselben unterscheiden sich in der That von den gleichsam »normalen« Typen der Früh- und Spätluës in so charakteristischer Weise, dass ihre Sonderstellung berechtigt ist. Die Beobachtungen sind darum so interessant, weil sie einen von Anfang an spezifischen Verlauf der Lues (phagedänischer Schanker, Vereiterung der Leistendrüsen, dabei wenigstens in einzelnen Fällen Ausschluss von Ulcus molle durch die Konfrontation) darthun. Diese Verlaufsweise ist zwar in der Litteratur gelegentlich erwähnt, doch stellt sie weder nach dem litterarischen Material noch nach den Erfahrungen des Ref. die Regel bei der malignen Lues dar; ja in Deutschland können wir sie sogar als die Ausnahme bezeichnen. Verf. giebt selbst zu, den Mechanismus dieser Mischinfektion nicht erklären zu können; an eine Mischinfektion hat auch Neisser früher zur Erklärung der malignen Lues gedacht; doch bleibt es räthselhaft, wie so sich diese Mischinfektion namentlich bei den Recidiven hält. Die Befunde von Staphylokokken (von deren Virulenz nichts gesagt wird) werden ja naturgemäß bei der Haut immer einiger Skepsis begegnen; der Nachweis derselben in Schnitten der Knoten fehlt leider. Ref. hat nur 1mal Gelegenheit gehabt, einen solchen akut entzündlichen Knoten bei Syphilis maligna zu untersuchen — in ihm waren Mikroorganismen nicht zu finden. Es ließe sich hier leicht noch eine Reihe von anderen Fragen anreihen, deren Besprechung aber den Rahmen des Referats bei Weitem überschreiten würde. Nur eines möchte Ref. in Bezug auf die Pathogenese dieser Form der Lues noch hervorheben: bei aller Specificität der ausgesprochenen

Fälle lässt sich doch nicht verkennen, dass es Übergänge von dem normalen Ablauf der Lues zu der malignen Lues giebt; diese Übergänge werden durch die T.'sche Anschauung nicht wohl erklärt; sie werden verständlich, wenn man den abnormen Verlauf der Lues bei einzelnen Individuen in Analogie stellt zu der idiosynkratischen Wirkung mancher Arzneimittel auf die Haut; wie auf Jodkali bei dem Einen nur eine gewöhnliche leichte Acne, bei einem Anderen tuberöse, bei einem Dritten pemphigoide Formen auftreten, so kann man auch die verschiedene Wirkung des luetischen Virus auf diese Weise leicht verstehen.

Von praktischerem Interesse ist die Beobachtung T.'s, dass Hg-Behandlung bei maligner Lues günstig wirkt. Die Erfahrung widerspricht den Anschauungen vieler Autoren, welche Hg bei diesen Fällen für geradezu schädlich halten. Doch schien es auch dem Ref., dass vorsichtigste Hg-Medikation bei sorgfältiger Berücksichtigung des Allgemeinbefindens doch noch am meisten Erfolg erzielt.

Jadassohn (Bern).

13) Étienne. Des anévrysmes dans leurs rapports avec la syphilis.

(Ann. de dermat. et de syph. Bd. VIII. Hft. 1.)

Verf. behandelt die Frage der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die Entstehung mancher Aneurysmen und kommt auf Grund eingehender Litteraturstudien, deren Material durch eine Anzahl persönlicher Beobachtungen vermehrt wird, zu dem Schluss, dass der Syphilis in der That eine nicht unwesentliche Rolle bei der Entstehung vieler Aneurysmen zufällt. Auf Grund histopathologischer Untersuchungen ist man zwar nur ausnahmsweise in der Lage, diesen Zusammenhang mit Sicherheit durch den Nachweis spezifischer luetischer Gefäßveränderungen festzustellen. Die klinische Beobachtung dagegen ergibt auf der Basis umfangreicher statistischer Zusammenstellungen, dass frühzeitiges Auftreten von Aneurysmen vorwiegend bei luetischen Individuen vorkommt, und dass insbesondere das Auftreten multipler Aneurysmen mit großer Wahrscheinlichkeit für einen luetischen Ursprung spricht. Von hervorragender Wichtigkeit ist natürlich die Thatsache, dass durch antiluetische Behandlung manche Aneurysmen auffällig günstig beeinflusst, ja geheilt werden können. Wenn sich bei einer vergleichenden Beurtheilung zahlreicher Fälle scheinbar widersprechende Thatsachen finden, und wir sehen, dass in manchen Fällen, bei denen wir einen Zusammenhang mit Syphilis annehmen, der Erfolg der Behandlung ausbleibt, andererseits vielfach günstige Resultate einer Jodbehandlung bei anscheinend nichtluetischen Fällen verzeichnet werden, so erklärt sich dies am einfachsten durch den mehr oder weniger glücklich gewählten Zeitpunkt des Beginns der Behandlung, welche, wenn zu spät begonnen, eine Rückbildung spezifischer Veränderungen nicht mehr erwarten lässt. Einstweilen ist Verf. geneigt, die aneurysmalen Leiden bei syphili-

tischen Individuen in jene Kategorie von Krankheitsvorgängen einzureihen, für welche Fournier den nach Ansicht des Verf. »sehr glücklichen« Ausdruck »parasyphilitisch« erfunden hat. Für uns ist diese Bezeichnung eine Verlegenheitsphrase. **Kopp** (München).

14) **Cumston.** Tertiary syphilitic epididymitis.

(Annals of surgery 1897. März.)

Verf. entwirft an der Hand einer eigenen Beobachtung und seiner Litteraturstudien folgendes Bild von der fraglichen Affektion: Die Krankheit beginnt subakut, mit leichten, ziehenden Schmerzen im Hoden und Samenstrang, die oft nur gespürt werden, wenn Pat. ermüdet und abgespannt ist, und die sich zuweilen nur als ein Gefühl der Völle und Schwere darstellen. Der Hodensack erscheint zunächst unverändert, aber in der Tunica vaginalis ist häufig ein leichter Erguss schon frühzeitig zu konstatieren. Wo derselbe fehlt, und eine Tastung des Hodens möglich ist, erweist sich derselbe als ganz normal und scharf vom Nebenhoden abgrenzbar. Auch der Samenstrang erscheint meist ohne Veränderungen, wenn auch zuweilen lokalisierte Gummata in ihm vorhanden sind. Der Nebenhoden ist seltener nur an einer Stelle (Kopf oder Schwanz), meist diffus erkrankt, und zwar finden sich in ihm entweder eine Reihe von derben, unregelmäßigen Knoten, oder aber dieselben konfluieren zu einem gemeinsamen, derben, grobhöckerigen Ganzen. Charakteristisch ist immer der Umstand, dass sich Hoden und Samenstrang scharf von dem Gebilde abgrenzen lassen, und dass namentlich letzterer, wie bemerkt, zwar zuweilen einzelne Gummata, niemals aber jene diffuse Infiltration wie bei Tuberkulose erkennen lässt. In späteren Stadien findet zuweilen stellenweise eine Erweichung statt mit einer Verlöthung mit dem Hodensack und Durchbruch nach außen. Der Process ist immer einseitig, eine Erkrankung der benachbarten Drüsen findet nicht statt; das Leiden verschwindet auf antiluetische Behandlung. Die Diagnose wird unterstützt durch den Nachweis anderer Zeichen von Lues.

Tietze (Breslau).

15) **L. Leistikow.** Über Jodvasogen als Ersatz für den internen Gebrauch der Jodsalze.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. No. 12.)

Um die Unannehmlichkeiten der Darreichung der Jodsalze durch Mund oder Mastdarm zu vermeiden, ließ der Verf. mit 6% Jodvasogen (von E. T. Pearson) nach Art einer Schmierkur Einreibungen von täglich 3 g im Durchschnitt 3 Wochen lang machen und erzielte damit bei tertiärer Lues günstige Heilresultate. In 4 von 20 Fällen trat ein heftiger Nasen- resp. Rachenkatarrh ein — sonstige unangenehme Erscheinungen fehlten. (Dieser Procentsatz von Jodismus erscheint dem Ref. keineswegs geringer, als der bei der gewöhnlichen Jodsalz-Verabreichung.)

Jadassohn (Bern).

16) **D. Majocchi.** Über die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1897. No. 10.)

Verf. hat aus theoretischen Gründen an einem großen Material Versuche mit Jodolpflaster (von Beiersdorf) angestellt und berichtet über dieselben in ausführlichster Weise. Er hat in diesem Präparat ein »vorzügliches, rasch antiphlogistisch und resolvirend wirkendes Mittel« gefunden; die beiden Phasen der antiphlogistischen und resolvirenden Wirkung sind durch eine »Stillstandsphase« geschieden; es hat sich besonders bei Adenitiden und Periadentiden und bei Epididymitiden und Orcheoepididymitiden bewährt; es ist im Gegensatz zum Quecksilberpflaster mehr für die einfachen, als für die spezifischen Entzündungsprocesse geeignet.

Jadassohn (Bern).

17) **F. Bukovsky.** Die Therapie der Bubonen nach Lang's Methode.

(Wiener med. Wochenschrift 1897. No. 1 u. 2.)

Von 115 nicht ausgewählten Fällen wurde in 81,7% glatte Heilung ohne Weiterungen erzielt, bei den übrigen Fällen war der Misserfolg anscheinend der Methode nicht zur Last zu legen. Außerdem wurde das Verfahren mit günstigstem Erfolg in 5 Fällen von Bertholinitis zur Anwendung gebracht. Die Behandlungsdauer betrug 6 Tage bis 36 Tage. Die Behandlung erfolgte im Allgemeinen streng nach den Lang'schen Vorschriften — ein oder zwei kurze Einstiche, Einspritzung der 1%igen Arg. nitric.-Lösung. Verstreichung derselben in die Taschen des Abscesses, Ablassen des Sekrets, Deckverband, und Wiederholung jeden zweiten Tag, bis statt der eitrigen Sekretion eine seröse auftritt. Dann erst Druckverband. Nur in so fern wurde eine Änderung der Vorschrift getroffen, als die ersten Einstichöffnungen nicht hermetisch mit Jodoformkollodium verschlossen, sondern absichtlich offen gelassen wurden, um dem nachfolgenden Sekret Abfluss zu lassen. In einer Anzahl der Fälle wurde auch ein Drain durch beide Öffnungen hindurchgelegt, wenn die Eiterhöhle zu umfangreich erschien. Von den periglandulären Einspritzungen in infiltrirtes Grenzgewebe wurde abgesehen. Schmerz nach den Injektionen wurde doch häufiger beobachtet, als es Lang angegeben hatte, und zwar in ziemlich heftiger, brennender Weise und mehrere Stunden lang dauernd. In manchen Fällen allerdings wurde darüber nicht besonders geklagt.

H. Frank (Berlin).

18) **Lehner.** Über die Behandlung der Bubonen.

(Pester med.-chir. Presse 1896. No. 50.)

L. berichtet über eine Behandlungsmethode der nicht schankrösen Bubonen, welche sich im Ambulatorium der »Allgemeinen Arbeiterkrankenkasse« in Budapest eingebürgert hat. Die Methode ist einfach, wohlfeil, wenig schmerzhaft, die Heilungsdauer eine kurze;

sie lässt unscheinbare Narben zurück; dabei ist sie gar nicht neu. Ist der Bubo ganz vereitert, so wird auf dem höchsten Punkte der Vorwölbung unter aseptischen Kautelen mit dem Bistourie vertikal ein kleiner Einstich gemacht, der Eiter sorgfältig ausgedrückt, die kleine Wunde mit sterilem Verband bedeckt. Täglicher Wechsel des Verbandes, wobei immer wieder der Eiter ausgedrückt wird. Schon am 2.—3. Tage verliert das Sekret den eitrigen Charakter, wird dünner, heller, endlich serös und an Quantität geringer; endlich lässt sich kaum mehr ein Tropfen seröser Flüssigkeit ausdrücken. Die Abscesswände haben sich um diese Zeit verklebt, und 24 bis 48 Stunden später ist auch die Einstichstelle geschlossen. Durchschnittszahl der Krankheitstage bei Anwendung dieser Methode = 6 gegen $9\frac{1}{7}$ bei angewandeter Lang'scher Methode.

Gold (Bielitz).

19) **A. Schischa.** Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyrum benzoatum.

(Wiener med. Wochenschrift 1897. No. 2 u. 3.)

Die Welander'sche Behandlung der Bubonen mit Einspritzungen von 1%iger Hydrarg. benzoat.-Lösung als Abortivmethode hatte die Erwartungen der dermatologischen Klinik in Graz nicht befriedigen können, dagegen machte man mit ihr die günstigsten Erfahrungen, als man dazu überging, die entwickelten, eiterreifen Bubonen auf diese Weise zu behandeln. Bei 27 Bubonen kam es nur in einem Falle zur Abtragung der bereits livid verfärbten, verdünnten Hautdecke — der Bubo wurde schankrös —, in allen anderen Fällen trat subkutane Vernarbung ein. Die Gesamtheilungsdauer, den eben erwähnten mit 82 Behandlungstagen eingeschlossen, betrug im Durchschnitt 3 Wochen (6 Tage bis — einmal — 82 Tage). Die Behandlung bestand in einem Einstich an der abschüssigsten, noch fluktuirenden Stelle, Entleerung des Eiters und Füllung der Höhle durch Einspritzung der Lösung, welche im Bubo verstrichen und dann wieder abgelassen wird. Dann noch einmalige Füllung und Bedeckung des Bubo ohne weitere Drainage und Kompression. Die Reaktion besteht in mäßigem, bald vorübergehendem Schmerz und Fieber. In den folgenden Tagen Wechsel des Druckverbandes und Ausspritzung der Höhle mit 2%iger Sublimatlösung. Ist nach 7 Tagen noch Eiter zu bemerken, Wiederholung des Verfahrens in einfacherer Form und möglichst warme Breiumschläge. — Das Verfahren hat vor der gleichzeitig versuchten, aber dann aufgegebenen Lang'schen Methode den Vorzug der Einfachheit (viel seltenere Injektionen und damit viel seltenerer Schmerz).

Herm. Frank (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

20) Heyse (Berlin). Der Sterilisationsapparat für Instrumente und Verbandstoffe der Feldlazarette.

Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1897. Hft. 6.)

Mit der im Werk befindlichen Ausrüstung der Feldlazarette durch Sterilisationsapparate für Instrumente und Verbandstoffe geschieht ein wichtiger Schritt vorwärts, indem die Feldlazarette dadurch in Stand gesetzt werden, Asepsis zu treiben, statt dass sie bisher auf antiseptische Verbandstoffe oder auf Improvisationen angewiesen waren, falls sie sich aseptische Verbandmittel verschaffen wollten. Dass dieser Apparat auf jedem Feuer in Betrieb gesetzt werden kann, ist sehr zweckmäßig, auch im Übrigen erfüllt er seine Zwecke. Dass auch die Sanitätsdetachements, welche wenigstens zum Auskochen der Instrumente eines Apparates bedürfen, wenn sie im Übrigen auch wohl vorläufig noch auf antiseptische Verbandmittel angewiesen werden müssen, mit solchen Vorrichtungen ausgerüstet werden, dürfte wohl nur eine Frage der Zeit sein.

Lülhe (Königsberg i/Pr.).

21) R. Klien (Dresden). Sterilisationsapparat für Verbandmaterialien. Behälter zum Mitführen von sterilem Katgut und Fil de Florence im geburtshilflichen Besteck.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 24.)

Bei der Fülle von Angeboten neuer Sterilisationsapparate möge es genügen, auf die Arbeit hinzuweisen und zu erwähnen, dass in dem K.'schen 3 Schimmelbusch'sche Büchsen sterilisirt und danach nachgetrocknet werden können. Der Behälter für steriles Katgut und Silkwormgut stellt ein einfaches Reagensglas dar, in dem ein mit Fäden umwickelter Glasstreifen sich findet; die Sterilisation erfolgt im Schäffer'schen Apparat.

Kramer (Glogau).

22) Kutner. Ein Sterilisator für den praktischen Arzt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 10.)

K. rühmt einem von ihm erfundenen Sterilisator nach, dass eine sichere Gewähr für eine konstante Temperatur von 100° in der Dampfetage besteht, 2) dass kein Wärmeverlust zu befürchten ist, ferner, dass kein Dampf ins Zimmer tritt, endlich dass der vorhandene Wasserabschluss nach der Sterilisation einen keimsicheren Abschluss der sterilisirten Gegenstände von der Luft gewährt, und die Bedienung eine sehr einfache ist.

Der Apparat ist von Lautenschläger in Berlin zu beziehen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.)

23) The Middlesex Hospital. W. Report of the surgical Registres — 1895 — (John Murray).

London, H. K. Lewis, 1896.

Der Bericht giebt in tabellarischer Form eine Übersicht über sämtliche chirurgische Erkrankungen und operativen Eingriffe, welche im Jahre 1895 im Middlesex Hospital vorkamen. Aus besonders interessanten Kapiteln der Chirurgie werden die ausführlichen Krankengeschichten mitgetheilt. Dem letzteren Theil des Berichts ist Folgendes zu entnehmen:

Von 15 Fällen von Appendicitis wurde in 11 Fällen operirt; 4mal bei bestehender allgemeiner Peritonitis — Laparotomie, Auswaschung des Peritoneums und 3mal Excision der Appendix 3 †, 1 genesen. 7mal handelte es sich um Eröffnung lokaler Abscesse, 1mal dabei Entfernung des Proc. vermiformis (5 Heilungen, 1 †).

Wegen innerer Darmeinklemmung wurde operirt 3mal; dieselbe war veranlasst durch Strangknickung (1 Fall geheilt), durch Knickung unter

dem verwachsenen Proc. vermiformis (1 Fall $\frac{+}{-}$, durch Einklemmung in einer retrocoecalen Bauchfelltasche (1 Fall geheilt).

Wegen Volvulus einer Dünndarmschlinge wurde 1mal laparotomirt; Perforation des Darmes — Naht, $\frac{+}{-}$ an Peritonitis.

2 Fälle von akuter Intussusception wurden 1mal durch Luftpneumatisierung, 1mal durch manuelle Reduktion und Wasserklistere zur Heilung gebracht.

Wegen Gallensteinen wurde 5mal Cholecystostomie gemacht, die Steine extrahirt, die Gallenblasenwand an den Bauchdecken durch Naht fixirt; wegen Cysticusstein wurde 1mal der Duct. cyst. incidirt, der Stein extrahirt, auch hier die Gallenblase in der Bauchwunde fixirt. 3mal erfolgte völlige, 3mal Heilung mit kleiner Fistelöffnung.

Ferner wurde die Laparotomie ausgeführt:

Wegen Perforation eines Magengeschwürs (1mal, $\frac{+}{-}$; — wegen Adenosarkom von retroperitonealen Lymphdrüsen nach Exstirpation des linken Hodens wegen Sarkom 2 Jahre zuvor — Exstirpation, Heilung; — wegen eines Spindelzellensarkoms des kleinen Netzes Exstirpation, Heilung; — wegen Echinococcus des großen Netzes — theilweise Enukleation, Tamponadebehandlung, Recidivoperation, dann definitive Heilung; — wegen Milzhypertrophie Splenektomie, 1mal Heilung. Von Operationen an den Nieren wurden ausgeführt: Wegen Tuberkulose 1mal Nephrotomie mit sekundärer Nephrektomie, 3mal die primäre Nephrektomie (1 $\frac{+}{-}$); — wegen Nierensteinen 5mal die Nephrolithotomie (sämmliche geheilt); — wegen Pyonephrose und Stein 1mal die Nephrotomie (geheilt); — wegen Pyelitis calculosa und perinephritischem Abscess 1mal Lendenschnitt, Explorativlaparotomie ($\frac{+}{-}$), Pyelitis calcul. und Zerstörung der linken Niere — Nierenbeckenfisteln nach dem Colon desc., chron. Nephritis der anderen Niere; — wegen Hydronephrose wurde 3mal primäre Nephrektomie (!) gemacht (geheilt); — wegen Pyonephrose 1mal mit tödlichem Ausgang; — wegen Wanderniere 4mal Nephrorraphie (geheilt); — wegen Nephralgie 2mal lumbarer Explorativschnitt mit einer definitiven Heilung bei negativem Befund; — wegen Hämaturie wurde 1mal die Nephrotomie ausgeführt — Sektionsschnitt ohne Ergebnis — Nierennaht — wegen sekundärer Blutung Nephrektomie, $\frac{+}{-}$ — (Pyelitis calculosa, Fisteln nach dem Colon desc., Nephritis chron. dupl.); — wegen Pyurie 1mal die explorative Nephrotomie mit negativem Ergebnis.

F. Krumm (Karlsruhe).

24) G. Heimann. Die im Jahre 1894 in den Heilanstalten Preußens ausgeführten Operationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 2.)

H. hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, die Zählkarten, welche alljährlich aus den preußischen Heilanstalten dem statistischen Bureau zugehen, hinsichtlich des operativen Materials zu prüfen. Wie groß die Arbeit ist, beweist, dass im Jahre 1894 im Ganzen 58958 wichtigere Operationen vorgenommen wurden. Manche Mängel der Statistik ergeben sich aus der Eigenart des Materials in den Krankenhäusern, bei denen z. B. fast ganz die Orthopädie fehlt, ferner aus der theilweise ungenügenden Ausfüllung der Zählkarten, was der Verf. selbst hervorhebt. Trotzdem ist die Zusammenstellung in vieler Hinsicht recht lehrreich und giebt vor Allem einen Überblick über die Zahl, Art und Erfolge der größeren Chirurgie.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

25) W. Karström & A. Vestberg. Om det s. k. deciduoma malignum med 2 nya fall.

Hygiea 1896. II. p. 613.

26) J. Lönnberg & C. H. Mannheimer. Om de i anslutning till graviditet uppkomna maligna s. k. serotinala uterustumörerna.

(Nord. Med. Arkiv 1896. No. 28.)

27) **A. O. Lindfors & A. Vestberg.** Ett bidrag till det maligna deciduomets kasuistik och patologi.

(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. II. p. 293.)

Eine Geschwulstform, die ihrer ausgesprochenen Bösartigkeit und ihrer Gruppierung im onkologischen System wegen in gleicher Weise die Aufmerksamkeit der Gynäkologen wie der pathologischen Anatomen in Anspruch genommen hat, ist das sog. Deciduoma malignum. Nicht weniger als 5 neue Fälle dieser Geschwulstform sind fast gleichzeitig in der schwedischen medicinischen Litteratur veröffentlicht worden. Sehr ausführliche Krankengeschichten werden mitgeteilt, und die histologischen Verhältnisse sind besonders von V. in sehr eingehender Weise behandelt. Die biologische Eigenheit der betreffenden Geschwülste, nicht in organoide Verbindung mit dem afficirten Gewebe zu treten, wird besonders hervorgehoben. Gegen die Auffassung dieser Geschwülste als Carcinome spricht sich der letztgenannte Autor entschieden aus, ohne aber in der Frage über ihren Platz im onkologischen System eine besondere Stellung einzunehmen. — Die als zweite genannte Arbeit giebt in tabellarischer Form eine vollständige Übersicht der sämtlichen bisher gekannten Fälle von Deciduomen sowohl nach normaler Geburt als nach Mola. Die ausgesprochene Neigung zur Metastasenbildung auch in weit von der Genitalsphäre gelegenen Organen erregt das Interesse eben sowohl der Gynäkologen wie der Chirurgen und Internisten. — Ein näheres Eingehen auf die einzelnen Details würde zu weit führen. Das Referat muss sich dahin beschränken, die Aufmerksamkeit auf diese überaus interessante Geschwulstform zu lenken.

A. Hansson (Warberg).

28) **A. Pic.** Un cas de maladie osseuse de Paget (ostéite déformante) avec déformations considérables.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 3.)

Ein typischer Fall mit allen ausgesprochenen Kennzeichen der Krankheit bei einem 58jährigen Lithographen nebst Sektionsbefund nach interkurrentem Trauma mit tödlichem Ausgang. Die Arbeit giebt eine ausführliche Schilderung der Krankheit mit Diagnostik etc. Ätiologisch auch hier kein Aufschluss.

Herm. Frank (Berlin).

29) **Klemm.** Zur Kasuistik der Gefäßverletzungen. (Aus der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses in Riga. Dirigirender Arzt Dr. A. v. Bergmann.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 18.)

K. theilt die Krankengeschichte eines Falles von Stichverletzung der A. carotis communis mit, bei welchem das v. Wahl'sche, als für Gefäßverletzungen pathognomonisch betrachtete Geräusch deutlich festzustellen war. Bei aufgesetztem Stethoskop konnte über der äußeren Wunde ein mit dem Herzstoß isochrones schabendes Geräusch vernommen werden, welches nach oben und unten zu schwächer wurde.

Wahrscheinlich in Folge des vorausgegangenen starken Blutverlustes endete der Fall nach Unterbindung und Resektion der Arterie tödlich.

Bei Venenverletzungen fehlt es an einem charakteristischen auskultatorischen Zeichen, so z. B. in einem vom Verf. behandelten Falle von isolirter Verletzung der Vena subclavia infraclavicularis, wo mit Erfolg die Ränder der Gefäßwunde mit einer Arterienzange gefasst, zeltförmig in die Höhe gehoben und dann mit einem Seidenfaden abgeschnürt wurden. Als Symptome von Verletzungen großer Venen können nur Blutung oder Zeichen stattgehabter Hämorrhagie gelten.

2mal war K. in der Lage, die primäre Diagnose der Stichverletzung einer großen Vene zu stellen. Ein Fall von doppelter Unterbindung der V. femoralis ist ganz ohne Funktionsstörung geheilt.

Das therapeutische Handeln kann nach K. nur ein Ziel haben, nämlich die Aufsuchung des verletzten Gefäßabschnittes, um durch den Schluss der Wunde an demselben die Blutung zum Stehen zu bringen.

Es kann dies geschehen 1) durch doppelte Ligatur des Gefäßes, 2) durch seitliche Ligatur oder das temporäre Anlegen von Klemmpincetten, 3) die Gefäßnaht. Verf. führt aus, dass diese sämtlichen Verschlussmethoden für Venenwunden mit volstem Recht gebraucht werden dürfen. Bei größeren Wunden, deren Ränder ungleichmäßig und gerissen sind, eben so dann, wenn eine Infektion der Wunde stattgefunden hat, dürfte die doppelte Unterbindung und Excision des lädirtten Stückes am besten sein.

Der seitliche Verschluss der Venenwunde durch Abbinden und die Naht wird sich in der Regel auf kleinere und scharfwandige Verletzungen der Gefäßwand beschränken müssen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

30) **Aquila.** Ein Fall von extragenitaler Tripperinfektion.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1897. No. 1.)

Die indirekte Übertragung der Gonorrhoe bei Erwachsenen begegnet fast immer berechtigten Zeifeln. Um so wichtiger ist es, dass bei der vorliegenden Mittheilung ein Arzt berichtet, dass er vermuthlich bei der Untersuchung der Prostituirten auf Gonorrhoe — wobei er wegen eines Ekzems die Desinfektion der Hände unterließ — eine typische Gonorrhoe acquirirt hat — eine andere Infektionsart war natürlich ausgeschlossen. Die Möglichkeit einer solchen Übertragung ist gewiss zuzugeben.

Jadassohn (Bern).

31) **A. Sack.** Über die Multiplicität des syphilitischen Primäraffektes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 20.)

S. wendet sich gegen Eichhorst, welcher in seinem »Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie« Bd. IV p. 649 der neuesten Auflage sagt, dass bei Sklerose und weichem Schanker differentialdiagnostisch die Zahl der Geschwüre in Betracht käme, indem das harte Geschwür »fast immer einfach« auftrate.

S. warnt davor, dieser Unterscheidung eine übertriebene Bedeutung beizumessen. Auf Grund der Statistik betont Verf. die Thatsache, dass das harte Geschwür nicht nur nicht fast immer solitär auftritt, sondern dass vielmehr die Multiplicität des Primäraffektes hier durchaus nichts Seltenes sei. An die von Ricord und Fournier beschriebenen Fälle mit 19 bezw. 16 Sklerosen reiht S. eine eigene Beobachtung, bei der 15 typische distinkte und scharf abgegrenzte Sklerosen am Glied und Hodensack zur Entwicklung kamen. In dem Falle interessirt auch die Art der Entstehung der Geschwüre. Pat. litt gleichzeitig an Scabies, welche sich vorwiegend auf die Genitalien lokalisirte und dort in der Haut des Penis und Hodensackes Erosionen erzeugt hatte, welche für die Aufnahme des syphilitischen Virus von mehreren Stellen aus besonders geeignet waren.

Gold (Bielitz).

32) **F. Bloch.** Über extragenitale Syphilisinfektion.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Die Sammlung statistischen Materials ist vor Allem geeignet, uns eine möglichst genaue Kenntnis der Wege zu verschaffen, welche das syphilitische Virus benutzt, um extragenital in den Körper zu gelangen. Die Bedeutung der Syphilis insontium wird jetzt allenthalben in ihrem ganzen Umfang gewürdigt. In der dermatologischen Klinik Prof. Pick's in Prag sind von 1886—1895 65 extragenitale Sklerosen = 4,1% aller Sklerosen beobachtet worden; bei den Männern beträgt das Procentverhältnis der extragenitalen zu den genitalen 2,5%, bei den Frauen 10,3%; das liegt, wie der Verf. mit Recht betont, daran, dass bei den Frauen genitale Primäraffekte viel häufiger übersehen werden. Die Zahl der extragenitalen Infektionen scheint, wie die der Syphilisfälle überhaupt, in der Prager Klinik zuzunehmen.

Die meisten extragenitalen Sklerosen fanden sich, wie gewöhnlich, am Munde (Oberlippe 10, Unterlippe 24, Mundwinkel 3, 1mal je eine Sklerose an Ober- und Unterlippe, 1mal 2 Schanker an der Unterlippe; neben Küssen scheinen Trink-

gläser, Cigarrenstümpfe, Pfeifenspitzen, Zahnstocher etc. die Infektion vermittelt zu haben; 2 Zungenschanker, 3 Tonsillarschanker (kraterförmige Geschwüre mit knorpelhaften Rändern); im Gesicht kamen 4, an den Mammae 6 (davon 5 durch fremde luetische Kinder), am Bauch 3, an den Fingern 5 (2 bei Hebammen) Sklerosen vor. Besondere Schwierigkeiten in der Diagnose machen die Tonsillarschanker, mit denen die Pat. erst spät zum Arzt kommen, und die Fingerschanker, die häufig für Panaritien gehalten werden. Der Verlauf der extragenitalen Sklerosen schien dem Verf. im Allgemeinen ein protrahirter zu sein; der Verlauf der Lues in solchen Fällen entspricht dem gewöhnlichen. **Jadassohn** (Bern).

33) **Y. Arslan.** Deux cas de chancres syphilitiques des amygdales.

(Revue de laryngol. 1896. No. 49.)

In dem einen Falle hatte sich das Ulcus durum intratonsillär entwickelt, wodurch ein einfacher Mandelabscess vorgetäuscht wurde, nach dessen Incision erst die wahre Natur der Erkrankung deutlich wurde. Der andere Fall war typisch; beide Male wurde die Diagnose durch das Auftreten sekundärer Erscheinungen bestätigt.

Teichmann (Berlin).

34) **M. Labbé.** Syphilis héréditaire et exostoses.

(Revue d'orthopédie 1897. No. 2.)

Verf. stellt zu einem Fall eigener Beobachtung bei einem neugeborenen Knaben mit symmetrischen Exostosen am oberen Ende beider Femora, welche dasselbe fast ringsherum kranzförmig umgeben, 2 Fälle aus der Litteratur von Fournier und Bertin, bei denen die untrüglichen Zeichen angeborener Syphilis auch sonst am Knochensystem vorlagen. In 2 Fällen, wo eine antisiphilitische Kur noch eingeleitet werden konnte, trat sogar Heilung ein. Der genau wiedergegebene histologische Befund zeigt die identische Struktur wie bei den Wachstumsexostosen. Der Ort, die ganze Form der Knochenneubildung, welche an einen Callus luxurians erinnert, lässt den Gedanken aufkommen, dass es sich um juxtaepiphysäres Décollement handle, wozu ebenfalls ein Parallellfall aufgeführt wird.

Herm. Frank (Berlin).

35) **K. Herxheimer.** Über multiple subkutane Gummen im Frühstadium der Syphilis nebst Mittheilungen über den diagnostischen Werth des miliaren Tuberkels.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Der von H. publicirte Fall ist klinisch dadurch bemerkenswerth, dass bei einer Lues im sekundären Stadium sehr reichlich erbsen- bis haselnussgroße rundliche, derbe, subkutan gelegene Knötchen auftraten, welche sich gegen Hg-Therapie sehr hartnäckig erwiesen und schließlich unter Arsen abheilten; doch meint der Verf. selbst, dass es sich hierbei nicht um eine Arsen-, sondern nur um eine verzögerte Hg-Wirkung gehandelt habe. Besonders interessant aber war der histologische Befund — die Knötchen stellten von einer bindegewebigen Kapsel abgeschlossene typische Tuberkel mit Epithelioid- und charakteristischen Langhans'schen Riesenzellen dar. Bacillen wurden nicht gefunden. Verf. kommt bei seinen differentialdiagnostischen Erörterungen zu dem zweifellos berechtigten Schluss, dass rein syphilitische Produkte vorlagen, und bespricht im Anschluss daran die Frage von der diagnostischen Bedeutung der Langhans'schen Riesenzellen. Er kommt zu dem nach zahlreichen Beobachtungen (auch des Ref.) nicht mehr anzuzweifelnden Resultat, dass die Tuberkelstruktur nicht charakteristisch für Tuberkulose sei, sondern auch bei Lues (und bei Pseudoleukämie) vorkomme.

Jadassohn (Bern).

36) **L. Brauer.** Letal endende Polyneuritis bei einem mit Quecksilber behandelten Syphilitischen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 13 u. 14.)

In ungemein ausführlicher Weise berichtet B. über einen 24jährigen Kranken, welcher unter frischer luetischer Infektion litt und einer Quecksilbereinreibungs-

kur unterzogen wurde, in deren Verlauf sich das Bild einer Polyneuritis manifestirte. Eine eingehende Berücksichtigung erfährt das ätiologische Moment der Nervenschädigung. B. schließt im beobachteten Falle ein auf specifisch luetischen Veränderungen beruhendes peripheres oder centrales Nervenleiden mit Sicherheit aus auf Grund des anatomischen Befundes, der einerseits Arterienveränderungen, andererseits charakteristische entzündliche oder gewebbildende Processe vermissen ließ. Auch das klinische Bild des Falles widersprach dem Versuche, die Polyneuritis durch specifische Veränderungen erklären zu wollen. Die symmetrische und ausgedehnte Verbreitung der Nervenerkrankung über den Körper des beobachteten Mannes, so wie der rasche Verlauf wird bei entzündlichen Neuritiden im Gefolge von Syphilis nicht beobachtet.

B. ist vielmehr der Anschauung, dass die Ursache der Erkrankung im vorliegenden Falle in einer toxischen Wirkung der Syphilis zu suchen ist, während das Quecksilber allein die Schuld an den Nervenveränderungen nicht trägt. Andererseits ist nicht auszuschließen, dass die Quecksilbereinwirkung durch Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus es den Syphilitoxinen ermöglichte, leichter denn je eine Polyneuritis hervorzurufen.

Alkoholismus, Blei- und Arsenikwirkung, so wie echter Rheumatismus oder eine bekannte Infektionskrankheit konnte B. im beschriebenen Falle als ätiologische Momente mit Sicherheit ausschließen. **Gold (Bielitz).**

37) **L. Jullien.** Ostéite syphilitique à forme névralgique guérie par la trepanation.

(Revue internat. de thérapeut. et de pharmacol. 1897. No. 4.)

Bei einer 21jährigen Puella publica, die früher an tuberkulöser Gonitis gelitten und zur Zeit der Aufnahme noch einen Lupus faciei hatte, waren im Anschluss an eine syphilitische Infektion heftige Schmerzen in den verschiedensten Knochen aufgetreten. Diese Schmerzen wichen einer antisymphilitischen Behandlung (Kalomelinjektion) bis auf die durch die rechte Tibia verursachten. Alle therapeutischen Maßnahmen erwiesen sich vergeblich, und es wurde zur Trepanation des Knochens geschritten, trotzdem äußerlich nichts Krankhaftes bemerkbar war und kein Punkt als besonders schmerzhaft angegeben werden konnte.

Bei der Operation erwies sich der Knochen als äußerst fest, sonst aber eben so wie das Mark unverändert. Die Schmerzen ließen nach 2 Tagen völlig nach. Diese Besserung hatte noch 2 Monate nach der Operation Bestand. Verf. glaubt, dass in diesem Falle die feinsten Nervenendigungen schon in den Zustand einer Neuritis versetzt gewesen sein müssen, sowohl durch die Sklerose des Knochens als auch durch die bei der Syphilis eintretenden Veränderungen des Marks. Tritt diese Veränderung der Nerven bei Syphilis ein, dann weichen auch die Schmerzen einer antisymphilitischen Behandlung nicht, und man soll operativ vorgehen, sei es, um etwaigen Eiter zu entleeren, sei es, um irgend welchen Druck auf die Nervenendigungen zu beseitigen. **Borchard (Posen).**

38) **B. Schulze.** Lungenembolie bei Injektion von Hydrargyrum salicylicum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Als Nachtrag zu der jüngst im Centralblatt referirten Arbeit von M. Möller berichtet Verf. über 1 Fall von Embolie nach Hg-salicylinjektion in Paraffin mit hohem Fieber, starken Beschwerden beim Athmen, ohne Dämpfung — der ganze Anfall ging schnell vorüber, sonstige Störungen traten nicht ein. S. empfiehlt nach dem Vorgang von Blaschko die Injektion immer erst dann auszuführen, wenn man sich überzeugt hat, dass aus der Kanüle kein Blut abfließt.

Jadassohn (Bern).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34.

Sonnabend, den 28. August.

1897.

Inhalt: 1) **Robinson**, Absorptionskraft des Bauchfells. — 2) **Dolbet**, 3) **Karewsky**, Appendicitis. — 4) **Finny**, Perforationsperitonitis. — 5) **Demars und Lannelongue**, Radikaloperation von Hernien. — 6) **Kraske**, 7) **Taylor**, Mastdarmkrebs. — 8) **Auvray**, Leberresektion. — 9) **Cornillon**, Gallensteine. — 10) **Luria**, Der Murphyknopf. — 11) **Heinricius**, Pankreascysten.

F. Brunner, Ein Fall von *Hernia ventriculi inguinalis incarcerata*. (Original-Mitth.)
12) **Hawkes**, 13) **Reynier**, Appendicitis. — 14) **Hartmann**, Perforationsperitonitis. — 15) **af Schultén**, Bauchbrüche. — 16) **Botesco**, Zwerchfellbruch. — 17) **McCosh**, Magengeschwür. — 18) **Fick**, Magenresektion. — 19) **v. Eiselsberg**, Resektionen und Anastomosenbildungen am Nahrungskanal. — 20) **Jonnesco**, Milzexstirpation. — 21) **Schrader**, 22) **v. Rosenthal**, Lebergeschwulst. — 23) **Reichold jun.**, 24) **Rollet**, Leberechinococcus. — 25) **Hansson**, Aneurysma art. hepaticae. — 26) **Trautenroth**, 27) **Seganti**, Cholecystitis. — 28) **Heldenhain**, Gallenblasenkrebs. — 29) **Ziegler**, Pankreascysten.

Berichtigung.

1) **Robinson.** Observations upon the absorption of fluids by the peritoneum.

(Annals of surgery 1897. März.)

Die vom Verf. in seiner Arbeit entwickelten Anschauungen gründen sich auf eine Reihe von Experimenten, deren detaillirte Wiedergabe den Hauptinhalt der Mittheilung bildet. Leider sind die sonstigen Ausführungen zu kurz, als dass man ihnen einen entscheidenden Einfluss für die Beurtheilung mancher strittigen Fragen einräumen könnte — obgleich die Art, wie Verf. sein Thema behandelt, vielfaches Interesse darbietet. Seine Schlüsse sind etwa folgende: Die peritoneale Resorption ist kein vitaler Process; dieselbe geht auch im Kadaver schnell und leicht von statten; der peritoneale Innendruck ist gleichfalls kein unerlässlicher Faktor, indem die Resorption gleichfalls erhalten bleibt bei eröffnetem Bauch; besonders betheiligt sich an der Aufsaugung das Zwerchfell mit seinem Centrum tendineum. Die Resorption geschieht durch einen Filtrationsprocess, indem der höhere peritoneale Innendruck die Flüssigkeit in das sub- und präperitoneale Gewebe treibt, das sich damit reichlich imbibirt, sehr schnell aber den Flüssigkeitsstrom an Lymph- und

Blutgefäße weitergiebt. Freilich handelt es sich nicht nur um eine reine Filtration, sondern es spielen dabei die Gesetze der Osmose auch eine gewisse, und zwar bedeutsame Rolle. Sicher erscheint es jedenfalls, dass der Übertritt zunächst in Lymphbahnen und nicht, wie manche Autoren wollen, sofort in das Blutgefäßsystem erfolgt; eben so erscheint dem Autor die Existenz der vielfach gelegneten Lymphgefäßstomata nicht zweifelhaft.

Tietze (Breslau).

2) M. P. Delbet. Pathogénie et traitement de l'appendicite.

(Arch. génér. de méd. 1897. März.)

In Folge einer Anregung Dieulafoy's ist in Frankreich das Thema der Perityphlitis resp. Appendicitis Gegenstand lebhafter Erörterungen geworden.

Die Worte Dieulafoy's lauten etwa folgendermaßen: »Eine Typhlitis giebt es nicht. Wenn trotzdem eine Anzahl Autoren, die auch an eine Appendicitis glauben, fortfahren, 2 getrennte Krankheiten, die Entzündung des Typhlon — Typhlitis — und die des Wurmfortsatzes — Appendicitis — zu beschreiben, so hat dies weniger theoretischen als praktischen Werth, indem im 1. Falle Laxantien angezeigt wären, was bei der Perityphlitis höchst verhängnisvoll werden könnte«.

Auf Grund der Litteratur will Verf. eine Typhlitis als höchst seltene Erkrankung bestehen lassen; vom praktischen Gesichtspunkt aus sei es besser, dieser Erkrankung keine Rechnung zu tragen. Die Theorie von Talamon, wonach die Entzündung dem Eindringen von Kothpartikelchen in den Wurmfortsatz ihre Entstehung verdanke, verwirft Verf. vollständig. Die Ansicht von Dieulafoy (Théorie du vase clos) spricht sich dahin aus, dass der Appendix ein Divertikel des Darmes sei, das sich durch verschiedene mechanische Einwirkungen in eine geschlossene Höhle umwandeln könne, wodurch die in derselben befindlichen Bakterien eine größere Virulenz erhielten und zu Entzündung Veranlassung gäben. Verf. will diese Theorie nur für seltene Fälle gelten lassen und entwickelt seinen Standpunkt dahin, dass er sagt: »Auf Grund wenig bekannter Ursachen entsteht im Wurmfortsatz eine Infektion, hervorgerufen durch das Bacterium coli allein oder in Gesellschaft mit Streptokokken. Diese Infektion hinterlässt entweder Verlagerungen des Appendix oder narbige Wandveränderungen und legt den Grund zu Konkrementbildungen, die einen dauernden Reiz auf die Wand des Wurmfortsatzes ausüben und so zu narbigen Schrumpfungen und eventuell zu Verschluss des Wurmfortsatzes führen können«.

Wie man sieht, besteht der Unterschied in der Ansicht Dieulafoy's und des Verf. darin, dass Dieulafoy den Verschluss des Appendix als die Ursache, dagegen Verf. als die Folge der Appendicitis bezeichnet.

Die Anschauungen des Verf. decken sich im Wesentlichen mit unseren heutigen, nur berücksichtigt er noch zu wenig die groben

pathologisch-anatomischen Verhältnisse des Wurmfortsatzes, als da sind: abnorme Länge desselben, Enge seiner Lichtung und fehlerhafte Lage und mehr oder minder große Beweglichkeit, die sicher im Verein mit der vom Verf. angegebenen Infektion eine wichtige Rolle spielen.

Der Verf. spricht einer frühzeitigen chirurgischen Behandlung das Wort.

Longard (Aachen).

3) **Karewsky.** Über Perityphlitis bei Kindern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 19—21.)

K. ist aus der Zusammenstellung des darüber bis jetzt vorliegenden statistischen Materials zu der Ansicht gelangt, dass die Perityphlitis in denjenigen Krankenhäusern, wo sie nicht operirt wird, außerordentlich selten bei Kindern beobachtet ist, wo dagegen die Fälle zur Operation kommen, verhältnismäßig häufig. Der Percentsatz der Sterblichkeit bei den Operirten war vielfach ein recht bedeutender; nur Sonnenburg macht eine Ausnahme.

Unter Acceptirung des Rotter'schen Standpunktes, dass man unterscheiden müsse zwischen diffuser und umschriebener Perityphlitis, kommt K. des Weiteren zu dem Schluss, dass die prognostisch weit günstigeren umschriebenen Fälle bei Kindern relativ, d. h. im Vergleich zu Erwachsenen, unendlich viel seltener zur Beobachtung der Operateure kommen als die weit gefährlicheren diffusen.

So weit sich aus den Krankengeschichten K.'s, Israël's, Rotter's, Lennander's etc. ersehen ließ, kamen überhaupt zu den Operateuren nur die schwersten Fälle von Kinderperityphlitis, und es war die Zahl der umschriebenen Entzündungen relativ viel kleiner, die der diffusen relativ viel größer als bei Erwachsenen.

Im Ganzen kamen auf 142 bei Kindern operirte Fälle von Perityphlitis 45 Todesfälle. Die relativ besten Resultate wurden von den Frühoperateuren erzielt. Leider aber kamen die meisten Fälle erst sehr spät in chirurgische Behandlung. Als wirklich specifisch schwer ist nur eine sehr geringe Anzahl von Fällen zu deuten. Viel gewöhnlicher scheint es nach K. zu sein, dass die Verkenntung der Krankheit in ihrem Anfangsstadium und die daraus sich ergebenden fehlerhaften therapeutischen Maßnahmen ihren Verlauf ungünstig beeinflussen. Für besonders gefährlich hält K. die Anwendung von Abführmitteln am Anfang der Krankheit. Der Verlauf war in solchen Fällen in der Regel ein sehr schwerer. Manche Fälle von Kinderperityphlitis verlaufen Anfangs unter dem Bilde wiederholter Dyspepsien, was zu therapeutischen Missgriffen Veranlassung giebt. Auch mit Ileus treten in Folge der langdauernden vergeblichen Anwendung von Wassereingießungen verhängnisvolle Verwechslungen ein.

Aber auch andere Fälle werden oft Anfangs verkehrt behandelt. Es ist nach K. leider Thatsache, dass keine von all den sogenannten klassischen Erscheinungen der Perityphlitis diffusa vorhanden sein

muss; weder auf die Temperatur, noch auf Qualität und Quantität des Pulses kann man sich bei der Beurtheilung des Falles sicher verlassen. Umgekehrt kann bei stürmischstem Anfang später das Ende noch gut werden. In einzelnen Fällen beobachtete K. volle Verödung der Bauchhöhle ohne Eiterung mit sekundären Heuserscheinungen.

Wegen der Leichtigkeit einer Verwechslung stellt K. mit Recht den Satz auf, dass bei Stuhlverstopfung nicht eher zu Abführmitteln gegriffen werden soll, als bis man sich von der Abwesenheit einer Perityphlitis überzeugt hat.

Manchmal kam K. auch bei den scheinbar allerschlimmsten Fällen, bei diffuser Peritonitis, mit der Operation nicht zu spät und konnte die dem Tode scheinbar verfallenen Pat. noch retten.

Operirt muss werden, so sagt K. mit Baumgarten, wenn die Heftigkeit der Symptome und die Intensität der Allgemeinerscheinungen, wie rascher Verfall des Nervensystems, Abnahme der Herzthätigkeit, fahles Aussehen, kalter Schweiß, den freien Erguss ohne vorherige adhäsive Verklebung vermuthen lässt. Bei umschriebener Perityphlitis besteht die Opiumbehandlung zu Recht; doch da jederzeit plötzliche Erscheinungen von progredienter Eiterung oder von Durchbruch in das Bauchfell auftreten können, so muss man auch hier stets auf einen Eingriff mit dem Messer gefasst sein.

Auch bei chronischer Appendicitis, wo Exsudatmassen hartnäckig liegen bleiben, soll man lieber zum Messer greifen, als dass man den Durchbruch in Blase und Mastdarm abwartet oder die Kinder der Gefahr der fortschreitenden Beckenbindegewebsphlegmone aussetzt.

K. bespricht alsdann jene interessanten Fälle, in denen Aktinomykose und Tuberkulose Veranlassung zu einer Appendicitis gaben und führt verschiedene von ihm operirte derartige Fälle an.

Was die Ausführung der Operation anbetrifft, so bevorzugt K. im Allgemeinen den Sonnenburg'schen Schnitt. Doch können auch Incisionen rechts und links, eine Laparotomie in der Mittellinie oder sogar quere Incisionen von einer Seite zur anderen nöthig werden. Auf eventuell später entstehende Bauchbrüche ist, wenn die Umstände es unmöglich machen, keine Rücksicht zu nehmen. Die Reinigung der Bauchhöhle beschränkt K. auf das allergeringste Maß. Ist der Abscess entleert und der Eiter ausgetupft, so ist Alles gethan, was man thun darf; ein Auspacken des Bauchinhalts, um die Darmschlingen zu reinigen, oder gar eine Ausspülung der Bauchhöhle hält K. für sehr gefahrvoll und wenig nutzbringend. Netzresektionen verwirft auch K. absolut.

Die Resektion des Wurmfortsatzes hält K. für nöthig, wenn derselbe den freien Abfluss des Eiters hindert, doch auch sonst für wünschenswerth, wenn dies mit Leichtigkeit geschehen kann, weil man damit Recidive verhütet. Lange danach suchen aber darf man nur bei besonders kräftigen Individuen. Bei recidivirender Peri-

typhlitis aber, besonders in der anfallsfreien Zeit, ist die Resektion ein absolut ungefährlicher Eingriff, der bei Kindern eine Mortalität von 0% giebt. Daher soll man in allen denjenigen Fällen, wo man ursprünglich nicht operirt hat, bei wiederholten Recidiven wenn irgend möglich in der anfallsfreien Zeit, den Wurmfortsatz reseciren.

Bei akuter Perityphlitis der Kinder ist zunächst nur die Lebensgefahr zu beseitigen, die Frage des Recidivs kommt erst in zweiter Linie in Betracht.

Die Punktion des Abscesses verwirft K. wegen der Gefahr einer Infektion der Bauchhöhle, wofür er selbst eine Krankengeschichte anführt.

Zum Schluss seiner interessanten und praktisch sehr bedeutsamen Ausführungen weist K. nochmals auf die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Frühdiagnose hin. Man soll alle Fälle von plötzlichem Leibschmerz mit Darmerscheinungen als ernste Erkrankungen auffassen, die eine Appendicitis sein können, und sie so lange von diesem Gesichtspunkt behandeln, bis der sichere Beweis erbracht ist, dass keine Blinddarmentzündung vorliegt.

Nicht jeder Fall von Perityphlitis ist zu operiren. Doch ist jeder Fall dauernd so zu beobachten, dass er rechtzeitig operirt werden kann. Was den Zeitpunkt der Operation betrifft, so soll man operiren, wenn man sieht, dass man mit der inneren Therapie nicht weiterkommt, oder wenn man Fälle vor sich hat, die von vorn herein erfahrungsgemäß ohne Operation zum Tode führen. Wenn auch in solchen Fällen, wo trotz strengster Diät das Exsudat sich lange nicht verkleinert, oder bei geringem Exsudat peritonitische Erscheinungen sich nicht verlieren, noch Spontanheilungen vorkommen, so soll man lieber einmal zu oft als zu wenig operiren, weil die in solchem Stadium operirten Fälle die allergünstigste Prognose geben (Mortalität von fast 0%), und die Entfernung des Wurmfortsatzes und damit die Verhütung der Recidive fast immer ohne Gefahr möglich ist. Auch bei diffuser Peritonitis hält K., wenn die schweren Erscheinungen nicht bald nachlassen und Abkapselung eintritt, einen Eingriff für berechtigt, wenn er auch nur selten von Erfolg sein wird. Dessgleichen ist beim Zurückbleiben kleiner schmerzhafter Verdickungen am Wurmfortsatz, welche oft umschriebene Abscesse sind, die Operation entschieden indicirt und von sehr günstiger Prognose.

Zum Schluss seiner interessanten, auf reiche Erfahrung gegründeten Ausführungen weist K. auf die Wichtigkeit des Zusammenarbeitens der internen Mediciner und Chirurgen gerade bei der Behandlung einer so wechselvollen Krankheit wie der Perityphlitis hin.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

4) **Finny.** The surgical treatment of perforating typhoid ulcer.

(Annals of surgery 1897. März.)

Dem Verf. stehen 6 bisher noch nicht publicirte Fälle zu Gebote, während er außerdem aus der Litteratur weitere 46 Beobachtungen sammeln konnte. Mit wenigen Worten streift er zunächst die allgemeinen pathologischen Verhältnisse: es geht daraus hervor, dass am häufigsten die Darmperforationen im Typhus etwa in der 3. Woche erfolgen, dass dieselben meist im unteren Ileum (80%) sitzen, dass sie aber auch im Dickdarm (12%) und im Proc. vermif. gefunden worden sind. Weitaus am häufigsten gruppieren sie sich jedenfalls um die Valvula Bauhini herum. Eine Peritonitis kann im Typhus auch entstehen ohne Darmperforation als Veranlassung, aber dieselben oder ähnliche Symptome hervorrufen wie eine Perforativperitonitis. Eine Heilung ohne chirurgischen Eingriff ist in solchen Fällen gesehen worden; man muss sich aber vor der Annahme hüten, als könne in Folge dessen eine Perforativperitonitis spontan ausheilen. Die Analyse der bisher operirten Fälle ermöglicht zur Zeit nach keiner Richtung hin bindende Schlüsse; dazu ist das Bild ein viel zu mannigfaches und vielgestaltiges. Auch die Schwere der Erkrankung, d. h. vor allen Dingen die lokale Ausdehnung des Processes war sehr verschieden; in manchen Fällen war die Diagnose »Typhus« nicht einmal sicher. Nächst dem war das Operationsverfahren der verschiedenen Chirurgen ein durchaus verschiedenes. Das ist jedenfalls sicher, dass unter 52 operirten Fällen 17 Heilungen, also beinahe ein Drittel (!), zu verzeichnen waren. Verf. bevorzugt folgendes von ihm in 3 Fällen angewandte Verfahren: Schräger Schnitt in der rechten Iliacalgegend, etwa 6 Zoll lang. Der Blinddarm wird aufgesucht, sein Anhang und unterer Dünndarm besichtigt. Von da aus wird der gesamte Dünndarm vorgezogen, den ein Assistent abtupft oder mit warmer Salzlösung berieselt, während ein zweiter Assistent die vorgezogenen Schlingen mit Kompressen bedeckt. Ist der gesamte Dünndarm ausgepackt, so reinigt man die Bauch- und Beckenhöhle mit feuchten Schwämmen oder Tüchern. Eine Spülung der Leibeshöhle ist nicht nöthig; dafür werden aber die Därme außerhalb des Leibes noch einmal abgespült und nachher zurückgeschoben. Die perforirte Stelle, sorgfältig genäht (eventuell mit Darmresektion), wird der Bauchwunde zunächst gelagert. An diese Stelle wird ein Gazestreifen zur Drainage herangeführt, die Wunde sonst geschlossen. Sind die Därme sehr ausgedehnt, so verabreicht man zeitig Kalomel. (Die Vorschläge des Verf. dürften auf manchen Widerspruch stoßen. Ref.)

Tietze (Breslau).

5) **Demars et Lannelongue.** De la cure radicale des hernies par les injections de chlorure de zinc.

(Compt. rend. de l'Acad. de la science 1897. No. 17.)

Vor etwa Jahresfrist stellte L. in der medicinischen Akademie 5 Kranke vor, bei denen er eine Radikalkur ihrer Hernien durch ein einfaches Verfahren erzielt hatte. Er bat damals, vorläufig die Anwendung seiner Methode nicht nachzuahmen, sondern erst etwa 6 Monate hingehen zu lassen, um vollständig klar zu sein über den Dauerwerth der Resultate. Diese Frist ist verflossen, L. hat noch eine gewisse Zahl anderer Fälle operirt, über die er nächstens eine specielle Veröffentlichung machen wird, und die Resultate haben bis jetzt seine Erwartungen erfüllt. Sein Verfahren besteht in Chlorzinkinjektionen und ist in einer Sitzung von wenigen Minuten ausgeführt.

Ein Assistent legt nach Reduktion der Hernie seinen Finger auf den oberen oder äußeren Ring, um das Eindringen von Flüssigkeit in die Peritonealhöhle zu verhindern, für den Fall, dass man aus Irrthum in den Sack injiciren würde. 3 Injektionen von 10 Tropfen einer 10%igen Chlorzinklösung au niveau des inneren Pfeilers und auf der vorderen Fläche des Schambeins; 3 ähnliche au niveau des äußeren Pfeilers.

Die Injektionen sollen nach hinten und außen am Samenstrang gemacht werden, den man vermeiden muss. Beim Herausziehen der Nadeln muss man die Vorsicht gebrauchen, kein Chlorzink unter die Haut zu bringen, um oberflächliche Verbrennungen zu vermeiden.

Beim Erwachsenen — das Verfahren ist nur angegeben für Kinder oder junge Leute bis zu 20 Jahren — wird die Zahl der Injektionen um ein Kleines vermehrt werden müssen.

Jedenfalls ist das Verfahren ziemlich minutiös und so ganz ohne Bedenken, wie es Verf. darstellt, wohl auch nicht. Ganz genau ist es aus dem Bericht, den er in der Akademie der Wissenschaften anlässlich des D.'schen Berichtes giebt, und aus den Krankengeschichten D.'s selbst ebenfalls nicht zu ersehen, und für Den, der es nachahmen will, empfiehlt es sich, die Originalpublikation im Bulletin méd. 1897 No. 18 nachzulesen.

D. hat 6 Fälle operirt, 3 Knaben und 3 Mädchen. Das Alter war verschieden, es variirte von 5—16 Jahren. 2mal handelte es sich um angeborene Hernien. Der Verlauf war ein guter. Nach der Operation entstand meist eine ziemlich schmerzhaft Induration, die sich nach und nach zurückbildete.

Besonderes Interesse verdient die eine Beobachtung, in der nach guter Heilung durch eine Erschütterung eine neue Hernie entstand, nicht an derselben Stelle, sondern mehr an der vorderen Seite des Leistenkanals. Wenn D. auf Grund dessen empfiehlt, die Injek-

tionen noch weiter nach außen zu machen, so warnt L. davor, da man dabei die Cruralvene treffen kann.

Für die Beurtheilung der Dauerheilung ist die Zeit noch zu kurz.

A. Henry (Breslau).

6) P. Kraske. Erfahrungen über den Mastdarmkrebs.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 183—84. Leipzig, Breitkopf & Härtel 1897.)

K. hat in den letzten 12 Jahren 110 Fälle von Mastdarmkrebs beobachtet und von diesen 80 der Radikaloperation unterworfen; die letzteren betrafen 42 Männer und 38 Frauen, zumeist im Alter von 50—70 Jahren. Bei 74 Pat. lag ein Cylinderzellencarcinom vor; ein relativ großer Theil der Krebse saß in den obersten Mastdarmabschnitten, so dass in $\frac{2}{3}$ aller Fälle bei der Operation die Peritonealhöhle eröffnet werden musste; auch in den nicht operirten handelte es sich um sehr hoch sitzende Geschwülste. 5mal sah K. das Plattenepithelzellencarcinom des Afterabschnitts, das in 1 Falle ein melanotisches war, 2mal melanotische Sarkome und 1mal eine unter der Schleimhaut der vorderen Mastdarmwand gelegene, stark gelappte, umfangreiche, fein behaarte Geschwulstbildung, deren Entstehung K., wie überhaupt die der außerhalb der Mastdarmwand entwickelten Krebse, auf »verirrte« embryonale Keime zurückführt. Unter den nicht radikal operirten Fällen kam in 19 die Kolostomie, des öfteren am Colon transversum, zur Ausführung, weil die Exstirpation des Carcinoms — wegen ausgedehnter Verwachsungen mit Blase, Uterus oder Knochen — absolut unmöglich war, bzw. die Stenose des Darmes zu vollständiger Stuhlverhaltung geführt hatte. Weitere Indikationen für die Anlegung des bleibenden widernatürlichen Afters erkennt K. wegen der großen Beschwerden und Nachtheile desselben für die Kranken nicht an und ist überhaupt mehr geneigt, in den nichtoperablen Fällen eine sorgfältige lokale Behandlung mit milden, leicht adstringirenden Mitteln, bei tiefer gelegenen Carcinomen allenfalls auch eine Ausschabung und Kauterisation der Ulcerationen in Anwendung zu ziehen.

Für die Exstirpation des Mastdarmkrebses legt K. das größte Gewicht auf eine gründliche, selbst durch Wochen hindurch auszuführende Vorbereitungskur Zwecks möglichst vollkommener Entleerung des Darmes, die in seiner Klinik durch die Untersuchung des Urins auf Rückgang der Äther-Schwefelsäureausscheidung festgestellt zu werden pflegt. Gelingt es wegen hochgradiger Stenose nicht, durch Abführmittel und Wassereingießungen die Kothstauung zu beseitigen, dann kann 1—3 Wochen vor der Exstirpation als präliminarer Eingriff die Kolostomie am Quercolon in Frage kommen.

Was die Operation der hochgelegenen Mastdarmkrebse anlangt, so ergibt sich aus der Arbeit, dass K. bei der sacralen Voroperation seine ursprüngliche Methode in allen wesentlichen Punkten beibehalten hat, wenn er auch den Weichtheilschnitt jetzt nach Hochenegg's Empfehlung bogenförmig anlegt, um den Knochen

nicht zu weit zu entblößen. Alle anderen Modifikationen, sowohl die möglichst hoher Kreuzbeinresektion, als die der osteoplastischen Operation vermochte er nicht zu acceptiren; nur die Kombination der temporären Exartikulation des Steißbeines mit der sacralen Methode hält er für vortheilhaft. Aus den weiteren Schilderungen der Radikaloperation interessiren vor Allem die Erfahrungen, die K. bezüglich der Behandlung der Darmenden nach beendeter Resektion mittheilt. Indem er die Vortheile der Erhaltung des unteren Mastdarmabschnittes gegenüber Kocher betont, bespricht er seine verschiedensten Versuche, theils die Darmenden durch cirkuläre Naht an einander zu fügen, theils nur in der vorderen Hälfte zu vereinigen, theils das obere Darmstück in das untere zu invaginiren; schließlich ist K. doch wieder auf die cirkuläre Naht zur primären Vereinigung der Darmenden als auf das beste Verfahren zurückgekommen, wenn er auch die Invaginationsmethode — Hindurchführung des oberen Darmstücks durch das untere vor den After und provisorische Fixation an dieser Stelle — als gelegentlich brauchbar empfiehlt. Durch die Ringnaht gelang es ihm mehrmals, eine vollkommene prima intentio der Darmenden zu erzielen, aber auch in den weiteren Fällen von Cirkulärnaht, wo sich der Darm an der hinteren Seite mehr oder minder weit wieder geöffnet hatte, — veranlasst durch die Schädigungen, die das Gewebe der hinteren Wand des oberen Darmstückes bei der Operation so häufig erleidet — war das definitive Resultat ein gutes (s. unten).

Es bleibt nun noch übrig, die unmittelbaren und späteren Resultate der Radikaloperation aus K.'s Klinik anzuführen. Von den radikal operirten 80 Pat. sind vor vollendeter Heilung der Wunde resp. vor der Entlassung aus der Klinik 15 (18,7%) gestorben; davon entfallen allein 10 Todesfälle auf die erste Periode der Anwendung der sacralen Methode bei 29 Operirten, während nur 5 der zweiten von 51 Operationsfällen angehören, und standen nur 7 in direktem Zusammenhang mit der Operation und Wunde, worunter sich 4 an sterkoraler Peritonitis zu Grunde gegangene der ersten Operationsserie und 3 tödliche Ausgänge in Folge von fortschreitender Gasphlegmone finden.

Unter den 65 glücklichen Operationsausgängen war die Heilung 4mal mit Bildung eines Anus praeternaturalis analis, 15mal mit geringer Kontinenz des theilweise erhaltenen Sphinkters, 7mal mit Zurückbleiben eines Anus praeternaturalis sacralis, und unter 39 Fällen von Ringnaht der Darmenden 23mal mit prima intentio, 16mal mit kleiner Fistelbildung bei normaler Funktion des Sphinkters erfolgt.

Bezüglich der späteren Resultate, die nur in 5 Fällen unbekannt blieben, wird festgestellt, dass die 2 Pat. mit Sarkomen, eben so wie 2 mit Plattenepithelkrebs nach $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Jahr an Recidiven gestorben sind, und von 55 Fällen von gewöhnlichem Cylinderzellencarcinom 22 an Recidiven mit und ohne Metastasen — darunter je 1 nach 9 und nach fast 13 Jahren — und 1 an Hirnkrebs ohne lokales Recidiv

gestorben, 1 Pat. mit Recidiv noch lebt, so wie dass ohne letzteres und ohne Metastasen 16 an interkurrenten Krankheiten — 3 nach 4—5 Jahren — verendet sind. Ohne Recidiv leben also noch 15 Operirte, darunter 5 bereits 4—8½ Jahre p. operat.

Die Krankengeschichten der 80 radikal operirten Fälle sind in einer Tabelle mitgetheilt.

Kramer (Glogau).

7) **Taylor.** The operative treatment of cancer of the rectum.

(Annals of surgery 1897. April.)

Die vorliegende Arbeit ist eine interessante klinische Studie über Art und Ausbreitung, so wie über die Behandlung des Mastdarmkrebses. Namentlich finden die anatomischen Verhältnisse eine ausführliche und mit instruktiven Abbildungen versehene Darstellung. Wesentlich neue Gesichtspunkte ergeben sich allerdings nicht; Verf. rath, die Fälle für die Radikaloperation sorgfältig auszusuchen und diejenigen davon auszuschließen, bei welchen das Carcinom schon die Darmwand durchbrochen und das benachbarte Gewebe infiltrirt habe. Über die Art der für die Exstirpation zu wählenden Methode lasse sich eine allgemeine Regel nicht geben; dieselbe hänge ab von dem Sitz und der Ausbreitung des Carcinoms; für die höher sitzenden Geschwülste sei eine Voroperation am Knochen nicht zu umgehen. Der Mastdarm dürfe, wenn irgend möglich, erst zum Schluss eröffnet werden, alles rohe Manipuliren, Reißen und Zerren zum Zweck der Mobilisirung des Darmes sei zu vermeiden.

Tietze (Breslau).

8) **M. Auvray.** Etude expérimentale sur la résection du foie chez l'homme et chez les animaux.

(Revue de chir. 1897. No. 4.)

Durch eine Reihe von Experimenten an Hunden vermochte A. die Ergebnisse der von Kousnetzoff und Pensky (s. Referat im Centralblatt dieses Jahrgangs p. 383) hinsichtlich der zweckmäßigsten Methode zur Verhütung der Blutungsgefahren bei der Leberresektion vorgenommenen Versuche zu bestätigen. Einige Abbildungen erläutern besser als ausführliche Beschreibungen die Art der durch das Lebergewebe mittels einer besonders konstruirten, vorn stumpfen Nadel kettenförmig angelegten Massenligaturen, die langsam, aber sehr fest zusammengeschnürt werden, worauf die Leberresektion vorgenommen wird. In keiner der an 7 Hunden ausgeführten Operationen trat dabei eine stärkere Blutung auf; 2 der Thiere starben in Chloroformsynkope, die übrigen überlebten die Eingriffe mehrere Wochen. Bei der Sektion fanden sich dann ausgedehnte Verwachsungen zwischen der Operationsstelle an der Leber und den Nachbarorganen; bei einem Thiere († 49 Tage p. op.) hatte sich die Leber regenerirt. Auch an menschlichen — Leichen bald nach dem Tode entnommenen — Lebern hat A. die Ausführbarkeit und Solidität der

Ligaturen geprüft, die trotz angewandten heftigen Zuges von den Gefäßen nicht abglitten; auch unter sehr starkem Druck in eines der großen Lebergefäße injicirte gefärbte Flüssigkeiten kamen an der Resektionsfläche in Folge der festen Ligaturnah nicht zum Vorschein.

Kramer (Glogau).

9), **Cornillon.** Des rapports de la lithiase biliaire avec les fonctions utérines.

(Progrès méd. 1897. No. 17.)

Während noch bis vor etwa 15 Jahren man Beschwerden, die als Gallensteinkoliken zu deuten sind, wenn sie zur Zeit der Menses auftraten, als von Uterus oder seinen Adnexen ausgehend auffasste, weiß man jetzt, dass die Koliken gerade in den kritischen Zeiten der Frau sich gern bemerkbar machen. Die einfachste Erklärung dafür liegt in der Änderung der Cirkulationsverhältnisse innerhalb der Bauchorgane. Sowohl der Blutzufluss während der Menstruation, als auch die Änderung der Blutfüllung während der Klimax oder nach Ablauf einer Schwangerschaft während des Stillgeschäftes lösen solche Attacken aus, während die dauernde Kongestion im Verlauf einer Schwangerschaft gewöhnlich zum Ausbleiben von Anfällen führt. Eben so machen sich die operativen Eingriffe am Uterus geltend. Verf. konnte sich in 5 Fällen von Genitaloperationen selbst überzeugen, dass im Verlauf der Rekonvalescenz Gallensteinkoliken besonders heftig oder zum ersten Male überhaupt auftraten. Die lokale Heilung blieb dabei unbeeinflusst.

Roesing (Hamburg).

10) **Luria** (Chicago). The status of the surgery of the gall-bladder, gallducts and intestine during the last decade and the influence of the Murphy-Button on the same, together with 150 cases not yet reported in the literature. A critical study.

(Northwestern Lancet 1897. April 1; April 15; Mai 1.)

L. versucht, den Werth des Murphy-Knopfes in der Chirurgie des Magen-Darmkanals und der Gallenwege vor Allem auf statistischem Weg festzustellen. Derselbe ist anwendbar bei der Cholecystenterostomie, Gastroenterostomie, Pylorrektomie, End-zu-End- so wie seitlicher Anastomose des Darmes, Resektion des Blinddarmes mit Ileokolostomie. In allen diesen Operationen ist auch thatsächlich der Knopf in Gebrauch gezogen worden, im Ganzen in 429 Fällen mit 311 Genesungen und 114 Todesfällen (bei 4 Ausgang unbekannt) = 26,57% Mortalität. Dagegen rechnet L. für dieselben Operationen ohne Anwendung des Murphy-Knopfes folgende Zahlen aus: total 282, genesen 182, gestorben 92 (Ausgang unbekannt bei 8) = 32,62% Mortalität.

Von Vortheilen der Operation ist zunächst hervorzuheben die Zeitersparnis, die wohl auf der Hand liegt, eben so wie die Verein-

fachung der Technik. Letztere ist aber nicht so erheblich, dass sie chirurgische Geschicklichkeit ganz entbehrlich macht. Wichtig ist ferner, dass der Knopf seine Lage automatisch festhält und Nähte ganz entbehrlich macht. Auch das Bewirken von Druckatrophie und Verwachsen in der Linie der Atrophie betrachtet L. gleich Murphy selbst als Vorzug, indem eine größere Sicherheit der Verwachsung und ein geringerer Grad von Neigung zu Infiltration ohne Gefahr weiterer Ausdehnung des Druckes über die Linie desselben hinaus bestehe. Da die Theile fest zusammengehalten werden, so tritt ein Auseinanderweichen derselben nicht ein, und haben alle Obduktionen gezeigt, dass die Vereinigung vollkommen war. Wenn Abbe seinen Todesfall durch Knickung des Darmes der Schwere des Knopfes zugeschrieben hat, so glaubt L. mit Rushmore, dass die Ursache des Herabsinkens des Darmstückes weniger in der Schwere des Knopfes als in einer Lähmung des Darmes zu suchen sei. Bei den Todesfällen von Morton und Mynter scheint das Abgleiten des Knopfes durch den allzu kleinen Durchmesser desselben bedingt gewesen zu sein. Ferner folgt der Anwendung des Knopfes eine völlig lineare Narbe, welche nach den bisher gemachten Beobachtungen an Thieren und Menschen keinerlei Neigung zur Retraktion hat, sodass Strikturen wohl meist nicht durch sie veranlasst werden; die von einzelnen Operateuren beobachteten geringen Grade derselben sollen Ausnahmen sein. Vielmehr haben neuerdings gemachte Sektionen eine so vollkommene Vereinigung aller Schichten des Darmrohrs gezeigt, dass ihre Stelle kaum aufzufinden war. Diese Vereinigung der entsprechenden Schichten ist ein wesentlicher Vorzug.

Diesen Vorzügen stehen nun Gefahren gegenüber, unter welchen der Verschluss der Lichtung durch Fremdkörper und Kothmassen voranstehen. Hiergegen wird sich vor Allem empfehlen, durch Magenausspülungen vor der Operation nach dem Vorschlag von Villard etwaige Fremdkörper fortzuschaffen und die Lichtung etwas weiter zu nehmen. Ferner wird die Art der Ernährung, d. h. nur mit flüssigen Nahrungsmitteln, so wie die baldige Sorge für Darmentleerung der Anhäufung fester Kothmassen vorbeugen.

Sehr gefährlich ist das frühzeitige Abgleiten des Knopfes von dem eingepressten Darmstück; meist pflegt hierauf sofortiger Tod oder wenigstens die Ausbildung einer Kothfistel zu folgen. Dieses Ereignis kann durch ungenügende Mechanik des Knopfes bedingt sein; man muss also nur die besten Muster desselben benutzen. Es kann aber auch hervorgebracht sein durch ungleichmäßige Dicke des eingepressten Darmes; die dünneren Stücke sterben früher ab, ehe die frische Verwachsung fest genug geworden ist. Dies kann besonders leicht bei Gastroenterostomien vorkommen; daher räth Murphy selbst, um der Spannung der Wandungen entgegen zu arbeiten, einige Nähte außen an der Stelle der Anastomose zwischen Magen und Darm anzulegen. Andere Operateure wollen sogar eine vollständige Reihe sero-seröser Nähte um den Knopf herumlegen, wodurch frei-

lich ein erheblicher Zeitverlust bedingt wird. In seltenen Fällen scheint auch eine ausgedehntere Gangrän eingetreten zu sein, selbst bei Anwendung tadellos gearbeiteter Knöpfe, wenn gerade ein größeres Gefäß in seinem Druckbezirk lag, somit die Ernährung eines Darmstückes abgeschnitten wurde. Endlich ist das Ausbleiben der *Prima intentio* auch für das Abgleiten des Knopfes verantwortlich zu machen. Hier muss stets Infektion vorliegen, ohne welche Eiterung ja nicht eintreten kann. In einzelnen Fällen hatte schon vor der Operation eine örtliche Bauchfellentzündung bestanden, in anderen entwickelte sie sich erst nachher; auch wurde einmal (Parkhill) das Ausfließen septischen Materials aus der Gallenblase in den Bauchfellsack während der Operation für das Auftreten der Bauchfellentzündung verantwortlich gemacht.

Die Zeit des Abgehens des Knopfes schwankt von 7 Tagen bis zu mehreren Monaten, manchmal wird es ganz und gar übersehen; zuweilen endlich bleibt es auch wirklich aus, so dass man den Knopf im Innern fühlen oder durch Skiaskopie nachweisen kann. Dies Ereignis wurde mehrmals bei Ileokolostomie beobachtet, häufiger fiel der Knopf bei Gastrostomien in den Magen und blieb dort, meist ohne wesentliche Störungen, selbst bis zu 16 Monaten (Quénu). Zuweilen verursacht der Knopf bei seiner Wanderung unangenehme Erscheinungen, zeitweilige Verstopfung, kolikartige Schmerzen, einmal (Abbe) sogar vollständigen Darmverschluss. Man muss also auch die Wahl zu großer Knöpfe vermeiden.

Als praktische Neuerung begrüßt L. den Gedanken Franck's, die Knöpfe aus resorbirbarem Material, dekalcinirtem Knochen, herzustellen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

11) G. Heinricius. Über die Cysten und Pseudocysten des Pankreas und über ihre chirurgische Behandlung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 2.)

Verf. hat 2 Fälle von Pankreascysten operirt. Die Krankengeschichten nebst ausführlichem mikroskopischen Befund sind der Arbeit vorangestellt. Dann folgt eine genaue Zusammenstellung über die einschlägige bekannte Litteratur. Die Cysten bilden einen geringen Procentsatz der Pankreasgeschwülste überhaupt. Ihre Entstehung ist möglich durch Verspernung der Ausführungsgänge. Doch müssen dabei noch Processe vorhanden sein, welche eine Resorption des Sekrets verhindern, da man beim Thierexperiment durch Abschnürung des Ductus Wirsungianus keine Cysten erzeugen konnte. Isolirt im Pankreas sitzen oft Blutcysten. Nach Friedreich entstehen sie primär durch passive Hyperämien. Sie kombiniren sich meist mit sekundären interstitiellen Entzündungsprocessen. Auch in eine Retentionscyste kann eine Blutung stattfinden. Man spricht dann von sekundär apoplektischen Cysten im Gegensatz zu den ursprünglich apoplektischen. Auch Arteriosklerose kann eine gewisse

Rolle spielen. Tilger glaubt nur an Retentionscysten und hält die Hämorrhagien immer für sekundär. Ferner besteht die Ansicht, dass bei Stauung das Pankreassaftferment die Drüsensubstanz verdaue und dadurch die Resorption illusorisch mache. Auch cystische Neubildungen des Pankreas sind bekannt, zum Theil echte Neoplasmen, zum Theil Kombinationen mit Carcinom. Ein Theil der Cysten sind nach des Autors Ansicht als Pseudocysten aufzufassen, indem durch ein Trauma das Sekret in das Gewebe selbst secernirt werde, und sekundär eine Art Abkapselung entstehe. Eine größere Reihe solcher Pseudocysten werden angeführt, zu denen auch Ergüsse in die Bursa omentalis gehören.

Ätiologisch spielen eine Rolle Gastroenteritiden, Traumen und Infektionskrankheiten. Die Entwicklung ist eine langsame, außer nach Traumen; die Größe kann sehr beträchtlich werden. Ernährungsstörungen, Platzen der Cyste und Peritonitis können den Tod herbeiführen; der mikroskopische Befund der Cystenwand ist ein wechselnder; meist besteht sie aus Bindegewebe und Cylinderzellen. Des Weiteren bespricht Verf. die in der Litteratur gegebenen Angaben über Menge und Farbe des Cysteninhalts, seine chemische Zusammensetzung und Reaktion, so wie seine oft vorhandene diastatische Fermentwirkung, welche allerdings nicht selten auch fehlt. Von den Symptomen des Leidens werden hervorgehoben: Schmerzen im Epigastrium, wahrscheinlich durch Druck auf den Plexus coeliacus bedingt, Störungen der Magenverdauung, Erbrechen und Diarrhöen, Speichelvermehrung (selten). Die Funktion des Pankreas wird bei Erkrankungen desselben von den übrigen in Betracht kommenden Organen übernommen. Die Beziehungen des Diabetes zu den Pankreaserkrankungen sind noch keineswegs geklärt. Bei totaler Atrophie hat man manchmal keine Spur von Zucker im Urin gefunden. Auch der Fettgehalt des Kothes ist bis jetzt für die Diagnose nicht brauchbar gewesen, da die Galle vikariirend für den Pankreassaft eintritt. Das Lageverhältnis der Eingeweide ist von dem Entstehungsort der Cyste im Pankreas und dessen Peritonealüberzug abhängig. — Die Diagnose ist fast immer schwierig. H. bespricht ausführlich die differentielle Diagnose mit den zahlreichen Geschwülsten der Leibeshöhle, den Geschwülsten der Leber, von Magen, Milz und Eingeweiden wie Genitalien. Die Probepunktion wird verworfen. Sie hat schon zu Komplikationen, wie Durchstechung des Magens und peritonitischer Reizung, geführt. — Für die natürlich ausschließlich chirurgische Behandlung kommt in Betracht entweder die Incision und Drainage mit Anlegung einer vorn oder hinten gelegenen Fistel oder die Totalexstirpation, bei den Cysten der Bursa omentalis nur das erste Verfahren, welches 1- oder 2zeitig angewendet werden kann. Die Totalexstirpation ist oft unmöglich und gefährlich wegen schwer zu beherrschender Blutung und Verletzung wichtiger Eingeweide. Beim Ausfließen des Sekrets aus einer angelegten Fistel kommt es leicht zur Verdauung der Bauchwand und zu Gangrän. —

92 aus der Litteratur zusammengestellte Fälle von Pankreascysten beschließen die im Einzelnen lesenswerthe werthvolle Arbeit.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Hernia ventriculi inguinalis incarcerata.

Von

Dr. Friedrich Brunner,

Chefarzt der chirurgischen Abtheilung der Diakonissenanstalt in Zürich.

Der Magen wird nur selten in Bruchsäcken gefunden, am häufigsten in Zwerchfellbrüchen, hier und da in Hernien der Linea alba, am allerseltensten in Brüchen der unteren Bauchgegend. In einem obturatorischen oder ischiadischen Bruchsack wurde er noch nie angetroffen. Eine Schenkelhernie mit Magen als Inhalt beschrieb O. Keller¹. Lallemand², Lebert³, Yvan⁴, Fogt⁵, M. Schmidt⁶, H. Chiari⁷ veröffentlichten Fälle, wo der Magen sich in einem Leistenbruch vorfand. Immer handelte es sich um sehr umfangreiche Hernien, welche einen großen Theil des Bauchinhaltes beherbergten und außer einem Stück des Magens noch Colon, Netz und Dünndarm enthielten. In dem Falle von Lebert konnte die Diagnose schon intra vitam gestellt werden, dadurch, dass sich der im Bruchsack liegende Theil des Magens beim Essen und Trinken anfüllte. Die spätere Sektion bestätigte die Diagnose. In den anderen Fällen wurde die Magenhernie erst bei der Sektion entdeckt.

Mein Fall zeichnet sich nun vor den eben angeführten dadurch aus, dass sich der Magen in einem nicht allzugroßen inguinalen Bruchsack incarcerirt hatte, dadurch Anlass zur Herniotomie gab und bei der Operation als Magen erkannt werden konnte.

Der 28jährige Kutscher E. A. war seit der Kindheit mit einem linksseitigen Leistenbruch behaftet, trug erst seit 8 Jahren unregelmäßig ein Bruchband. Zeitweise war der Bruch tagelang unreponirt, ohne Beschwerden zu verursachen. Am 17. März Abends 5 Uhr trat der Bruch neben dem Bande aus, konnte nicht mehr reponirt werden und erreichte eine Größe wie nie zuvor. Erbrechen trat nicht ein, doch gingen keine Winde mehr ab, und die Geschwulst verursachte Schmerzen, so dass Pat. am 18. März in unsere Anstalt aufgenommen werden musste. Er sieht gesund aus. Die linke Scrotalhälfte ist in eine ovale Geschwulst von 20 cm Länge und 10 cm Breite, von ziemlich weicher, fast fluktuirender Konsistenz verwandelt. Nach dem Inguinalkanal zieht eine 3 cm dicke Fortsetzung, welche auf Druck empfindlich ist, während der übrige Theil des Tumors nicht schmerzhaft ist. Da der Inhalt des Bruches sich nicht reponiren lässt, so wird sofort zur Operation geschritten.

Gute Chloroformnarkose, Freilegen und Isoliren des Bruchsackes und der Bruchforste, Eröffnung des Bruchsackes in seiner ganzen Länge, wobei viel klares Bruchwasser ausfließt. Im unteren Ende des Sackes liegt der Hoden, vom übrigen

¹ Dissertation, Bern, 1885.

² Journ. de Corvisart au IX. T. I. p. 329. — Dictionnaire de méd. et chir. T. IX. p. 577.

³ Journal des conn. méd. et chir. April 1838. (Nélaton, Elements de path. chir. T. IV. p. 428.)

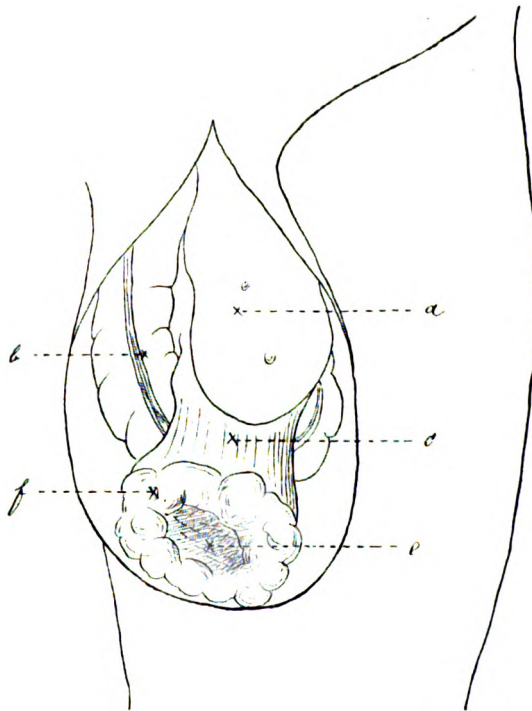
⁴ Arch. génér. de méd. 1830. p. 139; übersetzt in Froberg's Notizen Bd. XXVI. p. 304. (Nélaton l. c.)

⁵ Münchener ärztl. Intelligenzblatt 1884. No. 26.

⁶ Berliner klin. Wochenschrift 1885. p. 10.

⁷ Prager med. Wochenschrift 1888. No. 14.

Inhalt giebt untenstehende, sofort nach der Operation angefertigte Skizze, welche den eröffneten Bruchsack darstellt, eine Idee: Zuvorderst liegt ein dickwandiges starres Intestinum (*a*) mit einigen kleinen Knötchen an der Oberfläche, darunter, leicht erkennbar an den Täten und Haustren, das Quercolon (*b*), und zwischen beiden ragt nach unten das große Netz hervor. Dasselbe ist in bekannter Weise degenerirt, zeigt oberhalb (bei *c*) eine Einschnürung, unten die Fetttrauben (*f*), welche eine Höhlung (*e*) umschließen, so dass man den Eindruck bekommt, das gesammte große Netz sei um seine Längsachse trichterförmig zusammengerollt. Dasselbe hing hinten mit dem unteren Rande des Colon transversum, vorn mit dem Rande des vorn liegenden Organs zusammen; letzteres konnte daher gar nichts anderes als ein Stück der großen Curvatur des Magens sein. Obschon der Pylorus nicht gefühlt wurde, auch keine Sonde eingeführt wurde, so spricht doch die Art der Anheftung des Netzes mit absoluter Sicherheit dafür, dass es sich um den Magen handelte. Offenbar war ursprünglich nur Netz im



Bruchsack enthalten, dasselbe zog nach und nach das Colon und den Magen hinein. Dünndärme fanden sich nicht im Bruchsack. Der Inhalt war nirgends verwachsen mit dem Sack, die Reposition gelang aber nicht, da besonders der Magen durch den Druck der relativ engen Bruchpforte starr und ödematös geschwollen war. Auch konnten die Intestina nicht weiter vorgezogen werden. Es wurden desshalb auf dem in die Bauchhöhle eingeführten Finger die Bauchdecken mehrere Centimeter weit nach oben außen gespalten, bis die Reposition sämtlicher Eingeweide, auch des Netzklumpens, gelang. Der Samenstrang war nur schwer vom Bruchsack zu isoliren, die Öffnung im Bauchfell sehr groß, es wurde desshalb der Bruchsackhals durch eine doppelte innere Serosanah möglichst hoch oben vernäht, dann wurden die Muskeln, das Lig. inguinale und die Haut vereinigt und in den gespaltenen Bruchsack ein Drain eingelegt.

Der Verlauf war ganz normal, höchste Temperatur 37,8°, bald nach der Operation Abgang von Winden, am 19. März erster, dünner Stuhl. In den ersten Tagen klagte Pat. links oben in der Magengegend über Schmerz bei Druck, die aber bald wieder verschwanden. Am 16. April 1896 wird Pat. vollständig geheilt in bestem Wohlbefinden entlassen. Im Frühjahr 1897 kein Recidiv. Pat. giebt an, dass er sich seit der Operation besser fühle als vor derselben. Früher habe er oft an Völle im Leibe nach dem Essen gelitten, was jetzt nicht mehr der Fall sei.

12) F. Hawkes. A report of 66 cases of appendicitis.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital of the city of New York.)

Tabellarische Übersicht dieser Fälle und genauere Besprechung einzelner wichtiger Komplikationen und Symptome. Von den 66 Fällen wurden 57 operirt; 2 der übrigen waren moribund, 7 indicirten keine Operation. Von den 57 bestand bei 46 keine septische Peritonitis; von diesen wurden 45 geheilt; 1 starb an später eintretender septischer Peritonitis. Von den septischen Fällen starben 66 $\frac{2}{3}$ %. Die Krankheit betraf Männer und Frauen wie 6:5. Der jüngste Pat. war 5 Jahre, der älteste 50. Komplikationen: Allgemeine septische Peritonitis (12), Pyosalpinx (5), Strangulation der Flexura lienalis (1), subphrenischer Abscess (1), Schwangerschaft (1), Nephritis (1), bestanden bei 21. In 26 der operirten Fälle wurde ein lokalisirter Eiterherd gefunden, bei 13 von diesen wurde der Wurmfortsatz entfernt. Es folgt dann noch die genaue Analysirung und Beschreibung der einzelnen Symptome, so wie des Operationsverfahrens. **Borchard** (Posen).

13) Reynier. Appendice enlevé à froid.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 216.)

28jähriger Mann erkrankt unter dem Bild der Peritonitis. In der linken Fossa iliaca fühlt man eine fluktuirende Geschwulst. Incision daselbst am 5. Tage der Erkrankung entleert viel Eiter. Wegen Verdachts eines Appendicitis wird auch rechts eingeschnitten. Der Wurmfortsatz fand sich in Verklebungen eingebettet, die in der Medianlinie die eröffnete linke Eiterhöhle abschlossen. Auf seine Resektion wird daher, um nicht schützende Verwachsungen zu lösen, verzichtet. — Heilung. — Nach 2 Monaten klagt Pat. über neue Schmerzen in der Mittellinie, die auf Zerrung des Wurmfortsatzes bezogen werden. Daher wird die rechtsseitige Wunde nochmals eröffnet, überraschenderweise aber nun der Wurmfortsatz, von der parietalen Adhäsion gelöst, völlig frei befunden. Resektion. Seine Schleimhaut zeigte kleine Geschwüre. In ihm fanden sich Kothreste; keine Perforation. **Reichel** (Breslau).

14) Hartmann. Péritonite par perforation d'un ulcère simple de l'estomac. Laparotomie. Guérison. — Rapport par Michaux.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 222.)

Die Laparotomie fand am 3. Tage nach erfolgtem Durchbruch des Magens in die Nähe der Cardia statt. Auf die Diagnose des Magenleidens deutete nur die eine Angabe, dass Pat. 5 Jahre vorher 3mal Blut erbrochen hatte; seitdem war er bis vor 14 Tagen ganz gesund gewesen. Nach Eröffnung des Bauches entleerten sich Darmgase; an der Oberfläche des Netzes fand sich fibrinös-eitriges Exsudat. Da die in der Nachbarschaft der Cardia gelegene Perforationsstelle nicht Behufs Naht in die Wunde gezogen werden konnte, tamponirte H. die Höhle zwischen Leber, Milz, Magen und Zwerchfell unter Einlegung zweier starker Drainröhren mit Jodoformgaze. Am 15. Tage schloss sich die Magenfistel; nach 6 Wochen ist Pat. genesen.

Der Berichterstatter Michaux betrachtet die Perforation des Magens resp. Duodenums beim Magengeschwür als ziemlich häufig. Von den Symptomen hebt er hervor: Verlauf des perforirenden Geschwürs oft ganz latent, plötzlich intensiver Schmerz in der Regio epigastrica oder in einem der beiden Hypochondrien, gewöhnlich im linken, zunehmend beim Genuss irgend welcher Nahrung, Span-

nung der Bauchwand, besonders der oberen Bäuche der geraden Bauchmuskeln, dann Temperatursteigerung, Zeichen allgemeiner Peritonitis. Der Verlauf ist oft blitzschnell, endet manchmal schon nach wenigen Stunden tödlich. — Daher müsse man so früh als möglich operativ eingreifen. Von etwa 40 Operationen waren 12 oder 13 von Heilung gefolgt; in allen diesen Fällen war innerhalb der ersten 15—20 Stunden operirt worden. Der oben referirte Fall H.'s scheint der erste Fall, bei welchem Heilung eintrat, obwohl erst am 3. Tage operirt wurde.

In der Diskussion erwähnt Routier einen Fall, in welchem er erst am 4. Tage operiren konnte. Es fand sich ein Geschwür auf der Höhe einer epithelialen Geschwulst — also wohl eines Carcinoms. Der Operirte starb zwar nach weiteren 8 Tagen, aber nicht an Peritonitis, sondern an Inanition.

Reichel (Breslau).

15) **M. W. af Schultén.** Bidrag till bukhålans kirurgi.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXXVIII. p. 991.)

3)¹ Operation wegen nach Laparotomie entstandenen Bauchbrüchen und wegen Eventration nach Gravidität.

Verf. unterscheidet 3 Arten von Ventralhernien: 1) die durch Öffnungen in der Linea alba und in der Muskulatur entstandenen epigastrischen, subumbilicalen und lateralen (wahren) Brüche; 2) die durch eine Zusammenhangstrennung (Trauma, Laparotomie, ja selbst Incision eines extraperitonealen Abscesses) entstandenen Ausbuchtungen der Bauchwand, die er mit Berger Hern. ventrales cicatriciales nennt; 3) die durch vermehrten Bauchinhalt (Gravidität oder Geschwülste) entstandenen Ausbuchtungen, für welche er die Benennung Hern. ventrales ex hiatu muscular. rector. oder kürzer Eventratio vorschlägt.

2 Krankengeschichten illustriren je einen Fall der 2. und 3. obengenannten Gruppen. Im 1. Falle hatte Pat. wegen einer Ovarialcyste etwa 3 Jahre vorher eine Laparotomie durchgemacht. Nach dieser hatte sich ein Myoma uteri entwickelt, welches die Hervorbuchtung der Narbe sehr förderte, so dass bei der Aufnahme der Abstand vom Nabel bis zur Symphyse 33 cm maß, während der Abstand vom Proc. xiphoid. zum Nabel nur 11 cm betrug. Nach gemachter Hysterektomie (Chrobak) wurde der Bauchbruch in folgender Weise behandelt: der stark verdünnte Theil der medialen Bauchwand wurde entfernt, das Bauchfell ein paar Centimeter an jeder Seite der Wunde mobil gemacht und mit Katgut zusammengenäht, so dass die blutigen Flächen einander zugewandt wurden. Danach folgten Katgutnähte in 3 Etagen (das tiefe Blatt der Scheide der Recti, die Muskeln und das äußere Blatt). In die Haut wurden Seidennähte gelegt. — Glatte Heilung.

In ähnlicher Weise werden die lateralen cicatriciellen Brüche in der Klinik zu Helsingfors operirt. Verf. erwähnt in der Epikrise des obengenannten Falles 2 Krankengeschichten von Brüchen nach Appendicitisoperationen.

Zuletzt theilt Verf. einen Fall mit, wo er eine im 4. Monat gravide Frau wegen eines großen Hiatus rectorum operirt hatte. Das technische Verfahren war hier analog mit dem erstgenannten Falle.

Verf. schlägt eine planmäßige Sammelforschung über »Entstehung und Behandlung der Bauchbrüche besonders nach Laparotomie« vor.

2 Abbildungen in Lichtdruck illustriren die Arbeit.

A. Hansson (Warberg).

16) **H. Botesco.** Hernie diaphragmatique congénitale.

(Arch. des sciences méd. 1897. No. 1.)

Bericht über das Sektionsprotokoll eines gleich nach der Geburt gestorbenen Kindes mit linksseitiger Hernia diaphragmatica. In der Bauchhöhle befanden sich nur die Leber, die Nieren, die Blase, der im Becken gelegene Theil des Colons; das ganze Duodenum lag in der Hernie.

Borchard (Posen).

¹ 1) und 2) cf. d. Centralblatt 1897. No. 7.

17) **A. J. McCosh.** Two cases of perforating gastric ulcer. Operation. Recovery.

(Med. and surg. report of the presbyterian Hospital of the city of New York.)

In den beiden Fällen fand sich das an der kleinen Curvatur gelegene Geschwür perforirt und von einem gegen die übrige Bauchhöhle abgekapselten Abscess umschlossen. Anfrischung der Ränder des Geschwürs, Nachdrainage der Abscesshöhle mit Gaze. Der 1. Kranke heilte glatt, der 2. starb, nachdem noch ein Abscess in der Milz eröffnet war, an Empyem und Perikartitis. Die Magenwunde zeigte sich bei der Sektion vollkommen geheilt.

Borchard (Posen).

18) **W. Fick.** Über Magenresektion.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LIV. p. 528.)

Verf. veröffentlicht 6 von Zöge v. Manteuffel operirte Fälle von Magenresektion. Es wurde fast jedes Mal die Kocher'sche Methode der Gastroduodenostomie angeschlossen. Die Kocher'sche Naht hatte sich vorher auch sehr gut bei Anlegung von Gastroenteroanastomosen bewährt. F. hält nun die Pylorektomie auch als rein palliative Operation für besser als die Anlegung einer bloßen Anastomose.

Bei der Vorbereitung zur Operation wurde von häufigen Magenausspülungen abgesehen, und da an eine Desinfektion des Organs doch nicht zu denken ist, von desinficirenden Mitteln Abstand genommen. Auf Darreichung von Abführmitteln wurde verzichtet, der Darm nur durch Lavements entleert. Als Narkoticum zur Operation wurde nur Äther verwendet. Die Anlegung einer Vereinigung von Magen und Duodenum misslang nur in einem Falle bei sehr ausgedehnter Resektion. In Fällen, wo das Duodenum fest an die hintere Bauchwand fixirt ist, kann die Naht beträchtliche Schwierigkeiten machen, weil sie in der Tiefe der Bauchhöhle angelegt werden muss.

Die Kocher'sche Naht wird auf das wärmste empfohlen. In keinem Falle ist der Tod durch Insufficienz der Naht zu beklagen gewesen. Einmal wurde nach Abbindung des Ligamentum gastro-colicum eine Verfärbung des Colon transversum in Ausdehnung von 8 cm beobachtet. Da die Ernährung unterbrochen war und Gangrän befürchtet werden musste, wurde das Darmstück reseziert. Bei einem tödlich verlaufenen Falle mit ausgedehnter Resektion wurde Nekrose des Pankreaskopfes konstatiert. Bei einigen Fällen, wo Tamponade nach der Operation angelegt war, bildeten sich nach dem Herausziehen Fisteln zum Magen oder Dünndarm, die sich übrigens spontan schlossen. Man soll deashalb 10—14 Tage warten, ehe man die Tampons entfernt.

Verf. legt mit Recht Gewicht auf die frühzeitige Ernährung durch den Mund, welche keinen schädigenden Einfluss auf die Naht ausübt, dagegen den Kranken widerstandsfähiger macht.

Von 5 wegen Carcinom Resecirten starb 1 an der Operation. Die übrigen bekamen Recidive.

Die Statistik der Pylorektomien hat sich nach angeführten Statistiken bei einzelnen Operateuren wesentlich gebessert, nicht so die der Gastroenterostomien.

Die Gesamtstatistik aus Billroth's Klinik ergiebt für die Resektion eine Mortalität von 50,9%.

Die Unannehmlichkeiten, die Verf. nach Anastomosenbildung sah, Aufstoßen, Erbrechen etc., sollen nach Resektionen weggeblieben sein. Die Funktionen des Magens kehren nach seiner Ansicht bei letzterer Operation eher zur Norm auch beim Carcinom zurück. Ref. konnte dies bei einem einschlägigen Falle nicht in gleicher Weise konstatiren. Im Gegentheil erwies sich hier die Funktion, speciell die motorische, schlechter als bei verschiedenen Anastomosen. Ob man sich allgemein F.'s Ansicht anschließen wird, alle für die Radikalheilung aussichtslosen Magencarcinome mit der Resektion zu behandeln, so fern überhaupt natürlich ein Eingriff noch möglich und nöthig erscheint, möchte uns doch zweifelhaft dünken. Man sieht doch durch Hebung der Magenstenosesymptome auch bei ausgedehntem

Magencarcinom so günstige Resultate, dass man die Gastroenterostomie als eine segensreiche Operation ansehen darf.

Für gutartige Stenosen, konstatirt F., genüge eine Anastomose, doch hält er es für rathlich, die Verwachsungen zu lösen, und wenn dann der Pylorus genügend frei werde, die Resektion anzuschließen. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

19) v. Eiselsberg. Zur Kasuistik der Resektionen und Enteranastomosen am Magen und Darmkanal.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 3.)

Zuerst bespricht E. die Vorbereitungen zur Operation, Desinfektion, Verschluss etwa vorhandener Fisteln, Einhüllen des Kranken in einen Flanellanzug, der aus einer rechten und linken Hälfte besteht, u. A. m. Zur Narkose wurde immer die Billroth'sche Mischung angewendet; von der Infiltrationsanästhesie rath E. abzustehen, weil er bei einem Falle wohl Anästhesie der Bauchdecken, nicht aber des eröffneten Peritoneums konstatiren konnte, so dass er nachträglich zum Chloroform greifen musste. Zur Abklemmung der Därme werden sterilisirte Lampendochte, zu der des Magens Kompressorien nach Wölfler und Kocher benutzt. Der genähte Darm wird ausnahmslos frei in die Bauchhöhle versenkt, nur selten ein Streifchen Jodoformgaze zur Drainage verwendet. Bauchnaht in 3 Etagen. Schon direkt nach der Operation Darreichung von flüssiger Nahrung, am 4.—5. Tage von breiigen Nahrungsmitteln. Nährklystiere wurden selten verabreicht. Aufstehen am 16.—20. Tage.

Bei 19 Fällen mit Stenoseerscheinungen von Seiten des Pylorus wurde 5mal die Resektion, sonst die Gastroenterostomie, 1mal die Jejunostomie gemacht. Bei 5 Kranken handelte es sich um Narbenstenosen, sonst um Carcinom. Das Fehlen der Salzsäure wurde in allen Fällen von Carcinom nachgewiesen, eben so das Vorhandensein von langen Bacillen. Für Narbenstenosen empfiehlt v. E. die Gastroenterostomie im Gegensatz zu Fick, weil sie der ungefährlichere Eingriff ist. In einem Falle, wo er die Resektion wegen Verdacht auf Carcinom vornahm, erlebte er den tödlichen Ausgang, während nach seiner Ansicht der Pat. die Anastomosenbildung überstanden hätte. Nur kleine, gut bewegliche Geschwülste sollte man reseciren. Die vom Verf. vorgeschlagene Pylorusausschaltung ist nur bei gutem Kräftezustand erlaubt. In jedem Falle wurde die Billroth'sche Vereinigung von unterer Magenpartie und Duodenalende durchgeführt. Wäre dies nicht möglich, so würde sich v. E. für die Vernähung beider Schnittflächen und darauffolgende Gastroenterostomie entscheiden. Er glaubt nicht an besondere Vorzüge der Kocher'schen Methode und hat von der anderen nur Gutes gesehen. In einem Falle, wo wegen Erbrechens nach der Gastroenterostomie eine quere Anastomose der beiden Jejunumschenkel gemacht wurde, erwies sich bei der Sektion dieses Verfahren als unnütz, da bei gefülltem Magen sich die hintere Fistel lippe ventilartig über zu- und abführendes Stück legte. v. E. glaubt, dass der Fehler durch zu breites Aneinandernähen der Darmflächen bedingt war. Bei Summirung aller seiner Magenoperationen in Wien, Utrecht und Königsberg zählt er 15 Pylorusresektionen mit 6 Todesfällen und 38 Gastroenterostomien mit 9 Todesfällen, ferner 3 Pylorusausschaltungen und 5 Jejunostomien mit 1 direkten Todesfall und 3 innerhalb der ersten 7 Wochen. Die Gastroenterostomie beim Carcinom ergab wenig befriedigende Resultate. Sie darf deshalb bloß bei wirklicher Stenosirung des Pfortners, nicht bei einfacher Krebskachexie ausgeführt werden. Die Schwierigkeit der Differentialdiagnose kennzeichnet Verf. durch einige Fälle, wo bei Annahme eines auf Geschwürsboden entwickelten Carcinoms die Pylorusausschaltung resp. die Jejunostomie gemacht wurde und die Kranken jetzt zur Zeit 2 Jahre nach dem Eingriff noch leben, und die Geschwülste beträchtlich, theilweise bis zum Unföhlbarsein, zurückgegangen sind.

Von anderweitigen Magenoperationen hat v. E. mit Erfolg eine Gastrotomie wegen Bezoar, eine Exstirpation eines Myofibroms aus der Magenwand und die Operation eines Sanduhrmagens analog der Heineke-Mikulicz'schen Pyloroplastik ausgeführt.

Weiterhin kommen die Resektionen und Enteroanastomosen am Dünn- und Dickdarm zur Besprechung, die wegen Ileus, Geschwülsten und Tuberkulose ausgeführt wurden. Wir müssen es uns versagen, auf die interessanten Einzelheiten einzugehen. Unter den 4 Darmausschaltungen beanspruchen das meiste Interesse die 2 totalen, welche beide mit Erfolg ausgeführt wurden. In dem einen Falle handelte es sich um eine perityphlitische, entzündliche Geschwulst, die nicht auf andere Weise geheilt werden konnte. Nach der Operation entstand ein großer Vorfall der Schleimhaut, so dass einige Monate später die Resektion des ausgeschalteten Stückes vorgenommen wurde, welche dies Mal leicht gelang. Die Resultate der Darmausschaltung sind besser als die der Resektionen bei so ausgedehnten Erkrankungen, wie eine zweite totale und die beiden partiellen Ausschaltungen beweisen. Das wurstförmige Einnähen der ausgeschalteten Partie nach Obaliński und v. Baracz wird dringend widerrathen; man soll sich ein Sicherheitsventil nach außen offenhalten, das dem Pat. nichts schadet, falls es wirklich überflüssig sein sollte. Ein einschlägiger Fall bekräftigt diesen Rath.

Interessant in ihren Einzelheiten und günstig hinsichtlich des erzielten Erfolges sind die Operationen, meist Resektionen, bei Kothfistel und widernatürlichem After. Nur ein sehr ungünstig gelegener Fall mit intraperitonealer Kothfistel endigte an Peritonitis tödlich, wie auch eine verhältnismäßig früh operirte genauer geschilderte Schussverletzung mit Darmperforation.

Bei Tuberkulose machte v. E. wiederholt die Erfahrung, dass die Darmnähte nicht hielten. Doch kam es zu keiner akuten Entzündung. Verf. entschloss sich deswegen in diesen Fällen von Fisteln meist zur Radikaloperation, weil bei der Kauterisation keine Restitutio ad integrum eintritt und oft danach Incarceration erlebt wurde. Eine der Resektionen wurde bei einem Neugeborenen ausgeführt, der an angeborener Darmfistel litt; der Erfolg war ein durchaus günstiger. Die direkte cirkuläre Vereinigung wird der seitlichen Anlagerung vorgezogen; auf eine genaue Vernähung des Gekrösloches ist besonderes Gewicht zu legen, damit keine Einklemmung eintritt.

Jedem, der sich über die Erfolge moderner Operationen am Magen-Darmkanal orientiren will, ist die interessante Arbeit zu empfehlen. Der Chirurg wird aus ihr mancherlei Belehrung entnehmen und vor Allem aus des Verf. Beispiel lernen dürfen, der, rücksichtslos gegen sich selbst, die Ursachen auch der Misserfolge aufdeckt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

20) Jonnesco (Bukarest). De la splénectomie.

(Progrès méd. 1897. No. 12.)

J. giebt zunächst die ausführlichen Krankengeschichten zweier wegen Milzhypertrophie nach Malaria Operirter.

Fall 1: 62jähriger Musikant, leidet seit 3 oder 4 Jahren an Gefühl von Schwere im Leib, das ihn am Gehen und dauernder Arbeit hindert. Im Anfang noch viel von Fieberanfällen geplagt, ist er jetzt fieberfrei, aber kachektisch, appetitlos, hat Erbrechen, Diarrhöen und Ödem der Unterschenkel. Die Untersuchung zeigt eine enorme Milzschwellung von der 4. Rippe bis zur Fossa iliaca. Die Exstirpation wird von seitlichem Bauchschnitt relativ leicht und fast blutlos bewirkt. Drainage nach Mikulicz. Glatter Verlauf. Am 10. Tage Entfernung der Nähte. Am 12. Tage platzt die Narbe, Därme fallen vor, lassen sich aber gut reponiren. Die Sekundärnaht hält, und nach einem Monat verlässt Pat. das Hospital relativ gut. Nach 9 Monaten sehr gutes Befinden; er übt seinen Beruf ohne Beschwerden aus.

Fall 2: 20jährige Pat. Seit 6 Jahren krank. Jetzt hochgradig kachektisch, enorme Milz- und Leberschwellung. Ascites. Der Leib misst 72 cm im Durchmesser! Wegen seitlicher Brandwunden wird der Leib median eröffnet. Die Exstirpation gelingt auch so fast blutlos. In den ersten 6 Tagen häufige Fiebersteigerungen bis 39° und reichliches Nasenbluten, dann glatte Heilung.

Das Gewicht der exstirpirten Milz betrug im 1. Falle 5750 g, im 2. 4620 g. Beide Operirte wurden während der Rekonvaleszenz mit Injektionen von Milzsaft

behandelt, 10—40 ccm pro dosi, welche der 1. stets gut vertrug, während der 2. zunächst mit Fieber reagierte. Für diese Injektionen nimmt J. für sich die Priorität in Anspruch, eben so für die Blutuntersuchungen, welche er in seinen Fällen und an entmilzten Hunden anstellte. Übereinstimmend fand sich zunächst starke Steigerung der Drüsen, dann der rothen Blutkörperchen, endlich normales Verhältnis bei mehr als Verdoppelung der absoluten Zahl. In später operirten ferneren 5 Fällen wurden 4 Heilungen erzielt, 1 ging an Plätzen der Bauchwunde durch nachfolgender Peritonitis zu Grunde. J. empfiehlt deshalb die Splenektomie, entgegen dem Abrathen anderer Autoren. **Roesing** (Hamburg).

21) Schrader. Noch ein Fall von Exstirpation einer Lebergeschwulst.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 11.)

Es handelt sich um einen im April 1890 bei einer 30jährigen Plätterin exstirpirten Carcinomknoten von 4 cm Breite und 3,5 cm Dicke, der sich ziemlich deutlich vom Lebergewebe absetzte. Die Geschwulst wurde durch einen großen Keilschnitt entfernt, die Leberwunde mit dem Paquelin verschorft, die Albuginea der Leber mit dem Bauchfell zusammengenäht, die übrige Bauchwunde durch Knopfnahst geschlossen und ein Jodoformgazeverband angelegt. Die Heilung verlief ohne Störung.

Die Diagnose Carcinom ward mikroskopisch bestätigt! Die Frau ist bis jetzt völlig gesund geblieben. **R. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

22) v. Rosenthal. Exstirpation einer Lebergeschwulst. Aus der gynäkologisch-geburtshilflichen Abtheilung am israelitischen Krankenhaus in Warschau.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

v. R. fügt den bisher in der Litteratur beschriebenen 27 Fällen von partieller Leberexcision einen von ihm selbst operirten hinzu.

Die Geschwulst betraf eine 41jährige Frau und wurde vor der Operation nicht mit Sicherheit diagnosticirt. Sie bestand in einer vom Lobus Spigelii ausgehenden Geschwulst, die nach elastischer Unterbindung abgeschnitten wurde. Die Schnittfläche wurde durch eine Seidenligatur nach der Zweifel'schen Methode (Ligatura continua), den peritonealen Stielüberzug mitfassend, vernäht. 6 Wochen nach der Operation ward die Pat. völlig geheilt entlassen.

Die entfernte Lebergeschwulst erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als zur Kategorie des Angioma fibromatodes gehörig.

v. R. weist im Anschluss an seine Betrachtung auf die Schwierigkeit der Diagnose der betreffenden Geschwülste hin. Die Resultate der Operationen ergaben bis jetzt nur 13,6% Sterblichkeit. Die Mehrzahl der operirten Lebergeschwülste bestand, wie sich später ergab, aus Syphilomen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

23) H. Reichold jun. (Nürnberg). Ein Fall von Ileus, bedingt durch Echinococcus der Leber.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 17.)

Es handelte sich in dem Falle um 3 getrennt von einander sitzende Cysten des rechten Leberlappens, deren eine gurkenähnliche, schräg nach innen, unten und hinten gerichtete zu den Ileuserscheinungen Veranlassung gab, während die beiden anderen mehr im Leberparenchym saßen und kleiner waren. Der Darmweg wurde sofort frei, als die Leber mit der ersteren prall gespannten Cyste aus der Bauchwunde hervorgewälzt wurde. Bei der Eröffnung der Geschwulst fand sich eitrigter Inhalt, wodurch sich das bestehende hohe Fieber erklärte. Fixation der 3 Cysten am Peritoneum parietale in möglichst weiter Ausdehnung; Eröffnung der beiden kleineren am 3. Tage danach. Günstiger Verlauf mit rascher Entleerung und fortschreitende Heilung; zur Zeit des Berichts secernirte nur noch die größte der Cysten reichlich.

Kramer (Glogau).

24) **Rollet (Lyon).** Du frémissement hydatique dans les kystes hydatiques du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 200.)

R. beobachtete in einem Falle eines großen Leberechinococcus bei einem 13-jährigen Knaben deutliches Hydatidenschwirren und bei der Auskultation ein musikalisches Geräusch, fast identisch mit dem einer schwingenden Violine. Gleichwohl fand sich bei der Operation nur eine einkammerige Cyste ohne jede Tochterblase.

Reichel (Breslau).

25) **A. Hansson (Stockholm).** Aneurysma arteriae hepaticae.

(Hygiea 1897. p. 417.)

Der Fall betrifft einen 19jährigen Mann, der zuerst an akuter Osteomyelitis erkrankte, die zu Sequesterbildung in der linken Tibia und zu »Periostitis aluminosa« am rechten Femur führte. Er wurde desswegen in 2 Sitzungen operiert; nach einer interkurrenten Erysipelinfektion heilten die Wunden fast zu. In der Rekonescenz bekam er aber eine profuse Hämatemesis mit undeutlichen Symptomen von rundem Magengeschwür. Die Diagnose wurde später in Ulcus duodeni modificiert. Die Sektion zeigte sowohl Magen als Duodenum gesund, frei von Ulcerationen. Die Quelle der Blutung war ein Aneurysma der Leberarterie gewesen, das in die Gallenwege durchgebrochen war und sich durch sie theils in den Magen, theils in den Darm ergossen hatte. Die profusen Blutungen wiederholten sich 5mal, ohne dass die Diagnose während des Lebens gestellt werden konnte.

Vorliegender Fall ist der 22. bisher bekannte. — Die Therapie muss eine chirurgische werden, eventuell Unterbindung der Arteria hepatica. — Eine diagnostische Laparotomie ist in den meisten Fällen unentbehrlich.

(Selbstbericht).

26) **Trautenth. Akute infektiöse Cholangitis und Cholecystitis in Folge von Gallensteinen. Heilung nach Operation.**

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. Hft. 5.)

Schüttelfrost, hohes Fieber, Erbrechen, Schmerz im rechten Hypochondrium führten zur Diagnose Cholangitis acuta infectiosa. Zweizeitige Eröffnung der Gallenblase; Entfernung von Steinen. Die Galle, ohne eitrige Beimengungen, riecht kothig, enthält Bacterium coli commune. Heilung. Ungewöhnlich sind die lange dauernden Durchfälle, welche vor der Operation bestanden.

Häckel (Stettin).

27) **A. Seganti (Fermo).** Colecistostomia esterna per cistoangiocolite da bacterium coli.

(Clinica chirurgica 1897. No. 2.)

S. bringt den Bericht über den operativen Teil der Geschichte eines bemerkenswerthen, bisher vereinzelt Falles von septischer Cholecystangioitis, über welchen d'Allocco (in der Riforma med. 1895) ausführliche bakteriologische Untersuchungen mitgetheilt hat.

Das 19jährige Mädchen erkrankte nach einem kopiösen Mahl plötzlich unter heftigen Schmerzen im Epigastrium, anhaltendem Brechreiz, unregelmäßigen Schüttelfrösten, Fieber; 10 Tage später ausgesprochener Ikterus, Diarrhöen, Meteorismus, Ödem der Extremitäten, Husten. Am 29. Tage Eintritt ins Hospital: Prostration, Schmerzen unverändert; eine eiförmige Geschwulst, derb elastisch, an die Bauchwand anscheinend fixirt, rechts von der Mittellinie 2 Finger unter dem Rippenbogen tastbar, bei sorgfältiger Palpation Fluktuation in der Tiefe zeigend. Die Leber ist nach abwärts von der Geschwulst deutlich vergrößert, bis auf 4 cm zu verfolgen. Im Bauch reichlich freie Flüssigkeit, eben so in beiden Pleurasäcken. Die Probepunktion ergiebt aus der Geschwulst Eiter und fetthaltigen Detritus, aus den Transsudaten Eiter. Diese Flüssigkeiten so wie das Blut ergeben Reinkultu-

ren von *Bacterium coli*. — Nachdem einige Tage vorher eine Thorakocentese stattgefunden hatte, wurde an die Laparotomie gegangen. Medianschnitt. Mehrere Liter freier trüber Flüssigkeit. Die Geschwulst sitzt im rechten Leberlappen, eigroß, wölbt den Rand auf, der mit dem Peritoneum parietale durch feste Adhäsionen zusammenhängt. Die untere Leberfläche ist mit fibrinösem Belag bedeckt, besonders um die Gallenblase, welche, mäßig mit Flüssigkeit gefüllt, hinten oben breit mit einem Netzzipfel verwachsen ist. Nach Eröffnung der Geschwulst flossen ca. 50 g grünlichen geruchlosen Eiters aus, das Leberparenchym fällt zusammen; nun zeigt es sich, dass die Abscesshöhle bis zu der erwähnten Netzadhäsion reicht, woselbst der Durchbruch (in die Gallenblase) vorbereitet erscheint. Es wird also auch die Gallenblase breit eröffnet, sie enthält etwa 20 ccm ähnlicher, dünnerer Flüssigkeit. Aus dem Netz wird mit einigen Stichen eine »schützende Barriere« um die an die Leber und Bauchwand genähten Abscessränder und Blasenwunde gebildet und Jodoformgaze eingeführt. — Langsame Entleerung. Gallenabsonderung durch 4 Monate. Im 3. Monat waren im Blut wie im Sekret *Bacterium coli* und pyogenes nachzuweisen und verschwanden erst im 6. Monat. Einige Wochen später vollständige Vernarbung der Bauchwunde. — Bei dem nachgewiesenen Mangel an Steinen in der Gallenblase kann es sich also nur um eine aufsteigende Infektion der Gallenwege gehandelt haben, welche den Verschluss des Choledochus und weiterhin die erwähnten Komplikationen mit sich brachte. Bei dem Unterschied in der Füllung des Abscesses und der Blase war eine direkte Verbindung zwischen diesen wohl noch nicht hergestellt, und es erfolgte also der chirurgische Eingriff zur rechten Zeit.

J. Sternberg (Wien).

28) **Heidenhain.** Exstirpation einer krebsigen Gallenblase. Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 4.)

Der Fall ist besonders dadurch interessant, dass außer in der Gallenblase noch eine krebsige Wucherung in dem an diese angrenzenden Beckenabschnitt bestand, welche in Form eines Keils das Leberparenchym befallen hatte. Dieselbe wurde vorsichtig mit dem rothglühenden Paquelin ohne Blutung ausgebrannt. Es trat bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens nach anstandsloser Heilung ein. 2 Monate nach der Operation war ein Recidiv noch nicht nachweisbar. In der Blase fand sich, im Grund fest anliegend, ein fast walnussgroßer Stein, in der übrigen Höhle noch 84 Steine von Erbsengröße und etwas mehr. Die Schleimhaut des Blasengrundes zeigte ausgeprägte papilläre Wucherungen. Wahrscheinlich war der offenbar sehr alte Stein die Ursache des Carcinoms. Das ausgebrannte Leberstück hatte noch eine beträchtliche Zone gesunden Lebergewebes mitgenommen.

B. Wagner (Mülheim a. d. R.).

29) **D. K. Ziegler.** Zur Kasuistik der Pankreascysten.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 3.)

Der 25jährige Pat. wurde vor 10 Monaten von einem Pferde in den Bauch getreten, worauf sich die Cyste entwickelte. Prof. Kusmin in Kasan legte die Cyste bloß, punktierte sie und wollte sie erst nach 6 Tagen definitiv eröffnen, doch eine plötzliche Blutung zwang ihn früher dazu. Er entfernte 2 Liter blutige Flüssigkeit. Tamponade, glatte Heilung. Es handelte sich im beschriebenen Falle um eine parenchymatöse Cyste.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Berichtigung. In No. 28 d. Bl. p. 779 Z. 24 v. u. lies eines Usbeken statt einer Usbekin.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. Sonntabend, den 4. September. 1897.

Inhalt: C. Nicoladoni, Zur Naht bei Resectio recti. (Original-Mittheilung.)

1) **Malherbe**, Otitis med. chron. sicca. — 2) **Bönninghaus**, Resektion der Kieferhöhlenwand. — 3) **Hecht**, Elektrolyse in der Nase und dem Nasen-Rachenraum. — 4) **Partsch**, Tamponade. — 5) **Pöller**, Wirbelsäulenbrüche. — 6) **Vulpius**, Traumatische Wirbelentzündung. — 7) **Chapault**, Spondylitis. — 8) **Nebel**, Korsettverbände. — 9) **Bottini**, Chirurgie des Halses. — 10) **Castex**, Kehlkopftuberkulose. — 11) **Heryng**, Kehlkopfpapillome. — 12) **Fränkel**, Kehlkopfkrebs. — 13) **Schulz**, Basedow. — 14) **Gerota**, Brustkrebs.

R. Mühsam, Osteoperiostitis eines Metatarsalknochens nach Typhus bei einem 5jährigen Kinde. (Original-Mittheilung.)

15) **Mulert**, Endotheliome der Kopfhaut. — 16) **Ziehl** und **Roth**, Hirngeschwulst. — 17) **Krogus**, Sinusthrombose. — 18) **Ziegler**, Echinococcus der Orbita. — 19) **Hellmann**, Papillom der Nasenschleimhaut. — 20) **Tichow**, Nasen-Rachenpolyp. — 21) **Kahn**, Adenoide Vegetationen. — 22) **d'Arcy Power**, Ptyalismus nach Trauma. — 23) **Cartaz**, Gaumensegelabscess. — 24) **Heddaeus**, Tonsillitis. — 25) **Raubach**, Sublinguale Geschwülste. — 26) **Funke**, Anomalie der A. ling. — 27) **Dollinger**, Lymphdrüsenexstirpation. — 28) **Goris**, Kehlkopftuberkulose. — 29) **Hecker**, Tracheotomie. — 30) **Vitrac**, Kropfcysten. — 31) **Murio**, Kropfmetastase. — 32) **Lympius**, Struma accessoria. — 33) **Gallandet**, Wirbelbrüche. — 34) **Kirsch**, Spondylitis. — 35) **Wichmann**, 36) **Schmey**, 37) **Lehmann**, Syringomyelie. — 38) **Hecker**, Verletzung der A. mamm. int. — 39) **Demosthen** und **Calinescu**, Pleuritis. — 40) **Kijewski**, Lungenabscess. — 41) **Nordmann**, Galaktocele. — 42) **Brazis**, Lymphangiome der Brustwand. — 43) **Müllern-Aspegren**, Rippenchondritis. — 44) **Arnold**, Brustdrüsengeschwulst.

Zur Naht bei Resectio recti.

Von

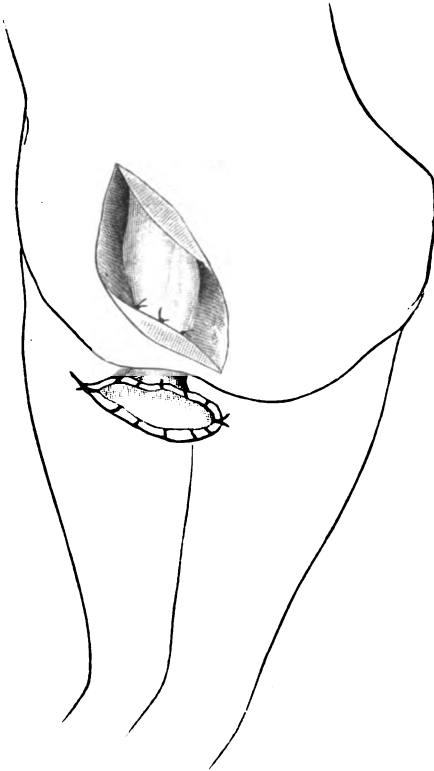
Prof. C. Nicoladoni in Graz.

Bei der Resectio recti hat sich mir ein Nahtverfahren als recht zweckmäßig bewährt, das ich im Folgenden bekannt geben will.

Ist das Rectum nach aufwärts hin weit genug entwickelt, um ohne jeden Zug den nach der Resektion übrig bleibenden proximalen Stumpf vor den Anus zu bringen, so wird er durch den After gezogen und am Zuriickschlüpfen durch einen 3—4 cm weiten Ring verhindert, den man sich aus Draht und darüber geflochtene Jodoformgaze so selbst verfertigt hat, dass er noch ein Lumen von 2—3 cm besitzt.

Der Rand des proximalen Resektionsstückes wird, wie beifolgende Figur zeigt, durch fortlaufende Naht an die Jodoformgaze des Ringes befestigt.

Aus dem distalen Stück hat man früher den größten Theil der Schleimhaut entfernt. Es genügen einige innere Nähte, um den Kontakt des proximalen mit dem distalen Rectumstück in der Tiefe der Wunde herzustellen.



Die Vortheile dieses Verfahrens sind: Schnelligkeit der Ausführung und Sauberkeit.

Ich pflege nach der Resectio recti nie Opium, sondern salinische Laxantien zu geben, um die Naht nie dem verderblichen Andrängen alter Kothmassen auszusetzen. Die Anwendung des Ringes erlaubt auch anstandslos die Applikation von Klysmen, um den Darm stets kothfrei zu erhalten.

Ich habe dieses Verfahren in letzter Zeit 2mal mit bestem Erfolge angewendet, das 1. Mal bei einer 57jährigen Frau, das andere Mal bei einem 70jährigen Manne. Der Ring ist in beiden Fällen am 10. Tage abgefallen, nachdem im Innern der Wunde das invaginierte Rectumstück bereits für immer festgeheilt war. Im 1. Falle wurden wiederholt Klysmen durch die Ringnaht verabfolgt.

Der Ring lässt sich weiter sehr zweckmäßig zur beliebigen Anwendung der Gersuny'schen Torsion verwenden.

1) **A. Malherbe.** De l'évidement pétro-mastoïdien appliqué au traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche.

(Revue de chir. 1897. No. 6.)

Die von M. in Terrier's Klinik 5mal ausgeführte Operation bezweckt, die durch Übergreifen der hyperplastischen oder sklerosirenden Entzündung vom Mittelohr auf die Schleimhaut der Warzenfortsatzzellen oft aufgehobene Kommunikation der letzteren mit der Paukenhöhle wiederherzustellen und dadurch das Gehörvermögen und die Beschwerden der an trockenem Mittelohrkatarrh leidenden Pat. zu bessern. Dass dies dem Verf. in seinen 5 Fällen gelungen, be-

weisen deren Krankengeschichten. So sehr man auch von vorn herein eine derartige Erweiterung der Grenzen der operativen Otochirurgie zurückzuweisen versucht ist, so wird man doch die von M. erzielten guten Resultate, welche die vorherige Behandlung mittels der bekannten Methoden nicht zu erreichen vermocht, nicht in Zweifel ziehen dürfen. M. stellt im Übrigen, wie es sich bei der häufigen Komplikation des trockenen Mittelohrkatarrhs mit Labyrinthkrankung von selbst ergibt, die Indikationen für die Operation noch mit vorsichtiger Zurückhaltung und verschweigt auch nicht, indem er die Geschichte dieser bereits von Jasser, einem schwedischen Chirurgen des vorigen Jahrhunderts, zur Heilung von Taubheit empfohlenen Operation berichtet, dass sich die Otologie gegen dieselbe seither vollständig ablehnend verhalten hatte. — Was die Ausführung betrifft, so unterscheidet sich der Eingriff nicht wesentlich von der typischen Mastoidoperation; die Hauptsache ist, denselben nicht zu spät und zunächst nur an dem stärker afficirten Ohr vorzunehmen und eine breite Kommunikation zwischen Antrumzellen und Paukenhöhle herzustellen, wonach noch etwaige Narbenstränge in letzterer zu durchtrennen sind. Die Wunde wird bis auf einen in die Zellen eingeführten Gazestreifen durch Nähte verschlossen, der Gehörgang mit einem eben solchen ausgestopft. Sie heilte in 8—12 Tagen; das Gehör kehrte oft schon am 1. oder 2. Tage p. op. wieder, besserte sich sogar an der nicht operirten Seite, eben so wie die subjektiven Ohrgeräusche verschwanden. In allen Fällen, in denen M. die Eingangs erwähnten Veränderungen an den pneumatischen Warzenzellen gefunden, dauert dieser Erfolg der Operation bis jetzt — bei 2 Pat. bereits seit 1 Jahre — an.

Kramer (Glogau).

2) **G. Bönninghaus.** Die Resektion der facialen und der nasalen Wand der Kieferhöhle und Einstülpung von Nasenschleimhaut in die letztere zur Heilung hartnäckiger Kieferempyeme.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 2.)

Der Titel besagt schon, welche Modifikation der Küster'schen Kieferempyemoperation Verf. erdacht hat. In denjenigen Fällen, wo er nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle von vorn her die gesammte Höhlenschleimhaut erkrankt findet, so dass er sie in toto auskratzen muss, reseziert er auch die nasale Wand der Kieferhöhle bis zum Ansatz der unteren Muschel und lässt auch von dieser nur das vordere Ende stehen. Auf diese Weise ermöglicht er es, Schleimhaut in die Kieferhöhle hineinzustülpen, welche sofort einen größeren Theil des entblöhten Knochens deckt und zum Ausgangspunkt der weiteren Überhäutung und Vernarbung der Höhle werden soll. Gleichzeitig wird es möglich, durch die nasale Resektionsöffnung den etwa erkrankten Siebbeinzellen von ihrer Breitseite her beizukommen. Die Methode erscheint rationell, wenn auch von den 3 operirten Fällen,

die Verf. mittheilt, 2 bisher nicht geheilt sind. Sie wird in besonders hartnäckigen Fällen, für welche sie Verf. auch reservirt, jedenfalls des Versuchs werth sein.

Teichmann (Berlin).

3) H. Hecht. Zur therapeutischen Verwerthung der »Elektrolyse« in Nase und Nasen-Rachenraum.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 2.)

Mittheilung von 66 Fällen aus dem Ambulatorium von Jurasz, in welchen die Elektrolyse wegen Erkrankungen der Nase oder des Nasen-Rachenraums zur Anwendung gelangte, bei Verbiegungen und Auswüchsen der Nasenscheidenwand, bei Verwachsungen in der Nase, bei Geschwülsten der Nase und des Nasen-Rachenraums, bei Hydrorrhoea nasi, zu kosmetischen Zwecken an der äußeren Nase, endlich bei genuiner Ozaena. Von den Erfolgen dieser Behandlung interessieren zur Zeit am meisten diejenigen bei der Ozaena, da von verschiedenen Seiten neuerdings die Elektrolyse bei diesem Leiden geradezu als Specificum gepriesen wird. Verf., der im Übrigen sehr warm für die Elektrolyse eintritt, kann ihr bei der Ozaena keine »specifische« Wirkung zuerkennen, doch scheint sie ihm neben regelmäßigen Nasenduschen einen entschieden günstigen Einfluss auszuüben, der sich »in Änderung der Sekretion und insbesondere Verminderung, sogar Verschwinden des Fötors äußert«. Die betreffenden Krankengeschichten bestätigen die alte Erfahrung, dass die Ozaena, so lange sie behandelt wird, stets sich bessert, ob man nun tamponirt, oder massirt, oder Elektrolyse anwendet, oder gar operirt. Jede dieser Behandlungsmethoden, und nicht zum wenigsten die elektrolytische, übt einen Reiz auf die atrophirende Schleimhaut aus: so lange dieser anhält, sind die Beschwerden gebessert; ist er vorüber, dann ist die Atrophie um ein Stück weiter vorgeschritten.

Teichmann (Berlin).

4) C. Partsch. Über Tamponade.

(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde XIV. Jahrg. Hft. 6.)

Verf. spricht über die mannigfache Anwendung der Tamponade in der zahnärztlichen Praxis und weist darauf hin, dass die ausgezeichneten Wirkungen dieser Behandlungsmethode nur dann zu beobachten sind, wenn man, fern von aller gedankenlosen Schablone, in jedem einzelnen Falle erwägt, was das Verfahren unter den obwaltenden Verhältnissen zu leisten vermag. Als Material benutzt er Jodoformgazestreifen, die in sterilem Verbandkasten aufbewahrt werden. — Was die Anwendung der Tamponade als Blutstillungsmittel betrifft, so verwirft P. den oft gemachten Vorschlag, jede Extraktionswunde wegen Gefahr der Infektion und der Nachblutung primär zu tamponiren. Schonende Ausführung der Extraktion, Vermeidung von Verletzungen und Quetschungen des Zahnfleisches bilden die wirksamste Prophylaxis der Nachblutung.

Liegt aber eine Nachblutung vor, so ist das einzig rationelle und sichere Blutstillungsmittel die kunstgerechte Tamponade. Nach gründlicher Reinigung der blutenden Alveole wird die Jodoformgaze in kleinen Stückchen in die Tiefe geführt und die Alveole mit der Gaze ausgefüllt wie eine Zahnhöhle mit Goldcylindern. Der Tampon soll bis zum Niveau der Wundränder reichen, alsdann presse man das Zahnfleisch fest an den Tampon an und bedecke die tamponierte Wunde mit einem größeren festen Wattebausch, der durch den Zusammenbiss für kurze Zeit die Wunde von außen her komprimiert. Auf diese Weise gelingt es stets, selbst der schwersten Blutung aus dem Zahnfleisch Herr zu werden. Den Tampon lasse man 3—4 Tage liegen. Chemisch wirkende Ätzmittel, insbesondere das beliebte Eisenchlorid, sind streng zu vermeiden. — Bei Eiterungsprocessen in der Umgebung der Mundhöhle, bei Phlegmonen am Mundboden, bei eitrigen Periostitiden und periglandulären Abscessen tamponiert P. nur einige Tage lang, bis sich die Abscesshöhle gereinigt und die Wunde mit einer Granulationsschicht bedeckt hat. Auch bei Kiefercysten, die mit Excision der facialem Cystenwand behandelt sind, warnt P. vor der allzu lange fortgesetzten Tamponade, da hier der Tampon nur hemmend auf das Bestreben der Natur einwirkt, durch Annäherung der Wundränder und durch Retraktion der Cystenwand die Höhle zu verkleinern. — Beim Empyem der Kieferhöhle verdient die Tamponade nur dann Anwendung, wenn das Sekret zersetzt und sehr reichlich ist. Ist die Zersetzung beseitigt, so soll auch die Tamponade ausgesetzt werden, weil durch sie eher eine Steigerung als eine Verminderung der normalen Sekretion der Antrumschleimhaut hervorgerufen wird. — Gute Dienste leistet der Jodoformgaze-tampon in den Fällen, wo nach misslungener Extraktion Wochen vergangen sind, bis der Pat. wegen Wurzelschmerzen wieder ärztliche Hilfe aufsucht, und wo die überhängenden Zahnfleischränder die Inspektion erschweren. Hier gelingt es nur durch fest eingestopfte Jodoformgaze und dadurch bewirkte Zurückdrängung der Zahnfleischränder, nach einigen Tagen eine Übersicht über die zurückgelassenen Wurzelreste zu erhalten. — Endlich macht P. von der Tamponade erfolgreichen Gebrauch bei dem erschwerten Durchbruch des unteren Weisheitszahnes. Die hartnäckigen Beschwerden bei dem incarcerirten Dens sapientiae gehen hauptsächlich aus von der geschwürigen Usur des den Weisheitszahn kappenartig bedeckenden Zahnfleischlappens, der durch mechanische Einwirkung bei dem Kauakt ulcerirt. Diese Tasche zwischen Zahnfleisch und Zahn tamponiert P. nach vorhergehender Reinigung und Jodoformeinpulverung und hebt dadurch den Zahnfleischlappen so, dass er aus dem Bereich des Kauens fällt, jedenfalls dabei nicht gegen das harte Widerlager des durchbrechenden Weisheitszahnes angepresst wird. Von dieser Behandlungsmethode sah P. auffallend schnelle Heilerfolge.

Boenneken (Prag).

5) L. Poller. Über Wirbelsäulenbrüche und deren Behandlung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 2.)

Verf. stellt 32 Wirbelbrüche zusammen, welche innerhalb der letzten 5 Jahre beobachtet sind. Die Ätiologie ist meist die gleiche. Die Arbeiter wurden in den Bergwerksgruben, wo sie zusammengekauert saßen, von oben her durch einstürzende Felsmassen getroffen, so dass sie nach ihrer eigenen Angabe wie ein Taschenmesser zusammenklappten. Es handelte sich also meist um Kompressionsfrakturen im unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäulentheil. Zur Erläuterung der vielgestaltigen Symptome, welche im Detail genauer ausgeführt sind, wird eine Schilderung der feineren Anatomie des Rückenmarkes gegeben. Außer bekannten Krankheitsbildern beschreibt Verf. Fälle, bei denen Priapismus einmal, Blasen- und Mastdarmstörungen ein anderes Mal die einzig vorhandenen Bruchsymptome waren. Weiter werden die Störungen der Herzthätigkeit erwähnt, Temperaturstörungen, d. i. Abnahme bis zu 28° C. angeführt, und einer Reihe von Fällen gedacht, bei denen Diabetes mellitus entstand. Während die Lokalisation sich genau bestimmen lässt, ist die Diagnose der Art der Verletzung, ob Splitterbruch, totale Zerreißung des Rückenmarkes etc., oft gar nicht zu stellen. Bei totaler Leitungsunterbrechung sowohl durch Kompression wie Kontinuitätstrennung sind die Reflexe erloschen. Allmähliche Zunahme der Ausfallserscheinungen spricht für Kompression durch Bluterguss. P. hält für Stellung der Diagnose die genaue Erhebung der Anamnese für wichtig. Die Therapie bei den leichteren Fällen bestand in Bettruhe, eventuell Extension mittels der Glisson'schen Schwebel, Wasserglaskorsett, Elektrizität und Massage. Von 19 schweren Frakturen endeten 13 tödlich, 6 wurden theilweise oder völlig geheilt. Die Todesursache bildeten natürlich die bekannten Erscheinungen, Cystitis und Incontinentia alvi mit ihren verhängnisvollen Komplikationen. Verf. wendet sich gegen Diejenigen, welche bei Brüchen der Wirbelsäule und Markverletzungen mehr passiv vorgehen und sich auf Anwendung von Ruhe oder bloßer Extension beschränken. Er hält es für richtig, in diesen Fällen in forcirter Streckung unter gleichzeitiger manueller Reposition der Fragmente in Narkose der Wirbelsäule aktiv die Möglichkeit zur Heilung zu gewähren. In 6 Fällen ist dadurch nach seiner Meinung Leben und Gesundheit erhalten worden. Die Procedur ist einfach. Unter Anwendung der Glisson'schen Schwebel und gleichzeitigem Zug an den Beinen wird von unten her mit geballter Faust unter hörbarem Krach der Bruch eingerichtet. Im Weiteren ist auf gute Lagerung zu sehen. Dieses Redressement forcé wurde in 22 Fällen ohne Schädigung ausgeführt, so dass es nicht für gefährlich gelten dürfe. Bei frischen Fällen hält Verf. einen operativen Eingriff nicht für angerathen. Außer der Besprechung der Nachbehandlung und der

genauen Schilderung von 6 einschlägigen geheilten Fällen ist noch manche andere interessante Beobachtung in der Arbeit enthalten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

6) **Vulpius.** Zur Behandlung der traumatischen Wirbel-entzündung.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 7.)

V. befürwortet im Gegensatz zu Heidenhain wegen ihres allseitigen flächenhaften Angreifens die Verwendung von Korsetten, welche er aus Cellulose anfertigt. (Vgl. dieses Centralblatt 1897. No. 18.)

Bähr (Hannover).

7) **A. Chipault.** Le traitement du mal de Pott.

(Oeuvre médico-chirurgicale 1897. No. 2.)

In der sehr lesenswerthen Abhandlung bespricht Verf. in genauester Weise die Behandlungsarten des Malum Pottii. Im Gegensatz zu Calot, vor dem er schon die einzeitige Redressionsmethode des Buckels unter Chloroform empfohlen hat, betont er, dass es in keinem seiner Fälle von nicht ankylosirten Verbiegungen der geringsten Anstrengung zur Geraderichtung bedurft hätte. Die Narkose, leichter Zug und Gegenzug hätten genügt; bei größerer Ausdehnung des Buckels wird die Geraderichtung in mehreren Sitzungen vorgenommen, das erhaltene Resultat auch hier durch Silberdrahtligaturen, die von dem Dornfortsatz des nächsthöheren gesunden Wirbels, sich unter jedem Dornfortsatz kreuzend, bis zum nächsttiefer liegenden gesunden verlaufen, und durch ein Lagerungsbett fixirt. So gelingt es in allen Fällen, in denen die Zerstörung nicht zu große Dimensionen angenommen hat, eine Ausheilung ohne Gibbus zu erreichen. Die von Calot empfohlene Resektion der Dornfortsätze verwirft C. vollständig in diesen Fällen, wendet sie dagegen bei ankylotisch ausgeheilten Buckeln an, wenn dieselben hauptsächlich durch die vorspringenden Processus spinosi bedingt sind. Die Redression des ankylotisch ausgeheilten Buckels verwirft er ebenfalls. Er legt hier nur ein Korsett an. Bei Lähmungen hat eine Entfernung des kranken Herdes nur Einfluss in den seltenen Fällen, in denen diese bedingt sind durch direkte Kompression des Markes durch die tuberkulösen Massen oder durch Sequester. Viel häufiger wird aber die Paraplegie bedingt durch Veränderungen in den betreffenden Gefäßen oder dem Mark selbst. Zum Schluss wird die Behandlung des etwa eintretenden kalten Abscesses durch Jodoformeinspritzung und Auskratzung besprochen.

Handelt es sich um den Beginn der Erkrankung ohne Ausbildung eines Buckels, so genügt eine Immobilisation durch die Ligatur der Dornfortsätze, Fixation durch einen orthopädischen Apparat während mehrerer Monate bei Kindern, bei Erwachsenen Lagerung auf eine harte Matratze.

Borchard (Posen).

8) **H. Nebel.** Über eine neue Art der Anlegung von Korsettverbänden durch Schrägschwebelagerung und deren Verwendbarkeit bei Skoliose, angeborener Hüftverrenkung, Coxitis und Spondylitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIII. Hft. 3.)

Verf. kam auf seinen neuen Apparat durch einen besonderen Fall. Bei einem älteren Herrn, der an Spondylitis erkrankt war, wurde die Anlegung eines Gipskorsetts nöthig. Da er voraussichtlich den Kopfschwebegang nicht genügend lange aushalten konnte, ließ N. einen mit starkem Drell bespannten Rahmen von etwas mehr als Manneslänge und -Breite anfertigen, oben mit Haken versehen. Als Pat. den Kopfhang nicht mehr aushalten konnte, senkte N. den Rahmen mit dem darin gestreckt gebetteten Pat. rückwärts unter Lösung des Flaschenaufzuges und löste so auf das glücklichste seine Aufgabe. Seit 2 Jahren hat N. nie mehr in Kopfhang, sondern in Schwebelagerung die Korsettverbände angelegt.

Der einfache und darum um so verdienstlichere Apparat ist aus Gasrohr angefertigt und besteht aus einem Rahmen und einem Kopfteil, durch deren beiderseitige Aneinanderhakung mittels Seitenhakenstangen der Apparat eine feste Stütze erhält. Von oben nach unten wird ein Längsgurt fest eingespannt, der in einer Gabelung das Kinn aufnimmt. Unten ist der Längsgurt durch Querleder gestützt, von denen das unterste die Beine fixirt. Durch den Längsgurt und obersten Quergurt kann man die Lordose reguliren, was mit Recht als ein großer Vorzug anzusehen ist. Durch Anlegung genau geschilderter Bindenzügel kann man Becken- und Schultergürtel tadellos fixiren, extendirend und kontraextendirend einwirken und eben so eine Detorsion herbeiführen. Auf durch Abbildung skizzierte Manier kann Verf. auch eine Taillenkorrektur ins Werk setzen.

N. hat mittels seiner für den Kranken viel erträglicheren Methode auch dort Erfolge erzielt, wo er schon bei Kopfhang darauf verzichten zu müssen glaubte. Die beigefügten Messungsbilder kennzeichnen deutlich das erzielte gute Resultat. Durch eine Heizvorrichtung beschleunigt Verf. die Austrocknung der Verbände. Er erlebte nie eine Atrophie der Rückenmuskulatur in den Dauerverbänden.

Unter 1000 einschlägigen Messungen auch an Korsetts von anderen Orthopäden (Beely, Staffel, Hoffa, Hessing) hat N. nie auch nur ein annähernd so gutes Resultat gesehen wie in einem durch Zeichnungen geschilderten Fall. Der größte Werth ist zu legen auf eine in Etappenverbänden immer weiter getriebene ausgiebige Überkorrektur allein durch den Gipsverband.

Dies Verfahren empfiehlt N. nur für schwere Fälle seitlicher und rotatorischer Verkrümmung des Rumpfes und wendet es am häufigsten bei rachitischer Skoliose kleiner Kinder an.

Auch bei der angeborenen Hüftverrenkung hat er das gleiche Verfahren angewendet vor Bekanntwerden der Lorenz'schen unblutigen Methode. Der Erfolg war nach des Verf. Ansicht natürlich nur ein kosmetischer. Für einzelne Fälle mag das Verfahren aber einen bedeutenderen Werth besitzen. Jedenfalls war zum Theil eine ganz außerordentliche Extension zu erzielen.

Ferner hat N. seinen Schwebelagerungsapparat bei Coxitis und Spondylitis erfolgreich gebraucht. Erlebt er bei letzterer im Dauerverband Druckwunden, so genügt Ausschneiden eines Fensters und Anwendung von Perubalsam zur Heilung ohne Abnahme des Verbandes. Zahlreiche leicht orientirende Zeichnungen unterrichten rasch über die Art des sinnreich gehandhabten Verfahrens.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

9) **E. Bottini.** La chirurgia del collo.

Milano, **Vollard**, 1897. 48 Fig. 298 S.

Ein Buch mit einem Januskopf, dessen Grundton wie im Lehrbuch auf den Studenten abgestimmt ist, während der Inhalt, in dem nur selten die Litteratur berücksichtigt wird, für den Erfahrenen den reichen Schatz der Erfahrungen des Verf. ausschüttet.

Über 100 Strumektomien hat B. ausgeführt ohne Todesfall und ohne eine einzige Beobachtung der Cachexia strumipriva, obwohl nicht selten die ganze Schilddrüse entfernt wurde. Während der Operation werden keine Unterbindungen gemacht, sondern die Gefäße mit Angioklasten gefasst. Von 17 Halskiemenfisteln heilte B. 14 durch folgendes Verfahren: die Fisteln wurden mit Laminaria-stiften in 3 oder 4 Sitzungen so erweitert, dass eine gebogene galvanokaustische Schlinge von $\frac{1}{2}$ cm Breite eingeführt werden konnte. Dieselbe brennt in nicht länger als 30 Sekunden den U-förmigen Gang aus. Nach 5 Tagen fällt der Schorf ab, und in 20 Tagen ist die Heilung erreicht, die nur 3mal bei Kindern, die die Laminaria nicht liegen ließen, ausblieb.

Von 23 operirten Lymphosarkomen wurde 1 Fall verloren. Die übrigen wurden geheilt, theilweise definitiv. Hygroma mucosum wurde in 17 Fällen durch gänzliche Exstirpation vollständig geheilt. Ösophagusstenosen höheren Grades behandelt B. durch Oesophagotomia interna mit folgender Bougierung. Das von ihm ausgebildete Verfahren, das dem bei der Urethrotomia interna analog ist, schildert er genauer und hebt die Erfolge hervor.

Dreyer (Köln).

10) **Castex.** Tuberculose laryngée nodulaire.

(Revue hebdom. de laryngol. 1897. No. 26.)

Nach zahlreichen Erfahrungen ist Verf. zur Annahme gelangt, dass die Kehlkopftuberkulose nicht selten zuerst in der Form von Stimmbandknötchen auftritt, welche in vielen Punkten den sogenannten »Sängerknötchen« gleichen. Er glaubt, dass diese bisher für ziemlich unschuldig gehaltenen Sängerknötchen bei erblich be-

lasteten Personen der Ausgangspunkt einer Kehlkopftuberkulose, vielleicht auch anderer Degenerationen werden können.

Teichmann (Berlin).

11) T. Heryng. Über Papillome des Kehlkopfs und deren Behandlung mit Sulphoricinusphenol.

(Gazeta lekarska No. 15—19.)

Verf. bespricht genau die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Kehlkopfpapillome. In Bezug auf die letztere hat sich ihm namentlich das Sulphoricinusphenol bewährt. Papillome, welche von einer dünnen Epithelschicht bedeckt sind, schwinden auf bloße Einspelung mit diesem Mittel ohne jeden operativen Eingriff, während solche mit einer dickeren Epithelschicht erst nach erfolgter Abtragung und energischer Einreibung des Mittels in die Insertionsstelle der Neubildung definitiv schwinden.

Trzebicki (Krakau).

12) B. Fränkel. Die intralaryngeale Behandlung des Kehlkopfkrebsses.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 2.)

Mittheilung der Krankengeschichten von 9 Fällen, bei welchen Verf. die Entfernung eines Kehlkopfkrebsses auf intralaryngealem Wege unternommen hat. Davon sind 5 geheilt, und zwar 1 seit 13 Jahren, 1 seit 10 Jahren, 1 seit 9 Jahren, 1 seit 1¼ Jahr und 1 seit 6 Jahren. 1 Fall von diesen heilte erst, nachdem mehrere Recidive und eine Drüse entfernt waren. — 1 Pat. entzog sich der weiteren Beobachtung, 2 mussten später mittels Laryngofissur operirt werden; davon starb 1 an Apoplexie, aber mit gesundem Kehlkopf, 2 Jahre nach der Operation; 1 an Drüsenrecidiv. 1 Pat. starb an Kehlkopfkrebs nach der Tracheotomie ohne andere äußere Operation 4 Jahre nach dem ersten intralaryngealen Eingriff. Nicht bloß nach diesen seinen eigenen Erfahrungen, sondern nach den bekannt gewordenen Erfolgen anderer Operateure hält F. die Resultate der endolaryngealen Operationsweise für außerordentlich günstige. Er warnt aber davor, dieselbe zu versuchen, wo man nicht die Möglichkeit sieht, auf diesem Wege alles Kranke zu entfernen und bis in das Gesunde vorzudringen. Eben so betont er die Nothwendigkeit des äußeren Eingriffs, sobald die Geschwulst auf die andere Seite überzugehen droht; denn niemals darf durch die intralaryngeale Methode so viel Zeit verloren gehen, dass eine Totalexstirpation nöthig wird, wo früher eine theilweise Exstirpation genügt hätte.

Teichmann (Berlin).

13) J. Schulz. Über Morbus Basedowi und seine operative Behandlung.

(Berliner Klinik 1897. Juni.)

S. berichtet aus dem Marienkrankenhause zu Hamburg über 14 in der chirurgischen Abtheilung wegen Morbus Basedowi vorge-

nommene Kropfoperationen. Sämmtliche 14 Fälle betrafen weibliche Personen, und zwar im Alter von 15—45 Jahren. Die Resultate sind in jeder Beziehung als äußerst günstige zu bezeichnen. Während ein tödlicher Ausgang bei keiner Pat. eintrat, wurden 12, und zwar nach längerer Beobachtungsdauer, vollständig geheilt, während bei den übrigen beiden ein merkliches Nachlassen der Beschwerden zu konstatiren war. Verf. spricht nach diesen Erfahrungen sich dahin aus, dass bei schwerem Morbus Basedowi die Kropfoperation ohne Weiteres, bei leichterem aber erst nach einer erfolglosen internen Behandlung indicirt erscheint. Aus den zum Theil ganz auffallenden Erfolgen schließt S., dass wir den primären Sitz der Erkrankung in der vergrößerten Schilddrüse zu suchen haben und nimmt an, dass die in ihren Funktionen gestörte Drüse nicht nur im Übermaß, sondern auch einen direkt schädlichen Stoff secernirt, der eine Allgemeinintoxikation des gesammten Organismus einleitet. Als technisch einfachste und zweckmäßigste Operation empfiehlt S. die von Socin angegebene intraglanduläre Enukektion.

Dumstrey (Leipzig).

14) D. Gerota. Nach welchen Richtungen kann sich der Brustkrebs weiter verbreiten?

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 2.)

Verf. hat namentlich die Verbreitung des Brustkrebses auf dem Lymphwege zum Gegenstand seiner Untersuchungen gemacht. Hervorzuheben wäre, dass Lymphstränge mit den Rami perforantes der Arteria mammaria interna ziehen, welche die Infektion der retrosternalen Drüsen und die Verwachsung des Pectoralmuskels mit der Mamma erklären, ferner auch die Entstehung der Recidive im letzteren selbst erläutern.

G. konstatirt, dass die beiden Thoraxhälften keine abgetrennten selbständigen Lymphgefäße haben, sondern dass diese mit einander in Verbindung stehen, woraus sich die Weiterverbreitung des Carcinoms von rechts nach links und umgekehrt erklärt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin.
Direktor: Prof. Dr. Sonnenburg.)

Osteoperiostitis eines Metatarsalknochens nach Typhus bei einem 5jährigen Kinde.

Von

Dr. Richard Mühsam, Assistenzarzt.

Knochenerkrankungen nach Typhus gehören zu den selteneren Komplikationen dieser Krankheit. Von besonderem chirurgischen und bakteriologischen Interesse sind die Fälle, in denen es in Folge von Eiterbildung zur Incision kommt, da bei

ihnen die Möglichkeit gegeben ist, ihren Zusammenhang mit der Darmerkrankung bakteriologisch nachzuweisen. Es ist bekannt, dass seit der 1. Mittheilung von Ebermaier¹ auch von anderer Seite Typhusbacillen im Eiter derartiger Knochenkrankungen nachgewiesen worden sind, ein Punkt, über den die letzthin erschienene Arbeit Lexer's² mit ihrer ausführlichen Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur Aufschluss giebt.

Was die Lokalisation der Typhusmetastasen anlangt, so erkrankten vorwiegend die langen Röhrenknochen, insbesondere die Tibia. Chantemesse und Widal³ geben an, dass nach ihrer Zusammenstellung in 86% die Tibia befallen war. Seltener waren Erkrankungen der Rippen und der Ulna (je 2 Fälle), während das Femur, der Humerus, ein Metatarsus und eine Phalange nur je einmal betroffen waren.

Dies Verhältnis mag sich wohl durch die inzwischen erschienenen Veröffentlichungen in einzelnen Punkten etwas verschoben haben, immerhin gehören aber Erkrankungen der kleinen Knochen noch heute zu den größten Seltenheiten.

Konnte ich nun in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 11. Januar 1897 über einen weiteren Fall von Erkrankung des Femur berichten, so bin ich heute in der Lage, über einen im städtischen Krankenhaus Moabit (Abtheilung des Herrn Prof. Sonnenburg) zur Behandlung gekommenen Fall von Osteoperiostitis des I. rechten Metatarsalknochens Mittheilung zu machen.

Else K., 5 Jahre alt, erkrankt am 12. Juli 1897 mit Fieber, Erbrechen, Kopfschmerzen, Durchfällen und Appetitlosigkeit.

Am 15. Juni trat Husten auf.

Am 16. Juni wird das Kind ins städtische Krankenhaus Moabit gebracht. Hier wird ein Typhus abdominalis diagnosticirt und Pat. dem entsprechend behandelt.

Am 6. Juli ist definitive Entfieberung erfolgt.

Am 13. Juli zeigt sich an der Innenseite des rechten Fußes, entsprechend dem Metatarsus I, eine von gerötheter Haut bedeckte, fluktuirende, sehr schmerzhaftes Anschwellung, die sich in wenigen Tagen herausgebildet hat. Der oberflächliche Abscess wird incidirt, und eine geringe Menge röthlich trüber Flüssigkeit entleert.

In dieser Flüssigkeit werden mikroskopisch und kulturell durch die üblichen Kulturverfahren und die Widal'sche Probe Typhusbacillen in Reinkultur nachgewiesen.

Da sich in den nächsten Tagen eine zum Knochen führende Fistel gebildet hat, wird dieselbe gespalten, und der Knochen freigelegt. Das Periost des Metatarsus I zeigt sich in geringem Umfang zerstört, und der Knochen daselbst bedeckt mit wenigen Tropfen serös-eitriger Flüssigkeit. In den steril aufgefangenen Tropfen werden wiederum Typhusbacillen mit Sicherheit erkannt. Die Knochenoberfläche wurde, so weit sie erkrankt war, mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, und die Wunde tamponirt. Die Eiterung hat sich bis heute als nicht progredient erwiesen, und die Wunde beginnt sich durch Granulationsbildung zu schließen.

Dieser Fall reiht sich denen an, in denen die Knochenkrankung während der Rekonvaleszenz und nach Ablauf des Typhus auftrat, und ist auch in so fern interessant, als er ein Alter betrifft, in welchem nach Achard⁴ derartige Erkrankungen zu den Seltenheiten gehören.

¹ Ebermaier, Über Knochenkrankungen bei Typhus. Deutsches Archiv für klin. Medicin. 1889. Bd. XLIV.

² Lexer, Die Ätiologie und die Mikroorganismen der akuten Osteomyelitis. Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 173.

³ Chantemesse et Widal, Semaine méd. 1893. No. 68.

⁴ Achard, Semaine méd. 1893. No. 68.

15) **D. Mulert.** Ein Fall von multiplen Endotheliomen der Kopfhaut, zugleich ein Beitrag zur Endotheliomfrage.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIII. Hft. 3.)

M. hat die Geschwülste, die von Garré einer 58jährigen Frau exstirpiert worden sind, auf das genaueste untersucht. Er glaubt nach mannigfachen Überlegungen, welche ein Epitheliom ausschließen lassen, zu der Ansicht berechtigt zu sein, dass es sich hier um multiple Endotheliome handle, ausgegangen von einer Wucherung der Endothelzellen der Lymphgefäße bzw. der Lymphgefäßkapillaren. Verf. bespricht noch eingehender einen Theil der einschlägigen Literatur speciell unter kritischer Beleuchtung der diesbezüglichen Ansichten von Ribbert und Kromayer.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

16) **Ziehl und Roth.** Ein operativ geheilter Fall von Gehirntumor. (Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 19.)

Es handelte sich um einen 60jährigen Goldschmied, welcher mit 23 Jahren einen Schanker gehabt hatte, jedoch angeblich ohne Sekundärserscheinungen. Vor einigen Jahren war er heftig mit dem Schädel gegen einen Schrank gerannt. Aus jener Zeit stammt eine druckempfindliche Stelle am rechten Scheitelbein. Es bestanden bei dem Pat. in letzter Zeit in Zeigefinger und Daumen beginnende klonische Krämpfe des rechten Armes, die bisweilen die ganze rechte Seite ergriffen. Auch waren Arm und Bein vorübergehend gelähmt.

Es wurde nun zuerst in der Gegend der betreffenden Centren der Knochen aufgemeißelt (Haut-Periost-Knochenlappen). Es fand sich nur verdickter Knochen und eine braunrothe granulationsgewebsartige Masse, welche die Dura bedeckte. Das Knochenstück war in der Mitte angefressen und wurde deshalb nach Lösung vom Periost entfernt, die Dura abgekratzt. Da das Gehirn überall gleichmäßig pulsirte, und kein Widerstandsunterschied eine Geschwulst nachwies, wurde von einer Spaltung der Dura abgesehen. Jodoformgazetamponade, Sekundärnaht.

Die Operation war indess ohne jeden Erfolg, vielmehr trat bald eine bedeuende Verschlimmerung ein. Obwohl keine Stauungspapille bestand, ward eine Geschwulst nicht mehr zweifelhaft. Nach Eröffnung des Schädels und Entfernung der narbigen Dura kam eine mehr braunroth gefärbte pulsirende Masse zu Gesicht, und ließ sich eine weiche Geschwulstmasse aus dem Gehirn stumpf entfernen, ein Peritheliom nach Arnold's Untersuchung.

Nach der Operation bestand zunächst totale rechtsseitige Hemiplegie mit ausgesprochener Paraphasie. Allmählich indess besserte sich dies, auch die Kopfschmerzen schwanden; von der Lähmung des Armes blieben nur Spuren noch nach 2 Jahren zurück. — Die Geschwulst hatte jedenfalls schon bei der 1. Operation bestanden.

Auffallend erschien dem Ref. in der Beschreibung des Falles die Koïncidenz der schmerzhaften Stelle rechts und der Krämpfe auf derselben Seite, während man an eine Bethheiligung der linken Seite hätte denken sollen. Vielleicht liegt hier ein Druckfehler vor.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

17) **A. Krogius.** Tvenne med framgång opererade fall af otitisk sinusstrombos med allmän pyämi.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XXXVIII. p. 1023.)

Aus der chirurgischen Klinik zu Helsingfors hat im Jahre 1894 Dr. af Forsselles eine Mittheilung über eitrige Lateralsinusthrombose (cf. Referat im Centralblatt für Chirurgie 1894 p. 65) veröffentlicht. Verf. weist auf diese ausführliche Arbeit hin und ergänzt die Kasuistik durch 2 neue Fälle.

1) 55jähriger Mann, der an einem chronischen Ohrenleiden gelitten hatte, erkrankte plötzlich mit intermittirendem Fieber und Milzschwellung. Die Krankheit wurde zuerst für eine Malaria gehalten, als Chinin aber sich erfolglos zeigte und Empfindlichkeit über dem Warzenfortsatz sich einstellte, wurde die Diagnose auf eine infektiöse Thrombose des Sinus lateralis gestellt und sofort operiert.

Beim Trepaniren des Processus mastoides zeigte sich ein kleiner Eiterherd; als dieser aber zu unbedeutend schien, um die heftigen pyämischen Erscheinungen erklären zu können, wurde der Sinus sofort freigelegt. Die Sinuswand war zusammengefallen und von gelbgrauer Farbe. Bei der Incision fand sich ein eitrig zerfallender Thrombus, welcher mit scharfem Löffel herausbefördert wurde. Dann wurde die V. jugularis int. aufgesucht und in der Höhe der Cartilago cricoidea unterbunden. Die Temperatur fiel sofort nach dem Eingriff, und die Rekonvaleszenz verlief ungestört, so dass Pat. nach etwa 6 Wochen entlassen werden konnte. Der Eiterausfluss aus dem Ohr dauerte noch eine Zeit. Eine Ausräumung des Mittelohres nach Stacke zur Radikalheilung des Grundleidens wurde vorgeschlagen, aber abgelehnt.

2) Der 2. Fall bietet mehrere interessante Einzelheiten. Es handelte sich um eine 23jährige Dienstmagd, die einige Jahre vorher an Eiterausfluss aus beiden Ohren wiederholt gelitten hatte. Selbst cerebrale Symptome mit Krämpfen und Delirien sollen sich eingestellt haben. Bei der Aufnahme zeigte sich das nach Perforation vernarbte Trommelfell ausgebuchtet und rötlich injicirt; Empfindlichkeit hinter dem linken Ohr und nach dem Halse zu.

Nach der sofortigen Paracentese der Membrana tympani entleerte sich eine bedeutende Menge Eiter. Processus mastoides wurde dann aufgemeißelt, aber weder hier noch im Epiduralraum Eiter angetroffen; die Sinuswand war aber gelblich verfärbt und zeigte keine Pulsation. Nach einer Incision in die straff gespannte Wand wurden Eiter und Blutcoagula herausbefördert. Die Thrombusmasse erstreckte sich nach hinten bis zum Torcular Herophili. Nach Auslöflung derselben stellte sich eine profuse Blutung aus dem Sinus ein, welche aber durch Jodoformgazetampon beherrscht wurde. Die Vena jugularis int. wurde dann am Halse aufgesucht, und da kein Thrombus im Verlauf derselben bis zum Proc. mastoides nachgewiesen werden konnte, doppelt unterbunden und durchtrennt. Jetzt wurde das centrale Ende des Thrombus evakuiert und der Sinus tamponirt. Schüttelfröste und 40° Temperaturerhöhung am Abend des Operationstages. Am 3. Tage nach der Operation eitrige Metastasen am Ellbogen und starke ikterische Verfärbung mit Abendtemperatur bis zu 40,7°. Nach wiederholten Incisionen fiel die Temperatur allmählich ab, und nach 1 Monat konnte Pat. mit geheiltem Trommelfell und gutem Gehör auf dem linken Ohr entlassen werden.

Im Anschluss an die mitgetheilten Krankengeschichten folgen Bemerkungen zur Lehre des bezüglichen Leidens.

A. Hansson (Warberg).

18) Ziegler. Echinococcus der Orbita.

(Tagebuch der Ärztesgesellschaft an der Universität Kasan 1896. Hft. 1. [Russisch.])

Die Geschwulst fand sich bei einer 20jährigen Bäuerin in der linken Augenhöhle im oberen äußeren Abschnitt. Atrophia n. optici, Sehen = 0, Bulbus kleiner. Krankheitsdauer 3 Jahre. Prof. Adamük erkannte einen Echinokokken. Durch Schnitt wurden die Mutterblase und 2 Tochterblasen, taubeneigroß, entfernt, und dann mit dem Löffel noch einige kleine Blasen gefunden. Völlige Heilung.

In der Litteratur fand Z. bei Davaine 9 Fälle (unter 383 Echinokokken in verschiedenen Organen); in Russland sind 4 Fälle beschrieben: 2 von Bazabaschew und je 1 von Jofe und Maschkowzewa.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) L. Hellmann. Papilloma durum der Nasen- und Stirnhöhlenschleimhaut. Übergang in Carcinom.

(Archiv für Laryngologie Bd. VI. Hft. 2.)

Mittheilung einer interessanten, über einen Zeitraum von 12 Jahren sich verbreitenden Krankengeschichte. Wiederholte Eröffnung beider Stirnhöhlen mit stets vorübergehendem günstigen Einfluss auf die Krankheitserscheinungen. Wegen Unversehrtheit der hinteren Stirnhöhlenwand kein intrakranieller Eingriff trotz zeitweiliger Hirnerscheinungen. Tod fast 4 Wochen nach der letzten Operation unter meningitischen Symptomen. Die bei der 1. Operation entfernten Geschwulst-

massen, wie die intranasal entfernten Geschwülste zeigten das histologische Bild des Papilloma durum mit scharfer Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe; die bei der 2. Eröffnung der Stirnhöhle in dieser und im oberen Nasengang, das Septum perforierend, gefundenen Geschwülste erwiesen sich als typisch carcinomatös, trugen aber an einzelnen Stellen oberflächliche Wucherungen vom Charakter des Papilloma durum. Verf. nimmt wegen des langsamen Verlaufes nicht an, dass die harten Papillome von vorn herein sekundäre, d. h. nur auf dem Boden eines in der Tiefe sich entwickelnden Carcinoms gewachsen waren, sondern spricht sich für eine Umwandlung der Papillome in ein Carcinom aus.

Teichmann (Berlin).

20) **P. Tichow.** Über die Behandlung der fibrösen Nasen-Rachenpolypen mit Elektrolyse und Ollier's Operation.

(Medicinskoje Obosrenje 1897. Hft. 3. [Russisch.])

2 Fälle aus Prof. Rasumowski's Klinik in Kasan. 1) 18jähriger Bauer, 1 Jahr krank. Der Polyp füllt die linke Nasenhälfte und den ganzen Mund aus. Im Schlaf sofort Asphyxie; Pat. ist äußerst heruntergekommen. 23. Oktober Tracheotomie, darauf hören die Blutungen auf, und Pat. kann wieder schlafen. Vom 27. November Elektrolyse (Spammer, stabiler Strom, 5—20 Elemente, je nach Schmerzhaftigkeit). Die Elektroden — 2 Platinnadeln — werden in den Mundtheil der Geschwulst eingestochen, oder die eine in den Mund, die andere in den Nasenfortsatz. Schon nach 3 Sitzungen gangränösirt die bearbeitete Geschwulstpartie, nach 25 Sitzungen war der Mundfortsatz ganz verschwunden. Am 24. Juni 1896 Operation nach Ollier (temporäre Nasenresektion), Entfernung der Geschwulst mit galvanokaustischer Schlinge und des dicken Stieles mit starken Polypenzangen. Knochen 4 qcm weit entblößt. Tamponade. Gute Heilung; am 14. Juli Entfernung der Tracheotomiekanüle. Am 6. August Entlassung.

2) Beim 18jährigen Tataren dauert die Krankheit 8 Monate; der Polyp füllt den ganzen Nasen-Rachenraum aus. Elektrolyse zur Verkleinerung der Geschwulst. Schon nach 6 Sitzungen so weit gebessert, dass Radikaloperation verweigert wird und Pat. mit genügend freier Respiration und gutem Schlaf die Klinik verlässt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

21) **M. Kahn.** Des accidents désagréables qui accompagnent l'opération des végétations adénoïdes.

(Revue hebdom. de laryngol. 1897. No. 14.)

Unter den Schwierigkeiten, welche sich der Entfernung Luschka'scher Tonsillen mit dem Gottstein'schen Ringmesser entgegenstellen können, bespricht hier Verf. das abnorm starke Vorspringen der Halswirbelkörper in den Nasen-Rachenraum. Er theilt 4 Fälle mit, in welchen ein knöcherner, nach oben mehr oder weniger scharf auslaufender Vorsprung des Atlaskörpers das Hindernis abgab, welches nur dadurch überwunden wurde, dass die scharfe Spitze desselben mit abgeschnitten wurde, resp. dadurch, dass nur die seitlichen Theile der Wucherung mit dem Ringmesser, die median über dem Vorsprung gelegenen mit der Jurasz'schen Zange entfernt wurden. In dem einen Falle folgte der (unvermutheten) Entfernung eines Knochenstückes eine ernste Nachblutung, in den anderen Fällen trat die Heilung ohne Störung ein. Die Annahme des Verf., dass an diesen Vorsprüngen der Wirbelsäule der Epistropheus nicht theilhaftig sei, wie Zuckerkandl meint, mag wohl für die beschriebenen 4 Fälle zutreffen, sicherlich nicht allgemein; wenigstens hat Ref. wiederholt bei ganz jungen Kindern Gelegenheit gehabt, derartige Knochenvorsprünge, welche zuweilen fast spangenartig über die ganze Breite des Rachens zogen, noch in der Höhe des Zungengrundes zu fühlen.

Teichmann (Berlin).

22) **H. d'Arcy Power.** Fall von Ptyalismus nach Trauma.

(Occidental med. times 1897. April.)

Bald nach einem Falle auf das Gesicht, welcher mehrere Schneidezähne kostete und eine Verletzung der Oberlippe bewirkte, trat Ptyalismus auf, welcher

den Mann in seiner Beschäftigung störte. Es fand sich, dass nur an der bei dem Fall hauptsächlich betroffenen rechten Seite die Speichelabsonderung vermehrt war, Verf. stellte die Diagnose auf Lähmung der Sympathicusfasern der Drüse als Folge der Quetschung. Die auf diese Auffassung gegründete stimulierende Behandlung mit Strychnin, Digitalis und Capsicum hatte den besten Erfolg.

Lilhe (Königsberg i/Pr.).

23) **A. Cartaz.** Une variété d'abcès chroniques du voile du palais.

(Revue de laryngol. 1897. No. 24.)

Es handelt sich um Fistelgänge im Gaumensegel, in der Höhe des Ansatzes der Gaumenbögen, die Folgen einer Eiterung in der Fossa supratonsillaris, welche sich in das Gaumensegel fortgesetzt hat, sei es durch einen angeborenen, sei es durch einen pathologisch entstandenen Fistelgang. Verf. hat 2 derartige Fälle beschrieben. Die Beschwerden sind viel geringer als beim eigentlichen Tonsillarabscess. Die Diagnose stützt sich auf das Austreten einer geringen Eitermenge aus einer Öffnung in der Höhe des Ansatzes der Gaumenbögen bei Sondendruck auf eine gewöhnlich leicht geröthete Stelle des Gaumensegels und auf die Sondirung eines von dieser Öffnung nach der Basis des Zäpfchens gerichteten Ganges. Die Behandlung besteht in Spaltung des Fistelganges und Ätzung seiner Wandung.

Telchmann (Berlin).

24) **Heddaeus.** Tonsillitis acuta durch Staphylococcus pyogenes aureus, Pleuritis exsudativa metastatica. — Diplokokkenpneumonie. — Thorakotomie, Sepsis, Exitus. (Aus der chirurgischen Klinik zu Heidelberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 18.)

Der mitgetheilte Fall ähnelt in mancher Hinsicht einem früher von H. aus derselben Klinik veröffentlichten von Strumitis und metastatischer Pneumonie, die durch denselben Erreger (Diplococcus Fränkel-Weichselbaum) veranlasst waren. — Dass es sich bei der vorliegenden Beobachtung um eine Staphylokokkeninfektion der Tonsille mit schnellem phlegmonösen Fortschreiten auf das retropharyngeal-ösophageale Gewebe und Pleura gehandelt, konnte nach dem Tode durch den Nachweis von Reinkulturen dieses Mikroben aus dem Riter eines kleinen, während des Lebens nicht eröffneten Abscesses neben der einen Mandel sicher festgestellt werden. Andererseits war die gleichzeitig vorhandene Pneumonie zweifellos eine durch Diplokokken entstandene. — Im Übrigen ist aus der Krankengeschichte noch zu erwähnen, dass das drohende Glottisödem durch ausgiebigen Einschnitt in die bestehende ausgedehnte ödematöse Infiltration am Halse erfolgreich bekämpft worden war.

Die weiteren Ausführungen H.'s beziehen sich auf die durch den berichteten Fall aufs Neue beleuchteten Gefahren akuter phlegmonöser Angina, auf die Nothwendigkeit möglichst frühzeitiger Incision und auf die Beziehungen der Angina zu akuten Infektionskrankheiten, so wie auf die Entstehung der Pleuritis in bakteriologischer Hinsicht.

Kramer (Glogau).

25) **Raubach.** Zur Lehre von den sublingualen Geschwülsten des Kindesalters.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

R. giebt die genaue klinische und anatomische Beschreibung einer bei einem 10monatlichen Kinde beobachteten Sublingualgeschwulst, die er mit einer in Süditalien häufig vorkommenden, unter dem Namen »Produzione sottolinguale dell' infanzia« von Concetti beschriebenen Affektion für identisch hält.

Die 5pfennigstückgroße, flache, höckerige Geschwulst an Stelle des Frenulum linguae recidivirte nach der ersten Exstirpation innerhalb weniger Wochen; eine zweite radikalere Operation war von Heilung gefolgt.

Das histologische Bild (Taf. VII u. VIII) wird beherrscht durch mächtige Wucherungen des bedeckenden Plattenepithels und massenhafte Gefäßneubildung in

der Tiefe. Die Frage, ob es sich um eine entzündliche Neubildung auf decubitaler Grundlage oder um eine angiomatöse Geschwulst handelt, lässt Verf. vorläufig offen.

Hinsichtlich der Bedeutung der Affektion für den Gesamtorganismus schließt sich R. denjenigen italienischen Ärzten an, welche das Zusammentreffen des Leidens mit schweren, sogar tödlichen Allgemeinerscheinungen für ein zufälliges halten.

Die Therapie hat in der radikalen Excision zu bestehen, die auch von Concetti als das einzige Erfolg versprechende Verfahren erkannt wurde.

Hofmeister (Tübingen).

26) **E. Funke.** Eine chirurgisch wichtige Anomalie der Arteria lingualis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 2.)

F. schildert eine für den Chirurgen wichtige Anomalie im Verlauf der A. lingualis. Er fand sie statt unter dem Musculus hyoglossus liegend, auf ihm mit dem Nervus hypoglossus verlaufend. Es wäre deshalb leicht möglich, sie gegebenen Falls wegen ihrer oberflächlichen Lage zu durchschneiden. Die Anomalie selbst erklärt Verf. durch die starke Ausbildung eines Nebenastens der Arteria lingualis, statt dieser selbst.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

27) **J. Dollinger.** Die subkutane Exstirpation der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. p. 610.)

Verf. hat sein Operationsverfahren bereits selbst in diesem Blatte bekannt gemacht (cf. Jahrgang 1894 p. 845), und ist hier auf diese Mittheilung zu verweisen, deren wichtigste Angaben in obiger Arbeit zum Theil wörtlich sich wiederholt finden. Vor 3 Jahren berichtete D. über die ersten Versuche mit der von ihm erdachten Methode, jetzt hat er dieselbe an 40 Halsseiten bei 33 Kranken erprobt und kann sehr gute Erfolge konstatiren. 30 Fälle (Halsseiten) heilten per primam, 1 nach Sekundärnaht ohne Eiterung, 2 ohne sekundäre Abscessincision nach Lapis-touchirung; in allen diesen 33 Fällen wurde also der Operationszweck, Heilung ohne sichtbare Narbe, erreicht.

D. beschreibt seine Technik näher, indem er die Behandlung der verschiedenen Drüsen je nach ihrer anatomischen Lage durchgeht. Viel kommt auf stumpfes Arbeiten an, Auslösen der Drüsen mit dem Finger oder Elevator. Auch die unten und tiefer gelegenen Drüsen in der Supraclaviculargegend und in der Gefäßscheide gelingt ihm meist bei geeigneter Kopfhaltung in die Hautwunde am Hinterhaupt emporzudrängen, bezw. sie mit langer Zange dorthin emporzuheben. Arterielle Blutung kommt ihm nur beim äußeren Wundschnitt vor, von venöser Blutung ist die aus der Vena facialis communis zu erwähnen, die bei Entwicklung der Submaxillärlymphdrüsen gelegentlich einreißen kann. Doch stand die Blutung aus der Vene nach Unterbindung bezw. Kompression. Dagegen hat D. eine Verletzung der Jugularis communis zu vermeiden gewusst, obwohl nicht selten am Schluss der Operation dieses Gefäß der ganzen Länge nach frei präparirt in der Wunde lag. Halb zerfallene Drüsen werden stückweise mit Haken, Zange und Löffel herausbefördert. Ihre Gegenwart stört die aseptische, selbst primäre Heilung eben so wenig, wie die Entleerung von ausgebildeten käsigen Drüsenabscessen durch die Wunde, vorausgesetzt nur, dass die Abscesse noch nicht die Drüsenkapsel durchbrochen haben, und dass die sie bedeckende Haut noch gesund ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **Goris.** Note préliminaire concernant le traitement chirurgical de la tuberculeuse du larynx prise au début.

(Revue hebdom. de laryngol. 1897. No. 23.)

Verf. berichtet über 2 Fälle beginnender Kehlkopftuberkulose, in welchen er, von der Unzulänglichkeit der endolaryngealen Behandlung überzeugt, durch Thyreo-

tomie sich den Krankheitsherd freilegte und mit Erfolg entfernte. In dem einen Falle verschwanden nach der Operation sofort die Bacillen aus dem Auswurf, in dem anderen wurde die vorher bestehende Athembeklemmung beseitigt. Sehr merkwürdig ist die Beobachtung in dem einen Falle, dass nach Aufklappen des Kehlkopfes die Ulceration sich viel kleiner erwies, als sie im Spiegelbild erschienen war. Bisher war man allgemein der Ansicht, dass die am Lebenden oder Todten im aufgeschnittenen Kehlkopf sichtbaren tuberkulösen Veränderungen stets viel umfangreicher sind, als man nach dem Spiegelbild annehmen durfte. In dem 2. Falle fand sich eine stecknadelkopfgroße (!) Ulceration, welche der Spiegel nicht gezeigt hatte; hier war die Thyreotomie nur wegen einer einseitigen Stimmband-infiltration und subjektiver Athembeschwerden ohne Bacillenbefund gemacht worden. Da Verf. selbst aus diesen 2 Erfahrungen noch keine allgemeineren Schlüsse ziehen will, wäre eine Kritik des Vorgehens verfrüht. **Telchmann** (Berlin).

29) **Hecker**. Über Verblutung nach Tracheotomie durch Arrosion der Arteria anonyma. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu München.) (Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 20.)

Es handelte sich um eine 5 Tage nach normal verlaufener, der Intubationsbehandlung gefolgter Tracheotomie aufgetretene tödliche Blutung, als deren Ursache im unteren Winkel der Trachealöffnung eine durch Kanülendruck entstandene Geschwürsbildung gefunden wurde, die zu einer Verlöthung und Perforation der ziemlich hoch gelegenen Arteria anonyma an deren hinterer Wand geführt hatte.

Die ähnlichen Fälle werden aus der Litteratur zusammengestellt.

Kramer (Glogau).

30) **J. Vitrac**. Kystes hydatiques du corps thyroïde. (Revue de chir. 1897. No. 5.)

In dem von V. mitgetheilten Falle, der dem Verf. Veranlassung gegeben — unter Nichtbeachtung der großen Wölfler'schen Monographie — die Litteratur über Echinokokken der Schilddrüse zu studiren und das klinische und anatomische Bild derselben zu schildern, handelte es sich um eine mehrmals unter Auftreten von Urticaria spontan perforirte und immer wieder recidivirte faustgroße Echinococcuscyste der Schilddrüse. Bestehende Athmungs- und Schlingbeschwerden, verbunden mit Alteration der Stimme, nöthigten den Pat., sich bei Langleue einem operativen Eingriff zu unterziehen, bei welchem die Cyste punktirt und mit Sublimatlösung ausgewaschen wurde; bisher — 6 Monate post operat. — ist dieselbe nicht wiedergekehrt.

Kramer (Glogau).

31) **Murio**. Un caso di struma colloideo alla regione glutea in una donna affetto da gozzo.

(Gazz. med. di Torino 1897. No. 11.)

Bei einer 48jährigen Frau, welche seit 10 Jahren mit einem mittelgroßen Kropf behaftet war, entwickelte sich seit 2 Jahren in der rechten Glutäalgegend nach einer Kontusion eine orangengroße Geschwulst, welche mikroskopisch die Struktur eines reinen Colloidkropfes darbot. Andere Metastasen waren nicht nachzuweisen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

32) **M. Lympius**. Struma accessoria der Zungenbasis. Exstirpation. Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV. No. 451.)

L. operirte die 36jährige Frau im Hamburger Allgemeinen Krankenhaus St. Georg. Sie hatte seit 2 Jahren eine Anschwellung am Zungengrunde bei nur mäßigen Sprech- und Schluckbeschwerden. Wegen eines einmaligen »Blutbrechens« hatte ein Arzt einen Schnitt in die Geschwulst gemacht, der stark blutete. Die bei Betrachtung der Mundhöhle sichtbare Geschwulst ist gut pfaumengroß, blassröthlich, von glatter, mit geschlängelten Gefäßen versehener Oberfläche, prallelastisch, Probe-

punktion ergibt Blut. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Zungenkropf. Zur Operation: präliminare Tracheotomia inferior mit Pressschwammkanüle, dann Schnitt nach Kocher vom linken Warzenfortsatz am Kieferrand bis zur Kinnmitte. Eröffnung der Mundhöhle, Spaltung der Lig. palato-glossa. Auf der jetzt zugänglichen Geschwulst wird die Kapsel gespalten, aus welcher die kropffartig aussehenden, sich vordrängenden Geschwulstmassen ausgeräumt werden; doch nöthigt eine starke Blutung zur fast völligen Excision auch der Kapsel und Vernähung ihres Restes. Naht bis auf einen Schlitz zur Gazedrainage. Nach durch Athembeschwerden, etwas Fieber und starke Sekretion etwas complicirtem Wundverlauf Heilung. Mikroskopische Geschwulstuntersuchung: Schilddrüsengewebe.

L. citirt 2 analoge Fälle, einen von Wolf operirt, einen 2. von Staelin beschrieben (und auch im Rumpel'schen pathologisch-anatomischen Atlas publicirt. Ref.), gefunden bei der Sektion einer 77jährigen Frau. Übersehen hat er aber den auch mit Erfolg operirten Fall von Galisch bezw. Delhaes, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXIX. p. 560, Referat Centralblatt 1895. p. 343. (Sämmtliche bislang beschriebenen Fälle betrafen Frauen; die 3mal mit Glück vorgenommene Operation geschah stets mit prophylaktischer Tracheotomie, übrigens aber immer jedes Mal anderer Schnittführung. Ref.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) Gallandet. Laminectomy for simple fractures, with a report of three cases.

(Annals of surgery 1897. Januar.)

Verf. macht in seiner kurzen, ganz interessanten Mittheilung besonders darauf aufmerksam, wie sehr die Prognose der Wirbelsäulenbrüche selbst und die Prognose eines operativen Eingriffs abhängig sei von der Höhe der Verletzung, und wie in Folge dessen Eingriffe an der Lendenwirbelsäule natürlich ganz anders beurtheilt werden müssten, wie diejenigen an höher gelegenen Abschnitten.

Es sei dies ein Punkt, der, so selbstverständlich er sonst erscheine, doch immer wieder bei der Beurtheilung operativer Erfolge vergessen werde. Von seinen 3 Fällen waren 2 Frakturen der Lendenwirbelsäule. Es erfolgte hier nach Entfernung der gebrochenen und eingedrückten Bogentheile Heilung mit erheblicher Besserung der vorhandenen nervösen Ausfallserscheinungen. Bei einem operirten Bruch der oberen Brustwirbelsäule erfolgte der Tod.

Bezüglich der Technik warnt Verf. vor der Anwendung des Meißels. Es werde durch die Erschütterung der Shock begünstigt; besser seien Säge und Knochenzange. Eben so sei die Eröffnung der Dura mater wegen ihrer Gefährlichkeit zu verwerfen.

Tietze (Breslau).

34) Kirsch. Traumatische Spondylitis und hysterische Kontraktur.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 5.)

K. stellt in lehrreicher Weise 2 Fälle zusammen von Skoliosen ohne Gibbus, die eine nach Trauma entstanden, die andere auf der Basis der Hysterie. Letztere heilte nach allerhand vergeblichen Behandlungsversuchen nach einem 1 Tag liegenden Streckverband, nachdem Pat. wieder Arbeit gefunden hatte, fast völlig. Bei dem oft nahezu oder ganz negativen Befund bei bestehender traumatischer Spondylitis empfiehlt Verf. das probeweise Anlegen eines Gipskorsetts. Wer wirklich eine entzündliche Veränderung hat, der wird davon Nutzen haben und dies auch bekennen. Meist wird überhaupt eine einigermaßen zuverlässige Diagnose nur bei stationärer Behandlung und aufmerksamer Beobachtung zu stellen sein.

Bähr (Hannover).

35) Wichmann. Zur Ätiologie der Syringomyelie.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 6.)

36) Schmey. Syringomyelie und Trauma.

(Ibid.)

37) Lehmann. Zwei Fälle von Syringomyelie mit ausgeprägter Arthropathie.

(Ibid.)

W. charakterisirt in Kurzem den gegenwärtigen Standpunkt der traumatischen Entstehung der Syringomyelie. Seinen Ausführungen ist ein chirurgisch werthvoller Fall eingefügt. Pat., bis dahin gesund, war am 16. Januar 1895 mit dem Genick auf einen Baumstamm gefallen. Nackenschmerzen und Arbeitsunfähigkeit. Es entwickelte sich allmählich eine Parese beider Arme mit mäßiger Muskelatrophie. Dazu kamen Gürtelgefühl, Sensibilitätsstörungen, Nackensteifigkeit; die Spinkternen waren unversehrt. Die Diagnose wurde zunächst auf chronische Pachymeningitis spinalis gestellt im Anschluss an das Trauma. Es folgte Paralyse der oberen und unteren Extremitäten. Da die Existenz einer Geschwulst Wahrscheinlichkeit gewann, so wurde der 3.—5. Halswirbelbogen von Troje resecirt, ohne einen solchen zu entdecken. Unter Annahme einer traumatischen Querschnittsmyelitis wurde Pat. mit Lorenz'schem Holzbett behandelt, wobei die Schmerzen nachließen. Die Krankheit machte aber Fortschritte, und nach Eintritt völliger motorischer und sensibler Lähmung aller Extremitäten erfolgte der Tod. Die Sektion ergab ein Rundzellensarkom, welches von der Zwischenwirbelscheibe zwischen letztem Hals- und erstem Brustwirbel ausging. W. hält den Fall für einen Beweis für das Entstehen einer Geschwulst in Folge eines Traumas. Die Frage, ob Syringomyelie nach einer peripheren Verletzung entstehen könne, entweder durch Vermittlung einer ascendirenden Neuritis oder eines Reflexvorgangs, ist noch nicht spruchreif. Jedenfalls darf für die Begutachtung die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges heute nicht von der Hand gewiesen werden.

S. theilt einen Fall von Syringomyelie mit, welcher nach einem Schrotschuss in die Beine, und zwar mit vorwiegender Betheiligung des linken, auftrat und die als auf dem Wege einer Neuritis ascendens entstanden angenommen wird. Unfall am 28. November 1892. Am 4. Juni 1896 wird an der Außenseite des linken Beines Hypästhesie wahrgenommen. Späterhin wurde vermerkt: Schmerzempfindung, Wärme- und Kälteempfindung am ganzen linken Bein herabgesetzt, Patellarreflex links erhöht. Am 2. Mai 1897 waren beide Hinterbacken von zahlreichen harten, entzündlichen Knoten durchsetzt, in der linken Taille verlief an der dem Hosenband entsprechenden Stelle ein Pigmentstreifen, am linken Unterschenkel wurde das Berühren mit einer brennenden Cigarre nicht empfunden. Pupillendifferenz.

Ob der Verf. mit Recht diesen Fall als einen Beleg für das Bindeglied einer Neuritis ascendens betrachtet?

L. schildert 2 Beobachtungen.

1. Fall. Sturz von einem Wagen am 7. November 1896. Genauer Hergang unbekannt. Am 21. April 1897 vollständiges Schlottergelenk der rechten Schulter. Keine Atrophie, vielleicht eher Pseudohypertrophie der Muskeln. Aktive Beweglichkeit des Schultergelenks fast Null. Finger beiderseits gekrümmt, ihre Haut verdickt und geröthet. Pat. ist von Jugend auf hochgradig verwachsen. Wegen geistiger Beschränktheit ist die Sensibilitätsprüfung sehr erschwert. Mit Sicherheit lässt sich eine Hyperästhesie der Haut der rechten Schulter feststellen, »während das Gefühl in den tieferen Theilen vollkommen erloschen scheint«.

2. Fall. Der 31jährige Pat. gab Ende August 1896 dem auf der linken Schulter liegenden Linoleumballen, welcher nicht recht lag, einen Ruck nach vorwärts. Hierbei fühlte er ein Knattern im Gelenk, und der Oberarm stand steif nach hinten, während der Oberarmkopf aus der Gelenkpfanne nach vorn getreten war. Trotzdem trug Pat. den Ballen weiter. Nach dem Ablegen des Ballens spontane Einrenkung. Reluxation nach einigen Tagen beim Anziehen. Späterhin wiederholte Ausrenkung. Im Januar 1897 traten ausgedehnte, aber völlig schmerzlose Hautentzündungen mit Geschwürsbildung in der Gegend des linken Schulterblattes auf. Neben den Narben hiervon fand sich Verdickung der Schulter und des Armes, Pseudohypertrophie der Muskeln, Umfangszunahme des Armes, ver-

dicke Finger, Verschieblichkeit des Caput humeri, Reiben im Gelenk. An linker Schulter und Oberarm ist das Schmerzgefühl völlig erloschen, eben so Wärme- und Temperaturempfindung.

Wenn auch Ref. das Streben nach Lösung der schwebenden Frage gern anerkennt, so kann er sich doch des Wunsches nicht enthalten, es möchten nur vollständig sichere Beobachtungen zu Grunde gelegt werden.

Bähr (Hannover).

38) Hecker (Düsseldorf). Unterbindung der Art. mammaria interna nach perforirender Stichverletzung. (Operative Entfernung des vorhandenen Hämothorax.) Heilung.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1897. Hft. 5.)

Nach Stichverletzung der Brust wurde der Verletzte alsbald ohnmächtig, vorläufig »antiseptisch« durch einen Lazarettgehilfen verbunden und in das Lazarett geschafft, woselbst etwas Hautemphysem um die nach außen hin nicht blutende, 1 cm lange Wunde im rechten 2. Zwischenrippenraum 3 Finger vom Brustbeinrand, so wie eine über die ganze rechte Lunge ausgedehnte Dämpfung festgestellt wurde. Nur in einer handgroßen Zone um die Wunde fand sich Pneumothorax, der aber nach 24 Stunden verschwand. Da die Blutung aufgehört zu haben schien, wurde zunächst nicht operativ eingeschritten und nur die vorhandene große Herzschwäche durch Kamphereinspritzungen bekämpft. Die Dämpfung begann sich aufzuheben, die Anämie zu verschwinden. Da, am 14. Tage nach Verwundung, plötzlich ohne nachweisbare Schädlichkeit wiederum akut auftretende Anämie und Athembeklemmungen, Dämpfung und Verdrängung von Herz und Leber. Temperatursteigerung bis 38,7°. Es wurde mithin Nachblutung aus der Mammaria interna oder einer Intercoastalis angenommen und dem noch erkennbaren Verlauf des Stichkanals folgend eingeschnitten bis zum Knorpelansatz der 2. Rippe. Von dieser wurde ein 2 cm langes Stück subperiostal ausgesägt, die etwas spritzende Art. mammar. int. doppelt unterbunden und der Brustfellsack breit eröffnet und etwa 4 Liter theils flüssigen, theils alten geronnenen Blutes entleert, dann Drainage und Verband. Wegen des starken Collapses konnte erst am 2. Tage darauf eine Gegenöffnung in die Pleurahöhle gemacht und durch Ausspülung mit warmer Borsäurelösung noch zahlreiche Blutklumpen entleert werden, was auch in den nächsten Tagen noch fortgesetzt wurde. Die andauernde Temperatursteigerung war durch eine Pneumonie bedingt, welche durch charakteristische Sputa mit Pneumokokken nachgewiesen wurde. Eiterung trat nicht ein, die Pneumonie ging vorüber, allmählich schloss sich die Höhle, und es trat Vernarbung ein, aber noch nach Monaten wurden Fibringerinnsel und Gewebsetsen durch die Ausspülungen entleert.

Abgesehen von mehreren anderen interessanten Einzelheiten erscheinen Ref. folgende Punkte von Bedeutung: 1) die Erhaltung des aseptischen Zustandes in dem großen Bluterguss des Brustfellsackes durch den von einem Lazarettgehilfen angelegten Nothverband, 2) das späte Auftreten der Nachblutung, anscheinend gleichzeitig mit dem Auftreten der Pneumonie. Lühe (Königsberg i/Pr.).

39) Demosthen und Calinescu. Beitrag zur Behandlung der Pleuritis exsudativa.

Bukarest, 1897. 32 S. mit 22 Abbild. (Rumänisch.)

In einer Tabelle schildern die Autoren zunächst das Resultat der von ihnen in 63 Fällen von seröser und purulenter Pleuritis exsudativa angewendeten Behandlungsmethode. Die bakteriologische Untersuchung war in 29 dieser Fälle vorgenommen; in 20 derselben fanden sie nur eine Kokkenspecies (16mal Streptokokken, 4mal Staphylokokken), in 9 Fällen Mischformen. Nur in 7 Fällen ließen sich durch Inokulation auf Meerschweinchen Tuberkelbacillen im Exsudat nachweisen. Auf Grund der Beobachtung, dass alle diese Pleuritiden schließlich Phthise zur Folge hatten, bestätigten Verf. die Ansicht von Jacowski (Warschau), welcher alle Fälle von serösem oder purulentem pleuritischen Erguss als

tuberkulös ansieht, auch wenn man mikroskopisch keine Art von Mikroben nachweisen kann.

Bei den Formen exsudativer Pleuritis, die Staphylokokken enthalten, lässt sich der Tuberkelbacillus am häufigsten nachweisen. Die Form mit Streptokokken ist diejenige, bei der die Eiterbildung am reichlichsten auftritt und am schwersten zu beschränken ist. Dagegen zeigen die Formen mit Pneumokokken Tendenz zu rascher Heilung.

Eine praktisch wichtige und nicht leicht zu entscheidende Frage ist die, welche Behandlung der serösen Ergüsse die beste ist, wenn das Exsudat Neigung hat, sich nach jeder Entleerung immer wieder anzusammeln. Denn es ist bekannt, dass Exsudate, die Anfangs offenbar serös waren, nach mehrfachen Entleerungen eitrig werden. In solchen Fällen ist dann ein chirurgischer Eingriff durchaus indicirt. Die Verff. konnten an mehreren Kranken die Umwandlung des serösen Exsudats in ein eitriges konstatiren und die Ursache dafür nur in der Konstitution der Kranken finden.

Was die Behandlung anlangt, so verfahren die Verff. folgendermaßen: In Fällen von serösen Exsudaten entleeren sie dieselben durch Aspirationspunktion, so oft es nöthig ist. In den Fällen von eitrigem Exsudat entleeren sie dasselbe, wenn der Kranke zu schwach für eine Operation ist, zuerst durch Aspiration und später nehmen sie dann die Pleurotomie vor, indem sie ein Stück von 1, von 2 oder selbst von 3 Rippen (6—7 cm) reseciren. Wenn nun die Lunge noch genügend beweglich ist und noch genug Ausdehnungsfähigkeit besitzt, um sich der Thoraxwand anzulegen, beschränken sie die Operation auf die Resektion, Punction und Drainage. Wenn die Lunge dagegen theilweise ihre Elasticität schon verloren hat, was man durch die Exploration mit dem Finger feststellen kann, so entfernen die Verff. den ganzen Theil der Thoraxwand, von dem sie die Rippen resecirten, so wie auch die Pleura parietalis. In diesen Fällen zeigt die Pleura immer sehr vorgeschrittene Veränderungen und Verdickungen von 10—18 mm. Die Verff. empfehlen ausdrücklich dies Verfahren, die Thoraxhöhle durch ein breites Fenster zu eröffnen, das die vollkommene Ausspülung und die Entfernung von Membranen erlaubt. Allein in den Fällen endlich, in denen die Lunge vollkommen die Möglichkeit verloren hat, sich auszudehnen und der Thoraxwand anzulegen, d. h. wenn die Lunge durch eine feste, sich nicht lösende, neu gebildete Membran im costovertebralen Winkel fixirt ist, wie es die Verff. in nach Schnitten an gefrorenen Kadavern angefertigten Zeichnungen darstellen, also nur in diesen Fällen pflegen sie die Operation nach Estlander-Létiévant vorzunehmen, durch welche die Thoraxwand mit der Lunge in Kontakt gebracht werden soll.

Wenn es aber nicht gelingt, den Kontakt herzustellen, geht der Kranke schließlich an Kachexie in Folge der anhaltenden Eiterung zu Grunde. — Bei Vornahme dieser Operation wird immer die Pleura parietalis resecirt und die Höhle mit antiseptischen Flüssigkeiten ausgespült. Die Resultate dieses verschiedenen Verfahrens in 63 Fällen waren die folgenden: Von den serosanguinolenten Exsudaten kamen 11 zur vollständigen Heilung, 3 Pat. starben. Von den Kranken mit eitrigem Exsudat wurden 29 ganz geheilt, 10 sehr gebessert und 10 starben an Phthise.

Gerota (Berlin).

40) F. Kijewski. Über Pneumotomie bei Lungenabscessen.

(Gaz. lekarska 1897. No. 1—4.)

Verf. trägt zur Bereicherung der Kasuistik der wegen Lungenabscessen ausgeführten Pneumotomien durch Publikation folgender 4 Fälle bei, deren 3 von Kosiński, 1 von Bukowski operirt wurden.

1) Eine 32jährige kränkliche Dame war an einer rechtsseitigen Pleuropneumonie erkrankt, deren Verlauf kein typischer war. Es stellten sich hochgradige Athemnoth und Cyanose, so wie starke Adynamie ein. Der Process zog sich in die Länge, das Fieber nahm einen pyämischen Charakter an. An der Stelle der Dämpfung ausgeführte Probepunction ergab nach wiederholten Misserfolgen dicken Eiter. Resektion der 10. Rippe unterhalb des Schulterblattwinkels. Die Pleura

war daselbst stark infiltrirt und mit der Lunge verwachsen. Die Incision wurde bis in die Lunge geführt, in derselben aber kein einheitlicher größerer, sondern zahlreiche kleine Abscesse gefunden. Die ganze infiltrirte Lungenpartie wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und die Wunde mit Gaze tamponirt. Das Fieber hielt noch mit wechselnder Intensität eine Zeit lang an. Unter profuser Eiterung der mit Kochsalzlösung bei jedem Verbandwechsel irrigirten Wunde erfolgte volle Heilung.

2) Ein 66jähriger Mann war im Anschluss an Influenza an einer rechtsseitigen Bronchopneumonie mit schleichendem Verlauf und intermittirendem Fieber erkrankt. Die Probepunktion ergab Eiter. Resektion der 9. Rippe in der rückwärtigen Axillarlinie. Pleura stark verdickt und mit der Lunge verwachsen. Einschnitt bis in die Lunge, welche durch die zahlreichen erbsengroßen Abscesse ein anthraxähnliches Aussehen hatte. Exkochleation der ganzen infiltrirten Partie unter heftiger Blutung, Tamponade der ganzen Höhle mit Jodoformgaze. Das Fieber war nach der Operation zwar gewichen, aber sowohl reichliche Wundeiteerung, wie profuse Expektoration von eitrigem Sputum hielten weiter an. Die Kräfte des Pat. nahmen zusehends ab, und der 10 Monate nach der Operation aufgenommene Befund ergab hochgradige Schwäche, reichliche nächtliche Schweiß und das Bestehen einer Pleura-Lungenfistel.

3) Ein mit einer rechtsseitigen Lungenspitzeninfiltration behafteter 50jähriger Mann war an linksseitiger Pneumonie erkrankt. Die Krankheit zog sich in die Länge, und die vorgenommene Untersuchung ergab am Rücken zwischen Wirbelsäule, rückwärtiger Axillarlinie, Schulterblattgräte und Zwerchfell einen gedämpften Schall. Allgemeinzustand schlecht, hochgradige Athemnoth, Fieber bis 39°. Es wurde ein Lungenabscess diagnosticirt und zur Operation geschritten. Resektion der 9. Rippe in der rückwärtigen Axillarlinie. Nach Eröffnung der Pleura ergoss sich aus derselben etwa ein Glas serös-eitrigen Exsudats. Eine genauere Inspektion ergab, dass dasselbe aus einer abgesackten kleinen Höhle stammte. Da unterhalb derselben die Dämpfung anhielt, wurde die Pleura etwas weiter unten nochmals eingeschnitten, und nun gelangte man in einen faustgroßen Lungenabscess. Tamponade der Wunde. Der weitere Verlauf war kein günstiger. Die Temperatur bewegte sich zumeist über der Norm, der Schwächezustand hielt an, eben so der Husten und die Eiterung der Wunde, und Pat. verließ, der weiteren Behandlung überdrüssig, das Spital. Nach 4½ Monaten starb er zu Hause.

4) Bei einem 65jährigen rüstigen Manne wurde in Folge Bronchiektasie ein Abscess im oberen linken Lungenlappen vorn diagnosticirt. Resektion der 3. Rippe, Pleura verwachsen, Eröffnung eines größeren und mehrerer kleiner Herde, Exkochleation, Tamponade. Es blieb eine Fistel zurück. Tod nach 5 Monaten.

Trzebicki (Krakau).

41) Nordmann. Über die Galaktocele.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVII. p. 475.)

Verf. hatte Gelegenheit, zum 1. Mal die genaue anatomische Untersuchung eines Präparats von Galaktocele zu machen. Die Resultate fasst er folgendermaßen kurz zusammen: »Bei einer Erstgebärenden, die von jeher an einer Vergrößerung der rechten Mamma gelitten und nicht gestillt hatte, wuchs dieses Organ im Verlauf von 7 Wochen ohne irgend welche entzündliche Erscheinungen zu einem kindskopfgroßen Tumor heran, dessen zum Theil flüssiger Inhalt durch eine Punktion festgestellt wurde. Die Amputation der Mamma führte zu anstandsloser Heilung. Die Untersuchung des exstirpirten Organes lehrte, dass der Größenzunahme desselben die Bildung von Cysten und kompakten Geschwulstmassen zu Grunde lag. Der Cysteninhalte bestand zum weitaus größten Theil aus einer Flüssigkeit, die histologisch eine mit der Frauenmilch fast identische Beschaffenheit aufwies. Es handelt sich somit um einen während des Puerperiums entstandenen Fall von multiplen Milchcysten, von Galaktocele«. Die Geschwülste (Fibrome resp. Fibroadenome) hatten einen Theil der Milchgänge verlegt und so ein mechanisches Hindernis für den Abfluss des Sekrets abgegeben. Mehrere Tafeln erläutern das makro- und mikroskopische Verhalten der Geschwulst. Die ein-

schlägige Litteratur wird ausführlich berücksichtigt, so wie an der Hand derselben die Ätiologie, Pathogenese, Häufigkeit, Diagnose etc. eingehend besprochen.

Pels Leusden (Göttingen).

42) **Brazis.** Über den klinischen Verlauf und die Behandlung der angeborenen Lymphangiome der Brustwandung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

B. vermehrt die Kasuistik (23 Fälle) um 3 Beobachtungen aus Madelung's Klinik, in denen zum Theil nach erfolglosen anderen therapeutischen Versuchen (Punktion, Kompression, Elektrolyse), nach Exstirpation Heilung erzielt wurde. Im Falle 3 musste Behufs Entfernung der in die Supraclaviculargrube hinaufreichenden Geschwulst die temporäre Resektion des Schlüsselbeins vorausgeschickt werden.

Die Geschwülste wachsen in der Regel langsam; zu einer gewissen Zeit, meist aber schon in den ersten Lebensjahren, dehnen sie sich ohne bekannte Ursache mit größerer Wachstumsenergie in ihrer Umgebung aus; besonders die Lymphangiome der Achselhöhle können in extremen Fällen ziemlich rasch ins Mediastinum hineintrücken. Nicht selten treten Kommunikationen zwischen Hohlräumen der Geschwulst und Venen auf. Von den verschiedenen Behandlungsmethoden ist die Exstirpation die rationellste. Von 21 so behandelten Pat. sind 3 gestorben, 18 geheilt. Der Wundverlauf ist meistens durch etwas stärkere Sekretion ausgezeichnet, wesshalb B. bei größeren Operationswunden (Fall 3) Sekundärnaht empfiehlt.

Für die Diagnose ist die Probepunktion nur dann entscheidend, wenn sie ausgesprochen Lympe zu Tage fördert.

Hofmeister (Tübingen).

43) **U. Müllern-Aspegren.** Ett fall af septisk reftbenskontrit.

(Hygiea 1896. II. p. 235.)

Verf. erörtert, sich an die Mittheilung John Berg's über Rippenchondritis anschließend (cf. Referat im Centralblatt für Chirurgie 1896 No. 7), einen Fall, dessen Hauptinteresse darin liegt, dass *Bacterium coli commune* als Eitererreger nachgewiesen ist. Zwar hat man auf experimentellem Wege durch Impfungen mit *Bacterium coli commune* Eiterungen im Knorpel und Knochengewebe hervorgeufen, aber spontanes Auftreten in diesem Gewebe ist noch nicht nachgewiesen.

Verf. beschreibt zuerst die klinischen Erscheinungen und giebt dann eine ausführliche Auseinandersetzung der Züchtungsergebnisse auf den verschiedenen Nährsubstraten, der physiologischen Reaktionen und der morphologischen Erscheinungen. Aus den gemachten Untersuchungen geht deutlich hervor, dass die betreffende Bakterie der sog. Coligruppe angehört (Entfärbung nach Gram, Gelatine nicht verflüssigend), und dass sie als *Bacterium coli commune* zu betrachten ist, obschon Verf. mit derselben weder Milch coaguliren, noch Indol produciren konnte. Zuletzt bespricht Verf. die einzelnen Versuche, das Auftreten von Colibacillen in einem Rippenknorpelabscess zu erklären. **A. Hansson** (Warberg).

44) **Arnold.** Über einen knorpel- und knochenhaltigen Tumor der Brustdrüse.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVIII. p. 449.)

Frau, 67 Jahre. Große Geschwulst der linken Mamma, seit $\frac{3}{4}$ Jahr bestehend. Keine Drüsenmetastasen. Amputatio mammae. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Osteochondrosarkom handelte, also eine Geschwulstform, die auch an der Mamma verhältnismäßig selten zur Beobachtung gelangt. Bei der Frage, ob die Geschwulst durch eine mit Metaplasie verbundene Wucherung von Bindegewebszellen der Mamma oder aus fötal abgesprengten Theilen des Skelettsystems entstanden sei, entscheidet sich Verf. für die letztere Möglichkeit, und zwar sollen diese abgesprengten Theile von der Clavicula herkommen. Der Arbeit ist eine genaue Litteraturübersicht vorangeschickt.

Pels Leusden (Göttingen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36.

Sonnabend, den 11. September.

1897.

Inhalt: C. F. A. Koch, Eine modificirte Trendelenburg'sche Blasenspaltenoperation. (Original-Mittheilung.)

1) **Eulenburg,** Realencyklopädie. — 2) **Müller** und **Grube,** Thiosavonale. — 3) **Darier,** Pseudoxanthom. — 4) **Meneau,** Arsenausschläge. — 5) **Sabourand,** Calvities. — 6) **Küttner,** Lupus. — 7) **Leveau,** 8) **Wolff,** Asepsis der Katheter. — 9) **Lennander,** Harnröhrenzerreißung. — 10) **Bovée,** Harnleiteranastomose. — 11) **Harrison,** Blasenspalte. — 12) **Benzler,** Hodenentzündung. — 13) **Guizzetti,** Bacillus necrosans septicus. — 14) **Rixford,** Neuropathischer Hautbrand. — 15) **Spiegel,** Follikulitis. — 16) **Malherbe,** Hautsarkomatose. — 17) **Selberg,** Hautcancroid. — 18) **Lang,** Lupus. — 19) **Trzebicky,** Dermoidcysten. — 20) **Hanke,** Peritheliom des Lides. — 21) **Lusić-Matković,** Melanom des Lides. — 22) **Voswinkel,** Dilatationsverweilkatheter. — 23) **Bujwid,** Diphtheriebacillen im Harnsediment. — 24) und 25) **Pasteau,** 26) **Colin,** 27) **Aillina,** 28) **Turazza,** 29) **Ekehorn,** 30) **Rissler,** Prostatahypertrophie. — 31) **Pozzi,** Blasenspalte. — 32) **Hegele,** Blasenverletzung. — 33) **Pasteau** und **Debains,** Pericystitis. — 34) **Dasara,** Hoher Blasenschnitt. — 35) **Tuffier,** Blasenexstirpation. — 36) **Guyon,** Blasen- und Nierenblutung. — 37) **Bazy,** Ureteropyeloneostomie. — 38) **Kohlhardt,** Zottengeschwulst des Nierenbeckens und Harnleiters. — 39) **Lennander,** Nierensteine. — 40) **Albarrañ,** Nierentuberkulose. — 41) **Bräuninger,** Zur Nierenchirurgie. — 42) **Kaijser,** Nierengeschwülste. — 43) **Bazy,** 44) **Berger,** Blasencheidenfistel. — 45) **Péan,** Complicirter Dammriss. — 46) **Krause,** Gebärmuttervorfall. — 47) **Neugebauer,** Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter.

Eine modificirte Trendelenburg'sche Blasenspaltenoperation.

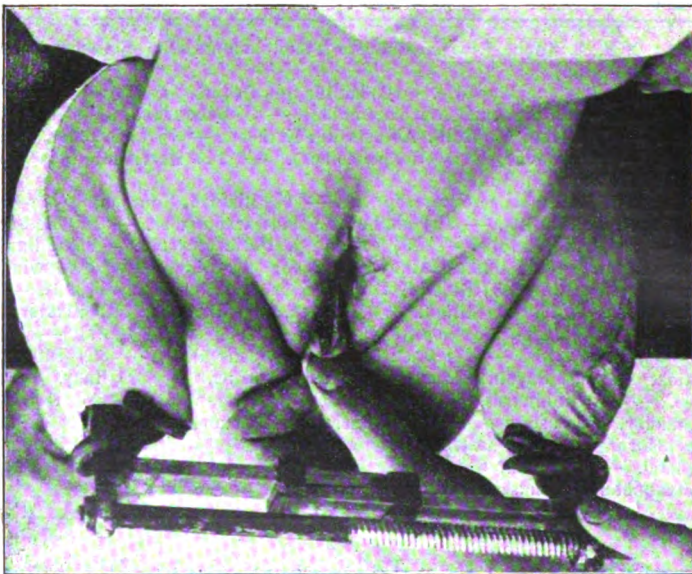
Von

Prof. C. F. A. Koch in Groningen.

Durch die Operation von Trendelenburg ist ohne Frage ein großer Fortschritt gemacht in der Behandlung der Blasen- und Harnröhrenspalte. Ist es doch durch diese Operation zum ersten Mal gelungen, eine normal funktionirende Blase zu bilden. Wenn dieser höchste Zweck unserer Behandlung der Ektopia vesicae nur im vereinzelten Falle erreicht worden ist, so ist doch dadurch bewiesen, dass Trendelenburg den richtigen Weg angegeben hat, nämlich beim Schließen der Blasenspalte in erster Stelle für ein Zusammen-

bringen der Schambeine zu sorgen. Eine kräftige Stütze für diese Meinung finden wir in König's Mittheilung auf dem 25. Deutschen Chirurgenkongress. Erzielte König doch nach Durchmeißelung des vorderen Beckenrings durch einfaches Zusammennähen der wund gemachten Harnröhren- und Blasenspaltenränder einen vollkommenen Schluss der Blase und Harnröhre und sah er die neu geformte Blase sofort normal funktionieren. Leider starben beide Operirten kurze Zeit nach der Operation, und wenn so berühmte Chirurgen wie König und Küster mittheilen, dass ihnen die Osteotomie des Beckenrings sehr schwer gefallen ist, so werden vorläufig wenige Chirurgen sich berechtigt fühlen, diese schwierige, nicht ungefährliche Operation nachzumachen.

Fig. 1.



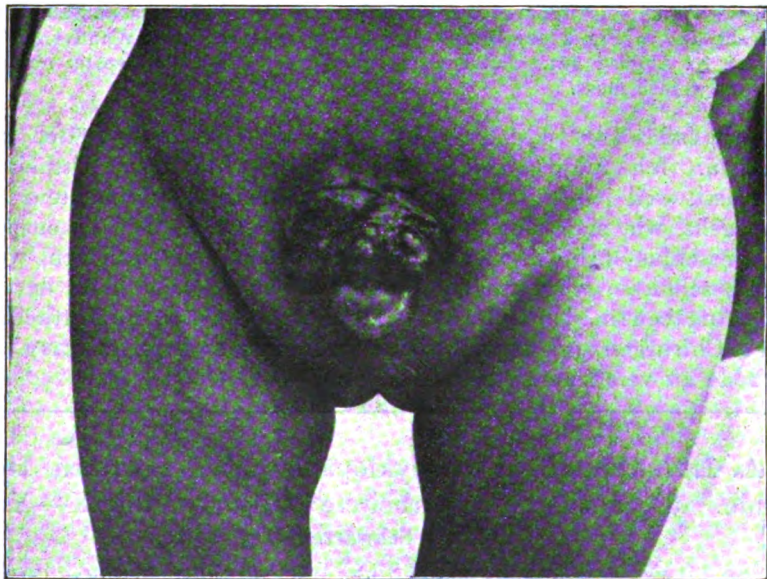
Obschon die Durchschneidung der Ileosacral-Gelenke nach Trendelenburg's Mittheilung ihm bei Kindern leicht gelungen ist und er damit keine so schlechten Resultate erhielt (von 6 Operirten starben 2), so scheint doch diese Operation noch wenig von Anderen ausgeführt worden zu sein. Noch in der jüngst erschienenen Abhandlung von Tietze aus der Klinik von Mikulicz wird die seitliche Lappenbildung bevorzugt und wird die Beckenspalte nicht berücksichtigt.

Ich scheute mich bis jetzt, die Mobilisirung des Beckens nach Trendelenburg zu machen, weil ich es für schwierig halte, die hinten angelegten Wunden vor Infektion zu schützen. Es wird kaum möglich sein, den Urin von diesen Wunden fern zu halten, und außerdem leiden bekanntlich die Pat. sehr oft an Incontinentia alvi.

Meine früheren Fälle von Ektopie habe ich nach Czerny operirt; ich erhielt dabei zwar eine vollständige Schließung von Blase und Harnröhre, aber ohne dabei eine Kontinenz der Blase zu erzielen.

Bei einem vor Kurzem unter meine Behandlung gekommenen Fall von vollständiger Epispadie und Ektopie habe ich nun den Versuch gemacht, das knöcherne Becken auf unblutige Weise zu schließen. Wie bekannt, hat Passavant dasselbe ohne Erfolg versucht. Da seine vorbereitende Behandlung zu lange dauerte, entzogen sich die Pat. seiner Behandlung oder sie starben vor erreichter Schließung der Schambeinspalte. Ich wollte die Schließung des Beckens schneller erreichen, und zwar durch *Brisement forcé* in Narkose. Dies gelang nun in meinem Falle, dessen abgekürzte Krankengeschichte ich jetzt folgen lasse, sehr gut.

Fig. 2.



Der Pat., ein 6jähriger Knabe, hatte, wie aus Fig. 1 zu ersehen ist, eine vollständige, bis zum Nabel reichende Blasenspalte. Die Blasenwand prolabirte wie eine apfelgroße Geschwulst, gegen welche der heraufgeschlagene, oben gespaltene Penis sich unten anlehnte. Die Entfernung der Schambeine betrug 7 cm. Das Scrotum war nur als eine quere Runzelung der Haut angedeutet.

Am 23. Juni d. J. wurde der Pat. chloroformirt und vermittels um das Becken gelegter Tücher einerseits am Operationstisch, andererseits an der Lorenz'schen Extensionsschraube fixirt. Während mit der Schraube ein kräftiger Zug und gleichzeitig mit den Händen ein Druck auf die Schambeine von vorn nach hinten ausgeübt wurde, kamen unter leichtem Krachen die Schambeine zusammen. Dabei schloss sich, nachdem die Blase in die Bauchhöhle zurückgebracht war, die Blasenspalte vollständig, und hielten die zusammengedrückten Spaltränder die reponirte Blase vollständig zurück. Das Scrotum war jetzt an Form normal geworden,

bildete also eine Tasche. Als Druck und Zug aufgegeben wurden, wichen die Spaltränder wieder aus einander. Die Ileosacral-Gelenke waren aber so beweglich geworden, dass einfache Innenrotation der Schenkel genügte, die Schambeine bis auf 2 cm zusammensubringen, während die Beckenspalte durch Händedruck gegen beide Cristae ganz geschlossen werden konnte.

Nach dem Brisement forcé wurde Pat. in die von Trendelenburg angegebene Schlinge gelegt und während 6 Wochen darin gehalten. Nachtheilige Folgen des Brisements wurden nicht wahrgenommen. Am 3. August wurde zur Schließung der Blasenspalte wieder narkotisirt. In dieser Narkose wurde Pat., und zwar in Trendelenburg'scher Lage, aufs Neue photographirt, während ein leichter Druck auf beide Beckenhälften vermittels zweier durch Schraube verbundener Pelotten ausgeübt wurde. Aus Fig. 2 ist zu ersehen, dass die Entfernung der Spaltränder eine unbedeutende geworden ist.

Die Operation war jetzt eine sehr leichte. Am Rande der Schleimhaut von Blase und Harnröhre wurde ein Schnitt geführt, die Haut von der Blasenspalte etwas zurückpräparirt und die Harnröhrenschleimhaut theilweise von der Unterlage abpräparirt. Mit Katgut wurde nun Harnröhre und Blasenspalte zusammen-genäht, und danach mit Silberdraht die Bauchspalte, mit Silkwormgut die Penis-spalte geschlossen. Dies Alles gelang ohne wesentliche Spannung. In der Mitte der Blase wurde eine Öffnung zum Abfließen des Urins gelassen und zur Stütze der Naht das in Fig. 2 abgebildete Instrument angelegt. Der Wundverlauf ist bis jetzt, 10. August, gut. Natürlich bildet sich eine Fistel, die später noch geschlossen werden muss.

Ich habe vor, das Endresultat meiner Operation später mit-zutheilen. Ich fühle mich aber zu dieser vorläufigen Mittheilung veranlasst, weil ich es für sehr wichtig halte, dass aus meinem Fall hervorgeht, wie man ohne gefährliche Voroperation die Beckenspalte zum Verschluss bringen kann. Es würde mich nicht wundern, wenn Andere schon so vorgegangen wären wie ich, aber ich fand darüber keine Angaben in der Litteratur. Hoffentlich wird diese Mittheilung andere Chirurgen veranlassen, meine modificirte Trendelenburg'sche Methode zu versuchen.

1) **A. Eulenburg.** Realencyklopädie der gesammten Heil-kunde. 3. gänzlich umgearbeitete Auflage. Bd. X—XIV.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1897.

So oft wir von dem gleichmäßigen und verhältnismäßig schnellen Fortschreiten des monumentalen Werkes auch in seiner 3. Auflage zu berichten haben, so oft können wir auch unsere Hochachtung für die Leistungen des Herausgebers und der meisten seiner Mitarbeiter aussprechen. Stets weiß Jener tüchtige Kräfte herbeizuziehen, sobald früher Mitwirkende durch den Tod hingerafft oder an der weiteren Mitarbeit gehindert werden, und mit wenig Ausnahmen finden wir die Alten wie die Neuen bemüht, die ihnen übertragenen Kapitel nach den Fortschritten der Wissenschaft in den letzten 10 Jahren modern zu gestalten oder ganz neue nach den Anforderungen unserer Tage zu verfassen (z. B. über Lumbalpunktion, Chirurgie der Leber). Allen ist dies ja nicht gleichmäßig gelungen, wenn etwa die An-sprüche an die Arbeitsfähigkeit bei der Übernahme der Bearbeitung

fremder Artikel zu massenhaft an sie herantraten; und wir müssen leider gerade bei einigen chirurgischen Texten bedauern, dass solche unverändert wiedergegeben sind, obwohl reiche Fortschritte speciell auf dem Gebiet der Therapie entsprechende Zusätze zu den Artikeln der 2. Auflage dringend erwünscht sein ließen. Im Großen und Ganzen aber giebt das Werk den zeitigen Stand der gesamten Heilkunde in bewundernswerther Vollständigkeit wieder. Neben neu eingefügten Holzschnitten im Text begegnen wir auch 2 farbigen Tafeln mit Nachbildungen mikroskopischer Befunde.

Bichter (Breslau).

2) G. J. Müller und Grube. Thiosavonale (wasserlösliche Schwefelseifen).

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIII. No. 7.)

Den Verff. ist es gelungen, dass von J. D. Riedel hergestellte Thioöl mit Kalilauge zu verseifen; sie haben eine weiche, eine flüssige Schwefelseife (und dieselben Präparate mit Oleum rusci) hergestellt und unter dem Namen Thiosavonale in den Handel gebracht. Dieselben riechen nicht nach H_2S , sind reizlos und haben in einer Anzahl von Krankheitsfällen, in denen Schwefelpreparate angezeigt sind, sich gut bewährt.

Jadassohn (Bern).

3) J. Darier. Pseudoxanthoma elasticum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896. No. 12.)

Das Material zu der vorliegenden Arbeit bietet eine Beobachtung, die im Zusammenhang mit 2 in der Litteratur vorhandenen, als Xanthome bezeichneten Fällen die Abgrenzung eines neuen und eigenartigen Krankheitsbildes gestattet. Dasselbe besteht in sehr xanthomähnlichen Flecken oder gelblichen Papeln, die aber im Gegensatz zu den Xanthomen fast ausschließlich an den Beugeseiten der Gelenke lokalisiert sind und sich durch einen Elasticitätsverlust der Haut auszeichnen; histologisch sind sie durch Zerreißen, Schwellung und krümeligen Zerfall der elastischen Fasern (Elastorrhesis) ausgezeichnet, Veränderungen, die beim Xanthom nicht vorhanden sind; dagegen fehlen die charakteristischen Xanthomzellen. Die Natur dieser Krankheit ist noch ganz unbekannt; sie ist beim Kind und beim Erwachsenen nach Infektionen oder Intoxikationen beobachtet worden und scheint zeitlich unbegrenzt zu sein. D. stellt sie neben die idiopathischen Atrophien der Haut.

Jadassohn (Bern).

4) Meneau. Les dermatoses arsenicales.

(Ann. de dermat. et de syph. Bd. VIII. Hft. 4.)

Es ist wohl kaum zweifelhaft, dass die Arsentherapie in der Dermatologie eine das Maß der Berechtigung weit überschreitende Ausdehnung gewonnen hat, und dass sich daraus bei der heroischen Natur dieser Medikation nicht unerhebliche Missstände herausgebildet haben. Ganz abgesehen von der allgemeinen Giftwirkung größerer

Dosen ist speciell vom dermatologischen Gesichtspunkt aus interessant, dass durch den Arsengebrauch eine ganze Reihe von Hautleiden künstlich erzeugt werden können. Verf. widmet seine sehr lesenswerthe klinische Studie dem Auftreten solcher Dermatosen bei der akuten, subakuten und chronischen Arsenintoxikation. Es würde zu weit führen, alle die erythematösen, pustulösen, vesikulösen und ulcerösen Processe, die Pigmentirungen und Hyperkeratosen, die petechialen und urticariellen Eruptionen hier ausführlich durchzusprechen. Wenig sichergestellt dürfte die Entstehung von Krebsgeschwüren auf der Basis chronischen Arsengebrauches sein. Interessant sind auch die Beobachtungen des Verf. über die Nebenerscheinungen des in Frankreich vielgebrauchten Wassers von Bourboule, welche bis zu einem gewissen Grad als Idiosynkrasie gedeutet werden müssen. Die Häufigkeit der Arsennebenwirkungen lässt eine sorgfältige Auswahl der Fälle wünschenswerth erscheinen. Vorzüglich eignen sich für Arsenbehandlung Störungen in der Ernährung des Reteepithels durch chronische Entzündungen und Dermatosen vasomotorischen Ursprungs; bei Krankheitsvorgängen in den tieferen Theilen der Cutis, so wie bei pruriginösen Affektionen dürfte die Arsenmedikation als unnütz, zuweilen geradezu als vermehrter Reiz empfunden werden. Den Hauptwerth der vorliegenden Arbeit erblicken wir in der sorgfältig zusammengestellten Litteratur und in dem Hinweis, dass diese Medikation oft zu Unrecht und in maßloser Weise geübt wird.

Kopp (München).

5) **Sabourand.** Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire.

(Ann. de dermat. et de syph. Bd. VIII. Hft. 3.)

S., dessen Arbeiten auf dem Gebiet der Dermatomykosen stets verdiente Beachtung gefunden haben und auch an dieser Stelle wiederholt eingehend referirt wurden, kommt in seinen Studien über die Ursachen der vulgären Alopecie zu Ergebnissen, welche als sehr auffällig bezeichnet werden müssen und entschieden einer Nachprüfung bedürfen. Eine solche wünscht auch S. selbst, während er theoretische Einwendungen gegen seine Befunde und deren Deutung a limine abweisen zu dürfen glaubt. Wir können Herrn S. ein Recht, sich jede auf theoretische Erwägungen stützende Kritik von vorn herein zu verbitten, um so weniger zugestehen, als er selbst sich hinsichtlich der Deutung seiner Befunde gar sehr auf hypothetisches Gebiet begiebt, und speciell seine bakteriologischen Experimente mit den von vulgärer Alopecie und Alopecia acuta stammenden Kulturen resp. den daraus gewonnenen Toxinen wohl sehr diskutirbar erscheinen, aber doch die wünschenswerthe Klarheit nicht bringen. Wir werden ihm aber vorläufig seinen Wunsch erfüllen und uns hier ausschließlich auf die kurze Wiedergabe seiner positiven Ergebnisse beschränken. Nach S. ist auch die vulgäre, mit Seborrhoe einhergehende resp. daraus entstandene Calvitie parasitäre

Ursprungs, und der pathogene Mikroccoccus, welcher durch Toxinwirkung in die Ferne die Haarpapille zerstört, ist derselbe, welchen er bereits früher für die Alopecia areata nachgewiesen zu haben glaubt. Die fettige Seborrhoe (»Seborrhée grasse«) ist es, welcher sowohl für die Alopecia areata als für die gemeinen Alopecieformen eine entscheidende Rolle zufällt, und diese Seborrhoe, wie auch die Seborrhoëa oleosa faciei sind in gleicher Weise verursacht durch die Ansiedlung eines sehr kleinen Mikrobacillus, welcher sich zwischen Haar und Follikelrand in den oberen Partien des Haarbalgs einnistet, dort gleichsam in Reinkultur in massenhafter Anhäufung (coconartig) vorhanden ist und eine Hypersekretion und Vergrößerung der Talgdrüsen um das vielfache zur Folge hat. **Kopp** (München).

6) **Küttner.** Über den Lupus der Finger und Zehen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Die vorliegende Arbeit giebt auf Grund von 11 in der Brunschen Klinik beobachteten Fällen ein anschauliches Bild der interessanten Veränderungen, welche der Lupus an Fingern und Zehen hervorruft. 4 Tafeln mit 10 Figuren illustriren die Befunde. Die Hauptresultate seiner Untersuchungen hat K. auf dem Chirurgenkongress von 1896 mitgetheilt, und sei hier bezüglich derselben auf des Verf. Selbstbericht (dieses Centralblatt 1896. Beilage p. 170) verwiesen.

Hofmeister (Tübingen).

7) **Lévau.** Zur Asepsis der Bougies und Katheter.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 10.)

Die betreffenden Instrumente (mit Lack überzogene Bougies und Katheter) werden nach jedesmaligem Gebrauch tüchtig mit Alkohol abgerieben. Sodann kommen sie sofort in eine mit Paraffinum liqu. gefüllte, verdeckte, in ihrer Größe und Form der Länge der Instrumente entsprechende Glasschale, in welcher sie dann gebrauchsfertig bis zur Benutzung ruhig liegen bleiben können. Die Flüssigkeit ist von Zeit zu Zeit zu erneuern. Die Instrumente werden in derselben nicht angegriffen.

Ein Vortheil ist noch, dass ein Eintauchen in Öl bei in Paraffin liegenden Bougies vor dem Gebrauch nicht mehr nöthig ist.

Das Paraffinum liquidum wirkt stark antiseptisch.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

8) **L. Wolff.** Versuche mit Glycerin zur Sterilisirung weicher und elastischer Katheter.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 6.)

Dem Verf. hat sich seit längerer Zeit die Sterilisation elastischer und weicher Katheter in einer 3%igen Formalin-Glycerinlösung bewährt. Vermöge der konservirenden Eigenschaften des Glycerins leiden die Katheter durchaus nicht; der unangenehme Geruch bei der Sterilisation mit Formalindämpfen wird vermieden, außerdem

sind eine exakte Bestimmung des Procentgehalts, die Möglichkeit, gelegentlich durch Erhitzen der Lösung eine raschere Sterilisirung zu erzielen, die leichte und rasche Herstellung der Mischung erhebliche Vortheile der Methode. Bakteriologische Kontrollversuche haben ergeben, dass die Sterilisirung in 24 Stunden sicher beendet ist. Die Aufbewahrung der Katheter geschieht in mit Glycerin gefüllten Glaszylindern. Sollen die Katheter direkt aus der Formalinlösung heraus gebraucht werden, so müssen sie vor dem Gebrauch in eine reizlose Flüssigkeit (Borsäure oder Glycerin) getaucht werden. Statt der gewöhnlich benutzten Glasröhren können für ambulante Zwecke zur Aufbewahrung mit Hartgummistöpsel abgeschlossene Gummischläuche verwendet werden.

F. Krumm (Karlsruhe).

9) **K. G. Lennander.** Über die Behandlung der Ruptur der hinteren Harnröhre mit 4 Fällen von Ruptur der Pars membranacea, darunter eine Fahrradverletzung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 3.)

L. beobachtete einen Fall von vollständiger Abreißung der Pars membranacea urethrae von der Pars prostatica nach Sturz mit einem Zweirad; er vereinigte die beiden Harnröhrenenden sofort durch Naht und erzielte vollkommene prima intentio ohne irgend welche zurückbleibende Beschwerden. Im Anschluss daran stellt er eine Reihe bisher bekannter Verletzungen des Dammes zusammen, welche durch Velocipedfahren entstanden sind. Im Wesentlichen handelt es sich um Wiedergabe eines Aufsatzes von De Pezzer. Dieser sah Verletzungen der großen Schamlippen bei Frauen, ferner heftigen Drang zur Urinentleerung, Ausfluss aus der Harnröhre ohne Gonokokken, Hämorrhoidalblutungen, temporäre Urinretention bei älteren Leuten und belästigende Erektionen. Ferner hörte er von Herren, die länger gefahren waren, Klagen über Gefühllosigkeit am Damm oder über Schmerzen in der Harnröhre. Auch Exacerbationen latenter Gonorrhoeen wurden beobachtet. Von Verletzungen stellt De Pezzer im Ganzen 8 zusammen, zum Theil extra-urethrale Hämatome, zum Theil vollkommene Zerreißen der Harnröhre, immer durch Fall entstanden. In fast allen Fällen wurde die sofortige oder spätere Urethrotomia externa nothwendig. Die Fälle wurden allesamt, theilweise durch Resektion und Naht der Harnröhre, geheilt.

Die 3 übrigen, aus anderen Ursachen entstandenen Harnröhrenzerreißen aus der Praxis des Verf. wurden nicht mit primärer Naht behandelt, sondern per granulationem zur Heilung gebracht über einem Verweilkatheter, einmal mit Bildung einer Harnröhrenwand aus dem Gewebe des Dammes, wobei allerdings später die Anlegung einer Blasenfistel nothwendig wurde. Im Folgenden werden dann die Vortheile gegen einander abgewogen, welche auf der einen Seite die Neubildung der Harnröhre vom Damm aus, auf der an-

deren die durch Transplantation von Haut und Schleimhaut aus der Scheide oder von den Lippen hergestellte bieten. L. würde sich am ehesten für eine Schleimhautplastik von den Lippen her entscheiden. Er bemängelt aber, dass die einschlägigen Resultate nach zu kurzer Zeit publicirt seien. In Fällen, wo keine dieser Methoden zum Ziel führte, bleibt nichts übrig als eine Epicystotomie oder Urethrotomia perinealis, d. i. Annäherung des centralen Harnröhrenstumpfes an die Haut, ein Verfahren, das allerdings das Befruchtungsvermögen total raubt. Zuletzt ist noch die Behandlung der frischen Harnröhrenverletzungen besprochen. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

10) W. Bovée. Uretero-urethral anastomosis.

(Annals of surgery 1897. Januar.)

Unter »uretero-urethral anastomosis« versteht Verf. die Wiedervereinigung der beiden Enden eines durchtrennten Harnleiters, wie sie am häufigsten durch die direkte Naht bewerkstelligt wird. Er selbst hat einen Fall (unbeabsichtigte Durchtrennung bei der Operation einer Pyosalpinx) mit Glück operirt und sammelt noch 11 Fälle aus der Litteratur, aus denen trotz ihrer Verschiedenartigkeit des Verlaufes doch hervorgeht, dass die Naht des Harnleiters nicht un-

Fig. 1.

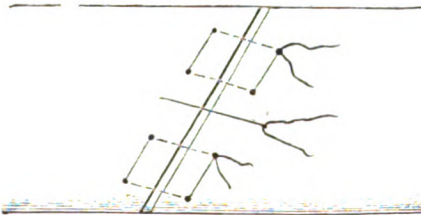
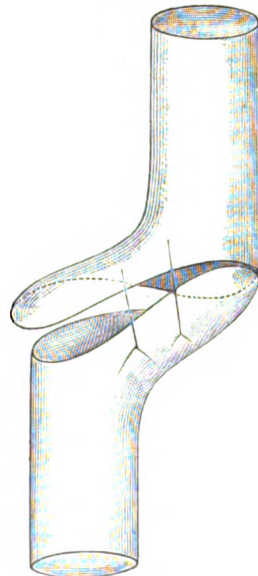


Fig. 2.



günstige Aussichten bietet, dass sie vielmehr im Stande ist, die Exstirpation der beteiligten Niere, wie sie sonst in derartigen Fällen vorgeschlagen wurde, entbehrlich zu machen. Die einzelnen Autoren haben verschieden operirt (einfache transversale Naht, Invagination des oberen in das gespaltene untere Stück, seitliche Einpflanzung des oberen in das untere Stück), ohne dass ein besonderer Vortheil der einen oder der anderen Methode mit Sicherheit erwiesen wurde. B. hält allerdings seine Methode für eine der besten; dieselbe besteht in schräger Anfrischung der Harnleiterenden und Vereinigung derselben durch Knopf- und rectanguläre Nähte (cf. Fig. 1). Zu letzteren wurde Darmseide benutzt. Es trat primäre Heilung ein. Die Durchsicht der Fälle aus der Litteratur ergab, dass eine Ver-

engerung des Harnleiters durch die Naht in der Regel nicht eintrat, wenigstens wurden klinische Symptome davon vermisst.

(Ref. hat in einem Falle den bei einer hohen Mastdarmexstirpation durchtrennten Harnleiter ebenfalls mit Erfolg vereinigt. Beide Enden wurden, das eine innen, das andere außen, ca. 1 cm weit eingeschnitten und nach Art nebenstehender Figur mit feinem Katgut vereinigt. Es trat anscheinend primäre Heilung ein, wenigstens wurde nie Urin in der tamponirten Wunde bemerkt. Dieselbe schloss sich ohne Fistel. Störungen von Seiten der Niere waren auch nach Monaten nicht eingetreten.)

Tietze (Breslau).

11) **R. Harrison.** Extroversion of the bladder treated by left nephrectomy and transplantation of the right ureter through the loin.

(New York med. record 1897. Mai 1.)

H. hat einen 15jährigen Knaben mit Ektopia vesicae (Epispadie und Beckenspalt) wegen des unerträglichen Zustandes seiner exkoriirten Haut und der großen Empfindlichkeit der exponirten Schleimhaut folgendermaßen behandelt:

Nach Feststellung, dass beide Nieren gut funktionirten, wurde die linke Niere durch Lendenschnitt entfernt. Um die vikariirende Leistung der anderen Niere genügend zu sichern, fand erst nach 11 Monaten die Transplantation des rechten Ureters in folgender Weise statt: In den Harnleiter wurde eine weiche Leitbougie eingeführt. Eine kleine Incision in der rechten Lendengegend (eben so wie für die lumbare Kolotomie) wurde angelegt. Der Harnleiter wurde unter sachkundiger Assistenz (H. Fenwick) leicht gefunden, freigelegt und an seiner Kreuzung mit der Iliaca comm. peripher unterbunden, durchschnitten und aus der Wunde herausgeleitet. Die Incisionswunde wurde zum Theil geschlossen. Man konnte sich überzeugen, dass der Urin gut entleert wurde. 24 Stunden lang häufiges Erbrechen, welches im Moment der Überpflanzung begonnen hatte und erst aufhörte, als die kleine Naht, die den Harnleiter in der Lendenwunde befestigte, entfernt wurde.

Mit Hilfe von Verbänden wird bei gutem Wundverlauf der Pat. ziemlich trocken gehalten. Die Blase wird später plastisch geschlossen werden (die Operation wurde vor 4 Monaten ausgeführt).

Verf. macht auf die ungleich bessere Lage aufmerksam, welche durch das Fehlen der reichlichen Blasenschleimabsonderungen nach der Operation eingetreten sei. Auch die Neigung zur Bildung von Phosphatsteinen, deren Kerne die Haare in den Pubes bildeten, fehlt jetzt. Bei Entfernung der ganzen Blase in Folge bösartiger Geschwülste z. B. ist vorliegendes Verfahren in Betracht zu ziehen.

Löwenhardt (Breslau).

12) **Benzler** (Lübeck). Über Unfruchtbarkeit nach doppelseitiger Hodenentzündung.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1897. Hft. 4.)

Verf. hat sich die Mühe gemacht, dem weiteren Schicksal von Leuten nachzugehen, welche an doppelseitiger Hodenentzündung gelitten haben, und hat gefunden, dass nur 38,7% der Verheiratheten einen Nachwuchs erzielt hatten. B. nimmt nun nach den Erhebungen von Kehrer und Vedeler an, dass wenigstens in zwei Fünftel der sterilen Ehen die Frau der schuldige Theil ist und rechnet aus, dass somit nur in 23% das Überstehen einer doppelseitigen Hodenentzündung den Mann steril mache. Bemerkenswerth ist noch, dass sich ein Unterschied in so fern herausgestellt hat, als die Mitbetheiligung der Samenstränge in höherem Grade die Funktion aufzuheben scheint. Wenigstens ist bei der Hälfte der steril Verheiratheten auch eine Betheiligung des Samenstranges aufgezeichnet, wogegen sie nur bei wenigen der nicht steril Gebliebenen und nur in geringem Grade bemerkt worden ist.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mittheilungen.

13) **P. Guizzetti**. Untersuchungen über die Morphologie und Biologie eines neuen pathogenen Bacillus (Bac. necrosans septicus).

(Policlinico 1896. November u. December.)

Nach einer Zusammenstellung der von anderen Beobachtern bei Otitis er hobenen bakteriologischen Befunde berichtet Verf. über einen Fall von Otitis media mit Septämie. Es handelte sich um einen Pat., der eine akute Ohrenentzündung bekam, mit Eiterausfluss, Frost und Fieber. Der Eiter zeigte, mikroskopisch untersucht, zahlreiche Bacillen, weniger Mikrokokken. Daneben bestand Milz- und Leberschwellung, Ikterus, Albuminurie, Delirien. Nach kurzer Zeit trat Tod ein. Die klinische Diagnose lautete auf: Otitis media dextra suppurativa; consecutive Sinusthrombose; Septicopyämie. Bei der Autopsie fand man diese Diagnose bestätigt: Eiteransammlung im mittleren und inneren Ohr; die benachbarten Sinus thrombosirt; mäßiger Bluterguss in der mittleren und hinteren Schädelgrube; gangränös-eitrige Herde in den Lungen (metastatisch); Milz- und Leberschwellung. Es wurden Kulturen angelegt vom Blut des thrombosirten Sinus, vom Gehirn, von der Leber, Milz und Cerebrospinalflüssigkeit. In allen Kulturen entwickelte sich derselbe (unten näher beschriebene) Bacillus, und zwar war derselbe allein in den aus Gehirn, Leber, Milz und Cerebrospinalflüssigkeit angelegten Kulturen, während er in den aus dem Sinus angelegten Kulturen vermischt war mit dem Staphylococcus pyogenes albus. — Außerdem wurden die Bakterien im Schnitt gefärbt; in der Milz und Leber fand sich der Bacillus allein; in den metastatischen Lungenherden so wie im thrombosirten Sinus fanden sich ebenfalls zahlreiche Bacillen, daneben spärliche Mikrokokken. Da sich in Milz und Leber nur der eine Bacillus fand, so hält es Verf. für sehr naheliegend, dass dieser die Allgemeininfektion (Fieber, Milz- und Leberschwellung) verursacht habe. Das morphologische Verhalten des Bacillus stellt sich folgendermaßen dar: es ist ein gerades Stäbchen von 2—3 μ Länge, mit abgerundeten Enden (in seiner Gestalt dem Typhusbacillus ähnlich). Der Bacillus ist unbeweglich, färbt sich gut mit Karbolfuchsin, entfärbt sich bei Anwendung der Gram'schen Methode. Keine Kapsel; keine Sporen oder Geißeln. Bisweilen bilden sich Fäden von 14—15 μ Länge. Beste Temperatur zur Entwicklung ist 34—40° C.; der Bacillus

geht zu Grunde bei 57—58° C. — Was die Charaktere der Reinkulturen anbetrifft, so wächst der Bacillus auf Gelatine sehr langsam (nicht vor 3—4 Tagen); die oberflächlichen Kolonien haben eine grauopalescierende, perlmutterähnliche Färbung, mit zackigem Rand; die Gelatine wird nicht verflüssigt. Auf Agar bilden sich Kolonien von grauer Farbe, mit etwas ausgebuchtetem Rand. In der Stichkultur entstehen Gasblasen. Auf Blutserum wächst ein feines graues Band. Auf Kartoffeln bildet sich ein glänzender Streifen von graubräunlicher Färbung; das Wachsthum ist hier ähnlich dem Bact. coli, aber etwas spärlicher. In Bouillon wächst der Bacillus ähnlich dem Diphtheriebacillus; feines weißliches Häutchen an der Oberfläche; die Flüssigkeit selbst bleibt ziemlich klar. Auch in Milch gedeiht der Bacillus gut, ohne sie zu coaguliren. Bei einfacher Zufügung von Schwefelsäure erhält man reichlich Indolreaktion. Der Bacillus producirt Schwefelwasserstoff und Kohlensäure; er gehört zu den fakultativen Anaeroben.

Bezüglich der pathogenen Eigenschaften des neuen Bacillus konnte Folgendes festgestellt werden: Kaninchen können durch intravenöse Einspritzung einer virulenten Bouillonreinkultur getödtet werden. Bei subkutaner Einspritzung bildet sich bei Kaninchen ein gangränöser Fleck; der Tod tritt nur ausnahmsweise ein. Injektion in die vordere Augenkammer hat Nekrose der Cornea, Panophthalmie und Atrophie des Bulbus zur Folge. Bei intraperitonealer Einspritzung entsteht eine fibrinös-plastische Peritonitis, die bei gesteigerter Virulenz zur Septhämie und zum Tod führt. Bei Injektion unter die Dura mater trat der Tod ein. — Für Meerschweinchen war der Bacillus weniger giftig. — Wurden filtrirte oder sterilisirte Kulturen zur Einspritzung verwandt, so trat (bei Kaninchen) Fieber und Abmagerung auf; bei subkutaner Einspritzung erhielt man niemals Gangrän, sondern nur Eiterung.

Mit Rücksicht auf die Eigenschaften des Bacillus, Gangrän und Septhämie zu erzeugen (beim Menschen eben so wie bei den Versuchsthiere), wurde derselbe als *Bacillus necrosans septicus* bezeichnet. Verf. stellt ihn in nahe Verwandtschaft zum *Bac. typhi* und *Bact. coli*, mit denen er manche Eigenschaften gemein hat.

H. Bartsch (Heidelberg).

14) E. Rixford (S. Francisco). Fall von neuropathischer Gangrän der Haut.

(Occidental med. times 1897. Mai.)

Ein 18jähriges kräftiges Mädchen erlitt eine Hautätzung durch Kalilauge an der Radialseite des rechten Handgelenks, welche schwer heilte. 6 Monate später entstanden brandige Flecken von 2—4,5 cm Durchmesser in der Haut der rechten Hand, Unter- und Oberarm- und Schultergegend, ein paar vereinzelter Flecken auch an Hals und Brust. Es bildet sich ein trockener, eingesunkener, scharfgeränderter Herd, der Brand beschränkt sich auf Haut und oberflächliche Fascie, nach ein paar Tagen fällt der Schorf ab, es bleibt ein gut granulirendes Geschwür mit scharfen, nicht unterminirten Rändern. Die Narben sind keloid. Es besteht eine ausgebreitete anästhetische Region, welche die volare Fläche des Unter- und Oberarmes, die Schultergegend, den Hals bis zum Ohr, die Brust bis zur Warze umfaßt. Syphilis, Diabetes, Lepra sind auszuschließen. Aber es bestehen hysterische Erscheinungen: Geschmacksausfall an der rechten Zungenseite, Taubheit und Geruchsdefekt rechts, Einschränkung des Gesichtsfeldes, 3 Finger in Flexionsstellung. Sollten hier nicht Artefakte vorliegen? Lühe (Königsberg i/Pr.).

15) A. Spiegel. Eine seltene, einer generalisirten Follikulitis ähnliche Hauterkrankung.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1896. No. 12.)

Bei einem auf Tuberkulose verdächtigen Mann mit Lymphdrüenschwellungen bestand seit vielen Jahren (vom 5. Lebensjahr) ein Exanthem, das sich vorzugsweise an den Extremitäten lokalisirte und aus schmerzlosen, unter der Haut liegenden Knötchen zusammengesetzt war, über denen sich in Monaten die Haut röthet; dann zeigt sich eine kleine weißliche Stelle, die eintrocknet; dann schreitet der

Process noch peripher weiter; eine bräunlichrothe Kruste fällt schichtweise ab, und es bleibt eine braune oder weiße regelmäßig runde Narbe zurück. Verf. schließt bei der Diagnose die verschiedenen Formen von Acne aus; am ähnlichsten ist die Krankheit einer von Böck als Lupus erythematosus disseminatus beschriebenen (aber wohl nicht als solcher zu bezeichnenden) Affektion; doch bestehen Unterschiede auch in dem histologischen eigenartigen, aber für die Erkenntnis des Processes nicht verwertbaren Bild, so dass der Verf. auf eine bestimmte Rubricirung des Falles mit Recht verzichtet. **Jadassohn** (Bern).

16) **H. Malherbe.** Sarcomatose cutanée. Lymphosarkome.

(Ann. de dermat. et de syph. Vol. VIII. No. 2.)

Mittheilung eines interessanten Falles vielfacher Geschwulstbildung bei einer 46jährigen Frau. Die histologische Untersuchung, deren Details im Original einzusehen sind, ergab einen Befund, der theils an Sarkom, theils an Lymphadenom erinnert, und glaubt Verf. die Neubildung als Lymphsarkom ansprechen zu dürfen; kleinere Geschwülste waren mit Hinterlassung von Pigment geschwunden, 3 größere wurden chirurgisch entfernt. Das Resultat der Behandlung war bis jetzt ein gutes. Klinisch und histologisch dürfte sonach der hier beschriebene Krankheitsvorgang als Hautsarkomatose im Sinne der Kaposi'schen Beschreibung aufzufassen sein, nicht aber als Mykosis fungoides, wenn auch gewisse Ähnlichkeiten des histologischen Befundes zugestanden werden müssen. **Kopp** (München).

17) **Selberg.** Ein Fall von Cancroid der Haut bei einem 6 Monate alten Kinde.

(Virchow's Archiv Bd. CXLV. p. 176.)

Bei einem 6 Monate alten Knaben fand sich auf der rechten Schulter eine gut walnussgroße, knollige, oberflächlich mehrfach ulcerirte Geschwulst, die sich mikroskopisch als zweifelloses Cancroid der Haut erwies. Trotzdem schon kleine accessorische Knoten in der Nachbarschaft bestanden, war das Kind noch 4 Monate nach der Exstirpation vollkommen gesund. **Pels Leusden** (Göttingen).

18) **E. Lang.** Ergebnisse der Lupusbehandlung.

(Wiener med. Wochenschrift 1897. No. 19.)

Seit 5 Jahren hat L. an 45 Pat. den Lupus operativ durch Excision mit meist nachfolgender Plastik (Transplantationen, Lappenplastik etc.) behandelt. Die Resultate sind derart, dass er als Dermatolog sich zu dem Ausspruch berechtigt glaubt: Es ist ein arger Kunstfehler, beim Lupus mit den alten Verfahrungsweisen lange therapeutische Versuche zu machen und die Aussicht für die so günstige operative Behandlung zu verschlechtern. 23 Fälle konnten länger als $\frac{1}{2}$ Jahr nachgesehen werden, von welchen 17 recidivfrei geblieben sind; davon waren z. B. 7 Frauen 8—36 Jahre vorher nach den früheren Methoden behandelt worden. **Herm. Frank** (Berlin).

19) **R. Trzebicky.** Zur Kasuistik seltener Lokalisationen von Dermoidcysten.

(Wiener med. Wochenschrift 1897. No. 10.)

In der Orbita ein Zwerchsackdermoid (Krönlein), von welchem die eine operirte Hälfte in der Orbita, der Fortsatz aber wahrscheinlich in der Schläfengrube verblieben ist, bei einem 4jährigen Mädchen. 2 Dermoiden am Halse, je eins innen und außen vom Sternocleidomastoideus, das letztere oberhalb der Clavicula. 2 Dermoiden am Penis am Präputialstumpf circumcidirter Knaben gelegen, möglicherweise also im Gefolge der rituellen Beschneidung entwickelt. **Herm. Frank** (Berlin).

20) **Hanke.** Beitrag zur Kenntniss der Hautgeschwülste. Peritheliom des Lides bei Xeroderma pigmentosum.

(Virchow's Archiv Bd. CXI. VIII. p. 428.)

Das Auftreten von Carcinomen und Epitheliomen der Haut bei Xeroderma pigmentosum ist eine allgemein bekannte Thatsache. In dem Falle des Verf.

handelt es sich jedoch, wie aus der genau mitgetheilten mikroskopischen Untersuchung unzweifelhaft hervorgeht, um ein reines Peritheliom, welches sich wahrscheinlich auf Grund der bei obiger Hautaffektion regelmäßig auftretenden Teleangiectasien entwickelt hatte. Die Geschwulst stammt vom Unterlid einer 22-jährigen Pat.

Pels Lensden (Göttingen).

21) **V. Lušić-Matković.** Melanoma geminum palpebrae superioris et fornix conjunctivae palp. infer. oculi dextri.

(Liečnički viestnik 1897. No. 6. [Kroatisch.])

Die Geschwulst gehört in die Zahl des höchst seltenen Melanoma geminum im Sinne Virchow's. Verf. konnte in der Litteratur nur 4 Fälle von de Vincentiis, 2 von Hirschberg und 6 gesammelt von Lagrange auffinden. Am Rande der Conjunctiva tarsi des unteren Lides in der Nasengegend ein undeutlich begrenzter, 2 mm breiter und 4 mm langer schwarzer Strich. Etwas lateral davon gegen den äußeren Mundwinkel ein kleiner, schwarzer, linsengroßer Fleck. Am oberen Lide fast die ganze Conjunctiva geschwärzt. In der Mitte derselben an der Conjunctiva tarsi eine schwarze, erbsengroße, rundliche Geschwulst, die $\frac{1}{2}$ cm elevirt ist, sich aber in die Conjunctiva vertieft und den Tarsus usurirt. Sie ist mit Conjunctiva bedeckt, unbeweglich, hart; die Conjunctiva stark injicirt, im temporalen Segment ein bohngroßer schwarzer Fleck. Sämmtliche Flecke wurden mit dem Messer entfernt, die Geschwulst weit im Gesunden extirpirt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte folgenden Befund: Der centrale Theil der Geschwulst stark pigmentirt, so dass nur Pigmentmassen mit Detritus zu erkennen sind. Zwischen den Pigmenthaufen sieht man einige Gefäße, deren Endothel gut erhalten ist. Peripheriewärts ist das Pigment seltener, von schwarzer bis gelbbrauner Farbe, die epithelialen Zellen verlängert mit unregelmäßigem Kern, im Kern und im Protoplasma kleine Pigmentkörner. In einigen Zellen ist erst der Kern pigmentirt, das Protoplasma ganz klar, andere Zellen sind wieder ganz voll Pigment, in der Form verändert, 2—3 zu einem Haufen vereinigt. Die Umgebung der Geschwulst pigmentirt. Nirgends Sarkomzellen zu finden, das Cylinderepithel an der Peripherie gut erhalten. Die Pat. wurde 2 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.

Čačković (Agram).

22) **Voswinkel.** Dilatationsverweilkatheter mit zurückziehbarer Leitsonde. (Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses Am Urban in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 14.)

Das von V. konstruirte Instrument besteht aus einem Katheter von beliebiger Krümmung, 2 Mandrins und einer elastischen Leitsonde. Der Katheter hat außer 2 seitlichen Fenstern eine Öffnung an der Spitze mit seitlich federnden Einschnitten. Hat die Leitsonde die Striktur durchdrungen, so schraubt man an das aus der Harnröhre herausragende Ende, das mit einem Gewinde versehen ist, das Mandrin, das sich in dem Katheter befindet, an, geht mit dem Katheter der Leitsonde nach und erweitert die Striktur. Eine Verletzung soll dabei vollständig ausgeschlossen sein. Ist der Katheter in die Blase gelangt, so wird das Mandrin mit der Leitsonde herausgezogen und, um den Rand der Öffnung an der Spitze des Katheters für etwa sich hineinlegende Blasenschleimhaut unschädlich zu machen, ein Mandrin mit abgerundetem Knopf durch den Katheter geschoben, welches die betreffende Öffnung genau verschließt, indem die federnden Enden sich fest an den Knopf anlegen.

Der Katheter kann dann ohne jede Gefahr liegen bleiben und, da an dem Abflussende ein Hahn angebracht ist, entweder der Urin von Zeit zu Zeit abgelassen oder vermittels eines Gummischlauches ein permanenter Abfluss eingerichtet werden.

Nach etwa 2mal 24 Stunden Liegezeit lässt sich der starre Katheter sehr leicht durch einen elastischen ersetzen, worauf dann später die Bougieurung in ihr Recht tritt. Die Dilatation wurde stets in Narkose vorgenommen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

23) **Bujwid.** Diphtheriebacillen in einem Harnsediment.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. XXI. Hft. 10.)

Aus der Harnprobe eines an Nierentuberkulose (T. B. nachgewiesen) leidenden Kindes konnte B. Diphtheriebacillen von sehr schwacher Thiervirulenz kultiviren. Wie dieselben in den Harn gelangten, ob durch Zufall von außen (trotz der sog. »reinen« Gläser) oder wirklich aus dem Organismus, lässt Verf. unauferklärt.

Hübener (Breslau).24) **O. Pasteau.** Trois cas de prostatisme vésical.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XV. p. 31.)

Verf. berichtet über 3 Kranke, die, obgleich sie die gleichen schweren Blasensymptome zeigten, wie sie der Prostatahypertrophie eigenthümlich sind, doch keine Spur von Prostatavergrößerung nachweisen ließen: Prostatisme vésical nach Guyon.

Der 1. Kranke war ein 73jähriger Mann, der den schweren Erscheinungen erlag. Abscess der Prostata hatte zur Einschmelzung der Drüse geführt. Ausgeprägte Arteriosklerose.

Die beiden anderen Kranken waren erst 43 resp. 45 Jahre alt. Ohne dass auch nur eine Spur von Vergrößerung der Prostata nachzuweisen war, zeigten sich von Seite der Blase die gleichen schweren Symptome, wie sie bei einer Prostatahypertrophie 3. Grades gewöhnlich sind: Retention, Cystitis, Residualharn etc. Beide Kranke boten die Zeichen ausgedehnter Arteriosklerose.

P. Wagner (Leipzig).25) **Pasteau.** Diminution de volume de la prostate par l'emploi de la sonde à demeure ou du cathétérisme régulier.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XV. p. 186.)

Verf. theilt aus der Guyon'schen Klinik 2 Beobachtungen von Prostatahypertrophie mit, wo durch Anwendung des Dauerkatheters, resp. durch regelmäßige Katheterisirung eine beträchtliche Abschwellung und Abplattung der Prostata eintrat.

P. Wagner (Leipzig).26) **G. Colin.** Remarques sur l'emploi du nitrate d'argent et de la sonde à demeure chez les prostatiques.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XV. p. 178.)

Auf Grund von 2 ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten rühmt Verf. bei Prostatikern die großen Vorzüge der Höllesteinauswaschungen (1:500—1000) der Blase nach beseitigter Retention. Diese Auswaschungen wirken direkt anregend auf die Kontraktionsfähigkeit der Blasenmuskulatur. Treten bei Prostatikern stärkere Hämaturien auf, so ist die Anwendung des Dauerkatheters indicirt.

P. Wagner (Leipzig).27) **Allina.** Beiträge zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Wiener med. Wochenschrift 1897. No. 9—12.)

Auf Veranlassung Dittel's wurde bei einer Anzahl Prostatiker die Unterbindung und Resektion der Vasa deferent. vorgenommen, und die bei 8 Pat. gewonnenen Erfahrungen haben den Verf. für die Operation offenbar sehr eingenommen; Ref. muss aber gestehen, dass er aus dem Studium der allerdings nur theilweise ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten nicht gerade denselben Eindruck mitgenommen hat — der oft so erstaunliche Optimismus derartiger Kranker scheint gerade bei diesen Operationen auf den Arzt besonders leicht überzugehen; und es empfiehlt sich nirgends so sehr, wie bei dieser Gelegenheit, nicht bloß die allgemeinen Schlussfolgerungen zu citiren, sondern auch die Krankengeschichten genau zu verfolgen: Hier findet sich ein Theil der Pat. nur sehr kurze Zeit beobachtet — 1 Pat. verschwindet 9 Tage nach der Operation, 2 Tage nach Eintritt der Besserung, 2 Pat. sind einige wenige Wochen in Be-

obachtung — dazu kommt ein vollkommener Misserfolg, eine Besserung erst deutlich zu konstatiren, als man nachträglich 3 Phosphatsteine entfernt hatte, ein psychotischer Zustand bei Cystitis diphtherica mit Tod an Pneumonie, und dann die wirklich unkontrollirbaren »subjektiven Besserungen« etc. etc. Auch ist die vom Verf. erwähnte »auffallendste Besserung« der chronischen Harnretention für den Ref. nicht allgemein genug ersichtlich. Indessen der Gesamteindruck auf den Verf. ist, wie gesagt, ein sehr günstiger. Wenn die Einwirkung auf den Zustand auch im Allgemeinen langsamer, wie nach der Kastration gemerkt wird, eintritt, so ist sie doch so befriedigend, dass der Autor die Wirkung hinter der nach dieser nicht zurückstellt. Die Verkleinerung der Prostata ist in den meisten Fällen unverkennbar; sie wird kleiner durch Verlust von Drüsengewebe und Zunahme von Bindegewebe; ist jenes bereits verödet und durch Bindegewebe ersetzt, bleibt die Verkleinerung aus. In einem Falle zeigt die spätere Sektion die Atrophie besonders auf der Seite, wo auch die Arterie mit unterbunden war. Eine Atrophie der Hoden trat nicht so augenfällig ein. Bezüglich der Blasenbeschwerden giebt der Autor, abgesehen von dem einen Misserfolg, nicht allein eine bedeutende Besserung der anscheinend mehr subjektiven Beschwerden an, sondern auch eine objektive Abnahme des Katarrhs. Allerdings können dabei auch in der ersten Zeit des noch mangelnden Erfolges Ausspülungen der Blase mitwirken. Harnleiter- und Nierenkomplikationen müssen natürlich den Erfolg beeinträchtigen.

Herm. Frank (Berlin).

28) **G. Turazza.** Sopra tre casi di vasectomia per ipertrofia prostatica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 40.)

T. machte in 3 Fällen von Ischurie durch Prostatahypertrophie die doppelseitige Resektion des Vas deferens mit promptem Erfolg. In jedem Falle trat nach einiger Zeit eine deutliche Verkleinerung der Prostata ein und völliges Verschwinden der Urinbeschwerden; am schnellsten wurde das Ziel in einem der Fälle erreicht, bei dem zugleich wegen Komplikation mit Hydrocele und Atrophie des Hodens der letztere mit fortgenommen wurde. Aus psychischen Gründen verwirft er übrigens die Kastration (außer bei specieller Indikation, wie in seinem Falle) und empfiehlt die Resektionsmethode nur wegen ihrer leichteren Ausführbarkeit in solchen Fällen, wo die besseren Methoden von Bottini oder der Kauterisation vom Mastdarm aus nach Negretti nicht in Anwendung gebracht werden können.

W. Schultz (Eutin).

29) **G. Ekehorn.** Bidrag till statistiken öfver kastration vid prostatahypertrofi.

(Hygiea 1896. No. 2.)

Verf. theilt 4 Fälle mit, in welchen doppelseitige Kastration wegen Prostatahypertrophie vorgenommen wurde. Der 1. Fall war ein 70jähriger Prostatiker, der seit $\frac{1}{2}$ Jahr an Cystitis gelitten hatte. 2 Monate hindurch versuchte man, die Blasenentzündung mit Katheterisiren und Ausspülungen verschiedener Art zu behandeln, mit vorübergehender Besserung; so bald man aber die Behandlung aussetzte, verschlimmerte sich der Allgemeinzustand bedeutend. Nach dem operativen Eingriff dagegen trat bald eine erhebliche und dauernde Besserung ein. Der Harn wurde klar und sauer, ohne dass Katheterisirungen oder Blasen Ausspülungen gemacht wurden. 2 Monate nach der Entlassung bestand der gute Erfolg fort.

Der 2. Fall, ein 68jähriger Cystitiker, der mehrere Jahre an Prostatismus gelitten hatte, wurde nach einer 2wöchentlichen Behandlung der Blasenentzündung operirt. Erst nach 16 Tagen fing Pat. an ein wenig Harn spontan zu lassen. Die entleerte Harnmenge vermehrte sich allmählich, und nach etwa 2 Monaten konnte Pat. den Katheter entbehren, obschon der klare und saure Residualharn 125 ccm betrug. Keine nachweisbare Verkleinerung der Prostata.

Der 3. Pat.; ein 62jähriger Prostatiker, litt verhältnismäßig wenig von seinen Harnbeschwerden, obschon bei der Katheterbehandlung 500 ccm Residualharn übrig blieben. 2 Tage nach der Operation trat spontane Harnentleerung ein, und die Blase hielt bei der Entlassung nicht mehr als 75 ccm Residuum. Prostata zeigte keine Verminderung.

Im 4. Falle — ein 73jähriger Cystitiker, der seit 25 Jahren an Prostatismus gelitten hatte — blieb die Operation ohne Erfolg. Die Prostata fühlte sich zwar nach 16 Tagen etwas weicher und verkleinert an, den Katheter kann Pat. aber nicht entbehren.

A. Hansson (Warberg).

30) J. Rissler. Några fall af prostatahypertrofi behandlade med kastration eller resektion af vas deferens.

(Hygiea 1896. No. 2.)

Verf. theilt 5 ausführlich beschriebene Fälle von Genitaloperationen wegen Prostatahypertrophie mit. Der 1. Fall betrifft einen 79jährigen Prostatiker, der seit 3 Jahren die charakteristischen Symptome, dann und wann mit Blutungen, und außerdem noch einen Oxalatstein hatte. Nach Epicystotomie folgte eine temporäre Besserung. Die Harnfistel konnte indessen nicht geschlossen werden, ohne dass die prostatistischen Symptome wiederzukommen drohten. Pat. willigte deshalb gern in die vorgeschlagene Ablatio testis ein. Bei dieser 2. Operation konnte man konstatiren, dass die beinahe 2 Monate dauernde Blasendrainage weder in der Größe noch in der Konsistenz der Prostata etwas geändert hatte. Mit der Blasendrainage wurde noch 1 Monat fortgeführt. 3 Wochen nach der Kastration fand man eine ausgesprochene Verminderung der Prostata, die also deutlich auf die Rechnung dieser Operation zu schreiben war. Im weiteren Verlauf konnte eine noch weitere Verminderung der Größe nebst ausgesprochener Erweichung dieses Organs nachgewiesen werden. Die prostatistischen Symptome besserten sich allmählich, so dass Pat. 2½ Monate nach der Operation von Harnbeschwerden völlig befreit war.

Der 2. Fall betraf einen 73jährigen, seit 6 Jahren an Harnbeschwerden leidenden Prostatiker. Schon am 2. Tage nach der Kastration trat spontane Harnentleerung ein, die allmählich so vollständig wurde, dass nur 100 ccm Residualharn in der Blase blieben. Eine complicirende Cystitis wurde nicht von dem Eingriff beeinflusst. 5 Monate nach der Operation hatte sich die Prostata noch weiter verkleinert, und die Blase entleerte sich nun vollständig.

Der 3. Pat. war 77 Jahre alt. Harnbeschwerden seit geraumer Zeit. Bei der Aufnahme konnte blutiger Harn nur mit Mühe auskatheterisirt werden. Die Kastration blieb zuerst ohne Erfolg, nur die Einführung des Katheters geschah leichter. Etwa 2 Monate nach der Entlassung starb Pat. an Marasmus, nachdem er ziemlich lange vor dem Tode spontan urinirt hatte.

Der 4. Fall, ein 60jähriger, bot außer Prostatismus Striktur der Harnröhre und Cystitis dar. Doppelseitige Resektion des Vas deferens ohne Erfolg. Nach 1 Monat Kastration, aber keine Besserung. 4 Monate nachher fühlte sich die Prostata kleiner und weicher an.

Fall 5 war ein 84jähriger Prostatiker. Mehrmalige Harnverhaltung, welche gewöhnlich nach einigen Katheterisirungen nachließ. Als dieses nach der jetzt vollständigen Retention des Vas deferens nicht geschah, wurde doppelseitige Resektion des Vas deferens gemacht. Schon am 2. Tage fing Pat. an Harn zu lassen und am 3. entleerte er seine Blase fast vollständig. Bei der Entlassung konnte keine Veränderung in der Größe oder Konsistenz der Prostata getastet werden. 5 Monate nach der Operation war der Befund unverändert.

In der Epikrise seiner Fälle hebt Verf. besonders hervor, wie viele Quellen zu fehlerhaften Schlussfolgerungen bei näherem Eingehen auf die Mortalitäts- und Psychosenfragen nach Kastration wegen Prostatahypertrophie noch bestehen.

A. Hansson (Warberg).

31) **Pozzi.** Note sur un cas d'exstrophie de la vessie et sur une modification de la methode autoplastique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XV. p. 18.)

11jähriges Mädchen mit Ectopia vesicae. Bildung eines hufeisenförmigen 3theiligen Lappens, dessen obere Schnittlinie 4 cm nach oben von der ausgestülpten Blase lag. Lospräparierung des Lappens, der dann umgestülpt wurde und so die Blase vorn bedeckte. Diese neu gebildete vordere Blasenwand wurde nun dadurch gestützt, dass durch seitliche Incisionen die Mm. recti einander genähert und im oberen Wundwinkel mit einander vernäht wurden. Im unteren Wundwinkel wurde die Blasenwand durch Sehnenlappchen gedeckt, die der hinteren Rectusscheide entnommen waren. Schließlich wurden die Hautwundränder in der Mittellinie vereinigt, nachdem die umgebende Haut unterminirt und 2 große seitliche Schnitte angelegt worden waren. Später, nachdem Alles verheilt war, wurde auch noch die letzte Öffnung, die die Harnleitermündungen frei ließ, gedeckt. Die neu gebildete Blase fasst 15—20 ccm, die Kranke kann den Urin schon 20 Minuten halten.

Die Originalarbeit enthält sehr instructive Abbildungen.

P. Wagner (Leipzig).

32) **Hegele.** Eigenartige Verletzung der Blase.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 5.)

Als Nachtrag zu der Heubodenverletzung Partsch's (vgl. d. Centralblatt 1897 No. 18) berichtet H. über die Entfernung eines reichlich fingerlangen, 4 mm dicken Eisennagels aus der Blase mit linkem Seitensteinschnitt nach 8 Tagen. Das Besondere ist an dem Falle, dass die angebliche Heubodenverletzung erlogen war, eine Folge von Masturbation vorlag.

Bähr (Hannover).

33) **Pasteau et Debains.** Péricystite suppurée guérie par le drainage périnéal; coloration anormale de l'urine.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XV. p. 282.)

Ein 48jähriger Ofensetzer zog sich vor 21 Jahren einen Tripper zu, der sich mit Cystitis complicirte. Letztere heilte nicht aus; es bildeten sich Blasenkonkremente, die mittels Lithotripsie entfernt wurden. Linksseitige Pericystitis. Perineale Incision und Blasendrainage. Vollkommene Heilung. Der Kranke hatte vor der Lithotripsie und auch später mehrmals Blaseneinträufelungen von 2/3iger Höllesteinlösung erhalten. In Folge dessen war der Urin häufig schwarz, resp. dunkelbraun gefärbt. Ab und zu trat diese Schwarzfärbung aber erst einige Tage lang nach der letzten Höllesteinausspülung der Blase ein. Es kann dies nur so erklärt werden, dass die Spülflüssigkeit in ein Blasendivertikel gerieth und selbst mehrere Tage zurückgehalten wurde.

P. Wagner (Leipzig).

34) **D. Dasara** (Cav). Der permanente Katheterismus der Ureteren nach hohem Blasenschnitt.

(Policlinico 1896. November 1.)

Um die Gefahr der Urininfiltration nach Sectio alta zu vermeiden, hat Verf. einen Katheter »a tripla corrente« konstruirt, der den Urin direkt aus den Harnleitern nach außen ableiten soll. Das neue Instrument besteht aus 2 Bestandtheilen, einem metallenen und einem aus Kautschuk. Der erstere stellt sich dar als der gerade Theil eines Metallkatheters, 3—5 cm länger als gewöhnlich, vom Kaliber 18—20 der französischen Skala. Der 2. (elastische) Theil besteht aus 3 kleinen Kathetern, welche einen kurzen gemeinsamen Stamm haben; der letztere kann in direkte Verbindung mit dem metallenen Theil gebracht werden. Von den 3 kleinen elastischen Kathetern sind 2 für die Harnleiter bestimmt (12—15 cm lang, vom Kaliber 10—12 Charrière), während der mittlere (7—10 cm lang; Kaliber gleich dem geraden Katheter) in dem Blasengrund liegen bleibt. Die Harnleiterkatheter münden in spitzem Winkel in das Sammelrohr.

Die Anwendung des Instrumentes ist nun so gedacht, dass zu Beginn der Operation an den metallenen Theil desselben ein derart gebogener Theil angeschraubt wird, dass dadurch ein normaler Katheter entsteht, der in gewöhnlicher Weise eingeführt wird. Nach Eröffnung der Blase wird alsdann der gekrümmte Theil abgenommen und durch die 3 Kautschukkatheter ersetzt, wovon die beiden seitlichen in die Harnleiter eingeführt werden. — Nachdem das Instrument seinen Dienst erfüllt hat (im Durchschnitt nach 24—48 Stunden), wird es im Ganzen durch die Harnröhre entfernt. Verf. glaubt, dass bei Anwendung seines Instrumentes die Gefahren des hohen Blasenschnittes vermindert werden, und dass alsdann die Heilung per primam die Regel bilden werde.

H. Bartsch (Heidelberg).

35) **Tuffier.** Exstirpation totale de la vessie pour tumeur diffuse de cette cavité.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XV. p. 130.)

Bei einem seit mehreren Jahren an den Erscheinungen schwerer Blasenkrankung leidenden 40jährigen Manne hatte die Cystotomia suprapubica ergeben, dass die ganze Blasenwandung von diffusen Geschwulstmassen infiltrirt war. Die Geschwulst hatte die Grenze der Blasenwandung nirgends überschritten; eine Drüseninfektion war nicht nachweisbar. Totale Exstirpation der Blase, I-förmiger Hautschnitt, stumpfe Ablösung der Blase ohne Bauchfellverletzung. In die Harnleiter werden Katheter geschoben und mittels Naht fixirt; sodann wird auf jeder Seite des Mastdarms ein Knopfloch gemacht und hierdurch der Harnleiter mit Katheter gezogen; beide Katheter werden dann zum After herausgeleitet. Jodoformgasetamponade; Naht der Wunde bis auf den unteren Wundwinkel. Nach einigen Tagen Urinabgang durch die Bauchwunde, Drainage. Heilung mit Urin-Bauchfistel.

Der Kranke hat sich außerordentlich erholt und kann seiner Beschäftigung wieder nachgehen. Er trägt in der Fistel eine Röhre, davor ein Kautschukreservoir.

P. Wagner (Leipzig).

36) **Guyon.** Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries renales.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XV. p. 113.)

Unter den Ursachen schwerer bedrohlicher Blasen- und Nierenblutungen nehmen Kongestivzustände den ersten Platz ein. Aber während in der Blase ein solcher Kongestivzustand nur bei schwereren anatomischen oder funktionellen Störungen — Neubildungen, Steinen, Entzündungen, Retentionen — entsteht, können bei den Nieren makroskopisch und auch mikroskopisch alle Veränderungen fehlen, die die Kongestion erklären könnten. Außerdem können natürlich auch die Nierenblutungen durch Entzündungen, Neubildungen, Konkreme u. A. m. hervorgerufen werden.

Verf. führt einige Fälle von profusen kongestiven Nierenblutungen an, in denen weder bei der Operation, noch bei der Sektion pathologische Veränderungen in den Nieren nachgewiesen werden konnten.

Besonders bemerkenswerth sind 3 Beobachtungen, in denen während der Schwangerschaft und Laktation auftretende schwere Kongestivzustände zu profusen Nierenblutungen führten. Die Fälle sind kurz folgende:

1) 35jährige gesunde Frau entleerte im 8. Monat ihrer Schwangerschaft 14 Tage lang »kaffeebraunen« Urin. Im 8. Monat der 3. Schwangerschaft 3 Wochen lang wiederum Hämaturie. Während der Schwangerschaft sonst niemals Zeichen von Nephritis. 3 Monate nach der letzten Entbindung plötzliche, schwere, anhaltende Hämaturie, die die Kranke außerordentlich entkräftet. Entleerung von Gerinnseln, heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend. Die Kranke hatte bis dahin ihr Kind gestillt; auf ärztliche Anordnung hörte sie damit auf, und von dem Augenblick an hörten auch die Blutungen auf. Rechte Niere etwas vergrößert, unregelmäßige Gestalt. Diagnose: Neubildung der rechten Niere. Lum-

bale Freilegung der Niere, Sektionsschnitt: Alles vollkommen normal. Naht, Heilung. Keine Blutung wieder eingetreten.

2) Hämaturie im Verlauf der 4. und 5. Schwangerschaft. Sonst vollkommen normale Verhältnisse.

3) Heftigste Hämaturie am Ende der Schwangerschaft; sofortiges Aufhören nach Beendigung der Geburt.
P. Wagner (Leipzig).

37) **Bazy.** Contribution à la chirurgie de l'urétère. De l'urétéro-pyélo-néostomie.

(Revue de chir. 1897. No. 5.)

B. hat, einer in dem Terrier-Baudouin'schen Werk über intermittierende Hydronephrose (cf. Referat d. Centralbl. 1892 p. 724) angeregten Idee folgend, in einem Falle von Hydronephrose, die durch abnorme Einmündung des Harnleiters im Nierenbecken entstanden, und in einem anderen von Anurie bei Hufeisenniere mit Verschluss der Harnleitermündung durch einen Stein und ein altes Coagulum den Harnleiter an einer neuen Stelle im Nierenbecken eingepflanzt — Urétéro-pyélo-néostomie — und bei dem ersteren Pat. vollständige Heilung erzielt, während der zweite Pat., wo in bereits inficirtem Terrain operirt werden musste, 2 Wochen p. op. zu Grunde ging. In einer Fußnote beklagt sich B., dass seitens derjenigen fremden Chirurgen, welche über ähnliche Operationen berichtet hatten, von dem Terrier-Baudouin'schen Vorschlag in ihren Arbeiten nichts erwähnt worden sei, aus denen er selbst im Übrigen die wenigen gleichartigen Operationsfälle (8) zusammenstellt. B. bespricht im Anschluss daran kurz die Technik der in Rede stehenden Operation, so wie die sonst noch bei Hydronephrose in Betracht kommenden Eingriffe.
Kramer (Glogau).

38) **Kohlhardt.** Über eine Zottengeschwulst des Nierenbeckens und des Ureters.

(Virchow's Archiv Bd. CXLVIII. p. 565.)

Frau, 69 Jahre. Seit 2 Jahren Blut im Urin, allmählich an Menge zunehmend, Pat. kam dabei sehr herunter. Fühlbare apfelgroße Geschwulst am unteren Pol der linken Niere. Nierenexstirpation mit Entfernung eines gut fingerlangen Endes des Harnleiters. Nierenparenchym atrophirt, Becken stark erweitert, enthält eine den Harnleiterabgang theilweise verlegende, aus langen, sehr dünnen Zötchen zusammengesetzte, außerordentlich gefäßreiche, weiche Geschwulst. Zerstreute, ähnlich beschaffene, kleine Geschwülste in der ganzen Schleimhaut vom Nierenbecken und oberen Harnleiterabschnitt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um einfache, gutartige Schleimhautwucherungen ohne Spur krebsiger Entartung handelte. Die Prognose ist somit günstig. Die Pat. wurde geheilt entlassen.
Pels Leusden (Göttingen).

39) **K. G. Lennander.** Om njursten, med tva lyckligt opererade fall.

(Upsala Läkarefören. Förhandl. N. F. Bd. II. p. 58.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über Symptome, Indikationen zur Operation und Nachbehandlung der Nierensteine theilt Verf. 2 Fälle mit, welche mehrere interessante und bisher noch nicht beobachtete Details darbieten.

Der 1. Fall betrifft ein 18jähriges Mädchen, welches an einer wahrscheinlich congenitalen Nephrolithiasis litt. Obschon der Vater der Pat. Arzt war, blieb die Krankheit lange unaufgeklärt, ja Pat. wurde sogar eine Zeit lang wegen Myitiden in der Lendengegend massirt. Eine nähere Analyse der Schmerzanfälle führte endlich einen der vielen konsultirten Kollegen zur obengenannten Diagnose, die vom Verf. bestätigt wurde. Bei der Operation wurde die Niere durch Lendenschnitt freigelegt und herausluxirt. Künstliche Blutleere durch vorsichtige Kompression der Hilusgefäße mit Zangenschenkeln von Gummiröhren überzogen; Sektionsschnitt bis zum Hilus. Durch Palpation hatte man vorher den Stein im Nierenbecken gefühlt; er saß so fest, dass er mit einem Elevatorium herausgebrochen werden musste. Nach Ausspülung der Kelche wurde die Niere durch

4 Nähte geschlossen und die Kompressionszange weggenommen. Fast keine Blutung. Reposition der Niere und Fixirung des größten Theils der Fettkapsel unterhalb des Organs, so dass der konvexe Rand und ein Theil der vorderen und hinteren Fläche dicht an der Muskulatur und dem Bauchfell anlagen. Heilung.

Die Harnmenge betrug schon am 3. Tage 800 ccm. Nur selten konnten geringe Mengen Blut während der 1. Woche nach der Operation nachgewiesen werden. Der Eiweißgehalt sank nach und nach. Die Rekonescenzzeit zog sich zwar in die Länge, aber 1 Jahr nach der Operation war Pat. völlig gesund.

Der 2. Fall betraf eine 54jährige Frau, die mit der Diagnose *Ren mobilis dexter*, *Pyelitis catarrhalis*, *Nephritis*, *Nephrolithiasis* operirt und geheilt wurde. Aus der Krankengeschichte verdienen folgende Momente besonders hervorgehoben zu werden. Die Schmerzanfälle und anamnestischen Erhebungen ließen zuerst die Diagnose zwischen Erkrankungen der Gallenwege und solchen der rechten Niere unaufgeklärt. Pat. wurde deshalb laparotomirt; an der *Porta hepatis* fühlte man alle Verhältnisse normal. Heilung der Laparotomiewunde ohne Komplikationen.

Bei der Nephrolithotomie mit Sektionsschnitt fand man das Nierenbecken vergrößert und von einem theils kittähnlichen, theils feinkörnigen Inhalt ausgefüllt; außerdem ein Stein von der Größe einer halben Kaffeebohne. Suture der Niere nach Guyon mit lang gelassenen Fäden, welche nachher durch die Muskulatur geführt und geknotet wurden. Drainage des Nierenbeckens und Salolgazestreifen in den Wundwinkeln. Heilung nach 5 Wochen.

Der erwähnte kittähnliche Inhalt des Nierenbeckens erwies sich bei chemischer und bakteriologischer Untersuchung aus fibrinhaltigen Eiweißkörpern, Uraten, Urobilinfarbstoff und Bakterienzogloen bestehend (*Bacterium coli commune*). Der Stein war ein oxalsaurer; nur in den peripheren Schichten lagen Urate.

Verf. glaubt, dass der Oxalatstein in der beweglichen Niere eine Blutung hervorgerufen hatte; ein größeres Coagulum hätte das Nierenbecken ausgefüllt. In dieser Masse wäre eine Infektion zu Stande gekommen. Die Bakterien hätten die rothen Blutkörperchen und einen großen Theil des Fibrins zerstört und den Blutfarbstoff in einen urobilinartigen Farbstoff umgewandelt. Verf. hat keinen ähnlichen Fall in der Litteratur gefunden.

A. Hansson (Warberg).

40) Albarran. Les infections secondaires dans la tuberculose urinaire.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. T. XV. p. 1.)

Ein 17jähriges Mädchen, das seit 10 Jahren an einer Otitis mit Trommelfell-perforation litt, erkrankte vor 2 Jahren mit häufigem schmerzhaftem Uriniren. Urin trüb, aber nicht bluthaltig. Nach 1 Jahr verloren sich in Folge von Blasen-auswaschungen die Schmerzen; das häufige Uriniren blieb. Die Untersuchung ergab keine Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit der Nieren. Der Urin enthielt reichlich Eiter; bakteriologisch fanden sich Tuberkelbacillen, Colibacillen und Mikrokokken. Links Spitzeninfiltration; mäßiger Allgemeinzustand.

Nach mehreren Monaten öftere wiederholte Schmerzanfälle in der rechten Niere verbunden mit Anschwellung und Temperatursteigerung. Vorsichtige Massage brachte Besserung. Diese »crises de rétention« traten dann auch auf der linken Seite auf und indicirten schließlich zunächst auf dieser Seite die Nephrotomie. Niere um das Doppelte vergrößert, Becken nicht erweitert; in der Nierensubstanz eine Kaverne, die ausgekratzt wurde. Vorübergehende Besserung. 4½ Monate später Tod. Sektion: Vorgeschrittene Lungen- und Blasen-tuberkulose. Linke operirte Niere sklerosirt, keine nachweisbaren Zeichen von tuberkulöser Erkrankung, Kaverne ausgeheilt. Rechte nichtoperirte Niere war bedeutend stärker erkrankt: außer einer einfachen Pyelonephritis mit leichter Erweiterung des Beckens fanden sich mehrere typische tuberkulöse Kavernen.

Sowohl im Verlauf der primären Nieren-, wie auch der primären Blasen-tuberkulose kommt es zu Erscheinungen der sekundären Niereninfektion, die hauptsächlich von den Colibacillen verursacht werden,

die sich häufig zusammen mit Staphylokokken finden. Auch wenn nur die Blase tuberkulös erkrankt ist, kommen leicht Niereninfektionen durch den Colibacillus zu Stande, der durch die entzündlich infiltrirten Harnleitermündungen in Harnleiter und Nieren eindringt. Durch diese sekundären, stets pyogenen Infektionen wird das raschere Fortschreiten des tuberkulösen Processes außerordentlich begünstigt.

Diese sekundären Niereninfektionen sind bei der Urogenitaltuberkulose sehr häufig; sie betreffen nicht nur die erkrankte Niere, sondern führen auch bei der noch nicht tuberkulös infectirten Niere oft zu Pyelonephritis und Pyonephrose, und begünstigen dadurch die sekundäre Infektion mit Tuberkelbacillen.

Die Nephrotomie erzielt bei Nierentuberkulose keine günstigen Resultate. Von 9 Nephrotomirten verlor A. einen Kranken 3 Tage nach der Operation; die anderen starben nach vorübergehender Besserung innerhalb 4 Monaten bis zu 1 Jahr. Auch die sekundäre Nephrektomie kann in solchen Fällen den unglücklichen Ausgang nicht aufhalten. Sehr gut dagegen sind bei sicher nachgewiesener einseitiger Nierentuberkulose die Ergebnisse der primären Nephrektomie: von 6 Kranken verlor Verf. nur einen 10 Tage nach der Operation an Meningitis. Ehe man die Niere exstirpirt, muss man sie nach Freilegung und Incision genau untersuchen, ob die anatomischen Veränderungen auch die Total-exstirpation indiciren, oder ob man nicht mit einer Resektion der erkrankten Partie auskommt. Bei der einfachen Pyonephrose eines Tuberkulösen ist die Nephrotomie die Operation der Wahl.

P. Wagner (Leipzig).

41) Bräuninger. Beiträge zur Nierenchirurgie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 2.)

In Socin's Klinik wurden seit 1886 31 Nierenoperationen an 23 Pat. ausgeführt. Nach den Erkrankungen vertheilen sich die Fälle folgendermaßen: Hydronephrosen 5, Pyonephrosen 4, Tuberkulose 5, Geschwulst 5, Harnleiterfistel nach Myomoperation 1, Wandernieren 3. Ausgeführt wurden 17 Nephrektomien, 10 Nephrotomien, 1 Punktion, 3 Nephrorrhaphien. Die operative Mortalität der Nephrektomie betrug bei Pyonephrosen 25, bei Tuberkulose 25, bei bösartigen Geschwülsten 60%. Die lumbale Methode ergab viel bessere Resultate als die transperitoneale; von den Fällen, wo die Exstirpation sicher ohne Eröffnung des Bauchfells gelang, hat keiner tödlich geendet, von den 9 mit Eröffnung des Bauchfells verlaufenen Fällen 4 (1mal Peritonitis, 2mal Anämie, 1mal Nephritis der anderen Seite). In den späteren Fällen wurden die Billroth'schen Zangen am Stiel liegen gelassen. In 8 Fällen wurde die Nephrektomie sekundär ausgeführt nach vorgängiger Nephrotomie. B. hält ein solches Vorgehen für empfehlenswerth unter der Voraussetzung, dass die Exstirpation so bald als möglich nachfolgt, weil die technischen Schwierigkeiten mit der Länge der zwischen beiden Operationen liegenden Zeit wachsen. Von den verschiedenen Schnittführungen hält B. den schrägen Lendenschnitt von der 12. Rippe abwärts für den besten. Antiseptica wurden bei der Operation vollständig vermieden, nachdem 2mal im Anschluss an Jodoformgazetamponade starke Jodreaktion im Urin aufgetreten. Die mitgetheilten Krankengeschichten und deren Besprechung bieten viele interessante Einzelheiten, welche sich zum Referat nicht eignen; hervorgehoben sei 1 Todesfall durch Blutung aus der angerissenen Vena cava, 1 traumatische Hydronephrose von 4 Liter Inhalt, welche nach einmaliger Punktion zur Heilung gelangte, und 1 Kranker mit Struma suprarenalis aberrata (Cancroid), welcher 5 Jahre nach der Operation noch recidivfrei lebt.

Hofmeister (Tübingen).

42) F. Kaijser. Kasuistik öfver å Kongl. Serafimerlasarettet vårdade fall af malign njurtumör jämte några ord om dessa tumörers diagnostik.

(Hygiea Bd. LVIII. Hft. 2.)

Die Arbeit enthält eine kasuistische Mittheilung über 11 Fälle von bösartigen Nierengeschwülsten, die auf der Klinik John Berg's behandelt worden sind.

Ein näheres Eingehen auf die einzelnen Fälle verbietet der enge Rahmen eines Referats, wenn sie auch manche interessante Einzelheiten darbieten. — In der Einleitung zur Arbeit giebt Verf. eine ausführliche Rekapitulation über die Diagnostik der Nierengeschwülste. Den altbekannten Symptomen Lumbalschmerzen, Harnveränderungen und Nierenanschwellungen fügt Verf. eins hinzu, das bisher nicht besonders beachtet worden ist: anhaltendes Schlucken, das in einem der mitgetheilten Fälle besonders lästig hervortrat. — Das therapeutische Resultat zeigt eine Mortalität von 25%, was im Vergleich mit der gewöhnlichen Procentzahl anderer Operateure als besonders günstig angesehen werden muss.

A. Hansson (Warberg).

43) P. Bazy. De l'uréthro-cystoplastie.

(Ann. de gynécol. 1897. März.)

B. hat in einem Falle von großer Blasen-Scheidenfistel mit Zerstörung fast der ganzen Harnröhre und narbiger Verwachsung der Scheide mit den Schambeinästen folgendes Verfahren mit Erfolg ausgeführt. Zuerst löste er die narbigen Verwachsungen von den Schambeinästen, mobilisirte den Rest von Blasen-Scheidenwand, der noch vorhanden war und verschloss, allerdings mit großer Mühe, den Blasendefekt. Die Hälfte dieser neuen Blasenwand hielt, und es gelang, nach mehrmaliger Wiederholung der Operation, eine Blasenhöhle wieder herzustellen. Die nun noch fehlende Harnröhre bildete B. aus Lappen, die er den beiden Schambeinästen und der Vulva entnahm. Auch diese Plastik gelang schließlich, und Pat. konnte jetzt mit einem Tampon den Urin 3 Stunden lang zurückhalten. Der Tampon wurde später durch eine passende Bandage mit einer Pelotte für die neue Harnröhrenmündung ersetzt; der Apparat funktionirte gut, und Pat. blieb 3 Stunden lang vollständig trocken. Dann musste sie allerdings ihre Blase entleeren.

B. rath selbst in verzweifelten Fällen von der Kolpokleisis ab, die den Frauen die größten Unbequemlichkeiten oder selbst Gefahren der Infektion bereitet. Geht die Plastik auf keine Weise, so ist es besser, den Zustand zu belassen.

Jaffé (Hamburg).

44) P. Berger. Fistule vesico-vaginale compliquée d'oblitération cicatricielle de l'orifice vésical de l'urèthre.

(Ann. de gynécol. 1897. März.)

34jährige Frau mit großer Blasenscheidenfistel und völligem Verschluss der vesikalen Harnröhrenöffnung, wahrscheinlich in Folge Zerstörung des Blasenhalases. Die Frau wurde 3mal operirt: zuerst machte B. eine Art Harnröhren-Blasenplastik, um die Kommunikation zwischen Blase und Harnröhre wieder herzustellen; dann wurde, nach 3monatlicher Anwendung der Bozemann'schen Scheidendilatoren, die Fistel geschlossen und, da nur partielle Heilung erfolgte, 6 Monate später nochmals die Fistel umschnitten und vernäht. Diesmal erfolgte allmählich völlige Kontinenz. Ein Granulationspfropf an der Nahtstelle in der Blasenschleimhaut machte vorübergehend Blutharnen und Cystitis, die aber nach Anwendung von Blasenausspülungen wieder verschwanden.

B. betont die Seltenheit des Harnröhrenverschlusses bei Blasenscheidenfisteln, die er nur im vorliegenden Falle beobachtet, und empfiehlt dringend die Bozemann'sche Dilatationsmethode als Vorkur, Ansichten, die man bei uns nicht theilen dürfte. Atresie der Harnröhre ist bei Harnfisteln ein häufiges Vorkommnis, und das Bozemann'sche Verfahren wird kaum noch geübt.

Jaffé (Hamburg).

45) Péan. Restauration anaplastique de l'urèthre, du vagin, de la vessie et du rectum.

(Ann. de gynécol. 1897. März.)

29jährige Ipara mit komplettem Dammriss. Außerdem bestanden große Blasen- und Mastdarm-Scheidenfisteln; die hintere Blasenwand, der Blasenhalas und die

Harnröhre waren völlig zerstört. Es gelang P., in 2 Sitzungen diese großen Defekte zu schließen. In der ersten schloss er die Blase durch einen großen Lappen, den er von der linken Seite der Vulva nahm. Dieser Lappen bedeckte den Hals des Uterus, den Blasendefekt und das Narbengewebe an der Stelle der früheren Harnröhre; der Urin musste nun vorn an der engsten Stelle der neuen Blase nach außen fließen. Zur Deckung des Mastdarmdefekts löste P. zunächst die Mastdarmschleimhaut hoch oben hinter dem Uterus, zog sie 3 cm nach unten und verschloss damit die Lücke; zur Deckung und zur Wiederherstellung des Dammes benutzte er dann einen großen Lappen, den er von der rechten Seite der Vulva und dem Oberschenkel nahm. Nun war Alles bis auf die untere Hälfte der rectovaginalen Scheidewand geschlossen. Zuerst heilte Alles nach Wunsch. Nach einigen Wochen entstand jedoch an der Verbindungsstelle der beiden Lappen eine Fistel, aus der Urin abfloss.

In der 2. Sitzung beendete P. zunächst die Mastdarmplastik, indem er abermals die Mastdarmschleimhaut ablöste und so weit nach unten zog, dass er jetzt einen neuen After bilden konnte, wozu er noch 2 seitliche Lappen benutzte. Die Urinfistel wurde durch eine doppelte Lappenplastik geschlossen. Dieses Mal gelang die Operation vollkommen. Vom 1. Tage an wurde der Urin durch die neue Harnröhre und der Koth durch den neuen After entleert. Für den Koth bestand von Anfang an Kontinenz, während der Urin erst allmählich willkürlich entleert werden konnte. Schließlich trat auch für den Urin völlige Kontinenz ein. Das Menstrualblut wurde durch die neue Harnröhre entleert, was bis jetzt der Pat. keine Beschwerden machte.

Betreffs der Einzelheiten der höchst sinnreich erdachten Operationen sei auf das Original verwiesen. **Jaffé** (Hamburg).

46) **L. Krause.** Kompletter angeborener Vorfall der Gebärmutter kombinirt mit Spina bifida.

(Medycyna No. 3 u. 4.)

Das Kind stammte von ganz gesunden Eltern, in deren Familie Bildungsfehler nie vorkamen. Gleich nach der Geburt wurde ein kompletter Uterusvorfall, so wie eine Spina bifida lumbalis mit einer citronengroßen Meningocele konstatiert. Die letztere wurde am 8. Tage nach der Geburt extirpiert, der Stiel, welcher zahlreiche Nervenfasern enthielt, unterbunden und die Muskeln über dem Wirbelsäulenspalt vernäht. Tod nach weiteren 8 Tagen an Kräfteverfall.

Trzebielcy (Krakau).

47) **F. Neugebauer** (Warschau). Einige Fälle von Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 19.)

Die von N. berichteten Fälle betreffen die in der neueren Litteratur von Bradley, Milner, Hays, Kehr, Pozzi, Prichard und Hohl veröffentlichten und einen von N. kürzlich bei Wrześniowski beobachteten, über welchen er genauere Daten mittheilt. Denselben ist zu entnehmen, dass bei der im 8. Monat schwangeren Frau die Schrotkörner unterhalb des Tubenansatzes an der rechten Uterusseite eingedrungen und dem Kinde ausgedehnte Verletzungen der Bauchhöhle und des Herzens beigebracht hatten. Obwohl bei der Aufnahme der Frau bereits septische Infektion der Uterushöhle bestand, gelang es W. doch noch, nachdem er bei der Sectio caesarea zunächst den Uterus zu erhalten versucht hatte, die Pat. dadurch zu retten, dass er am 11. Tage den Uterus amputirte; die bestehende Peritonitis und Pneumonie gingen danach langsam zurück. Vollständige Heilung.

Kramer (Glogau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

VON

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin.

in Berlin.

in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37.

Sonnabend, den 18. September.

1897.

- Inhalt:** I. A. Obaliński, Ein rationelles Verfahren bei lumbaler Nephropexie. — II. Roessing, Zur Nephropexie. (Original-Mittheilungen.)
- 1) Hoffa, Knochenbrüche und Verrenkungen. — 2) Dumstrey, 3) Gocht, Skiaskopie. — 4) Bähr, Das Transformationsgesetz. — 5) Michallow, Unterbindung der A. subclavia. — 6) Bähr, 7) Wolff, Statische Beziehungen zwischen Becken und unterer Extremität. — 8) Coronat, Exartikulation des Oberschenkels. — 9) Arulliani, Ischias. — 10) König, Verletzungen des Kniestreckapparates. — 11) Düms, Kniegelenksergüsse. — 12) Weir, Hallux valgus. — 13) Braatz, Fußbekleidung. — 14) Breult, Phagedänisches Tropengeschwür.
- 15) Rumpel, 16) Jaffé, Speiseröhrenerweiterung. — 17) Stialin, Nabelfistel. — 18) Kummer, Darmenge. — 19) Poppert, Darminvagination. — 20) Babes und Nanu, Darmsarkom. — 21) Thilo, Krücken. — 22) Vulpius, Verwendung der Cellulose in der Orthopädie. — 23) Ollier, Knochenregeneration. — 24) Chipault, Erkrankungen der Schleimbeutel und Sehnscheiden. — 25) Pupovac, Kavernöse Muskelgeschwülste. — 26) Institutsbericht. — 27) Wunder, Gangrän der Thoraxweichtheile. — 28) Morestin, Tuberkulose des Brustmuskels. — 29) Lecoeur, Echinococcus des Brustmuskels. — 30) Francke, 31) Heddaeus, Entfernung des Schultergürtels. — 32) Berger, Schulterverrenkung. — 33) Sick und Säger, Anastomosirung zwischen N. rad. und med. — 34) Schwartz, 35) Jalaguler, Luxation des N. uln. — 36) Péralre, Hauthörner. — 37) Chevassu, Fibrom des Handrückens. — 38) Kronacher, Knocheneinheilung. — 39) Wyeth, Oberschenkelexartikulation. — 40) Mermet und Lacar, Knochensarkom. — 41) Koriowski, Aneurysma von A. und V. iliaca ext. — 42) Bartha, Aneurysma der A. poplitea. — 43) Brun, Kniescheibenverrenkung. — 44) Tachard, Pseudarthrose. — 45) Vulpius, Sehnen transplantation. — 46) Panse, Verrenkung im Lisfranc'schen Gelenk. — 47) Deibet, Hallux valgus. — 48) Taruffi, Morton'sche Krankheit.

I. Ein rationelles Verfahren bei lumbaler Nephropexie.

Von

Prof. Dr. Alfred Obaliński in Krakau.

Da ich das Centralblatt für Chirurgie für dasjenige Organ halte, welches jeder speciell Chirurgie betreibende Arzt in der Hand hat oder wenigstens haben soll, da Herr Th. Jonnesco bei Gelegenheit der Beschreibung eines neuen, von ihm angegebenen Verfahrens der lumbalen Nephropexie (dieses Centralblatt No. 30 I. J.) alle früheren Methoden aufzählt und nur die von mir in der Wiener med. Wochenschrift (1897 No. 7) mit Stillschweigen übergeht, da

endlich ein Referat über meine Methode im Centralblatt noch nicht erschienen ist, so halte ich mich für berechtigt, die Herren Kollegen auf dieselbe noch einmal aufmerksam machen zu dürfen, und dies um so mehr, als ich sie für viel rationeller halte, als alle anderen bis jetzt bekannten, die Jonnesco's mitgerechnet.

Denn, wenn von Delagénère, Zatti und Albarran bewiesen wurde, dass in der Umgebung der Fäden sich ein sklerotisches Bindegewebe im Nierenparenchym bildet, so lag doch die Idee am nächsten, bei der Nephropexie die Naht so anzulegen, dass der Faden seinen Weg nicht durch das Nierenparenchym nehme, und trotzdem die nach Lloyd's Anrathen entblößte Nierensubstanz an die Bauchwand genau fixire. Dies geschieht denn auch in dem von mir angegebenen Verfahren (l. c.). Es wird nämlich ein doppelter Thürflügelschnitt **I** in der fibrösen Kapsel angelegt, dessen langer Arm längs der äußeren Nierenkante verläuft (manchmal genügt auch nur ein Schnitt längs der ganzen Kante), worauf die so aus der Kapsel gebildeten Flügel mit je 3 Katgut- oder Seidennähten an die innere Fläche der Lumbalgegend angenäht und somit die entblößte Nierenoberfläche mit derselben in festen Kontakt gebracht wird, ohne dass die Nähte das Nierenparenchym durchdringen.

Diese Methode erfüllt vollständig die von Jonnesco geforderten Bedingungen: sie ist eine einfache und gutartige Operation, sie erzielt eine gute Befestigung der ganzen Niere und sie alterirt so wenig als möglich das Nierengewebe. Dass sie eine gute Befestigung der Niere zu Stande bringen wird, erhellt schon aus den Experimenten von Albarran, braucht somit nicht durch neue Thierexperimente nachgewiesen werden. Im Übrigen wird die Kasuistik die Bestätigung liefern müssen. Ich selbst habe bisher keine Gelegenheit gehabt, diese meine Methode am Menschen anzuwenden, doch hat sie während meiner Abwesenheit mein Assistent, Herr Dr. Rutkowski, in der hiesigen Klinik ausgeführt und ist entzückt über die leichte Ausführung und den eklatanten Effekt. Ich sah die Pat. nach 2 Wochen und fand die Wunde per primam verheilt und die Pat. von ihren unangenehmen Symptomen befreit.

II. Zur Nephropexie.

Von

Dr. Roesing in Hamburg.

In No. 30 dieses Blattes bespricht Jonnesco vor der Mittheilung seines neuen Verfahrens die bisher üblichen Methoden der Nephropexie. Dabei erwähnt er nicht eine Modifikation, die kürzlich, wenn ich nicht irre, von Riedel empfohlen wurde, das ist die Kombination der Naht mit der von Brian und Jaboulay vorgeschlagenen Tamponade. Die dadurch bedingte Granulationsbildung soll zu einer festeren narbigen Verwachsung der Niere mit ihrem Bett führen.

Dass aber auch dieses Vorgehen nicht immer sichere Resultate giebt, zeigte mir ein kürzlich beobachteter totaler Misserfolg. Ob ich bei der Ausführung genau nach der Vorschrift des Autors verfahren, kann ich allerdings nicht angeben, da es mir nicht möglich war, die Publikation wieder aufzufinden. Der Fall war folgender:

Ein phthisischer Züchtling des Fuhlsbütteler Centralgefängnisses wurde in den letzten Monaten in seinen Kräften außerordentlich herabgebracht durch häufige, im Anschluss an stärkeren Husten auftretende Koliken in der rechtsseitigen, seit lange bestehenden Wanderniere. Da Priessnitz- und Bindeneinwicklungen gar nichts nützten, die Beschaffung einer gut sitzenden Bandage dem gänzlich mittellosen Pat. unmöglich, zudem bei der großen Beweglichkeit der Niere nicht einmal mit sicherer Aussicht auf Erfolg anzurathen war, so entschloss ich mich zur Nephropexie. Ein etwas schräg zum Innenrand des Quadratus lumborum geführter Schnitt legte bei dem äußerst abgemagerten Pat. leicht das leere Bett frei. Wegen der äußerst dürftigen Fettkapsel führte ich 3 Seidennähte durch Kapsel und Parenchym, sodann durch die Ränder der Muskelwunde. Nach der Knotung der Fäden legte ich einen ca. eigroßen Airolgazetampon um den unteren Pol der Niere herum und an den Nähten vorbei an die hintere Wand, den ich dann zum unteren Wundwinkel herausführte. Erst am 5. Tage wurde derselbe bei gut liegender Niere entfernt. Die Wunde heilte absolut glatt. Schon bei Herausnahme der Nähte am 10. Tage war jedoch die Niere gesunken, und als am 14. Tage auch die Tamponöffnung verklebt war, zeigte sich das Organ wieder tief im Hypogastrium. Die Nähte hatten also alle durchgeschnitten! Die subjektiven Beschwerden sind zwar zunächst noch etwas gemildert bei dem größtentheils bettlägerigen Kranken, doch kann nicht einmal von einem psychischen Effekt die Rede sein, da der Pat. selbst das Organ zu palpiren vermag. Auch auf eine sekundäre Anheftung durch Narbenzug ist bei der raschen Wundheilung kaum noch zu hoffen.

Ob nun in solchen Fällen nicht auch der Silberdraht durchschneiden oder nach seiner Entfernung das Recidiv rasch eintreten wird, wage ich gegenüber Jonnesco's Erfolgen ohne eigene Erfahrung natürlich nicht zu entscheiden, doch ist mir die baldige Herausnahme der Fäden (am 10. Tage) eben so wenig plausibel wie die Vermeidung des Durchschneidens durch die U-form der Schlinge. Ich würde dann noch lieber versuchen, die Niere in eine künstlich gebildete Peritonealtasche mit Eröffnung des Bauchfelles zu lagern, um die große Plasticität des letzteren zur Bildung dauerhafter Adhäsionen auszunutzen. Wie außerordentlich fest solche werden können, zeigen uns ja die Erfahrungen bei gynäkologischen und anderen Operationen zur Genüge, und die Gefahr der Peritonealeröffnung ist bei sonst gesunder Niere doch kaum besonders zu fürchten. Bei den extraperitonealen Methoden aber wird auch durch längeres Liegenlassen des Tampons oder Einführung reizender Sub-

stanzen, die der Asepsis in der heutigen Chirurgie so sehr widerstrebt, sich wohl desshalb schon schwer eine feste Vernarbung erzielen lassen, da die herangezogenen Organe ja bewegliche Muskeln und Fascien sind. Am meisten aber dürfte doch eine gute Bandage sich empfehlen, die, ganz ungefährlich, zugleich die gewöhnlich gleichzeitig vorhandene allgemeine Enteroptose günstig beeinflusst, wenn es nur gelänge, bessere Modelle als die bisher vorhandenen herzustellen.

1) **A. Hoffa.** Lehrbuch der Frakturen und Luxationen für Ärzte und Studierende. 3. vermehrte und verbesserte Auflage.

Würzburg 1896. 716 S., 408 Textabbildungen, 29 kolorirte Tafeln.

Diese 3. Auflage des H.'schen Lehrbuches ist in der That gegenüber der 2. vermehrt und verbessert: denn aller Orten sieht man auf dem Gebiet der Pathologie, der Ätiologie, Prognose und Therapie die Erfahrungen der neuesten Zeit dem alten Text — aus dem nur hier und da wenig Zeilen entfernt werden mussten — eingefügt. Dazu ist — neben einigen neu geschnittenen älteren Textabbildungen — eine Anzahl neuer Holzschnitte aufgenommen. Reichlich verwerthet finden wir die Erfahrungen aus der modernen Unfallpraxis und hoffen, dass nach dieser Richtung der Autor dem Leser mit der Zeit noch mehr bieten möge. Denn gerade bei der Beurtheilung von Unfallsfolgen, die anerkanntermaßen nicht selten kräftig übertrieben werden, muss der weniger erfahrene Arzt sich in den Werken der reich erfahrenen seinen Rath holen. Ich möchte hier beispielsweise nur hinweisen auf die mannigfachen Klagen der Unfallsrentner nach Rippen- und Schlüsselbeinbrüchen, über die Verf. sich noch nicht ausgelassen hat. Auch die Verwerthung der Skioskopie muss die 4. Auflage bringen, in der ferner Figur 319 und 320 umgekehrt anzuordnen sein werden.

Das Buch H.'s verdient die Beliebtheit, deren es sich erfreut, in vollem Maße.

Richter (Breslau).

2) **Dumstrey.** Beitrag zu der Frage der Untersuchung mit Röntgen-Strahlen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 5.)

D. macht technische Mittheilungen über das Röntgen-Verfahren, besonders über die Beschaffung guter Röhren. Neuerdings hat sich ihm eine von Götze-Leipzig hergestellte recht gut bewährt. Die Einzelheiten sind dem Original zu entnehmen. In der Unfallheilkunde hat das schonende Verfahren der Untersuchung mit Röntgen-Strahlen großen Werth. Leider macht das Bild deform geheilter Knochen bei der Rechtsprechung bisweilen auch einen zu starken psychischen Eindruck auf die Richter zu Gunsten des Verletzten.

Bähr (Hannover).

3) **Gocht.** Seltener Frakturen in Röntgen'scher Durchleuchtung.

(Mittheilungen aus den Hamburger Staatskrankenanstalten 1897.)

Die Vermuthung, dass alte Distorsionen, die keine Tendenz zur Heilung zeigen, nicht diagnosticirte, vielleicht nicht diagnosticirbare Frakturen sind, wird durch die G.'sche Veröffentlichung fast zur Gewissheit. Ganz in Übereinstimmung mit den Erfahrungen des Ref., der ähnliche, wenn auch nicht so zahlreiche Beobachtungen gemacht hat, betont G., dass viele sogenannte Distorsionen der Hand, des Fußes nichts weiter sind, als Brüche einzelner Knochen des Hand- oder Fußgelenks. Die zahlreichen beigefügten Bilder beweisen das. Wir sehen Frakturen des Os naviculare der Hand, des Metatarsus, des Malleolus externus, des Calcaneus, der Fibula und des Sesambeines der linken großen Zehe. Die Klage G.'s über die relative Mangelhaftigkeit der Reproduktionen auf seinen Photographien wird Jeder, der selbst Röntgen-Bilder gemacht und veröffentlicht hat, begreiflich finden.

Dumstrey (Leipzig).

4) **F. Bähr.** Bemerkungen zu Wolff's Lehre: »Das Transformationsgesetz«.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 20.)

Verf. beschäftigt sich mit dem ersten Beweis J. Wolff's gegen die »Drucktheorie«, dem mathematischen, was aus der Überschrift nicht hervorgeht.

Bekanntlich hat J. Wolff mit Zuhilfenahme der Culmann'schen Kranzeichnung ausgeführt, dass die Druckwirkungen am Querschnitt des belasteten Bogens nicht überall die gleichen sind, und daraus den Schluss gezogen, dass beim Genu valgum gegenüber den in der Diaphysenmitte des Oberschenkels sich geltend machenden mächtigen Wirkungen der Druckabänderungen die Druckwirkung an den Facetten der Femurkondylen und an der Kniegelenksoberfläche der Tibia kaum noch in Betracht kommen kann. Diese Schlussfolgerung ist wiederholt auf Widerspruch gestoßen. Auch B. hat hier den Hebel angesetzt, glaubt aber, gegen den Kran ankämpfen zu müssen. Indem er hierbei betont, dass Wolff eine Darstellung der Grundbegriffe der Statik hätte geben müssen, erfährt Wolff einen ähnlichen Vorwurf, wie Dieser ihn einst H. Meyer gemacht hat. Letzterer entgegnete, dass die Entwicklung der von den Technikern aufgestellten Theorie der Druck- und Zugkurven eben so wenig nothwendig war, als es bei dem Gebrauch einer trigonometrischen Formel nothwendig ist, vorher noch den Begriff eines Sinus zu entwickeln.

Die Theorie B.'s lautet nun: »Das obere Femurende wird vorwiegend auf Biegung, die Diaphyse und das untere Ende auf Pressung beansprucht«. Damit wird die Sache nur noch verwickelter. Wenn doch im belasteten Bogen auf der Seite der Konvexität Zug

und auf der Seite der Konkavität Druck besteht, so muss beim Genu valgum an der Außenseite des Kniegelenks Druck bestehen. Für die Tibia und das Femur liegt das Centrum des maximalen Druckes nämlich außen, für den oberen Abschnitt des Femur aber innen, weil das Gewicht sich nach der Schwerlinie senkt. Das Centrum findet sich zugleich dort, wo der Bogen unter Umständen brechen würde.

Die Annahme eines seitlichen Druckes beim Genu valgum spricht weder für die sogenannte »Drucktheorie«, noch gegen die sogenannte »Krantheorie«. Der ersteren haftet der Irrthum an, dass sie als das Primäre den resorbirenden Druck, als das Sekundäre die Heterologie der Stellung ansieht. Dass sie ihre Auferstehung feiert, wie B. meint, ist nicht zu befürchten. Hinsichtlich des Krans geht J. Wolff zu weit, wenn er den idealen Punkt, den er an der Innenseite des Femurkopfes gefunden hat, an den Femurkondylen ebenfalls seitlich sucht, während er thatsächlich nach der inneren Architektur des Knochens hier vorn oder hinten zu suchen ist.

J. Riedinger (Würzburg).

5) N. N. Michailow. Die klinischen Resultate der Ligatur der Subclavia (seit 100 Jahren).

Diss., Petersburg, 1897.

Die fleißige Arbeit M.'s zerfällt in folgende Kapitel: Anatomie der Subclavia, ihrer Äste, Anomalien der Arterie, Technik der Ligatur, Kasuistik, Therapie der Aneurysmen. Zum Schluss folgen 557 kurze Krankengeschichten.

Die 230 Seiten starke Monographie berücksichtigt die verschiedenen Komplikationen der Ligatur. Aus dem reichen Inhalt mögen hier einige wenige Zahlen folgen.

	Vor- antiseptische Zeit	Anti- septische Zeit	Unbeendet	Ausgang
Ligatur des 1. Abschnittes	23	7	4	26 †
» » 2. »	18	7	1	11 †
» » 3. » allein	240 (117 †)	97 (29 †)	17	—
» » 3. » mit Carotis	6	77	—	—
» » 4. » allein	59 (33 †)	18 (2 †)	7	—
» » 4. » mit Carotis	1	4	—	—

Von 70 gleichzeitigen Unterbindungen der Subclavia und Carotis wurden 45 geheilt oder gebessert, 25 zeigten keinen Erfolg oder starben. In 18 Fällen endlich lag zwischen den Ligaturen beider Gefäße ein Zwischenraum von verschiedener Dauer; 15 gebessert, 3 erfolglos.

Von den Schlussfolgerungen M.'s seien erwähnt:

Die Ligatur des 1. Abschnittes ist jetzt nicht mehr als völlig hoffnungslos zu verwerfen.

Die Ligatur im 3. und 4. Abschnitt giebt in antiseptischer Zeit viel bessere Resultate als früher; hauptsächlich werden nicht mehr die schweren Komplikationen beobachtet.

Die Behandlung der Aneurysmen im Thorax nach Brasdor-Wardrop ist recht werthvoll und verdient weiter ausgearbeitet zu werden; von allen Modifikationen der Methode muss nur die gleichzeitige Ligatur beider Gefäße ausgeführt werden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

6) F. Bähr. Beobachtungen über die statischen Beziehungen des Beckens zur unteren Extremität.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

7) J. Wolff. Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit des Herrn Dr. Bähr.

(Ibid.)

B. will beobachtet haben und beweisen, dass der Oberschenkel kein kranartig tragender Knochen ist, sondern ein freistehender Träger, in dem nur Vertikalkräfte wirksam sind, und keine Beanspruchung auf Zug vorhanden ist, obwohl der Schenkelhals in einem Winkel von 125° abgeht, und obwohl die Rumpflast diesen Winkel zu verkleinern strebt. Nur für den Verlauf des Schenkelhalses wird mit aller Reserve die Möglichkeit einer Biegungsbeanspruchung angenommen. Die Knickung des Schenkelhalses, dessen mehr horizontal gestellte Bälkchen unter keinen Umständen Zugkurven darstellen sollen, wird nach B. vermieden einmal durch vertikal gerichteten Gegendruck von unten (Auflagerreaktion) und Vertikalzug nach oben, welche beide er zum Trochanter major hinausgehen lässt, dann durch Vertikaldruck und Gegendruck vom Becken aus in entgegengesetzter Richtung, so wie durch Horizontalzug nach innen. Diese Anordnung der Kräfte am oberen Abschnitt des Oberschenkels ist nicht gut möglich, und zwar schon aus dem Grunde, weil sich ihre Differenz am Schenkelhals geltend machen müsste, welcher dadurch statisch unbrauchbar wäre. Die Abscherung wäre eine gewaltige.

Die Ausführungen B.'s sind auch im Übrigen nicht einwandfrei. So lässt er beim Stehen das Becken nicht auf dem Oberschenkel, sondern den Oberschenkel auf dem Becken (als Widerlager) aufruhem. Schon damit will er die »Krantheorie« zu Fall bringen. Ferner vermag er den Druck auf die Unterlage, d. h. das Gewicht, mit den Druck- und Zugspannungen im Bogen selbst und behauptet, J. Wolff hätte überhaupt keine Druckwirkungen in den Gelenken angenommen. Die Gesetzmäßigkeit im Bälkchenverlauf hat B. nicht zu würdigen verstanden. Auch mit der Herbeiziehung von Zschokke und Ritter hat B. kein Glück gehabt, wie J. Wolff in seiner Erwiderung zeigt.

Es kann nicht bestritten werden, dass die Konstruktion eines Krans aus einem Theil des Oberschenkels eine richtige ist, so wie

dass die Schlussfolgerungen W.'s aus der Kranzezeichnung für diesen Theil ebenfalls richtig sind, dass somit im belasteten Bogen auf der Seite der Konkavität Druck, auf der Seite der Konvexität Zug vorherrscht. Die Konstruktion bleibt auch richtig, wenn man annimmt, dass der Oberschenkel nicht nur einen Kran, sondern einen nach verschiedenen Seiten hin belasteten Bogenträger darstellt.

Die Bemerkungen W.'s beziehen sich auf verschiedene Darlegungen, die Bähr auf ihn zurückführt und zu widerlegen sucht. W. führt ihnen gegenüber an, was er wirklich geäußert hat, und stellt Betrachtungen über den Werth der Bähr'schen Ausführungen an.

J. Riedinger (Wiesbaden).

8) L. Coronat. La désarticulation coxo-fémorale.

(Arch. génér. de méd. 1897. Februar.)

Verf. bezeichnet 2 Verfahren als die typischen zur Exartikulation des Oberschenkels. Das eine nach Ravaton-Veitch entspricht der bei uns mit dem Namen Pit'ha-v. Volkmann bezeichneten Methode:

Amputation im oberen Drittel des Oberschenkels unter Anwendung des Esmarch'schen Schlauches, der durch 3 Leinengurte vor dem Abgleiten bewahrt wird; Blutstillung, senkrechter Schnitt an der Außenseite des Oberschenkels, vom Trochanter beginnend bis in die Amputationswunde, subperiostale Ausschälung des Oberschenkelstumpfes. Handelt es sich um ein Knochensarkom, so macht man eine parosteale Ausschälung des Knochens, bei der man sich möglichst nahe der Beinhaut hält, um eine zu starke Blutung zu verhüten. Den Schluss der Operation bilden eine tiefe Muskel- und Hautnaht, die Drainage der Pfanne und des Muskelstumpfes. Die Modifikationen dieser Methode bestehen darin, dass die Einen (Guyon, Kocher, v. Langenbeck) zuerst die Artikulation machen und dann die Amputation anschließen, die Anderen (Wyeth, Newmann) sich eines eigenen Stachels bedienen, der an der Wurzel nahe dem Knochen durch die Weichtheile gestoßen wird, um ein Abgleiten des darüber gelegten Kautschukschlauches zu verhüten. Senn macht nach der Resektion des Oberschenkelkopfes an der Innenseite des Oberschenkels eine Gegenöffnung, durch die er 2 starke Kautschukschläuche zieht, um damit sowohl den hinteren wie den vorderen Lappen abzuschnüren, und lässt dann die Amputation und Ausschälung des Knochens folgen. Das Vorgehen Chaput's ist dem von Neudörfer im Jahre 1891 angegebenen ähnlich: Osteotomie des Schenkelhalses, Durchschneidung der Weichtheile an der Hinterseite des Oberschenkels, Verlängerung dieses Schnittes an der Außenseite bis in die Osteotomiewunde, subperiostale Ausschälung des unteren Femurendes, Absetzung des Gliedes und Exstirpation des Schenkelkopfes.

Die 2. vom Verf. als typisch angegebene Methode ist die von Verneuil (Larrey-Rose), wobei die Blutstillung durch prophy-

laktische Unterbindung der großen Gefäße und schrittweises Vorgehen mit dem Messer, unter jeweiliger Unterbindung der zu durchschneidenden (Verneuil) oder der durchschnittenen (Farabeuf) Gefäße, besorgt wird. Dieses Vorgehen soll ausnahmsweise seine Anwendung bei hochsitzenden Geschwülsten und ausgedehnten Weichtheilverletzungen finden. Als das Verfahren der Wahl empfiehlt Verf. nur die Methode von Ravaton-Veitch.

Die beigelegte Statistik, die Verf. um 2 eigene Fälle (Sarkom) vermehrt, verfügt im Ganzen über 225 Operationen; sie erstreckt sich über den Zeitpunkt von 1880—1896. Die Durchschnittsterblichkeit aus diesen Fällen berechnet sich auf 29,3%. Ein wesentlicher Fortschritt zu der im Jahre 1877 von Lünig veröffentlichten Statistik, die eine Sterblichkeit von 70% aufweist. Dieses günstige Resultat ist wohl zum größten Theil der besseren Antisepsis und den vollkommeneren Methoden zuzuschreiben. Die Sterblichkeitsziffer bei den einzelnen Methoden berechnet sich wie folgt:

- 1) Nach Ravaton-Veitch 108 Fälle mit 12,5% Mortalität;
- 2) nach Wyeth 46 Fälle mit 19,15% Mortalität;
- 3) nach Verneuil 27 Fälle mit 26,8% Mortalität.
- 4) nach anderen Methoden 44 Fälle mit 23,7% Mortalität.

Longard (Aachen).

9) **Arulliani.** La compressione strumentale del nervo ischiadico nella cura della ischialgia.

(Gazz. med. di Torino 1897. No. 13.)

Die Negro'sche Methode, gegen Ischias digitale Kompression des Ischiadicus an der Austrittsstelle anzuwenden, hat A. dadurch verbessert, dass er an ihre Stelle maschinelle Kompression setzt. Vermittels einer Schraube wird eine wohlgepolsterte Pelotte so stark als nur eben vertragen wird, gegen den Nerven ca. 5 Minuten lang angedrückt. Außerdem macht man, indem die Pelotte nicht fest, sondern vermittle eines Scharniers befestigt und an einem Zahnrad beweglich ist, leichte seitliche Bewegungen. Vornehmlich werden die Austrittsstelle, wenn nöthig auch andere Druckpunkte behandelt. Wenig Sitzungen genügen. Von 40 Fällen gelangten 34 zur Heilung.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

10) **König** (Berlin). Zur Entstehungsgeschichte der Verletzungen des Streckapparates vom Kniegelenk.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1897. Hft. 4.)

Die von K. angestellte anatomische Betrachtung lehrt, dass die seitlichen Muskelbäuche des Quadriceps femoris sich nur theilweise an die Kniescheibe ansetzen, theilweise um sie herum gehen und in die Fascie des Unterschenkels ausstrahlen. Reißt somit der Rectus femoris selbst in seinem muskulären Theil allein, so werden die seitlichen Bäuche, so wie auch selbst der Cruralis noch bis zu einem gewissen Grade funktionstüchtig bleiben und die Streckung des

Oberschenkels noch bewirken können. Ja, diese ist sogar noch nicht ganz ausgeschaltet, wenn die Zerreißung tiefer in der Sehne des Rectus stattfindet; selbst noch am Rande der Kniescheibe wirken die seitlichen Vasti noch durch ihre tiefer sich ansetzenden Sehnenfäden, und selbst der Cruralis theilhaftig sich noch bis zu einem gewissen Grade dabei mit den Fasern, die in die Fascie des Oberschenkels ausstrahlen. Aus diesen Verhältnissen folgt einestheils, dass unmittelbar nach der Verletzung die Streckfähigkeit nicht ganz aufgehoben zu sein braucht, und zwar um so weniger, je weiter oben die Ruptur erfolgt, dass sie anderentheils aber trotz Ausbleiben einer Vereinigung der zerrissenen Enden allmählich durch vikariirende Thätigkeit der unbeschädigten Vasti wieder mehr oder weniger vollkommen werden kann, wofür K. einige Belegfälle anzuführen in der Lage ist.

Was die Entstehung betrifft, so reißt nach K. der Rectus allein hauptsächlich, wenn er während einer aktiven Zusammenziehung noch gewaltsam gedehnt wird. Dagegen kommt die Ruptur weiter unten und durch die Kniescheibe selber hauptsächlich zu Stande, wenn die Gewalteinwirkung bei extremer spitzwinkliger Beugung des Kniegelenks stattfindet, wobei vielleicht noch eine aktive Zusammenziehung »gleichsam als Abwehr gegen die extreme Beugung erzwingende Gewalt mitwirkt.« In diesem Falle ist dann also die Lähmung des Streckapparats fast oder ganz vollständig, die Extremität ist »strecklahm«, nicht mehr bloß »streckschwach«. Hier kann allein die primäre Naht nützen; und zwar näht K. nicht allein die Kniescheibe mit Katgut, sondern auch den Riss in der Kapsel, ohne aber mit den Fingern in das Kniegelenk einzugehen oder dasselbe auszuspülen, da das Zurückbleiben einzelner Blutgerinnsel im Gelenk nicht Schaden bringe. Endlich folgt die Vereinigung des Risses in der Fascie; drainirt wird nicht. Wünschenswerth ist die Naht ja auch bei der ersteren Art der Zerreißung, aber unumgänglich nothwendig ist sie nur bei der zweiten.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

11) Döms. Zur Behandlung großer Ergüsse im Kniegelenk. (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 6.)

D. empfiehlt für »pralle« Ergüsse eine möglichst aktive Therapie mit Entleerung durch Punktion oder Incision unter Beleuchtung der Frage für die Behandlung außerhalb des Krankenhauses. Wenn es auch gelingt, durch Massage, Kompression etc. den Erguss zu beseitigen, so bleibe doch durch die länger andauernde Dehnung der Kapsel große Neigung zu Recidiven, zu Schlaffheit des Gelenkapparates. Besonders bestimmend für das aktive Vorgehen sind seine beim Militär gemachten Erfahrungen. Auch bei der Entleerung ist die Möglichkeit eines raschen Nachschubes vorhanden. Das Gelenk darf deshalb nur allmählich wieder in Anspruch genommen werden. Ein nach der Entleerung angelegter immobilisirender Verband wird nach 8 Tagen entfernt unter Anschluss einzelner leichter, passiver

Bewegungen. Darauf Verband mit Stärkebinden. Nach 2 Wochen Gehversuche mit Krücke. Dann passive Bewegungen und allmählicher Übergang zur Belastung des Beines. Die Heilungsdauer beträgt auch so 6—8 Wochen, aber Recidive sind bei Weitem seltener.

Bähr (Hannover).

12) Weir. The operative treatment of hallux valgus.

(Annals of surgery 1897. April.)

Das von W. in einer Reihe von Fällen (19) befolgte Verfahren ist folgendes: Bogenförmige Längsincision am inneren Fußrande, sorgfältige Lösung und Exstirpation (es sei dies die Hauptvorbereitung für ein gutes Resultat) aller verdickten und verkürzten Kapseltheile, Sehnen- und Bindegewebsbündel an der Innenseite. Exstirpation der Sesambeine (nicht zu unterlassen!), Resektion des Köpfchens des 1. Metatarsus je nach Bedarf, Durchtrennung der stark verlagerten Sehne des M. extens. hallucis long. und Transplantation derselben auf die Innenseite, wo sie am Periost der 1. Phalanx mit einigen Nähten befestigt wird. Tietze (Breslau).

13) E. Braatz (Königsberg i/Pr.). Über die falsche, gewöhnliche Schuhform und über die richtige Form der Fußbekleidung.

Königsberg i/Pr. 1897.

Es war ein glücklicher Gedanke B.'s, die X-Strahlen für seine Zwecke zu benutzen. Auf einer Tafel werden neben einander die nackten Füße eines »unverdorbenen« Knabenfußes dem Bilde eines durch unzuweckmäßiges Schuhzeug zusammengequetschten und verschobenen kindlichen Fußes dargestellt. In letzterem sieht man deutlich, wie die spitze Form des Stiefels den Metacarpus der großen Zehe im Fußwurzelgelenk nach außen verschiebt, subluxirt, so dass der Knochen in einen nach innen offenen Winkel von etwa 165° nach innen gerichtet wird. Umgekehrt wird dann die Phalanx I in ungefähr demselben Winkel wieder nach außen geknickt, wobei das Gelenk nach innen zu klappt, nach außen hin zusammengedrückt wird. So sieht man den Hallux valgus vorbereitet, welcher in einer der nächsten Figuren im Röntgen-Bild dargestellt wird. Freilich kommt ja diese abnorme Stellung der großen Zehe auch auf anderem Wege zu Stande: sieht man sie doch in hochgradigster Ausbildung bei der Aushebung an Leuten, die überhaupt kaum je Schuhwerk getragen haben.

Jedenfalls ist das populär geschriebene Schriftchen sehr wohl geeignet, die Unzuweckmäßigkeit der modernen Spitzschuhform ad oculus zu demonstrieren und somit diesem Mode-Unfug zu steuern.

Lühe (Königsberg i/Pr.)

14) **J. Bréult.** *Ulcères phagédéniques des pays chauds.*

(Ann. de dermat. et de syph. Bd. VIII. Hft. 2.)

Aus der Mittheilung des Verf. geht hervor, dass unter den bei der Madagaskarexpedition theilgenommenen Trägern die Araber und Kabylen ungemein häufig an dem phagedänischen Tropengeschwür zumal an den unteren Extremitäten erkrankten, während Somalis und Sudanesen, wie auch die regulären, besser ausgerüsteten Truppen fast völlig davon verschont blieben. Besonders ungünstig gestaltete sich der Verlauf durch die Komplikation mit feuchter Gangrän und Hospitalbrand. Durch energisches, vorzugsweise operatives Vorgehen und Anwendung antiseptischer Verbände erzielte Verf. relativ günstige Erfolge. Bei der erwiesenen besonderen Prädisposition der Araber und Kabylen, der Indolenz und Unsauberkeit dieser Leute hält es Verf. für wohl möglich, dass das Tropengeschwür seitens noch nicht völlig geheilter repatriirter Individuen in ihre Heimat eingeschleppt und dort zur Entstehung epidemischer Herde Veranlassung gegeben wird.

Kopp (München).

Kleinere Mittheilungen.

15) **Th. Rumpel.** Die klinische Diagnose der spindelförmigen Speiseröhrenenerweiterung. (Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 15 u. 16.)

16) **K. Jaffé.** Über idiopathische Ösophaguserweiterungen.

(Ibid. No. 15.)

Die Verff. bereichern die spärliche, nur etwa 20 Fälle umfassende Kasuistik der idiopathischen spindelförmigen Speiseröhrenenerweiterungen durch je einen neuen Fall, von denen der von R. mitgetheilte durch bestimmte Untersuchungsmethoden klinisch festgestellt, der J.'sche bei der Sektion nachgewiesen wurde; in dem letzteren hatte eine bestehende Kyphoskoliose durch Abplattung der Cardia mit zur Entstehung der Speiseröhrenenerweiterung bei dem hochgradig nervösen Pat. beigetragen.

In dem R.'schen Falle, der gleichfalls einen stark nervösen Mann betraf, boten die klinischen Erscheinungen, der auffällige, gänzlich unberechenbare, von psychischen Vorstellungen des Pat. abhängige Wechsel in der Sondirbarkeit des unteren Speiseröhrenendes und das Ergebnis eines besonderen Versuches die Mittel zur Stellung der Diagnose. Bei diesem Versuch gelang es nämlich, neben einer gut fingerdicken, in den Magen eingebrachten Gummihohlsonde eine zweite dünnere, mit Abflussrohr und Trichter versehene in die Speiseröhre einzuführen und eine gemessene Quantität von Wasser einfließen zu lassen, welche beim Senken des Trichters wieder vollständig, ohne dass ein Tropfen in den Magen gelangt war, entleert werden konnte; es musste also entweder durch feste Kontraktion der Muskulatur des unteren Speiseröhrenendes um die Hauptsonde oder dadurch, dass die Nebensonde sich in einer Ausstülpung der Speiseröhre befand, der wasserdichte Verschluss des oberen Bassins von dem Magen bedingt sein. Dass die zweite Möglichkeit nicht vorlag, konnte durch Verwendung einer hoch hinauf gefensterten Hauptsonde festgestellt werden, indem dann das durch die Nebensonde eingegossene Wasser in den Magen abfloss. Die Lage der Sonden, wie die Form der erweiterten Speiseröhre ließen sich schließlich auch durch Skiaskopie nachweisen.

In therapeutischer Hinsicht regt R. die Frage der chirurgischen Radikalooperation an, da sonst nur die regelmäßige Sondenernährung dem Pat. eine Erleichterung zu bringen vermöge. J. bezweifelt dagegen die praktische Ausführbarkeit des R.'schen Vorschlages und befürwortet für Fälle, wo die Sondirung durch den Mund nicht gelingt, die Anlegung einer Magenfistel und retrograde Sondirung der Cardia.

Kramer (Glogau).

17) Stialin. Zur Kasuistik angeborener Nabelfisteln. (Aus dem Alexander-Hospital zu Sofia.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 12.)

In dem 1. Falle handelte es sich um ein 2 Monate altes Kind, bei dem seit dem Abfall der Nabelschnur am Nabel eine Geschwulst bestand von tiefrother, sammetartig glänzender, an Darmschleimhaut erinnernder Farbe. An der Spitze der Geschwulst fand sich eine für eine Knopfsonde leicht durchgängige Öffnung. An der Basis war die Geschwulst von einem 4—5 mm breiten, derben Hautring wie von einem Kragen umschlossen. Bei Kompression des Bauches traten aus der centralen Öffnung der Geschwulst spärliche Mengen Gas und flüssiger Darminhalt aus. Die Operation, welche in Spaltung des Ringes, Freilegung des Gebildes, so wie Lembert'scher Naht des Stumpfes bestand, bestätigte die Diagnose einer Fistel des Meckel'schen Divertikels.

Im 2. Falle, welcher ein 12jähriges Mädchen betraf, die von Geburt an aus einer im Nabel befindlichen Öffnung Wasser entleerte, lag eine Urachusfistel vor, wie dadurch schon vor der Operation bewiesen werden konnte, dass gleichzeitig durch die Harnröhre und durch die Fistel eingeführte Metallsonden sich in der Blase trafen.

Im Anschluss an die beiden Fälle bespricht S. die bisher bekannt gewordenen Thatsachen über Divertikelvorfälle und rath, stets sofort zu operiren.

Der Nabelring soll, so weit es nöthig ist, gespalten werden, um das Divertikel frei zu präpariren. Dann ist der Darmanhang bis zu seinem Ansatz am Darm hervorzuziehen, zu resequiren, zu vernähen und zu versenken, wie es in dem ersten der vorstehend beschriebenen Fälle geschehen. Die Nothwendigkeit einer Excision des ganzen Nabels bestreitet S.; eine Resektion des Divertikels im Niveau des Darmes hält er gleichfalls nicht für nöthig.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

18) E. Kummer. Obstruction intestinale par brides. Laparotomie. Guérison.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1897. No. 1.)

Bei einer 60 Jahre alten Pat. war allmählich eine vollständige Verlegung des Darmes mit vorwiegend perityphlitischen Erscheinungen entstanden. Bei der Laparotomie fand sich nach innen vom Blinddarm ein Packet durch Verwachsungen zusammenhängender, mit infiltrirtem, verdicktem Netz bedeckter Darmschlingen, die vorsichtig gelöst wurden. Nachdem ein weiteres Hindernis nicht auffindbar war, wird die Blinddarmwand in die Bauchwunde Behufs eventueller Anlegung eines Kunstafters fixirt.

Nach diesem Eingriff schwinden die bedrohlichen Symptome; baldige Genesung.

Das Hindernis bestand offenbar in peritonealen, strangartigen (?) Verwachsungen, die bei der Operation gelöst wurden.

Kronacher (München).

19) P. Poppert (Gießen). Ein Fall von Laparotomie wegen Invagination bei einem 8 Monate alten Kinde.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 16.)

Die Operation wurde 2 Tage nach Beginn der Krankheitserscheinungen auf Grund des Nachweises einer auch vom Mastdarm aus erreichbaren wurstförmigen Geschwulst in der Gegend des linken Hypochondrium bis zur Darmbeingrube und des Bestehens von Erbrechen, Schmerzanfällen und blutig-schleimigen Stuhl-

entleerungen ausgeführt. In der Bauchhöhle fand sich reichlich röthlichgelbe Flüssigkeit; die Desinvagination der von der Mitte des Quercolons bis herab in den Mastdarm reichenden Einstülpung gelang erst, als gleichzeitig das Ende des eingeschaideten Darmes durch Streichen und Kneten nach rückwärts geschoben wurde; es lag eine typische Invaginatio ileocoecalis vor. Trotz einige Tage bestehenden Fiebers erholte sich der Knabe und konnte nach Beseitigung des längere Zeit anhaltenden Darmkatarrhs geheilt entlassen werden. P. empfiehlt die möglichst frühzeitige Operation der Invagination, da nur in diesem Falle eine Lösung der letzteren auf einfache Weise möglich und der Eingriff ein leichter und kurzdauernder sei, während die verspätete Operation große Gefahren habe. Waren doch von 26 — Kinder unter 1 Jahre betreffenden — Operationsfällen bisher nur 4 durch die Laparotomie gerettet worden! **Kramer** (Glogau).

20) **V. Babes und Nanu** (Bukarest). Ein Fall von Myosarkom des Dünndarmes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 7.)

Abgesehen von der Seltenheit des Dünndarmsarkoms im Allgemeinen erregt der Fall, welcher bei einem 30jährigen Manne beobachtet wurde und durch Operation zur Heilung führte, Interesse vom Standpunkt der Histogenese des vielfach angezweifelten Myosarkoms, welches von den Verf. durch den mikroskopischen Befund erwiesen wurde. Die meisten bisher operativ behandelten Fälle dieser Geschwulstart endeten rasch tödlich wegen der aufgetretenen Metastasen, so dass Madelung beim Dünndarmsarkom jeden chirurgischen Eingriff als überflüssig und aussichtslos hinstellt. Der vorliegende Fall ermuntert dennoch zu weiteren Versuchen.

Während in sämtlichen bis nun veröffentlichten Fällen von Dünndarmsarkom der ursprüngliche Sitz desselben in der Mucosa oder Submucosa zu finden war, und die Muscularis erst sekundär vom Tumor ergriffen wurde, konnten Verf. in ihrem Falle konstatiren, dass sie es hier mit einer primären sarkomatösen Umwandlung der Muskelzellen zu thun hatten, worüber 2 in den Text gedruckte Zeichnungen Aufschluss geben. **Gold** (Bielitz).

21) **Thilo**. Verstellbare Krücken mit Riemenschweben.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 5.)

Die bei **Lentz und Windler** (Berlin) käuflichen Krücken des Verf. sind jedenfalls eine empfehlenswerthe Neuerung. **Bähr** (Hannover).

22) **O. Vulpius**. Über die Verwendung der Cellulose in der Orthopädie.

(Zeitschrift für orthopädi. Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

Nach einleitenden Worten über den Werth der Modellhülsenapparate berichtet V. über die Anfertigung einiger Apparate aus Cellulose, welche zuerst **Hübscher** für medicinische Zwecke in Vorschlag gebracht hat. Ausführlicher wird das Stützkorsett für Verkrümmungen der Wirbelsäule besprochen und im Anschluss daran die Kravatte für Spondylitis cervicalis und Schiefhals, sodann die Cellulosehülse für Coxitis. Die Technik besteht im Wesentlichen darin, dass auf das Modell, nachdem an demselben die erforderlichen Korrekturen vorgenommen sind, Schichten von Leinwand und Cellulose aufgetragen werden. Nach dem Trocknen entsteht eine starre Hülse, welche entsprechend verarbeitet wird.

J. Riedinger (Würzburg).

23) **Ollier**. De la régénération osseuse chez l'homme à la suite des opérations chirurgicales.

(Compt. rend. de l'Acad. de la science 1897. No. 20.)

O., der in den letzten 20 Jahren zahlreiche anatomische Präparate von alten Resektionen bei gelegentlich Verstorbenen zum Studium der Knochenregeneration

gesammelt hat, benutzt jetzt zu demselben Zweck die Röntgenstrahlen und berichtet im vorliegenden Aufsatz über 2 exceptionelle Fälle von Knochenregeneration nach ausgedehntester subperiostaler Knochenresektion.

Die Operation lag in dem 1. Falle 8½ Jahre, in dem 2. 5 Jahre zurück.

Eine sehr große Partie des Skeletts des Unterschenkels und der Astragalus waren seiner Zeit fortgenommen. Die Resultate waren aber jetzt orthopädisch und funktionell gut, die Kranken tragen keinen Schutzverband mehr, gehen und laufen ohne Ermüdung. Die neue Methode aber giebt ein genaues Bild von dem Umfang und den Beziehungen der neu producirten Massen.

A. Henry (Breslau).

24) **A. Chipault.** Les lésions trophiques des bourses séreuses et des synoviales tendineuses. (Bursopathies et synoviopathies trophiques.)

(Arch. des sciences méd. 1897. No. 1.)

Verf. beobachtete bei einem Tabiker eine mit Ödem des Unterschenkels einsetzende Entzündung der Sehnscheiden der Peronei, welche nach einigen Tagen der Ruhe schwand, und bei einem anderen Tabiker eine akut einsetzende Entzündung der Bursa praepatellaris, welche auf Wunsch des Pat. durch Eröffnung behandelt wurde, wobei sich klare, blutig-seröse Flüssigkeit entleerte, und in einigen Tagen Heilung eintrat. Die Wandung des Schleimbeutels war nicht verdickt, zeigte nur leichte Ekchymosen. Außerdem fand Verf. in der Litteratur nur eine Beobachtung von Sokoloff, der bei einem Syringomyelitiker die in Vereiterung übergegangene Bursa olecrani eröffnete; das völlig abgeschlossene Gelenk war stark deformirt und mit klarer sanguinolenter Flüssigkeit gefüllt. Alle diese Beobachtungen erstrecken sich auf Pat., die auch anderweitige trophische Störungen, sei es der Haut, sei es der Knochen, zeigten. Der Beginn der Erkrankungen war ein plötzlicher, funktionelle Störungen durch dieselben nicht bedingt.

Die Prognose ist bei den wahrscheinlich häufigen Recidiven nicht gerade günstig, und außerdem kann es immer zur Vereiterung kommen. Neben der Seltenheit des Vorkommens beanspruchen die Fälle noch das Interesse durch das Aufwerfen der Fragen: „Welches ist die Stelle der plantaren Bursopathien bei der Genese des Mal perforant, welches ist die Rolle der Synoviopathien bei der Entstehung des Panaritium bei Syringomyelie, welches ist ihre Rolle bei der Entstehung der spontanen Sehnenzerreißungen bei Tabes und Syringomyelie?“

Borchard (Posen).

25) **D. Pupovac.** Ein Beitrag zur Kasuistik und Histologie der kavernösen Muskelgeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht 3 Fälle der seltenen primären Angiome im Muskel. Letzterer zeigt sich dabei in meist ziemlich beträchtlicher Ausdehnung von Fettgewebe durchwachsen, in dem man eine Menge Gefäße verschiedenen Kalibers sieht. An einzelnen Stellen findet man auf dem Durchschnitt kavernösen Bau. Auch mikroskopisch ist bei den 3 Präparaten ein ähnlicher Befund erhoben worden. Die Muskelfasern sind in ihrer Größe verschieden, die Substanz theilweise granulirt oder mit Rissen und Sprüngen durchsetzt. An diesen letzteren ist die Querstreifung nicht mehr zu sehen. Die Zeichen der Degeneration sind mannigfaltiger Natur. Das Fettgewebe ist reich mit Gefäßen versehen, Kapillaren, Arterien und Venen. An den kleineren und mittleren Gefäßen proliferiren die Wandelemente, speciell der Intima.

Das Gewebe um die Gefäße ist reich an Kernen. Es fanden sich ferner zahlreiche mit Blutkörperchen ausgefüllte Hohlräume, die in Gruppen zusammenlagen, und deren Wandungen aus einem Endothelbelag, Bindegewebe und spärlicher, glatter Muskulatur bestanden. Im Fettgewebe und zwischen den Muskelfasern sah man Lymphfollikeln ähnliche Anhäufungen von Rundzellen. P. glaubt, dass es sich um eine Kommunikation von Blut- und Lymphgefäßen handelt.

Die Ätiologie ist unklar. Wahrscheinlich handelt es sich um angeborene Geschwülste, die mit der Makroglossie und anderen Lymphangiomen verwandt sind. Nach Ansicht des Verf. ist die Vermehrung des Binde- und Fettgewebes im Muskel das Primäre, dann bilden sich auch neue Gefäße. Als Therapie ist ausschließlich die Exstirpation der Geschwulst im Gesunden anzurathen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

26) Wissenschaftliche Mittheilungen des Instituts zur Behandlung von Unfallverletzten in Breslau und Jahresbericht für das Jahr 1896.

Breslau, Grass, Barth & Co., 1897. 80 S.

Die Mitarbeiter verdienen unseren Dank dafür, dass sie aus einem reichhaltigen Material einige wichtige Fälle mitgetheilt und bearbeitet haben. Noch viel wichtiger aber ist die Behandlung allgemeiner Fragen, so namentlich der Theil des Inhaltes, welcher sich mit der Beleuchtung der »traumatischen Neurosen« befasst und dessen objektive, ruhige Darstellung nicht genug gerühmt werden kann.

Nach einer statistischen Einleitung über das Gesamtmaterial von 1066 Pat. durch Löwe verbreitet sich

Bogatsch über die Ausgleichung schwerer Unfallsfolgen durch die Gewöhnung.

Es werden unter Beigabe von Photographien einige lehrreiche Fälle von Gewöhnung an gröberen Ausfall von Funktionen der Extremitäten geschildert, die heute hochwerthig entschädigt würden und die zeigen, dass die Franzosen mit einem gewissen Recht behaupten konnten, dass unsere Unfallversicherungsgesetzgebung dem Arbeiter mehr schade als nütze, indem sie ihn verweichele und moralisch ungünstig beeinflusse. Bei der Rechtsprechung ist mehr Gewicht auf die Gewöhnung zu legen.

Eckardt: Verletzungen der Nase und des Gehörorgans durch entschädigungspflichtige Unfälle.

1) Pat. wurde vom Förderkorb auf den Hinterkopf getroffen und mit der Nase auf ein kantiges Stück Holz gepresst. Die Nasenbeine wurden gegen die senkrechte Platte des Siebbeins und zwischen die Stirnfortsätze des Oberkiefers hineingetrieben, von den Nasenbeinen pflanzte sich der Druck auf das Septum fort; dieses, nach hinten am Pflugscharbein, nach unten an der Crista nasalis Widerstand findend, konnte der Gewalt nur seitwärts ausweichen und musste bei dem Druck frakturiren. So entstand eine Septumabweichung wie bei ungleichmäßigem Wachsthum. In Folge gleichzeitiger Schleimhautverletzungen hatten sich in der linken Nasenhöhle Verwachsungsstränge gebildet, welche die Passage behinderten.

2) Perforation des linken Trommelfells durch einen Strohhalm, welche erst nach 14 Tagen in ärztliche Behandlung kommt (das Ohr war nicht einmal mit Watte verstopft) und dann unter aseptischem Occlusivverband glatt heilte.

3) Sturz auf das linke Ohr, Trommelfellzerreißung mit consecutiver Paukenhöhlenentzündung. Links entwickelte sich völlige Taubheit, aber auch das rechte Ohr wurde schnell und hochgradig schwerhörig bei positivem Rinne'schem Versuch. Bei der Aufhebung der Perception für hohe und tiefe Töne, dem Erlöschen der Knochenleitung links sei auf eine Commotio labyrinthi et Nervi acustici, eventuell mit Hämorrhagien verbunden, und folgende Destruktion der Nerven-elemente zu schließen. Das rechtsseitige Ohrenleiden sei als sympathisches aufzufassen. Prognose schlecht.

Franz: Über den Werth der Röntgen-Photographie bei der Diagnose von Verletzungen.

F. schließt aus dem Röntgen-Bild, dass es sich in einem Falle von angeblichem Unterschenkelbruch nur um eine Periostitis gehandelt habe, weil Achsenknickung fehlte, und die hintere Schienbeinkante ohne Verbiegung verlief. Leider fehlen Zeitangaben in genauer Weise; nach der vorliegenden Darstellung kann ich den Ausschluss einer Fraktur nicht ganz anerkennen.

Freund: Zur Kenntniss der Simulation bei Unfallverletzten.

Die Abhandlung bietet einen schönen Beitrag zur Lösung dieser aktuellen Frage. Ohne auf Einzelnes einzugehen, sei gerade dieser Artikel wegen seiner sachlichen Darstellung und der Fülle der praktischen Erfahrung, welche derselbe in sich birgt, der Durchsicht empfohlen. Der mit der Unfallversicherung betraute Arzt wird gern dem Schlussatz F.'s im Gegensatz zu den sportmäßigen Simulantenentlarvern zustimmen, »dass der einwandfreie und überzeugende Nachweis von Simulation in den meisten Fällen zu den schwierigsten und mühevollsten Leistungen der ärztlichen Diagnostik gehört«.

Herrmann: Studien über Leukämie unter besonderer Berücksichtigung ihrer traumatischen Entstehung.

Dieser unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur gearbeitete Artikel gehört mehr in den Bereich der inneren Medicin. Wenn auch die Ansicht, die Leukämie sei eine Infektionskrankheit, viel für sich hat, so ist es andererseits doch wohl begründet, dass die Leukämie durch eine Verletzung entstehen kann, sei es, dass sie den ganzen Körper betrifft, einen Theil desselben oder einzelne Knochen. Eine ganz bestimmte Rolle spielen die Traumen der Milzgegend.

Methner: Die exakte Bestimmung von Verkürzungen der unteren Extremität.

Mit gleichzeitiger Beschreibung eines Verkürzungsmessers, angefertigt durch Härtel, Breslau, betont M. den Werth genauer Messungen Behufs Vermeidung von Fehlerquellen, wie bei Beckensenkung, leichter Abduktion des Beines. Beim Liegen muss die Spinallinie genau senkrecht auf die Medianlinie gestellt werden durch Zurechtschieben, beim Stehen wird dies durch Unterlegen von Brettchen erreicht, deren Mindestdicke 0,5 cm beträgt.

Riegner: Typischer Fall von Entwicklung tuberkulöser Entzündung eines vorher gesunden Gelenks im Anschluss an eine Verletzung.

Am 28. Mai 1893 wurde Pat. von einem Fass auf das rechte Knie getroffen. Pat. hatte zwar Schmerzen, arbeitete aber weiter und suchte erst nach 14 Tagen, nach dem Eintritt stärkerer Anschwellung und Entzündung, ärztliche Hilfe. In 4 Tagen war er wieder arbeitsfähig, aber die Schwellung verlor sich nie ganz. Im August Fall auf das Knie, erneute Anschwellung, welche nicht wieder zurückgeht, desshalb Februar 1894 Punktion. Nach vorübergehender Besserung Verschlimmerung mit Kontrakturstellung. 20. Februar 1895 Aufnahme mit geringen Lungenerscheinungen ohne Auswurf, Schwellung des Kniegelenks und Beugstellung von 160°. Unter palliativer Behandlung keine Besserung, wesshalb am 1. März das Gelenk eröffnet wurde. Die Gelenkkapsel war stark verdickt, mit sammetartigen Fleischwärzchen bedeckt, an einzelnen Stellen mit gestielten Wucherungen. Abtragung, Auswaschung mit Karbollsöl, Füllung mit Jodoformglycerin etc. In dem mikroskopischen Bild der herausgeschnittenen Gelenkzellen fanden sich Tuberkelknötchen, in einem Präparat innerhalb eines solchen Tuberkelbacillen. Damit war der sichere Nachweis der Tuberkulose gegeben bei einem Leiden, welches nach dem makroskopischen Befund auch einer anderen chronischen Entzündung hätte entsprechen können. R. vertrat als Obergutachter die Ansicht, die Entstehung des Knieleidens sei auf den 1. Unfall zurückzuführen, mit dem Bemerken, dass dieser jedenfalls die Tuberkulose im Kniegelenk lokalisiert habe, gleichviel, ob Pat. vorher anderweitig inficirt oder belastet war. Im weiteren Verlauf entwickelte sich ziemlich akut ein typischer Fungus, der am 16. April 1895 die Resektion der Gelenkenden erforderte. Am 21. August wurde Pat. mit steifem Knie und 4 cm Verkürzung entlassen.

Sachs: Über Bewegungsbehinderungen und psychisch bedingte Lähmungen (ohne anatomische Grundlage).

Hier wird ebenfalls eine praktisch sehr wichtige Frage angeschnitten. S. bespricht Bewegungsinsuffizienzen nach Verletzungen, welche er zum Theil auf allgemeine, zum Theil auf lokalisierte Hysterie zurückführt (lokale hysteriforme

Erscheinungen). Hier liegt die Unterscheidung sehr schwierig, ob die Bewegungsstörung, namentlich in Form motorischer Schwäche, simulirt ist, oder ob sie eine psychische Lähmung darstellt, sumal andere Kriterien wie Veränderung der elastischen Erregbarkeit fehlen, und die eventuell vorhandene anatomische Störung sich nur schwer umgrenzen lässt. Bei sonst vorhandenen hysterischen Zeichen ist die Diagnose entsprechend leichter. Die Therapie ist nicht immer aussichtsvoll. Einige einschlägige Fälle werden erörtert. Sie sind nicht allzu selten; Ref. hat vor Kurzem einen Fall beobachtet, wo nach mehrfachem Bruch des Vorderarmes bei guter Heilung dieses, bei normaler passiver Beweglichkeit, tadelloser elektrischer Reaktion ein aktiver Faustschluss durch alle möglichen Versuche nicht zu erzielen war. Eine einmalige, selbst mehrmalige Untersuchung kann uns hier oft nicht vor dem unrichtigen Verdacht auf Simulation bewahren. Die Bezeichnung »traumatische Neurosen« möchte S. vermeiden, er befürwortet eine genauere Klassifikation. **Bähr** (Hannover).

27) **K. Wunder.** Ein Fall von Gangrän der Weichtheile der seitlichen Thoraxwand nach Masern.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 20.)

W. nimmt an, dass die Entstehung der Gangrän durch die gewohnheitsgemäße Lage des abgemagerten und geschwächten Kindes auf der betreffenden Seite begünstigt worden sei. Die handtellergröße nekrotische Partie stieß sich ziemlich rasch ab; Heilung. **Kramer** (Glogau).

28) **H. Morestin.** Abscès tuberculeux du grand pectoral.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 784.)

Bei einem Soldaten war im M. pectoralis maj. durch Drücken des Tornisterriemens eine Anschwellung entstanden, die ungefähr die Größe eines Hühnerieies hatte. Daneben entstand danach eine zweite ganz gleiche. Man dachte an Sarkom, Gumma, während es sich in der That trotz aller fehlenden Gelenk- oder Knochenerkrankung um einen tuberkulösen primären Abscess des M. pectoralis maj. handelte. **Dumstrey** (Leipzig).

29) **A. Lecoeur.** Kyste hydatique suppuré du grand pectoral.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 764.)

Aus einer vor 10 Jahren durch einen Fall acquirirten kleinen schmerzlosen Anschwellung unter der Brustwarze entstand bei einem 19jährigen Mädchen in ganz kurzer Zeit eine schmerzhaft große Geschwulst, die Anfangs ein Sarkom vortäuschte und sich erst durch die Operation als eine vereiterte, sehr seltene Cyste des M. pectoralis maj. herausstellte. **Dumstrey** (Leipzig).

30) **G. Francke.** Ein Fall von Entfernung des Schultergürtels.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 20.)

Veranlassung zu der von Kölliker ausgeführten Operation gab ein kindskopfgroßes Sarkom der Scapula, die von demselben vom Schultergelenk bis zum medialen Rande und unteren Winkel, so wie bis zur Spina scapulae umgriffen wurde. Die Erkrankung der Achseldrüsen und die Verwachsung der Geschwulst mit der Gefäßscheide nöthigte auch zur Entfernung des Armes. Geringe Blutung bei der Operation. Ungestörte Heilung. **Kramer** (Glogau).

31) **Heddaeus.** Beiträge zur Totalexstirpation des Schultergürtels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Nach einem historischen Überblick über die Entwicklung der Operation berichtet H. über 3 einschlägige Fälle aus Czerny's Klinik. Die Indikation wurde in allen 3 Fällen durch Sarkome der Schultergegend geliefert. Der 1. Pat. starb nach $\frac{1}{2}$ Jahr recidivfrei an interkurrenter Erkrankung. Beim 2. fand sich nach $\frac{3}{4}$ Jahren ein inoperables Recidiv in den Muskelstümpfen und Metastasen in der

Lunge. Der 3. Fall, bei welchem die Operation wegen eines manneskopfgroßen Sarkomrecidivs nach Exarticulatio humeri vorgenommen wurde, verlief zunächst günstig. In einem Nachtrag wird jedoch berichtet, dass Pat. nach 8 Wochen mit 3 lokalen Recidivknoten wieder in Behandlung kam. Auf Operation wurde verzichtet und ein Versuch mit Erysipelimpfung gemacht. Nach verschiedenen erfolglosen Inokulationen wurde schließlich durch Einverleibung einer aus einem puerperalen parametritischen Exsudat gezüchteten Streptokokkenkultur ein Erysipel erzeugt, das jedoch im Verlauf von 6 Tagen durch allgemeine Infektion zum Tode führte. Die Sektion ergab massenhafte nuss- bis kleinfautgroße Metastasen in Lunge und Pleura. Als interessanter Befund verdient besondere Erwähnung die massenhafte Durchsetzung der metastatischen Knoten mit Reinkulturen von Streptokokken.

Hofmeister (Tübingen).

32) **Berger.** Arthrotomie pour une luxation intracoracoïdienne de l'humérus, compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de cet os.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 215.)

Der Bruch des in der Schulter verrenkten Oberarmes saß zwischen dem chirurgischen Halse und dem Ansatz des Deltamuskels, mehr im oberen Theil der Diaphyse, als im Bereich des chirurgischen Halses. Da eine Reposition des nach innen vom Processus coracoideus stehenden, eingekeilten Oberarmkopfes auf unblutigem Wege nicht gelang, entschloss sich B. am 16. Tage nach dem Unfall zur Arthrotomie. Auch jetzt verursachte die Reposition große Schwierigkeiten, gelang aber schließlich. Den Kopf reseciren wollte B. nicht, da das obere Bruchstück zu lang war. Es erfolgte Heilung mit geringer Dislokation der Bruchenden. blieb auch das Schultergelenk bei dem bereits weit über 50 Jahre alten Pat. ziemlich steif, so vermochte er doch nach langdauernder Übung die Ellbogen wieder zur Schulterhöhe zu heben und die Hand auf den Kopf zu legen.

Reichel (Breslau).

33) **C. Sick und A. Säger.** Heilung einer in Folge traumatischen Defektes bedingten Lähmung des Radialis durch Vernähung des peripheren Endes dieses Nerven mit dem Medianus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LIV. Hft. 2.)

Ein 5jähriger Pat. hatte einen schweren komplizierten Oberarmbruch erlitten. Der Arm hing nur noch an einer schmalen Haut-Muskelbrücke. Trotzdem führte die konservative Behandlung zur Erhaltung der Extremität. Es blieb jedoch als hervorstechendstes Symptom eine Radialislähmung zurück, die man zuerst durch die Naht zu beseitigen versuchen wollte. Eine solche war aber wegen der großen Diastase unmöglich. Die Durchtrennung hatte direkt oberhalb der Theilung des Radialis stattgefunden. Es wurde nun in folgender Weise verfahren: Man versuchte eine Nervenbrücke von dem N. medianus nach dem peripheren Radialisende herüberzuschlagen und mit ihm zu vereinigen. Man suchte deshalb am Vorderarm den Medianus auf. Ein die halbe Medianusdicke umfassender Lappen mit der Basis nach oben wurde abgelöst, zum Radialisfragment herübergeschlagen und mit ihm nach Anfrischung vernäht. Zuerst blieb die Lähmung bestehen. Nach ca. 1½ Jahren aber wurde eine fast völlige Brauchbarkeit der Hand und der Finger konstatiert. Vom N. radialis am Oberarm aus war mittels faradischen Stromes keine Zuckung zu erzielen; bei Reizung des Medianus oberhalb des Ellbogens und oberhalb der Verbindung mit dem Radialis trat Flexion der Finger ein. Bei Reizung der Abgangsstelle der Medianusbrücke zum Radialis trat Extension der Finger ein, die bei längerer und stärkerer Reizung in Flexion übergeht. — Nach einer Besprechung der im Ganzen nicht sehr ausgedehnten Litteratur über Vereinigung verschiedenartiger Nerven suchen Verff. die wieder erstandene Funktion der Streckbewegung sowohl auf Grund der modernen Neuronlehre, wie

älterer physiologischer Anschauungen zu erklären. Die genauere Schilderung passt nicht für ein Referat und ist in der mehrfach interessanten Originalarbeit nachzulesen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

34) **E. Schwartz.** Des luxations du nerf cubital.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 202.)

Ein 18jähriger Mechaniker erlitt dadurch eine Verrenkung des rechten Nervus ulnaris nach vorn, dass er während der Arbeit mit dem Ellbogen in einen im Gang befindlichen Feilenschraubstock gerieth. Es stellte sich sogleich entlang des Nerven das Gefühl des Eingeschlafenseins, Ameisenkriechens und Brennens ein, ohne jede motorische Lähmung. Nach vorübergehender Besserung und Heilung der complicirenden Hautwunde musste Pat. die wieder aufgenommene Arbeit bald wieder aufgeben, da sich bei jedem Versuch, den Hammer zu gebrauchen, heftige Schmerzen, ähnlich einem starken elektrischen Schlag, einstellten. S., der den Kranken erst einige Wochen nach dem Unfall sah, konstatierte eine Verrenkung des N. ulnaris nach vorn. Bei Streckstellung des Ellbogens konnte man den Nerven zwar an normale Stelle zurücklagern, doch sprang er bei der Beugung sofort wieder nach vorn. S. legte den Nerven bloß, fand ihn verdickt, entzündlich geröthet, befestigte ihn an normaler Stelle dadurch, dass er von der Aponeurose der von der Epitrochlea entspringenden Muskulatur einen 3eckigen Lappen löslöste, ihn nach rückwärts über den Nerven klappte und mit der Aponeurose des Muscul. triceps vernähte. — Heilung; doch blieb eine mäßige Schmerzhaftigkeit beim kräftigen Einschlagen der 2 letzten Finger in die Hohlhand zur Faust und im vorderen Theil des Armes zurück.

Im Anschluss an diese Mittheilung stellt Verf. die ihm aus der Litteratur bekannt gewordenen einschlägigen Fälle, im Ganzen 10, zusammen, sondert sie in die sog. habituellen Verrenkungen, bei denen nur eine abnorme Beweglichkeit des Nerven bei Bewegungen des Ellbogens ohne nennenswerthe funktionelle Störungen besteht, und in die traumatischen Verrenkungen. Wegen der begleitenden Neuritis sei die Prognose in den letzteren Fällen stets vorsichtig zu stellen.

Reichel (Breslau).

35) **Jalaguier.** Luxation du nerf cubital consécutive à un violent mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras. Absence de troubles fonctionnels. Pas d'intervention.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 219.)

Der von J. beobachtete Pat. hatte sich eine Verrenkung des linken Nervus ulnaris durch eine kräftige Streckbewegung des Armes zugezogen bei einem Schlage mit seinem Spazierstock gegen einen Baum. Der anfängliche Schmerz und eine geringe Schwellung gingen rasch zurück; nur die abnorme Beweglichkeit des Nerven blieb bestehen. Bei dem Fehlen jeglicher Beschwerden nahm J. von einem operativen Eingriff Abstand.

Reichel (Breslau).

36) **M. Péraire.** Cornes des mains et de l'avant-bras. Ablation. Guérison.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 404.)

P. beschreibt 3 Fälle von Hauthörnern und giebt von jedem eine sehr instructive Zeichnung bei. Es sind alle 3 operirt und ohne Recidiv völlig geheilt. P. betont und führt Beispiele dafür an, dass diese Fälle, nichtoperirt, sehr leicht bösartiger Natur werden können.

Dumstrey (Leipzig).

37) **Chevassu.** Tumeur fibreuse du dos de la main droite englobant les tendons extenseurs des trois derniers doigts, tumeur survenue à la suite d'une piqure par une épine retrouvée au centre de la tumeur.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 254.)

Die Geschwulst begann sich $\frac{1}{2}$ Jahr nach der Verletzung zu zeigen und entwickelte sich im Verlauf eines weiteren halben Jahres zur Größe einer Makrone,

war mit der Haut nicht verwachsen, blieb verschieblich gegenüber der Unterlage, wenn die Strecksehnen erschlafft waren, wurde aber sogleich unverschieblich, so wie die Streckmuskeln sich kontrahierten. — Leider fehlt eine histologische Untersuchung. **Reichel** (Breslau).

38) **Kronacher** (München). Kasuistisches zur Heteroplastik. Einheilung eines Kalbsknochenstückes in einen Defekt der 1. Phalanx des rechten Zeigefingers.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 16.)

Das — bei einem 53jährigen Manne — zur Implantation in den fast die ganze Phalanx betreffenden Defekt benutzte Corticalisstück eines Kalbsknochens wurde durch Auskochen in Sodalösung und 24stündiges Liegenlassen in Karbolalkohol sterilisiert und, mit punktförmigen seitlichen Öffnungen versehen, an den Enden zugespitzt, in die oberen und unteren Reste der Phalanx eingepflanzt; Immobilisierung des Fingers etc. für einige Monate. — Feste Vernarbung der mit Gaseausstopfung behandelten Wunde; wie durch ein Skiagramm nach Jahresfrist festgestellt werden konnte, ist der implantierte Knochen, der sich von seiner Umgebung (Knochenwucherung) überall deutlich abhebt, fest eingeeilt, auch das funktionelle Endresultat, wenigstens in Bezug auf das Metacarpophalangealgelenk, ein ziemlich günstiges geworden. — Auch 2 andere Fälle von Heteroplastik mit dem gleichen Material bei Kindern hatten guten Erfolg. **Kramer** (Glogau).

39) **Wyeth**. Report of sixty-nine cases of amputation of the hip-joint by the author's method.

(Annals of surgery 1897. Februar.)

Des Autors Methode, über die schon in diesem Centralblatt 1896 berichtet worden ist, besteht, kurz gesagt, darin, dass bei der Exartikulation von Schulter und Hüfte oberhalb des Gelenks lange Stahlnadeln durch Haut und Muskulatur gestoßen werden, jenseits deren der Esmarch'sche Schlauch angelegt wird. Die Nadeln verhindern das Abgleiten derselben mit Sicherheit, und es ist auf diese Weise das Problem des blutleeren Operirens an diesen Stellen mit Leichtigkeit gelöst. Als 1. Akt der Exartikulation wird ein Cirkulärschnitt (oder Lappenschnitte) ausgeführt mit oder ohne Durchsägung des Knochens, und von hier aus der Knochen aus dem Gelenk ausgelöst. Von 69 nach des Autors Methode von verschiedenen Chirurgen operirten Fällen sind 11 tödlich verlaufen, ohne dass aber dieser Ausgang einem Versagen der Methode zur Last gelegt werden konnte.

Tietze (Breslau).

40) **P. Mermet et R. Lacar**. Sarcome du muscle biceps crural. Exstirpation. Récidives. Ostéosarcome secondaire.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1896. p. 431.)

Die Krankengeschichte des 31jährigen Pat. ist sehr lang. Nachdem ihm 1892 und 1895 je 1 Muskelsarkom operativ entfernt worden war, kam er bereits Juni 1896 wegen eines großen, am unteren Epiphysenende des Femur und oberen Epiphysenende der Tibia sitzenden Osteosarkoms zur Amputation des ganzen Oberschenkels, nachdem noch kurz vorher eine Fraktur des Oberschenkels erfolgt war. Besserung. Es wird auf die ungemein seltene Erscheinung hingewiesen, dass hier das Knochensarkom augenscheinlich durch ein primäres Muskelsarkom bedingt war.

Dumstrey (Leipzig).

41) **Korlowski**. Gleichzeitige Unterbindung der Art. und V. iliaca externa bei einem traumatischen Aneurysma derselben.

(Die Chirurgie Hft. 3. [Russisch].)

Ein 27jähriger Bauer hatte 3 Tage vorher einen Revolverschuss am linken Oberschenkel erhalten. Starke Blutung. Zunächst wurden allerlei Hausmittel,

u. A. auch Erde, auf die Wunde gelegt, darauf wurde die Wunde von einem Arzt verbunden und der Kranke in das Krankenhaus gebracht. Er fieberte (39,0). Die Einschusswunde ist etwa 3—4 fingerbreit unter dem Poupert'schen Band, unterhalb welchem eine starke Schwellung lag. Der Puls in der Poplitea, Tibialis ant. und post. vollständig verschwunden. Operation unter aseptischen Kautelen und großen Schwierigkeiten. Das Bein war die ersten Tage nach der Operation kalt und gefühllos. Das Fieber fiel allmählich ab, die Eiterung versiegte, und der Kranke wurde nach 3 Wochen geheilt entlassen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

42) **Bartha.** Aneurysma Art. popliteae sin. Ligatur der Art. cruralis. Gangrän. Amputation. Heilung.

(Ungar. med. Presse 1897. No. 20.)

Das Wesentliche des Falles ist im obigen Titel enthalten. Es sei nur erwähnt, dass das Aneurysma an der vorderen Wand des oberen Theiles der Art. poplitea saß und hinten sowohl, als an der Innenseite bis zum mittleren Drittel des Oberschenkels hinaufreichte.

Gold (Bielitz).

43) **Brun.** Luxation irréductible de la rotule.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 237.)

In einem Falle einer seit 4 Jahren bestehenden irreponiblen Kniescheibenverrenkung auf den äußeren Condylus femoris — die vordere Fläche der Kniescheibe sah nach außen, ihr innerer Rand nach vorn — erzielte B. dadurch ein zufriedenstellendes Heilresultat, dass er das Kniegelenk mit einem nach oben konkaven Bogenschnitt eröffnete, aus der Gelenkkapsel den verdickten unnachgiebigen äußeren Abschnitt resedirte, nach innen von der Kniescheibe gleichfalls ein Stück der hier stark verdünnten Kapsel excidirte und die Ränder der letzteren Wunde durch Naht vereinte. — 8 Monate nach dem Eingriff bewies eine Nachuntersuchung, dass die Kniescheibe an normaler Stelle lag, und der Operirte ohne Schwierigkeit und ohne Ermüdung gehen konnte.

Reichel (Breslau).

44) **Tachard.** Traitement des pseudarthroses du tibia par l'injection interfragmentaire de teinture d'iode.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 257.)

Nicht mit Unrecht hält Verf. die Mehrzahl der Pseudarthrosen der Tibia für die Folge einer ungenügenden Frakturbehandlung. Die so häufig angeschuldigte Interposition von Muskeln zwischen die Bruchstücke ließe sich bei sorgfältiger Behandlung meist vermeiden und sei dann thatsächlich sehr selten. — Zur Heilung einer Pseudarthrose solle man sich durchaus nicht sofort zur Knochennaht entschließen, zumal auch sie im Erfolg oft im Stiche lässt, sondern versuche zunächst die seiner Zeit von Guyon empfohlene Injektion von Jodtinktur zwischen die Bruchstücke. Der Pat. ziehe, wenn man ihm die Wahl lasse, stets das letztere Verfahren vor. T. hat bisher, trotz eines sehr großen Materials an Frakturen, nur in 2 Fällen, 1mal im Januar 1879, das 2. Mal Oktober 1895, Veranlassung gehabt, die Jodinjektion bei Pseudarthrose der Tibia zu versuchen, beide Mal mit glänzendem Erfolg.

1) 30jähriger Mann. Fraktur beider Knochen im unteren Drittel des linken Unterschenkels. Nach 4monatlicher Behandlung ist noch keine Konsolidation eingetreten; keine Callusbildung. Am 1., 5., 10., 15. Januar 1879 injicirte T. je 15—20 Tropfen Jodtinktur zwischen die Fragmente. Schon am 12. Januar bemerkte man Calluswucherung. Am 1. Februar war die Konsolidation beendet.

2) 23jähriger Soldat erleidet am 4. Januar 1895 eine direkte complicirte Fraktur der rechten Tibia im mittleren Drittel. Knochennaht. Gipsverband. Nach 46 Tagen 1. Verbandwechsel. Keine Konsolidation. Neuer Gipsverband. Die

Metallsuturen und Knochensplitter wurden allmählich ausgestoßen. Am 18. Oktober bestand noch eine Pseudarthrose. Am 25. und 28. Oktober, 2. und 9. November Injektion von je 5 Tropfen Jodtinktur in den Bindegewebescallus. Bereits am 1. December bestand keine abnorme Beweglichkeit mehr, am 20. December war die Konsolidation beendet.

Reichel (Breslau).

45) **Vulpus** (Heidelberg). Zur Kasuistik der Sehnentransplantation. (Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 16.)

In dem 1. Falle handelte es sich um einen paralytischen Spitzfuß-Plattfuß eines 7jährigen Knaben, und gelang es, durch Transplantation der der Länge nach halbirten Sehne des Tibialis anticus in die des Großzehenstreckers — Durchflechtung der beiden Sehnen und Fixation mit Katgut —, nicht nur die Dorsalflexion des Fußes zu ermöglichen, sondern auch durch die funktionelle Reaktivierung des Tibialis anticus die zu starke Peroneuswirkung aufzuheben, den Plattfuß zu korrigiren.

Bei der 2., fast eben so alten Pat. mit paralytischem Klumpfuß-Spitzfuß vermochte V. durch Einpflanzung eines Lappens der Achillessehne in die Sehne des Peroneus longus ein sehr günstiges funktionelles Resultat — Fähigkeit zu aktiver Dorsalflexion — zu erreichen.

Über komplizirtere Transplantationen will V. nach längerer Beobachtungsdauer berichten und erwähnt vorläufig nur eines Falles von Überpflanzung je eines Achillessehnenlappens in die Sehne des Peroneus longus und in die des Tibialis anticus mit zunächst befriedigendem Ergebnis. **Kramer** (Glogau).

46) **Panse**. Laterale Luxation im Lisfranc'schen Gelenk. (Aus dem Krankenhause »Bergmannstrost« in Halle a/S.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 24 u. 22.)

P. fand in der Litteratur 45 Fälle der oben genannten Verrenkung verzeichnet; 23 derselben waren solche von Verrenkungen einzelner Mittelfußknochen, 22 Totalverrenkungen, von letzteren 14 nach oben, 1 nach unten und 7 seitliche, davon 6 laterale. Letzteren fügt Verf. eine neue Beobachtung hinzu, um auf Grund dieses Materials von 7 Fällen besonders den Entstehungsmechanismus dieser Verrenkungen im Lisfranc'schen Gelenk nach außen genauer zu besprechen. In P.'s Falle war die Verrenkung dadurch zu Stande gekommen, dass der eiserne Haken eines Drahtseiles, an welchem der vom Pat. geleitete, von einer schräg abfallenden Brücke herabstürzende Wagen befestigt war, den Mann am linken Mittelfuß medianwärts erfasste und nach links herumschleuderte, so dass er zu Fall kam. Die Diagnose einer lateralen Verrenkung im Lisfranc'schen Gelenk wurde durch die Durchleuchtung des Fußes mit Röntgenstrahlen bestätigt. Der ganze Metatarsus war um die Breite des Cuneiforme I nach außen verschoben, so dass dessen laterale Fläche mit der medialen des I. Metatarsale ungefähr in einer Ebene lag. Dem entsprechend hatten die Basen der beiden Mittelfußknochen das Cuboides völlig verlassen. Außerdem zeigte das Köpfchen des Metatarsale II einen Splitterbruch, war aus dem Metatarsale III ein Keil herausgebrochen. Die Reposition in Narkose gelang erst, als bei fixirtem Tarsus der Metatarsus zunächst hyperabducirt, dann unter möglichst kräftiger Extension und gleichzeitigem direktem Druck auf die laterale Seite des V. Metatarsale adducirt wurde. Das Skia-gramm ließ die nahezu vollkommene Reposition erkennen. Heilung im Gipsverband mit Versteifung in den Tarso-Metatarsalgelenken.

Auch die übrigen in der Litteratur mitgetheilten Fälle der in Rede stehenden Verrenkung zeigen, eben so wie die von Monnier angestellten Leichenversuche, dass zum Zustandekommen der lateralen Luxation eine beträchtliche Gewalt erforderlich ist, die auf die mediale Seite des distalen Fußabschnittes oder auf die laterale des proximalen bei Fixation des jeweils anderen Theiles einwirkte.

Kramer (Glogau).

47) **Delbet.** Hallux valgus bilatéral traité par la résection sémi-articulaire et la vaginoplastie artificielle. — Rapport par Kirmisson.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 181.)

In einem Falle schweren doppelseitigen Hallux valgus verfuhr D. so, dass er nach Exstirpation des aufsitzenden Schleimbeutelhygroms die Exostose an der Innenseite des Metatarsalköpfchens und einen Theil des letzteren selbst mit dem Meißel abschlug, durch diese partielle Resektion die Gradstellung der Zehe ermöglichte und sie nun dadurch dauernd in normaler Lage erhielt, dass er ihre Strecksehne auf die Innenseite verlagerte. Er verlegte sie in die durch Incision bis auf den Knochen und Zurückhebelung des periostal-fibrösen Überzuges geformte Rinne und fixirte sie, indem er die Periostlappen über ihr in einer Ausdehnung von ca. 2½ cm vernähte. Glatte, dauernde Heilung.

Reichel (Breslau).

48) **C. Taruffi.** Zwei Fälle von Morton'scher Krankheit.

(Mittheilung aus der med.-chirurg. Gesellschaft von Bologna 1896.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von Metatarsal-, resp. Zehenneuralgie, deren erste Darstellung wir Thomas Morton (A peculiar affection of the fourth metatarsophalangeal articulation. Philadelphia 1876) verdanken. Der 1. Fall des Verf. betrifft ihn selbst, der 2. eine alte Frau von 70 Jahren.

Im ersten handelte es sich um einen ganz akut während der Nacht einsetzenden Schmerz in der 4. Zehe des linken Fußes; am Morgen ließ der Schmerz etwas nach. Objektiv nichts Wesentliches zu sehen; passive Bewegungen ohne Schmerzen. Derartige Schmerzanfälle wiederholten sich 20 Nächte. Unter dem Einfluss von warmen Fußbädern trat Röthung und Schwellung am Fußrücken auf, die nach Bindeneinwicklung allmählich wieder verschwand. Weiterhin brachte leichte Massage Linderung. Es trat relative Heilung ein; doch blieben, selbst nach Ablauf von 5 Monaten, immer noch geringe Beschwerden übrig.

Im 2. Falle bestanden die Anfälle schon seit 8 Jahren und betrafen ebenfalls die 4. Zehe des linken Fußes. Bei der objektiven Untersuchung fand sich außer Druckempfindlichkeit und einer Depression am Fußrücken, entsprechend den Epiphysen des 3. und 4. Metatarsale, nichts Bemerkenswerthes. Die Kranke fand beim Anfall nur dadurch Erleichterung, dass sie die kranke Zehe stark komprimirte. In den letzten Jahren waren die Anfälle seltener geworden.

Verf. glaubt in seinem eigenen Falle Gicht ausschließen zu können, da hier fast ausnahmslos die Großzehe befallen wird, und von Anfang an Röthung und Schwellung am befallenen Gelenk auftreten; auch die disponirenden Momente (Heredität, Alter, geistige Anstrengung) fehlen. Eben so kann es sich nicht um eine Neuritis handeln, da die entsprechenden Symptome fehlen. Die Ätiologie ist unklar, doch hat Verf. etwa 50 Tage vor dem 1. Anfall ein kleines Trauma erlitten, das vielleicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Neuralgie stand.

Diese Art von Neuralgie scheint bei uns ziemlich selten zu sein. Nach den in der Litteratur vorliegenden Berichten ist in allen Fällen der anfallsweise auftretende Schmerz charakteristisch; derselbe erscheint in den meisten Fällen in der Metatarsal-phalangealgegend der 4. Zehe. Entzündliche Röthe ist bisweilen vorhanden, in anderen Fällen fehlt sie. Als Gelegenheitsursachen gelten Traumen (Gelenkverdehnungen) so wie Druck des Stiefels. Therapeutisch empfiehlt sich am meisten absolute Ruhe und vorsichtige Massage. Elektrizität brachte dem Verf. keinen Nutzen. In den chronischen Fällen ist das Hauptgewicht auf geeignetes Schuhwerk zu legen; eventuell kommt die Resektion des Metatarsalköpfchens in Frage.

H. Bartsch (Heidelberg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38.

Sonnabend, den 25. September.

1897.

Inhalt: A. Schanz, Zur Messung von Skoliosen. (Original-Mittheilung.)

- 1) Eulenburg und Samuel, Allgemeine Therapie. — 2) Dornblüth, Kochbuch. — 3) Leser, Specielle Chirurgie. — 4) Goldmann, Bösartige Geschwülste. — 5) Küttner, Entzündung der Lymphangiome. — 6) Perry, 7) Krefling, Bubonen. — 8) Wolters, 9) Harttung, Quecksilberinjektionen. — 10) Newman, Harnröhrenstrikturen. — 11) Englsch, Exstirpation der Cowper'schen Drüsen. — 12) Casper, Prostata. — 13) Nitze, Cystoskopischer Evakuationskatheter. — 14) Hutinel, 15) Delbance, Cystitis. — 16) Delbet, Zur Behandlung von Pyelitis und Hämorrhagien. — 17) Meyer, Harnleiterkatheterismus. — 18) Stinson, Nephropexie. — 19) Bergh, Die weiblichen Genitalien. — 20) Kelly, Gebärmutterdislokation. — 21) XII. internationaler medicinischer Kongress. — 22) Würz, Epithelcysten. — 23) Honsell, Krebsbehandlung. — 24) Anthony, Kreolinvergiftung. — 25) de la Harpe, Jodoformvergiftung. — 26) Lazarew, Herzsypills. — 27) Staffel, Spondylitis. — 28) Joachimsthal, 29) Jagerink, Rückgratsverkrümmung. — 30) Rasch, Blasenspalte. — 31) Termet, Cavum Retzii. — 32) Fenger, Harnleiterstriktur. — 33) Klamann, Akute Nierenverlagerung. — 34) Tuffier, Nierentuberkulose. — 35) Rosenthal, 36) Lwow, Gebärmuttermyom. — 37) Schauta, Ovariectomie.

Zur Messung von Skoliosen.

Von

Dr. A. Schanz in Dresden.

Die bis heute angegebenen und gebräuchlichen Methoden zur Messung von Skoliosen sind, wenn sie einigermaßen brauchbare Resultate geben sollen, ohne Ausnahme außerordentlich zeitraubend, sie erfordern große Übung des Messenden, und die erforderlichen Apparate sind äußerst kostspielig. Die Folge davon ist, dass vielfach, zumal an Polikliniken, ganz darauf verzichtet wird, Messungen vorzunehmen. Wir bedürfen der Messung ja nicht zur Stellung der Diagnose und für die Wahl der therapeutischen Maßnahmen, aber wir können derselben nicht entbehren, wenn es sich darum handelt, unsere Behandlungsergebnisse zu kontrolliren. Deshalb genügt für die Praxis im Allgemeinen eine Methode, welche uns erlaubt, diese Kontrolle auszuüben.

Als eine solche Methode möchte ich die systematische Messung der Körpergröße Skoliotischer empfehlen. Dieselbe beruht auf dem einfachen Satz, dass die Endpunkte eines krummen Stabes sich von einander entfernen, wenn man den Stab gerade biegt, sich nähern, wenn man seine Krümmung vermehrt. Auf die Skoliose übertragen heißt dies: Die Körpergröße eines Skoliotischen nimmt zu, wenn sich die Skoliose bessert, sie nimmt ab, wenn sich die Skoliose verschlimmert.

Bei Pat., welche sich in der Wachstumsperiode befinden, muss natürlich bei den bezüglichen Feststellungen auf das normale Körperwachstum Rücksicht genommen werden. Es entsteht daraus eine Fehlerquelle, die aber nicht so bedeutend ist, als man von vorn herein glauben möchte. Wir kennen das durchschnittliche Wachstum eines Menschen in den verschiedenen Lebensabschnitten genau. Wenn wir diese gegebenen Zahlen einsetzen, so machen wir im Allgemeinen den Fehler, dass wir ein zu rasches Wachstum des Pat. fordern. Denn ein Skoliotischer wächst, auch wenn seine Skoliose sich nicht verschlimmert, nicht ganz so rasch wie ein normaler Mensch. Auf diese Verhältnisse muss man Rücksicht nehmen, wenn zwischen den Messungen größere Zeiträume liegen. Sind die Zeiträume kurz (unter 1 Monat), so kann man die Wachstumszunahme im Allgemeinen überhaupt aus der Rechnung lassen.

Man kann aus den bei den Messungen gefundenen Zahlen natürlich leicht eine Kurve konstruieren. Zeichnet man sich daneben die normale Wachstumskurve des Pat., so erhält man eine sehr schöne graphische Darstellung des Behandlungsergebnisses.

Zu meinen Messungen und zu deren Aufzeichnung benutze ich als eine äußerst bequeme, praktische und billige Vorrichtung die Skala-Messtabelle von E. v. Lange, erschienen im Verlag von J. F. Lehmann in München.

Diese Messtabelle (Schulausgabe) hat v. Lange konstruiert, um systematische Längenmessungen von Schulkindern in bequemer Weise ausführen und fixieren zu können. Sie enthält eine Anzahl von Spalten, deren je eine für jedes Kind bestimmt ist. Außerdem findet sich auf der Tabelle die normale Körpergröße vom 5. bis 21. Lebensjahr graphisch dargestellt, so dass man sich über diesen Punkt stets rasch orientieren kann.

Der Gebrauch der Tabelle ist ein so einfacher, dass ich auf eine Beschreibung desselben verzichten kann.

1) **A. Eulenberg** und **Samuel**. Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik. Lfg. 1 und 2.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1897.

Wir leben in einer Zeit, in welcher die Therapie, die eigentliche Kunst des Heilens, in der Medizin wieder den ihr gebührenden Rang einnimmt. Gewaltige Gebiete hat sich dieselbe in den letzten Jahr-

zehnten speciell durch Fortschritte in der Chirurgie zu erringen gewusst; die sociale Gesetzgebung bildet einen Ansporn, ihr Leistungsgebiet nach den verschiedensten Richtungen zu erweitern; neue Mittel gehen in reicher Zahl aus den chemischen Laboratorien hervor; Massage, Wasserheil- und Brunnenkuren, Elektrizität, richtig verwendet, leisten Treffliches, richtige Diät schützt den Gesunden, hilft dem Kranken genesen. In einer solchen Zeit ist es sehr angebracht, wenn neben den reichlich emporspriessenden Werken über specielle Therapie auch ein solches über allgemeine Therapie erscheint, das, von einer Anzahl bewährter Ärzte geschrieben, die wissenschaftlichen allgemeinen Grundlagen dieser unserer modernen Heilbestrebungen bearbeitet, die dem Praktiker voller geistiger Besitz sein sollten. Denn die specielle Therapie ist doch nur die Anwendung solcher Regeln in jedem Einzelfall; ohne Rücksicht auf sie verfällt sie dem Dilettantismus und Charlatanismus. Ein solches Buch sollte um so fleißiger namentlich von jüngeren Kollegen studirt werden, da auf der Universität doch nur sehr Wenige von ihnen Gelegenheit nehmen, mit der allgemeinen Therapie und den physikalischen und diätetischen Heilmethoden sich genauer zu beschäftigen, ohne deren Kenntniss sie auch im Kampf gegen das Pfscherthum dem Feinde schlecht gerüstet gegenüber treten.

So ist das vorstehende Unternehmen, dessen 2 erste Lieferungen aus der Feder Samuel's gediegene einleitende Kapitel über die Geschichte der Therapie und Allgemeines über Verhütung und Heilung der Krankheiten bieten, als durchaus zeitgemäß zu bezeichnen.

Richter (Breslau).

2) **A. Dornblüth.** Kochbuch für Kranke.

Leipzig, **Hartung & Sohn**, 1897.

Auch dieses Buch dürfte vielen Kollegen sehr angenehm sein, die sicher, wenn sie ihre Praxis beginnen, gerade bei der Frage nach Herstellung und Auswahl der Nahrungsmittel in einzelnen Krankheitsfällen meist sehr große Lücken in ihrem Wissen verspüren, die sie nothgedrungen durch Eigenstudium ausfüllen müssen. Dazu ist das vorstehende, ohne viel Prätention auftretende Büchelchen recht geeignet, in dem der Autor den Leser erst über die Nahrungs- und Genussmittel, ihren Nährwerth, ihre Verdaulichkeit, die Art ihrer Zubereitung und Verwerthung im Allgemeinen, auch ihren Ersatz durch besonders präparirte Nährstoffe (z. B. Nutrose, Somatose und ähnliche) unterrichtet, darauf 167 bewährte Recepte — meist aus der Feder einer in der Krankenpflege erfahrenen Frau — zur Herstellung bestimmter Speisen und Getränke giebt, um zuletzt auf die Kost bei verschiedenen Krankheiten und Lebenszuständen überzugehen. Das gut ausgestattete Buch, das mit einem Bezugsquellennachweis endet, dürfte mit Recht so manchem Kollegen ein oft benutzter Berather werden.

Richter (Breslau).

3) **E. Leser.** Die specielle Chirurgie in 50 Vorlesungen.
(Ein kurz gefasstes Lehrbuch für Ärzte und Studierende.)
Dritte vermehrte und verbesserte Auflage.

Jena, **Gustav Fischer**, 1897. XVI u. 1082 S. Mit 311 Abbildungen.)

Der zweiten Auflage des L.'schen Lehrbuches ist in kurzer Frist die vorliegende dritte Auflage gefolgt, ein Beweis, dass sich dasselbe in den Kreisen, für die es bestimmt ist, rasch Eingang verschafft und Anerkennung erworben hat. Und das mit Recht; denn in der That ist dieses in knapper, dabei jedoch möglichst vollständiger und klar verständlicher Form geschriebene Buch, dessen Vorzüge wir in diesem Blatte bereits beim Erscheinen der früheren Auflagen hervorgehoben haben, speciell für den Studierenden wie kein anderes geeignet. Früher hatte der Student nur die Wahl zwischen den mehrere Bände starken großen Hand- und Lehrbüchern der speciellen Chirurgie, deren unsere deutsche Litteratur bekanntlich einige mustergültige besitzt, und jenen unglückseligen kleinen Kompendien, welche nur dazu geeignet sind, ihn zur Oberflächlichkeit zu verleiten. Da ihm erstere zu ausführlich und kostspielig waren, erwarb er leider die letzteren. Erst das Erscheinen des L.'schen Buches hat hierin Wandel geschafft und wird es immer mehr thun, weil es den vielseitigen Stoff gerade in dem Umfang giebt, wie er vom Studenten im Examen verlangt wird. Aber auch der praktische Arzt wird sich, zumal für die wichtigeren und häufig wiederkehrenden chirurgischen Krankheitsbilder, dieses Buches mit Vortheil bedienen.

Auch in dieser Auflage hat Verf. sich bemüht, alle wesentlichen Fortschritte der Chirurgie zu berücksichtigen. Von diesem Gesichtspunkt aus haben die Abschnitte über die Chirurgie der Schilddrüse, der Bauchhöhle und ihrer Organe, der Prostata und der Extremitäten Änderungen und Erweiterungen erfahren; trotzdem ist der Umfang des Buches (jetzt 1082 Seiten) nur unbedeutend angewachsen. Eben so hat Verf. durch Vermehrung der Abbildungen (jetzt 311) das Verständnis des Textes zu erleichtern gesucht.

Eine etwas eingehendere Behandlung unter Hinzufügung von Abbildungen hätte das Krankheitsbild der Coxa vara verdient. Ferner fehlt leider noch das praktisch so wichtige Kapitel der chirurgischen Krankheiten des inneren Ohres.

Diese geringfügigen Ausstellungen können indessen dem Werth des L.'schen Buches als Ganzes keinen Eintrag thun. Vielmehr sei auch diese neue Auflage desselben den Studierenden und Ärzten bestens empfohlen!

O. v. Büngner (Hanau).

4) **Goldmann.** Anatomische Untersuchungen über die Verbreitungswege bösartiger Geschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII Hft. 3.)

Der durch die Exaktheit seiner histologischen Arbeiten bekannte Verf. hat durch die Anwendung der Unna-Tänzer'schen Orcein-

methode auf das Studium bösartiger Geschwülste Resultate erhalten, welche geeignet sind, unsere bisherigen Anschauungen vielfach zu erweitern und zu korrigiren. Als ganz allgemein gültige Regel hat sich ergeben, dass bei Sarkomen und Carcinomen gleichmäßig schon in der primären Geschwulst oft in sehr frühen Stadien Blutgefäße, speciell die Venen, von der Neubildung betroffen werden. Die Venenerkrankung macht sich in 3 verschiedenen Formen geltend: 1) als obturirender, häufig bindegewebig organisirter Geschwulstthrombus mit völliger Degeneration der Wand. 2) Als intramurales Fortschreiten des Carcinoms neben den Erscheinungen einer proliferirenden Endophlebitis, wobei Lichtung und Endothel der Vene lange sich erhalten können. 3) Als circumscripfter Durchbruch von Carcinomzellen in die Vene hinein; dabei können Gerinnungserscheinungen des Blutes ausbleiben. Viel größeren Widerstand setzen dem bösartigen Process die Arterien entgegen, doch sah G. auch an ihnen völlige Wandzerstörung mit carcinomatöser Thrombose sowohl, als auch umschriebene Einbrüche von Krebszellen in die Lichtung. Die der zweiten Form der Venenveränderung entsprechende Alteration kommt an Arterien nicht zur Beobachtung, ihre Stelle vertritt eine Periarteritis carcinomatosa. Die Infektion der Blutgefäßwand erfolgt durch den Blutstrom, und erklärt G. das verschiedene Verhalten der Arterien und Venen aus der verschiedenen Vertheilung der Vasa vasorum.

In einem zweiten Abschnitt weist Verf. nach, dass dieselben Veränderungen der Blutgefäße sich auch in Lymphdrüsenmetastasen, in Körpermetastasen und in recidivirenden Geschwülsten finden.

Der dritte Abschnitt ist dem Studium des Verhaltens bösartiger Neubildungen gegenüber Drüsenausführungsgängen, Bronchien und Follikulargebilden der Haut gewidmet. Als durchgreifender Unterschied zwischen den Wucherungen des Carcinoms in diesen Gebilden und carcinomatös degenerirten Blutgefäßen hat sich ergeben, dass in letzteren das Carcinom stets ein vaskularisirtes Stroma besitzt, während es bei ersteren fehlt. Die carcinomatösen Veränderungen der genannten Gebilde, überhaupt aller durch elastische Ringfaserzüge abgeschlossenen Organe, sind nach G. (unter Zuhilfenahme der Orceinmethode) von grundlegender Bedeutung für die histologische Frühdiagnose der bösartigen Neubildungen. Unser Bestreben muss zunächst darauf gerichtet sein, die bösartige Neubildung an ihrem »peripheren Wachsthum«, an ihrem Eindringen in Gewebsspalten und Kanalsysteme zu diagnosticiren.

Die Angesichts der geschilderten Resultate auffallende Thatsache, dass die Metastasirung der Carcinome im Anfang am häufigsten auf dem Wege der Lymphgefäße und nicht auf dem Blutwege erfolgt, sucht G. aus den verschiedenen anatomischen Verhältnissen zu erklären, indem er darauf hinweist, dass in Folge der regelmäßigen Klappenanordnung in den Lymphgefäßen körperliche Elemente, welche einmal in ein mit Klappen versehenes Lymphgefäß hinein gelangt sind, nothwendig wenigstens bis zur nächsten Lymphdrüse fortbewegt

werden müssen. Bei den Venen dagegen genügen schon geringfügige Druckschwankungen, um hinein gelangte Geschwulstelemente wieder centrifugalwärts zu treiben und fest zu keilen. In diesem Sinne macht G. für die ausgedehnte herdweise Ausbreitung einer bösartigen Geschwulst zum größten Theil die Venen und nicht die Lymphgefäße verantwortlich; dessgleichen für das Tiefenwachsthum, da Anastomosen zwischen den in verschiedenen Gewebsschichten verlaufenden Lymphgefäßen nicht bestehen.

Auf die specielle Begründung der vom Verf. vertretenen Anschauungen kann im Referat nicht eingegangen werden; dieselbe ist im Original nachzusehen, dessen Studium sich auch mit Rücksicht auf zahlreiche dort besprochene (hier nicht berührte) Fragen aus der Pathologie der bösartigen Geschwülste empfiehlt.

Besonders sei auch auf die prachtvollen histologischen Abbildungen (6 Farbentafeln) hingewiesen, deren Betrachtung allein schon einen Genuss für den Mikroskopiker darstellt.

Hofmeister (Tübingen).

5) **Küttner.** Über die intermittirende Entzündung der Lymphangiome.

(Beiträge zur klin Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

In der Bruns'schen Klinik wurde unter 19 Lymphangiomen das Vorkommen intermittirender Entzündungen 4mal beobachtet; 3mal bei Makroglossie, 1mal bei Makrochilie und 1mal bei einem Lymphangiom des Brustkorbes. 24 weitere Fälle konnte K. aus der Litteratur zusammenstellen. Diese intermittirende Entzündung fasst K. im Gegensatz zu Riedel als infektiösen Process auf, und zwar findet die Infektion entweder von außen her durch kleine Verletzungen oder Ulcerationen, oder auf dem Wege der Lymphgefäße statt. Kavernöser Bau und ein bestimmter Sitz der Geschwulst (Mundhöhlenorgane) sind prädisponirende Momente. Die wiederholten Entzündungen sind entweder bedingt durch erneute Infektion oder durch Wiederaufleben zur Ruhe gekommenen Keime bei günstigen Entwicklungsbedingungen (Lymphstauung). Praktische Wichtigkeit gewinnt die Erkrankung durch die mitunter recht bedrohlichen Erscheinungen, durch den hemmenden oder fördernden Einfluss auf das Wachsthum der Geschwulst, besonders aber durch ihre Bedeutung für die Diagnose des Lymphangioms.

Hofmeister (Tübingen).

6) **C. Perry.** The etiology and treatment of venereal buboes.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. November.)

Verf. bekennt sich auf Grund einer reichen Erfahrung zu der Anschauung, dass die Bubonen nicht durch Übertritt von Mikroorganismen in die Lymphwege, sondern durch Absorption eines chemischen Giftes entstehen und empfiehlt im nichteitrigen Stadium Injektionen von Quecksilberbenzoat in die Bubonen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

7) R. Krefting. Über virulente Bubonen und den Ulcus molle-Bacillus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Neben den relativ sehr seltenen Fällen von suppurativer Lymphadenitis durch Mischinfektion mit pyogenen Mikroorganismen giebt es beim Ulcus molle 2 Arten von Drüsenentzündung, den nicht virulenten und den virulenten, schankkrösen Bubo. Bei den ersteren muss man sich nach dem Verf. noch mit der Hypothese begnügen, dass »die Stoffwechselprodukte der Mikroben die Eiterung ohne Bakterien hervorrufen können« (viel wahrscheinlicher ist es, dass auch sie durch die Bacillen des Ulcus molle zu Stande kommen, und dass diese in ihnen schneller zu Grunde gehen); die virulenten Bubonen entstehen zweifellos durch den Transport der Ducrey'schen Bakterien. Die Zahl der Bubonen, welche Ulcus molle compliciren, ist nach den verschiedenen Beobachtern sehr verschieden, und unter ihnen schwankt auch der Prozentsatz der virulenten Bubonen sehr stark (zwischen 4 und über 50%); Verf., der selbst bei 143 Fällen von Ulcus molle in der Privatpraxis 27mal (also 19%) Bubonen, und unter diesen 7 (26%) virulente sah, ist geneigt, diese Schwankungen auf die verschiedene Virulenz des Ulcus molle in den einzelnen Epidemien zurückzuführen. Meist sind die Bubonen vor der Eröffnung virulent (»bubon virulent d'emblée«), seltener finden sich Virulenz und Bacillen erst später (»bubon virulent consécutivement«). Die Ursache des Bubo im einzelnen Falle ist schwer zu eruiren; die Größe des primären Ulcus scheint kaum eine Bedeutung zu haben; auch nachdem es verheilt ist (in 1 Falle des Verf. nach Exstirpation und prima intentio), kann der Bubo noch entstehen. Vielleicht hat die häufige Lokalisation am Frenulum eine Bedeutung. Die Behandlung hat bei den nicht virulenten Bubonen viel größere Erfolge, als bei den virulenten. Die Diagnose, ob die eine oder die andere Form vorliegt, lässt sich auch klinisch mit großer Wahrscheinlichkeit stellen; der virulente Bubo zeichnet sich aus durch akutere Einschmelzung, stärkere Röthung und Empfindlichkeit, durch einen schmutzigen schokoladenfarbigen Inhalt (im Gegensatz zu dem graulichen schleimigen Eiter des nicht virulenten Bubo); er geht nie zurück ohne Incision oder spontanen Durchbruch, secernirt nach der Eröffnung reichlich, seine Wundränder werden angefressen, und er heilt sehr langsam. Endlich lassen sich beim virulenten Bubo Bacillen nachweisen, und die Eiterkörperchen färben sich gut, die des nicht-virulenten schlecht.

(Die rein klinischen Momente dieser Differentialdiagnose sind, so weit sie die Zeit vor der Eröffnung betreffen, nicht absolut sicher. Ref.).

Jadassohn (Bern).

8) **M. Wolters.** Über lokale Veränderungen nach intramuskulärer Injektion von Hydrargyrum salicylicum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Verf., der schon früher Gelegenheit gehabt hat, die lokalen Veränderungen nach Quecksilberinjektionen zu untersuchen, hat die Resultate seiner früheren Arbeit dadurch ergänzen können, dass ein Pat., der im Ganzen nur 6 Einspritzungen von Salicylquecksilber bekommen hatte, 3 Monate nach der letzten Einspritzung starb. W. betont, dass er auch in diesem Falle, eben so wie bei der klinischen Untersuchung solcher Pat., die vor vielen Monaten die gleichen Einspritzungen erhalten hatten, derbe Knötchen in der Muskulatur durch Palpation nachweisen konnte. Die Veränderungen waren in dem vorliegenden Falle wesentlich frischer als in den früher berichteten. Aus dem histologischen Befunde konstruiert Verf. den Vorgang, welcher sich an die Einspritzungen ungelöster Quecksilberpräparate anschließt, in folgender Weise. Durch die Einspritzung werden mechanisch und chemisch Muskelfasern zerstört; durch die Resorption ihrer Zerfallsprodukte entstehen leere Sarkolemmaschläuche, oder auch nach Zerstörung größerer Muskelbündel weitere Kanäle, die von Sarkolemma ausgekleidet sind. Von den letzteren — und nicht, wie der Verf. früher gemeint hat, vom Fettgewebe — aus geht dann eine Wucherung unter starker Kernvermehrung, die später zur Schrumpfung und Vernarbung führt.

Von besonderem Interesse ist, dass Verf. Quecksilber in der Muskulatur nicht mehr nachweisen konnte, ein Umstand, welchen er mit Recht dagegen ins Feld führte, dass, wie man geglaubt hat, noch eine lange Zeit nach der Einspritzung an dem Dépôt Quecksilber gebunden bleibe, welches dann durch plötzliche Resorption zu schweren Gefahren führen könne.

Jadassohn (Bern).

9) **Harttung.** Zur Technik der Lungenembolien bei Hydrargyrum-Paraffininjektionen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XL. Hft. 1.)

Zu der in letzter Zeit wieder besonders viel besprochenen Frage der Embolie nach Einspritzung ungelöster Quecksilberpräparate betont der Verf., dass er schon aus theoretischen Erwägungen zu der Anschauung gekommen sei, dass die von Lesser empfohlene Maßregel, vor der Einspritzung zu sehen, ob aus der eingestoßenen Kanüle Blut herauströpft, keine Sicherheit gegen die Möglichkeit einer Embolie geben könne. Diese Erwägung hat er bei Versuchen an Kaninchen und gelegentlich auch bei Menschen bestätigt gefunden. Aus der in eine Vene eingestoßenen Kanüle floss nur dann Blut ab, wenn man centripetal einstieß, und der Arm abgebunden war. Trotzdem ist Verf. von der Vorzüglichkeit der Injektionen ungelöster Salze überzeugt und betont, dass in der dermatologischen Abtheilung des

Allerheiligen-Hospitals in Breslau unter ca. 8000 Injektionen nur 5 ganz harmlos verlaufene Embolien vorgekommen sind.

Jadassohn (Bern).

10) **R. Newman.** Results of (chemical) electrolysis versus divulsion or cutting in the treatment of urethral strictures.

(New York med. record 1897. März 27.)

Der bekannte Verf. hat 30 Jahre mit Erfolg (ohne einen Rückfall!) Strikturen mit Elektrolyse nach seiner Methode behandelt. Er publicirte 300 Fälle in 3 Serien und berichtete über 1745 erfolgreiche Anwendungen von 45 verschiedenen Operateuren. Im vorliegenden Aufsatz beklagt sich N., dass durch schlechte Nachahmung seiner Instrumente und durch andere minderwerthige Methoden (besonders mit zu starken Strömen) seine absolut sichere und milde Methode in Misskredit gebracht worden sei. Der richtige Weg ist nur folgender: Die negative Elektrode wird in der von ihm angegebenen Olivenform — im Allgemeinen No. 11 französischen Kalibers — ohne Gewalt gegen die Striktur gehalten, bis die Resorption es gestattet, zu passiren und gleich zurückgezogen zu werden. Nach einer Woche 2. Sitzung mit No. 14 in gleicher Weise; jede Woche eine breitere Elektrode, bis das normale Verhältnis wieder hergestellt ist. Keinesfalls darf der Strom stärker als 5 Milliampères sein. Die Sitzungen sollen etwa 10 Minuten dauern. Nach der Erklärung des Verf. kann ein Strom von 5 Milliampères weder ätzend noch zerstörend auf die normalen Gewebe wirken, sondern die Heilwirkung geschieht allein durch Resorption des erkrankten Gewebes. »Alle anderen Verengerungen mögen auch schon in der gewöhnlichen früheren Weise weiter behandelt werden«, nur für die cirkulären verlangt Verf. die Anerkennung, dass seine Methode praktisch und theoretisch die beste sei. Die schneidenden Operationen können die Striktur nur an einer Stelle und an einer Linie trennen und lassen die übrigen Theile der Verengerungen intakt, so auch Le Fort's lineäre Methode; entweder heilt die innere Urethrotomiewunde wieder per primam, oder die Granulationen schrumpfen ebenfalls, wenn nicht in der genauesten Weise mit Sondenbehandlung auch nicht immer ganz erfolgreiche Versuche zur Erhaltung der Lichtung gemacht werden. Briefe von Pat. und Ärzten, günstige Äußerung eines Komités, erneute Untersuchungen gestatten den Schluss, dass die elektrolytische Methode N.'s in der That eine wohlfundirte ist, welche vor Allem gegen Recidive schützt. Mit der theoretischen Erklärung der Absorption im Gegensatz zur chemisch-kaustischen Wirkung, wie N. immer wieder hervorhebt, auf Grund schwacher Ströme kann sich Ref. trotzdem nicht befreunden und hält es für sicher, dass nur ein gradueller Unterschied in der Ätzwirkung besteht. Natürlich entsteht diese Ätzwirkung erst in Folge der Zerlegung der Gewebe durch den Strom. Wer sich mit Elektrolyse beschäftigt, sieht schon bei ganz

kleinen Strömen, z. B. 1 Milliampère, geringe, aber deutliche kaustische Destruktionen.

Löwenhardt (Breslau).

11) **J. Englisch** (Wien). Zur Exstirpation der Cowper'schen Drüsen.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 7.)

Die chronische Entzündung der Cowper'schen Drüsen, besonders bei tuberkulösen Individuen, veranlasst eine fistulöse Form der Periurethritis eventuell auch unter Auftreten umschriebener kleiner Geschwülste. E. unterscheidet je nach Durchbruch der Fistel in Harnröhre, Damm und Mastdarm verschiedene Arten von Fisteln, welche wieder durch Abfluss des Urins nach außen und nach dem Mastdarm complicirt sein können. Die fistulöse Absonderung wird durch die Überreste der Drüsen selbst besorgt, und damit die Fistel unterhalten. Je nach der Größe des Drüsenrestes bedarf es verschiedener Maßnahmen zum Verschluss der Fisteln. Den unsicheren Verfahren, wie Bäder, Umschläge, Ätzungen etc. ist die Spaltung der Fistel mit Exstirpation des Drüsenrestes besonders beim Vorhandensein kleiner Geschwülste oder bei tuberkulöser Basis der Erkrankung vorzuziehen. Die Exstirpation geschieht durch ausgedehnte Schnitte am Damm eventuell mit Spaltung des Sphincter ani. 4 entsprechende Krankengeschichten, in denen durch das Verfahren Heilung erzielt wurde, werden mitgeteilt.

F. Krumm (Karlsruhe).

12) **L. Casper**. Experimentelle Untersuchungen über die Prostata mit Rücksicht auf die modernen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 27.)

Unter Berücksichtigung derjenigen Arbeiten, in denen makro- und mikroskopische Berichte über den im Titel genannten Gegenstand vorliegen, legt Verf. die Resultate seiner vor 2 Jahren begonnenen und an 21 Thieren (11 Hunden und 10 Kaninchen) angestellten Experimente nieder, welche sich mit der Frage der Wirkung der doppelseitigen und einseitigen Kastration, der doppelseitigen und einseitigen Durchtrennung der Vasa deferentia und der Verfütterung von Prostatasubstanz auf die Prostata erstreckten. — Die Versuchsergebnisse, über welche Verf. demnächst in den Monatsberichten über die Gesamtleistungen auf dem Gebiet der Krankheiten des Harn- und Sexualapparats eine ausführliche Publikation erscheinen lassen will, ergaben kurz und zusammenfassend: Doppelseitige Kastration verursachte jedes Mal Schrumpfung der Prostata; doppelseitige Durchschneidung des Vas deferens war einmal von einer Schrumpfung der Vorsteherdrüse, welche in etwas langsamerem Tempo als nach der Kastration vor sich ging, gefolgt; in den anderen beiden Fällen wurde die Atrophie vermisst. Die Vas deferens-Durchschneidung verursachte ferner in der vom Verf. innegehaltenen Zeit von 4 Mo-

naten keine Atrophie des dazu gehörigen Hodens. Einseitige Kastration, einseitige Excision des Vas deferens und die Verfüterung von Prostatasubstanz übten gar keinen Einfluss auf die Vorsteherdrüse aus, in keinem Falle konnte eine Schrumpfung beobachtet werden.

C. betont, dass er aus diesen Thierexperimenten keinen Schluss bezüglich der Verwerthung dieser Operationen am Menschen ziehen will und kann. Die Frage erscheint ihm, obgleich er derartige Eingriffe an 18 Pat. vorgenommen hat, noch nicht spruchreif. Eine lange Beobachtungszeit der Operirten erscheint ihm nothwendig, bevor ein Urtheil über den Erfolg oder Misserfolg der Methoden gebildet werden kann.

Gold (Bielitz).

13) M. Nitze. Der cystoskopische Evakuationskatheter.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 7.)

Die bisher üblichen Mittel, um sich zu überzeugen, dass nach erfolgter Litholapaxie wirklich Alles entfernt sei, bieten erfahrungsgemäß keine genügende Sicherheit. Außerdem ist es oft schwierig, nach der Operation eine revidirende Untersuchung bei dem sich völlig wohlfühlenden Pat. zu erlangen. Um nun die Einführung eines besonderen Irrigationscystoskops nach der Litholapaxie zu umgehen, hat N. einen cystoskopischen Evakuationskatheter konstruirt und seit lange mit Erfolg angewandt, der es ihm ermöglicht, unmittelbar nach der Litholapaxie im Anschluss an die Evakuation durch cystoskopische Untersuchung den direkten Beweis zu erbringen, dass die Litholapaxie eine vollkommene war, oder eventuell zurückgebliebene kleine Stücke zu zählen, größere Stücke festzustellen und nach erneuter Einführung des Lithotriptors zu zerkleinern. Der Apparat besteht aus einem gewöhnlichen Evakuationskatheter, der an seinem vorderen umgebogenen Ende eine Glühlampe trägt, und aus dem Träger des optischen Apparats, der wie ein Mandrin in den Katheter eingeschoben wird.

F. Krumm (Karlsruhe).

14) Hutinel. Cystites coli-bacillaires chez les enfants.

(Presse méd. 1896. No. 95.)

Verf. hat mehrfach Gelegenheit gehabt, Fälle von Cystitis bei Kindern, besonders kleinen Mädchen, zu beobachten, bei denen Bacterium coli im Urin nachgewiesen werden konnte. Diese Blasenentzündungen traten stets im Gefolge von Enteritis bzw. Proctitis auf und zeichneten sich durch günstige Prognose aus.

Die bei Kindern ebenfalls häufige Vulvovaginitis vermag nach des Verf. Ansicht nicht, für die Blase Bedingungen zu schaffen, welche das Ansiedeln von Bacillen und das Entstehen eines Blasenkatarrhs begünstigen, da eine normale Blase stets im Stande ist, die zufällig eingedrungenen Bacillen mit dem Urin sofort wieder herauszubefördern. Durch die Diarrhöe wird vielmehr die Diurese verringert. Dadurch stagnirt der Urin lange in der Blase, und letztere wird in einen kongestiven Zustand versetzt, welcher zur Ansiedelung von

Bakterien geeignet ist. Der Weg, welchen die Infektionserreger aus dem Mastdarm zur Blase nehmen, ist einmal die Harnröhre; das trifft gewiss zu, wenn es sich um Mädchen mit Diarrhöe handelt, bei denen die Vulva häufig durch Koth beschmutzt ist, nicht aber bei Knaben. Man muss dann schon annehmen, dass die Bacillen durch die Gewebe hindurch vom Mastdarm in die Blase wandern, ein Vorgang, dessen Möglichkeit von Wreden und Reymond bewiesen ist. Von deutschen Autoren hat Finkelstein die Anwesenheit von *Bacterium coli* in der Blase ebenfalls durch die erhöhte Aufnahmefähigkeit erklärt, in der sich die Blase befindet, und die durch Retention von Urin, passive Hyperämie, Herzschwäche, Schädigung des Epithels durch die im Harn ausgeschiedenen Toxine bedingt ist.

Alle Fälle des Verf. heilten in 2—3 Wochen unter gleichzeitiger Behandlung der Darmentzündung und der Blase mit 0,5%igen Kal. permangan.-Ausspülungen. **Tschmarke** (Magdeburg).

15) **E. Delbanco.** Cystitis und Ureteritis cystica und über die Septenbildung in der Schleimhaut der ableitenden Harnwege.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1897. Juli.)

Die Cystenbildungen in den ableitenden Harnwegen haben in den letzten Jahren eine Anzahl von Autoren lebhaft beschäftigt. Die Einen sehen dieselben als Resultat einer Degeneration an, die Anderen — und unter diesen speciell Kahlden — glauben sie auf eine Infektion mit Parasiten aus der Klasse der Sporozoen zurückführen zu müssen. Verf. hat im Königsberger pathologischen Institut 2 solche Fälle zu untersuchen Gelegenheit gehabt und ist dabei zu dem Resultat gekommen, dass es sich bei den in geringem Grad keineswegs seltenen, dann aber meist nur mikroskopisch zu konstatirenden Cystenbildungen um eine jedenfalls meistens auf entzündlichen Veränderungen beruhende Entartung der bekannten Brunn'schen Epithelnester handelt.

Die als Sporozoen gedeuteten Gebilde möchte er am ehesten noch als Resultate einer hyalinen Degeneration bezeichnen.

Der Haupttheil der Arbeit beschäftigt sich mit einer Kritik der über die Septenbildung in den ableitenden Harnwegen ausgesprochenen Anschauungen. Verf. ist es am wahrscheinlichsten, dass diese Septenbildung in analoger Weise wie der sogenannte Papillarkörper der Haut durch Einwachsen des Epithels in das Bindegewebe bedingt ist. Die nähere Ausführung dieses Gedankens muss im Original nachgelesen werden. **Jadassohn** (Bern).

16) **P. Delbet.** L'hématocatharsis dans les pyelites et les hémorrhagies.

(Presse méd. 1897. No. 2.)

In einem Falle von schwerer Urininfiltration mit sekundärer Pyelitis und allgemeinen Intoxikationserscheinungen hat D. mit

großem Erfolg intravenöse Infusionen vorgenommen. Er verwendet folgende Lösung: Chlornatrium und Natr. sulfur. aa 7,0 auf 1 Liter Wasser. Es erfolgte reichliche Stuhl- und Urinentleerung, das Fieber fiel ab, und der Kranke genas. Wenn Verf. auch nicht glaubt, damit ein Heilmittel gegen Pyelitis gefunden zu haben, so empfiehlt er doch, in verzweifelten Fällen den Versuch zu wiederholen, zumal der Eingriff ungefährlich ist, so lange das Herz noch nicht erheblich geschwächt erscheint. In letzterem Falle sind subkutane Injektionen vorzuziehen.

Die Infusionen bei schwerer Hämorrhagie, Hämoptoe, Epistaxis etc. sind ja schon lange Allgemeingut der Ärzte geworden, wenn auch in Deutschland wohl stets einfache, und zwar 0,6%ige Kochsalzlösungen verwendet werden, ohne Zusatz von Natr. sulfur. Nach den Untersuchungen Hayem's und des Verf. selbst wird durch die Einführung der Salzlösungen nicht nur die Flüssigkeitsmenge im Gefäßsystem vermehrt, sondern auch die Gerinnungsfähigkeit des Blutes, und dadurch ein Stillstand der Blutung bewirkt. D. glaubt daher, dass man auch in gewissen Fällen von Hämophilie und Purpura mit Erfolg eine derartige »Haematocatharsis« vornehmen kann.

Der Hinweis auf die letztere Möglichkeit und auf die Anwendung obiger Lösung bei Pyelitis dürfte auch bei uns eine dankenswerthe Anregung zu ähnlichen Versuchen bilden (Ref.).

Tschmarke (Magdeburg).

17) **W. Meyer.** Catheterism of the ureters in the male with the help of the ureter cystoscope — a report of seven cases.

(New York med. record 1897. Mai 1.)

Verf. hat mit Casper's Endoskop in seiner Praxis 7 erfolgreiche Anwendungen bei Männern bis Mai 1896 ausgeführt und publicirt dieselben. Sehr richtig betont er, dass er nur auf ganz strikte Indikationen hin die Katheterisation der Harnleiter für gerechtfertigt halte, d. h., wenn eine Nierenerkrankung lokalisiert werden, oder wenn eine Operation an der Niere ausgeführt werden, besonders aber wenn der Zustand der anderen Niere festgestellt werden soll.

Bei einem 47jährigen Mann wurde 1894 ein Papillom von Apfelgröße aus der rechten Seite der Blase entfernt mit Resektion des Harnleiterendes, 2 Zoll lang. 1895 wurden wiederum auf Grund cystoskopischer Untersuchung 15—20 kleinere und größere Geschwülste durch den hohen Blasenschnitt entfernt. 1896 Entfernung erneuter Recidive und eines Steines. 1897 ist die Blase wieder voll Geschwülste, gleichzeitig hat Pat. Schmerzen in der linken Lendengegend. Pyelitis und Papillome um die Harnröhrenöffnung. In diesem Falle ist der Katheterismus der Harnleiter unmöglich, weil die Öffnung nicht gefunden werden kann. Zum dritten Mal erscheint die Sectio alta indicirt, um von oben her die Katheter einzulegen.

Manchmal kommt durch irgend eine mechanische Verlegung der kleinen Katheterlichtung kein Urin heraus. Wenn wiederholte Aspi-

rationen mit einer kleinen Spritze keinen Erfolg erzielen, zieht man das Instrument in die Blase zurück und wäscht mit Borsäure durch, während das Auge des Harnleiterkatheters in der Blasenflüssigkeit bleibt. Bei einer Dame gelang es erst zum vierten Male, Durchgängigkeit des Instrumentes nach Einlegung in den Harnleiter zu erzielen.

Gute Assistenz ist vor Allem nöthig, besonders zum Fixiren des Cystoskops in den wichtigen Momenten. Verf. stellt kurz die Regeln für erfolgreiche Anwendung auf. Er hält es für besonders wichtig, mit dem Prisma möglichst dicht an die Harnleiterendung heranzukommen, aber die letztere in dem cystoskopischen Bilde möglichst entfernt von der Mitte der Blase am Ende des Bildes in Sicht zu haben. Der Katheterschnabel ist möglichst parallel mit dem unteren Ende des Harnleiters hineinzuschieben; 2 Zoll hoch ist im Allgemeinen genügend, dann wird der Mandrin herausgezogen, und der Urin pflegt abzufließen. Eine gewisse Begrenzung der Anwendung wird gegeben: 1) Wenn das Kaliber der Harnröhre zu eng ist, 2) die Kapazität der Blase zu gering ist, und die Flüssigkeit in der Blase nicht durchsichtig gemacht werden kann. Auch Abnormitäten, welche die Lage oder Lichtung der Harnleitermündung betreffen, kommen in Betracht. So fand Verf. einmal die Mündung 1 cm höher aufwärts als auf der gewöhnlichen Stelle am Ende der Falte. Der scharfe Winkel, den der Katheter mit der Richtung des Harnleiters bilden musste, dürfte weniger, als eine vermuthlich angeborene Verengung der Mündung den Erfolg vereitelt haben.

Verf. empfiehlt, die Pat. reichlich Flüssigkeit vor dem Eingriff zu sich nehmen zu lassen, um eine schnellere Sekretion zu erzielen; besonders beim Mann, wo man aus anatomischen Gründen mit der Zeit bei der Katheterisation beschränkt ist, muss doch meist in derselben Sitzung eine Niere nach der anderen katheterisirt werden, d. h. man kann nicht den ersten Katheter am Platze liegen lassen und dann die entgegengesetzte Seite vornehmen; nur Wenige dürften über ein derartiges Kaliber der Harnröhre verfügen. Bei der Frau liegen die Verhältnisse ungleich günstiger.

Die Kasuistik ist ungemein interessant und zeigt, wie Verf. in jeder Richtung mit der Technik vertraut ist. Wer sich intensiv damit beschäftigt, wird ihm besonders darin beistimmen, dass der Eingriff nicht zu Übungszwecken und nur nach strikten Indikationen ausgeführt werden soll. Es giebt aber auch Kontraindikationen; vor Allem ist die Infektionsfrage trotz aller Versicherungen der Enthusiasten vom Gegentheil nach Ansicht des Ref. in Betracht zu ziehen.

Löwenhardt (Breslau).

18) J. C. Stinson. Another method of fixation of the kidney.

(New York med. record 1897. April 17.)

S. stellt für obige Operation folgende Bedingungen auf:

1) Dauerhaftes Festlegen. 2) Keine Störung der Funktion, d. h. die Operation darf weder schmerzen, noch Hämaturie, noch Nephritis,

noch Abscesse etc. zur Folge haben. 3) Keine langsam heilenden Wunden, keine breiten und schmerzvollen Narben, keine Sinus etc. hervorrufen. 4) Sie muss eine Sterblichkeit gleich Null haben.

Die folgende Operation hält Verf. für eine diesen Bedingungen entsprechende und den Vorwürfen aller bisher beschriebenen Operationen gerecht werdende Modifikation. Nach dem gewöhnlichen Lendenschnitt wird die Fettkapsel eingeschnitten und nach jeder Seite $\frac{1}{2}$ Zoll breit zurückgeschoben, um die Eigenkapsel freizulegen; etwaiger Überschuss von Fettgewebe wird entfernt, jedoch so viel zurückgelassen, um die Fettkapsel ohne Spannung an einander zu bringen. Jetzt kommt Pat. in Trendelenburg'sche Lage. Nach Trennung etwaiger Verwachsungen wird das Organ in folgender Weise in normaler Position fixirt: Der erste Stich unterhalb der 12. Rippe und parallel derselben fasst die Lumbarfascie und die Fettkapsel ungefähr $\frac{1}{2}$ Zoll vom Schnittrand, die Nadel dringt dann durch die Tunica propria, unter der sie etwa $\frac{1}{2}$ Zoll lang bis zum Heraustreten nach der entgegengesetzten Seite weiter geführt wird. Die 2. Naht am unteren Winkel der Wunde schließt, wie eben beschrieben, Lumbarfascie, Fettkapsel und Tunica propria in gleicher Weise ein. Beide Nähte werden geknüpft. Zwischen diese werden in gleichen Zwischenräumen 2—4 Nähte in gleicher Weise, aber zunächst ungeknüpft, durchgeführt. Die Wundränder der Fettkapsel und der Lumbarfascie werden genau mit einer fortlaufenden Naht an einander gebracht. Erst jetzt werden die Zwischennähte geknüpft; dann (nach horizontaler Lagerung) sorgfältigste Etagennaht der Muskulatur; Schluss der Hautwunde; keine Drainage. 1. Verbandwechsel am 7. Tage, Bettlage 2 Wochen bei primärer Wundheilung, sonst länger. Nach 1 Monat Weglassen der festen Verbände.

Vor Allem ist das Nahtmaterial die Hauptsache. Es dürfen weder gewöhnliches Katgut oder Sehnen — wegen zu schneller Resorption — noch nichtresorbierbare Fäden genommen werden, letztere wegen der nachträglichen Reizwirkung. Einzig brauchbar ist mit Chromsäure behandeltes Sehnennahtmaterial. Es werden nun die verschiedenen früheren Methoden besprochen und abfällig kritisirt. Der Gebrauch von Gazepackung, um Granulationen und Entzündungsreiz hervorzurufen, ist roh und unwissenschaftlich. Die Wunden heilen langsam, das Narbengewebe giebt schnell wieder nach. Die Festlegung der Nähte durch das Nierengewebe selbst reizt, macht Schmerzen, Albuminurie und Hämaturie. Die Eröffnung der Eigenkapsel mit Befestigung der Nierensubstanz an die Muskulatur ist verwerflich, weil gerade solche Adhäsionen wegen der aktiven Kontraktionen zu vermeiden sind und zu enormen Beschwerden Veranlassung geben. Gefährlich und unnöthig sind Nähte, welche die letzte Rippe mit einbeziehen. Beispiele werden angeführt.

Zu Grunde liegt eine Beobachtung von 8 Nephrorrhaphien. Bekannte große Statistiken wie die von Frank, Sulzer etc. werden

nicht angezogen, amerikanische Autoren für Methoden als Urheber bezeichnet, die wir z. B. als von Tuffier, Guyon u. A. herstammend annehmen; außer Reineboth (Riedel) (cf. Centralblatt für Chirurgie 1894 No. 20) wird kein deutscher Autor erwähnt.

Löwenhardt (Breslau).

19) **R. Bergh.** Symbolae ad cognitionem genitalium externorum femineorum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XIX; Bd. XXIV.)

Der bekannte Kopenhagener Syphilidologe hat in diesen Aufsätzen seine außerordentlich sorgfältigen Beobachtungen über die Formvarietäten der äußeren weiblichen Genitalien niedergelegt und dabei zugleich ein mit großer Gelehrsamkeit zusammengetragenes litterarisches Material verwerthet; seine Ausführungen, welche für den Anatomen wie für den Pathologen von großem Interesse sind, lassen sich in Form eines Referates nicht wiedergeben — sie müssen im Original studirt werden.

Jadassohn (Bern).

20) **H. A. Kelly.** The treatment of backward displacements of the uterus.

(Amer. journ of the med. sciences 1896. December.)

K. beschreibt seine Methode, die er in 290 Fällen erprobt hat, folgendermaßen:

Durch eine Incision von 3—4 cm Länge (bei fetten Bauchdecken länger) dicht über der Symphyse wird das Bauchfell eröffnet. Ein oder zwei Finger werden eingeführt, welche den Gebärmuttergrund erfassen und in Anteflexion bringen. Die Fixationsnaht wird so angelegt, dass die Nadel zuerst durch das subperitoneale Gewebe und das Bauchfell der einen Seite, dann durch die Rückfläche des Uterus 1—2 cm unter dem Fundus, schließlich durch Bauchfell und subperitoneales Gewebe der anderen Seite geführt wird; die Fadenden werden geknotet. K. ist mit dem Erfolg der Operation sehr zufrieden. Blasenstörungen wurden nie beobachtet. Unter 14 Fällen von Schwangerschaft bei den Operirten, von denen K. Kenntniss erhielt, verlief 13mal die Geburt normal. In 1 Falle, in dem es zur Anlegung der Zange kam, führt Verf. die erschwerte Austreibung auf zu ausgedehnte Verwachsungen zurück, welche der Uterus mit der vorderen Bauchwand eingegangen war; in dem erwähnten Falle hatte nämlich Infektion und langdauernde Eiterung im Anschluss an die Operation stattgefunden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

21) XII. internationaler medicinischer Kongress in Moskau vom 19.—26. August 1897.

Chirurgische Sektion.

Referent Dr. Holländer (Berlin).

Der erste Gegenstand der Tagesordnung betrifft die

Chirurgie der Lungen.

Ref. Dr. Tuffier (Paris):

Die Lunge war bisher nur in Ausnahmefällen Gegenstand chirurgischer Eingriffe; experimentelle Untersuchungen, die vollendete chirurgische Technik und die Toleranz der Lunge in Verbindung mit einer exakten Diagnose werden zur Verallgemeinerung der chirurgischen Eingriffe bei Erkrankungen der Lunge führen.

Die exakte Diagnose, den Sitz und die Ausdehnung der Erkrankung betreffend, ließ bisher noch zu wünschen übrig. Zu den Resultaten der Auskultation und Perkussion kommt in jüngster Zeit als wirksame Unterstützung die Radiographie hinzu. Die explorative Punktion ist nicht ungefährlich und erst nach vollendeter Thoraxresektion am Platze; auf 87 positive Punktionsresultate kommen 19 negative Resultate.

Die Operation als solche zerfällt in 2 Abschnitte, die präliminäre Thorakotomie inklusive der Passage durch die Pleura und die eigentliche Lungenoperation (Pneumotomie, resp. Pneumektomie).

Die Thorakotomie soll ausgedehnt sein, damit man ein bequemes Operationsfeld hat. Gleichzeitig involvirl dies den Vortheil einer guten Drainage und der Möglichkeit, dass die Thoraxwand sich der Lunge anlegt. Ein wunder Punkt in der Diagnose ist die Bestimmung der Verklebung der Pleurablätter; es giebt dafür kein sicheres Zeichen; erst nach erfolgter Freilegung des parietalen Blattes gelingt es, durch das graue Aussehen und die mehr fibröse Beschaffenheit der Pleura die adhärennten Stellen zu erkennen. Dies ist von ungemeiner Wichtigkeit, weil die Adhäsionen den Weg zu dem Herd zeigen. Vorhandene Adhäsionen erleichtern natürlich die folgende Operation. Sind keine Verwachsungen der Pleurablätter vorhanden, so kann man ein- oder zweizeitig vorgehen. Entweder sofortige Naht beider Pleurablätter und Eindringen in die Lunge oder Veranlassung der Verwachsungen durch Jodoformgazetamponade oder Chlorzinkpaste. T. verwirft das zweizeitige Vorgehen. Auf alle Fälle ist ein Pneumothorax möglichst zu vermeiden, die Mittel und Wege hierzu und zur Vermeidung der Infektion der Pleurahöhle sind jedoch noch eine offene Frage.

Sobald das Lungengewebe selbst vorliegt, rath T. entschieden zur Freilegung des Herdes durch eine energische Incision durch das Lungenparenchym, welche von einer explorativen Fingeruntersuchung gefolgt ist. Bei septischen Zuständen folgt sodann die Drainage, im anderen Falle die Exstirpation des Herdes mit nachfolgender Naht.

Als Operationskomplikationen kommen in erster Linie der Pneumothorax und die Hämorrhagie in Betracht; für den ersten Fall rath T., die Lunge sofort vorzuziehen und anzunähen. Starke Blutungen sind selten (2mal) und werden durch Tamponade gestillt.

Operationsresultate: I. Bei aseptischen Operationen (Wunden und traumatischer Prolaps, Hernien, Neubildungen, tuberkulöse Knoten) 29. Geheilt 22, gestorben 7 = 24%. — II. Echinococcus (61 Pneumotomien). 55 geheilt, gestorben 6 = 9,8%. — III. Septische Operationen (tuberkulöse Kavernen 36, Abscesse 49,

Bronchiektasien 45, Fremdkörper 11, Gangrän 74, Aktinomykose 1). Geheilt 140, gestorben 75 = 35%.

Die Totalziffer der bisher operirten Lungenaffektionen beträgt 306. Geheilt 217, gestorben 88 = 29%.

Die Betrachtung der einzelnen Gruppen ergibt folgende bemerkenswerthe Thatsachen:

Neubildungen. Primäre Lungengeschwülste sind bisher noch nicht operirt worden. Die 7 operirten Fälle betreffen Pneumotomien, bei welchen Sarkome der Brustwand auf die Lunge übergegriffen (4 Heilungen unter 7 Fällen).

9 Lungenverletzungen wurden bisher operirt, nach Ausräumung des Hämatothorax meist mit Umstechungsnaht der blutenden Lungenwunde. Hiersu kommen noch 7 Fälle von traumatischem Lungenprolaps. Man kann denselben bei früher Asepsis zurückbringen oder noch besser resequiren mit nachfolgender Fixation des Stieles an die Wunde. (7 Fälle mit 7 Heilungen.)

Dem dürtigen Kapitel der aseptischen Lungenoperationen steht eine größere Erfahrung gegenüber bei Echinokokken der Lungen; meist handelt es sich ja um inficirte Fälle mit Kommunikation der Bronchien. Operationen bei nicht vertheilten Säcken sind sehr selten. Die Punktion ist in allen Fällen zu verwerfen wegen Gefahr der Asphyxie durch Perforation in die Bronchien (und foudroyantem Lungenödem. Ref.). Die Pneumotomie dagegen ist indicirt. 61 Fälle mit 55 Erfolgen = 90,1% Heilungen.

Bei der Tuberkulose im Initialstadium versuchte T. den Herd wie eine bösartige Geschwulst zu extirpiren; die bisher 3mal ausgeführte Operation (T., Lowson, Doyen) hatte 3 Heilungen zu verzeichnen.

Dagegen sind die Resultate bei **Kavernen** schlechter. 26 Operationen hatten 13mal schnellen Tod im Gefolge; die eröffneten Kavernen haben sich nur sehr selten vernarbt, und man hat nur 1 bis 2 Besserungen zu verzeichnen.

Intraparenchymatöse Injektionen bei Tuberkulose haben bisher noch keinen Erfolg zu verzeichnen.

Bei den beschriebenen 49 Fällen von Lungenabscess handelt es sich wahrscheinlich zum Theil um die abgekapselte intralobuläre eitrige Pleuritis; in diesen Fällen erlagen der Pneumotomie 23,8%.

Bei den 45 beobachteten Pneumotomien bei Bronchiektasien ergab sich meistens die operative Indikation durch die Septämie. Nur in 7 von diesen Fällen ist durch die dauernde Drainage eine Besserung erreicht worden.

Vermuthete Fremdkörper findet man in der Regel nicht (10mal unter 11 Fällen). Die Folgen des Fremdkörpers, die Bronchiektasie oder der gangränöse Herd, sind durch die 11 bisher gemachten Operationen nur 2mal günstig beeinflusst worden.

Von allen Lungenaffektionen ist die **Gangrän** am häufigsten (74) Gegenstand einer Operation gewesen; die Ätiologie derselben war in 55 Fällen eine Lungenentzündung, 4mal eine Bronchiektasie, 2mal Fremdkörper, 7mal Embolie, 1mal Brustwunde, 2mal Perforation des Ösophagus. Bei der folgenden Drainage des Herdes kommt viel auf ein weiches, gut abgemessenes Drain an, um Hustenreiz und Erosionen größerer Gefäße zu vermeiden. — Der unmittelbare Erfolg nach der Operation besteht in dem Verschwinden der putriden Expektoration und dem Fieberabfall. Bemerkenswerth ist das Resultat von 39 Heilungen bei 55 metapneumonischen Gangränen, 4 Fällen von Gangrän bei Bronchiektasien mit 3 Todesfällen, 7mal bei Embolie mit 5 Todesfällen, 1 Fall durch Schussverletzung geheilt.

In der folgenden Diskussion, an welcher sich Macewen (Glasgow), Coromilas (Griechenland), Doyen (Paris) und Fabrikant (Charkow) theilnehmen, wird vorzüglich die Frage der Vermeidung des Pneumothorax und die Gefahr der Pleuritis ventilirt. Coromilas legt Werth auf eine der Operation vorangehende antiseptische Behandlung der Kavernen durch Inhalationen und Injektionen. Doyen betont bei der Naht der Pleurablätter die Anwendung einer möglichst Geschwindigkeit; gleichzeitig demonstriert er einen Apparat, mit welchem durch

eine Laryngealkanüle und blasebalgähnliche Vorrichtung eine intensive künstliche Respiration bei Asphyxie erzeugt werden kann.

Sapiejko (Kiew) bespricht eingehend die diagnostische Seite der Lungenoperationen. Die Unmöglichkeit, exakt die Adhäsionen der Pleurahblätter nachzuweisen, veranlasste ihn zu der Konstruktion eines kleinen Instrumentes; dasselbe besteht im Wesentlichen aus einer Punktionsnadel, welche mit einem Manometer in Verbindung steht. Ragt nun die Nadel in die freie Pleurahöhle hinein, so sinkt das Manometer sofort durch den negativen Druck; sind Adhäsionen vorhanden, so fehlt die Schwankung des Manometers. Mit diesem Apparat hat S. in mehreren Fällen von Lungenabscess die Stelle der Adhärenz gefunden. Bei Thieren erzeugte er künstliche Adhäsionen durch Bespritzung mit irritirenden Flüssigkeiten.

M. B. Fabrikant (Charkow) stimmt in seinen Ausführungen mit dem Referenten überein, nur ist er gegen die Anwendung des Messers bei Lungenoperationen und befürwortet den Paquelin in Rothgluth oder stumpfe Instrumente.

D'Antona empfiehlt, zur Vermeidung des Pneumothorax bei dem Pat. Hustenstöße zu provociren und dabei die gesunde Thoraxseite zu komprimiren; dies veranlasse eine Vorwölbung der erkrankten Lunge in der Operationswunde.

Über Perityphlitis.

Roux (Lausanne) operirte in 14 Jahren über 500 Fälle von Perityphlitis, von den einfachsten Formen bei 24stündiger Erkrankung bis zur schweren jauchigen Peritonitis. Eine Eintheilung aller dieser Formen in Arten verwirft derselbe, da sie nur quantitative Unterschiede darstellen. R. wendet sich insbesondere gegen den Standpunkt der Amerikaner, welche eine Perityphlitis sofort operiren, wenn sie dieselbe diagnosticirt haben. Er selbst ist mit den Jahren wesentlich konservativer geworden; im Anfall operirt er nur bei zwingender Indikation und behandelt sonst mit gutem Erfolg konservativ; er lässt gern erst die ersten stürmischen peritonitischen Erscheinungen vorübergehen und es zu einer ordentlichen Eiteransammlung kommen; die meiste Gefahr droht durch die sekundäre Perforation veralteter Fälle in die freie Bauchhöhle; R. zieht dem Transport eines an akuter Perityphlitis Leidenden in das Krankenhaus die schlechteren hygienischen Bedingungen bei Ruhelage zu Hause vor. Er hat in allen operirten Fällen einen sekundär-serösen Erguss gefunden.

Kümmell (Hamburg) hat seit 1889 103 Operationen der recidivirenden Perityphlitis in der anfallsfreien Zeit operirt mit Heilung in allen Fällen. Als organisches Substrat für die Koliken fand er von der einfachen Form der diffusen Entzündung, in welchem der Processus wie ein erektiles Organ sich anfühlt, die Stufenleiter von Ulcerationen, Strikturen, Perforation bis zum Kothaustritt. Eine Eiterung kann seiner Ansicht nach auch ohne Perforation zu Stande kommen. K.'s Therapie während des Anfalls ist eine wesentlich konservative. Von 400 nicht operirten Fällen starben nur 5%. Die recidivirenden Fälle operirt er nach dem 3. Anfall.

E. Grinda (Nizza) beschreibt einen Fall von retrocoecaler Eiterung, bei welchem er dem Eiter nur durch einen lumbalen Schnitt einen Weg bahnen konnte.

Maydl (Prag) berichtet über einen Fall von retroperitonealem Abscess, den er von vorn incidirte; da er aber die Bauchhöhle intakt fand, verlagerte er die Därme nach oben, vernähte die beiden Peritonealblätter und eröffnete erst dann den Abscess.

Le Dentu (Paris) steht auf dem Standpunkt Roux's Betreffs der Operation beim Anfall; nur in den Fällen, bei denen er eine akute Gangrän des Processus vermiformis aus den klinischen Erscheinungen annimmt, geht er aktiv vor.

Sonnenburg (Berlin) betont den latenten Verlauf der Antecedentien eines sogenannten ersten typischen Anfalles. Unter 104 Fällen von Appendicitis perforativa ohne Komplikation wurde in 90% der Fälle, unter 58 Fällen mit Komplikation in 74% und bei Appendicitis gangraenosa in 90% der Fälle im ersten Anfall operiert und dabei bereits hochgradige pathologisch-anatomische Veränderungen des Wurmfortsatzes gefunden; es müssen also entweder die Antecedentien insensibel verlaufen oder klinisch nicht genau analysiert gewesen sein. Unter den 124 Fällen waren nur 17mal chronische Beschwerden vorangegangen.

Für die Richtigkeit von S.'s Auffassung, auch während des Anfalles zu operieren, um alle Eventualitäten zu vermeiden, verwendet er seine Statistik, in welcher über 100 Fälle von circumscripter Eiterung figuriren, die, während des Anfalles operiert, alle genasen.

(Schluss folgt.)

22) Wörz. Über traumatische Epithelcysten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

W. konnte aus der Litteratur 55 Fälle der genannten Erkrankung zusammenstellen. Von den 3 neuen Beobachtungen aus der Bruns'schen Klinik interessirt eine besonders durch den auch von anderen Autoren festgestellten Befund von Riesenzellen in der Umgebung der Cyste, während die andere durch die Ätiologie und die klinischen Erscheinungen bemerkenswerth ist. Die Cyste, welche vom Ref. aus der Vola des Zeigefingers entfernt worden war, hatte sich im Anschluss an einen Hammerschlag in der kurzen Zeit von 1½ Jahr zu stark Kirschgröße entwickelt. Sie enthielt neben Epithelbrei eine beträchtliche Menge seröser Flüssigkeit, welche Fluktuation und Transparenz für elektrisches Licht erzeugt und dadurch zunächst zur irrthümlichen Annahme eines Hygroms geführt hatte. Einen Beweis dafür, dass auch aus völlig vom Mutterboden getrennten Epidermisstückchen, die in der Tiefe einheilen, sich Epithelcysten entwickeln können, fand W. in einem vom Ref. beobachteten Falle, wo ein genähter Radialnerv zum Schutz mit einem Thiersch'schen Lappchen umhüllt worden war, und später eine wiederholte Resektion des Nerven nothwendig wurde.

Hofmeister (Tübingen).

23) Honsell. Zur Behandlung des Krebses nach Czerny und Tru-necek.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Die neuerdings von den genannten Autoren empfohlene Arsenbehandlung oberflächlicher Carcinome wurde in der Bruns'schen Klinik an 4 (mikroskopisch verifizierten) Plattenepithelcarcinomen der Haut unter genauester Befolgung der gegebenen Vorschriften nachgeprüft. In allen Fällen waren die Resultate der Arsenikpinselung absolut negativ. Nicht nur kein Heilerfolg, sondern nicht einmal die nach Czerny und Tru-necek zu erwartende Verschorfung des Carcinomgewebes kam zur Beobachtung.

Hofmeister (Tübingen).

24) A. G. Anthony. A case of creolin poisoning.

(New York med. record 1897. März 27.)

Pat., 5 Jahre alt, war des Verf. eigenes Kind. Es hatte Keuchhusten und brauchte Inhalationen von Kreolin. Aus Versehen gab ihm die Pflegerin einen Theelöffel voll reinen Kreolins, in dem Glauben, es sei »Hustenmedizin«. Nach 10 Minuten fand A. die Pupillen ganz eng, die Haut kalt, Puls schnell und schwach, tiefes Koma. Milch und Kalkwasser waren sofort gegeben worden. Künstliche Athmung und Injektionen von $\frac{6}{10}$ und $\frac{12}{10}$ mg Atropin brachten Besserung; nach 2 Stunden konnte reichlich Magnesia sulph. in Lösung verabreicht werden. Nach 6 Stunden wurden etwa 30 g schwarzen Urins entleert. Außer Atropinerscheinungen (und lokaler Verbrennung von Lippen, Mund und Rachen durch das Kreolin) war später nichts zu bemerken. Verf. empfiehlt seine Therapie.

Löwenhardt (Breslau.)

25) **E. de la Harpe.** Erythème et dermite jodoformiques; mort.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1896. No. 8.)

Eine 40jährige Frau wurde wegen eines ca. 5 cm langen Unterschenkelgeschwürs mit kleinen Jodoformmengen bepudert. 2 Tage später bildete sich zunächst um die Wunde ein Erythem mit Bläschenbildung, dem im Verlauf von 8 Tagen eine allgemeine Dermatitis mit Bläschenbildung über den ganzen Körper folgte; dabei trat Albuminurie auf.

Nach weiteren 8 Tagen wird die Albuminurie stärker; die Affektion ging zurück. Trotzdem erfolgte unter allgemeinem Verfall der Tod.

Pat. hatte schon vor mehreren Jahren ein Jodoformexanthem durchgemacht.

Die intensive Hautentzündung, so wie die Albuminurie — die Ursachen des tödlichen Ausganges — sind auf Anwendung des Jodoforms zurückzuführen.

Kronacher (München).

26) **Lazarew** (Warschau). Deux cas de syphilis du coeur.

(Presse méd. 1896. No. 103.)

Die Syphilis des Herzens ist wohl häufiger, als man allgemein annimmt, wird aber oft übersehen oder durch gleichzeitig bestehenden oder überstandenen Rheumatismus, Tripper, Infektionskrankheiten etc. schwer erkannt.

Verf. theilt zwei neue, einwandfreie Fälle von Syphilis des Herzens mit. Ein 37jähriger Mann, der 1887 Syphilis erwarb und mit Schmierkur behandelt war, erkrankte einige Jahre später unter Herzpalpitationen, Schwächegefühl, allgemeiner Depression; Verbreiterung des Spitzenstoßes, an der Spitze ein scharfes und verlängertes Geräusch, Puls ergiebig, aber unregelmäßig, kein Fieber, kein Ascites, kein Ödem. Es wurde eine chronische Endokarditis der Klappen, Insufficienz und Stenose der Aorta- und Mitralklappen diagnosticirt. Nach Jodkali bald bedeutende Besserung. Pat. starb an interkurrenter Pneumonie; die Autopsie bestätigte die syphilitische Natur des Herzleidens: Endocarditis papillosa et ulcerosa; Stenosis ostiorum; Leber klein, sklerosirt, muskatfarben; Sehnenfäden der Papillarmuskeln verdickt, knorpelig. — Der zweite Fall betraf einen 22jährigen Soldaten, der über Palpitationen in der Herzgegend, Glieder- und Kopfschmerzen klagte. Herzdämpfung verbreitert, eben so der Spitzenstoß, Puls arhythmisch, ungleichmäßig; kein Ascites oder Ödem oder Albumen. 3 Jahre vorher Syphilis acquirirt: Schmierkur, oft Recidive. — 30 Tage nach Einleitung einer neuen Schmierkur und nach Gebrauch von Jodkali Zunahme des Körpergewichts um 4 kg; vollständiges Verschwinden aller subjektiven und objektiven Erscheinungen. Anhaltendes Wohlbefinden. Die beiden Fälle fordern von Neuem auf, bei ähnlichen Fällen von Herzkrankheiten an Syphilis zu denken und eine dem entsprechende Kur einzuschlagen auch wenn andere ätiologische Momente mit in Frage kommen können. (Ref.)

Tschmarke (Magdeburg).

27) **Staffel.** Ein Fall von traumatischer Spondylitis.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 7.)

Ein 26jähriger Pat. stürzte am 8. Oktober 1889 aus 2—2½ m Höhe erst auf die Füße und fiel dann hinten über, ging nach Hause und legte sich zu Bett. Nach 1jähriger Arbeitsunfähigkeit nahm er wieder leichtere Arbeit auf. Früher soll er völlig gerade gewesen sein, seit dem Unfall sei er viel kleiner geworden. Der Verletzte hat (am 5. April 1897) einen Gibbus, der aber nicht im Rücken sitzt, sondern von den Lendenwirbeln und dem Kreuzbein gebildet wird. Der 5. Lendenwirbel bildet die Höhe des Gibbus. Wahrscheinlich hat der Körper eines oder mehrerer Lendenwirbel einen Erweichungsprocess durchgemacht, und ein Zusammensinken nach vorn trat ein. In Folge dessen entstand zum Aufrechthalten des Rumpfes eine starke Rückenlordose (Abbildung). Tuberkulose ist nicht nachzuweisen; S. nimmt eine rareficirende Ostitis (Kummell) ohne vorausgegangene Fraktur an.

Bähr (Hannover).

28) **G. Joachimsthal.** Ein neues Messverfahren für seitliche Rückgratsverkrümmungen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

J. befürwortet die Aufnahme von Röntgen-Bildern zur Kontrolle bei der Behandlung von seitlichen Rückgratsverkrümmungen. Besonders empfehlenswerth ist die Übertragung eines Fadennetzes mit Zahleneintheilung auf das kopirte Bild vor dem Fixiren desselben durch eine 2. Platte. **J. Riedinger** (Würzburg).

29) **M. Jagerink.** Das Gipsbett zur Behandlung der Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

Das Lorenz'sche Gipsbett für die Behandlung der Spondylitis verwendet J. unter entsprechender Modifikation auch für die Behandlung der Skoliose. Die Lagerung in diesem Skoliosenbett geschieht während der ganzen Nacht und während einiger Stunden bei Tage. Da die Resultate bei dieser Behandlung, kombiniert mit gymnastischen Übungen, mit Massage und mit einer zweckmäßigen Haltung in einer guten Bank, sehr günstige waren, so wird der einfache und wohlfeile Apparat auf das wärmste empfohlen.

Der in Bauchlage sich befindende Pat. wird mit Watte bedeckt. Darüber kommen verschiedene Lagen von Gipsbinden und Gipsbrei, welche vom Scheitel des Kopfes bis zu den Kniekehlen und bis zur Unterlage reichen. An dem vollständig getrockneten Verband werden Verstärkungen in Gestalt von eisernen Reifen und Stäben angebracht, welche zum Theil Ausläufer haben zur Ermöglichung der Extension und zur Befestigung von Bändern als Schweben, auf welche die prominenten Lenden- und Brusttheile zu liegen kommen. Das Nähere ist aus der ausführlichen Beschreibung der Technik und aus den Abbildungen zu entnehmen.

J. Riedinger (Würzburg).

30) **Rasch.** Zur Kenntnis und Behandlung der weiblichen Epispadie und Fissura vesicae inferior.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Heft 3.)

Nach einem kurzen historischen Überblick referirt R. eingehend die von Durand gegebene Eintheilung der weiblichen Epispadie, um im Anschluss daran 19 Beobachtungen aus der Litteratur wiederzugeben, denen er als 20. einen Fall aus Wölfler's Klinik anfügt.

Bei einem 2jährigen Mädchen findet sich an Stelle der vorderen Kommissur der Labien ein Trichter, welcher, als sich verjüngender Kanal, in die Blase übergeht. Die untere Wand derselben wird von Harnröhrenschleimhaut gebildet. Der Trichter ist $1\frac{1}{2}$ cm lang, der kleine Finger dringt ohne Widerstand in die Blase. Es besteht Harnträufeln. Diagnose: Epispadia urethrae.

Wölfler bildete die obere Wand der Harnröhre aus einem von oben her entnommenen und bis in die Gegend des Blasenhalsses abgelösten Lappen, dessen Seitenränder mit der angefrischten Harnröhrenschleimhaut vereinigt werden. In der Gegend des Blasenhalsses wird durch 3 versenkte Katgutnähte eine Verengung der Lichtung angestrebt. Das Resultat war in so fern sehr gut, als nach $1\frac{1}{2}$ Monat völlige Kontinenz bestand.

Die theoretischen Erörterungen über die entwicklungsgeschichtliche Entstehung der fraglichen Spaltbildungen, so wie die kritischen Bemerkungen zu den von anderen Autoren publicirten Fällen sind im Original nachzusehen.

Auf 5 Tafeln sind ein Theil der fremden sowohl als die eigene Beobachtung veranschaulicht.

Hofmeister (Tübingen).

31) **A. Termet.** La cavité de Retzius et sa pathologie.

(Arch. génér. de méd. de Paris 1897.)

Die vorliegende Arbeit behandelt die Erkrankung des prävesikalen Raumes und erörtert einige Fälle aus der Litteratur, wo es sich um Blasenriss mit Blutergüssen in diesem Raum und eitrigen Entzündungen in der Umgebung der Blase handelt. Er bereichert die Kasuistik um einen von Verf. selbst beobachteten Fall, eine ältere Frau betreffend, die schon seit längerer Zeit an einem eitrigen

Blasenkatarrh erkrankt war. Auf der Bauchwand etwa in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse hatte sich ein ca. apfelgroßer Abscess entwickelt, der geöffnet wurde. Der sich entleerende Eiter roch stark nach Urin. Da eine Eiter und Urin secernirende Fistel bestehen blieb, wurde die Wunde erweitert. Hierbei zeigte sich, dass sich der Eiter vorn bis in die Höhe des Nabels und nach hinten weit hinter die Blase seinen Weg gebahnt hatte. Bei der später stattgefundenen Autopsie wird vom Verf. nicht bemerkt, ob sich eine Verletzung der Harnröhre oder Blase vorgefunden hat, da doch nur so das Vorhandensein von Urin im prävesikalen Raum zu erklären wäre.

Longard (Aachen).

32) C. Fenger. An operation for valvular stricture of the ureter.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. December.)

Bei der 32jährigen Frau mit beweglicher rechter Hydronephrose wurde der Lendenschnitt (von der Spitze der 12. Rippe nach vorn abwärts) in einer Länge von über 20 cm angelegt. Die Niere war frei beweglich. Nach Isolirung des Nierenbeckens, in welchem keine Steine gefühlt wurden, wurde der Harnleiter freigelegt. In diesem ließ sich (etwa 2 Zoll unterhalb des Beckens) eine knotige Masse wahrnehmen. Incision des Beckens und Einführung des kleinen Fingers, welcher im Grunde des erweiterten Harnleiters 4 Steinchen entdeckte. Nachdem diese durch die Incision ins Nierenbecken herausbefördert waren, führte man eine Sonde nach abwärts in den Harnleiter; auf sie, die an der Stelle der erwähnten knotigen Masse festgehalten wurde, wurde der Harnleiter in Länge von $\frac{3}{8}$ Zoll gespalten; der Schnitt traf eine querstehende strikturirende Klappe. Eine von hier aus nach abwärts eingeführte Sonde glitt anstandslos in die Blase. Excision der Striktur unter Schonung der Interna und Muscularis des Harnleiters und Plastik nach F. (Journ. of the Amer. med. assoc. 1894. März 10). Einlegung eines weichen Bougies von der Nierenbeckenwunde aus in den Harnleiter. Die letztere wurde offen gelassen. Drainage. Naht. Nach 3 Wochen wurden die Drains entfernt, Heilung nach $6\frac{1}{2}$ Wochen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

33) Klamann. Ein Fall von akuter Nierendislokation.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde etc. 1897. No. 6.)

Ein junges Mädchen fühlte beim Aufheben eines schweren Korbes einen heftigen Schmerz in der rechten Seite. Dicht unter dem Lebertrand war eine weiche, deutlich abzugrenzende, schmerzende Geschwulst zu fühlen, die leicht zu repoiniren war, womit die Schmerzen nachließen. Für die Dislokation wird die starke Anspannung der Bauchmuskeln verantwortlich gemacht, vermehrt vielleicht dadurch, dass sie den Korb auf den Unterleib setzte. Ob die Wanderniere vorher bestanden, ob eine Disposition, bleibt unentschieden. Die akute Entstehung schließt K. nach Landau aus der Lage.

Bähr (Hannover).

34) Tuffier. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale.

(Presse méd. 1897. No. 5.)

Verf. hat 15mal Gelegenheit gehabt, operative Eingriffe wegen Nierentuberkulose vorzunehmen. In vorliegender Mittheilung giebt er einen kurzen Überblick über die Resultate seiner Operationen und stellt die Indikationen auf, welche, nach vergeblichem Gebrauche interner Mittel, einen chirurgischen Eingriff erfordern: Blutungen, Schmerzen, Infektion oder Intoxikation.

Wegen heftigster Blutung hat er 2mal mit Erfolg nephrektomirt, eine Frau ist seit fast 4 Jahren völlig gesund. — Wo nur enorme Schmerzen im Vordergrund der Erscheinungen stehen, andere Anhaltspunkte fehlen, ist die Differentialdiagnose schwer. T. hat 3mal aus diesem Grunde die erkrankte Niere entfernt, jedes Mal mit Ausgang in Genesung. Eine Frau, bei der die Krankheit lange Zeit erkannt und bald für Neuralgie, bald für ein Steinleiden gehalten wurde, bekam 1 Jahr nach der Operation ein tuberkulöses Geschwür an der entsprechenden Harnleitermündung. Alle diese Fälle waren primäre Nierentuberkulose.

In einem 4. Falle wurde wegen der Schmerzen primäre Nephrektomie gemacht, wobei die Niere schon hochgradig verändert und mit zahlreichen kalten Abscessen durchsetzt war; Heilung noch nach 6 Jahren! — Weit ungünstiger ist die Pro-

gnose bei tuberkulösen Nierenerweiterungen, von denen T. 9 Fälle operirt hat; 5mal Nephrotomie, 2mal sekundäre, 2mal primäre Nephrektomie. Letztere 4 Fälle sind geheilt, von den 5 Nephrotomirten sind 3 gestorben.

Verf. empfiehlt daher — wohl mit Recht — bei sicher gestellter Diagnose entweder die partielle Resektion der erkrankten Theile, oder besser die Entfernung der ganzen tuberkulösen Niere, da auch nach seinen Erfahrungen feststeht, dass die Nierentuberkulose meist einseitig und primär auftritt. **Tschmarke** (Magdeburg).

35) **J. Rosenthal**. Ein Fall von Eukleation eines submukösen Uterus-myoms mit Perforation der Gebärmutterwand. Exstirpatio uteri per laparotomiam. Heilung.

(Gaz. lekarska 1897. No. 14.)

Anlässlich der Eukleation eines submukösen kindskopfgroßen Myoms wurde die rückwärtige Uteruswand eingerissen. Verf. bemerkte den Unfall nicht gleich, sondern wurde darauf erst durch den Umstand aufmerksam, dass bei der der Eukleation folgenden Irrigation der Uterushöhle eine übermäßig große Flüssigkeitsmenge in den Uterus einfloss, und der Irrigation unmittelbar starke Collapserscheinungen folgten. Eine jetzt vorgenommene Inspektion der exstirpirten Geschwulst zeigte, dass der seröse Überzug der Gebärmutter zum Theil mit entfernt war. Sofortige Laparotomie. Da sich die Öffnung in der rückwärtigen Uteruswand nicht leicht durch Naht schließen ließ, wurde der ganze Uterus exstirpirt. Wegen Collaps subkutane Kochsalzinfusion. Heilung, durch eine interkurrente Pneumonie protrahirt.

Trzebicki (Krakau).

36) **J. M. Lwow**. Zur Lehre von der Eukleation großer interstitieller Uterusmyome durch die Scheide.

(Wratsch 1897. No. 23. [Russisch.])

Im Falle L.'s war das Myom mannskopfgroß und saß unbeweglich im kleinen Becken und Unterleib. Da alle anderen Methoden schwer auszuführen waren, machte L. die Operation auf folgende Weise. Schnitt durch die Portiollippe bis zur Geschwulst (2 cm tief), die auch in der Cervix saß; darauf stumpfe Ausschälung der Geschwulst, bis ein gänseeigroßes Stück abgeschnitten werden konnte; nun erwies es sich, dass die Geschwulst aus 2 Stücken bestand; es wurde erst der Rest des einen (faustgroß) entfernt, darauf das andere — kindskopfgroße — Stück ausgeschält. Blutung gering. Tamponade der großen Höhle, Ergotin. Nach 8 Tagen war die Höhle fast geschlossen, nach 12 Tagen verließ Pat. das Hospital. Verf. empfiehlt die Methode für Fälle rein interstitieller Myome.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

37) **F. Schauta**. Die vaginale Ovariectomie.

(Wiener med. Wochenschrift 1897. No. 1.)

Von 23 auf vaginalem Wege operirten Ovarialkystomen hat S. nur 1 Fall verloren. Am meisten eignen sich dazu intraligamentäre Geschwülste, von Ovarialcysten nur die gut beweglichen, möglichst wenig verwachsenen, welche allerdings als solche erkannt sein wollen. Die Operation besteht in der Eröffnung der vorderen Bauchfellfalte, Eindrängung der Cyste in den Spalt, Punktion, während deren der schlaff gewordene Cystenbalg vor die Scheidenwunde hervorgezogen wird; erscheint er vollkommen, wie bei einer 1kammerigen Cyste, draußen, so ist es leicht, den Stiel abzubinden. Bei multilokulären Cysten oder solchen mit zähflüssigem Inhalt geht man mit der Hand ein und räumt die Höhle so aus, dass die Geschwulst allmählich sich genügend verkleinert. Vorsicht ist bei den Dermoiden mit ihrem verdächtigen Inhalt nothwendig. Der oben genannte Todesfall erfolgte an schleichender Peritonitis und wird vom Autor nicht der Methode zugeschrieben.

Herm. Frank (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39.

Sonnabend, den 2. Oktober.

1897.

Inhalt: 1) Flügge, 2) und 3) Paul und Krönig, Desinfektion. — 4) Biggs, Diphtheriebacillen. — 5) Gouguenheim, Diphtherie bei Erwachsenen. — 6) Bericht über Behandlung mit Diphtherie-Antitoxin. — 7) Krukenberg, Chirurgische Behandlung der Diphtherie. — 8) Mackenzie, Behandlung der Graves'schen Krankheit. — 9) Bushnell, Lungenabscess. 10) XII. internationaler medicinischer Kongress zu Moskau. (Schluss.)

1) C. Flügge. Über Luftinfektion.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXV. Hft. 1.)

F. giebt hier die Resultate von zahlreichen und umfassend angelegten Untersuchungen über die Bedingungen für den Untergang lebender Keime von feuchten und trockenen Flächen in der Luft, so wie für den Transport der mit Keimen beladenen Tröpfchen oder Stäubchen durch Luftströme. Bezüglich der Verschleppung trockenen staubhaltigen Materials spielt die Größe der Staubpartikelchen und die Stärke der Luftbewegungen hierbei die Hauptrolle. Beim Verstäuben bakterienhaltigen Materials besteht stets ein Bruchtheil aus so feinen Stäubchen, dass dieselbe durch Luftbewegungen von weniger als 1 mm pro Sekunde Geschwindigkeit weit fortbewegt werden können und dass sie in ruhiger Zimmerluft sich länger als 4 Stunden schwebend erhalten. Des Weiteren wurde die auffällige, bislang viel zu sehr unterschätzte Thatsache festgestellt, dass keimhaltige Flüssigkeitströpfchen ebenfalls mit Leichtigkeit auch in geschlossenen Räumen durch die alltäglichen Manipulationen in die Luft übergehen und durch außerordentlich geringe Luftströmungen (0,07 mm pro Sekunde für horizontale Richtung, 0,1 mm bei Aufwärtsbewegung) fortbewegt werden und sich 5 Stunden lang schwebend in der Luft erhalten können. Bildung und Verschleuderung so feiner und leicht transportabler Tröpfchen müssen in praktischer Beziehung von Seiten des Mund- und Nasensekretes eine besondere Bedeutung haben, und es konnte experimentell (mit *Prodigosus* aufschwemmung) der Nachweis geführt werden, dass bei jedem lauten

und lebhafteren Sprechen sich die Agarplatten noch in einer Entfernung von mehreren Metern mit Kolonien bedeckt zeigten, noch stärker nach Hustenstößen, während dieselben bei sehr leisem und ruhigem Sprechen frei blieben. Hieran schließen sich Folgerungen für die Verbreitungsweise parasitärer Krankheiten aus diesen Erscheinungen, die für Tuberkulose, Influenza, Keuchhusten eine Erweiterung erfahren, während nach F. für die Diphtherie die Kontaktinfektionen sicher ganz erheblich vorwiegen.

Eine besondere Erörterung ist den Wundinfektionskrankheiten gewidmet, speciell der Infektionsgefahr, mit welcher die in der Luft zerspritzten Exkrettröpfchen die aseptischen Operationen bedrohen. Bei der großen Wichtigkeit dieser Frage, die gerade heute das Interesse der Chirurgen wieder rege beschäftigt, seien die diesbezüglichen Darlegungen, die bei der Autorität F.'s gerade auf diesem Gebiete eine besondere Beachtung beanspruchen, etwas ausführlicher wieder gegeben.

Für die Ursache mancher trotz aller Vorsicht unerklärlicher Fälle von Sepsis und Misserfolgen in der aseptischen Heilung hat man hauptsächlich die unzureichende Hautdesinfektion beschuldigt und diese ohne befriedigenden Erfolg zu bessern versucht. Bezüglich der Untersuchung der Luft in Operationssälen auf keimhaltige Stäubchen, die mit widersprechendem Erfolg mehrfach angestellt wurden, äußert F. sich etwas skeptisch, da einmal die wichtigsten pathogenen Keime (Streptokokken, Diplokokken, Coliarten u. A.) in den Agarplatten nicht zum Auskeimen kommen, und andererseits die Zahl der in der Form feiner trockener Stäubchen lebend vorkommenden Wundinfektionserreger eigentlich nur auf den *Staphylococcus pyogenes aureus* und *albus* beschränkt ist. Doch habe es für die bei solchen Luftuntersuchungen gefundenen sogenannten *Staphylococcus aureus* und *albus* gewöhnlich an Versuchen gefehlt, die betreffenden gelb oder weiß gewachsenen Kokken wirklich als pyogene zu diagnosticiren. In der Luft kommen zahlreiche auf Agar ähnlich wachsende Kokken vor, die offenbar nichts mit jenen Eitererregern zu thun haben.

Viel näher liegt es, an eine Luftinfektion der Operationswunden durch Tröpfchen des Mund- und Nasensekretes zu denken, die von den anwesenden Menschen beim Sprechen, Husten, Niesen verschleudert werden. Im Mundsekret gesunder Menschen findet man häufig den *Staphylococcus pyogenes aureus*; eben dort lässt sich nicht selten der *Diplococcus lanceolatus* auffinden; bei den geringsten pathologischen Veränderungen auf der Rachenschleimhaut finden wir Massen von Streptokokken; cariöse Zähne bilden eine Fundgrube für alle möglichen mehr oder weniger bedenklichen Bakterien. Hier liegen also stets gefährliche pathogene Arten vor, nicht durch Austrocknung geschwächt, sondern, wie viele Thierexperimente gezeigt haben, oft von vollster Virulenz.

Die Verschleuderung solcher Tröpfchen kann ausgehen vom Operateur, von dem assistirenden Personal, von den Zuschauern. Je mehr Menschen zugegen sind, je lauter gesprochen wird, je mehr katarrhalisch afficirte, hustende Menschen sich unter den Anwesenden befinden, um so größer die Gefahr. Eine gewisse räumliche Entfernung vom Operationstisch nützt wenig. Von den verschleuderten Tröpfchen kann ein großer Theil durch die geringsten Luftströmungen mehrere Meter weit fortgeführt werden, um sich schließlich auf das Operationsfeld oder auf die gewöhnlich offen daliegenden Instrumente niederzulassen. Eine nicht zu vernachlässigende Gefahr geht auch von dem Operirten selbst aus; mit seinen unregelmäßigen, oft stoßweisen Athemzügen in der Chloroformnarkose kann er Tröpfchen seines eigenen Mundsekretes verschleudern und damit das Operationsfeld inficiren.

Wenn F. auch mit Recht weitaus die meisten Wundinfektionen durch Kontakt entstehen läßt, so darf seiner Meinung nach doch nicht ganz die in den obigen Ausführungen skizzirte Gefahr ignorirt werden. Um das Maß dieser Infektionsgefahr im Vergleich zu den übrigen für eine Wundinfektion in Betracht kommenden Gefahren genauer zu bestimmen, hat F. im Verein mit Mikulicz in voller Anlehnung an die praktischen Verhältnisse es unternommen, die praktische Bedeutung dieser experimentell von ihm studirten Vorgänge durch gemeinsame Versuche über die Fehlerquellen der modernen Asepsis festzustellen, über deren Ergebnisse er in Kurzem genauere Angaben machen zu können hofft. **Hübener** (Breslau).

2) **T. Paul und B. Krönig.** Über das Verhalten der Bakterien zu chemischen Reagentien.

(Sep.-Abdr. aus Zeitschrift für physikal. Chemie 1896. December 3.)

3) **B. Krönig und T. Paul.** Die chemischen Grundlagen der Lehre von der Giftwirkung und Desinfektion.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXV. Hft. 1.)

Ausgehend von dem Bestreben, ein möglichst zweckentsprechendes Verfahren zur Desinfektion der Haut, besonders der Hände, auszuarbeiten, hat K. aus der Zweifel'schen Klinik zu Leipzig in Verbindung mit P., Assistenten am Leipziger physikalisch-chemischen Laboratorium (Prof. Ostwald), das Verhalten der Bakterien zu den verschiedenartigsten Stoffen einem eingehenden Studium unterworfen. Während die Verff. ihre überaus umfangreichen und fleißigen Untersuchungen in der ersten Arbeit mehr vom chemischen Standpunkt aus darlegen, ist die zweiterwähnte Abhandlung mehr für einen bakteriologisch geschulten Leserkreis berechnet.

Leider muss Ref. bei dem umfangreichen Material der ganz neue Gesichtspunkte eröffnenden Arbeit es sich versagen, auf die vielen schönen Untersuchungen des Näheren einzugehen und sich darauf beschränken, aus dem reichen Schatze die Hauptpunkte zu erwähnen.

Ein eingehendes Studium der Abhandlung dürfte Jedem, der über Desinfektion zu arbeiten gedenkt, als unerlässliche Vorbedingung empfohlen sein. Es sei nur so viel bemerkt, dass es den Verff. darauf ankam, einige allgemeine Gesetzmäßigkeiten bei der Einwirkung chemischer Agentien auf Bakterien festzustellen. Sie ließen eine große Anzahl von Stoffen unter Zugrundelegung molekularer Verhältnisse auf Bakterien (Milzbrandsporen und *Staphylococcus pyogenes aureus*) einwirken. Bei den bisherigen Untersuchungen über Desinfektionswirkung beziehen sich die Konzentrationsangaben der gelösten Stoffe fast ausschließlich auf den Procentgehalt, auch sind dieselben unter ganz verschiedenen Verhältnissen in Bezug auf die Wahl des Testobjektes, Temperatur der Einwirkung, Wahl des Nährbodens etc. angestellt. Es braucht kaum darauf hingewiesen zu werden, dass die Versuchsbedingungen, die alle nur erdenkbaren Möglichkeiten berücksichtigen, durch zahllose Vorversuche zu einer außerordentlich genauen, durch Tabellen klar veranschaulichten Gleichmäßigkeit gebracht wurden.

Von den Schlussfolgerungen, die die Verff. aus ihren Untersuchungen ziehen, mögen folgende hier ihren Platz finden.

1) Vergleichende Untersuchungen über die Giftwirkung verschiedener Stoffe müssen mit äquimolekularen Mengen gemacht werden.

2) Die Desinfektionswirkung der Metallsalzlösungen hängt nicht allein von der Konzentration des in der Lösung befindlichen Metalls ab, sondern ist abhängig von den spezifischen Eigenschaften der Salze und des Lösungsmittels.

3) Die Halogenverbindungen des Quecksilbers (inkl. der des Rhodans und Cyans) wirken nach Maßgabe ihres Dissociationsgrades.

4) Die Desinfektionswirkung wässriger Merkurichloridlösungen werden durch Zusatz von Halogenverbindungen der Metalle und von Salzsäure herabgesetzt. Es ist wahrscheinlich, dass diese Verminderung der Desinfektionskraft auf einer Rückdrängung der elektrolytischen Dissociation beruht.

5) Die Desinfektionswirkung wässriger Lösungen von Merkurinitrat, Merkurisulfat und Merkuracetat wird durch mäßigen Zusatz von Natriumchlorid wesentlich gesteigert.

6) Die Säuren desinficiren im Allgemeinen im Verhältnis ihres elektrolytischen Dissociationsgrades, d. h. entsprechend der Konzentration der in der Lösung enthaltenen Wasserstoffionen.

7) Die Basen Kalium-, Natrium-, Lithium-, Ammoniumhydroxyd desinficiren im Verhältnis ihres Dissociationsgrades, d. h. entsprechend der Konzentration der in der Lösung enthaltenen Hydroxylionen.

Die Wasserstoffionen sind für Milzbrandsporen und in höherem Grade für den *Staphylococcus pyogenes aureus* ein stärkeres Gift als die Hydroxylionen bei gleicher Konzentration.

8) Die Desinfektionswirkung der Halogene Chlor, Brom, Jod nimmt entsprechend ihrem sonstigen chemischen Verhalten mit steigendem Atomgewicht ab.

9) Die Oxydationsmittel: Salpetersäure, Dichromsäure, Chlorsäure, Überschwefelsäure und Übermangansäure wirken entsprechend ihrer Stellung in der für Oxydationsmittel auf Grund ihres elektrischen Verhaltens aufgestellten Reihe. Das Chlor passt sich dieser Reihenfolge nicht an, sondern übt eine sehr starke spezifische Wirkung aus.

10) Die Desinfektionswirkung verschiedener Oxydationsmittel wird durch Zusatz von Halogenwasserstoffsäuren (z. B. Kaliumpermanganat mit Salzsäure) bedeutend gesteigert.

11) Die Angaben Scheurlen's, dass Phenollösungen durch Zusatz von Salzen besser desinficiren, konnten die Verff. bestätigen. Eine einwandfreie Erklärung für diese Erscheinung ließ sich nicht geben.

12) Die bekannte Thatsache, dass die in absolutem Alkohol, Methylalkohol und Äthyläther gelösten Körper fast ohne jede Wirkung auf Milzbrandsporen sind, konnten die Verff. bestätigen.

13) Die Desinfektionswirkung wässriger Lösungen von Silbernitrat und Merkurichlorid wird durch Zusatz von bestimmten Mengen von Äthylalkohol (für Arg. nitric. 50%, für Sublimat 25%) Methylalkohol und Aceton wesentlich gesteigert.

14) Die Desinfektionswirkung wässriger Lösungen von Phenol und Formaldehyd nimmt mit jedem Zusatz von Äthyl- und Methylalkohol ab.

15) In Bouillon, Gelatine, Körperflüssigkeiten etc. oder in wässrigen Lösungen, denen derartige Flüssigkeiten zugesetzt sind, ist die desinficirende Wirkung der Metallsalze im Allgemeinen geringer als in rein wässrigen Lösungen.

16) Aus der bakterientödtenden Kraft eines Stoffes einen Rückschluss auf seine entwicklungshemmende Wirkung zu ziehen, ist unzulässig.

17) Zwischen Konzentration und Giftwirkung der Quecksilberchloridlösungen bestehen gewisse allgemeine Gesetzmäßigkeiten. Es ist wahrscheinlich, dass sich ähnliche Beziehungen auch bei den Lösungen anderer Stoffe finden lassen. **Hübener** (Breslau).

4) **H. M. Biggs** (New York). Some investigations as to the virulence of the diphtheria-bacilli occasionally found in the throat-secretions in cases presenting the clinical features of simple acute angina.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Oktober.)

Zur Untersuchung gelangten 48 Fälle, welche aus dem New York Health Department stammten und als Tonsillitis simplex oder follicularis oder ulcerativa, pseudodiphtherica u. A. m. angemeldet und

von Kulturen begleitet waren. Von 44 Fällen konnte der weitere Krankheitsverlauf ermittelt werden. 25mal zeigten sich später charakteristische Diphtheriesymptome, 19mal war der Verlauf der einer gewöhnlichen Angina. In der Mehrzahl der Fälle dieser letzteren Serie war ein Zusammenhang mit anderen Fällen, die sich auch klinisch als echte Diphtherie erkennen ließen, nachweisbar, z. B. in Kinderpensionaten, in Familien, in denen kurz vorher Diphtherie geherrscht hatte. In 15 Fällen konnte man Aufschluss über die Dauer der Virulenz der Bacillen (Löffler) erhalten, gerechnet vom Tage der ersten Kultur an; in den meisten Fällen waren sie nach 8 Tagen verschwunden, 1mal waren sie 30 Tage lang nachzuweisen.

Zum Schluss unterscheidet B. folgende 4 Möglichkeiten:

- 1) Fälle mit normaler Rachenschleimhaut, auf welcher sich Diphtheriebacillen befinden. Fast immer lässt sich ein Zusammenhang dieser Fälle mit echter Diphtherie nachweisen.
- 2) Einfache Angina mit virulenten Diphtheriebacillen. In sanitärer Hinsicht sind diese Fälle als echte Diphtherie zu behandeln.
- 3) Fälle von echter Diphtherie mit Löffler'schem Bacillus.
- 4) Fälle von Angina mit Membranbildung ohne Diphtheriebacillen. Klinisch werden diese Fälle der Diphtherie zugeteilt werden müssen.

Schließlich betont Verf. die Möglichkeit, dass die Fälle der Kategorie 2) auf Streptokokkenentzündung des Rachens beruhen, und dass die Diphtheriebacillen in den Schleimhautsekreten nur zufällig anwesend sind, ohne selbst die Erreger der Entzündung zu sein.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

5) A. Gouguenheim. Contribution à la diphthérie de l'adulte.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. p. 213.)

G. hat im Jahre 1896 im Isolirpavillon seines Hospitals bei über 120 Erwachsenen eine Infektion mit Diphtheriebacillen konstatiert. Ihr Nachweis ist nur durch bakteriologische Untersuchung möglich: pseudomembranöse Anginen, selbst typische und schwer verlaufende, sind nicht immer diphtherischen Ursprungs, und umgekehrt erscheinen viele Diphtherie-Infektionen als bloße akute Tonsillitiden, mit schmierigen oder fleckigen weißen Auflagerungen, herpesähnlichen Ulcerationen oder als Angina phlegmonosa, dann ziemlich oft mit Lymphadenitis submaxillaris vergesellschaftet. Wenn solche Drüsen später vereitern, so finden sich im Eiter stets nur Staphylo- und Streptokokken. Der Kehlkopf bleibt meist frei, und das Allgemeinbefinden leidet viel weniger als bei Kindern; deshalb ist die Serotherapie von weniger »theatralischem« Erfolg. Die Diphtheriebacillen sollen bei Erwachsenen meist länger, mehr gebogen und öfters mit anderen Organismen vergesellschaftet sein, auch bei den leichten Formen. — Trotz der relativen Gutartigkeit ist der Bacillus auch bei der Erkrankung Erwachsener übertragbar, sie ist deshalb auch praktisch wichtig. — Albuminurie, auch bei Erwachsenen ziem-

lich häufig, aber kurzdauernd, verschlechtert die Prognose nicht. Die Serotherapie ist nicht so streng indicirt wie bei Kindern; es wäre aber nützlich, sie aus prophylaktischen Gründen in mäßigen Dosen (5 ccm) anzuwenden; bei schwereren Fällen dürften 10 ccm genügen. Der Nase ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen; wenn sie erkrankt, kommen gelegentlich schwere Ohrkomplikationen vor.

Kümmel (Breslau).

6) The American paediatric society's report on the collective investigation of the antitoxin treatment of laryngeal diphtheria in private practice. 1896—1897.

(New York med. record 1897. Mai 15.)

In dieser zweiten und ergänzenden Statistik (s. Centralblatt für Chirurgie 1896 p. 1039) handelt es sich um folgende Fragen:

1) Welcher Procentsatz von Kehlkopfdiphtherie heilt ohne Operation unter Antitoxinbehandlung?

2) Welcher Procentsatz heilt unter operativer Behandlung?

Im Ganzen umfasste die Antitoxinbehandlung 1704 Fälle mit einer Sterblichkeit von 21,12% = 360 Todesfälle.

1036 Fälle = 60,79% wurden nicht operirt, davon starben 178 = 17,18%.

Bei Betrachtung der operirten Fälle wird daran erinnert, dass bezüglich der Intubationen in der 1892 von McNaughton und Maddren herausgegebenen Sammlung die Sterblichkeit noch 69,5% betrug. In der vorliegenden Statistik starben 182 von 668 Operirten = 27,24%; Intubation: 637 Fälle, Tracheotomie: 20 Fälle, Intubation und Tracheotomie: 11 Fälle. Im Ganzen erforderten also 39,21% von allen Fällen die operative Behandlung. Es wird daran erinnert, dass vor Anwendung des Antitoxins bei Kehlkopfdiphtherie die Nothwendigkeit der Operation auf 90% geschätzt wurde; ferner ergibt sich, dass früher 27% ungefähr die Überlebenden repräsentirte, während nun 27% unter Antitoxin die Sterblichkeit darstellt.

Das Comité empfiehlt den Kollegen in einer Zusammenfassung der Resultate dieser Sammelforschung:

1) Antitoxin soll so früh als möglich in allen Fällen von Verdacht von Diphtherie verabreicht werden. Die Präparate waren nicht immer von der angegebenen Konzentration, sondern enthielten einige Male nur $\frac{1}{2}$ oder $\frac{1}{3}$ der angeblichen Einheiten. Es wird empfohlen, die konzentrierteste Form einer absolut zuverlässigen Marke anzuwenden.

2) Die Dosirung aller Fälle von Kehlkopfdiphtherie soll, wenn der Pat. 2 Jahre alt oder darüber ist, folgendermaßen behandelt werden:

1. Dosis: 2000 Einheiten so früh als möglich.

2. Dosis: 2000 Einheiten 12 oder 18 Stunden nach der 1. Dosis, wenn keine Besserung eingetreten ist.

3. Dosis: 2000 Einheiten 24 Stunden nach der 2. Dosis aus demselben Grunde.

Pat. unter 2 Jahren erhalten 1000—1500 Einheiten in Wiederholungen wie eben beschrieben.

Löwenhardt (Breslau).

7) **H. Krukenberg** (Halle). Zur chirurgischen Behandlung der Diphtherie.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 28.)

Unter Hinweis auf die von ihm erreichten guten Erfolge, welche unter 32 Diphtheriefällen nur in 2 (+) ausgeblieben waren, schildert K. die von ihm geübte Behandlung, die mit Heilserumeinspritzungen in kleinen Dosen und in öfterer Wiederholung beginnt und durch Anwendung des warmen Dampfsprays bis zur Erzeugung eines dichten Nebels im Krankenzimmer unterstützt wird. Durch letzteren glaubt K. die nach den Seruminjektionen in Folge überschneller Lösung der Membranen zuweilen eintretende Erstickungsgefahr vermindern zu können und hat überhaupt seit Verwendung des Sprays oft eine auffallende Besserung der Athmung beobachtet, so dass er von den ihm zur Operation überwiesenen 31 Fällen nur 23 der Tracheotomie zu unterwerfen brauchte. Was letztere betrifft, so zieht K. die untere stets der höheren vor, behandelt die angelegte Wunde mit leichter Eisenchloridätzung und lässt die Kanüle gewöhnlich nur 3—4 Tage liegen, was seit der Einführung des Heilserums meist völlig ausreichte. Alle mechanischen Reize der Luftröhrenschleimhaut durch Federposen vermeidet er sorgfältig, um Verletzungen und Neuinfektionen zu verhüten; die innere Kanüle lässt er vor dem Einführen stets in Öl eintauchen. Wird die Athmung trotz Reinigung der letzteren schlechter, so entfernt er vorübergehend auch die äußere Kanüle und führt in schweren Fällen 1—2 Tage lang und alle 6 Stunden einen Metallkatheter ein, um mit diesem das tief sitzende Hindernis mittels Einblasen von Luft und Aspiration der zähschleimigen Massen zu beseitigen. Großen Werth legt K. auf die regelmäßige Ernährung des Kindes und bedient sich hierzu nöthigenfalls in Beckenhochlagerung applicirter Ernährungsklystiere oder bei Schlinglähmung der Schlundsonde, die er, event. durch die Nase, täglich 2—3mal zur Fütterung einführt. Während der ganzen Dauer der Behandlung wird die Luft durch ergiebigen Dampfspray vollständig feucht gehalten.

Kramer (Glogau).

8) **H. Mackenzie**. On the treatment of Graves' disease by means of thymus gland.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. Februar.)

M. vergleicht auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen die Wirkung der Thymusdrüse mit derjenigen anderer Mittel und kommt zu dem Schluss, dass ihr keine spezifische Wirkung zukommt; indessen schreibt er der Thymusdrüsenetherapie eine roborirende Wirkung zu und empfiehlt die Schafthymus als das geeignetste Präparat, entweder frisch oder in Form von Extrakt oder Pulver.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

9) **G. E. Bushnell.** Subpleural pulmonary abscess.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Oktober.)

Verf. weist darauf hin, wie häufig der Lungenabscess mit Empyem verwechselt wird, und stellt nach Mittheilung zweier einschlägiger Beobachtungen folgende Sätze auf:

1) Der geschlossene Lungenabscess bildet sich im Bindegewebe der Lunge; die günstigste und häufigste Form ist der subpleurale Abscess.

2) Der subpleurale Abscess kann eine ziemliche Größe erreichen ohne entsprechende Zerstörung von Lungengewebe; die einzelnen Lungenläppchen, durch den Eiter von einander isolirt, retrahiren sich ähnlich wie die ganze Lunge bei Pleuraergüssen.

3) Der subpleurale Abscess ist häufiger als allgemein angenommen wird; er wird meist für Empyem gehalten.

4) Das einzig sichere Mittel der Unterscheidung ist die mikroskopische Untersuchung des durch Probepunktion erhaltenen Eiters vor der Ruptur; im Eiter des Lungenabscesses finden sich zahlreiche elastische Fasern.

Das gilt jedoch nur, wenn das Empyem durch Infektion auf dem Lymphwege entstanden ist, nicht für den Fall, dass es die Folge einer Lungentuberkulose oder Lungengangrän ist.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

10) XII. internationaler medicinischer Kongress in Moskau vom 19.—26. August 1897.

Chirurgische Sektion.

Referent Dr. **Holländer** (Berlin).

(Schluss.)

v. **Eiselsberg** (Königsberg): **Die Behandlung inoperabler Strikturen des Darmkanals und Kothfisteln mittels totaler Darmausschaltung.**

v. E. führt seine zum Theil bereits publicirten Resultate über die totale Darmausschaltung des Näheren aus. v. E. ist auf Grund von 12 bisher mit dieser Methode operirten Fällen zu der Überzeugung gekommen, dass in solchen Fällen, in denen die Resektion auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt, die totale Ausschaltung indicirt ist. Von den 12 operirten Fällen sind 6 Heilungen zu verzeichnen bei Fisteloperation, 3 Todesfälle bei 6 Operationen wegen inoperabler Carcinome. v. E. räth aber bei der totalen Darmausschaltung auf alle Fälle, das eine Ende des ausgeschalteten Stückes in die Haut zu nähen und nicht ganz zu versenken.

v. **Baracz** (Lemberg) hat vor 4 Jahren einen Fall mit totaler Darmausschaltung operirt, wobei er das ausgeschaltete Stück total occludirt und versenkt hat; auf Grund experimenteller Untersuchungen räth er jedoch, das ausgeschaltete Stück zu drainiren, da durch Ansammlung von Sekret und bakteriellen Vorgängen noch nach Monaten ulcerative Prozesse in dem occludirten Darmstück durch Perforation desselben die Versuchsthiere getödtet haben.

Jonnesco warnt vor der totalen Darmausschaltung und rät zur Enteroanastomose.

v. Eiselsberg sah die Koliken erst dann verschwinden, wenn die Kothpassage durch die carcinomatöse Strikturen in Folge der totalen Ausschaltung unmöglich war; er bevorzugt bei seinen Operationen axiale Anastomosen, während Roux, der gleichfalls einen Fall von totaler Darmausschaltung operiert hat, sich für eine senkrechte Implantation ausspricht.

Frank (Chicago): A new absorbable intestinal coupler.

Der demonstrierte Knopf besteht im Wesentlichen aus einem Drainrohr als centraler Achse, auf welcher an beiden Enden derart decalcinierte Knochenknöpfe aufgenäht sind, dass deren Flächen sich dicht berühren. Der Knopf wird wie beim Murphyknopf implantiert und fixiert und, nachdem er in dem einen Darm befestigt ist, wird das zweite Darmende über die zweite mit dem ersten untrennbare Knopfhälfte gezogen. Gleichzeitig werden von Thieren gewonnene Knopf Anastomosen vorgezeigt; der Knopf ist sehr leicht; jedoch scheint dem Ref. der elastische Zug des Gummirohres nicht zu genügen und die Untrennbarkeit der Knopfhälften ein großer Übelstand zu sein; der Knopf ist bei Magenoperationen demnach auch kaum zu verwerthen.

A. M. Petroff (Sofia): **Contribution à l'éléo-colorraphie en bourse appliquée à deux cas de cancer du gros intestin et à un deuxième cas de cancer de l'intestin grêle et du cœcum à la fois.**

Fall 1. Krebs des Coecum. Totale Resektion des Coecum und eines Theils des Ileum; cirkuläre Vereinigung des Ileum und Colon ascendens. Heilung.

Fall 2. Krebs der Flexura coli dextra. Resektion. Heilung.

Fall 3. Krebs des Coecum und des Ileum. Der gesunde Intervall beträgt 36 cm. Die Lymphdrüsen des Mesocolon stark ergriffen. Exitus. Naht sufficient.

Michl (Prag): **Über Hepatopexie.** M. hat vor 10 Jahren einen Fall von Wanderleber operiert, welcher dauernd geheilt blieb. Schräger Nierenschnitt von der Spitze der 11. Rippe. Verkürzung der Ligamente. Frottirung des Peritonealüberzuges und Stützverband.

Djemil Pascha (Konstantinopel): **Sarkom des Netzes und des Colon transversum** in Folge eines Seidenfadens, welcher am Netzstumpf im Anschluss an eine früher gemachte Radikaloperation einer Inguinalhernie zurückgeblieben war. Es handelt sich in dem sehr interessanten Falle um einen 30jährigen Pat., welchem vor 1½ Jahren wegen einer großen Netzhernie eine Radikaloperation mit Erfolg gemacht worden war; 2 Monate später begannen die Beschwerden, welche sich zu den Symptomen einer Intestinalstenose allmählich steigerten. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass der 2faustgroße Tumor so fest mit dem Colon transversum verwachsen war, dass dieses in Ausdehnung von 31 cm reseziert werden musste. Der Tumor stellt ein Fibrosarkom dar; im Centrum des aufgeschnittenen Tumors befindet sich ein Seidenfaden. Heilung.

Jonnesco (Bukarest): **Die Splenektomie.** Seit dem 3. Januar 1896 hat J. 12mal die Milz entfernt, 11mal wegen der Hypertrophie auf Grund von Malaria, 1mal wegen Echinococcus. J. unterscheidet bei der Operationsprognose 3 Arten: die fixirte, die mobile und die ektopische Milz; bei der ersten Form handelt es sich um eine sehr schwere und gefährliche Operation; die Prognose bessert sich durch die Mobilität, so dass unter 27 Fällen bei ektopischen Milzen nur 2mal der Tod eintrat. Die Indikationsstellung bei der Malaria milz gestaltet sich nach J. folgendermaßen: Ist eine Zeit lang die interne Behandlung ohne Erfolg angewendet worden, und leidet der Pat. erheblich oder es nimmt seine Kachexie zu, so ist die Splenektomie indicirt. Die Splenektomie ist ferner indicirt bei Echinococcus des Organs. Kontraindikationen sind ausgedehnte Verwachsungen, schwere Kachexie, Ascites, hohes Alter und Leukocytose. Nach der Splenektomie beobachtete J. konstant eine vorübergehende Leukocytose.

Therapie der krebsigen Strikturen des Ösophagus, des Pylorus und des Rectum; Erfolge der verschiedenen Heilmethoden.

Ref. Czerny (Heidelberg): C. beschränkt sich auf die Besprechung der operativen Eingriffe bei den genannten Erkrankungen und bei der Größe des Gebietes auf eigene Erfahrungen. Nur bei den Operationen des Ösophagus recurriert er auf Erfahrungen anderer Autoren.

I. Radikale Operationen bei Carcinom des Ösophagus. Bisher sind im Ganzen 10 Fälle mit Resektion behandelt, von diesen überlebten die Operation nur 3, und zwar 13, 11 und 8 Monate; also radikale Erfolge bei Resektion des Ösophagus sind bisher nicht zu verzeichnen.

II. Die palliativen Operationen zeigen Fortschritte; die methodische Sondenbehandlung namentlich bei den cirrhösen Krebsen sind erfolgreich; über Dauersonden hat C. keine persönliche Erfahrung. Auch hat er bisher die Ösophagoskopie nicht praktisch verworther. Auch die Ösophagostomie scheint keine nennenswerthen palliativen Erfolge zu fördern. Dagegen ist die Gastrostomie im Stande, in einigen Fällen Nutzen zu schaffen. C. geht nicht auf die einzelnen Methoden ein, sondern befürwortet nur die Marwedel'sche Modifikation der Witzel'schen Methode, welche auf der Heidelberger Klinik angewendet wird; bei dieser Methode wird die Magenfistel intraparietal zwischen Submucosa und Seromuscularis gebildet; der Drain kann später beliebig entfernt oder auch durch eine Dauersonde ersetzt werden. Von 14 auf diese Weise operirten Fällen starben 3 im ersten Monat, die anderen lebten bis 11 Monate; in vielen Fällen bedeutete diese Lebensverlängerung jedoch nur die Verlängerung der Leiden.

Pyloruskrebs. 1. Radikale Operationen: Es kommt hier Alles auf die Frühdiagnose an. Von 22 Resektionen des Pylorus wegen Carcinom sind 2 dauernd geheilt ($3\frac{1}{2}$ und $6\frac{1}{2}$ Jahre). Doch ist die Operationsmortalität noch groß, von 22 Resecirten erlagen der Operation 9. Ein Sarkom der großen Curvatur jetzt $7\frac{1}{2}$ Jahre gesund. Ratimof verfügte über einen Fall von $8\frac{1}{2}$ Jahren, Kocher $7\frac{1}{2}$ Jahren, Wölfler 5 Jahren. Die allgemeine Anschauung der Chirurgen geht dahin, dass man nur noch ganz günstige Fälle der radikalen Operation unterwerfen soll. Was die Operationsart betrifft, so erklärt C. sich noch im Versuchsstadium zu befinden.

2. Palliative Operation der Pyloruscarcinome. Die Gastroenteroanastomose hat C. 100mal ausgeführt. Von 69 Fällen von Gastroenteroanastomose wegen Pyloruskrebs resultirte eine Mortalität von 29%. Im letzten Semester operirte C. 10 ohne Todesfall. Dies schreibt er vor Allem der Anwendung des Murphyknopfes zu, dessen Benutzung er auf das wärmste empfiehlt. Als Operationsart der Gastroenteroanastomose empfiehlt er die Hacker'sche Methode, weil diese die relativ normalsten anatomischen Verhältnisse hinterlässt (87mal angewandt, 25% Mortalität). Die Wölfler'sche Methode wendet er nur an, wenn die Hacker'sche unausführbar ist. Die Durchschnittslebensdauer nach Gastroenteroanastomosen berechnet C. auf 8,8 Monate; in dieser Zeit jedoch sind die Pat. relativ beschwerdefrei. Bei der Nahtmethode hat C. sekundäre Schrumpfung der Öffnung bemerkt, bei der Knopfmethode nicht. Außer diesen Fällen hat C. noch 20 Probeparatomen gemacht ohne weiteren operativen Eingriff. Die Durchschnittslebensdauer dieser ist 3,5 Monate.

Rectum. C. operirte 149 Fälle mit 8% Mortalität. Hiervon nach Kraske 66 mit 9 und 83 mit perinealem Schnitt mit 3 Todesfällen. C. berechnet sich dabei eine Zahl von 25% radikaler Heilung ohne Recidiv.

1. Radikale Operationen. C. wendet den pararectalen Schnitt an; bei Männern benötigt er in der Mehrzahl der Fälle einer Knochenhilfsoperation, bei Frauen entbehrt er diese. Er strebt möglichst die cirkuläre Vereinigung der Darmenden mit Erhaltung des Sphinkters an. Die Witzel'sche Methode hat C. nicht ausgeführt, die Hochenegg-v. Gersuny'sche Methode je 1mal ohne Erfolg.

C. verwirft die Drainage des Peritoneum und ist für einen Verschluss durch fortlaufende Katgutnaht. Die vaginale Methode hat keinen wesentlichen Vorzug; die Laparotomie will er nur für die Fälle reservirt haben, in denen das Carcinom oberhalb des Sphinkter III sitzt.

2. Palliative Operationen. Das Curettement hat C. gänzlich aufgegeben, von der Rectotomia linearis nur bei der scirrösen Form, von der Kolostomie dagegen einen in den letzten Jahren immer mehr steigenden Gebrauch gemacht. Den Schede'schen Vorschlag, vor der Exstirpation des Mastdarmes die Kolostomie zu machen, verwirft C., weil die Pat. sich dann 3 Operationen unterziehen müssen.

A. Cecherelli (Parma) hält für die Fälle, in denen die Pyloroplastik unaußführbar ist, die vordere Gastroenterostomie nach Doyen für den besten Vorgang; bei Magengeschwüren hält er die Gastroenterostomie für indicirter, als die Resektion, mit Ausnahme der Fälle, in denen sicher ein Geschwür nicht auf das Duodenum übergreift.

van Iterson (Leiden) stützt seine persönlichen Erfahrungen auf 16 Gastrostomien, 12 Heilungen, 4 Todesfälle am 7.—10. Tage; 20 Gastroenteroanastomosen, 19 Heilungen, 1 Todesfall nach 34 Tagen; 2 Pylorusresektionen, 1 geheilt, 16 Monate, 1 gestorben nach 29 Tagen; 1 Jejunostomie, Tod durch Volvulus nach 14 Tagen; 2 Intestinalresektionen, geheilt; 10 Kolostomien, 9 Heilungen, 1 Todesfall nach 10 Tagen. Alle diese Operationen führte v. I. seit 1890 aus ohne Körpernarkose unter Cocainanästhesie. Dadurch vermeidet v. I. vollkommen den Collaps und das im Anschluss an eine Operation so gefährliche Erbrechen und die hypostatischen Pneumonien.

Heydenreich (Nancy) giebt dem vaginalen Schnittverfahren bei Carcinom des Rectum bei der Frau den Vorzug auf Grund zweier mit Continenz geheilter Fälle.

J. Sematzky (St. Petersburg) will den Galleneinfluss in den Magen beseitigen und glaubt, dass dieser bei sämtlichen bisher angewandten Arten der Gastroenteroanastomose gleichmäßig vorkommt. Auch der Vorschlag von Braun schaffe hierin keine Besserung. Auf Grund von Thierversuchen kommt er zu folgendem Verfahren: Quere Durchtrennung des Jejunum; Implantation des distalen Querschnittes desselben in den Magen, 12—16 cm weiter nach unten Implantation des oberen Jejunumquerschnittes in den abführenden Schenkel.

Diskussion: Chtumsky (Breslau) glaubt auf Grund von Thierversuchen, dass der Gallenrückfluss in den Magen keinen Einfluss auf das Erbrechen habe. Leitet man die Galle direkt in den Magen von Hunden, so resultirt daraus weder Schaden noch Brechreiz; leitet man dagegen den Pankreassaft in den Magen, so sterben die Thiere.

Kader (Breslau): In der Mikulicz'schen Klinik ist ein Verfahren studirt, die Cardia zu exstirpiren; Mikulicz operirte nach diesem einen tödlich endenden Fall. Die Ösophagoskopie und Gastroskopie wird in der Breslauer Klinik geübt, jedoch ohne Resultate; nur bei Cardiospasmus war sie in einem Falle von Erfolg. Mikulicz verfügt über zwei dauernd geheilte Fälle von Pylorusresektionen.

Kader (Breslau): Über die in der Mikulicz'schen Klinik ausgeführten Magenoperationen.

Aus der tabellarischen Zusammenstellung von 270 Operationen am Magen von 1852 bis 1897 geht eine Gesamtmortalität von 26,7% hervor. Die Pylorusresektion bei gutartigen Erkrankungen wurde 2mal gemacht ohne Todesfall, bei bösartigen Erkrankungen 25mal mit 8 Todesfällen. Die übrigen Zahlenverhältnisse gestalten sich folgendermaßen, wobei die eingeklammerten Zahlen die der nicht bösartigen Erkrankungen bedeuten. Gastroenterostomie 22mal, 6 Todesfälle (5mal, 1 Todesfall), Gastrostomie 37mal mit 9 Todesfällen (11mal ohne Todesfall). Die Pyloroplastik wurde 7mal mit 3 Todesfällen ausgeführt. Interessant und lehr-

reich ist die Gegenüberstellung der Operationen von 1882 bis 1. August 1895 und vom 1. August 1895 bis 1. August 1897. Es wurden in der letzten Serie mehr Fälle operirt wie in der 12 Jahre umfassenden II. Serie; die Gesamtmortalität ist dieselbe bei den gutartigen Operationen geblieben, bei den Operationen bösartiger Erkrankungen von 27,4 auf 28,7% Mortalität gestiegen. In der I. Serie erzielte die Pylorusresektion bei Carcinom 32%, in der II. 44% Mortalität; die der Gastroenterostomie 27% in der I., 32,6% in der II. Serie, während die Mortalität der Gastrostomie von 24,3 auf 19% gesunken ist.

Bottini (Pavia): Behandlung der Harnverhaltung durch Prostatahypertrophie. Demonstration eines neuen Accumulators und seiner Instrumente. B. erläutert eingehend seine bekannte und von ihm seit ca. 20 Jahren geübte Methode der Behandlung der Prostatahypertrophie mit dem Kauterisator und Incisor; B. giebt jetzt dem letzteren den Vorzug. B. empfiehlt die Anwendung seiner Instrumente in der Freudenbergschen Modifikation. Er hält seine Methode für so leicht anwendbar, dass jeder mit der Katheterisation und Sondirung Vertraute sie leicht anwenden kann.

Freudenberg (Berlin) empfiehlt auf Grund von 16 Operationen an 13 Pat die bisher anderweitig wenig geübte Bottini'sche Methode; er demonstriert seine modificirten Instrumente, deren Vortheile darin beruhen, dass sie sterilisierbar sind und wegen der Verwendung des Platinirridium eine geringere elektrische Kraft benöthigen.

Watson hat auch die Bottini'sche Methode angewendet, will sie aber für gewisse Fälle reservirt wissen, in denen es sich um Hypertrophie des mittleren Lappens handelt.

Lavista (Mexiko) empfiehlt die Boutonnière und die Ausbrennung des mittleren Lappens durch die **Cystotomia suprapubica**.

Le Dentu (Paris): Über einen Fall von Elephantiasis des Hodens, Hydrocele, Varicocele lymph. und Lymphangioma des Inguinalkanals, auf Grund der Filaria sanguinis. Schon 1881 operirte Le D. eine chylöse Hydrocele, in welcher sich die Filaria sanguinis befand. 1887 publicirte er eine Arbeit: Über die von der Elephantiasis des Scrotum unabhängige Elephantiasis der Testikel. Er wies darauf hin, dass diese Zustände oft mit syphilitischen verwechselt würden. 1897 operirte er den Fall, dessen Status aus der Überschrift hervorgeht. Bei der Operation des jungen Mannes aus den Antillen stellte es sich heraus, dass es sich nicht um eine Netzhernie gehandelt hatte, sondern um ein Lymphangiom und eine lymphatische Varicocele.

Albarran (Paris): Über den Katheterismus der Ureteren. Nach A. sind die bisherigen Instrumente noch ungenügend. Die Einführung ist zu schwierig und die einföhrbaren Sonden und Katheter zu dünn. Sein neues Instrument beseitigt diese Mängel; das Instrument stellt ein einfaches Nitze'sches Cystoskop dar; auf dieses kann der Apparat zur Katheterisation aufgedrückt werden; durch eine Schraubenvorrichtung kann man die Sonde nach allen Seiten vor- und rückwärts und seitlich bewegen. Um stärker kalibrige Katheter einzuführen, verfährt er folgendermaßen: Er führt eine gewöhnliche Sonde in den Ureter, diese trägt an ihrem hinteren Ende einen Schraubengang, wie an den Le Fort'schen Sonden, an diese wird eine gleichstarke Sonde angeschraubt und nun das Cystoskop unter Liegenbleiben der Sonde herausgenommen. Über diese Leitsonde wird dann ein sehr langer Katheter No. X geschoben, und nachdem dieser so in den Ureter eingeführt ist, die Leitsonde zurückgezogen. Mit diesem Verfahren kann man größere Waschungen des Nierenbeckens vornehmen. Die Instrumente sind bei Collin zu haben. A. warnt vor illusionären Vorstellungen über die therapeutischen Erfolge des Katheterismus; einmal hat er eine größere Hydronephrose entleert. Bei Pyelitis sei durch Waschungen und Drainage nur bei einfachen, nicht complicirten Säcken etwas zu erhoffen.

Milton (Kairo): Seine persönlichen Erfahrungen über Lithotripsie stützt M. auf 550 Fälle von Blasensteinen. M. entfernt die größten Steine mit dem Litho-

triptor in einer Sitzung; die perineale Lithotomie und die Cystotomie geben gute Resultate bei kleineren Steinen; je größer der Stein und erschöpfter der Pat., um so größer die Indikation zur Lithotripsie. M. demonstriert monströse Steine, die er durch Operation gewonnen hat.

Nitze (Berlin) hat den Evakuationskatheter zur Entfernung der Steintrümmer mit einem optischen Apparat versehen, damit man ohne neue Einführung eines Instrumentes sich nach der Operation von der Reinheit der Blase überzeugen kann.

N. hat 42 Fälle von benignen Blasenpolypen per vias naturales mit der Schlinge entfernt und ohne Todesfall sämtlich geheilt, er demonstriert sein von ihm konstruiertes Instrumentarium. Die Geschwulst wird, wenn sie klein ist, in einer Sitzung, sonst ambulant in mehreren, entfernt. Dann wird die Basis gebrannt; N. giebt an, dass dies Verfahren weniger Recidive zeitigt, wie die Operation.

Albarran fixiert seine Indikationsstellung zur operativen Entfernung von Blasensteinen folgendermaßen: 1) bei Kindern und 2) bei ausgedehnten Ulcerationen der Blase wegen der Gefahr der Perforation (welche unter 126 Fällen einmal vorkam). 3) Bei eingekapseltem Stein und 4) wenn der Blasen Zustand eine permanente Drainage erfordert; sonst in allen Fällen Lithotripsie. Guyon's Statistik zeigt bei 1000 Lithotripsien 2% Mortalität.

Geroth (Bukarest) hat eine umfangreiche experimentelle Untersuchung über die Absorption der Blaseschleimhaut angestellt. Nach seinen Untersuchungen setzt die Blaseschleimhaut dem Eindringen gelöster Stoffe Widerstand entgegen, der jedoch nur ein relativer ist und von der chemischen Konstitution der Substanzen abhängt. Ferrocyankalium, Traubenzucker, Harnstoff passierten die Blasenwand. Die Versuchsreihe mit den Alkaloiden ergab negative Resultate.

Schmuckler (Kiew): **Die chirurgische Prophylaxe der Erkrankungen des Präputium.** Der Autor sieht diese in der Circumcisio, welche bei einigen Völkern ritueller Gebrauch sei.

O. Bloch (Kopenhagen): **Über die diagnostische Nierenresektion.** B. hat in einer Anzahl von Fällen, in denen er durch die bestehenden diagnostischen Mittel nicht zu einer sicheren Diagnose kommen konnte, eine diagnostische Parenchymresektion der suspekten Niere vorgenommen; B. glaubt, dass dies im Sinne einer konservativen Nierenchirurgie wichtig sei, da man sonst in die Lage käme, Nieren zu extirpieren wegen Verdacht auf Neubildung, welche mikroskopisch sich als Infiltrationen entzündlicher Art erwiesen.

Küster (Marburg): **Über die Neubildung der Nieren und ihre Behandlung.** Die Nephrektomie bei bösartigen Geschwülsten der Niere giebt bisher noch eine schlechte Mortalitätsziffer. Von ursprünglich 60% Mortalität sei sie seiner Berechnung nach (von 263 publicirten Operationen) auf 41% gesunken. Von diesen 155 restirenden Pat. sind dauernd geheilt nur 9, wenn man nur die Pat. zählt, welche mindestens 3 Jahre bereits recidivfrei sind; sonst sind 28% Heilungen zu konstatiren, also 16% aller operirten Fälle. K. hofft eine Besserung dieser Verhältnisse von einer früheren Diagnose. Die jetzigen Untersuchungsmethoden seien in den Fällen einer nicht palpablen Nierengeschwulst unzulänglich. Die Palpation, deren Ausbildung das Verdienst Israël's sei, ist für die Fälle, in denen die Geschwulst in der Mitte oder im oberen Pol sitze, unzureichend. Nach seiner Erfahrung ist dies häufig der Fall. Außerdem hegt K. Bedenken gegen eine methodische Palpation, weil dadurch eventuell die in die Gefäße hineinwuchernden Tumoren abgelöst würden, und dies zu Metastasen Veranlassung gäbe. K. empfiehlt daher, falls Verdacht auf Nierengeschwulst vorhanden sei, eine doppelseitige Freilegung der Nieren, weil das die einzige Sicherheit gäbe. K. unterscheidet 3 Gruppen von bösartigen Geschwülsten der Niere, welche wohl charakterisirt sind.

1) Krebse: geben spät fühlbare harte Geschwülste in den Grenzen des Organs, durchbrechen frühzeitig die Kapsel und sind schwer beweglich.

2) Sarkome. Hauptsächlich im Kindesalter; dieselben machen früh große Geschwülste, brechen spät durch die Kapsel und machen nur entzündliche Adhäsionen.

3) Struma suprarenalis; meist Geschwülste, welche einen Pol freilassen, die jahrelang stabil bleiben können, dann plötzlich wachsen und sehr bösartig sind.

Die Indikation zur Operation muss mehr begrenzt werden; leicht bewegliche sollen operirt, fixirte Geschwülste nicht mehr operirt werden; bei schwer beweglichen Geschwülsten schwankt die Indikationsstellung. Während heute nur noch fast allein die Gynäkologen transperitoneal operiren, empfiehlt K. das transperitoneale Vorgehen bei schwer beweglichen Geschwülsten. Dieser Schnitt lässt nach K. das Operationsterrain besser übersehen; man kann die Gefäße präliminar unterbinden und sich besser über vorhandene Metastasen orientiren; K. fordert auf, sich nicht an die extraperitoneale Methode allein zu halten, sondern die Fälle zu sondern. Er resumirt folgendermaßen: Bei dunklen Nierenfällen soll eine sichere Diagnose durch die beiderseitige Freilegung der Niere erzwungen werden. Frei bewegliche Geschwülste sollen durch den Lendenschnitt, schwer bewegliche durch die Laparotomie und vollkommen fixirte gar nicht mehr operirt werden.

Tuffier (Paris) verfügt über 156 Nierenoperationen. Die Technik ist im Gegensatz zu der noch mangelhaften Indikationsstellung genügend ausgearbeitet. Während T. in früheren Jahren viele Nephropexien gemacht hat, ist er im Laufe der Jahre immer mehr von dieser Operation abgekommen, und hat die Indikationen zu dieser immer mehr eingeengt, so dass er jetzt jährlich nur 2—3 Fälle operirt; er theilt hierin Israël's Ansicht, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Wanderniere nur ein einzelnes Symptom eines Erkrankungskomplexes ist. Unter 30 Nephrektomien hat er eine Anzahl Partialresektionen bei gutartigen Geschwülsten mit Heilung ausgeführt. Außer der Totalresektion hat er dann noch das Morcellement der Niere nach Péan und die isolirte Unterbindung des Gefäßstiels gemacht. Den 30 Nephrektomien mit 30 bis 26% Mortalität stehen 34 Nephrotomien gegenüber; besonders bei eitrigen Processen zieht T. die Nephrektomie der Nephrotomie vor. Bei Traumen rath T. ein möglichst konservatives Verfahren. In der Tuberkulosenfrage steht er auf Seiten Israël's; bei der Primärtuberkulose rath er, um spätere Nachoperationen zu vermeiden, zur Nephrektomie (15 Fälle). Die Frage der Behandlung der Hydronephrose ist noch offen; sehr große Hydronephrosen operirt T. transperitoneal, intermittirende Hydronephrosen behandelt er mit Erfolg durch Nephropexie. 2 Fälle von Hämatohydronephrose wurden von ihm operirt. Bei bösartigen Geschwülsten hat er schlechte Resultate wegen zu spät vorgenommener Operation.

Israël's (Berlin) Statistik über 191 von ihm ausgeführte Nierenoperationen repräsentirt den ziffernmäßigen Höhepunkt der modernen Nierenchirurgie. I. betont vor der näheren Erklärung seiner tabellarischen Übersicht seine fast vollkommene Übereinstimmung mit Tuffier's Auseinandersetzungen. Die Gesamtmortalität seiner Nephrektomien beträgt 20% von 79 Fällen, die Mortalität der Nephrektomie bei bösartigen Geschwülsten nur unter 24 Fällen 3 Todesfälle = 12,5% (gegenüber 41% aus der Zusammenstellung Küster's). Von den 21 geheilten Fällen bekamen 7 Recidive. Von den übrig bleibenden sind 6 länger als 3 Jahre recidivfrei = 60%. Dieser Fortschritt der Statistik begründet sich in der vervollkommenen Diagnose, durch Palpation und Cystoskopie, der Exstirpation der Fettkapsel und Drüsen. Was die Bemängelung seiner Palpationsmethode betrifft, so hat er dieser einen einseitigen Werth nie zubemessen, sondern nur einen hervorragenden unter den diagnostischen Hilfsmitteln; er übt seine Methode in einer Weise aus, dass seiner Ansicht zufolge ein Loslösen von Thromben durch die Palpation undenkbar ist. I. hat bei der Geschwulstentwicklung in den Nieren den Eindruck gehabt, als wenn eine polare Entwicklung derselben das Gewöhnliche sei. Eine Probefreilegung kann er nur bei vorhandener Indikation und ver-

mutheter Diagnose billigen; die einzigen Zeichen der beginnenden bösartigen Geschwulst sind Blutungen (Cystoskopie) oder Schwellung (Palpation). Weitere Resektionen wurden ausgeführt wegen primärer Nierentuberkulose 15 = 33% Mortalität, ascendirende Tuberkulose 5 mit 60% Mortalität, Syphilis 2 mit 0% Mortalität, Hydronephrose 8 mit 12% und Pyonephrose 18 mit 22,5% Mortalität. Bei eitrigen Processen 4 mit 0%, Steinnieren 2 und Ureteritis membranacea 1 mit 0% Mortalität, sekundäre Nephrektomie 10 mit 30% Mortalität. Die schlechten Resultate erklären sich hier durch die meist doppelseitige Erkrankung, welche auch eine Exstirpation unmöglich machte. In einem Falle wurde mit Dauerresultat das obere Drittel einer tuberkulösen Niere reseziert.

Nephrotomien 19 mit 21% Mortalität. Die glänzendsten Resultate ergaben die Nierensteinoperationen ohne Anurie. 17 Fälle mit 0% Mortalität. Gleichfalls bemerkenswerth sind die 60% Heilung bei 5 Operationen Anurischer und Urämischer. 2 plastische Operationen am Nierenbecken mit Erfolg. Die Nephropexie hat I. nur 15mal gemacht, und stellt die Indikation zu dieser Operation nur in seltenen Fällen unkomplirter Wanderniere, da er die Mobilität der Organe nur für ein Symptom der vielgestaltigen Enteroptose ansieht. Bemerkenswerth aus der ausgedehnten Statistik sind noch die 7 Operationen am Ureter mit 100% Heilung.

Jonnesco (Bukarest) hat im letzten Jahre 14mal die Nephropexie ausgeführt, und glaubt die Indikationen zu dieser Operation weiter stellen zu müssen als Tuffier und Israël; 2mal hat er doppelseitig operirt. J. hat seine Fälle nach eigener Methode operirt. Er placirt die Niere längs der 12. Rippe, an welcher er das Organ aufhängt; er versenkt jedoch nicht die Fäden, sondern entfernt dieselben alle am 10. Tage, dadurch vermeidet er Schmerzen, Eiterungen und Fistelbildung und die im Anschluss an die liegen bleibenden Fäden sich bildende Sklerose.

D'Antona hat 32 Nephrotomien ausgeführt, welcher Operation er principiell den Vorzug vor der Entfernung des Organs giebt. Hat er bei der Entfernung von großen Geschwülsten Schwierigkeiten, so macht er Rippenresektion.

Albarran (Paris) spricht sich mehr für Nephrektomie aus, nachdem man sich vor der Operation durch den Ureterkatheterismus am besten mit seinem Instrument und seiner Methode von dem Gesundsein der anderen Seite überzeugt habe. Die Jonnesco'sche Modifikation der Nephropexie beanstandet er.

Gersuny (Wien) bringt einen Fall bei, der in diagnostischer Hinsicht, namentlich was den Ureterkatheterismus bedingt, von größter Wichtigkeit ist. Ein Pat. mit eitriger Pyelitis einer Seite wird von ihm operirt, nachdem er sich vorher durch den Ureterkatheterismus von der völlig normalen Beschaffenheit des Urins der anderen Seite überzeugt hatte. Hätte er diese feste Überzeugung nicht gehabt, so hätte er wohl in dem Falle die Nephrotomie ausgeführt; so machte er die Nephrektomie. Abends ist Pat. anurisch. Bei der Sektion am nächsten Tage zeigte sich, dass die andere Niere ganz vereitert war und nur aus einer einzigen noch gesunden Pyramide den ganz normalen Harn entleert hatte.

Kader (Breslau) macht auf die Schwierigkeit der Verhältnisse aufmerksam an der Hand eines Falles. Wegen Ureter-Vaginalfistel sollte eine Niere reseziert werden. Mikulicz implantirte jedoch den Ureter in die Blase; im Anschluss an die Operation erfolgte eine akute Nephritis der anderen Seite.

Küster hält daran fest, auf Grund einer statistischen Zusammenstellung von 500 Fällen, dass die Geschwülste der Niere meist von der Mitte ihren Ausgang nehmen. K. hält im Gegensatz zu Israël und Tuffier die Nephropexie, welche er ca. 100mal ausgeführt hat, für eine segensreiche Operation.

Israël wendet sich gegen die Schnittrichtung d'Antona's, da er lieber einmal das Peritoneum öffnet als die Pleura.

Braatz (Königsberg): Therapie der inficirten Wunden. Nach einem historischen Überblick über die Wundbehandlung überhaupt, und im Speciellen die Thatfachen und Gründe beleuchtend, dererwegen die antiseptische Behandlung zu

Gunsten der aseptischen verlassen wurde, motivirt B. seinen Standpunkt in der Behandlung der inficirten Wunden; auch inficirte Wunden müssen aseptisch behandelt werden. Bei der Behandlung von 200 inficirten Wunden mit rein aseptischen Mitteln hat B. gute Resultate zu verzeichnen; das Jodoform, welches seiner Ansicht nach wesentlich überschätzt worden ist, wendet er auch bei tuberkulösen Wunden nicht mehr an; da auch abgestorbene Kulturen Eiter erregen, so hat es keinen Zweck, die lebenden durch antiseptische Mittel zu tödten und dadurch gleichzeitig das Gewebe zu schädigen. Der zur Erprobung der Grundsätze bakterieller Chirurgie nöthige Apparat ist ein so ausgedehnter, dass die klinischen Institute dazu nicht ausreichen. Schaffung besonderer Institute zu diesem Zweck sind erforderlich.

Le Dentu (Paris): Auf die Liste der klassischen Antiseptica (Karbolsäure, Sublimat, Chlorzink, Jodoform, Salol) gehören nach den Erfahrungen und Untersuchungen Le D.'s das **Formol** und **Parachlorophenol**. Le D. verwendet eine 5%ige und 50/100ige Lösung der 40%igen Mutterlösung des Formols. Die sterilisirende Kraft des Formols ist 2mal stärker als die des Sublimats, so dass man bei Anwendung von einer Lösung Formol von 1:200 sich einer 10mal energischeren Kraft bedient als bei der 10/100igen Sublimatlösung. Die desodorirende Kraft des Formols ist besonders stark. In einer Lösung von 50/100 sterilisirt das Formol Instrumente, ohne dieselben anzugreifen. Le D. kennt kein ähnlich wirksames Mittel bei Anwendung von Waschungen, feuchten Verbänden etc. inficirter Wunden. Die baktericide Kraft des Parachlorophenols ist 5mal stärker als die der Karbolsäure. Die Todesdosis dieses Mittels hat Le D. festgesetzt: sie schwankt zwischen 0,21 und 0,26 pro Kilogramm des Thieres. Diese Zahlen stehen im Gegensatz zu den Resultaten Girard's, der die Todesdosis auf 1,0 pro Kilogramm feststellte. — Das Parachlorophenol greift die Instrumente etwas an. Auch die Resorption des Mittels führt leicht zu schwarzem Urin.

Credé (Dresden) bespricht zunächst seine Erfahrungen über die **Silberwundbehandlung**; nach längeren Versuchen hat er das citronensaure Silber (Itrol) als dasjenige Salz, welches allen Ansprüchen als Wundantisepticum genügt, gefunden; seine Ansichten und Resultate über diesen Gegenstand sind bereits publicirt und bekannt. C. geht nun zur Anwendung des Silbers bei gewissen Infektionskrankheiten über; da citronensaures Silber in großer Verdünnung im Blutserum löslich und nicht giftig ist, so lag der Gedanke nahe, diese Salze zur allgemeinen Körperdesinfektion zu benutzen. Die subkutane Injektion von 0,5 Actol (milchsaures Silber) machte aseptische Nekrosen; daher ist diese Form der Applikation nicht verwendbar. Nach Überwindung vieler Schwierigkeiten gelang es C., ein **metallisches Silberpräparat** zu ermitteln, welches sich in Wasser löst und in eiweißhaltigen Flüssigkeiten gelöst bleibt. Wird dieses Silber in Salbenform 15 bis 30 Minuten eingerieben, so gelangt es in die Lymphbahn und cirkulirt im Körper gelöst. In steriler Lymph und sterilem Blut bleibt es als metallisches Silber erhalten. Bei Anwesenheit von pathogenen Keimen oder Toxinen wird es noch unbekannte Verbindungen eingehen, die entweder keimtödtend oder als Antitoxine wirken. Dies Silberpräparat macht keine örtlichen Erscheinungen. Mit diesem Mittel sind von C. und ihm nahestehenden Ärzten über 100 Fälle behandelt; dieselben zeigten die verschiedenen septischen Erkrankungsformen. Abends erfolgte die 1. Einreibung, die 2. am anderen Morgen; andere Eingriffe wurden in dieser Zeit unterlassen; bei einem Erwachsenen wurde 3,0, bei Knaben 2,0, bei kleinen Kindern 1,0 Salbe in der Regel eingerieben. Die Einreibung der Salbe findet an einer von der afficirten Körperstelle entfernt gelegenen Hautpartie statt. Behandelt wurden Lymphangitiden, Phlegmonen, Septhämien, phlegmonöse Anginen, septische Erkrankungsformen bei Scarlatina und Diphtherie; in sämtlichen Fällen trat nach 5–30 Stunden eine augenfällige günstige Wirkung ein: Besserung des Allgemeinbefindens, Fieberabfall nach 24 Stunden und rapides Zurückgehen des septischen Processes; fast hoffnungslose Fälle wurden rapid gebessert. Bei Erysipel wurde die septische Mischinfektion geheilt, die Hautaffektion bestand weiter.

C. glaubt in seinem Präparat ein Mittel gefunden zu haben von ganz hervorragender Bedeutung, welches im Stande ist, den ganzen Körper zu desinficiren, und welches ihn bei septischen Erkrankungen bisher noch in keinem Falle im Stich ließ.

Preobraschensky (Petersburg) betont die Vorzüge einer sufficienten Drainage bei inficirten Wunden; er sieht deren Behandlung wesentlich in der physikalischen Wirkung eines absorbirenden Verbandes.

Lucas-Championnière (Paris): **Resultate der Radikalbehandlung der Abdominalhernien.** L.-C. verfügt über 650 Fälle von Hernien, die im nicht incarcirten Zustand von ihm seit 1881 operirt sind. Diese vertheilen sich folgendermaßen: 556 Inguinalhernien (507 Männer, 49 Frauen), 46 Cruralhernien (13 Männer, 33 Frauen), 22 Nabelhernien bei Frauen, 14 epigastrische Hernien beim Manne, 12 Eventrationen (10 Frauen, 2 Männer). Obgleich L.-C. nicht alle Pat. wieder-gesehen hat, so glaubt er doch, dass die gesehenen 23 Recidive die Hauptmasse dieser darstellen. Er glaubt, dass die Methode der Radikalbehandlung nur dann günstige Erfolge verzeichnen wird, wenn man folgende Bedingungen erfüllt: 1) Wegnahme des erreichbaren Netzes, 2) Wegnahme nicht nur des ganzen Sackes, sondern auch der ganzen Partie, die zu einer erneuten Ausbuchtung neigt. L.-C. setzt dann im Folgenden seine Methode aus einander. Was die Mortalität betrifft, so verlor er 5 Pat., gleich 1:150. Er operirte zuletzt eine Serie von 265 ohne Todesfall.

Vicol und Corbin (Jassy) berichten über 200 im Militärlazarett von Jassy operirte Fälle von Hernien; von diesen sind 188 nur unter Cocainanästhesie operirt nach der Methode Reclus', 4 Recidive wurden wieder operirt; kein Todesfall, 12 Recidive.

Duplay und Maurice Cazin (Paris): **Über eine neue Methode der Sackbehandlung bei der Radikalbehandlung der Inguinalhernie.** Diese Methode beruht im Wesentlichen auf der Erhaltung des Sackes und der Vermeidung versenkter Ligaturen. Seit 1896 sind auf diese Weise von den Autoren 33 Fälle ohne versenkte Ligaturen operirt ohne Zwischenfall; bisher Recidive nicht beobachtet.

Murphy (Chicago): **Gefäßnaht.** M. demonstriert seine bereits publicirte Methode der Gefäßnaht bei Verletzungen; er verfügt über 5 Resultate bei Nähten großer Gefäße. Principiell verwirft er die provisorische Abklemmung oder Ligation, weil dadurch die Intima gebrochen wird; die Blutstillung geschieht auf die Weise, dass man einen starken Seidenfaden um das Gefäß legt und dieses vermittels des Fadens gegen den Finger presst. Bei allen longitudinal verletzten Gefäßen und dann, wenn die Continuität zur Hälfte erhalten ist, soll die Naht versucht werden; sonst muss das Gefäß in 1 cm Ausdehnung resecurt und durch Invagination wieder vereinigt werden.

Nitze (Berlin) demonstriert einen kleinen Apparat, den er für die Gefäßnaht konstruirt hat. Derselbe besteht in einer kleinen Elfenbeinstütze, über welche die Gefäßenden so geklappt werden, dass sich Intima an Intima lagert; es genüge dann, auf dieser Stütze eine cirkuläre Ligation der Gefäße vorzunehmen, welche auch nach Abnahme der kleinen Prothese hält; an Thieren erprobt.

Nachdem **Robin** (Lyon) seine Methode der Klumpfußbehandlung (Osteotrypsie mit dem Osteoklasten und eventuell noch Osteotomie) bei Erwachsenen (35 geheilte Fälle) demonstriert hat, spricht

Calot (Bercy-sur-mer): **Über die Behandlung des Malum Pottii und der schweren Skoliosen.** Nachdem er die Schwächen der bisherigen Methoden in der Behandlung des Malum Pottii aus einander gesetzt und gezeigt hat, dass auch ein vollkommen abschließender Gipsverband nicht im Stande sei, den Fortschritt der Gibbosität zu hindern, kommt C. zu seiner Therapie, welche darin besteht, dass man die Kompressionsulceration der erkrankten Wirbel verhindert, d. h. ein Redressement der Wirbelsäule ausführt. Dieses Redressement

muss einseitig sein, damit der die Stellung garantirende Gipsverband nicht erneuert zu werden braucht. C. hat seine Behandlung jetzt so vereinfacht, dass das Redressement in einigen Sekunden vor sich geht; es wird von ihm als unschädlich dargestellt. Das Redressement wird ausgeführt unter einer Gewichtstraktion von 30—80 kg und gleichzeitigem seitlichen Druck zu beiden Seiten der Dornfortsätze. Ohne Erschütterung befindet sich der kleine Pat. in seiner redressirt normalen Stellung, in der der Gipsverband angelegt wird.

Ist die Gibbosität sehr umfangreich, so rathen einige Chirurgen von jedem Redressement ab. C. dagegen, um eine weitere Verbiegung hinten zu halten, versucht ein partielles Redressement. Hierzu sind leichte und sicher unschädliche Manipulationen nöthig; er lässt einige Monate später eine 2. und 3. Korrektur folgen. So hat er bemerkenswerthe Besserungen erzielt. Als anatomische Unterlage der Stabilität seiner Resultate weist C. auf die Knochenneubildungen hin, welche spangenartig in Länge von 1—1½ cm die aus einander gewichenen Wirbel in der neuen Situation fixiren. Diese Knochenreparation lässt sich leicht durch die Radiographie bestimmen und ist dies aus beigegebenen Skiagrammen ersichtlich; weil aber diese Knochenneubildung ihre Grenzen hat, unterlässt C. bei sehr ausgedehnten Gibbositäten das sofortige Redressement in einer Sitzung. Dagegen warnt er vor der Korrektur alter ankylosirter Gibbositäten; diese seien eher Gegenstand eines operativen Vorgehens, wie er dies in seiner ersten Publikation gezeigt hat.

Bei 204 Redressements hat C. 2 Kinder in den ersten Tagen nach dem Redressement verloren, dazu 1 an Bronchopneumonie und 2 an Meningitis in den folgenden 3—4 Monaten. 2 Senkungsabscesse traten auf, während andere bestehende Abscesse sich resorbirt haben. Jetzt versucht C. zuerst vor dem Eingriff die Senkungsabscesse zu beseitigen.

Das Vorhandensein einer Paralyse ist eher Indikation als Kontraindikation für das Redressement. Von 8 Kindern mit Paralyse sind 6 in den ersten 10 Tagen nach der Operation geheilt. Bei den anderen 2 war die Operation ohne Einwirkung. 20 operirte Kinder gehen gerade; erst nachdem durch die Radiographie die neue Konsolidation nachgewiesen ist, wird dies gestattet; es kann dies bis 18 Monate dauern. Mit dieser Methode ist es möglich, schließt C., eine vollkommene Heilung ohne Deformität kleiner Gibbositäten und eine bemerkenswerthe Korrektur großer und alter Formen zu erzielen.

Jonnesco (Bukarest) hat bei seinen 13 Operationen von Gibbositäten nach der Calot'schen Manier einige Modifikationen angewendet. J. verwendet statt der manuellen forcirten Extension mechanische Hilfsmittel; statt der dicken Watteschicht verwendet J. beim nachfolgenden Gipsverband ein Flanellhemd. Die Chloroformnarkose soll nur zum Redressement angewendet werden und braucht auf die Anlegung des Gipsverbandes nicht ausgedehnt zu werden. Kleinere Gibbositäten können ohne Chloroform operirt werden. Von 13 Fällen endeten 4 tödlich.

Redard (Paris) hat 32 Fälle von Gibbosität der Wirbelsäule der forcirten manuellen oder instrumentellen Behandlung unterworfen. Er ist für die principielle Vornahme des Redressements unter Chloroformnarkose. Unter den 32 Beobachtungen erfolgte in keinem Falle eine Komplikation; nur in 6 Fällen litt die Haut etwas in der Gegend des Gibbus durch den Gipsverband. In der Regel sollen Senkungsabscesse vor der Reduktion durch Jodoforminjektion etc. zuerst zur Resorption gebracht werden. In allen Fällen verschwanden nach dem Redressement die Schmerzen, und der allgemeine Zustand besserte sich. R. schreibt diese gute Statistik zum größten Theil der sorgfältigen Auswahl der Fälle zu; nur mittelstarke frische Gibbositäten wurden zurückgebracht unter Aufwendung geringer Kraftmittel; abgewiesen hat R. alte ankylosirte Fälle mit thoracischen Deformitäten und großen kalten Abscessen. Über die Dauerresultate kann R. noch nichts Sicheres für alle Fälle aussagen, da sie zum Theil erst kürzlich operirt sind. In 6 ziemlich ausgedehnten Fällen hat sich die Wirbelsäule im redressirten

Zustand fixirt; in 3 Fällen zeigte sich, als der Gipsverband 2 Monate nach dem Redressement abgenommen wurde, wieder eine kleine Vorbuchtung; diese Recidive wurden einer erneuten Reduktion unterworfen.

Dolega (Leipzig): Über die Principien der modernen Skoliosenbehandlung. Die kindlichen Skoliosen, sowohl habituelle als konstitutionelle, stellen Belastungsdeformitäten dar, entstanden auf Grund einer abnormen Plasticität der Knochen. In der Therapie dieser Zustände unterscheidet D. 4 Gruppen: 1) Allgemeine und specialisirte Gymnastik in Verbindung mit Massage, 2) Suspension, 3) das methodische Redressement, 4) portative Stützapparate.

Le Dentu: Demonstration von neuen Instrumenten zur Uranostaphylorrhaphie.

Stolper (Königshütte): Über traumatische Blutungen in und um das Rückgrat. 20 vom Redner obducirte Fälle sowohl, wie die Sektionsprotokolle vieler früher im Knappschaftslazarett Königshütte beobachteter tödlicher Fälle inkl. 94 Krankengeschichten über Wirbelluxationen und Frakturen repräsentiren die Grundlage seiner Erfahrungen. Nach diesen liegt die Vermuthung nahe, dass manche auf ein Trauma deutlich zurückführbare Rückenmarksleiden, besonders solche, die dem Symptombild der Syringomyelie verwandt sind, mit einer primären Hämatomyelie begonnen haben.

v. Bergmann: Gehirnochirurgie bei Tumor cerebri. Nach einem historischen Überblick über die einzelnen Phasen der Gehirnochirurgie wendet sich v. B. zu der modernsten Seite derselben, der Probeeröffnung der Schädelhöhle, welche eigentlich erst durch die Anwendung der Doyen'schen Instrumente in der erwünschten Weise ermöglicht wurde. In den letzten 3 Jahren hat v. B. bei Verdacht auf Gehirntumor 6mal das Schädelinnere in größerer Ausdehnung freigelegt, 5mal, ohne den Tumor zu finden; in dem 6. Falle, bei welchem der Tumor gefunden wurde, war es unmöglich, denselben radikal zu entfernen. Die Gefahren und Komplikationen bei Gehirnopoperationen sind zahlreich; außer den gewöhnlichen eventuellen Operationsgefahren, welche vermieden werden können (Infektion und Hämorrhagie) kommen noch eine Reihe anderer Komplikationen in Betracht:

1) Der Shock; unter 75 Operirten erlagen dem Shock 14 unmittelbar während oder nach der Operation.

2) Die postoperatorische Epilepsie; man operirt die Jackson'sche Epilepsie wegen der Voraussetzung einer Gehirnschädelnarbe; eine solche schafft man jedoch bei jeder Gehirneröffnung.

3) Der frische Hirnvorfall; derselbe ist in manchen Fällen nicht zu bekämpfen und kann zum Tode führen; den zurückgeklappten Knochenlappen hebt derselbe in die Höhe, und die Punktion des Seitenventrikels braucht nur vorübergehend das Zusammenfallen des Prolapses zu veranlassen.

4) Die postoperatorische Hemiplegie. Unter den beiden Fällen, die Doyen gestern in der Klinik operirt hatte (2 Fälle von Hirntumor, in beiden der Tumor nicht auffindbar), zeigt einer die Zeichen der Hemiplegie. v. B. hat unter seinen 50 Hirnopoperationen diese Hemiplegie oft gesehen. Auf Grund dieser Thatsachen verwirft v. B. nicht die Operation im Allgemeinen, aber er will nur die complicirenden Gefahren gekennzeichnet haben.

Bisher ist in 27 Fällen ein Gehirntumor mit Erfolg entfernt worden, während in 72% aller Fälle der Tumor nicht gefunden ist. In diesen 27 glücklichen Fällen saß der Tumor ziemlich konstant an der Centralwindung, und handelt es sich um eine lückenlose und klassische Diagnose. Daher ist für v. B. die Hirnochirurgie eine Chirurgie der Centralwindung des Gehirns. Ein Fall zeigt dieselben Symptome wie der andere. Als Prototyp führt v. B. den Verlauf eines metastatischen Centralwindungskrebses (nach Carcinoma recti) an. Zuerst Sensibilitätsstörungen in der linken Hand. Taubsein. Trommeln im linken Zeige- und Mittelfinger, Fingerkrämpfe, häufig sich wiederholende Anfälle. Dann Zucken im Unter- und Oberarm. Dann Armlähmung, die mehrere Male zurückgeht, um endlich konstant zu werden. Dann Zuckungen im Facialisgebiet, dann Parese, dann Lähmung. So

ist der Verlauf meistens, nur dass es auch in der großen Zehe beginnen kann. v. B. kann Bruns' Ansicht bestätigen, dass der Tumor, der die sicherste Diagnose giebt, auch die günstigste Prognose bietet. Die Tumoren des Kleinhirns, welche ziemlich sicher zu diagnosticiren sind, setzen der operativen Entfernung große Schwierigkeiten entgegen. Deshalb betrachtet v. B. mit Oppenheim die Kleinhirntumoren als keinen Gegenstand operativer Encheirese. Dagegen hat Durante neuerdings mit Erfolg die Basistumoren und namentlich die Tumoren der mittleren Schädelhöhle angegriffen. v. B. hofft von der weiteren Ausbildung dieser Methode bessere Erfolge.

A. Voisin (Paris) hat mit Erfolg einen Fall von Jackson'scher Epilepsie, bei einem 20jährigen jungen Manne durch Kraniektomie geheilt.

H. Oppenheim beleuchtet die Schwierigkeiten der diagnostischen Seite der Gehirnchirurgie. Die mangelhaften Resultate beruhen seiner Ansicht nach nicht auf der chirurgischen Technik, sondern auf Fehldiagnosen. O. fixirt in längerer Auseinandersetzung die einzelnen diagnostischen Mittel bei den verschiedenen Formen der Erkrankung, namentlich auch mit Hinsicht auf die Resultate der Lumbalpunktion.

Doyen (Paris) demonstriert sein Instrumentarium und seine Methode, mittels deren er die eigentliche Knochenvoroperation in kürzester Zeit (einige Minuten) erledigt; Anlegung von 5 Löchern, welche durch die elektrische Rundsäge zu einer großen Öffnung vereinigt werden.

Lavista (Mexiko) spricht sich hauptsächlich für Beschränkung des operativen Eingriffs bei Affektionen der Roland'schen Zone aus.

Lucas-Championnière (Paris) verfügt über ein persönliches Material von 66 Hirnoperationen ohne traumatische Veranlassung und 20 Trepanationsfällen bei Schädelfrakturen. In den Fällen von Jackson'scher Epilepsie waren meist bereits Störungen entfernter motorischer Centren vorhanden; 3mal verursachten Tumoren der Schädelkapsel die Epilepsie. Einen noch größeren diagnostischen Werth als auf die lokalisierte Epilepsie legt L.-C. auf die Paralyse und Kontraktur.

Jonnesco (Bukarest): Über die temporäre Hemikraniektomie. J. hat die von Doyen 1895 angegebene Methode mit dessen Instrumentarium unter einigen Modifikationen seit dem letzten Jahre bei 7 Kranken (1mal doppelseitig) angewendet. 1 Fall von Mikrocephalie, 1 Imbecillität, 3 essentielle Epilepsien, 2mal Idiotie und Mutismus bei Zwillingen. Kein operativer Todesfall; in einzelnen Fällen Besserung. Interessant ist die Krankengeschichte der Zwillinge. Hereditäre Belastung; beide Brüder bekommen gleichzeitig im Alter von 30 Jahren Delirien, Selbstmordversuche; consecutiver Mutismus. Hemikraniektomie beider an auf einander folgenden Tagen. Die Intelligenz beider kehrt nach einigen Tagen zurück; beide sprechen, keine Paralyse und keine Sensibilitätsstörung. In seinen Fällen der essentiellen Epilepsie bestand ein Ödem der Gehirnoberfläche; der Sektionschnitt in die Dura mater hat eine Dekompression des Gehirns zur Folge, woraus sich J. die Besserungen erklärt.

D'Antona bespricht die 47 von ihm ausgeführten Operationen wegen Epilepsie; er demonstriert einen kleinen Apparat zur topographischen Bestimmung der Centralwindung.

Kocher statuirt einen Unterschied zwischen den zurückbleibenden Narben bei Gehirnoperationen und den Narben, die zur Jackson'schen Epilepsie Veranlassung gaben. Unter seinen 18 Fällen von Gehirnoperationen hat keiner Epilepsie bekommen; er sieht auch den Grund zur Epilepsie nicht in der Narbenadhärenz selbst, sondern in der consecutiven Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit und der Serosität.

K. hat 4 genuine Epilepsien operirt, 1 geheilt. Von 15 traumatischen Epilepsien sind 6 dauernd geheilt (3—7 Jahre beobachtet). 5 Fälle sind längere Jahre hindurch sehr gebessert. In einem Falle haben die Anfälle aufgehört, aber die Idiotie hat zugenommen. Die besten Chancen geben Hirncysten, wenn man sie dauernd bis zur Vernarbung drainirt.

Jonnesco (Bukarest): Beiderseitige totale Resektion des Hals-sympathicus zur Behandlung der Exophthalmie bei Kropf und der Epilepsie. Bei der Epilepsie sind bisher Partialresektionen vorgenommen worden: 1) des obersten Halsganglion (Alexander [bilateral], Kümmel); 2) des mittleren (Bogdanick) und 3) die einfache Durchschneidung des Sympathicusstranges (Jacksch). Redner hat zuerst die Partialresektion der beiden oberen Halsganglien und des verbindenden Sympathicusstranges in 2 Fällen und die totale beiderseitige Resektion der drei Ganglien und verbindenden Nervenstränge in weiteren 22 ausgeführt.

Bei der Exophthalmie bei Kropf hat Jaboulay zuerst die Durchschneidung des Hals-sympathicus unterhalb des ersten Cervicalganglion gemacht. Redner hat dann zuerst die doppelseitige Partialresektion ausgeführt (nach ihm Jaboulay, Quénu, Gérard-Marchant, Faure). Später ist er auch beim Kropf zur doppelseitigen Totalresektion übergegangen, welche er für sowohl bei Epilepsie als auch bei dem Morbus Basedow für die indicirte Operation hält.

Nachdem J. sein Operationsverfahren beschrieben hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: Er glaubt, dass durch diese Operation die Heilwirkung bei der Epilepsie auf zwei Weisen zu Stande komme.

Die encephalische Blutcirkulation wird modificirt und die Transmission der reflektorischen Reize aus den thoraco-abdominellen Eingeweiden auf das Gehirn verhindert und so die reflektorische Epilepsie vermieden. Desshalb sei auch die totale Resektion am Platze. Von seinen 26 operirten Epileptikern sind einige Fälle länger wie 1 Jahr geheilt, andere gebessert, sowohl bezüglich der Anfälle als auch ihres Geisteszustandes. Bei dem Morbus Basedow verschwindet nach der Operation der Exorbitismus, die Tachykardie, das Graefe'sche Symptom und das Möbius'sche Zeichen. Auch der Kropf selbst verkleinert sich und kann verschwinden.

J. hat in seinen 3 mit doppelseitiger totaler Resektion behandelten Fällen von Morbus Basedow Erfolge erzielt, die schon bei zweien über 1 Jahr bestehen.

Partialresektionen bei beiden Affektionen hält J. für irrationell.

Dollinger (Budapest): Das Princip der Konstruktion von Verbänden und Prothesen bei tuberkulöser Erkrankung der Knochen und Gelenke. D. erläutert an der Hand von Photographien die Anwendung seiner Apparate. Im Wesentlichen hat er die frühere Distraktionsmethode zu Gunsten der vollkommenen Immobilisirung verlassen.

Hoffa (Würzburg) demonstirt seine Modifikation Hessing'scher Korsette. Er spricht sich für die Modellirung der Apparate am Körper selbst aus, und zwar soll dies vom Arzt und nicht vom Bandagisten geschehen.

Sematzky: Über die Serothérapie bösartiger Geschwülste. Die Serothérapie wurde in 22 Fällen bösartiger Geschwülste angewendet; die Resultate durchaus negativ; in einzelnen Fällen wurde ein sicherer Schaden konstatiert. S. protestirt gegen die Serumbehandlung, da er oft sofort im Anschluss an die Injektion stürmische und gefährliche Erscheinungen gesehen hat.

Pawlowski (Kiew) hat in 2 Fällen eine Besserung nach Serumbehandlung konstatiert.

Katschanovsky (Petersburg) hat tuberkulöse Ulcerationen nach vorhergegangenem Curettement mit einer Schicht übermangansaurem Kali bedeckt und dadurch Heilungen erzielt. 30 Fälle von Hauttuberkulose hat er seit 1878 mit dem Mittel erfolgreich behandelt.

Holländer (Berlin): Über Heißluftkauterisation, besonders bei Lupus vulgaris. H. hat seit ca. 2 Jahren eine Methode der Heißluftbehandlung geübt. Er bedient sich dazu eines kleinen Apparates, durch welchen er trockene Luft von ca. 300° konzentriert, graduirt und dosirt auf die Haut appliciren kann. Außer bei phagedänischen Geschwüren und zur Hämostase hat H. die Methode bisher hauptsächlich bei Lupus angewendet. Der principielle Unterschied zwischen dem Paquelin und der Heißluftmethode beruht in Folgendem: Das Paquelin zerstört mechanisch-thermisch durch den Kontakt gesundes oder krankes Gewebe, je nach-

dem es mit diesem in Berührung kommt. Bei der Heißluftmethode fehlt die mechanische Kontaktwirkung; das Gewebe kann allmählich und gleichmäßig bis zur Verkohlung erwärmt werden. Der Schwerpunkt der Methode beruht jedoch nicht in der absoluten Verkohlung, sondern in der relativen Verschorfung. Das gesunde Zwischengewebe zieht sich durch die Hitze zurück unter vollkommener Ischämie und wird ganz weiß. An dieser Gefäßkontraktion und Blutleere können sich die gefäßlosen resp. gefäßarmen lupösen Theile nicht betheiligen; sie prominiren in Folge dessen und werden am intensivsten durch den Heißluftstrahl getroffen. Bei der relativen Verschorfung erholt sich nach einiger Zeit durch die wiederhergestellte Blutcirculation das gesunde Zwischengewebe zum Theil, während das lupöse Gewebe nekrotisch sich abstößt. Auf diese Weise kann man einen ausgedehnten Gesichtslupus behandeln ohne Narbenretraktion, da handflächengroße Stellen sich durch Epidermisirung aus dem Centrum her rapid überhäuten. Bei der relativen Verbrennung sind meistens wiederholte Überbrennungen erforderlich, um das Gewebe ganz tuberkelfrei zu machen; es sind aber mit der Methode noch solche Fälle mit Erfolg zu behandeln, welche seit Decennien Lupus des ganzen Gesichts haben. An der Hand zahlreicher Photographien demonstriert H. seine Resultate. Ganz monströse Formen wurden in kurzer Zeit erheblich gebessert; handgroße Flächen sind seit ca. 1 Jahr recidivfrei; H. empfiehlt seine Methode namentlich auch bei alten und sehr ausgedehnten Fällen.

Schulze (Duisburg): **Behandlung des Gesichtslupus** mittels der radikalen Exstirpation und nachfolgender Transplantation nach Thiersch; S. behandelt nach solche Fälle noch mit Exstirpation, in denen die Nase, Augenlider, Ohren Sitz des Lupus sind; größere plastische Operation rath er vor der Entfernung des Lupus auszuführen; seine plastischen Methoden demonstriert er an der Hand von Zeichnungen. Bei Lupus des Naseninnern spaltet er die Nase in der Mitte zur Entfernung der kranken Schleimhaut.

V. Ménard (Berck-sur-mer): **Konservative und operative Behandlung der Coxalgie.** Im Hôpital maritime de Berck befinden sich in der Regel 120 bis 150 Pat. mit Coxitis. Von 1894—1897 wurden 650 Fälle behandelt mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 1 Jahre. 261 Kinder zeigten die trockene Form; meistens kamen diese in dem 2. oder 3. Grad (Kontrakturen und Hochstand der Trochanter) zur Behandlung. Die trockene Form wurde stets konservativ behandelt (manchmal Osteotomia subtrochanterica), Extension (leichtere Fälle), absolute Immobilisation für schwerere Fälle. In der Rekonvaleszenzzeit marschiren die Kinder in immobilisirenden Verbänden. 108 Fälle kamen mit geschlossenen Abscessen; Behandlung mit Kampher-Naphtolinjektionen; 94mal heilte der Abscess nach 2 bis 10 Einspritzungen; 6mal blieb eine Fistel; 8mal musste bei diesen Kindern die Hüfte resecirt werden mit Heilung per primam, ohne Drainage in 7 Fällen. Im 8. Falle erfolgte die Heilung nach einer 5monatlichen Fistelperiode. 146 Fälle kamen mit Fisteln in das Hospital, hiervon heilten 35 in Berck spontan; 27 Fälle kamen bereits resecirt nach Berck, 7 davon geheilt, 19 behielten Fisteln; 74mal wurde wegen fistulöser Coxitis in Berck die Hüftgelenksresektion ausgeführt. Hiervon heilten ohne Fisteln 34, 14 verließen das Hospital mit Fisteln, 3 Todesfälle.

Von den 615 Kindern mit Coxalgie (1892—1897) starben 9 ohne Operation (3 Meningitis, 2 Tuberculosis viscerum, 4 Kachexien), 13 mit Operation (2 Meningitis, 2 Kachexien, 5 Tuberkulose der Eingeweide, 4 Shock).

Komplikationen: 10 Fälle von doppelseitiger Coxitis und Kniegelenkstuberkulose.

Zabludowsky (Berlin): **Bemerkungen zur Massagetherapie.** Z. plädiert dafür, dass die Massage von den Ärzten selbst ausgeführt wird und nicht von dem Wartepersonal. Erfolge erzielte er bei peripheren Cirkulationsstörungen, venösen und Lymphstasen, lokaler Synkope der Arteriosklerotiker; bei Affektionen aus den Grenzgebieten der Chirurgie und inneren Medicin: Obstipationen, Enteroptosen, Adhäsionen, Spasmen, Residuen perityphlitischer Abscesse, narbigen Pylorusstenosen; bei Hämorrhoidalerkrankungen, prostatischen und gynäkologi-

schen Erkrankungen. Frühmassage ist zu vermeiden bei Distorsionen und Knochenbrüchen; hier sind zuerst fixirende Verbände am Platz.

Lucas-Championnière (Paris): **Behandlung von Frakturen ohne Immobilisation mit sofortiger Massage.** Behandelt wurden mit Erfolg 40 Clavicularkrakturen, 19 Frakturen des Humerus, 5 Frakturen des Olekranon, 47 Frakturen des Radius.

Djemil-Pascha (Constantinopel): **Über die Arteriennaht.** Beobachtungsmaterial 2 Fälle von Verletzung der Arteria axillaris. D. bediente sich mit Erfolg der Murphy'schen Invaginationsmethode.

M. Scriba (Tokio): **Über die klinische Diagnose der Endotheliome.**

Die Endotheliome sind häufig bösartige Geschwülste. In der Klinik in Tokio wurden in 2 Jahren 11 Fälle, darunter 5 bösartige beobachtet, also etwa 45%. Sie recidiviren lokal und machen allgemeine Metastasen.

Die Metastasenbildung zeichnet sich von der bei den Geschwülsten bis jetzt bekannten in charakteristischer Weise aus.

Von der Muttergeschwulst wachsen feinere oder dickere, oft sogar makroskopisch sichtbare, aus an einander gereihten Geschwulstzellen bestehende Fäden aus, welche meistens oder immer sich in den Lymphspalten befinden. Stoßen diese Fäden in ihrem Wachsthum auf einen Widerstand, wird ihnen ein Halt geboten, so entwickeln sie sich zu neuen Tumoren, welche wieder, wie die Muttergeschwulst, Fäden aussenden und Metastasen bilden.

Letztere können bei demselben Individuum in den verschiedensten Geweben auftreten, wie z. B. in der Haut, Muskulatur, Knochen, Lymphdrüsen, Ovarien, Gehirn etc., und sind dadurch ebenfalls charakteristisch verschieden von den bei anderen Tumoren vorkommenden Metastasen, welche ja meist eine Gewebsgruppe bevorzugen.

Die Tochterknoten hängen immer kontinuierlich mit der Muttergeschwulst zusammen.

Während die Metastasen anderer Gewebe sich ähnlich verhalten wie die Muttergeschwulst, sind die erkrankten Lymphdrüsen von auffallend weicher, pseudofluktuirender Konsistenz, ziemlich stark vergrößert und schmerzlos. Bei Durchschnitten fehlen alle Entzündungssymptome, dagegen sind die Geschwulstzellen in dem Hilus am reichlichsten und senden von da feine Fäden in die Marksubstanz; die Rinde aber ist frei von Endotheliomzellen und erweicht.

Gerade diese Beschaffenheit der Lymphdrüsen und besonders die oft sogar makroskopisch sichtbaren Verbindungsstränge der Tumoren ermöglichen uns oft eine exakte klinische Diagnose zu stellen.

M. Levy, Ingenieur (Berlin), berichtet über Vervollkommnung der **Röntgentechnik** in photographischer Beziehung; nach seinen Ausführungen ist es jetzt möglich, gute Aufnahmen in dem etwa 20.—25. Theil der bisherigen Expositionszeit zu erzielen; der wesentliche Vortheil beruht in den vom Vortr. erfundenen Specialplatten; diese sind doppelseitig begossen und 4mal so empfindlich, als die bisher verwandten. Die hierbei früher auftretende Kornbildung vermeidet jetzt L. gänzlich. Zum Schluss machte L. eine Demonstrationsaufnahme eines Brustkorbes in 30 Sekunden, deren gutes Resultat er in der Nachmittagssitzung demonstrierte.

In der kais. Universitätsklinik des Herrn Prof. Bobrow demonstirten

Lorenz (Wien) sein unblutiges Verfahren der Reposition der kongenitalen **Hüftgelenksluxation**,

Holländer (Berlin) an einer Pat. mit ausgedehntem Gesichtslupus sein neues Verfahren der **Heissluftkauterisation**.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40.

Sonnabend, den 9. Oktober.

1897.

Inhalt: F. Hansy, Zur Behandlung von Kieferfrakturen. (Original-Mittheilung.)

1) Wölfler, Operationshandschuhe. — 2) Bircher, Handfeuerwaffen. — 3) Eichler, 4) Davis, Schußverletzungen. — 5) Laval, Geschos deformation. — 6) Port, 7) Liche, Kriegschirurgie. — 8) Credé, Wundbehandlung im Kriege. — 9) Platt, Verletzungen der Luftwege. — 10) Bode, Herzverletzungen. — 11) Krönlein, Pharynxkrebs. — 12) Scheppe grell, Kehlkopftuberkulose. — 13) Sendziak, 14) Schmiegelow, Kehlkopf krebs. — 15) Stomann, Empyembehandlung. — 16) Corson, Radiusbrüche. — 17) Gra ham, Luxation der Kniegelenkmenisken. — 18) Faure, Fußamputation. — 19) Duplay, Talalgie. — 20) Courtillier, Klumpfuß.

21) Stomann, Sterilisationsapparat. — 22) Boyd, 23) Tscherning, Behandlung der Instrumente. — 24) Widenmann, Kriegschirurgisches. — 25) Altermatt, Skalpierung. — 26) Bunce, Gehirnschussverletzung. — 27) Bruns, Mundsperrerr. — 28) Patoir, Gesichtserysipel. — 29) Griner, 30) Ripault, Gaumenfistel. — 31) Delatour, Fremdkörper in der Speiseröhre. — 32) Fischer, Intubator. — 33) Sacchi, Kehlkopfexstirpation. — 34) Williams, Schussverletzung des Herzens. — 35) Sewerin, Lungenabscesse. — 36) Betcke, Durchschneidung des N. medianus. — 37) Schanz, Multiple Kontrakturen. — 38) Fabrikant, Coxa vara. — 39) Vaughan, Aneurysma der Art. femoralis. — 40) Sabanejew, Amputatio femoris.

Zur Behandlung von Kieferfrakturen.

Von •

Dr. Franz Hansy,

Operateur am allgemeinen öffentlichen Krankenhause in Baden bei Wien.

Die Mittheilung Lauenstein's in No. 24 des diesjährigen Centralblattes giebt mir Veranlassung, in Folgendem über 3 Fälle von Kieferfraktur zu berichten, bei welchen ein Verfahren zum Ziele führte, das eben so sehr in Bezug auf die Einfachheit der Ausführung als auf den günstigen Erfolg nichts zu wünschen übrig ließ.

Dasselbe unterscheidet sich von dem vom Zahnarzte Sauer angegebenen Drahtverband (Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde Bd. XXI Hft. 3 und 4) hauptsächlich nur durch die einfacheren Hilfsmittel und das Fehlen zahntechnischer Unterstützung, welche dem Chirurgen bei den oft ungünstigen äußeren Verhältnissen der Praxis nicht immer zur Verfügung stehen.

Das eingeschlagene Verfahren war folgendes: Nach Versorgung der complicirenden Wunden der äußeren Haut und des Zahnfleisches wurden die Fragmente durch Fingerdruck möglichst reponirt und die richtige Stellung derselben durch Andrücken des Unterkiefers an den Oberkiefer und Aufeinanderbeißen beider Zahnreihen kontrollirt. Nun wurde ein genügend langer, möglichst zäher und etwas starker Draht aus Eisen, Kupfer, Messing, o. dgl. aus freier Hand so gebogen, dass nach dessen Einlegung sein hinterer Bügel, überall an der Zungenseite der Zahnhäule knapp anliegend, längs dem Zahnfleischrande verlief. Rückwärts um die letzten Zähne bog er beiderseits um und verlief in gleicher Weise an der Wangenseite der Zahnreihe bis vorn zur Mittellinie, wo die beiden Drahtenden, vorläufig locker, zusammengedreht wurden.

Nun wurden unter Vermeidung einer Verschiebung der Fragmente der äußere und innere Bügel des Drahtes durch eine möglichst große Anzahl von aus Blumendraht gefertigten Schlingen verbunden, welche zum Theil durch die Zwischenräume je zweier Zähne an der Basis ihrer Kronen hindurchgezogen wurden. Einige dieser Schlingen wurden an besonders gut sitzenden Zähnen um deren Hals gelegt, um das Festsitzen des ganzen Verbandes zu sichern. Waren einzelne Zähne gelockert oder, wie in einem Falle am Oberkiefer beobachtet wurde, Stücke des Alveolarfortsatzes herausgebrochen, aber noch im Kontakt mit dem Zahnfleische, so wurden dieselben durch ebenfalls um die betreffenden Zahnhäule herumgelegte Schlingen aus Blumendraht in ihrer richtigen Lage festgehalten. Durch allmähliches, festeres Anziehen sämtlicher Drahtverbindungen, das auch noch in den ersten Tagen nach dem Anlegen des Verbandes wiederholt wurde, ließ sich ein so sicheres Festhalten des Verbandes erzielen, dass weder eine spontane Dislokation der Fragmente, noch ein Verschieben derselben durch Fingerdruck möglich war.

Die Verletzten vermochten wenige Tage nach dem Unfall nicht nur den Mund ohne Schmerz zu öffnen und zu schließen, sondern wenigstens festweiche Speisen ohne Schwierigkeit zu kauen. Nach Heilung der äußeren Wunden konnten alle drei mit dem Drahtverband im Munde entlassen werden, und zwei gingen, da sie sonst keinerlei Verletzung hatten, ungestört bis zur völligen Konsolidirung der Kieferfraktur ihrem Berufe nach, ohne durch den Verband auch nur belästigt oder entstellt zu sein.

Gegenwärtig ist an allen 3 Verletzten außer den Narben an der äußeren Haut und einigen fehlenden Zähnen keinerlei Zeichen der überstandenen Fraktur zu finden.

Die Krankengeschichten der zur Beobachtung gelangten Fälle sind kurz folgende:

1) Ein 32jähriger Spänglermeister fiel am 4. Mai 1895 vom 1. Stocke eines Gebäudes und schlug mit dem Gesicht zuerst auf den Boden auf.

Neben anderweitigen, leichteren Verletzungen 2 Rissquetschwunden der äußeren Haut über dem rechten Unterkieferast, die eine bis auf den Knochen reichend.

Fraktur des rechten Unterkieferastes zwischen Eckzahn und 1. Buccalis, das Zahnfleisch hier beiderseits bis auf den Knochen eingerissen. Ferner Fraktur des linken Unterkieferastes zwischen 1. und 2. Buccalis. Zahnfleisch hier erhalten. Endlich ein einfacher Bruch des linken Processus condyloideus des Unterkiefers.

Nach Versorgung der äußeren Wunden Drahtverband.

Nach 3 Tagen keinerlei Beschwerden, Schlucken, Schließen und Öffnen des Mundes so wie Kauen nicht zu fester Speisen möglich.

Nach 12 Tagen mit geheilten Wunden entlassen. Drahtverband belassen. Selbst ziemlich starkes Rütteln am Unterkiefer bewirkt weder Schmerz noch eine Dislokation der Fragmente.

Entfernung des Drahtverbandes 26 Tage nach der Verletzung, Fraktur vollständig geheilt.

2) 42jähriger Arbeiter fiel von einer ca. 1 Stockwerk hohen Brüstung einer Eisenbahnbrücke am 29. Juli 1895.

Außer einem complicirten Bruch des rechten Vorderarms, Bruch des Unterkiefers in senkrechter Richtung zwischen 1. und 2. linken Schneidezahn. Bis auf die Bruchstelle reichende Rissquetschwunde der äußeren Weichtheile am Kinn.

Trotz exaktem Schleuderverband Schmerzen und fortwährende Verschiebung der Fragmente, daher am 8. August Drahtverband, worauf die Beschwerden alsbald verschwanden und Bewegungen des Kiefers gut möglich waren. Pat. konnte jedoch nur ganz weiche Speisen kauen und schlucken.

Mit geheilten Wunden entlassen am 31. August. Drahtverband belassen. 15. September Entfernung desselben nach völliger Konsolidirung des Kiefers. Armbruch noch nicht konsolidirt.

3) 26jähriger Kutscher erlitt am 27. Juli 1896 durch Hufschlag einen doppelten Bruch des Unterkiefers, so dass das Mittelstück vom linken Eck- bis zum rechten 2. Schneidezahn vollständig herausgeschlagen und nur locker durch die Weichtheile gehalten war. Am Kinn eine große bis zu den Frakturstellen führende Wunde. 2 untere Schneidezähne am Mittelstück fehlen. Am Oberkiefer der ganze Alveolarfortsatz zwischen mittlerem Schneide- und 2. linkem Backenzahn herausgeschlagen und an den Weichtheilen hängend. Außen an der Wange eine breite bis zur Frakturstelle reichende Rissquetschwunde. 2 Zähne am abgebrochenen Alveolarfortsatze fehlen. Drahtverband. Die noch vorhandenen Zähne gestatten an allen Fragmenten eine hinreichende Fixirung, besonders auch am Oberkiefer, so dass Pat. nach 2 Tagen den Unterkiefer gut bewegen und kauen kann. Entlassen am 7. August mit geheilten Wunden. Entfernung des Drahtverbandes am 15. August; alle Fragmente solid und ohne Dislokation angeheilt.

So weit also diese mitgetheilten 3 Krankengeschichten ein Urtheil erlauben, genügt der hier zur Anwendung gelangte Drahtverband auch bei den schweren Fällen von complicirten und mehrfachen Frakturen sowohl am Unter- als Oberkiefer vollständig, um mit demselben allein ein tadelloses Resultat zu erzielen. Dabei hat er aber den Vortheil, dass er vermöge der nur primitiven Hilfsmittel, die er erfordert (etwas Draht, eine Pincette und eine Drahtzange), leicht von jedem Arzt, zu jeder Zeit und auch unter ungünstigen äußeren Verhältnissen ganz allein ausgeführt werden kann.

Eine Narkose ist, wenn nicht größere complicirende Wunden zu versorgen sind, unnöthig, eben so — unter der gleichen Einschränkung — irgend ein weiterer Verband, so dass Pat. in keiner Weise entstellt oder belästigt und vor Allem am Sprechen, Kauen, etc. nicht gehindert wird. Ein besonderer Werth des Verfahrens

liegt ferner darin, dass durch dasselbe am einfachsten und sichersten locker gewordene Zähne oder herausgeschlagene Stücke von Alveolarfortsätzen wieder zum Einheilen gebracht werden können.

Natürlich ist seine Anwendung nur dort möglich, wo an beiden Kieferfragmenten die genügende Anzahl fest sitzender Zähne vorhanden ist, was wohl meist der Fall sein dürfte, da unter Umständen auch nur ein einziger Zahn an dem einen Fragment genügt und derselbe nicht immer in unmittelbarer Nähe der Fraktur zu stehen braucht.

Fehlen allzuvielen oder gar alle Zähne, dann sind wohl Knochennähte nicht zu umgehen, unter welchen gewiss die von Lauenstein beschriebene Methode die einfachste und schonendste ist.

Manchmal wird man auch mit Vortheil diese Knochennaht Lauenstein's mit dem oben beschriebenen Drahtverband kombinieren können, wenn z. B. das eine Fragment gute Zähne trägt, dem anderen aber solche ganz oder theilweise fehlen. Man wird dann die Fixation dieses 2. Fragmentes durch eine Drahtsuture erhöhen, welche den Alveolarfortsatz nahe der Frakturstelle durchsetzt und um beide Bügel des stärkeren Drahtgerüsts gewunden wird etc.

1) Wölfler. Über Operationshandschuhe.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Zu der augenblicklich aktuellen Frage äußert sich nun auch W. Er fordert Handschuhe: 1) für Untersuchung des Mastdarmes, der Scheide, der Mundhöhle, 2) für septische Operationen, 3) für den Operationskurs, 4) für alle aseptischen Operationen.

W. bedient sich der gewöhnlichen lederen Militärhandschuhe, welche in 3 % igem Karbolglycerin aufbewahrt werden. Bei Operationen in der Bauchhöhle wird letzteres zuvor mittels Kochsalzlösung ausgewaschen.

Hofmeister (Tübingen).

2) H. Bircher. Neue Untersuchungen über die Wirkung der Handfeuerwaffen.

Aarau, 1896. 111 S. Dazu ein Atlas in Folio von 40 Tafeln.

Verf. hat neuerdings mit Unterstützung des Schweizer Militärdepartements Schießversuche mit den modernen kleinkalibrigen Gewehren gemacht und giebt deren Ergebnisse in der vorliegenden Schrift in Wort und Bild wieder.

In der viel ventilirten Frage von dem Werth der Schießversuche mit reducirter Ladung entscheidet er sich dahin, er könne bei seinen Ergebnissen in erster Linie konstatiren, dass die Wirkung bei den Schüssen auf die wirkliche Distanz und bei solchen mit entsprechender Reduktion der Ladung eine vollständig gleiche sei. Wo früher eine zu geringe Perkussion mit unreducirter Ladung erzielt wurde, lag der Fehler in unrichtiger Berechnung. Allerdings besteht ein Unterschied darin, dass beim Treffen auf große Entfernung in welligem

Gelände das Geschoss statt rechtwinklig oft schräg auftrifft und damit andersgestaltete Wunden erzeugt. — Bei der Besprechung der Wirkung der hydraulischen Pressung beim Beschießen flüssigkeitsgefüllter Büchsen macht B. den früheren Experimentatoren den Vorwurf falscher Beobachtung; denn das Geschoss verlasse dabei die Kapsel nicht, wie jene behauptet, durch eine Öffnung, welche die hydraulische Pressung in der hinteren Wand gemacht habe, sondern durch ein selbstgemachtes Loch oder einen Riss. Der Vorwurf ist meiner Überzeugung nach unrichtig. Damals dürfte das Geschoss meist mit einer Geschwindigkeit in die Flüssigkeit eingedrungen sein, die geringer war — oder rasch geringer wurde —, als die Geschwindigkeit der Flüssigkeitswellen; jetzt ist das anders. Damals schlug also zunächst die Welle, jetzt schlägt zuerst das schnellere Geschoss an die Kapselwand; daher der Unterschied zwischen den früheren und den heutigen Beobachtungen. — Auch in der Frage, ob ein Unterschied in den Resultaten der Schießversuche stattfindet beim Schießen auf lebende und todte Gewebe, kann ich dem Verf. nicht ganz beistimmen, glaube ihm ja durchaus, dass die Ergebnisse dieselben waren, wenn er gleichzeitig eine eben todt chloroformirte und eine noch lebend chloroformirte Ziege beschoss, möchte aber doch darauf hinweisen, dass die menschlichen Leichen, die sonst zu solchen Versuchen benutzt wurden und werden, wohl frühestens 24 Stunden nach ihrem Tod als Ziel dienten, und solche Körper in der Blutvertheilung, dem Festigkeitszustand in Muskeln und Drüsen u. dgl. sich denn doch sehr gewaltig von dem Zustande des lebenden Menschen unterscheiden, ein anderes Ziel abgeben als dieser.

B. selbst bezeichnet die Wirkung der modernen Kleingewehrsgeschosse wesentlich als Keilwirkung, eine Erklärung, die namentlich für die Spitzkugeln schon 1850 Langenbeck in seinen Bemerkungen zu Hunter's Abhandlung von den Schießwunden gegeben, dann 1880 Bornhaupt aufgenommen, und die auch sonst noch manchen Anhänger gefunden hat. B. belegt seine Ansicht mit der Beobachtung, dass, wenn man einen Knochenschuss, der auf große Distanz entstanden ist, bei der von hydraulischer Pressung nicht mehr die Rede sein kann, genau untersucht, sich herausstellt, dass seine Ein- und Ausschussöffnung geringeren Durchmesser zeigen als das Geschoss, und dass ein in die Wunde hineingestecktes Projektil den Knochen aus einander treibt, so dass deutlich wahrnehmbare Risse weit klaffen und bisher unerkannte feine Fissuren zu Gesicht treten. Sonach ist nach ihm anzunehmen, dass im ersten Moment des Aufschlagens auf einen fast elastischen Knochen die Geschosspitze die vordere Wand durchbohrt und ein Loch macht, das kleiner als das Kaliber des Geschosses ist. Der nachrückende dickere Geschosskörper macht das Loch nicht größer, sondern treibt im zweiten Moment den Knochen aus einander, welcher nach dem Passiren des Geschosses sich wieder schließt, so weit dies möglich ist. In der hinteren Wand kommt es nicht selten nur zu einem ganz kleinen Substanzverlust, manchmal

nur zu Rissen, durch die das Geschoss hindurchschlüpft. Stauchung und Deformirung der Geschosse, die Struktur der getroffenen Theile, der Grad ihrer Elasticität, die grobe Gestalt der Knochen, hydraulische Pressung und so manche andere Momente modificiren die Wirkung in jedem Einzelfall.

Gewiss ist es sicher, dass auch die Keilwirkung bei der Mechanik der Schussverletzung von großem Einfluss ist, eben so sicher aber auch, dass die mannichfachen Kräfte im Geschoss wie im Ziel deren Eigenthümlichkeit gestalten und in dem Wechsel namentlich der Gestalt, der Festigkeit und der rotatorischen wie eigentlichen Flugeschwindigkeit der Geschosse Momente liegen, die bei jedem anderen Gewehr und Geschoss in ihrer Werthigkeit sich verändern. Es ist unmöglich, all diese Wirkungen unter eine ausschließliche Regel bringen zu wollen. Daher müssen wir denn auch vor Allem bedauern, dass B. die trefflichen Leistungen und Theorien seines erfahrenen Landsmanns Kocher mit absolutem Stillschweigen übergeht, als hätte dieser nicht seit 20 Jahren gerade den Mechanismus der Schießwunden zu seinem Studium gemacht und trefflichste Arbeiten darüber veröffentlicht.

Die zweite Hälfte der B.'schen Schrift behandelt die praktische Frage von der Wahrscheinlichkeit der Menge und Eigenartigkeit der Schussverletzung, wie sie in einem kommenden Kriege zu erwarten, und wie unter den als wahrscheinlich angenommenen Verhältnissen der Sanitätsdienst der ersten Linie am richtigsten zu organisiren sei — ein Kapitel von höchstem Interesse für Militärärzte, denen das genaue Studium nicht genug angerathen werden kann.

Die erläuternden Tafeln für beide Theile der Arbeit sind in ihrer einfachen Klarheit sehr werthvoll. Blecher (Breslau).

3) Eichler. Über Schussverletzungen mit dem deutschen Armeerevolver 83.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LII. Hft. 1.)

E. hat auf Madelung's Anregung ausgedehnte Versuche über die Durchschlagskraft und Sprengwirkung obigen Revolvers gemacht, der in der Armee ausgedehnte Verwendung findet. Der wichtigste und interessanteste Theil der Arbeit besteht in den Daten, die E. von seinen Versuchen über Beschießung thierischer Gewebe giebt. Es sind genau die Verhältnisse bei Haut-, Muskel-, freiliegenden Knochen- und Weichtheilknochenschüssen geschildert, eben so die bei Eingeweideverletzungen. E. spricht über die Erkennung der Schüsse, die von der betreffenden Waffe herrühren, gegenüber anderen Schussverletzungen und hält dieselbe unter Berücksichtigung aller hierher gehörigen Momente für möglich. Die Arbeit besteht aus lauter einzelnen interessanten Versuchsreihen, die sich in einem kurzen Referat nicht anführen lassen. E. Slegel (Frankfurt a/M.).

4) **Davis.** The effects of small calibre bullets as used in military arms.

(Annals of surgery 1897. Januar.)

Der vorliegende Aufsatz verdient in so fern Interesse, als er als Material zum großen Theil die Erfahrungen der Feldzüge der letzten Jahre benutzt: so des chinesisch-japanischen Krieges, des chilenischen Aufstandes, des abessinischen Feldzuges der Italiener. Ausgedehnte eigene Erfahrungen stehen dem Verf. nicht zu Gebote; die von ihm gezogenen Schlussfolgerungen entsprechen den bei uns durch die experimentellen Arbeiten der letzten Zeit befestigten Grundsätzen.

Tietze (Breslau).

5) **E. Laval.** Des déformations de la balle cuirassée.

(Revue de chir. 1897. No. 6.)

In der durch einige Tafeln mit Abbildungen deformirter moderner Geschosse illustrierten Studie weist L. nach, dass die meisten der in den einzelnen Ländern gebräuchlichen Geschosse trotz der Verschiedenheit ihres Kalibers und Mantels unter gewissen Bedingungen mehr oder minder beträchtliche Deformationen erleiden, die sich besonders bei aus Entfernung bis 1500 m abgegebenen Schüssen einstellen und selbst in vollständiger Zersprengung in eine verhältnismäßig große Zahl von Stücken bestehen können. Dadurch, theils durch die Deformation des Bleis, theils durch die Zersplitterung des Mantels in scharfrandige Fragmente, setzen die modernen Geschosse besonders beim Ricochetiren sehr ausgedehnte und schwere Verletzungen, bei deren Feststellung und Behandlung jene Thatsache der Deformation und Fragmentation der Geschosse in Berücksichtigung gezogen werden müsse. Vom humanitären Standpunkte aus sei deshalb die Erfindung der modernen Geschosse durchaus nicht als ein Fortschritt zu betrachten.

Kramer (Glogau).

6) **J. Port.** Den Kriegsverwundeten ihr Recht!

Stuttgart, Ferd. Enke, 1897. 84 S.

Generalarzt P. findet, dass die Heeres-Sanitätseinrichtungen im Felde in den letzten Jahrzehnten sich nicht entsprechend der Vergrößerung der Armeen und den Fortschritten in deren Bewaffnung verbessert und an Umfang zugenommen haben. Er bezeichnet das Lob Pirogoff's, dass es im Kriege 70/71 den Deutschen gelungen, die Schlachtfelder innerhalb 24 Stunden zu räumen, als ein höchst bedenkliches und findet es »äußerst demüthigend, dass unser Sanitätsdienst noch so lahm ist, nachdem uns die Nordamerikaner im Secessionskriege, wie in allen anderen Sanitätsangelegenheiten, so auch in der raschen Räumung der Schlachtfelder das glänzendste Vorbild gegeben hatten«. Sollte P. wirklich nicht wissen, dass der Secessionskrieg und der deutsch-französische in dieser Beziehung kaum in Vergleichung zu stellen sind? Ich glaubte, diese Dinge wären genügend bekannt, und eine derartige Gegenüberstellung mit

Nichtberücksichtigung der realen Verhältnisse damals in Amerika und später in Frankreich bei einem Militärarzt nicht mehr möglich. (Siehe meine Chirurgie der Schussverletzungen p. 444.) Ganz besonders tadelt Verf. die Zustände in der preußischen Armee und macht dafür die zünftigen — wieder namentlich die preußischen — Strategen verantwortlich, »die Gegner der Vervollkommnung des Sanitätswesens«, auf die er sehr böse zu sprechen ist. Ref. freut sich bezeugen zu können, dass er als Detachementsarzt die schlimmen Erfahrungen 70/71 mit jenen nicht gemacht hat, die P. schildert, ist allerdings auch der Ansicht, dass die allererste Sorge des Strategen immer die sein muss, seine Truppe zum Siege zu führen und dieser dazu die Beweglichkeit zu erhalten, die dafür Vorbedingung ist, und die nur bis zu einer gewissen Grenze hin die Belastung mit Tross erträgt, ohne die doch nun eine wesentliche Vermehrung der Sanitätshilfe nicht möglich ist. Da man die Verwundeten nicht mehr so gemüthlich vom Schlachtfelde wegtragen könne wie früher, nämlich bei aufrechter Haltung der Krankenträger, vielmehr das Kriechen am Boden auch beim Abholen der Verwundeten zur Anwendung kommen müsse, so wünscht P. dies zu erreichen durch Fahren der Verwundeten auf Tragen, die auf Walzen laufen oder auf Karren, an denen die Trage unter der Achse hängt. Ich kann es mir schwer vorstellen, wie diese Bahren von Trägern, die am Boden kriechen, im langsamen Tempo immerhin weite Strecken befördert werden sollen, und glaube, schnelleres Tragen dürfte den Verwundeten wie die Träger schneller aus dem Kugelregen hinausbringen. P.'s Absichten im Interesse der beschleunigten und möglichst gefahrlosen Räumung des Schlachtfeldes sind gewiss auf das höchste anzuerkennen; ob seine Vorschläge dazu überall die richtigen sind, ist aber zu bezweifeln und so manches Zorneswort ist zu bedauern, das bei seinem Kampf für eine gute Sache aus seiner Feder geflossen.

Richter (Breslau).

7) **L. Liche.** Vorlesungen über Kriegschirurgie.

Berlin, **Hirschwald**, 1897. X u. 230 S.

Dem hier angezeigten Werke liegen Vorträge zu Grunde, die Verf. 6 Jahre hinter einander in Fortbildungskursen für Militärärzte gehalten hat. Er war zu denselben — und also auch zu der Abfassung des Buches — deshalb besonders geeignet, weil ihm aus dem Gebiete der Kriegschirurgie reiche eigene Erfahrungen aus den Feldzügen der Jahre 1866 und 1870/71 zu Gebote standen, weil er sich durch eigene Schießversuche über die Wirkung der modernen Waffen weiter gebildet hat, weil er endlich sich einer reichen Kenntniss der in- und ausländischen Litteratur erfreut. Die Anordnung des ganzen Stoffes in Vorträgen giebt ihm Freiheit für die Anordnung, die er, nachdem er in dem ersten, allgemeinen Theil sich vor Allem mit dem Schusswaffen und ihrer Wirkung in praktischer und theoretischer Beziehung, kürzer mit Symptomatologie, Diagnose, Prognose, Verlauf und Therapie der Schusswunden beschäftigt hat, dahin verwerthet,

dass er den speciellen Theil, die Kriegssanitätsformationen Deutschlands, als Moment der Anordnung zu Grunde legt. Er behandelt da also zunächst die Funktionen des Arztes und seiner Helfer auf dem Truppenverbandplatz, dann die Ansprüche die der Dienst im Sanitätsdetachment an ihn stellt, sein Wirken im Feldlazarett, endlich seine Arbeit in den rückwärts gelegenen Lazaretten. Dabei setzt L. die Kenntniss der Kriegs-Sanitätsordnung voraus — wie übrigens auch die der Wundbehandlung, der allgemeinen und speciellen Operationslehre — ganz richtig, da seine Vorträge wesentlich für Militärärzte bestimmt sind. Unter dieser Voraussetzung aber ist seine Anordnung entschieden zu billigen, weil sie seiner Absicht entspricht, dem Arzt die schnelle Orientirung über sein Leistungsgebiet in der einen oder anderen Stellung zu erleichtern.

Im theoretischen Theil gelangen die verschiedensten Anschauungen über die Eigenartigkeit der Schussverletzungen bis in die neueste Zeit hinein zu kritischer Besprechung; als wesentlich autoritativ gelten L. die Ansichten, wie sie in dem großen Werk der Medicinalabtheilung des preußischen Kriegsministeriums niedergelegt sind. Therapeutisch verlangt er, sicher wohl mit Recht, für die schwierigen Verhältnisse des Krieges als allgemeingiltige Behandlungsform die antiseptische, an deren Stelle nur im fertig eingerichteten Lazarett die aseptische treten kann.

Ref. freut sich, im Allgemeinen die volle Übereinstimmung seiner eigenen Anschauungen mit denen des Verf. aussprechen zu können, und hegt den Wunsch, dass das Buch recht fleißig im Original studirt werden möge.

Berichtigend ist zu bemerken, dass nicht Pirogoff, sondern Felix Kraus das Krankenzerstreuungssystem zuerst eben sowohl vorgeschlagen, wie praktisch und planmäßig in Ausführung gebracht hat.

Die buchhändlerische Ausstattung des Buches ist tadellos.

Richter (Breslau).

8) **Credé** (Leipzig). Die Wundbehandlung im Kriege.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1897. Hft. 6.)

Gerade für die Anwendung auf den Verbandplätzen sieht C. die kürzlich von ihm als Antiseptica eingeführten Silbersalze als besonders geeignet an. Die Schwerlöslichkeit des Itrols, citronensauren Silbers (1:3800), garantirt eine gewisse Dauerwirkung, sowohl wenn es in Pulverform zum Aufstreuen, als auch wenn es in Lösungen angewendet wird; eben so auch in mit ihm imprägnirten Verbandstoffen, Seide, Katgut und Gummiröhren. Bedarf es stärkerer antiseptischer Wirkung, so wird das leichter lösliche (1:15) Actol (milchsaures Silber) in Lösung (1:1000) benutzt, welches in eiweißhaltigen Flüssigkeiten besser wirken soll als Sublimat. Auch zum Desinficiren der Hände kann Actol gebraucht werden statt des Sublimats. Die Wundumgebung wird mit Actol abgewaschen, die Wunde selbst zur oberflächlichen Desinfektion damit abgespült. Dagegen erhofft C. von

Versuchen, die tiefer gelegenen Gewebe zu desinficiren, nichts, will also Schussröhren etc. nicht ausspülen. Wozu also das Abspülen?

Außer den schon erwähnten Präparaten sind auch Itrolstäbchen mit Kakaobutter hergestellt (2%) für Fisteln, Blase, Harnröhre angefertigt; sowohl Itrol als auch Actol werden in Tablettenform in den Handel gebracht.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

9) **J. E. Platt.** The treatment of wounds of the air passages.
(Brit. med. journ. 1897. Mai 8.)

Verf. hat unter 35 Selbstmordversuchen durch Schnitte am Hals 10 Fälle von Verletzungen der oberen Luftwege beobachtet. Darunter war bei 2 Verletzungen die Durchtrennung der Luftröhre eine vollständige. Mit einer Ausnahme wurden sämtliche Wunden genäht.

Auf Grund seiner Erfahrungen tritt V. für die Schließung der Wunden der Luftwege durch Naht ein. Bei sehr ausgedehnter Durchtrennung oder Sitz der Verletzung in unmittelbarer Nähe der Stimmbänder empfiehlt Verf. wegen des ev. drohenden Glottisödems, eine Trachealkanüle einzulegen. Eben so ist bei Wunden der Membr. thyreo-hyoidea mit Verletzungen der Epiglottis vor Schluss dieser Wunden die Tracheotomie auszuführen. Unter allen Umständen empfiehlt Verf., die Kanüle nicht direkt in die vorhandene Wunde, sondern durch eine besondere, vertikal angelegte Öffnung in die Luftröhre einzulegen. In Bezug auf die Technik der Naht wird erwähnt, dass dieselbe die Schleimhaut nicht, wohl aber die übrigen Theile der Luftröhrenwand ausgiebig mitfassen soll. Verf. bevorzugt Seide, Anlegen sämtlicher Nähte, dann erst Knüpfen derselben der Reihe nach von hinten her.

Bei der Nachbehandlung ist zu beachten: Entfernung der Kanüle am 2.—4. Tag, ruhige Lagerung des Kopfes; bei Verletzung der Epiglottis oder völliger Trennung des Kehlkopfes oder der Luftröhre Fütterung mit Schlundsonde, ev. Ernährung durch Klystiere 2 Tage lang.

Von den 10 Pat sind 2 gestorben, 7 geheilt, 1 unvollkommen geheilt.

F. Krumm (Karlsruhe).

10) **Bode.** Versuche über Herzverletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Anschließend an den von Rehn publicirten Fall von Herznaht hat B. eine Reihe von Thierversuchen ausgeführt um festzustellen, in welcher Weise das Herz auf ein Trauma reagirt, welchen Einfluss die Naht eines Herzabschnittes auf die Fortdauer einer geordneten Herzaktion ausübt, und durch welche Faktoren die Heilung bezw. in anderen Fällen der Tod bedingt ist. In Übereinstimmung mit den klinischen Ergebnissen Fischer's fand B., dass die Verletzung der Vorhöfe im Vergleich zu der der Kammern immer viel ernster ist; ferner, dass bei kleineren und mittelgroßen Verletzungen an der

linken Kammer in Folge der größeren Wandstärke, trotz des höheren Blutdrucks eine geringere Blutung zu Stande kommt, als aus der rechten. Die erste Wirkung der Naht eben so wie der Schnittverletzung war meist ein ganz kurz dauernder Stillstand des Herzens, an den sich eine mehr oder weniger langanhaltende Periode einer unregelmäßigen und frequenteren Herzaktion anschloss. Durch das Knoten eines Fadens wird eine wesentliche Schädigung der Herzthätigkeit nicht verursacht. Nach völligem Schluss der Wunde besserte sich fast stets die gesammte Herzthätigkeit und der Allgemeinzustand der Thiere in auffallender Weise. Das zurückgelassene Nahtmaterial verursachte bei den überlebenden Thieren keine Störung der Herzthätigkeit. Verletzungen der Vorhöfe und der großen Gefäße führten ausnahmslos unmittelbar zum Tod, der sich weder durch Naht noch durch Tamponade abwenden ließ.

Hofmeister (Tübingen).

11) **Krönlein.** Über Pharynxcarcinom und Pharynxexstirpation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

K. hat die Hauptresultate seiner Untersuchung in dem Selbstbericht über seinen gleichlautenden Vortrag vom diesjähr. Kongress (d. Centralbl. No. 28 Beil. p. 45) mitgetheilt. Die vorliegende Publikation bringt die Belege in Gestalt ausführlicher Krankengeschichten. Angehängt ist eine Übersicht über die in der Litteratur erwähnten Fälle operirter Rachencarciome. Die den Theilnehmern am Kongress bekannten Tafeln sind der Arbeit in tadelloser Reproduktion beigegeben.

Hofmeister (Tübingen).

12) **W. Scheppegegrell.** The treatment of laryngeal tuberculosis with cupric interstitial cataphoresis, with report of cases.

The advantages of direct laryngoscopy in this method.

(New York med. record 1897. Mai 29.)

Die Vortheile obiger Methode bestehen nach Verf. darin, dass 1) sie in allen Fällen anwendbar ist, 2) weder Reaktion noch Blutung erfolgt, 3) keine neuen Wunden, wie beim Ausschaben, geeignet zu Reinfektion, geschaffen werden. Die Applikationen wurden z. B. in dem 3. der beschriebenen Fälle 2mal wöchentlich ausgeführt und 8 Wochen fortgesetzt. Die Elektroden bestehen aus reinem Kupfer. Die Kupferelektrode wird mit dem positiven Pol verbunden, die negative Elektrode breit auf den Hals aufgesetzt. Durch den Strom wird Kupferoxychlorid entwickelt und dem negativen Pol zugetrieben. Die Nadeln hat Verf. jetzt zur Vermeidung von Wunden durch kleine knopfförmige Elektroden ersetzt; höchstens 5 Milliampères Stromstärke sind nöthig.

Löwenhardt (Breslau).

13) **J. Sendziak.** Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes
und ihre Radikalbehandlung etc.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1897.

14) **E. Schmiegelow.** Cancer du larynx. Diagnostic et
traitement.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXXIII. p. 325.)

Fast gleichzeitig sind die oben genannten beiden großen statistischen Arbeiten und die gleichartige von Hansberg erschienen: ein Zeichen, dass sich noch viele Autoren mit der Frage beschäftigen, welche Ziele und Erfolge die Operation der Kehlkopfkrebse hat.

Den breitesten Umfang hat Sendziak's, vor etwa Jahresfrist bereits in polnischer Sprache herausgegebene Arbeit; sie befasst sich, wie die von Hansberg, wesentlich mit der Litteratur, weniger mit eigenen Erfahrungen des Autors, bringt aber eine Reihe bisher nicht veröffentlichter Fälle von verschiedenen Operateuren in den Tabellen zur Mittheilung.

Die Schlussresultate seiner 452 Operationen bei Krebs und 50 bei Sarkom betreffenden Statistik sind in folgender Tabelle wiedergegeben:

Bei	Fällen von	wegen	def. Heilungen	relat. Heilungen	Recidive	Todesfälle in Folge der Operation
188	Totaler	Carcinom	5,55%	6,9%	32,45%	44,7%
11	Laryngektomie	Sarkom	27,3 %	9 %	18 %	27,3%
110	Partieller u. halb-	Carcinom	10,9 %	11,8%	28,2 %	26,3%
10	seit. Laryngektomie	Sarkom	10 %	20 %	20 %	30 %
92	Laryngofissur	Carcinom	8,7 %	13 %	53,3 %	9,5%
12		Sarkom	8,3 %	50 %	16,6 %	0 %
32	Endolaryngealer	Carcinom	12,5 %	12,5%	40,7 %	0 %
13	Operation	Sarkom	8 %	15,4%	38,5 %	0 %
8	Pharyngotomia	Carcinom	12,5 %	0 %	0 %	62,5%
4	subhyoidea	Sarkom	0 %	25 %	0 %	0 %

Als definitive Heilungen sind die angeführt, die durch mindestens 3 Jahre bestätigt sind; die nur kürzere Zeit beobachteten sind als relative Heilungen bezeichnet, zu ihnen aber auch z. B. die Todesfälle an irgend welchen interkurrenten Erkrankungen gerechnet. — Die letzten beiden Gruppen sollten nach des Ref. Ansicht gesondert werden, wenn brauchbare statistische Zahlen erhalten werden sollen. Ein anderer wesentlicher Mangel dieser Statistik ist der, dass die Fälle nicht gesondert wurden, je nachdem sie von vorn herein ungünstig erschienen oder nicht. Freilich werden eine Menge Litteraturdaten kein Urtheil in dieser Richtung möglich gemacht haben. Gelegentliche Bemerkungen im Text lassen übrigens erkennen, dass

Sendziak auch Versuche zur Verwerthung der Statistik in dieser Richtung gemacht hat. — Bemerkt sei noch, dass Sendziak 3 Fälle anführt, in denen noch 4, $4\frac{1}{3}$ und $4\frac{1}{2}$ Jahre nach totaler Laryngektomie Recidive auftraten!

Die Angaben der Litteratur konnte Sendziak in vielen Fällen durch persönliche Mittheilungen der betreffenden Operateure vervollständigen und kontrolliren; im Übrigen sind die Tabellen mit unendlichem Fleiß und großer Sorgfalt ausgearbeitet und liefern eine äußerst werthvolle Übersicht über die Litteratur des Gegenstandes. Die Tabellen hat Sendziak für jede der operativen Methoden gesondert aufgestellt, die Fälle außerdem noch genau analysirt und nach ihrem Werth für die Beurtheilung der betreffenden Verfahren gewürdigt. Im Ganzen kommt Sendziak zu dem Schluss, dass jede der gebräuchlichen Methoden ihre Berechtigung hat: die Pharyngot. subhyoid. kommt nur für wenige Fälle »extralaryngealen« Krebses in Betracht (hier scheinen aber die von Sendziak gar nicht erwähnten Methoden der seitlichen Pharyngotomie eine viel bessere Prognose quoad vitam zu geben! Ref.). Die endolaryngeale Methode soll, da sie quoad vitam die allergünstigste, quoad definitive Heilungen eine recht gute und quoad Recidive keine viel schlechtere Prognose giebt als die extralaryngealen Verfahren, nicht ganz vernachlässigt werden, ist aber nur in besonders günstigen Fällen indicirt. Von den anderen, eigentlich operativen Verfahren ist das schonendste zu wählen, das im Einzelfalle eine dauernde Heilung wahrscheinlich macht; desshalb ist stets zunächst die Laryngofissur zu machen, um vorerst die Ausdehnung der Neubildung genau festzustellen und, je nachdem, nur die erkrankten Weichtheile zu extirpiren oder vom Knorpelgerüst, was nöthig ist, zu opfern. Die Technik der einzelnen Operationen wird nur in den Hauptzügen besprochen, Einzelnes auch eingehender, z. B. Butlin's Verfahren bei der Laryngofissur mit Entfernung der Kanüle unmittelbar nach der Operation, Krajewski's Tamponkanüle, die Sprechapparate. — Diesem, bei Weitem umfangreichsten therapeutischen Theil der Arbeit geht eine ausführliche geschichtliche Darstellung voraus, die in recht lehrreicher Weise zeigt, wie verschieden die relative und absolute Frequenz der einzelnen Operationen in den verschiedenen Zeiten und Ländern war. In der Pathologie bringt die Arbeit nichts Neues. Sendziak unterscheidet mit Barataux, Butlin u. A. »innerliche endolaryngeale« und die selteneren »äußerlichen extralaryngealen« Krebse. Von den innerlichen sind am häufigsten die der wahren Stimmbänder, dann folgen die der falschen, der Morgagni'schen Ventrikel und schließlich die des subglottischen Raumes. Die der hinteren Kehlkopf wand und der Epiglottis gehören fast stets schon zu den extralaryngealen Formen: dass von den letzteren die des Sinus pyriformis die seltensten seien, wie dies Sendziak feststellt, stimmt nicht ganz mit dem, was Ref. gesehen, überein. —

Sekundäre Kehlkopfkrebse sind sehr selten; Metastasen beim primären Kehlkopfkrebs gleichfalls recht selten. Selbst die Drüsen erkranken in der Regel spät, beim äußerlichen Krebs aber viel früher als beim innerlichen. — Ref. möchte hier darauf hinweisen, dass oft bei innerlichen Krebsen frühzeitig konstante kleine Lymphdrüsen erkranken, die vorn zwischen Ring- und Schildknorpel in oder dicht neben der Mittellinie liegen und meist übersehen werden. Nicht ganz richtig scheint Sendziak's Feststellung, dass beim innerlichen Krebs zuerst gewöhnlich die Drüsen am Vorderrand des Kopfnickers, beim äußerlichen die weiter unten am Halse gelegenen erkranken: Ref. fand bei Carcinomen der hinteren Kehlkopf wand und der Sinus pyriformis am häufigsten die Drüsen zwischen Schildknorpel und Zungenbein, beim innerlichen dagegen die von Sendziak angegebenen erst recht spät erkrankt. — Im Übrigen schließt Sendziak sich in der Pathologie der Hauptsache nach an B. Fränkel's ältere Monographie an. — Von den Symptomen stellt er die Heiserkeit in den Vordergrund: ist sie auch nicht bei jedem Sitz des Krebses gleich ausgesprochen, so ist sie doch das konstanteste und darum sehr ernst zu nehmende Frühsymptom der Erkrankung. Aber weder dieses, noch die anderen Symptome, Schmerz, Blutung, Drüenschwellung etc., sind für die Diagnose nöthig; es wäre leichtfertig, wollte man auf sie warten! Im Wesentlichen muss der Spiegel die Diagnose stellen und die Operation veranlassen, sonst kommt sie zu spät. Unter den laryngoskopischen Zeichen schreibt Sendziak mit Semon u. A. nächst dem Aussehen der Neubildung der Motilitätsstörung an dem betroffenen Stimmbande große Bedeutung zu, namentlich bei der Differentialdiagnose gegenüber gutartigen Geschwülsten, besonders der hinteren Stimmbandenden. Das Zeichen fehlt aber manchmal ganz oder tritt erst spät auf. Die für die Diagnose gegenüber Syphilis, Tuberkulose etc. wichtigen Punkte bespricht Sendziak sehr eingehend, weist auch auf die gelegentlichen Kombinationen des Kehlkopfkrebses mit Syphilis, Tuberkulose des Kehlkopfes oder der Lungen, selbst mit Sarkom (Semurlo) hin. Darreichung von Jodkali, Hg unter Umständen natürlich, geringe Besserungen danach aber nur mit größter Vorsicht zu verwerthen. Die bei der höchst wichtigen mikroskopischen Untersuchung exstirpirter Geschwulststückchen möglichen Täuschungen stellt Sendziak eingehend, wieder im Anschluss an B. Fränkel, dar und berichtet über eine Reihe solcher in der Litteratur mitgetheilter Irrungen. Nur positive Untersuchungsergebnisse dürfen, aber auch nur mit Vorsicht, verwerthet werden! Jedenfalls ist nur in extrem seltenen Fällen die Frühdiagnose unmöglich. — Beim Verlauf ist, besonders auch in Rücksicht auf die Therapie, die lange Dauer (in einem Falle von Krieg sogar 6 Jahre) beachtenswerth. — Von den Sarkomen, bei deren Bearbeitung Sendziak eine vortreffliche Statistik von Bergeat benutzen konnte, ist nicht viel Anderes zu sagen: im Ganzen scheinen sie bei den verschiedenen Operationen, vor Allem aber bei der totalen Laryngektomie, bessere Resultate zu geben. —

Schmiegelow kommt in seiner Statistik zu auffallend günstigeren Ziffern. Er verwerthet von 34 eigenen Beobachtungen über Kehlkopfkrebs nur 17, die rein innerliche Krebse betreffen, und beschränkt sich bei der Litteratur auf die seit 1890 publicirten Fälle, bei denen er eine frühzeitigere Diagnose und sorgfältigere Indikationsstellung, vor Allem mehr Beschränkung der Operationen auf »innerliche« Krebse voraussetzt. Einige von seinen eigenen Beobachtungen verdienen besondere Erwähnung: No. XVII. 72jähriger schwächlicher Mann, mit Prostatahypertrophie und alter Cystitis, bei dem in 14 Tagen das ganze krebsige Stimmband trotz ungünstiger anatomischer Verhältnisse endolaryngeal vollständig extirpirt wurde; Stimme danach so gut, dass Pat. seine Predigerfunktionen theilweise wieder aufnehmen konnte; er wurde aber nur kurze Zeit beobachtet. Ferner mehrere mit sehr günstigem funktionellen Resultat geheilte Fälle von Laryngofissur mit Weichtheilexstirpation, einer davon seit 4 Jahren ohne Recidiv. Schließlich Fall III. 65jähriger Mann mit Krebs eines Taschenbandes, bei dem nach den ersten mäßigen Dosen von Jodkalium und einer Hg-Einreibung (3 g Ung. cin.) ein akutes Ödem des Kehlkopfes und der Gesichtshaut auftrat, und eiligst die Tracheotomie gemacht werden musste! Auch zwei Irrthümer auf Grund der mikroskopischen Untersuchung extirpirter Tumorthteile hat Schmiegelow erlebt. — Bezüglich der Werthschätzung der einzelnen Operationsverfahren kommt Schmiegelow zu ähnlichen Resultaten wie Sendziak, auch er will jeweils das schonendste angewendet wissen. Dass und aus welchen Gründen die Procentzahlen seiner Statistik wesentlich besser ausfallen, als die Sendziak's, wurde bereits erwähnt. Aber auch des ersteren Autors ungünstigere Angaben sind günstig genug, um die Chirurgen zu ermuthigen, diese Operationen weiter auszubilden. Und vor Allem sollen alle Betheiligten sich bemühen, rechtzeitige Diagnosen zu stellen und rechtzeitig die im einzelnen Falle berechnigte Operation auszuführen oder, wenn sie das nicht selbst können, ausführen zu lassen! Den Fachchirurgen sei vor Allem Sendziak's Arbeit empfohlen: es steht Manches darin, was von den Laryngologen längst, von den Chirurgen noch lange nicht ausreichend gewürdigt wird! Leider ist trotz der Unterstützung eines deutschen Kollegen die Arbeit nicht durchweg einwandsfrei in sprachlicher Hinsicht.

Kümmel (Breslau).

15) Slomann. Beitrag zur Empyembehandlung.

(Hospitals Tidende 1896. No. 8.)

Verf. hat mit gutem Resultat 5 Fälle von Empyem mit breiter Eröffnung, indem er 1—2 Rippen in einer Ausdehnung von 6 bis 8 cm resecirt, und nachfolgender Tamponade behandelt. Er erreicht so gute Drainageverhältnisse mit Ausheilung der Höhle vom Grund aus und vermeidet dadurch Fisteln und Recidive. Endlich ist damit die Möglichkeit gegeben, eventuelle Komplikationen von Seiten der Lunge (Abscess, Brand, Cavum) zu behandeln. In den 5 Fällen, die

alle circumscrip't waren, wurden 2mal Tuberkelbacillen, 1mal *Diplococcus lanceolatus* und 2mal *Streptococcus* gefunden. S. beginnt die Operation mit einer kleinen Rippenresektion, führt einen Finger in die Wunde und erweitert nun die Resektion in der Richtung, in welcher das Empyem seine größte Ausdehnung hat. Er tamponirt gewöhnlich mit steriler Gaze. Die Dauer der Behandlung scheint nicht länger zu sein, als bei der gewöhnlichen Methode mit kleiner Resektion.

Schædemeje (Kopenhagen).

16) **E. R. Corson.** Some observations on the Colles' fracture by the aid of the X-ray.

(New York med. record 1897. Mai 8.)

Die mannigfachen interessanten Befunde, welche die X-Strahlen für die Knochenbrüche gebracht haben, erhellen auch aus den Abbildungen welche C. speciell für die Radiusbrüche veröffentlicht. »Das Missverständnis bestand darin, dass man die Deformität früher den Knochen zuschrieb, während es der Riss der Bänder ist, welcher die Ursache der Störung bedingt.« In den Abbildungen zeigt sich besonders häufig der Abriss des *Processus styloideus ulnae*. Gewiss hat sich gezeigt, dass dies Ereignis viel häufiger, als wir früher annahmen, mit der Radiusfraktur gleichzeitig sich vorfindet, aber auch vor den Zeiten der Durchleuchtung haben doch schon Bennett u. A. darauf aufmerksam gemacht, so dass es doch wohl nicht angängig ist, das jetzt gänzlich zu ignoriren. Die Dislokationen der Ulna und der Hand nach der radialen Seite entstehen nach C. durch Riss der vorderen und hinteren radio-ulnaren Bänder, des *Lig. lat. int.* und der *Cartilago triangularis*. Die Illustration eines Falles von Rissfraktur des *Proc. styl. ulnae* ohne Bruch des Radius mit bedeutender Dislokation durch Bänderrisse, anscheinend eine typische Radiusfraktur, ist besonders instruktiv. Nélaton hielt diesen Bruch für häufig. Die Rolle des Periost und die schnelle Callusresorption werden besprochen. Die Rolle der Muskulatur, besonders des *Pronator quadratus*, wird für die Dislokation von wenig Bedeutung erklärt, wenn auch das Übergewicht der Muskulatur auf der radialen Seite zugestanden wird; die Radiusfraktur liegt zu nahe dem Gelenk, um durch den *Pronator quadratus* beeinflusst zu werden. Auch für den Verband sind diese Befunde nach C. von Wichtigkeit. Er benutzt nur gerade Schienen mit kleinen entsprechenden Polstern und bringt Vorderarm und Hand vollkommen in eine gerade Linie; denn die besonders in Amerika übliche Methode, die Hand durch ihr eigenes Gewicht ulnarwärts zu führen, hätte in Anbetracht der Bänderabrisse die entgegengesetzte Wirkung.

Löwenhardt (Breslau).

17) D. Graham (Boston). Massage, movements and bandaging in the treatment of displaced semilunar cartilages.

(Amer. journ. of de med. sciences 1896. November.)

In einer kleinen Studie über die Luxation der Kniegelenkmenisken kommt G. auf Grund von 4 eigenen Beobachtungen zu Schlussfolgerungen, deren wichtigste wir hervorheben:

1) Die Semilunarknorpel des Kniegelenks können oft weder in ihrer natürlichen noch in ihrer abnormen Stellung durchgeföhlt werden.

2) Die Haltung des Beines ist am besten verwerthbar zur Entseheidung, ob und welcher Meniscus luxirt ist. Flexion und Auswärtsrotation bei Luxation des inneren Meniscus, Flexion und Einwärtsrotation bei der des äußeren.

3) Zur Reposition wird der Unterschenkel zuerst gebeugt, dann schnell gestreckt unter stetem Druck auf die verletzte Stelle; dabei Einwärtsrotation, wenn es sich um den inneren, Auswärtsrotation, wenn es sich um den äußeren Meniscus handelt.

4) In manchen Fällen besteht eine Neigung des luxirten Knorpels, von selbst wieder an den richtigen Platz zu schlüpfen, wenn das Bein nicht künstlich festgestellt wurde.

5) Wird das Knie vor Einrichtung des Knorpels durch Schienen oder Gipsverband fixirt, so wird das Gelenk geschlossen und an den leichten, instinktiven Bewegungen verhindert, welche eine Spontanreposition ermöglichen könnten.

6) In Fällen, in denen das Knie, sei es wegen Schmerz und mechanischer Behinderung oder in Folge von Synovitis und Adhäsionsbildung, andauernd ruhig gehalten wurde, kann durch forcirte passive Bewegung ein Zerreißen der Adhäsionen und Reposition des Knorpels erzielt werden. G. theilt einen solchen Fall mit.

7) Selbst nach gelungener Reposition ist ein guter Polsterverband (Achttertour), welcher Halt giebt und doch mäßige Bewegung gestattet, dem Gipsverband vorzuziehen.

8) Durch sorgfältig geleitete Massage, passive Bewegungen, Electricität lassen sich die Beinmuskeln, die Fascien, Bänder und Kapselansätze des Kniegelenks so stärken, dass sie einen reponirten Semilunarknorpel auch ohne künstliche Unterstützung zurückhalten.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

18) J. L. Faure. Sur une nouvelle amputation ostéoplastique du pied.

(Presse méd. 1897. No. 13.)

Die beiden Nachtheile der Le Fort'schen Amputation und Stumpfbildung — die Verkürzung um etwa 5 cm und die Rigidität des Stumpfes durch knöcherne Anheilung der Sägefläche des Calcaneus an die des Unterschenkels — will Verf. dadurch vermeiden, dass er die Gelenkverbindung zwischen Calcaneus und Talus schont, so zwar, dass

letzterer horizontal durchsägt und mit dieser Sägefläche an den abgesetzten Unterschenkelstumpf zur Anheilung gebracht wird. Dadurch wird einmal die Verkürzung bedeutend kleiner, nur 2 cm, und es bleibt eine gewisse Beweglichkeit des Stumpfes zurück, welche das Gehen wesentlich erleichtern soll. Im Übrigen bewahrt die neue Methode alle Vortheile der Operation nach Le Fort. Die Technik ist eine leichte: Der Schnitt über den Fußrücken und um die Fußsohle verläuft fingerbreit unterhalb des von Le Fort angegebenen, während der horizontale Theil des Schnittes etwas höher zu liegen kommt, etwa in der Höhe der Spitze des Malleolus ext. Auch braucht derselbe nicht bis zur Achillessehne heranzugehen. Das Abpräpariren der Weichtheile und das Luxiren des Fußes geschieht auf die gleiche Weise. Vom Talus werden etwa 15 mm horizontal abgesägt, von den Unterschenkelknochen so viel, als nöthig ist; die beiden Knochenwundflächen werden mit Silberdraht vereinigt, die Haut darüber vernäht. — Natürlich ist das Verfahren nur indicirt, wenn der Calcaneus und Talus ganz gesund oder nur wenig erkrankt sind; es erscheint aber zweckmäßig und der Nachahmung in geeigneten Fällen werth.

Die Arbeit ist durch die Mittheilung eines entsprechenden Falles mit vorzüglichem funktionellen Resultat und durch sehr gute Abbildungen illustriert.

Tschmarke (Magdeburg).

19) Duplay. Talalgie ou pternalgie. Bursite sous-calcaneéenne.

(Presse méd. 1896. No. 91.)

Diese bisher noch wenig gekannte und gewürdigte Affektion kennzeichnet sich lediglich durch einen mehr oder weniger intensiven Schmerz, welcher ganz umschrieben an der Fußsohle, entsprechend der Tuberositas calcanei, seinen Sitz hat und daher nicht mit der sonst ähnlichen Achillodynie oder Achillobursitis verwechselt werden kann. Als Ursache gilt Gonorrhoe, vielleicht auch Rheumatismus oder Gicht.

Verf. macht im Anschluss an den von ihm beobachteten Fall darauf aufmerksam, dass möglicherweise auch Schweißfuß in ursächlichem Zusammenhang mit dem Leiden steht. — Das Leiden trotz jeglicher Behandlung und erfordert schließlich die operative Entfernung des Schleimbeutels. In dem vorliegenden Falle fand sich eine lebhaft Röthung der Innenfläche des Schleimbeutels und eine starke Verdickung der bindegewebigen Kapsel und Begrenzungsschichten. — Die Ausführungen des Verf. fordern auf, gelegentlich bei ähnlich auftretenden Schmerzen an der Fußsohle an dieses Leiden zu denken, welches durch einen einfachen operativen Eingriff beseitigt werden kann.

Tschmarke (Magdeburg).

20) **Courtyllier.** Contribution à l'étiologie et à la pathogénie du pied bot congénital.

(Arch. génér. Paris 1897. Mai-Juni.)

Verf. kommt auf Grund eines großen statistischen Materials von 826 gesammelten Fällen, so wie eingehender pathologisch-anatomischer und histologischer Untersuchungen bezüglich des angeborenen Klumpfußes zu folgenden Schlüssen:

Der angeborene Klumpfuß, bedingt durch intra-uterinen Druck, ist selten und trägt stets deutlich anatomische Merkmale dieses Druckes.

Alle anderen Fälle von angeborenem Klumpfuß sind das Resultat einer vorübergehenden oder dauernden Lähmung von verschiedener Ausdehnung und Stärke. Bis zu einem gewissen Grad stehen sie mit einer Verzögerung der Muskelentwicklung im Zusammenhang und sind abhängig von centralen nervösen Schädigungen, die oft so leicht sein können, dass sie unbemerkt schwinden und mit unseren heutigen Untersuchungsmethoden schwer nachweisbar sind. Die Verletzungen des Markes sind charakterisirt durch eine Erkrankung der grauen Substanz, kenntlich an der Ungleichheit des Volumens der Vorderhörner, in einer Atrophie und Verminderung der Zellen der Vorderhörner und der Clarke'schen Säulen. Als das Primäre dieser Erkrankung fasst Verf. die Veränderungen der grauen Substanz auf, während er die Veränderung der Wurzelfasern der weißen Stränge, der Pyramidenbündel und Hinterstränge als sekundäre Veränderungen ansieht. Der Charakter dieser Poliomyelitis ist ein wesentlich diffuser, sich auf eine gewisse Höhe erstreckender. Niemals finden sich sogenannte Herdsklerosen. Hierdurch unterscheidet sich diese Erkrankung von der Kinderlähmung. Als Ursache der pathologischen Veränderung sieht Verf. bei den Eltern auftretende Erkrankungen während oder vor der Schwangerschaft an (Infektionen und Intoxikationen), deren Toxine oder löslichen Gifte schädigend auf das fötale Mark wirken sollen.

Longard (Aachen).

Kleinere Mittheilungen.

21) **Slomann.** Ein neuer Sterilisationsapparat.

(Hospitals Tidende Bd. IV. No. 45.)

Zur Sterilisation von Verbandstoffen, Servietten etc. hat Verf. einen Sterilisationsapparat konstruirt. Die Sterilisation geschieht auf dieselbe Weise wie in dem von Lautenschläger angegebenen Apparat; wenn sie vollendet ist, kann man aber hier den Sterilisationsraum vom Wasserdampf abschließen, und während man nun den Dampf zur äußeren Aufwärmung des Sterilisationsraumes verwendet, trocknet ein durchgeleiteter Luftstrom die sterilisirten Objekte. Die Beschreibung des Apparates ist ohne Zeichnung unmöglich. **Schaedemoje** (Kopenhagen).

22) **B. Boyd.** An expedient for preserving surgical instruments from rust.

(New York med. record 1897. Mai 8.)

Verf. hat in Westindien in einer Atmosphäre, die mit Feuchtigkeit gesättigt war, ein Verfahren erprobt, seine Instrumente vor dem fast unvermeidlichen Rosten

zu schützen. Er stellt in seinem Schrank, der ziemlich dicht schließt, Gefäße mit Schwefelsäure offen hin. Alle 4—5 Wochen ist die Flüssigkeit zu erneuern, welche in dieser Zeit durch Absorption der reichlichen Feuchtigkeit an Quantität sehr zugenommen hat. Chlorcalcium wird dort in wenigen Tagen unbrauchbar.

Löwenhardt (Breslau).

23) Tscherning. Fort mit dem Nickelüberzug unserer Instrumente
(Bibliotek for Lægev. Bd. VII. p. 313.)

Verf. rath von der Anwendung des Nickelüberzuges unserer Instrumente entschieden ab. Beim Kochen rosten die Instrumente besonders an den Stellen, wo der Nickelüberzug lädirt ist, und zwar in Folge einer elektrolytischen Wirkung zwischen Eisen und Nickel.

Schaedemoje (Kopenhagen).

24) Widenmann. Kriegschirurgisches aus Ostafrika.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1897. Februarheft.)

W. hat in Ostafrika eine Anzahl Kriegsverwundungen gesehen und behandelt. Leider ist ein Theil der Schusswunden erst in einem späten Stadium in des Verf. Behandlung gelangt, so dass man nur daraus entnehmen kann, in welchen Zustand solche Wunden durch Vernachlässigung gerathen können. Auch handelte es sich um Gewehre älterer Konstruktion, welche, aus nächster Nähe abgefeuert, erhebliche Knochenzerstörungen bewirkt hatten. Nekrotomien und Resektionen brachten Heilung. Eine Schusswunde durch die linke Lunge wurde in 8 Tagen geheilt, obgleich sich ein kleines Extravasat im Brustfellsack eingestellt hatte. Unter mehreren Pfeilwunden führte die eine unmittelbar zum Tode, offenbar durch Verletzung der Art. femoralis; der Arzt war nicht sogleich zur Stelle. Vergiftungserscheinungen nach derartigen Pfeilwunden wurden nie beobachtet, obgleich der befedete Volksstamm sich eines Pfeilgiftes zu bedienen pflegt, und Lewin in übersendeten Proben auch ein rasch wirksames Gift nachwies.

Bei einer größeren Zahl frisch auf dem Gefechtsfeld zur Beobachtung gekommener Schwert- und Speerwunden versuchte Verf. die primäre Naht, auch etwa durchschnittener Sehnen. Leider entzogen sich die Verwundeten der Weiterbehandlung, so dass über das Endergebnis Nachrichten fehlen. Dies ist leider theilweise auch hinsichtlich einer Bauchwunde mit Vorfall und Verletzung des Darmes der Fall. Trotz des Austritts von Koth und Beschmutzung des Darmes wurde thunlichst gereinigt, die Darmwunden mit Sero-Muscularisknopfnähten geschlossen, eben so auch die Hautwunde. Nach 8 Monaten sah Verf. den Verwundeten wieder und erfuhr, dass die Wunde p. pr. geheilt war; doch hatte sich ein kinderfaustgroßer Bauchbruch ausgebildet.

Verf. knüpft hieran noch einige Bemerkungen über die Wundheilung in dortigen Gegenden, welche zumal bei Schwarzen eine auffallend gute ist. Da dies bei Weißen nicht in demselben Maße der Fall ist, nimmt Verf. an, dass die austrocknende, mithin bakterienfeindliche Hitze des dortigen Klimas zwar einen günstigen Einfluss auf die Wundheilung ausübe, dass aber doch eine besondere konstitutionelle Beanlagung der schwarzen Rasse angenommen werden müsse.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

25) Altermatt. Ein Fall von totaler Skalpierung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

Die Beobachtung stammt aus der Züricher Klinik und betrifft eine 22jährige Seidenwinderin. Die Verletzung kam in typischer Weise zu Stande durch Verwicklung der Haare in eine rotirende Transmissionswelle. Nachdem die Wiederanheilung der abgerissenen Kopfschwarte misslungen, wurde 4 Wochen nach dem Trauma die vordere und 1 Monat später die hintere Kopfhälfte mit Hauttransplantationen nach Thiersch gedeckt. Glatte Heilung. Bei einer späteren Nachuntersuchung erwies sich die Kopfhaut als gut verschieblich.

Hofmeister (Tübingen).

26) **P. D. Bunce.** Bullet located in the motor area of the brain with X-Rays.

(New York med. record. 1897. April 17.)

Der 16 Jahre alte Pat. erhielt zufällig im Oktober 1895 durch das linke Nasenloch einen Kopfschuss mit anschließenden Störungen im linken Bein und Arm. Mit Hilfe der Skiaskopie wurde das Geschoss im oberen Drittel der Fissura Rolandi d. entdeckt. Erhebliche Störungen im Wohlbefinden traten durch eine heftige Hautentzündung ein, welche sich in Folge Einwirkung der X-Strahlen auf der Seite nahe der Crookes'schen Röhre einstellten. Die Expositionszeit betrug mehrmals eine Stunde.

Löwenhardt (Breslau).

27) **Bruns.** Ein automatischer Mundsperrerr.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Der beschriebene Apparat hat sich B. seit einem Jahr sehr gut bewährt. Sobald der Pat. die Kiefer weiter von einander entfernt, öffnet der eingelegte Mundspiegel sich sofort von selbst weiter, während das Schließen desselben durch eine selbstthätige Sperrfeder verhindert wird.

Der Apparat, welcher durch eine beigegebene Photographie in seiner Anwendung illustriert ist, wird vom Instrumentenmacher Beuerle in Tübingen zum Preise von 15 \mathcal{M} geliefert.

Hofmeister (Tübingen).

28) **Patoir (Lille).** Erysipèle de la face et du pharynx.

(Méd. moderne 1897. No. 53.)

Bericht über einen tödlich verlaufenen Fall von Gesichtserysipel im Anschluss an eine Fraktur des Nasenbeines bei ca. 40jährigem Potator. Der Tod wurde durch autoptisch und klinisch festgestellte Streptokokkenmeningitis bedingt. Trotz der bei der Sektion gefundenen bronchopneumonischen Herde ist Verf. aus guten Gründen der Ansicht, dass die Meningen direkt auf dem Weg der Lymph- und Blutgefäße inficirt wurden. Die Fälle von genau festgestellter Meningitis durch direktes Fortkriechen des Erysipels sind sehr selten und P.'s Fall daher kasuistisch bedeutsam.

Boesing (Hamburg).

29) **A. Griner.** Un cas de perforation acquise du pilier antérieur.

(Ann. des malad. de l'oreille Bd. XXIII. p. 128.)

Eine 35<15 mm große Perforation des vorderen Gaumenbogens wurde bei einem 22jährigen Tagelöhner zufällig bemerkt. Ätiologisch nichts zu ermitteln; sonst keine Missbildung vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Stückes vom Rande der Perforation ergab Vorhandensein eines deutlichen Narbengewebes. G. schließt daraus, dass ein erworbener Defekt vorliegen müsse; nach Ansicht des Ref. mit Unrecht, denn auch die Ränder von kongenitalen Defekten können, wenigstens an den Extremitäten, äußerst starke Narbenbildung aufweisen.

Kümmel (Breslau).

30) **H. Ripault.** Fistule du voile consécutive à une périamygdalite chronique.

(Ann. des malad. de l'oreille Bd. XXIII. p. 261.)

13jähriger Knabe mit einer nach wiederholten Anginen entstandenen, durch den vorderen Gaumenbogen in eine haselnussgroße Abscesshöhle der linken Mandel führenden Fistel. Beseitigung der Mandel, Auskratzung der Fistel und Anwendung des Galvanokauters brachten die Erkrankung zur Heilung.

Kümmel (Breslau).

31) **H. Beeckman Delatour.** Removal of foreign body from the oesophagus by oesophageal forceps, guided by the aid of the fluoroscope.

(New York med. record 1897. Mai 1.)

Ein 4jähriger Knabe verschluckte beim Spielen eine $\frac{9}{16}$ Zoll breite kleine eiserne Mutterscheibe, welche mit X-Strahlen in der Höhe des 4. Rückenwirbels

festgestellt wurde. Nach mehreren vergeblichen Versuchen entfernte man mit einer Speiseröhrenzange den Fremdkörper, indem fortwährend in Durchleuchtung der Gang der Zange kontrollirt wurde.

Löwenhardt (Breslau).

32) **L. Fischer.** An improved intubator for the relief of laryngeal stenosis.

(New York med. record 1897. Juni 19.)

Diese Modifikationen der Instrumente O'Dwyer's beziehen sich im Wesentlichen auf Konstruktion der Tuben aus vulkanisirtem Paragummi und haben den Zweck, dem Landarzt einfachere Mittel zur Hand zu geben. Die Außenseite des



Gummi ist gerippt, um das Herausgleiten zu verhindern, die Länge genau wie die Originalvorschriften O'Dwyer's, d. h. die Tube reicht von den falschen Stimmbändern bis $\frac{1}{2}$ oder $\frac{3}{4}$ Zoll über die Theilungsstelle der Luftröhre. Verf. meint, dass sich an den Gummi nicht annähernd so viel Schleim oder Salze ansetzen, als an die Metalltuben. Die Methode des Einsetzens geschieht ohne Obturator, namentlich in den Fällen, wo es wichtig ist, jeden Luftmangel zu vermeiden (s. Fig.). Die Instrumente sind bei Tiemann & Co. angefertigt. Die U-förmige Gabelung der Zange zum Einführen lässt die Lichtung der Tube frei, so dass ein Luftstrom schon im Moment des Einlegens durch kann.

Löwenhardt (Breslau).

33) **E. Sacchi.** Über einen Fall von Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom.

(Polielinico 1897. No. 3.)

Das Verfahren S.'s in seinem Falle von Exstirpation des Kehlkopfes und des Kehledeckels besteht darin, dass er, nachdem er die Wunde Anfangs tamponirt hat, am 2. Tage nach der Operation die Gaze entfernt und nach abermaliger Desinfektion die vordere Wand des Ösophagus an die Fascie und Haut des Halses mit Katgut annäht, so dass ein Septum zwischen Rachenhöhle und Luftröhre gebildet wird. Die Haut wird mit Seide genäht, mit Ausnahme einer kleinen Öffnung, durch welche ein Drainagerohr und eine Ösophagussonde eingeführt werden. Am folgenden Tag wird die Tamponkanüle durch eine gewöhnliche Trachealkanüle ersetzt. Die Ösophagussonde wird nach 3 Tagen entfernt und fortan nur noch zum Zweck der Ernährung durch den Mund eingeführt (14 Tage lang). Am 10. Tage wird mit Hilfe einer Sonde wieder eine kleine Kommunikationsöffnung zwischen Rachenhöhle und Luftröhrenfistel hergestellt, um dem Pat. das Sprechen und das Tragen des künstlichen Kehlkopfes zu ermöglichen. Weiterer Verlauf ungestört.

Verf. ging bei seinem Verfahren von der Ansicht aus, dass es, um das Eindringen septischer Stoffe in die Luftwege zu verhindern, nothwendig sei, ein künstliches Diaphragma zwischen Pharynxhöhle und Trachea zu bilden, dass dieser Abschluss aber kein dauernder sein dürfe.

Der vom Verf. operirte Pat. sprach, wenn die gewöhnliche Kanüle mit einer beim Inspiriren sich öffnenden, beim Exspirium sich verschließenden Klappe versehen war, mit einer zwar tonlosen, aber auf 5—6 m hörbaren Stimme. Die laryngoskopische Untersuchung zeigt, dass hierbei die vordere Ösophaguswand

2 Falten bildet, die die Rolle der Stimmbänder übernehmen. Bei Anwendung des künstlichen Kehlkopfes ist die Stimmbildung natürlich viel besser. Pat. war 13 Monate nach der Operation frei von Recidiv; er sprach sehr deutlich und trug den künstlichen Kehlkopf den ganzen Tag, mit Ausnahme der Mahlzeiten. Bei ruhiger Athmung trägt Pat. eine gewöhnliche Kanüle, deren obere Öffnung beim Essen durch eine zweite, oben nicht durchbohrte Kanüle verschlossen wird.

H. Bartsch (Heidelberg).

34) D. H. Williams. Stab wound of the heart and pericardium. — Suture of the pericardium. — Recovery. — Patient alive three years afterward.

(New York med. record 1897. März 27.)

Ein 24 Jahr alter Neger erhielt während eines Streites einen Stich durch den 5. Rippenknorpel mit Verletzung der Mammaria int., des Perikards und des Herzens. Die Beschaffenheit des Messers und die Länge der Klinge konnte nicht festgestellt werden.

In der Längsachse des 5. Rippenknorpels, $\frac{3}{4}$ Zoll vom Brustbein, befand sich die 1 Zoll lange Stichwunde. In der Nacht traten Blutung, Schmerzen und kurzer Husten ein, so wie deutliche Symptome von Shock. Die Wunde wurde bedeutend erweitert, der 5. Rippenknorpel von seiner Verbindung mit dem Brustbein gelöst, nach oben gelegt. Durch die $2\frac{1}{2}$ Zoll lange und $\frac{1}{2}$ Zoll breite Wunde wurden die Vasa mammaria unterbunden. Herz und Lunge sanken nach dem Eintritt von Luft ziemlich weit zurück. Es fand sich eine kleine Stichöffnung im Herzen zwischen 2 Seitenästen der rechten Coronaria vor. Die Wunde im Perikard war $\frac{5}{8}$ Zoll lang. Irrigation des Perikards mit gewöhnlicher Kochsalzlösung, Katgutnaht. Schluss der Intercostal-, der Knorpel- und der Hautwunde durch Silkworm. Trockenverband. Der glückliche Erfolg ist allein dem Umstand zu verdanken, dass keine Infektion eintrat. Nach 3 Wochen wurde durch eine Incision im 7. Intercostalraum $\frac{1}{4}$ Liter blutiges Serum entfernt. Löwenhardt (Breslau).

35) W. Sewerin. Metapneumonische Lungenabscesse.

(Botkin's Hospitalzeitung 1896. No. 14. [Russisch.])

Bei einer 22jährigen Pat. bildete sich gleich nach krupöser Pneumonie ein oberflächlich gelegener Lungenabscess in der rechten Axillarlinie. Es wurden durch Schnitt etwa 350 g Eiter mit Lungenfetzen entleert. Bald darauf wurde aus der Wunde ein 21 g schweres Stück nekrotischen Lungengewebes extrahirt. Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

36) Betcke. Durchschneidung des Nervus medianus; Naht; völlige Heilung.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 6.)

Beim Fall durch eine Fensterscheibe hatte sich ein 11jähriger Junge eine 9 cm lange schrägverlaufende Narbe über dem rechten Handgelenk zugezogen. Medianus und 2 Sehnen (3. und 4. Finger des Flexor sublimis) waren durchschnitten. Naht mit Seide. Nach etwa 20 Tagen war die Sensibilität wieder so weit hergestellt, dass fast kein Unterschied gegen links vorhanden war. Pat. konnte wieder mit der Feder schreiben.

Bähr (Hannover).

37) A. Schanz. Ein Fall von multiplen kongenitalen Kontrakturen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. V. Hft. 1.)

Der 4 Jahre alte Knabe, über den S. berichtet, zeigt angeborene Bewegungsstörungen der Kiefer-, Wirbel-, Schultergelenke, der Vorderarme hinsichtlich der Supination, der Handgelenke und der Fingergelenke, ferner der Hüft- und der Kniegelenke mit lateraler Verschiebung der Kniescheibe und Genu valgum-Stellung beiderseits. Der rechte Fuß ist ein Klumpfuß, der linke ein Plattfuß. Die Extremitäten sind im Wachsthum zurückgeblieben. Als Ursache der Deformitäten ist Raumbeengung im intra-uterinen Leben anzunehmen, wofür auch die Flachheit

des Hinterhauptes und das flache Anliegen der Ohrmuscheln spricht, so wie die bei der Mutter aufgenommene Anamnese (geringer Leibesumfang während der Schwangerschaft, starke Kindsbewegungen, Frühgeburt, Mangel an Fruchtwasser). Die Therapie bestand in redressirenden Gipsverbänden an den unteren Extremitäten und in Massage.

J. Riedinger (Würzburg).

38) **M. B. Fabrikant.** Über Coxa vara.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 4.)

F. bringt 4 Fälle aus Prof. Grube's Klinik in Charkow. Sie betrafen 4 Mädchen von 8½, 7, 8 und 3 Jahren mit einem Hochstand des Trochanters über der Roser-Nélaton'schen Linie von 2,5—3,5—2—1½ cm. Die Fälle wurden durch Extension behandelt. 3 Fälle gaben erhebliche Besserung; im letzten (dem zweiten) entzog sich die Pat. der weiteren Beobachtung.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

39) **G. T. Vaughan.** Traumatic aneurism of the femoral artery thirty-eight days after gunshot-wound of femur; ligation in Hunter's canal; renal colic as a complication.

(Amer. journ. of the med. sciences 1896. Oktober.)

Durch Schussverletzung aus einer Winchesterbüchse hatte der 30jährige Pat. eine complicirte Fraktur des rechten Oberschenkels erlitten. Keine Ausschussöffnung. Extensionsverband, später Gipsverband. Bei Abnahme des letzteren, veranlasst durch Schmerzen und Temperatursteigerung, 37 Tage nach der Verletzung, zeigte sich an der Frakturstelle eine breite Geschwulst mit tiefer Fluktuation, welche für eine Blutansammlung gehalten und in Narkose incidirt wurde. Hierbei entleerten sich reines Blut und Blutgerinnsel in großer Menge. Nach Anlegung des Esmarch'schen Schlauches und Ausräumung der Höhle (etwa 1000 ccm Blut) sah man am Grund der letzteren einen Riss in der Art. femoralis dicht über dem Adduktorenschlitz, etwa 1½ cm lang. Doppelte Unterbindung des Gefäßes unter- und oberhalb der verletzten Stelle. Ein loses Knochenfragment konnte nicht entdeckt werden; nur war in der Nähe der Stelle des Aneurysmas eine Knochenspitze zu fühlen, welche aber nicht auf die Arterie drückte. Obgleich Pat. nach der Operation sehr kollabirt war (Kochsalztransfusion), erholte er sich wieder und machte in der Rekonvalescenz eine Nierensteinkolik durch, nach welcher sich ein taubeneigroßer Stein entleerte.

Ob die Verwundung der Arterie durch das Geschoss oder durch ein Knochenfragment hervorgebracht war, darüber konnte man keine Klarheit gewinnen. Die Länge der Zeit betreffend, welche bis zur Bildung des Aneurysmas verstrich (37 Tage), erinnert Verf. an den Fall des Präsidenten Garfield, bei welchem die Arterie barst über 2 Monate nach der Verletzung durch das Geschoss.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

40) **J. F. Sabanejew.** Weitere Beobachtungen über die Amputatio femoris intercondylica osteoplastica.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 4.)

Seit seinem ersten Falle (1890) konnte S. die Operation noch 2mal ausführen bei Elephantiasis cruris mit Geschwüren. Der erste Pat. überlebte die Operation 6 Wochen und starb an Amyloidentartung der Niere, die schon vor der Operation sehr hochgradig war. Beim zweiten Pat. war das Resultat sehr befriedigend, wie eine beigelegte Photographie zeigt. Beide Fälle zeigten eine circumscribte Gangrän des Lappenrandes. Im Ganzen wurde die Operation in Russland 12mal gemacht. Für einige specielle Fälle sind Modifikationen vorgeschlagen von Koch, Jacobson und Delitzin; S. findet dieselben für diese Fälle sehr zweckmäßig.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagehandlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. Sonnabend, den 16. Oktober. 1897.

Inhalt: v. Hacker, Exstirpation der kompletten seitlichen Halsfistel mittels Exstirpation des oberen Strangendes von der Mundhöhle aus. (Original-Mittheilung.)

1) Fischl, Abkühlung und Infektion. — 2) Bier, Heilwirkung der Hyperämie. — 3) Aman, Gonorrhoeische Allgemeininfektion. — 4) Evans, Chloroformtod. — 5) Tommasoli, Seruminjektionen bei Verbrennungen. — 6) Kellogg, Resorcin bei Hautkrankheiten. — 7) Vollmer und Aschoff, Bäderkuren. — 8) Hare, Arzneiexantheme. — 9) Unna, Trichophytonpilze. — 10) Couillaud, Acanthosis nigricans. — 11) Luithlen, Pemphigus vulgaris. — 12) Lesser, Syphilis insontium. — 13) Jordan, Lymphgefäßtuberkulose. — 14) Campana, Tuberkulinanwendung bei Lupus. — 15) Fabry, Behandlung des Lupus vulgaris. — 16) Comby, Toxische Parotitis. — 17) Plaget, Bakterien in der Nasenhöhle. — 18) Lautmann, Ozaena. — 19) Moure, Behandlung der Ozaena. — 20) Saenger, Entstehung des Naselns. — 21) Lermoyez und Barozzi, Herpes der Mundhöhle. — 22) Silvestrini und Baduel, Hämorrhagische Infektionen. — 23) Perthes, Septhaemia haemorrhagica. — 24) Asam, 25) Broca, 26) Engelmann, Serumtherapie des Tetanus. — 27) Reverdin und Buscariet, Multiple Abscesse bei Grippe. — 28) Waisch, Multiple infektiöse Hautgangrän. — 29) Ziegler, Alopecia congenita. — 30) Geyer, 31) Töpfer, Xanthoma tuberosum. — 32) Róna, Urticaria. — 33) Peričić, Keratom. — 34) Hodara, Neurolepiden. — 35) Steven, Merkuriälerkrankung. — 36) Lenhardt, Nasenverschluss. — 37) Molliné, Ozaenabehandlung.

E. Müller, Zur Frage der Coxa vara. — Bähr, Berichtigung.

Exstirpation der kompletten seitlichen Halsfistel mittels Exstirpation des oberen Strangendes von der Mundhöhle aus.

Von

Prof. v. Hacker in Innsbruck.

Es sind in der letzten Zeit eine Reihe von Arbeiten über die angeborene Halsfistel und deren Behandlung erschienen.

Dieselben haben gezeigt, dass es verschiedene Formen sowohl der lateralen als der medianen Halsfistel giebt; auch wurde durch sie die ätiologische Auffassung derselben in manchen Punkten geklärt. Die anatomischen und histologischen Untersuchungen haben aber auch die Ursachen, warum solche Fisteln erfahrungsgemäß nur selten durch eine andere Behandlung als die totale Exstirpation heilbar sind, schärfer, als dies bisher der Fall war,

nachgewiesen. In dieser Hinsicht zeigte es sich namentlich, dass die an ihrer Innenwand ganz oder noch theilweise mit Epithel ausgekleideten Fisteln oft an einzelnen Stellen Ausbuchtungen besaßen, dass ihr Verlauf häufig ein complicirter war und mitunter auch mehrere Fistelkanäle vorhanden waren. Es ist klar, dass unter solchen Verhältnissen durch eine Ätzung oder eine Kauterisation eine Verödung nur dann zu erzielen ist, wenn das Epithel zum großen Theil verloren gegangen ist, respektive wenn das Ätzmittel an allen Stellen, wo Epithel vorhanden ist, intensiv zur Einwirkung kommen kann.

Es sind in der Litteratur mehrere Fälle von zuverlässlichen Autoren verzeichnet, wo nach den erwähnten Eingriffen Fisteln geheilt wurden. Ich selbst habe vor Jahren bei einer kompletten seitlichen Halsfistel die gleiche Beobachtung nach der längere Zeit durchgeführten konsequenten Einführung von Lapisdochtantrophoren gemacht. Immerhin dauert eine solche Behandlung lange Zeit und gewährt doch keine volle Sicherheit. Die einzige Erfolg versprechende Methode ist demnach die Exstirpation der ganzen schleimhautbekleideten Fistelinnenfläche; sie wurde in neuerer Zeit schon mehrfach mit Erfolg ausgeführt.

Die Exstirpation ist aber zweifellos in vielen Fällen im Vergleich zu den durch die Fistel veranlassten Symptomen eine unverhältnismäßig eingreifende Operation. So erwähnt unter Anderem Karewski¹, dass bei den drei von ihm beobachteten vollständigen Fisteln der Strang, nachdem er aufwärts zum großen Zungenbeinhorn gelangt war, dann zwischen den beiden Karotiden verlief und aus seinen Verwachsungen mit der Scheide der großen Halsgefäße herauspräparirt werden musste. Auch war es nothwendig, den Nervus hypoglossus und die Verzweigungen des Glossopharyngeus, die Äste zum Fistelkanal abgaben, weithin freizulegen; endlich wurde von der äußeren Wunde her die Tonsille, in der die innere Mündung der Fistel lag, mit dem Strange herausgelöst.

Nach dem Gesagten ist es begreiflich, dass bisher meist nur in Fällen, wo Retention und daran sich anschließende phlegmonöse Prozesse eine radikale Beseitigung forderten, oder wo Kranke dringend die Entfernung der Fistel wünschten, die Exstirpation vorgenommen wurde. Wegen der Schwierigkeit, das letzte Stück des in die Rachenhöhle frei sich öffnenden Ganges ganz zu entfernen, ist jedoch bei vollständigen Fisteln selbst durch die Exstirpation der Erfolg nicht mit völliger Sicherheit zu versprechen. Bei diesem Stande der operativen Therapie der Halsfistel scheint mir die Mittheilung des nachfolgenden Falles von kompletter seitlicher Halsfistel, in dem es mir gelungen ist, durch einen äußerst geringfügigen Eingriff ein, wie ich hoffe, dauerhaftes Resultat zu erreichen, von Interesse zu sein.

¹ Virchow's Archiv Bd. CXXXIII.

A. Michael, ein 8 Jahre alter kräftiger, gut genährter Knabe wird von seinen Eltern Behufs Beseitigung der angeborenen rechtsseitigen Halsfistel in die Klinik gebracht. Aus der Fistel entleert sich bisweilen eine schleimig-eitrige Flüssigkeit, die zu Borken eintrocknet. Die Haut in der Umgebung der daumenbreit oberhalb des rechten Sternoclaviculargelenks über dem medialen Kopf des Musc. sternocleidomast. mündenden Fistel ist stark geröthet. Andere Beschwerden oder heftigere entzündliche Erscheinungen sind bisher nicht aufgetreten.

In die Fistel lässt sich eine feine Sonde auf mehrere Centimeter aufwärts führen, stößt aber dann auf Widerstand; die Sondirung ruft weder Husten noch Erbrechen hervor. Wird durch eine in die Fistelöffnung eingeführte Kandle Milch eingespritzt, so quillt diese in Tropfen zwischen der rechten Tonsille und dem Arcus palatopharyngeus heraus. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die innere Fistelöffnung in letzterem selbst liegt.

Operation (1. Juni 1897). Entsprechend dem Verlaufe des medial vom Sternocleidomastoideus mit diesem divergirend nach aufwärts steigenden Kanals wird, nachdem zur besseren Orientirung eine feine Hartgummisonde in diesen eingeführt worden war, Haut und Platysma, nicht aber die Fascie gespalten. Im unteren Antheil lässt sich der Kanal leicht herauspräpariren, er ist mit der Umgebung nur durch lockeres Zellgewebe verbunden. Die Vena jugularis anterior liegt medial von demselben. Etwa in der Höhe des oberen Randes des Schildknorpels wird er von einer quer verlaufenden größeren Arterie, die doppelt verbunden und durchschnitten wird, gekreuzt. In der Mitte ist der Kanal ampullenartig erweitert. Weiter verläuft er zwischen Unterkiefer und Biventer, welcher letzterer jedoch nur durch die ihn noch bedeckende Fascie hindurch sichtbar wird.

Mit Rücksicht auf die Erfahrung, dass mitunter erst nach Spaltung eines größeren Theiles der Fistel nach aufwärts zu die Sondirung bis in die Rachenhöhle gelang, wird der freigelegte Sack etwa entsprechend der Mitte der Ampulle quer durchtrennt und hierauf der proximale Antheil derselben sondirt. Nach einigen vergeblichen Versuchen gelingt es dann bei hängendem Kopf des Kranken in der That, eine feine Sonde bis in die Rachenhöhle vorzuschieben, was vor der Operation von der Hautmündung aus unmöglich war. Da der freipräparirte Kanal anscheinend von lockerem Bindegewebe umgeben ist und beim Anziehen nach abwärts leicht verschiebbar erscheint, wird der Plan gefasst, den Sack umzustülpen und so weit in die Rachenhöhle vorzuziehen, um dann von der Mundhöhle aus die blutige Abtrennung desselben von der Rachenschleimhaut vorzunehmen. Zu diesem Zwecke wird in denselben statt der Sonde von der Wundöffnung aus ein Silberdraht eingeführt, dessen oberes Ende auf ein kurzes Stück scharfwinklig abgebogen und dadurch zu einer Art Ohrsonde umgestaltet war. In den bis in die Rachenhöhle vorgeschobenen Silberdraht wurde die Schlinge eines doppelten Fadens eingehakt und nach außen durchgezogen. Das periphere Ende der frei präparirten Fistel wurde hierauf in der Schlinge in der Art wie eine Uhr oder ein Zwicker an einer Schnur befestigt, nämlich durch Umschlingung der schließlich als Schlinge endenden Fäden mit der Schlinge selbst und durch festes Anziehen derselben. Bei dem hierauf ohne größere Gewalt Behufs Umstülpung des Sackrestes (wie einen Handschuhfinger) ausgeführten ruckweisen Anziehen der Fäden von der Rachenhöhle aus löste sich der ganze Kanal von selbst ohne Blutung an seinem Übergang in die Rachenschleimhaut los. Es erfolgte vollständige Heilung der linear vereinigten Halswunde. Dort, wo der Kanal von der Rachenschleimhaut sich losgelöst hatte, war bei dem Knaben noch durch etwa 2—3 Wochen eine zapfenartige, sich gegen die Rachenhöhle vorwölbende Schleimhautfaltung sichtbar.

Nach diesem Verfahren ist demnach wohl auch die Entstehung einer narbigen Einziehung in der Gegend der Rachenmündung der Fistel nicht zu erwarten. Bezüglich der totalen Exstirpation der kompletten Fistel von außen her

hat nämlich Albert² seiner Zeit die theoretische Erwägung geltend gemacht, dass danach eine solche narbige Einziehung und später eine Divertikelbildung entstehen könnte. Allerdings liegen meines Wissens bisher keine diese Befürchtung bestätigenden Erfahrungen vor.

Der in 2 Theilen ausgelöste Kanal hatte im Ganzen eine Länge von 7 cm. Die vorläufige histologische Untersuchung je eines Querschnittes in der Nähe der inneren und der äußeren Öffnung erwies an der Innenwand keinen deutlichen Epithelbelag, sondern nur ein Stratum mehr flacher Zellen. Dagegen zeigte sich überall gegen das Lumen im Bindegewebe eine reiche Anhäufung von lymphoiden Zellen, wonach die Fistel als von der inneren Einstülpung, i. e. dem Entoderm abstammend, aufzufassen ist. In der Nähe der inneren Öffnung fand sich auch ein Querschnitt einer acinösen Drüse.

Ich theile den Fall, der auch wegen des, von dem von Karewski als typisch angeführten, abweichenden Verlaufes der Fistel von Interesse ist, zunächst nur wegen der dabei eingeschlagenen neuen Behandlungsart mit.

Das Verfahren dürfte allerdings nicht bei jeder kompletten Halsfistel anwendbar sein, namentlich nicht, wenn vorausgegangene entzündliche Prozesse zu theilweise festen Verwachsungen, besonders im oberen Theil des Ganges, geführt haben, wohl aber dort, wo, wie in meinem Falle, die Durchgängigkeit der Fistel durch Einspritzen von gefärbter Flüssigkeit konstatirt ist und bei der Präparation der Strang nach aufwärts zu sich als leicht verziehbar und als mit seiner Umgebung nur durch lockeres Bindegewebe zusammenhängend erweist. Dort aber, wo die Evulsion des von der Kiefergend zur Rachenhöhle ziehenden Theiles möglich ist, wird die Operation dadurch zu einem ganz geringfügigen, nur eine einfache lineare Narbe am Halse zurücklassenden Eingriff umgestaltet.

1) E. Fischl. Über den Einfluss der Abkühlung auf die Disposition zur Infektion.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XVIII. Hft. 4.)

Von der Anschauung ausgehend, dass in der »Erkältung« ein für die Infektionen prädisponirendes Moment liegen könnte, hat F. an der Wölfler'schen Klinik eine Reihe von ausführlichen Untersuchungen angestellt, welche sich mit diesem Gegenstand beschäftigten, insbesondere mit der Frage, ob die Abkühlung auch bei einem wenig virulenten oder abgeschwächten Mikroorganismus einen prädisponirenden Einfluss haben könnte. In den Versuchen handelte es sich um eine vorübergehende, allmähliche Herabsetzung der Körpertemperatur und um die Prüfung, in wie weit diese im Stande ist,

² Lehrbuch der Chirurgie. 3. Aufl. Bd. IV.

die Disposition für Infektionskrankheiten zu steigern. Als Versuchsthiere wurden Kaninchen und als Infektionsmaterial der *Diplococcus pneumoniae* Fraenkel-Weichselbaum verwendet. Gleichzeitig mit dem abgekühlten Versuchsthiere inficirte F. jedes Mal zur Kontrolle ein nicht abgekühltes Thier.

Die Ergebnisse der Experimente des Verf. waren folgende:

In 10 Fällen erkrankte weder das Versuchs- noch das Kontrollthier. Die bei diesen Versuchen verwendeten Kulturen waren avirulent. In 2 Fällen erkrankte das abgekühlte Kaninchen an Pneumokokkensepthämie, genas später wieder, das Kontrollthier andererseits erkrankte überhaupt nicht. F. nimmt an, dass die Virulenz der Pneumokokken eine sehr geringe gewesen ist, so dass auch der abgekühlte Organismus sich dieser Kulturen noch erwehren konnte. In 3 Fällen gingen die abgekühlten Thiere an Pneumokokkensepthämie zu Grunde, während die Kontrollthiere nicht einmal erkrankten. In 10 Fällen ging das abgekühlte Thier an Pneumokokkensepthämie ein, das Kontrollthier zeigte vorübergehende leichte Krankheitserscheinungen. In 5 Fällen endlich gingen die abgekühlten Kaninchen in erheblich viel kürzerer Zeit an der Infektion zu Grunde, als das Kontrollthier. Diese Untersuchungsergebnisse erweisen somit in zweifelloser Weise die eminente Bedeutung, welche der Abkühlung als Disposition für eine Infektion zukommt.

Verf. trat nun auch der Frage näher, warum die abgekühlten Thiere leichter einer Infektion zugänglich sind. Die Schutzmittel, deren sich der Körper im Kampf gegen die eingedrungenen Krankheitserreger bedient, sind einerseits die Ausscheidung derselben aus dem Organismus durch Sekrete und Exkrete, andererseits der bakterientödtende Zustand der Körpersäfte und Körperzellen und der sogenannte Phagocytismus.

Zunächst stellte Verf. fest, ob die Abkühlung ohne Infektion eine Veränderung in der Zahl der weißen Blutkörper hervorrufen könne. Die Experimente fielen negativ aus. Nun zählt F. die weißen Blutkörper, sowohl beim abgekühlten Thiere, wie auch beim Kontrollthiere, einmal, bevor die Thiere zum Versuche verwendet wurden, und dann nach stattgehabter Infektion durch längere Zeit hindurch. In einem solcher 11 untersuchten Fälle trat beim abgekühlten Thiere Leukocytose ein, das Thier genas, während bei den übrigen 10 Fällen (abgekühlte Thiere) keine Vermehrung der weißen Blutkörperchen auftrat, alle Thiere aber an der Infektion zu Grunde gingen. Die diesbezüglichen Untersuchungen bei den entsprechenden Kontrollthieren ergaben, dass in 2 Fällen keine Leukocytose eintrat, und dass das Thier an der Infektion auch nicht erkrankt war. In 1 Falle trat keine Leukocytose ein, obzwar das Thier nach der Infektion fieberte, und im Blute Pneumokokken nachgewiesen wurden, die aber am folgenden Tage verschwunden waren. 3 Tage nach der Infektion ging das Thier zu Grunde, ohne dass die Todesursache konstatiert

werden konnte. In einem weiteren Falle trat keine Leukocytose ein, das Thier ging aber nach 7 Tagen an der Infektion ein; in 7 Fällen endlich kam es zu einer Vermehrung der weißen Blutkörper, die an der Infektion erkrankten Thiere genasen. Die Vermehrung der weißen Blutkörper trat meist schon nach 24 Stunden ein. Stets verschwanden mit dem Rückgange der Leukocytose auch die Bakterien aus dem Blute der Thiere. Andererseits konnte F. im Einklange mit Lode konstatiren, dass die bakterientödtende Kraft des Blutserums von abgekühlten Thieren nicht verändert wird.

Die Experimente F.'s, welche in interessanten Versuchsprotokollen der Arbeit angefügt erscheinen, bilden gewiss den Beweis für die Anschauung über die Entstehung der Krankheiten, auch der Infektionskrankheiten, dass neben dem belebten Krankheitserreger auch der Zustand des befallenen Organismus für eine Erkrankung von hervorragender Bedeutung ist. Gold (Bielitz).

2) Bier. Heilwirkung der Hyperämie. (Aus der kgl. chir. Klinik zu Kiel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 32.)

Seine bekannten Versuche, künstliche Hyperämie zu Heilzwecken zu benutzen, hat B., nachdem er bei den chirurgischen Tuberkulosen davon und in Verbindung mit schonenden, wenig oder gar nicht verstümmelnden Operationen andauernd gute Erfolge erzielt, auch auf andere Infektionskrankheiten ausgedehnt. Einen bedeutenden Nutzen erreichte er damit namentlich bei gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen, wenn auch nicht in allen Fällen, indem er, nach erfolgloser Anwendung der übrigen Mittel, unter dem Einfluss der Stauungshyperämie ein schnelles Besserwerden der Schmerzen, der Entzündungserscheinungen und Beweglichkeit beobachten konnte, einen Erfolg, der um so größer erschien, je jünger die Erkrankung war, und je stärker sich die Stauung erzielen ließ. B. hofft, dass durch diese Behandlung, welche den frühzeitigeren Beginn mit Bewegungsversuchen ermöglicht, die schlimmen Versteifungen der Trippergelenke vermieden werden könnten. Auch in Fällen von Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans und chronischer rheumatischer Arthritis war einige Male ein gleich günstiges Resultat zu konstatiren, das in anderen jedoch völlig ausblieb. Indem wir die erfolglosen Versuche bei anderen Krankheiten unerwähnt lassen, heben wir nur noch hervor, dass B. bei seinen weiteren Experimenten, aktive und passive Hyperämie, sei es durch heiße Luft oder heißes Wasser, sei es durch trockene Schröpfköpfe zu erzielen, mit letzteren beim Lupus feste und dauernde Vernarbung der erkrankten Hautpartien erreicht hat; er ließ den Schröpfkopf täglich ein bis mehrere Stunden darauf sitzen und behandelte in der Zwischenzeit die sich rasch mit Krusten bedeckenden Stellen mit Zinkoxyd.

Auf die weiteren Ausführungen B.'s genüge es nur hinzuweisen, da sie, sich mit den verschiedenen Theorien zur Erklärung der Heilwirkung der Hyperämie beschäftigend, zu dem Schluss kommen, dass es sich dabei um sehr verwickelte Lebensvorgänge handle, von deren wirklicher Erkennung wir noch weit entfernt seien.

Kramer (Glogau).

3) G. Åman. Zur Frage von der gonorrhoeischen Allgemeininfektion.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Seit einigen Jahren wissen wir mit Bestimmtheit, dass der Gonococcus im Stande ist, im eigentlichen Sinne des Wortes metastatische Entzündungen speciell in den Gelenken hervorzurufen. Was von vorn herein anzunehmen war, das ist durch Wertheim's Befund von Gonokokken in Blutgefäßen der Blasenwandung als sicher erwiesen worden, dass nämlich diese Metastasen auf dem Blutweg entstehen. Noch aber ist es nicht mit absoluter Sicherheit gelungen, dieselben im kreisenden Blut nachzuweisen. Diesen Nachweis hat jetzt Verf. in unanfechtbarer Weise erbracht. Bei einem Pat., welcher im Anschluss an eine chronische Gonorrhoe zum Theil unter hohem Fieber mehrfache Gelenk- und Sehnenscheidenentzündungen bekam, und bei dem auch eine Nephritis vorhanden war, gelang es zunächst, aus dem Exsudat einer Sehnenscheidenentzündung am Unterschenkel Gonokokken auf Ascitesagar zu kultiviren. Bei einem weiteren Fieberanfall wurde Blut aus einer Armvene entnommen und mit Ascitesagar ausgestrichen. Es wuchsen etwa 30 Kolonien, welche nicht bloß nach Färbung und kulturellen Eigenschaften als Gonokokken sich erwiesen, sondern deren pathogene Eigenschaften auch durch einen Impfversuch bestätigt wurden. Dieser nahm in so fern einen sehr unglücklichen, aber auch sehr interessanten Verlauf, als der inokulierte Pat. ebenfalls eine allgemeine Infektion mit Gonokokken bekam, welche außer durch Gelenk- und Sehnenscheidenentzündungen auch durch Lungensymptome ausgezeichnet war. Die letzteren führt Verf. auf einen Infarkt mit Reizung der Pleura zurück.

Beide Fälle liefen günstig aus. Mit dieser Beobachtung ist der definitive Beweis geliefert, dass die Gonorrhoe in seltenen Fällen als eine wirkliche, allgemeine und Blutinfektion verlaufen kann.

Jadassohn (Bern).

4) T. R. Evans. A brief study of chloroform anaesthesia in relation to seasons and carbon dioxide.

(New York med. record 1897. Juni 19.)

E. behauptet dass die Jahreszeit einen Einfluss auf den Tod nach Chloroform ausübe. »Im zweiten Theil des Winters und Frühlings ereignen sich die meisten Todesfälle«; dann ist die Luft mit Feuchtigkeit gesättigt, während das kalte Chloroform weniger leicht

verdunstet und ausgeathmet werde. Zu solchen Zeiten sollte das Mittel etwas erwärmt werden.

Die Mittheilung enthält noch mehrere Notizen Betreffs der Diätvorschriften vor der Narkose. **Löwenhardt** (Breslau).

5) Tommasoli. Die Injektionen von künstlichem Serum als Methode, den Tod nach Verbrennungen zu verhüten.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXV. No. 2.)

Verf., welcher eine ganze Anzahl von Hautkrankheiten auf eine Autointoxikation zurückführt, hat im vergangenen Jahr über Resultate berichtet, welche er bei solchen Erkrankungen mit Injektion von »künstlichem Serum« erzielt hat. Darunter versteht er eine Lösung von Kochsalz und doppeltkohlensaurem Natrium. Von der Erwägung ausgehend, dass bei den Verbrennungen toxische Substanzen jedenfalls eine sehr große Rolle spielen, hat er jetzt bei 2 sehr schweren Fällen solche Einspritzungen gemacht und im 1. Falle zwar den Tod nicht aufhalten können, aber jedes Mal nach der Einspritzung (von 300 g bis 1 Liter) eine einige Stunden anhaltende Besserung gesehen, so dass er glaubt, dass wenn mit der Behandlung früher hätte begonnen werden können, der Erfolg ein günstiger gewesen wäre.

Im 2. Falle wurde trotz der sehr schweren Erkrankung durch Injektionen von 250—500 g im Laufe von fast 3 Wochen der Pat. gerettet. Auch eine Anzahl von Thierversuchen ergab ein nach der Ansicht des Verf. eindeutiges, günstiges Resultat. Dass in der That diese Therapie gegen die toxische Wirkung der Verbrennung etwas leistet, hat Verf. damit bewiesen, dass er Hunde durch Serum oder Fleischextrakt von verbrannten Thieren tödten konnte, sie aber rettete, wenn er sogleich nach der Einspritzung eine Injektion des »künstlichen Serums« machte.

Jadassohn (Bern).

6) J. C. Kellogg. Über das Resorcin in der Dermatotherapie. Histologische Untersuchungen der Einwirkung desselben auf die gesunde Haut.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 5.)

Das Resorcin hat sich einen festen Platz in der Dermatotherapie erworben; sein Hauptanwendungsgebiet bilden die Ekzeme einer- und die Acne, Comedonen und ähnliche Processe andererseits. Unna hat seine Wirkung in schwacher Dosis als eine keratoplastische, in starker Dosis als eine keratolytische bezeichnet; es mag dahin gestellt bleiben, ob namentlich die erstere Bezeichnung die Wirkung des Resorcins ganz zutreffend deutet; Thatsache ist, dass man die schwachen Resorcinsalben und die feuchten Verbände mit schwachen Resorcinlösungen bei der Behandlung vieler Ekzeme, speciell der Kinderpraxis, ungern entbehren würde, und dass die starken Salben und Pflaster zur Ablösung der Hornschichten, zur »Schälung« ausgezeichnet zu verwenden sind. Verf. hat sich bemüht, die Wirkungs-

weise des Resorcins histologisch aufzuklären, indem er resorcin-behandelte Stücke von Thier- und Menschenhaut untersuchte. Er hat gefunden, dass das Mittel eine sehr geringe, aber gleichmäßige Tiefenwirkung hat, dass es an sich nicht zur Pustulation führt (was ich nach Erfahrungen am Menschen bestätigen kann), falls nicht eine Idiosynkrasie vorhanden ist, dass es zu einer Abstoßung der obersten Epidermisschichten führt, dass aber die unterliegenden Schichten durch die frühzeitige Bildung einer neuen Hornschicht geschützt werden. So hat sich histologisch das bestätigt, was man klinisch als Resorcinwirkung beobachtet hat.

Jadassohn (Bern).

7) E. Vollmer und A. Aschoff. Experimentelle Studien über Chlorcalcium und seine Verwerthung in Kreuznacher Bädern.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XL. Hft. 1.)

Auf Grund ihrer eingehenden Untersuchungen, deren Details im Original nachgelesen werden müssen, kommen Verf. zu dem Resultat, dass durch Baden in Kreuznacher Sol- und Mutterlaugenbädern die Kalkausscheidung und das Kochsalz im Harn einen bedeutenden und chemisch genau zu berechnenden Zuwachs erführen. Sie glauben, dass dieser als ein Maßstab für den Zuwachs des Umsatzes an Kochsalz und Kalk in den Geweben gelten kann.

Jadassohn (Bern).

8) H. A. Hare. The skin as diagnostic factor in disease.

(New York med. record. 1897. Juni 19.)

Die Arbeit von H. enthält eine Übersicht über einige neuere Arbeiten von Arzneiexanthenen; speciell beschäftigt sich Verf. mit einem Artikel von Guirard (cf. Arch. génér. de Bordeaux 1896. Januar). Sein Urtheil lautet:

1) Wenn die Exantheme sich nicht nach ganz großen Gaben entwickeln, gehen sie ohne Allgemeinsymptome einher. Hierdurch ist der wesentliche Unterschied von Infektionskrankheiten für die Diagnose begründet.

2) Die Eruptionen nach Medikamenten gehen häufig von einem Typus in den anderen über, besonders die nach den Balsamen entstehenden.

3) Sie setzen plötzlich ein und verschwinden schnell wieder. (Guinard.)

Löwenhardt (Breslau).

9) P. G. Unna. Bemerkungen über Züchtung und Pluralität der Trichophytonpilze.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXIV. No. 6.)

U. hat auf dem Londoner Kongress »Gartenkulturen« gezeigt, in welchen in demselben weiten Reagensglas auf dem gleichen Nährboden konstant verschiedene Pilze aus Trichophyton wuchsen.

Er unterscheidet 4 Arten von Merkmalen, »welche eine Sonderung und eine Zusammenfassung gestatten«: klinisch-makroskopische und mikroskopische, kulturell-makroskopische und mikroskopische. In weiteren zum Theil polemischen Bemerkungen beschäftigt sich Verf. mit der Pleomorphie der Trichophytonpilze, den Untersuchungsmethoden, der Bedeutung der Kulturunterschiede etc. Für den dieser Diskussion ferner Stehenden sind die Einzelheiten derselben nicht interessant genug; wer sich selbst mit der Züchtung der Trichophytonpilze beschäftigt, wird U.'s Mittheilung im Original lesen müssen.

Jadassohn (Bern).

10) **P. Couillaud.** Dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans. Ses relations avec la carcinose abdominale.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1896.

In einer sehr sorgfältigen Arbeit fasst Verf. Alles zusammen, was wir bisher über die zuerst als Acanthosis nigricans beschriebene, später von Darier nach ihrer Symptomatologie als Dystrophie papillaire et pigmentaire bezeichnete Krankheit wissen. Er giebt die Krankengeschichten von 11 Fällen ausführlich wieder, von denen er einen (der früher schon von Darier beschrieben worden war) selbst eingehend beobachtet hat, und fügt noch 2 mit Wahrscheinlichkeit hierher zu rechnende Fälle (als Seborrhoea nigricans und Keratosis follicularis publicirte) hinzu. Die Hauptsymptome der Krankheit sind: papilläre Hypertrophie, bis zu hohen Papillomen, Pigmentation, trophische Störungen der Haare und Nägel und Abwesenheit aller Schuppung. Verf. glaubt, dass sie regelmäßig auf einer in der Mehrzahl der Fälle wirklich konstatirten »abdominalen Carcinose« (Magen-, Uteruskrebs etc.) beruht. Der innere Zusammenhang der internen und der Epidermis und Cutis betreffenden externen Affektion ist uns ganz unbekannt; es ist unmöglich zu entscheiden, ob die Hauterkrankung auf eine Autointoxikation oder auf eine Einwirkung auf den Bauchsympathicus zurückzuführen ist. Es ist selbstverständlich, dass man bei den — von anderen Dermatosen meist sicher zu unterscheidenden — Hauptsymptomen auf eine Carcinose fahnden muss, zumal die Erscheinungen der letzteren öfters erst später deutlich werden, als die ersteren. Die Prognose ist naturgemäß ungünstig, die Therapie rein symptomatisch und palliativ.

Jadassohn (Bern).

11) **F. Luithlen.** Pemphigus vulgaris und vegetans mit besonderer Berücksichtigung der Blasenbildung und der elastischen Fasern.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XL. Hft. 1.)

Es ist natürlich, dass eine so vielgestaltige und ätiologisch so unklare Erkrankung wie der Pemphigus zu immer neuen Untersuchungen Anlass giebt, die im Ganzen allerdings bisher nur recht

wenig positive Resultate ergeben haben. Verf. der vorliegenden Arbeit hat sich wesentlich mit 2 Fragen beschäftigt: einmal mit der Histologie des Pemphigus und dann mit der neuerdings besonders auf der Tagesordnung stehenden Frage, ob der Pemphigus vulgaris und vegetans im Wesen identische Erkrankungen sind. Was das erstere angeht, so hat Verf. gefunden, dass die Pemphigusblase entsteht »durch totale Abhebung des Rete sammt basaler Schicht von den Papillen mit Zurücklassung einzelner interpapillärer Zapfen«. Diese Anschauung widerspricht der bisher meist in Geltung stehenden Annahme, dass die Blasen intraepidermoidal sich entwickeln. B. hat, wie früher Kromayer, konstatiren können, dass der Inhalt von Pemphigusblasen einen specifischen Einfluss auf die Ablösung der Epidermis vom Bindegewebe hat, einen Einfluss, der, wie L. speciell konstatirt hat, dem Inhalt von Brandblasen nicht zukommt, und der wahrscheinlich auf die feinsten elastischen Fasern, die Rete und Cutis mit einander verbinden sollen, ausgeübt wird. Denn diese Fasern haben sich als nicht mehr färbbar erwiesen. Dass der Pemphigus ohne Narben abheilt, das ist damit zu erklären, dass die Bildung des neuen Epithels von den zurückgebliebenen Reteresten aus geschieht.

In Bezug auf die 2. Frage stellt sich L. auf den ganz besonders energisch von Kaposi vertretenen Standpunkt, dass der Pemphigus vegetans und der Pemphigus vulgaris nur morphologisch verschiedene Formen derselben Grundkrankheit seien. Klinisch giebt es die verschiedensten Übergänge zwischen beiden, histologisch fände man auch bei der vegetirenden Form Anklänge an die vulgäre, und es sei wesentlich die chronische Exsudation bei der ersteren, welche die abweichende Form bedinge. In Bezug auf die Pathogenese des Pemphigus steht Verf. auf dem Standpunkt, dass bei ihm wie bei den pemphigoiden Erkrankungen immer eine bestimmte Noxe die Ursache der Hautveränderung sei.

Jadassohn (Bern).

12) E. Lesser. Syphilis insontium.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 28.)

Unter Syphilis insontium, Syphilis der Unschuldigen, versteht man diejenigen Fälle von Syphilis, bei denen die Übertragung der Krankheit nicht auf venerischem Wege erfolgte, sondern durch Vererbung, durch den legitimen Geschlechtsverkehr oder durch irgend eine, sei es direkte oder indirekte Berührung unter Ausschluss des Geschlechtsverkehrs übermittlelt wird. Auf die ersten 2 Punkte geht L. nicht näher ein, da sie ja allgemein gekannt und gewürdigt sind; ausführlicher bespricht er hingegen diejenigen Fälle von erworbener Syphilis, bei denen der Geschlechtsverkehr mit der Übertragung nichts zu thun hat. L. unterscheidet: 1) Übertragungen durch direkten Kontakt im persönlichen Verkehr; 2) die mittelbaren Übertragungen; 3) Übertragung der Syphilis durch die ärztliche Thätigkeit. In der

ersten Kategorie ist es namentlich der familiäre und freundschaftliche Verkehr, der zur Ansteckung Veranlassung giebt durch Küssen, Bisse, beim Säugen. Viel mannigfaltiger sind die mittelbaren Übertragungen durch die Geräthe des täglichen Lebens (Ess- und Trinkgeschirre, Löffel, Gabeln etc.). Bei der dritten Gruppe ist einmal der Behandelte das Opfer bei der Übertragung durch verschiedene Operationen (Impfung, Katheterismus der Tuba Eustachii, Schröpfen, Kauterisation mit dem Höllensteinstift). Hierher gehören auch die Infektionen durch pseudoärztliche Thätigkeit (Aussaugen von Wunden z. B. bei der rituellen Beschneidung, Auflegen von Blut, Speichel, Urin zu Heilzwecken). Andererseits ist der Arzt bzw. die behandelnde Person das Opfer. — L. macht schließlich auf die Schwierigkeit der Diagnose in diesen Fällen aufmerksam, welche in der Mehrzahl viel zu spät, wenn schon sekundäre Erscheinungen eingetreten sind, gestellt werden kann, wodurch weitere Infektionen, bei welchem es nicht bei einem Opfer bleibt, nicht verhütet werden können. So erklären sich die bekannten Familienepidemien und die ausgebreiteten Syphilisepidemien.

Eine besondere Aufmerksamkeit gegenüber der Syphilis insontium, rechtzeitige Erkenntnis und Behandlung, vor Allem Verhütung weiterer Übertragungen werden die Faktoren sein, welche einen nicht unerheblichen Beitrag für die Prophylaxe des Syphilis liefern können.

Gold (Bielitz).

13) **Jordan.** Über Tuberkulose der Lymphgefäße der Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Verf. hat über den obigen Gegenstand auf dem diesjährigen Chirurgenkongress vorgetragen (vgl. Selbstbericht in d. Centralblatt No. 28 p. 9). In der vorliegenden Arbeit sind die eigenen Fälle des Verf., so wie die Beobachtungen aus der Litteratur ausführlich mitgetheilt und statistisch verwortheet.

Hofmeister (Tübingen).

14) **R. Campana.** Über Tuberkulinanwendung bei Lupus.

(Policlinico 1897. No. 3.)

Nach Ansicht des Verf. ist das Tuberkulin, wenn es auch den Tuberkelbacillus selbst nicht zu tödten vermag, doch von sehr günstigem Einfluss auf die tuberkulösen und lupösen Infiltrate, indem es bei lange fortgesetzter Anwendung die Lösung derselben herbeiführt. Wenn das Mittel nach und nach dem Körper einverleibt wird, ist es gänzlich unschädlich; der Organismus gewöhnt sich bei lange fortgesetzter Anwendung an das Mittel. Vor der Anwendung des Tuberkulins ist es jedoch nöthig, die septischen Erscheinungen zu beseitigen. Bei sehr ausgedehnten Zerstörungen mit vorgeschrittener Verkäsung ist das Mittel unwirksam. Recidive sind bei fortgesetzter Anwendung desselben nicht zu fürchten; doch soll man, um dieselben sicher

zu vermeiden, neben der Anwendung des Tuberkulins auch die kleinsten Knötchen mit dem Thermokauter zerstören. Eben so muss man bei größeren tuberkulösen Hautaffektionen neben der Anwendung des Tuberkulins die chirurgischen Mittel zu Hilfe nehmen.

H. Bartsch (Heidelberg).

15) **J. Fabry.** Über die Behandlung des Lupus vulgaris mit besonderer Berücksichtigung der Thiersch'schen Transplantationsmethode.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Nach einer ausführlichen Einleitung über die Pathologie und Therapie des Lupus, aus welcher nur hervorzuheben ist, dass Verf. einen centripetalen Lupus mit Ausgang von der Haut und eventuellem nachträglichen Befallensein der tieferen Theile von einem centrifugalen unterscheidet, bei welchem die Haut erst sekundär befallen wird, berichtet Verf. ausführlicher über seine therapeutischen Versuche. Wenn auch die chemische Behandlung in manchen Fällen Resultate ergibt, und wenn man auch mit dem scharfen Löffel und mit dem Paquelin, oder besser noch mit dem Galvanokauter Manches erreichen kann, so ist man doch immer mehr zu der rein chirurgischen Behandlung des Lupus übergegangen; und diese ist es, welche Verf. speciell bespricht.

Er giebt die Krankengeschichten einer Anzahl von Fällen, die schon vor Jahren radikal operirt worden sind, und die, trotz zum Theil sehr großer Ausdehnung, vollständig recidivfrei blieben. Er hat es dabei wesentlich mit Lupus des Gesichts zu thun gehabt und ist im Allgemeinen so vorgegangen, dass er bei der Operation die Gefäße möglichst nur torquirt, dann mit Kompression verbunden und die Transplantation nach Thiersch erst nach einigen Tagen angeschlossen hat. Er hat die Lappchen über die gesunde Haut herüber gelegt und sie sich dachziegelförmig decken lassen und dann mit Dermatol, Nosophen oder Airol, darüber mit Protectiv, Silk und Kompression verbunden. In letzter Zeit hat er mit Vortheil die Blutung durch Kompression, speciell mit eiskalten Kompressen gestillt und sofort transplantiert, danach mit Jodoformgaze und Kompression verbunden. Nach 8 Tagen erster Verbandwechsel und auffallend gutes Heilresultat. Zur Nachbehandlung von event. granulirenden Stellen empfiehlt Verf. besonders Pinselungen mit 2—6%iger Höllensteinlösung oder 0,5—2%ige Höllensteinumschläge. Die keloidartige Narbenhypertrophie hat er in 1 Falle nach der Mikulicz'schen Methode für Naevi (ganz oberflächliche Abtragung mit dem Rasirmesser) behandelt und damit ein zufriedenstellendes Resultat erzielt.

Jadassohn (Bern).

16) **Comby.** Les parotidites toxiques.

(Méd. moderne 1897. No. 51.)

Unter Hinweis auf seine 1882 erschienene Arbeit über Parotishypertrophie bei Bleivergiftung giebt C. einen Überblick über die sonst beobachteten Vergrößerungen der Parotis durch Intoxikationen. Solche werden hervorgerufen durch Blei, Kupfer, Jod und Quecksilber, sind aber auch bei Urämie beobachtet. Da dieselben akut und chronisch auftreten können, so ist ihre Kenntnis wichtig, um Verwechslungen vorzubeugen. Während das Blei namentlich chronische »Hypertrophien« zu erzeugen scheint, bewirken die anderen Gifte oft nur vorübergehende Schwellungen.

Roesing (Hamburg).

17) **R. Piaget.** Les moyens de défense des fosses nasales contre l'invasion microbienne.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. p. 117.)

P. fand, wie Lermoyez u. A., zwar stets reichlich Mikroorganismen im Vestibulum nasi, weniger bereits am vorderen Ende der unteren Muschel und des Septums; das Innere der Nase gesunder Individuen erwies sich aber stets frei von Mikroorganismen. Auch von 38 Abimpfungen von der Nasenschleimhaut von Hunden und Meerschweinchen fand P. 15 absolut steril. Nasenschleim, der mit Staphylococc. aureus, Bact. coli, typhi, Pyocyanus, Diphtheriebacillus, Streptokokken geimpft wurde, gab keine oder viel weniger Kolonien auf einer mit ihm gegossenen Platte, als auf den mit Bouillon gegossenen Kontrollplatten; die baktericide Kraft des Nasenschleimes ist besonders ausgesprochen gegenüber dem Milzbrand und dem Diphtheriebacillus; sie ist nicht unbegrenzt gegenüber der Menge der zugeführten Mikroorganismen und erhält sich wohl auch nur begrenzte Zeit. Außerdem kommen die innere Gestaltung, das Flimmerepithel, vielleicht auch die Phagocytose als wirksame Faktoren in Betracht.

Kümmel (Breslau).

18) **S. Lautmann.** L'ozène atrophiant. Pathogénie et sérothérapie.

(Ann. des malad. de l'oreille Bd. XXIII. p. 220.)

In diesem Auszug aus seiner Thèse inaugurale giebt L. eine kurze Darstellung der klinischen Merkmale und der bisherigen Erklärungsweisen der echten Ozaena. Er fand, wie Belfanti und della Vedova, Gradenigo und andere Autoren, neben dem »Bacillus mucosus« regelmäßig Pseudodiphtheriebacillen, seltener diese allein in Kulturen des Sekretes auf Serum. Da keiner dieser Mikroben für sich allein eine richtige Ozaena veranlassen kann, und die Entstehung einer derartigen Erkrankung durch Symbiose beider Bakterien etwas ganz Ungewöhnliches wäre, so schließt L. sich der Auffassung der Ozaena als einer trophoneurotischen Störung der Sekretion und der Ernährung an. Den Befund von Pseudodiph-

theriebacillen in der Schleimhaut selbst konnte er nicht erheben, und ihr Vorkommen in den Kulturen aus abgeschabten Schleimhautpartien hält er mit Recht nicht für einen Beweis für diese Lokalisation der genannten Mikroben. Die, sonderbarerweise, von den italienischen Autoren auf das Vorkommen der genannten Bacillen hin vorgeschlagene Behandlung der Ozaena mit Diphtherieserum hat L. an einer Reihe von Fällen versucht: der Gestank hörte rasch auf, die Sekretion blieb aber sonst, wie sie war, obgleich die Schleimhaut anschwell, saft- und blutreicher wurde. Unangenehme Nebenwirkungen des Serums (Exantheme, Albuminurie) kamen aber auch vor. Die Injektion von 7 $\frac{0}{100}$ Kochsalzlösung that ähnliche, vielleicht weniger eklatante Dienste ohne Nebenwirkungen. Vom Serum wurden 10, von der Salzlösung 20 ccm alle 2 Tage injicirt. L. meint, dass die Wirkung der Injektionen aus einer stimulirenden Wirkung aufs Nervensystem zu erklären sei.

Kümmel (Breslau).

19) E. J. Moure. Traitement de l'ozène.

(Referat auf dem Kongress der Soc. franç. d'otologie etc. Bordeaux. 1897.)

Der bekannte Autor hat mit dankenswerther Sachlichkeit die verschiedenen gegen die »genuine Ozaena« anempfohlenen Behandlungsmethoden einer eingehenden Würdigung unterzogen. Es ist kaum möglich, die Details in dieser Besprechung wiederzugeben: nur so viel sei hervorgehoben, dass der Verf. energisch die Überzeugung ausspricht, dass die Krankheit nicht kurzweg unheilbar sei, dass es aber freilich viele Fälle gebe, in denen aus äußeren Gründen die überaus mühevoll und zeitraubende Behandlung nicht so weit geführt wird oder werden kann, dass die Heilung wirklich erreicht wird. M. geht deshalb von vorn herein verschieden vor, je nachdem der Kranke dieser zeitraubenden Behandlung sich unterziehen will oder mit einer palliativen sich zufrieden giebt. Im letzteren Falle verordnet er Ausspülungen mit indifferenten oder antiseptischen Flüssigkeiten und danach einen Spray mit einer öligen Lösung von Menthol o. dgl. Anderenfalls lässt er nur eine Nasendusche mit Kochsalzlösung anwenden und macht alle 2 Tage, später in immer größeren Zwischenräumen, »Vibrationsmassage« der Nasenschleimhaut mit Watte, die er mit Jodglycerin oder Karbolglycerin tränkt, sprayt dann eine Höllensteinlösung (5% und stärker) ein und neutralisirt schließlich mit einer alkalischen Ausspülung: eine Waschung mit dünner Jodkalilösung schützt dabei die Oberlippe vor der Schwarzfärbung. Bleibt die krankhafte Sekretion an einigen Stellen hartnäckig, so sind häufig Nebenhöhlenempyeme daran Schuld, deren Beseitigung aber oft sehr schwierig ist. M. hat mit dieser Behandlung eine Reihe von Heilungen erreicht, freilich dabei manche Pat. mehrere Jahre, wenn auch nur 2—3mal im Jahr durch 3—4 Wochen, behandelt. Daneben Allgemeinbehandlung sehr wichtig. — Jedenfalls hält M. den übergroßen Skepticismus vieler Ärzte, die die Ozaena

von vorn herein als unheilbar ansehen und einfach ad infinitum spülen lassen, für verwerflich, wenn auch keines der zahllosen empfohlenen Mittel unbedingt und für sich allein eine zuverlässige Heilung garantirt. Das letztere gilt nach M. auch für die Serumtherapie und die Kupferelektrolyse, die auch nicht, oder wenigstens nur in einzelnen Fällen, auf die Dauer das Leiden beseitigen. M. berichtet aber ausführlich über diese, wie über die zahlreichen anderen vorgeschlagenen und unter Umständen sehr erfolgreichen Mittel. Eine Sonderstellung nehmen einige specielle sehr seltene Formen ein: 1) »F. adénoïdienne«, mit Hypertrophie der Rachenmandel einhergehende, durch deren Beseitigung heilbare Rhinitis atrophicans; 2) »F. sinusiennne«, bei der die Nebenhöhlen den Hauptsitz der Erkrankung darstellen; 3) »F. nécrosante« mit umschriebener Knochenerkrankung, vor Allem am Siebbein; und 4) »F. purulente«, eitriger, oft mit Schleimhauthypertrophie einhergehender Nasenkatarrh, der in typische Ozaena übergeht, meist bei jungen Individuen vorkommt und günstige Aussichten für die Heilung bietet.

Die verschiedenen Ansichten über das Wesen der Ozaena referirt M. nur so weit, als es für die Besprechung der Therapie unumgänglich ist. Ref. möchte den Aufsatz der Aufmerksamkeit aller Interessenten dringend empfehlen, speciell die musterhaft unparteiischen Kapitel über Elektrolyse und Serothérapie. **Kümmel** (Breslau).

20) **H. Saenger.** Über die Entstehung des Näsels.

(Pflüger's Archiv Bd. LXVI.)

S. leugnet, dass beim Näseln die Resonanz der dazu viel zu engen Nasenhöhle eine Rolle spiele; vielmehr komme die im Nasen-Rachenraum allein in Betracht; daneben sei aber eine Ausschaltung der Mundhöhle vom Mitschwingen nöthig. Diese erfolge durch die mehr oder minder erfolgreichen Muskelaktionen, die ein Kranker mit mangelndem Abschluss des Nasen-Rachens und der Nase gegen die Mundhöhle ausführt, um diesen Abschluss möglichst zu ersetzen. Eine künstliche Verlegung der Nase oder der Choanen vermag deshalb auch zum Theil bei bestehender Gaumenspalte oder dgl. eine nahezu normale Aussprache sämtlicher Laute (ausgenommen m, n, ng) zu ermöglichen.

Kümmel (Breslau).

21) **M. Lermoyez et J. Barozzi.** A propos d'un cas de zona double bucco-pharyngien.

(Ann. des malad. de l'oreille T. XXIII. p. 233.)

An einen typischen Fall von Herpes zoster im Gebiet der Mundschleimhaut, beiderseits entsprechend der Ausbreitung des Trigemini, schließen die Autoren eine ausführliche klinische Auseinandersetzung über die charakteristischen Unterscheidungsmerkmale der verschiedenen herpesartigen Eruptionen in der Mundhöhle. Sie unterscheiden die »Angina herpetica«: eine akut, mit heftigen Allgemeinerschei-

nungen, starken Halsschmerzen beiderseits, besonders auf den Mandeln, auftretende, oft recidivirende kurzdauernde Eruption; den »Zoster pharyngeus«: schleichend, mit wenig Allgemeinerscheinungen, mäßigen Halsschmerzen auftretende, meist einseitige, genau dem 2. Quintusast entsprechende, länger dauernde, nie recidivirende Eruption; schließlich den »recidivirenden Herpes pharyngeus«: tritt meist ohne Allgemeinerscheinungen, mit nur leichtem Schmerz, sehr reichlich, oft immer wieder an derselben beliebigen Stelle, besonders häufig am vorderen Gaumenbogen auf, dauert 8—10 Tage, recidivirt aber beständig und oft periodisch. Viele Detailbetrachtungen, die hier nicht referirt werden können.

Küttmel (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

22) Silvestrini und C. Baduel. Die hämorrhagischen Infektionen beim Menschen.

(Policlinico 1897. No. 2.)

Verf. berichtet über 4 Fälle von infektiöser »Purpura«, die bakteriologisch untersucht wurden. Fall I: 9jähriger Knabe, erkrankte unter Fieberfrost, Gelenkschmerzen, Leibschmerzen. Eruption hämorrhagischer Flecken an den Gelenkgegenden und am Rücken. Gelenkschwellungen, Diarrhöe, Erbrechen, Albuminurie. Im Laufe von 14 Tagen gingen die Hauterscheinungen zurück, eben so allmählich die übrigen Krankheitserscheinungen. Es trat völlige Heilung ein. Bei der bakteriologischen Untersuchung ergab sich Folgendes: in den mit dem Urin des Pat. angelegten Kulturen entwickelte sich der *Staphylococcus albus*; mit der allmählichen Besserung des Kranken nahm die Menge der Keime ab. Eben so ließ sich aus dem Blut derselbe *Staphylococcus* züchten. Ein Meerschweinchen, welches mit dem sedimentirten Urin des Kranken geimpft wurde, zeigte hämorrhagische Flecken auf der Haut und starb nach 14 Tagen; von der geschwollenen Milz dieses Thieres wurden Kulturen angelegt, in denen sich ebenfalls der *Staphylococcus albus* entwickelte. Mit dem Blut des Pat. wurde ein Kaninchen geimpft; aus der Milz dieses Kaninchens wurde derselbe *Staphylococcus* gezüchtet.

Fall II: Kind von 13 Jahren, zwei Anfälle derselben Krankheit, das erste Mal verbunden mit Fieber, Gelenkschwellung und -schmerzen, Leibschmerzen; das zweite Mal mit Schnupfen und Albuminurie. Jedes Mal dasselbe fleckig-hämorrhagische Exanthem. Heilung. Die bakteriologische Untersuchung ergab Folgendes: aus dem Urin des Kranken ließ sich der *Staphylococcus albus* in Reinkultur züchten. Die subkutane Einspritzung vom Urinsediment erzeugte bei Meerschweinchen den Tod; aus dem Herzblut des Thieres ließ sich wieder derselbe *Staphylococcus* züchten. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes vom Pat. war dagegen negativ. Im gleichen Maße, wie die Krankheit sich besserte, nahm auch die Menge der im Urin gefundenen Keime ab; mit völliger Heilung verschwanden dieselben ganz.

Fall III: 16jähriger junger Mensch. Beginn der Erkrankung mit Magen-darmstörungen, Leibschmerzen, Gelenkschmerzen, Fieber, Hämaturie. Papulös-hämorrhagisches Exanthem, Gelenkschwellungen, Stomatitis, Albuminurie. Die Krankheit dauerte mehrere Monate unter sehr ernsten Erscheinungen (wegen Laryngealstenose musste sogar die Tracheotomie gemacht werden). Endlich trat langsame Genesung ein. Aus dem Blut dieses Kranken ließ sich ein *Staphylococcus cereus-aureus* züchten; derselbe Mikroorganismus wurde aus dem Urin erhalten, so wie auch aus dem Milzsaft und dem Pleuraexsudat. Bei einem mit dem Urinsediment geimpften Meerschweinchen entwickelte sich ein osteomyeliti-

scher Abscess; aus dem Eiter dieses Abscesses ließ sich derselbe *Staphylococcus* züchten. Mit zunehmender Besserung des Pat. verschwand der Coccus allmählich.

In einem 4. Falle wurde wiederum der *Staphylococcus albus* im Urin und im Blut gefunden.

Es scheint hiernach wahrscheinlich, dass der *Staphylococcus* diese Art von infektiöser Purpura hervorbringen kann. **H. Bartsch** (Heidelberg).

23) Perthes. Bacillen der *Septaemia haemorrhagica* in einer inficirten Wunde.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

P. gelang es bei einem 42jährigen Arbeiter, welcher nach einer Zerquetschung der Hand in einer Fleischhackmaschine an ausgedehnter Phlegmone des Armes erkrankte, im Eiter Bacillen in Reinkultur nachzuweisen, welche nach ihren mikroskopischen und kulturellen Eigenschaften, so wie auf Grund ihres Verhaltens im Thierversuch (große Virulenz für Kaninchen) zu der in der Überschrift genannten Bakteriengruppe zu stellen sind. Von Bedeutung für den Infektionsmodus erscheint die Art der Verletzung durch eine mit zersetzenden Fleischresten, vielleicht auch durch Fleisch von krankem Vieh verunreinigte Maschine.

Hofmeister (Tübingen.)

24) W. Asam (Murnau). Ein Fall von Wundstarrkrampf unter Anwendung von Antitoxin geheilt.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 32.)

Dem an traumatischem Tetanus erkrankten 11jährigen Knaben wurden am 3. Tage nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen 5 g des Behring'schen Antitoxins, mit Wasser (50 g) verdünnt, in die Vena saphena magna des Oberschenkels eingespritzt; in den nächsten Tagen gingen allmählich die Symptome zurück, und trat innerhalb zweier Wochen Heilung ein. Narkotica wurden anscheinend nicht verabfolgt.

Kramer (Glogau).

25) Broca. *Tétanos chronique. Hydrate de chloral. Injection de sérum antitétanique. Exanthème. Guérison.*

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 454.)

Alles Wesentliche enthält die Überschrift. Der Fall ist für die Wirksamkeit der Serumtherapie bei Tetanus um so weniger beweisend, als gleichzeitig Chloral verabfolgt wurde, und es sich von vorn herein um einen chronischen Tetanus handelte.

Reichel (Breslau).

26) Engelmann. Zur Serumtherapie des Tetanus. (Aus der medicinischen Klinik in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 32—34.)

E. giebt zunächst die Krankengeschichten von 2 mit Tizzoni's und 1 mit Behring's Antitoxin No. 100 in der Leipziger medicinischen Klinik behandelten Tetanusfällen, um daran anschließend die aus der Litteratur zusammengestellten zu besprechen. — Bezüglich seiner eigenen Beobachtungen wollen wir nur kurz erwähnen, dass sich bei der 1. 7 Tage nach einer Verletzung die ersten Symptome des Tetanus zeigten und nach weiteren 8 Tagen die Krankheit voll entwickelt war, die erste Antitoxininjektion 16 Tage nach Beginn der tetanischen Erscheinungen gemacht und dann noch — bei gleichzeitiger Anwendung von Narkoticis — 4mal wiederholt wurde. Die tetanischen Krampfanfälle wurden während dieser Behandlung seltener, schwächer und kurzdauernder, und hörten am 6. Tage nach Einleitung der Serumtherapie ganz auf; Heilung. — Der 2. Fall, in seiner Entstehung unklaren Ursprungs, wurde, nachdem das Bild des Tetanus 6 Tage nach Auftreten der ersten Erscheinungen ein ausgesprochenes war, vom 13. Tage ab nach letzterem gleichfalls mit 5 Tizzoni'schen Antitoxineinspritzungen und Narkoticis behandelt; auch hier trat von dieser Zeit ab allmählich eine Besserung der tetanischen Symptome ein; 16 Tage später waren fast alle verschwunden; Heilung.

— Im 3. Falle begann der Tetanus 9 Tage nach einer Holzsplitterverletzung und war nach weiteren 5 Tagen deutlich entwickelt; Behandlung vom 9. Krankheits-tage an mit — im Ganzen 7 — Injektionen des Behring'schen Antitoxins (20 g) und Morphinum; Besserung nach den ersten 4 Einspritzungen, dann vorübergehend leichte Verschlimmerung und schließlich Heilung.

Der Leser der Originalarbeit möge selbst entscheiden, ob er in der Beurtheilung der Schwere und Prognose vorstehend referirter Tetanusfälle und des Werthes der bei ihnen angewandten Antitoxinbehandlung sich der Auffassung E.'s anzuschließen vermag, der den schließlich günstigen Krankheitsverlauf trotz der gleichzeitigen Anwendung von Narkoticis auf die Wirkung der Injektionen zurückführen will, oder ob er, wie Ref., darüber skeptischer denken zu müssen glaubt. Auch die von E. gegebene Statistik, welche im Ganzen 36 mit Tizzoni's Präparat und 18 mit dem Behring'schen behandelte Tetanusfälle enthält, wollen wir dem Urtheil des Lesers überlassen, indem wir empfehlen, dazu die von Rose in seiner neuen Bearbeitung des Tetanus gegebene — von E. nicht berücksichtigte — Zusammenstellung und Kritik der in den einzelnen Fällen angeblich erreichten Resultate zur Vergleichung zu nehmen. Es ist nicht ohne Interesse, daraus zu ersehen, wie verschieden von dem auf dem Gebiete des Tetanus so erfahrenen Rose einer- und dem sich auf obige 3 Beobachtungen stützenden E. andererseits gleiche Fälle der nämlichen Autoren beurtheilt und statistisch verwerthet werden (Ref.). Es sei nur noch das Schlussergebnis der E.'schen Arbeit hier wieder gegeben, wie es in folgenden Sätzen zusammengefasst ist:

1) Sowohl das Tizzoni'sche, wie auch das jetzt gebrauchte Behring'sche Tetanusantitoxin vermögen den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen. 2) Sie sind selbst in großen Dosen unschädlich. 3) Es empfiehlt sich also, dieselben entsprechend der Schwere der Erscheinungen in entsprechenden Dosen möglichst frühzeitig anzuwenden. 4) Ein Unterschied in der Wirkung des Tizzoni'schen und Behring'schen Antitoxins ist nicht festzustellen. **Kramer** (Glogau).

27) J. L. Reverdin et F. Buscarlet. Abscès multiples consécutifs à la grippe.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1896. No. 8.)

Bei einem 18jährigen Pat. entwickelte sich 3 Wochen nach einer Grippe im linken Arm, unter dem Biceps, unter der linken Brustwarze und unter dem linken großen Gesäßmuskel je ein heißer, ziemlich ausgedehnter Abscess. Incision und Drainage, Heilung. Während der Rekonvalescenz entwickelte sich unter Fieber und Schmerzen in der rechten Lendengegend eine Anschwellung, die nach mehreren Wochen spontan zurückging.

Im Eiter der Abscesse fand sich der Streptococcus pyogenes. Dieser wurde auch anderweitig des öfters konstatiert, zuweilen Staphylo- und Pneumococcus gefunden. **Kronacher** (München).

28) L. Waelsch. Über eine eigenthümliche Form multipler infektiöser Hautgangrän.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Aus der sehr interessanten Krankengeschichte des vom Verf. an der Pick'schen Klinik beobachteten Falles sei hier nur Folgendes hervorgehoben. Ein Pat., der durch ein jahrelanges, sehr schmerzhaftes Leiden und, wie sich später herausstellte, durch Morphininjektionen in einem sehr elenden Zustand war, erkrankte an einem Abscess an der vorderen Bauchwand, der, wie die Anamnese nachträglich ergab, sich an eine Morphininjektion angeschlossen hatte. Es entstanden dann am ganzen Körper in sehr großer Anzahl Abscesse, die sich außerordentlich schnell in scharfrandige, rundliche oder nierenförmige, 3–6 cm im Durchmesser haltende, schmierig oder mit Krusten belegte, schlaff granulirende Geschwüre mit unterminirten Rändern umwandelten; sie konfluirten vielfach und sonderten sehr reichlichen, dünnflüssigen, höchst übelriechenden Eiter ab. Pat. starb schon 1½ Tag nach der Aufnahme im Collaps.

Mit Ausschluss aller anderen etwa in Frage kommenden Erkrankungen, speziell des chronischen Rotzes, wurde die klinische Diagnose auf multiple, kachektische Hautgangrän mit Sepsis gestellt. Die Sektion ergab auch noch multiple Muskelabscesse, Pneumonie, Lungengangrän, Pleuritis, Herzdegeneration, Milzschwellung etc. Die bakteriologische Untersuchung führte zur Auffindung eines in den nicht eröffneten Abscessen fast in Reinkultur vorhandenen Bacillus, über dessen kulturelle Eigenschaften der sehr genaue Bericht des Originals nachzulesen ist.

Derselbe weist vielfach Ähnlichkeiten mit dem Proteus auf. Bei Thierversuchen zeigte er sich als außerordentlich virulent. Meerschweinchen starben nach einer Anzahl von Tagen, Mäuse innerhalb Stunden, eben so ein Kaninchen. Ein Hund bekam nur einen Abscess und erholte sich wieder. Die histologische Untersuchung eines excidierten Abscesses ergab hochgradige Nekrotisierung und Vereiterung und neben Staphylokokken sehr zahlreiche die nach Gram nicht färbbaren Bacillen. Verf. ist nicht im Zweifel darüber, dass die Infektion von dem ersterwähnten Abscess ausging und durch die Morphiuminjektion mit unreiner Kanüle bedingt war. Die weiteren Abscesse hält er für sekundär. Der sehr elende Ernährungszustand wird natürlich für die Entwicklung des schweren Krankheitsbildes eine große Bedeutung gehabt haben. Ein in allen wesentlichen Punkten ähnlicher Bacillus ist von Babes und Pop in einem Falle gefunden worden, in welchem eine Milzbrandinfektion sich mit einer sekundären hämorrhagischen Infektion kompliziert hatte.

Jadassohn (Bern).

29) P. Ziegler. Über Alopecia congenita.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Ein in allen anderen Beziehungen ganz normales Kind von gesunden Eltern, das jüngste von 11 Kindern mit ganz normaler Haut, kommt ohne eine Spur von Haaren zur Welt; mit Ausnahme einiger ganz weniger Haare an Brauen und Lidern und etwas Lanugo so wie eines jedes Mal bei der Periode auftretenden Haarbüschels bleibt das Haarwachsthum (bis zum 17. Lebensjahr, in dem sich das Mädchen jetzt befindet) vollständig aus. Zähne und Nägel sind normal; auch in den mit »Lichen pilaris« bedeckten Hautpartien finden sich keine Haare. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückchens Kopfhaut ergibt normales Epithel und normale auf die Oberfläche mündende Talgdrüsen und an der Basis der Talgdrüsen vereinzelt Epithelschläuche mit weiter Lichtung und 4—6 an der Basis cylindrischen, nach innen abgeplatteten und kernlosen Zellreihen mit Eleidin-körnern (oder wohl Keratohyalin? Ref.) in den äußeren Zellen und Detritus im Inneren, aber ohne Haarspuren; die Schläuche sind gewunden, ohne nachweisbaren Zusammenhang mit dem Oberflächenepithel; in ihrer Nähe Bündel von glatten Muskelfasern. Sie sind als Reste der äußeren Wurzelscheide aufzufassen. — Therapie (Arsen, Thyreoidea) erfolglos.

Auf Grund dieses Falles und des in der Litteratur niedergelegten Materials bespricht Z. das Krankheitsbild des angeborenen Haarmangels, den er im Gegensatz zu dem erworbenen (Aloplexie) als Atrichie resp. Oligotrichosis oder kongenitale Hypotrichosis (Bonnet) zu bezeichnen vorschlägt. Unter den verschiedenen Formen dieser Missbildung ist die Entwicklungsstörung aller Epidermoidalgebilde (Zähne, Hautdrüsen, Nägel) sehr selten; die reine Hypotrichosis kommt mit und ohne hereditäre Belastung vor. Für den Einfluss von Syphilis spricht nichts. Aus den spärlichen mikroskopischen Untersuchungen ergibt sich, dass die ursprüngliche Haaranlage vorhanden, und dass eine Störung in der Entwicklung der äußeren Wurzelscheide die Ursache des Ausbleibens des Haarwachsthums ist. Verf. denkt sich den Mechanismus so, dass durch reichlichen Zerfall der übermäßig producirtten Zellen eine Verstopfung des unteren Theiles der Haarwurzelscheide zu Stande kommt.

Manchmal handelt es sich nur um eine Verzögerung des Wachsthums, das noch nach 18 Jahren einsetzen kann. In dem beschriebenen Falle ist das auf Grund des histologischen Befundes nicht zu erwarten.

Jadassohn (Bern).

30) Geyer. Beitrag zur Histologie und Lehre vom Xanthoma tuberosum multiplex.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XL. Hft. 1.)

Von den Untersuchungen des Verf. hat der histologische Theil, der sehr genau und sorgfältig ausgearbeitet ist, wesentlich specialistisches Interesse; klinisch ist Folgendes hervorzuheben: Bei einem kräftigen, 33jährigen Mann traten unter rheumatischen Schmerzen typische Knötchen von Xanthoma tuberosum ganz besonders an den Streckseiten der Extremitäten auf. Die interne Untersuchung ergab nichts außer $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ °/00 Eiweiß, bei reichlichem Biergenuss 2— $2\frac{1}{2}$ °/00, außerdem spärliche weiße Blutkörperchen und vereinzelte Cylinder. Wie Verf. betont, ist das der 1. Fall, in welchem eine, wenn auch nicht näher zu bestimmende Nierenaffektion bei Xanthom vorhanden war. Von besonders großem Interesse ist nun, dass nach längerer Zeit, in welcher Pat. mit strengerer Diät gelebt hatte, eine sehr starke Rückbildung der Knoten stattgefunden hatte, welche auch durch die histologische Untersuchung konstatiert werden konnte. Zugleich hatte sich der Urinbefund wesentlich gebessert. Es fanden sich nur noch minimale Spuren von Eiweiß und gar keine Cylinder mehr. Nachdem Pat. aber nur ganz kurze Zeit wieder in der früheren Weise gelebt hatte, stellten sich die rheumatischen Schmerzen und bald nach ihnen auch frische Knötchen zugleich mit einer Steigerung des Eiweißgehaltes des Urins wieder ein. Diese Thatsachen haben zusammen mit den längst bekannten Erfahrungen über das Vorkommen von Ikterus und Diabetes bei Xanthom den Verf. in der Anschauung bestärkt, dass das Xanthom keine Lokalerkrankung ist, sondern auf einer allgemeinen Grundlage beruht. Was den Zusammenhang des Xanthoma tuberosum mit den bekannten und wesentlich häufigeren flachen Xanthomflecken an den Augenlidern betrifft, so ist G. der Ansicht, dass anatomisch und klinisch sein Fall dem gewöhnlichen Augenlid-xanthom völlig fremdartig gegenüber steht; obwohl die Knötchen in seinem Falle flach waren, konnte er sie doch in diesem Zustand nicht mit den planen Efflorescenzen identificiren, denn sie enthielten dann das charakteristische Fett nicht mehr.

Jadassohn (Bern).

31) G. Töpfer. Ein Fall von Xanthoma tuberosum diabeticum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XL. Hft. 1.)

Die Zahl der Fälle, in welchen Xanthom und Diabetes zusammen beobachtet worden sind, ist bereits eine ziemlich große; über den ursächlichen Zusammenhang beider wissen wir aber thatsächlich noch nichts. Darum ist jeder einzelne wirklich genau untersuchte Fall noch von großem Interesse. Bei dem Pat. des Verf. bestand die Hautaffektion schon etwa 10 Jahre. Die linsen- bis haselnussgroßen, in der Mitte gelb, am Rand hellroth gefärbten Geschwülste waren in großer Zahl über den Nacken und die Streckseiten der Extremitäten ausgesprengt. Es handelt sich also um die tuberöse Form des Xanthoms. Die Harnuntersuchung ergab 6% Zucker, Spuren von Eiweiß und eine Verminderung des Lösungsvermögens für Harnsäure, obwohl diese nicht vermehrt war. Dabei waren auch die Zahlen für Kalk, Phosphorsäure und Harnstoff normal. Klinische Symptome des Diabetes fehlten. Mit Rücksicht auf den Harnbefund wurde mehr auf eine antiuratische als auf eine antidiabetische Diät (wenig Eiweiß, viel Pflanzenkost) Werth gelegt und eine Karlstader Kur verordnet. Während derselben schwand der größte Theil der Geschwülste vollständig oder zum großen Theil, und es blieben zahllose Narben zurück. Die Rückbildung der Geschwülste ging auch weiterhin noch vor sich, trotzdem nach einiger Zeit der Zucker sich wieder eingestellt hatte. In diesem Falle ist also der Zusammenhang des Diabetes und der Xanthome durch das Resultat der Behandlung sehr deutlich, wenn auch die Fortdauer der Rückbildung trotz der erneuten Glykosurie dem Verf. sehr auffallend erscheint.

Die histologische Untersuchung ergab, dass die excidirte Geschwulst aus Bindegewebssträngen bestand, deren Zellen selbst gelbes Fett enthielten. Von entzündlichen Veränderungen und von frei liegenden Xanthomzellen war nichts zu konstatiren.

Verf. glaubt, speciell mit Rücksicht auf diesen histologischen Befund, dass unter dem klinischen Bild des Xanthoms wohl noch verschiedene Affektionen zusammengefasst werden.

Jadassohn (Bern).

32) P. Róna. Über Urticaria mit Pigmentbildung.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XL. Hft. 1.)

Neben der durch die verschiedensten Momente außerordentlich scharf charakterisirten Urticaria pigmentosa giebt es auch Fälle von chronischer Urticaria mit Pigmentbildung, welche bisher sehr viel weniger Beachtung gefunden haben. Verf. publicirt die Krankengeschichte eines Pat., der seit etwa 7 Jahren fast andauernd durch Anfälle von Nesselsucht mit sehr starkem Jucken belästigt wurde. Im Verlauf der Zeit hatten sich auf der Haut des Pat. zahlreiche dunkelbraun pigmentirte Flecke eingestellt, die 1—5 markstückgroß waren. Die Haut ist an diesen Stellen, von der Färbung abgesehen, ganz normal. Eine Urticaria factitia, die bei der Urticaria pigmentosa auf die pigmentirten Stellen beschränkt ist, bestand in R.'s Fall sowohl auf der verfärbten wie auf der normalen Haut.

Spontan trat die Quaddelbildung namentlich an den braunen Stellen bei Hitze und Schweiß ein. Dieselben wurden dann roth und juckten heftig. Kratzen ergab lebhaftes Brennen und Stechen. Mikroskopisch hat Verf. nur vereinzelte Mastzellen und wesentlich eine oberflächliche Infiltration der Haut und Ödem gefunden. Auch dieser histologische Befund stellt die Urticaria mit Pigmentbildung von der Urticaria pigmentosa abseits.

Jadassohn (Bern).

33) B. Peričić. Keratoma palmare et plantare hereditarium.

(Liečnički viestnik 1897. No. 8.)

Verf. veröffentlicht einen Fall dieser seltenen Krankheit von der Insel Meleda, welchen Neumann nicht gesehen hatte: Ein 25jähriger Bauernbursche sonst gesund. Die Haut am Handteller stark verdickt, gelb. Am Handrücken verdickt, trocken, rauh, dunkel gefärbt, durchkreuzt mit linearen Einschnitten. Diese Veränderung der Haut reicht bis etwas über das Carpalgelenk, die Ränder sind scharf abgeschnitten, seitlich gehen keilförmige Fortsätze in die gesunde Haut. An den Füßen die gleichen Veränderungen, zwischen den Zehen einzelne Exkorationen. Solche begrenzte Hautverdickungen finden sich auch an beiden Ellbogen und Knien. Neben den diffusen Verdickungen findet man auch flache Knötchen, welche am unteren Ende einen spitzen Fortsatz haben. Nervenbefund normal. Nirgends subkutane Knoten. Die Krankheit besteht seit der Kindheit, ist stationär. In der Familie angeblich keine derartige Krankheit. Verf. glaubt, dass die Benennung Keratoma palmare et plantare nicht vollkommen entspreche, da sich die Verdickung auch auf Hand- und Fußrücken fortsetze und sich auch am Ellbogen und den Knien finde.

Čačković (Agram).

34) M. Hodara. Zwei Fälle von Neurolepiden.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1897. No. 2.)

Unter Neurolepiden versteht Verf. im Anschluss an Unna die Hauterkrankungen, welche bei der sogenannten Nervenlepra auftreten. In 2 solchen Fällen hat er bei der histologischen Untersuchung Bacillen vollständig vermisst — ein Befund, der ebenfalls mit Unna's Angaben übereinstimmt, während die Mehrzahl der modernen Autoren auch in diesen Efflorescenzen, wenn gleich sehr vereinzelt, Bacillen gefunden haben. Verf. meint, wie Unna, dass Bacillen in die Neurolepiden erst durch Embolisierung hineinkommen. Von den weiteren Befunden H.'s ist hervorzuheben, dass er neben der Infiltration um die Gefäße mehrkernige Riesenzellen gefunden hat.

Jadassohn (Bern).

35) A. Sieven. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Merkurialerkrankungen.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1897. No. 6.)

Ein Pat., welcher wegen einer schweren Lues wiederholt energische Schmierkuren durchmachte, bekam jedes Mal nach Zuführung einer reichlichen Menge

Hg's eine schmerzhaftc Anschwellung zwischen Malleolus externus und Achillessehne — er hatte als Knabe an dieser Stelle eine Verstauchung erlitten und erinnerte sich genau, dass damals derselbe Punkt schmerzhaft gewesen sei; in der Zwischenzeit hat er nichts davon bemerkt. Bei der letzten Hg-Kur nun zeigte sich, dass diese Anschwellung auf einer Blutung beruhte.

Verf. setzt daher den Fall in Analogie mit den Fällen von Haut-, Lungen- etc. Blutungen bei Hg-Therapie und meint, dass das Hg auch bei seinem Pat. gerade einen schwachen Punkt ausgesucht habe, »um seine erschlaffende Wirkung auf die Ganglien der Gefäßwandungen daselbst zu bethätigen«.

Jadassohn (Bern).

36) C. Lenhardt. Occlusion complète des narines par cicatrices de syphilides tertiaires.

(Ann. des malad. de l'oreille Bd. XXIII. p. 400.)

45jähriger Mann, kräftig, ohne frühere Erkrankungen, leidet seit einem Jahre an starkem Ausfluss aus der Nase, mit Wundwerden der Oberlippe und der Nasenöffnung. Nase stark aufgetrieben, geröthet, typische gummöse Geschwüre am Nasenrücken und dem rechten Nasenflügel. Große Septumperforation. Heftige Kopfschmerzen. Energische Inunktionskur und Jodkali bringen die Geschwüre zur Heilung, aber die Nasenspitze ist durch Narbenzug herabgezogen und die Öffnungen sind vollständig verschlossen. Trennung der ausgedehnten Verwachsungen beiderseits mit dem Galvanokauter; mit der Heilung aber neuer Verschluss der Öffnungen, trotz Dilatation mit Tampons, einer U-förmigen Feder, schließlich mit einem 7—8 mm Kautschukrohr. Pat. entzog sich schließlich der Beobachtung. L. hält solche Fälle für sehr selten.

Kümmel (Breslau).

37) Molinié. Trois cas d'ozène guéris par les injections hypoderm. de sérum de Roux.

(Ann. des malad. de l'oreille Bd. XXIII. p. 406.)

Bei 3 schweren Ozaenafällen vollständige Beseitigung der Symptome ohne weitere Mittel als Einspritzungen des Roux'schen Serums (9—19 Dosen à 10 ccm in 2—8tägigen Zwischenräumen); in einem Falle traten Gelenkschwellungen und ein scharlachähnliches Exanthem ohne schädliche Folgen auf. Die Heilung durch 2—3 Monate kontrollirt. 3 weitere Fälle nicht genügend lange beobachtet. — Das Mittel trotz Fehlens einer theoretischen Begründung sehr empfehlenswerth.

Kümmel (Breslau).

Zur Frage der Coxa vara¹.

Berichtigung von

Dr. Ernst Müller in Stuttgart.

Über die Schenkelhalsverbiegung (Coxa vara) sind in der letzten Zeit mehrere Arbeiten erschienen mit Angaben, die richtig zu stellen ich mich veranlasst sehe.

Im Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 9 schreibt Dr. Zehender (Passau) in einem Artikel über Schenkelhalsverbiegung: »Auffallend ist, dass Hofmeister bei seinen sämtlichen Fällen keine Coxa vara infantum beschrieben hat«. Nun ist gleich der erste Fall in der Tabelle bei Hofmeister ein von mir, nach meiner ersten Publikation beobachteter und Hofmeister zur Verfügung gestellter Fall von Coxa vara, wo die Verbiegung im 2. Lebensjahr begonnen hat! —

In derselben Arbeit heisst es: »Auf die Verbiegung des Schenkelkopfes nach abwärts wird plausiblerweise von Hofmeister das Vorhandensein der Abduktionshemmung zurückgeführt«. In meiner Arbeit über Schenkelhalsverbiegung (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. IV Heft 1), in der die Affektion zuerst beschrieben wurde, habe ich p. 140 Abs. 1 und 2 diese Erklärung gegeben.

¹ Schluss der Diskussion für das Centralblatt. Redaktion.

Ferner heisst es eben daselbst: »Zur pathologischen Anatomie kann leider kein Beitrag geliefert werden und es muss deshalb an die bisher von Hoffa und Kocher gewonnenen Präparate angeknüpft werden«. Warum nennt Zehender mein Präparat nicht, das doch der ganzen Lehre zur Grundlage gedient hat?

Borchard schreibt (Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 25):

»Wir haben es mit einer Belastungsdeformität zu thun, und wie Kraske hervorhebt, liegt der Vergleich mit anderen derartigen Deformitäten, dem Genu valgum und varum, dem Pes valgus, dem Pes valgus inflammatus sehr nahe. Warum wird hier Kraske genannt. Ich habe die Parallele in meiner oben genannten Arbeit gezogen.

Karewski sagt in seiner »Chirurgie des Kindesalters«: »Hoffa-Schulz haben auch die innere Architektur des Knochens bei dieser Deformität studirt«.

In meiner ersten Arbeit habe ich eine ausführliche Beschreibung der inneren Architektur mit einer Abbildung gegeben.

Ferner ist in verschiedenen Arbeiten zu lesen, ich sei zufällig nach einer Hüftresektion, die auf Grund einer falschen Diagnose (Coxitis u. Ä.) vorgenommen worden sei, auf die Entdeckung der Coxa vara gekommen. Das ist nicht richtig.

Ich konnte bei den 4 Fällen, die ich in jener Arbeit beschrieben habe, noch bevor ich den einen Fall, der der letzte der beobachteten war, resezirte, auf Grund von genauer Messung und Beobachtung der übrigen Erscheinungen konstatiren, dass die Affektion ihren Sitz im Schenkelhals hatte, während das Gelenk nicht wesentlich verändert war. In meiner Arbeit p. 140 heisst es ausdrücklich: »Aus dem Symptomenkomplex, der sich am Lebenden nachweisen liess, konnte man also darauf schliessen, dass die Affektion ihren Sitz im Schenkelhals haben muss«. Die genauere pathologisch-anatomische Veränderung konnte selbstverständlich erst nach der Resektion studirt werden; an die Möglichkeit einer entzündlichen Affektion des Knochens war, wie es am Schluss meiner Arbeit erwähnt ist, gedacht worden; aber eine Betheiligung des Gelenks war, wie aus dem ganzen Vorgang hervorgeht, ausgeschlossen und der Sitz der Krankheit in den Schenkelhals verlegt worden. Es ist sicher, dass ich vor der Resektion mir bewusst war, einen Fall von Affektion des Schenkelhalses vor mir zu haben, der zu dem bis dahin Bekannten nicht passte, und dass Herr Prof. Bruns die Liebenswürdigkeit hatte, mir die Resektion und die Untersuchung des Präparats zu überlassen, weil wir uns bewusst waren, dass der betr. Fall auch zu denen von Schenkelhalsaffektion, auf die ich aufmerksam geworden war, gehörte.

Berichtigung¹.

In einem Referate p. 983 dieses Centralbl. sagt Riedinger: »Die Ausführungen B.'s sind auch im Übrigen nicht einwandfrei. So lässt er beim Stehen das Becken nicht auf dem Oberschenkel, sondern den Oberschenkel auf dem Becken (als Widerlager) aufruhem«. Die zwei Beine mit dem Becken bilden gleichsam ein Gewölbe, und in jedem Gewölbe giebt der eine Schenkel eine Stütze für den anderen, ein »Widerlager« ab. Desshalb ist auch das Caput femoris kein freies Ende und das Femur kein an seinem freien Ende belasteter Knochen. (Es war nur Bezug genommen auf das Stehen auf beiden Beinen.) Es entzieht sich meinem mechanischen Verständnis, wesshalb aus dieser durchaus zutreffenden Auffassung folgen soll, Bähr lasse den Oberschenkel auf dem Becken ruhen. Ferner war es eben die Verwechslung von Belastungsdruck (Gewicht) und Druckspannung, was ich an Wolff auszusetzen hatte etc. Interessenten muss ich deshalb dringend bitten, sich mit den Originalien zu beschäftigen.

Bähr (Hannover).

¹ Schluss der Diskussion für das Centralblatt. Redaktion.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42.

Sonnabend, den 23. Oktober.

1897.

Inhalt: 1) Toldt, Anatomischer Atlas. — 2) v. Bardeleben, Handbuch der Anatomie.
— 3) Born, Verwachsungsversuche mit Amphibienlarven. — 4) Luc, Otitische Pyämie.
— 5) Koch, Otitischer Hirnabscess. — 6) Langenbuch, Chirurgie der Leber und Gallen-
blase. — 7) Diskussion über Gallensteinkrankheit in der Pariser chirurgischen Gesell-
schaft. — 8) Sonnenburg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis. — 9) Doyen, Peri-
typhlitis. — 10) Jalaguler, 11) Fowler, Behandlung der Appendicitis.

Th. Kölliker, Beitrag zur Differentialdiagnose von Gallensteinileus und Appendicitis.
(Original-Mittheilung.)

12) Gradenigo, Hirnabscess. — 13) Ramsay, Hepatopexie. — 14) Patry, Hepatocèle.
15) Boari, Leberaktinomykose. — 16) Bobrow, Alveolärer Leberechinococcus. —
17) v. Dungern, Cholecystitis typhosa. — 18) Fuchs, Akute Cholecystitis. — 19) Beck,
20) Tuffer, Operationen bei Gallensteinkrankheit. — 21) Lejars, 22) Marcy, Chole-
dochotomie. — 23) Delbet, Cholecystoduodenostomie.

1) Anatomischer Atlas für Studirende und Ärzte. Unter
Mitwirkung von Prof. Dr. A. Dalla Rosa herausgegeben
von C. Toldt. 5. Lfg. Bg. 49—67. E. Die Eingeweidelehre.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1897. Fig. 617—903.

Die glänzenden Vorzüge des T.'schen Atlas sind in diesem
Centralblatt schon mehrfach hervorgehoben worden, so dass der Hin-
weis auf die neue Lieferung kurz sein kann. Dieselbe bietet die
Eingeweidelehre in fast 300 prächtigen Figuren. Dass bei einer
solchen Fülle von Einzeldarstellungen der Stoff aufs Gründlichste
durchgearbeitet ist, liegt auf der Hand. Dazu prägt sich auch hier
wieder wie in den früheren Lieferungen die souveräne Beherrschung
des Stoffes in der Auswahl der Figuren aus, von denen eine jede
ihren wohlüberlegten besonderen Zweck erkennen lässt. Güte der
Präparate, genaue und scharf kontrollirte zeichnerische Darstellung
und vorzügliche Holzschnittreproduktion vereinigen sich, um jenen
Zwecken voll und ganz zu genügen. Neben der Systematik ist die
Topographie ausgiebig berücksichtigt und durch Durchschnitte und
Projektionen der Eingeweide auf die Körperoberfläche den praktischen

Bedürfnissen entgegengekommen. Die wichtigeren allgemeinen, histologischen und embryologischen Verhältnisse der Eingeweide erfahren ebenfalls Berücksichtigung. Kurzum, auch dem Praktiker ist T.'s Atlas immer wieder rückhaltlos zu empfehlen.

E. Gaupp (Freiburg i/B.).

2) **K. v. Bardeleben.** Handbuch der Anatomie des Menschen. Skelettlehre. 2. Abtheilung: Kopf. Von Prof. Dr. F. Graf v. Spee.

Jena, G. Fischer, 1896. Mit 102 großentheils mehrfarbigen Originalholzschnitten.

In dem großen, auf 8 Bände berechneten Handbuch der Anatomie des Menschen, dessen Herausgabe v. B. in Verbindung mit einer größeren Anzahl hervorragender Gelehrter in Angriff genommen hat, bildet die Bearbeitung des Kopfskeletts durch Graf v. S. die 2. Abtheilung des 1. Bandes. Die Bearbeitung ist breit angelegt und umfasst 300 Seiten Text, dem 102 Abbildungen eingefügt sind. Verf. giebt erst eine gründliche Bearbeitung der einzelnen Schädelknochen und dann eine eingehende Betrachtung des Gesamtschädels, wobei auch ein kurzes Eingehen auf die vergleichende Schädelkunde (d. h. nur anthropologisch) so wie die Schädelmessung nicht fehlt. Als besonders verdienstlich möchte Ref. die Berücksichtigung der vielen Varietäten, die sich am menschlichen Kopfskelett finden, erwähnen, und die Verarbeitung und Zusammenstellung der vorhandenen, aber sehr zerstreuten Litteratur. Dass dabei die Entwicklungsgeschichte, die normale Anlage der einzelnen Knochen vor allen Dingen berücksichtigt werden musste, ist selbstverständlich, und auch in diesem Punkte bietet die Graf v. S.'sche Bearbeitung gute Auskunft. Aus den zahlreichen Abbildungen, die durchweg getreu nach Präparaten hergestellt sind, geht zur Genüge hervor, dass sich Verf. hinsichtlich des deskriptiven Theils nicht mit dem »relata referre« begnügt, sondern selbst seinen Stoff aufs gründlichste durchgearbeitet hat. Davon legen u. A. die zahlreichen schönen Durchschnitte des Felsenbeines Zeugnis ab.

Was die Abbildungen selbst anlangt, so ist Alles geschehen, um dieselben möglichst naturgetreu zu machen. Als Vorlagen zu fast sämtlichen Abbildungen haben Photographien gedient, die Graf v. S. nach den Präparaten selbst angefertigt hat; die Wiedergabe derselben in Holzschnitt ist künstlerisch vorzüglich. Dadurch, dass die meisten Figuren auf schwarzem Hintergrund wiedergegeben sind, treten die dargestellten Knochen als Ganzes plastisch hervor. Ob freilich in dieser Richtung das Ideal des bei wissenschaftlichen Abbildungen, besonders in Lehrbüchern, zu Erstrebenden gelegen ist, darüber kann man wohl verschiedener Meinung sein. Dem künstlerischen Gesamteindruck entspricht nicht immer die Klarheit in den Einzelheiten.

Der Preis der Lieferung ist, Angesicht der schönen Ausstattung, nicht hoch.

E. Gaupp (Freiburg i/B.).

3) G. Born. Über Verwachsungsversuche mit Amphibienlarven.

(Archiv für Entwicklungsmechanik Bd. IV. Hft. 3 u. 4.)

Die außerordentlich wichtigen Versuche, über die im Nachfolgenden berichtet werden soll, sind durch die vorjährige Naturforscherversammlung in Frankfurt bereits in weiteren Kreisen bekannt geworden und haben wohl überall das lebhafteste Interesse erregt. Dieses Interesse, das sich in Frankfurt bei Naturforschern wie bei Ärzten in gleich hohem Maße zeigte, mag bei Manchen zuerst vielleicht mehr den Charakter der Überraschung über fast unglaubliche, »noch nicht dagewesene« Thatsachen getragen haben; es ist aber keine Frage, dass die B.'schen Versuche wegen der mancherlei Berührungspunkte, die sie mit den Bestrebungen der experimentellen Pathologie wie mit denen der Chirurgie, besonders der plastischen Chirurgie, besitzen, bei näherer analytischer Betrachtung an Interesse nicht verlieren, sondern nur gewinnen. So rechtfertigt sich wohl eine kurze Besprechung derselben auch an dieser Stelle, um so mehr, als den Verhandlungen der Frankfurter Versammlung ein Bericht von Seiten B.'s nicht beigelegt ist, die vor Kurzem erschienene ausführliche Arbeit aber Praktikern wohl nicht immer leicht zugänglich sein wird.

Über Methodik etc. mögen Interessenten das Original nachsehen; hier sei nur bemerkt, dass das klassische Versuchsobjekt B.'s sehr junge, 3—3,5 mm lange Kaulquappen von *Rana esculenta* bildeten, und dass dieselben entweder in physiologischer Kochsalzlösung oder aber im Wasser operiert und aufgezogen wurden. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

1) Die Larven vieler schwanzloser Amphibien zeigen ein ausgezeichnetes Heilungsvermögen für glatt geschnittene Wunden. Schon in der ersten Viertelstunde hat sich die Epidermis so bedeutend von allen Seiten her über die Wundfläche vorgeschoben, dass die Verkleinerung der Wunde die Hälfte in Länge und Breite betragen kann. Dasselbe zeigt sich aber auch an den abgeschnittenen Theilen selbst. Ganz kleine flach abgeschnittene Stückchen der Körperwand krümmen sich zusammen, bilden sich zu einer kleinen Blase um und konnten 6 Tage am Leben erhalten bleiben. Größere abgetrennte Stücke (Vorder- oder Hinterstücke) überhäuten sich, leben auf Kosten des in ihnen enthaltenen Dottermaterials (eventuell ohne Herz) längere Zeit und schreiten während derselben sogar — häufig ohne Herz, Blut und Blutgefäße — auf Kosten ihres Dotterbesitzes im Wachstum und in der Entwicklung weiter fort. Dabei stellt sich die für die allgemeine theoretische Auffassung der Entwicklungsvorgänge außerordentlich wichtige Thatsache heraus, dass die Entwicklung jedes Organs bis zur Schnittfläche so gut wie bei der normalen Larve fortschreitet, mag die Schnittfläche liegen wie sie will. Der Fortfall der normalen Nachbarschaft hat keinen nachweisbaren Einfluss; die Entwicklung findet in dem vorliegenden Stadium wesentlich auf Grund des in den einzelnen Anlagen gelegenen Selbstdifferenzierungs-

vermögens (Roux) statt; die normalen Korrelationen erscheinen daneben von untergeordneter Bedeutung. Röhrenförmige Organe (Rückenmark, Gehirn, mitunter auch der Darm) schließen sich an der Schnittfläche ab.

2) Theilstücke von Larven derselben Art oder auch solche von verschiedenen Arten verwachsen mit einander, wenn man die Schnittflächen an einander bringt und dafür sorgt, dass sie so eine Zeit lang ruhig liegen bleiben. B. hat auf diese Weise Doppelwesen der mannigfaltigsten Kombinationen erzielt. Er hat eine Larve ganz durchgeschnitten und die Theilstücke in richtiger Lage wieder an einander gesetzt: beide Theile heilten wieder an einander, und die Larve entwickelte sich wie eine normale weiter. Eben so leicht gelingt die Zusammensetzung eines neuen Thieres aus den Theilstücken von 2 verschiedenen (wobei oft das eine Theilstück mehr enthielt, als zur Ergänzung des anderen nothwendig war), und die Schaffung der merkwürdigsten Doppelwesen (Thiere mit 2 Herzen; Thiere, die mit den Bäuchen, der Ober- oder Unterseite der Köpfe verwachsen sind; solche, bei denen an den Bauch des einen Partners der abgeschnittene Kopf oder Schwanz des anderen angesetzt ist etc.). Die Theilstücke können sogar verschiedenen Arten und Gattungen angehören (z. B. Unken- und Froschlarve). Hierbei verbinden sich, so weit als möglich, gleichartige Gewebe unter einander, und es kommen dabei interessante Erscheinungen zur Geltung, die sich unter gewisse von Roux aufgedeckte Erscheinungen (Cytotropismus, Cytochorismus u. A.) subsummiren lassen. Wird z. B., wie das häufig ist, ein Epithelrand auf Dotterzellen oder Zellen des Gehirnrohrs aufgedrückt, so bleiben diese Gewebe unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht mit einander vereinigt, sondern trennen sich wieder von einander (Cytochorismus). Wird diese Trennung durch besondere Momente verhindert, so tritt auch Vereinigung verschiedenartiger Epithelien (Epidermis mit Darm) ein.

3) Die verwachsenen Larven oder Larvenstücke bleiben in der Folgezeit organisch vereinigt, wachsen und differenziren ihre Organe und Gewebe, so lange der Nahrungsvorrath, der in den Dotterkörnern vorhanden ist, reicht. Sind Herz und Darm normal vorhanden, so gelingt die Erhaltung der Komposition unter günstigen Umständen viel länger.

4) Kommen bei der Zusammenfügung gleichartige Organanlagen an einander zu liegen, so verwachsen sie zu einem Continuum; die Verbindung geschieht durch das gleichartige spezifische Gewebe der betreffenden Organe; kommen ungleichartige Organanlagen an einander, so geschieht die Verbindung durch Bindegewebe. Sind die gleichartigen Organe hohl, so stellt sich nicht nur die Kontinuität ihrer Wandbestandtheile, sondern auch vollständig glatte Kommunikation ihrer Hohlräume her. Als Ausnahme von dem ersten Punkte wurde schon erwähnt, dass gelegentlich Epidermis und Darmepithelien mit einander verwachsen.

5) Auch gleichartige Organe, die aber bei der Zusammenfügung der Larven sicher nicht an einander gelagert waren, sind in einigen Fällen zur Verwachsung gelangt. Es ist dies nur durch die Annahme zu erklären, dass die nach der Vereinigung der Larven auswachsenden Organe sich gesucht und gefunden haben. Es liegt nahe, eben so wie Roux dies für seinen Cytotropismus gethan, auch bei dieser Annäherung auswachsender Organe an chemotaktische Vorgänge zu denken.

6) Bei der Verwachsung der Organe treten sekundär hin und wieder Vorgänge auf, die zu abnormen Bildungen führen (Einmündung der Vornierengänge in den Darmkanal u. A.).

7) Die Verwachsung gleichartiger Gewebe und Organe findet in jeder beliebigen Richtung statt.

8) Die Verwachsung der Komponenten ist nicht nur eine anatomische, sondern in vielen Fällen auch eine mehr oder weniger vollständige physiologische — eine funktionelle Vereinigung. Als niederster Grad dieser Vereinigung ist die bei allen eintretende, mindestens partielle Gemeinsamkeit des Blutkreislaufs anzusehen. Fehlt dem einen Partner das Herz, so wachsen in ihn Gefäße aus dem anderen hinein, verbinden sich mit den an Ort und Stelle entstandenen, und so stellt sich eine ausreichende Cirkulation her. Aus dieser Gemeinsamkeit des Blutkreislaufs resultirt zwar noch nicht ein gleiches Wachsthum, wohl aber ein gleiches Tempo im Fortschritt des Differenzirungsprocesses während der Entwicklung. — Inniger ist die physiologische Symbiose, wenn gemeinsame Darmabschnitte vorhanden sind; der höchste Grad aber wird erreicht, wenn durch die Zusammenfügung ein ganzes Körperende mit allen seinen Organen ersetzt, verlängert oder verdoppelt wird und die so aus 2 Stücken zusammengesetzte Larve wie eine von vorn herein einfache weiter lebt, indem die Organe des Hinterstückes und des Vorderstückes so zusammenarbeiten, wie die zusammengehörigen Theile eines Exemplares. Hier handelt es sich also um einheitliche Organismen, die aber aus 2 ursprünglich verschiedenen Hälften künstlich gebildet sind — das Individuum (die Person) ist danach nicht gebunden an die Abstammung von einem Ei; auch Theilstücke zweier Larven, die von verschiedenen Eiern abstammen, können sich zu einem vollkommenen Wirbelthier vereinigen.

9) Die Zusammensetzungsversuche ergänzen in höchst willkommener Weise die »Defektversuche«, indem sie zeigen, dass weder der Fortfall der normalen Korrelationen, noch auch die Schaffung neuer Nachbarschaften einen korrelativ ändernden Einfluss auf die Entwicklung der zusammengefügteten Theile ausübt.

10) Viele der Zusammensetzungen sind als künstliche Doppelbildungen zu bezeichnen.

11) Die Versuche schließen sich endlich ihrem Wesen nach an die Transplantationen, wie sie von Pathologen und Chirurgen in den verschiedensten Variationen ausgeführt worden, doch an, unterscheiden sich aber freilich selbst von den Transplantationen embry-

nalcr Gewebe (Zahn, Leopold) dadurch, dass B. mit ganz jungen Embryonen arbeitete, und dass in Folge dessen die verheilten Stücke die volle Entwicklungsfähigkeit solcher besaßen. Immerhin ergänzen die B.'schen Versuche die erstgenannten in wichtiger Weise und fordern zudem zu weiterer Arbeit in dieser Richtung auf.

E. Gaupp (Freiburg i/B.).

4) Luc. De la pyémie d'origine auriculaire.

(Méd. moderne 1897. No. 55.)

Die gefürchtete Pyämie im Anschluss an Mittelohrerkrankungen entsteht gewöhnlich aus der sekundären Sinusphlebitis. Eine andere Form wurde zuerst von Körner beschrieben. Die primären eitrigen Thromben bilden sich dabei nach seiner Hypothese in kleinen Venen des Warzenfortsatzes und Felsenbeins. Er empfiehlt desshalb auch in Übereinstimmung mit Hessler u. A. die Aufmeißelung des Processus ohne nachweisbare Eiterung. L. ist wie Brieger entgegengesetzter Ansicht und kann sich weder von dieser Eröffnung noch von der von Laue empfohlenen Unterbindung der Jugularis einen Erfolg versprechen. Er ist auch in der Praxis mit der Paracentese des Trommelfells und Einträufelungen von 10%igem Karbolglycerin, begleitet von Politzer's Luftdusche, gut angekommen. 2 interessante Krankengeschichten illustriren diese Theorien über die glücklicherweise seltene Affektion.

Roesing (Hamburg.).

5) P. Koch. Der otitische Kleinhirnabscess.

Berlin, Enslin, 1897.

Die verdienstvolle Arbeit verdankt ihre Entstehung einer eigenen Beobachtung des Verf.

Bei einem 16jährigen Mädchen mit alter linksseitiger Otorrhoe hatten sich unter Nachlass der Eiterung Schmerzen, Erbrechen, Theilnahmslosigkeit und Pulsverlangsamung eingestellt. Desshalb wurde am 12. Tage der eitererfüllte Warzenfortsatz und von da aus die hintere Schädelgrube geöffnet. Hier fand sich unter der schmierig belegten, nicht mehr pulsirenden Dura ein 2 Esslöffel dünne stinkenden Eiters enthaltender Abscess, welcher durch eine feine Fistel mit dem Grunde des Antrum mast. communicirte. Breite Freilegung. Der Sinus transversus war leer — hochsitzender Thrombus? oder Kompression? —. Als die nächsten Tage nach der Operation sich der Zustand nicht besserte, intermittirendes Fieber einsetzte und sich beim Verbandwechsel aus der Richtung der Pyramidenhinterfläche Eiter hervordrängte, wurde auf Grund der Diagnose Kleinhirnabscess die hintere Schädelgrubenöffnung erweitert und das Kleinhirn mit Lanzenmesser mehrfach, aber ohne einen Herd zu treffen, punktiert. Erst als man mit der Sonde die hintere Pyramidenfläche entlang vordrang, glitt diese in eine weichere Partie hinein gegenüber dem inneren Gehörgang. Die Höhle wurde dann mit einer kleinen Kornzange erweitert und ein Theelöffel Eiter entleert. Im weiteren Verlauf bestand zwar noch pyämisches Fieber, das erst nach Incision einer Abscedirung im linken Halsdreieck verschwand, aber nach 2 Monaten konnte Pat. ihre Arbeit wieder aufnehmen, nach 4 Monaten war auch die alte Ohreiterung geheilt, und die Heilung war noch 1½ Jahr später zu konstatiren.

Dieser Fall ist der zehnte bisher durch Operation geheilte, von 24 überhaupt operativ behandelten. Insgesamt sind 122 Fälle von

otitischen Kleinhirnabscessen bekannt geworden, von denen der Verf. 105 seiner Arbeit zu Grunde legt.

Aus der Fülle der Einzelheiten kann naturgemäß nur Weniges hervorgehoben werden, auch entsprechen die Ergebnisse im Großen und Ganzen genau denen, welche schon in den größeren Arbeiten von MacEwen und Körner niedergelegt sind. Das gilt besonders von den pathologisch-anatomischen Erhebungen. Es zeigt sich wieder, dass der Sitz des Abscesses direkt von dem Kontakt mit dem primär erkrankten Knochen bedingt ist. Die Abscesse — meist nicht sehr groß, nur ausnahmsweise den Wurm, noch seltener den Pons oder die andere Hemisphäre erreichend — sitzen in der Regel im vorderen unteren Abschnitt einer Hemisphäre, gleichmäßig lateral und median: lateral, wo der cariöse Process den Sulcus sigmoideus erreicht hat, median, wo Ohrlabirynth und der angrenzende Theil des Antrum inficirt sind. Auch das excentrische Wachsthum in die Marksubstanz hinein, die gelegentliche Abkapselung und die Veränderungen in der Umgebung entsprechen den bisherigen Erfahrungen. Als eine große Seltenheit wird das Vorkommen größerer Fetzen nekrotischer Hirnsubstanz im Eiter hervorgehoben, wie es beim Schläfenlappenabscess nichts Ungewöhnliches ist. Dass die rechte Hälfte häufiger befallen wäre (Körner), war nicht nachzuweisen. Extradurale Abscedirungen und Thrombosen der angrenzenden Sinus, speciell des Sinus sigmoideus, fanden sich in mehr als der Hälfte aller Fälle.

Ausführlich wird die Mannigfaltigkeit des klinischen Bildes beleuchtet: bei dem Fehlen jeder Konstanz und absoluten Gültigkeit ist es nur durch das Zusammenhalten und gegenseitige Abwägen mehrerer Symptome, eventuell aus dem Fehlen einiger für andere Erkrankungen typischer Symptome möglich, zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu kommen. Die Anfangsstadien, wie sie als Initial- und Latenzstadium konstruirt sind, entziehen sich überhaupt der Erkenntnis. Von den allgemeinen Hirnsymptomen während des Endstadiums der Kleinhirnabscesse stehen außer den heftigen Kopfschmerzen, der Pulsverlangsamung etc. im Vordergrund die psychische Schläffheit, die Slow contraction (MacEwen). Als auf ein bisher nur — und zwar 3mal — bei Kleinhirnabscessen beobachtetes Symptom wird auf totale Amaurose aufmerksam gemacht. Als Herdsymptom, und zwar als einzigstes, fasst Verf. die oft plötzliche Abmagerung auf; er folgte darin der Theorie Luciani's, dass das Kleinhirn der Sitz sthenischer Centren für die Nerven- und Muskelapparate des Körpers sei. Die cerebelläre Ataxie ist, wo sie überhaupt rein beobachtet wurde, nur durch Einwirkung auf den Wurm, somit als indirektes Symptom zu deuten. Unter diesen spielen Nackensteifigkeit, Zwangsstellungen der Bulbi, Zwangsbewegungen, Trismus und andere Brückensymptome eine bedeutende Rolle.

Verf. versucht dann durch Eintheilung in 3 Typen je nach der Anzahl und Deutlichkeit der vorhandenen Symptome die Krankheits-

bilder zu rubriciren, ohne indess für die Praxis damit eine Erleichterung zu schaffen.

Nach einer übersichtlichen Darstellung der Differentialdiagnostik, die eigentlich nur der Sinusthrombose gegenüber leicht ist, den anderen möglichen intrakraniellen Komplikationen gegenüber immer noch auf große Schwierigkeiten stößt, wendet sich Verf. zur Therapie. Er empfiehlt, sich von der Erkrankung im Wurmfortsatz leiten zu lassen und von hier aus die Punktion vorzunehmen, nicht noch eine zweite Trepanation hinter dem Sinus zu machen, obwohl, wenn der Sinus nicht thrombosirt ist, der Spielraum bis zum unteren Bogen-gang nur zuweilen $\frac{1}{2}$ cm ist; aber im Eiter fehlen die großen nekrotischen Fetzen, die eine breite Ausflussöffnung nöthig machen.

G. Zimmermann (Dresden).

6) C. Langenbuch. Chirurgie der Leber und Gallenblase (zusätzlich der der Gallenwege).

(Deutsche Chirurgie, 2. Hälfte. Liefg. 45 c. Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1897.)

Nachdem L. in dem 1894 erschienenen ersten Theile seiner Monographie über die Chirurgie der Leber und Gallenorgane (s. d. Centralblatt 1894 p. 780) den Leberechinococcus, -Abscess und die subphrenischen Eiterungen eingehend geschildert, behandelt er in dem vorliegenden zweiten die Geschwülste, pathologischen Form- und Lageveränderungen der Leber, die Pathologie und Chirurgie des Gallensystems und endlich noch die Verletzungen dieser Organe. Damit ist das so schön begonnene Werk zum Abschluss gebracht und den Chirurgen eine die in verhältnismäßig kurzem Zeitraum zu so großer Bedeutung gelangte Chirurgie der Leber- und Gallenwege erschöpfend darstellende Monographie in die Hand gegeben. Wie kaum ein Anderer, war gerade L. geeignet, dieselbe zu schreiben, um mit seinen eigenen reichen Erfahrungen und verdienstvollen Leistungen auf diesem Gebiete theils das von ihm und Anderen bisher Erreichte in ganzem Umfang zu fixiren, theils um zu zeigen, wo und bis zu welchen Grenzen noch weitere Fortschritte in Zukunft zu erreichen sein könnten. Und so bietet denn auch der vorliegende Band in dieser Hinsicht eine Fülle von Anregungen und geistvollen Vorschlägen und giebt mit dem früher erschienenen in frischer, oft origineller Darstellung ein Bild des gegenwärtigen Standes der Leber- und Gallenorgan-Chirurgie.

Der erste Abschnitt des zweiten Theiles schildert unter genauer Wiedergabe der Krankengeschichten der bisher operirten Fälle die Lebergeschwülste, so weit sie den Chirurgen interessiren und es für ihn wichtig ist, von ihrem Vorkommen unterrichtet zu sein, und zwar das Syphilom, Fibrom, Angiom, Lymphangiom, die nicht parasitären Cysten, das Sarkom, den Krebs — dessen Entstehung L. auf embolische Verschleppung parasitärer Lebewesen von der Art. hepatica oder Pfortader aus zurückführen will — und das Aneurysma der Leberarterie. Während für die operative Behandlung der gut-

artigen Neubildungen im Allgemeinen empfohlen wird, nach dem zu ihrer Diagnose meist nothwendigen Probeschnitt die Exstirpation nur in den seltenen Fällen vorzunehmen, wo sie Beschwerden machen, und man in relativ gefahrloser Weise durch die Entfernung große Hilfe zu bringen sicher ist, und während ferner bei den Cysten die Operation nur dann, wenn es sich um einfache cystische Bildungen der Leber handelt, in Betracht kommen wird, ist die Entscheidung bezüglich des Verhaltens gegenüber den anderen Geschwülsten (Lymphangiom, Sarkom, Carcinom) wegen der Unsicherheit, ob dieselben als primäre oder einzige metastatische Tumoren anzusehen seien, sehr schwierig. Die Operation wird gerechtfertigt sein, wenn sie die Aussicht auf einen endgültigen oder mindestens doch werthvollen vorübergehenden Erfolg gewährt; dazu ist allerdings eine Frühdiagnose, beim Carcinom auch mit der des event. bestehenden oder vermutheten Magen- oder Darmkrebses nothwendig, wie sie z. Z. nur durch die Probeincision gestellt werden kann. Wichtig zu wissen ist auch das Vorkommen eines Aneurysmas der Art. hepatica, an das man, zumal nach einem vorausgegangenen Trauma (Hufschlag etc.), bei plötzlich hervorbrechenden, mit heftigen Schmerzen einhergehenden Blutungen per os und anum, bei Fehlen von charakteristischen Symptomen des Magengeschwürs, so wie wenn früher keine auf Cholelithiasis verdächtigen Erscheinungen bestanden, denken muss. Angesichts seiner großen Gefahren können gegen das Aneurysma nur »heroische Maßnahmen« in Anwendung kommen, wie sie in der von L. auf Grund anatomischer Untersuchungen empfohlenen centralen und, wenn möglich, peripheren Unterbindung der Art. hepatica bestehen. Den Schluss des Abschnitts bildet ein der Resektion der Lebergeschwülste gewidmetes Kapitel, mit besonderer Würdigung der Mittel, die gegen die dabei auftretenden schweren Blutungen anzuwenden sind. Indem L. die von Kousnetzoff und Pensky vorgeschlagenen und auch von Terrier und Auvray empfohlenen (s. Ref. in d. Centralbl. p. 73, 383, 914), mittels vorn stumpfer Nadeln durch das Lebergewebe kettenförmig anzulegenden und fest zusammenzuschnürenden Massenligaturen hinsichtlich ihres Werthes noch nicht beurtheilt, glaubt er, dass die nach Durchtrennung der Leberbänder und Entwicklung des Organs auszuführende elastische Konstriktion und, bei der Operation größerer Geschwülste, die temporäre Umschnürung der beiden (oder nur der oberen) arteriellen Mesenterialstämme, eventuell auch der Pfortader das geeignetste Verfahren zur Verhütung der Blutungen sei, freilich, ohne selbst diesen kühnen Vorschlag bereits praktisch in Bezug auf seine Ungefährlichkeit und Sicherheit gegen Nachblutungen erprobt zu haben. Die Durchtrennung der Leberligamente, besonders des Triangulare, soll indess nicht bloß die Anlegung der Schlauchkonstriktion ermöglichen, sondern auch das ganze Organ den Händen und Instrumenten des Operators, so wie der späteren definitiven Versorgung zugänglich machen, damit aber auch die Ausschneidung größerer Geschwülste, so fern sie nicht die eintretenden Pfortaderäste,

den Ductus hepaticus oder die Vena cava umgeben oder im hinteren Abschnitt liegen, erleichtern. Nach erfolgter Excision rath L., die Leber nicht zu versenken, sondern in die Bauchwunde nach Verkleinerung des in jener gesetzten Defektes und Tamponade einzunähen.

Von großem Interesse sind die in dem folgenden Abschnitt gegebenen Erörterungen über die Entstehung der verschiedenen Formen der Schnürleber. Für die Behandlung empfiehlt L., da er von der auch von ihm einmal geübten Ventrofixation des Schnürlappens hinsichtlich dauernder Beseitigung der Beschwerden der Pat. nicht besonders viel erwartet, die Resektion bei linksseitigem Schnürlappen. Aus dem Kapitel über die Wanderleber, für deren Entwicklung fötale Bildungsanomalien des Lig. teres etc. die Vorbedingung abzugeben scheinen, sei nur erwähnt, dass L. in der Durchschneidung dieses Bandes den mildesten Versuch, operativ zu helfen, sieht, im Übrigen aber den Rath giebt, nach Schaffung einer weitreichenden oberflächlichen Leberverwundung durch strahlende Hitze des Thermo-kauters oder Bepinselung mit Chloroform die Leber vermittle den vorderen Rand tief umgreifender dicker Seidenfäden an den Rippenknorpeln zu fixiren. Eine kurze Besprechung der Leberhernie Neugeborener und Erwachsener, unter Anführung der bisher operirten kongenitalen Fälle, beendet den von den Krankheiten der Leber handelnden Theil.

Wir kommen nunmehr zu der von L. in so hervorragendem Maße geförderten »Chirurgie der Gallenorgane«, die mit einer anatomisch-physiologischen Schilderung eingeleitet wird, um sodann zu der Besprechung der Fremdkörper und Parasiten in den Gallenausführungsgängen und der entzündlichen Processe der Gallenwege überzugehen; es folgt dann die der erworbenen Verengerungen und der angeborenen Verschlüsse, so wie der Geschwülste der letzteren und schließlich die besonders ausführliche Abhandlung der Cholelithiasis. Indem L. die große Seltenheit von Leberkonkrementen, und zwar in der Form der fast immer klein bleibenden Bilirubin-kalksteinchen, betont, sieht er die den Blasensteinen ähnlichen als immer in der Gallenblase gebildet und nur gelegentlich in die Lebergänge verirrt an und erachtet für ihre Entstehung, neben mechanischen Verhältnissen, die Mitwirkung von Mikroben auf die Epithelien der Wand, vornehmlich die der Zotten und Drüsen der Gallenblase für fast bis zur Gewissheit wahrscheinlich. Von diesem Standpunkt aus beurtheilt L. die chirurgische Therapie der Cholelithiasis, nachdem er ihre Symptome und Folgezustände eingehend erörtert; wir haben hierbei nur ein genaueres Eingehen auf die ohne Ikterus verlaufenden Fälle der Krankheit und das von Riedel zuerst gewürdigte Vorkommen eines zungenförmigen Leberfortsatzes bei Gallensteinkranken vermisst. Da L. erst auf dem vorjährigen Chirurgenkongress die verschiedenen operativen Eingriffe an der Gallenblase und den großen Gallenwegen kritisch besprochen,

dürfen wir uns erlassen, hier an der Hand seiner ausführlichen Darlegungen, in denen die Litteratur sorgfältig berücksichtigt ist, nochmals darauf einzugehen. Wir gelangen somit an den Schluss des Werkes, der in willkommener Weise, wenn auch kurz, die Verletzungen der Leber- und Gallenorgane vom modernen chirurgischen Standpunkt aus behandelt.

Indem wir überzeugt sind, dass das ausgezeichnete Werk L.'s, aus dem wir nur einige wenige wichtigere Punkte hervorheben konnten, um nicht den uns zugemessenen Raum für seine Anzeige in diesem Blatte zu überschreiten, sich viele Freunde erwerben werde, und wünschen, dass es besonders auch von den internen Medicinern gründlich studirt werden möge, bedauern wir nur das gänzliche Fehlen von Abbildungen, die zur Illustration des Gegebenen, zum leichteren Verständnis der anatomischen Verhältnisse und verschiedenen Operationen sehr werthvoll gewesen wären.

Kramer (Glogau).

7) Discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXII. p. 245—439.)

An eine Mittheilung Tuffier's über Gallensteinoperationen (cf. Centralbl. f. Chir. 1897 p. 1118) schloss sich in der Pariser chirurgischen Gesellschaft eine durch mehrere Sitzungen währende Diskussion. Bei der Bedeutung dieser Operationen für die moderne Chirurgie und der Divergenz der Anschauungen erscheint es daher wichtig, den Standpunkt der bedeutendsten Pariser Chirurgen in dieser Frage zu fixiren.

Die Diskussion drehte sich zum kleineren Theil um die Diagnose der Cholelithiasis, zum weitaus größeren um die zweckmäßigste Operationsmethode. Den schon von Tuffier mitgetheilten Beobachtungen schwieriger Diagnose wurden von Michaux, Broca, Schwartz u. A. noch eine Anzahl anderer hinzugefügt. Wer sich für diese Frage speciell interessirt, findet die meist in extenso mitgetheilten Krankengeschichten im Original; es würde zu weit führen, sie hier auszüglich mitzuthemen. Wesentlich handelte es sich um die manchmal recht schwierige Differentialdiagnose zwischen Gallenblasen- und Nierengeschwülsten. Schwartz legte auf folgendes Unterscheidungsmerkmal Werth: Drückt man auf eine Geschwulst der Gallenblase, so verdrängt man sie wohl mit dem Finger nach der Tiefe; aber sie bleibt nicht dort, sondern kehrt mit Nachlass des Drucks zurück. Reponirt man indess eine Wanderniere oder eine von einer solchen ausgehende Geschwulst, so bleibt sie reponirt, bis man sie durch einen Druck auf die Lendengegend wieder nach vorn drängt. Bei gleichzeitigem Vorkommen von Gallenblasengeschwülsten mit Wanderniere wird, wenn Verwachsungen zwischen beiden bestehen, die sichere Diagnose oft erst nach einer Probeincision gestellt werden können. Gérard-Marchant machte darauf aufmerksam, dass man Gallenblasengeschwülste wohl nach hin ter-

aber nicht nach aufwärts verdrängen könne. Routier hob hervor, dass bei Gallensteinkrankheit eine Geschwulst in der Mehrzahl der Fälle überhaupt nicht fühlbar sei, dass in anderen eine solche nur vorübergehend, namentlich während Kolikanfällen, nachweisbar sei. Bei Abwesenheit einer palpablen Geschwulst legt Routier den größten Werth zur Stellung der Diagnose auf vorausgegangene Leberkoliken mit oder ohne Ikterus, auf den Schmerz, der besonders durch Druck auf die Gallenblasengegend erhöht wird, schließlich auf die meist vorhandene Störung des Appetits und dadurch bedingte Schwäche, die von Krebskachexie wesentlich unterschieden sei.

Während Tuffier die Cholecystostomie als die Operation der Wahl bezeichnet, neigt anscheinend die Mehrzahl der Pariser Chirurgen zur Cholecystektomie. Michaux, der Hauptvertreter dieser Richtung, begründete diese Ansicht in folgender Weise: Die Cholecystostomie sei durchaus keine so einfache Operation, als man sie oft hinstellt, die Extraktion der Gallensteine sei oft, namentlich wenn sie zwischen Falten der Blase eingekeilt festsaßen, recht schwierig und bei septischem Inhalt der Gallenblase stets mit der Gefahr der Infektion des Peritoneums verbunden; auch führt die Brüchigkeit der Wand oft zur Zerreißung der Blase. Im Gegensatz hierzu habe er bei der Exstirpation derselben, falls nicht ausgedehnte Adhäsionen mit der Nachbarschaft bestanden, keine nennenswerthen technischen Schwierigkeiten gefunden. Durch statistische Angaben sucht Michaux weiter zu beweisen, dass die Cholecystektomie kaum gefährlicher sei, als die Cholecystotomie. Hauptvorthail der ersteren Operation aber sei, dass sie radikaler sei, das Gallensteinleiden wirklich dauernd beseitige und die Unannehmlichkeiten und Gefahren der Gallenfistel vermeide. Seine vor 6—7 Jahren mittels Cholecystektomie operirten Pat. befänden sich seitdem sehr wohl. Bei gleichzeitiger Verstopfung des Ductus choledochus durch einen Stein könne man, wie er es in einem Falle mit Erfolg gethan habe, die Choledochotomie gleich der Cholecystektomie hinzufügen. Schwartz hält die Cholecystektomie bei noch kräftigen Personen für indicirt, falls diese eine noch ziemlich gesunde Leber haben, der Ductus cysticus und choledochus frei von Steinen sind und die Operation sich verhältnismäßig einfach ausführen lässt. Sind diese Bedingungen nicht vorhanden, so zieht er die Cholecystotomie vor. Gérard-Marchant ist gleichfalls Anhänger der Exstirpation der Gallenblase. In Fällen, in denen man den Stiel gut umschnüren kann, dieser nicht brüchig ist, hält er eine Drainage nach der Operation für unnöthig. Die Ablösung der Gallenblase von der Leber empfiehlt er in der Art vorzunehmen, dass er lieber Reste ihrer fibrösen Wand an der Leber hängen lässt, als das Gewebe dieser verletzt und Blutung erzeugt. Die zurückbleibende Wundfläche vernäht er in sich. Routier hält es für unmöglich, ganz bestimmte Regeln aufzustellen; die Zahlen der Statistik seien in keiner Hinsicht beweisend, da die große Verschiedenartigkeit der

einzelnen Fälle einen Vergleich der Resultate beider Operationen um so weniger zulasse, als man besonders schwierige, durch Adhäsionen complicirte Fälle meist nur der Cholecystostomie überwiesen habe. Konnte er bei Ausführung dieser Operation die Gallenblase wegen der bestehenden Verwachsungen oder wegen Brüchigkeit ihrer Wandungen nicht an die Bauchwand heranziehen und an sie annähen, so beschränkte er sich darauf, sie zu incidiren und zu drainiren und die Umgebung durch Einstopfen von Gaze zu schützen. Die Wunde der Bauchwand nähte er bis auf eine Stelle zu, durch die er Drain und Gaze nach außen leitete. Er hat nie einen Nachtheil hiervon gesehen. Ch. Monod stützte sich bei seinen Ausführungen namentlich auf die von seinem Schüler Morin auf seine Veranlassung zusammengestellte Statistik: 44 Fälle von Cholecystostomie; darunter 5 zweizeitige mit 5 Heilungen, 39 einzeitige mit 4 Todesfällen; 14 Fälle von Cholecystotomie: 6mal mit Fixation an der Bauchwand, 1 Todesfall; 8mal mit Versenkung der genähten Blase in die Bauchhöhle, 1 Todesfall; 17 Fälle von Cholecystektomie mit 17 Heilungen. Trotz dieser letzten Ziffer hält Monod, und gewiss mit Recht, die Cholecystostomie im Allgemeinen für minder gefährlich als die Gallenblasenexstirpation, die Gefahr einer bleibenden oder doch mindestens sehr lange persistirenden Gallenfistel nach ersterer indess für ziemlich erheblich: Morin fand unter 46 Fällen nicht weniger als 20mal diese unangenehme Komplikation. Freilich sei in allen diesen Fällen die Bildung der Fistel in so fern als ein Glück zu betrachten, als sie stets auf ein Hindernis des Gallenabflusses in den normalen Wegen hindeute. Im Allgemeinen will Monod die Cholecystostomie als minder gefährlich und gleich leistungsfähig vor der Cholecystektomie bevorzugt wissen, besonders wenn die Gallenblase inficirt ist; die Exstirpation der Blase hält er für indicirt, wenn sie hydropisch erweitert und der Ductus cysticus obliterirt ist, auch sonst für berechtigt, wenn der Ductus choledochus frei ist. Reclus verwies auf Fälle, in denen sich nach der Cholecystostomie noch Steine aus der Fistel ausgestoßen hätten, obwohl man bei der Operation trotz genauester Palpation keine mehr gefühlt habe; hier seien die Steine also noch in den oberen Gallenwegen vorhanden gewesen, und es sei ein Glück, dass man ihnen einen Ausweg gelassen habe. Reynier hält die Exstirpation der Gallenblase für gerechtfertigt bei Gallensteinkrankheit ohne Ikterus, da ja dann der Ductus choledochus frei sei; bei Bestehen von Ikterus soll man aber stets nur die Cholecystostomie ausführen, zumal dann der Ductus choledochus durch ein Pankreascarcinom verstopft sein könne. Zwei seiner Pat. sah er ziemlich kurze Zeit nach ihrer Rekonvalescenz von der Cholecystektomie an Influenza zu Grunde gehen; er hält es nicht für unwahrscheinlich, dass diese Todesfälle indirekt mit der Operation in so fern in Zusammenhang stünden, als durch die Exstirpation der Gallenblase die Funktion der Leber gestört und dadurch die Widerstandsfähigkeit der Individuen geschwächt sei.

Im Schlusswort hob Tuffier hervor, dass Übereinstimmung darüber zu herrschen scheine, dass die ideale Cholecystotomie und die rapide Heilung der Gallenfisteln verwerflich seien. Er giebt zu, dass die Gallenblasenexstirpation unter folgenden Bedingungen zulässig sei: 1) wenn sie wirklich leicht ausführbar sei, also keine Adhäsionen bestünden; 2) wenn die Leber aseptisch zu sein scheine; 3) wenn die tiefer gelegenen Gallenausführungsgänge sicher völlig durchgängig seien. Unter anderen Umständen aber bleibe die Operation ein Wagnis. Dass trotz der früher angeführten Zahlen die Cholecystostomie als die minder gefährliche Operation anzusehen sei, ginge schon daraus zur Genüge hervor, dass sämtliche Chirurgen ihr in Fällen den Vorzug geben, in denen das örtliche oder das Allgemeinbefinden zweifelhaft sei. Zu einer bleibenden Gallenfistel käme es nur, wenn irgend ein Hindernis für den Gallenabfluss in den tieferen Wegen bestünde; dann müsse man die Hindernisse aufzufinden und zu beseitigen suchen; bis dahin aber sei die Fistel ein Vortheil, ein Sicherheitsventil. Recidive nach der Cholecystostomie wegen Gallensteinen habe er bisher nicht beobachtet.

Beichel (Breslau).

8) **O. Sonnenburg**. Pathologie und Therapie der Perityphlitis. 3. umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage. Leipzig, **F. C. W. Vogel**, 1897. XII. u. 383 S. 42 Abb. im Text, 6 bunte Tafeln.

Wenn eine umfangreiche Monographie über eine lokale Krankheit wie die Appendicitis 3 Jahre nach dem Erscheinen der ersten Auflage zum dritten Mal aufgelegt wird, so liegt darin der Beweis, dass sie ein vorhandenes Bedürfnis erfüllt und den Beifall des ärztlichen Publikums gewonnen hat. Sich diesen auch ferner zu erringen, ist S. bemüht gewesen, auf Grund sowohl des Studiums der überreich zuströmenden Litteratur des Leidens, wie der von Jahr zu Jahr sich steigenden eigenen Erfahrungen, das Krankheitsbild immer klarer und schärfer herauszuarbeiten, seine Ansichten über Wesen und Behandlung des Leidens durch sorgfältige Krankengeschichten zu belegen und durch gute, z. Th. farbige Abbildungen die vom Lebenden gewonnenen Präparate zu erläutern. Der praktische Arzt findet in dem Buch für die mannigfachsten Krankheitsformen Vorbilder, für ihre Behandlung Rath und Beispiel, der wissenschaftliche Arbeiter eine Fülle individueller Anschauungen, denen er vielleicht nicht immer zustimmt, die ihn aber stets anregen werden.

Richter (Breslau).

9) **Doyen** (Paris). Pérityphlite et appendicite.

(Méd. moderne 1897. No. 42.)

D. wünscht die Indikationen zur Appendixbehandlung »nach den Gesetzen der allgemeinen Pathologie« aufgestellt zu sehen. Besonders will er betonen, dass eine große Zahl von Wurmfortsatzerkrankungen als echte Lymphangitiden angesehen werden müssen; daneben giebt

es ulceröse Formen. Die echte Appendicitis ist meist durch Fremdkörper verursacht und verläuft eben so verschieden wie die Tubenerkrankungen, gelegentlich sich spontan in das Coecum entleerend oder nach Vereiterung durch lokalisierte oder allgemeine Peritonitis oder subperitoneale Phlegmone endigend. Diese heilt oft nach einfacher Incision. D. will deshalb den alten Namen »Perityphlitis« beibehalten. Die Perforation erfordert Laparotomie. Die pericoecale Lymphangitis geht aber meist zurück durch Resolution. Recidive sind das Zeichen von Entzündungen in der Höhle des Appendix oder von »Lymphgefäßabscessen«. Letztere sollen womöglich extra-peritoneal eröffnet werden durch baldigen Schnitt in der Fossa iliaca.

Roesing (Hamburg).

10) **Jalaguier.** Traitement de l'appendicite; procédé opératoire destiné à assurer la reconstitution solide de la paroi abdominale après l'excision à froid de l'appendice.

(Presse méd. 1897. No. 10.)

Zur Vermeidung von Bauchbrüchen nach oben genannter Operation hat Verf. ein Verfahren eingeschlagen, welches eine feste und dauerhafte Narbe zu sichern scheint: Hautschnitt von 8—10 cm Länge in der Mitte zwischen Spina ant. sup. ossis ilei und Nabel, parallel dem äußeren Rande des Musculus rectus abdominis; Durchtrennung der Fascie des Obliquus ext.; Zurückschlagen des inneren Theiles der Fascie nach innen bis zur Scheide des Musculus rectus; Incision der Muskelscheide, etwa 1,5 cm nach innen vom äußeren Rande, stumpfes Zurückdrängen des Muskels nach innen; darauf vorsichtiges Durchschneiden des hinteren Scheidenblattes, wieder 1,5 cm innerhalb der Vereinigung mit dem vorderen Blatt der Muskelscheide. Hierbei ist die Arteria und Vena epigastrica zu vermeiden, die im unteren Wundwinkel schräg von außen nach innen zwischen Fascie und Peritoneum verläuft. Nach Exstirpation des Wurmfortsatzes folgt der Verschluss des Bauchfells mit fortlaufender Naht. Der Rectus legt sich nun über die Naht des Peritoneums, wird mit einigen Nähten an seine vereinigten Scheidenblätter fixirt. Sodann fortlaufende Naht des vorderen Scheidenblattes. Eine dritte Naht vereinigt die Fascie des Obliquus ext. wieder und eine Seidennaht die Hautwunde.

Es wird also die eigentliche Bauchwunde von dem breiten Muskel bedeckt; jede Schicht bedeckt wieder die darunter liegende Naht in anderer Richtung. So glaubt Verf. ein Auseinanderweichen und Austreten von Bauchinhalt zu verhüten. Dies Verfahren hat sich ihm bereits in 12 Fällen bewährt und ist besonders bei Kindern anwendbar, kaum bei Erwachsenen. (Mit einem Schnitt, wie ihn Sonnenburg ausführt, dicht am Os ilei entlang, dürfte man noch besser die Bauchbrüche vermeiden; die Resektion des Proc. vermiformis ist dabei auch nicht schwerer. Aber es ist denkbar, dass man

auch für Laparotomien aus anderen Gründen dies einfache Verfahren anwenden kann, um Bauchbrüche möglichst zu verhüten. Ref.)

Tschmarke (Magdeburg).

11) G. R. Fowler. Typical excision versus inversion of the vermiform appendix.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. Februar.)

Verf. empfiehlt als »Idealmethode« die Excision des Processus vermiformis aus der Blinddarmwand, welche letztere durch eine tabakbeutelförmig angelegte Bauchfellaht (purse-string suture) geschlossen wird. Die Durchtrennung des Processus am Blinddarm findet nach Anlegung einer Temporärligatur in der Wand des letzteren mit dem Thermokauter statt.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Beitrag zur Differentialdiagnose von Gallensteinileus und Appendicitis.

Von

Prof. Th. Kölliker in Leipzig.

Im Folgenden berichte ich über einen Fall von Gallensteinileus, der mancherlei diagnostische Schwierigkeiten bot und ein Analogon zu einem von Sonnenburg in seinem Buche über die Pathologie und Therapie der Perityphlitis (p. 35) beschriebenen darstellt.

Es handelte sich um eine Dame von 58 Jahren, die nicht nur schon an Gallensteinikolen gelitten, sondern auch einige Monate vorher, ehe sie in meine Behandlung trat, eine Appendicitis durchgemacht hatte. Pat. war 3 Tage vorher mit Stuhlverhaltung erkrankt und hatte seit 24 Stunden Kothbrechen. Das Allgemeinbefinden war verhältnismäßig wenig gestört, Fieber nicht vorhanden. In der Ileocoecalgegend fühlte man einen Tumor. Der Hausarzt hatte den Darmverschluss als Folge von Kompression durch ein altes perityphlitisches Exsudat erklärt, ein hinzugezogener Gynäkolog dagegen eine Adnexerkrankung diagnostiziert und den Ileus mit dieser in Zusammenhang gebracht. Irgend welche Erscheinungen von den Gallenwegen her bestanden nicht und hatten sich auch in der letzten Zeit nicht gezeigt. Ich schloss mich der Ansicht des Hausarztes an, dass durch ein perityphlitisches Exsudat der Darm verlegt werde. Bei der unklaren Diagnose eröffnete ich die Bauchhöhle in der Mittellinie. Es zeigte sich die rechte Hälfte der Bauchhöhle durch ausgedehnte Verwachsungen namentlich auch mit der vorderen Bauchwand vollständig abgeschlossen und unzugänglich. Von links her drängten sich stark geblähte Dünndarmschlingen vor. Als ich sie verfolgte, kam ich auf einen festen, das Darmlumen vollständig ausfüllenden Körper. Der Darm wurde nun an seiner Konvexität eröffnet und ein 4 cm langer und 3 cm breiter Gallenstein extrahiert. Die Darmschleimhaut hatte den Stein fest umschlossen und war oberflächlich ulcerirt. Ich verschloss die Wunde im Darm durch Lembert'sche Nähte, reponierte die Darmschlinge und vereinigte die Bauchdecken. Nach dem Wurmfortsatz zu suchen war in Folge der ausgedehnten Verwachsungen ausgeschlossen. Die Heilung erfolgte in durch-aus glatter Weise, der erste Stuhl trat nach 24 Stunden ein.

Mein Fall erinnert, wie schon gesagt, lebhaft an einen von Sonnenburg beschriebenen. In diesem handelte es sich um eine 50jährige Pat., die mehrere perityphlitische Anfälle durchgemacht hatte. Neuerdings war eine Resistenz in

der Ileocoecalgegend unter akuten Erscheinungen und Ileus eingetreten; Fieber fehlte. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand sich ein chronisch entzündeter, mäßig verwachsener Wurmfortsatz, der kaum als genügende Ursache für die neuerliche Erkrankung angesehen werden konnte, zugleich war die vorher fühlbare Resistenz verschwunden. Beim Versuch, sie zu finden, stieß man auf einen harten, in einer Darmschlinge liegenden Körper, der sich als mächtiger Gallenstein erwies. Pat. ging im Collaps und unter Wiederauftreten des Ileus zu Grunde. Bei der Sektion fand sich ein zweiter Stein im Duodenum eingekleibt, ein weiterer in einer nach Verschwärung entstandenen Kommunikation zwischen Gallenblase und Duodenum, und ein vierter auch in der Gallenblase. Die Schlinge, aus der der Gallenstein herausgeschnitten worden war, fand sich auf eine weite Strecke gangränös geworden.

Wichtig und von Interesse sind beide Fälle aus dem Grunde, weil sie zeigen, dass Gallensteinileus unter Umständen ein Appendicitisrecidiv vortäuschen kann. Es wird schwer halten, vor Eröffnung der Bauchhöhle die richtige Diagnose zu stellen, immerhin könnte in erster Linie größere Verschieblichkeit des vermeintlichen perityphlitischen Exsudates auf den richtigen Weg leiten, weiterhin das akute Einsetzen des Ileus ohne Fieber einen Fingerzeig bieten.

12) C. Gradenigo. Deux cas d'abcès cérébral otitique.

(Ann. des malad. de l'oreille Bd. XXIII. p. 396.)

I. 6jähriger Knabe, seit 3 Jahren rechts Otorrhoe, seit 1 Jahr mit Blutbeimengung; am Tag vor der Untersuchung Aufhören der Otorrhoe, dafür Kopf- und Ohrschmerzen, Erbrechen, Fieber mit Frösten, Bewusstseinsverlust. Beiderseits Neuritis opt.; dann unter heftigem Fieber Delirien und Koma. Eröffnung des Warzenfortsatzes und Entleerung cholesteatomatöser Massen, wobei die Dura sich freigelegt, sonst unverändert erweist, schafft keine Besserung. Nackenstarre. Deshalb am folgenden Tage Probepunktion durch die freiliegende Durapartie: sie ergiebt Eiter; darauf breite Eröffnung des Abscesses durch die Schläfenschuppe. Am 3. Tage danach Hirnvorfall, bis nussgroß; am 5. Tage beginnt 10 Tage dauerndes »pyämisches« Fieber, das erst mit Entleerung eines Abscesses der »intramastoidealen« Weichtheile, unter gleichzeitiger Rückbildung des Vorfalls aufhört. Eine Sinusthrombose nicht gefunden. Dann glatte Heilung. Im Hirneiter Staphylococ. pyog. aur., recht virulent. Aus dem Blut, das aus den präaurikulären Weichtheilen während der Fieberperiode entnommen wurde, ließ sich derselbe Staphylococ. und der Diplococ. Fränkel züchten. Ob diese Thatsache aber ausreicht, um eine auf einer Mischinfektion beruhende »Septämie« zu diagnostizieren, wo doch eine lokale Wundkomplikation das Fieber völlig erklärt, möchte Ref. stark bezweifeln. — II. 20jähriger Bauer, seit 8 Jahren rechts Ohreiterung, seit 2 Monaten Schmerzen im Ohr, in der rechten Kopfhälfte, Facialislähmung rechts, Fieber. Hörprüfung weist auf Betheiligung des Labyrinths hin, im Gehörgang Eiter und ein großer Polyp. Beiderseits, rechts stärker, Neuritis optica; Gleichgewichtsstörungen, Patellarreflexe, besonders rechts, gestärkt. Bei der Eröffnung des Warzenfortsatzes erweist sich der ganze Inhalt der Paukenhöhle und deren Labyrinthwand, so wie das Tegmen tymp. in $1\frac{1}{2}$ cm Ausdehnung zerstört; eine Fistel mit unregelmäßigen Rändern führt durch die Dura 1 cm in die Hirnsubstanz, lässt einige Tropfen Eiter austreten. Nach Freilegung der Dura an der Schläfenschuppe 3 erfolglose Probepunktionen in dieser Gegend. Vollkommene Heilung ohne einen weiteren Eingriff als die $1\frac{1}{2}$ Monat später erfolgte Exstruktion der nekrotischen Schnecke. — Die Krankengeschichten sind reichlich kurzgefasst! (Ref.)

Kümmel (Breslau).

13) F. W. Ramsay. Fixation of liver and both kidneys in a case of Glenard's disease.

Verf. hat bei einer 39jährigen Frau wegen Wanderniere zuerst linkerseits, dann nach $\frac{1}{2}$ Jahr rechterseits die Nephropexie ausgeführt nach der Methode Pouillet's (?) (im Original steht Vulliet; die Methode ist aber unter dem Namen

Pouillet's im Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie 1895 von Hildebrand referirt. Anm. d. Ref.). Der Erfolg dieser Methode, die darin besteht, dass eine Sehne des langen Rückenmuskels von ihrem oberen Muskelansatz gelöst und schlingenförmig unter der Nierenkapsel an der Hinterfläche der Niere von oben nach unten durchgeführt wird, soll ein vorzüglicher sein. Weitere Beschwerden, die auf eine Wanderleber zurückgeführt wurden, führten nach 2 Monaten nochmals zu einer Operation, der Fixation der Leber. Diese wurde in der Weise vorgenommen, dass zunächst das Lig. teres in der Nähe der Leber durchstochen und mit einer Seidenligatur versehen wurde — deren eines Ende dann mit einer gekrümmten Nadel von oben nach unten um den Rippenknorpel der 7. Rippe herumgeführt und mit dem anderen Ende am Lig. teres geknotet wurde. Der immer noch mobile rechte Leberlappen wurde durch eine besondere Naht, die 2 Zoll vom rechten Leberrand durch das Lebergewebe hindurch und dann durch die anliegende Bauchwand geführt wurde, besonders fixirt.

2 Monate später verließ die Pat. völlig geheilt und beschwerdefrei das Hospital. Die Heilung hatte $\frac{3}{4}$ Jahr später noch völlig Stand gehalten.

F. Kramm (Karlsruhe).

14) E. Patry. Hépatocèle opérée.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1896. No. 7.)

Neugeborenes Kind. Im Epigastrium findet sich in der Mittellinie zwischen Schambein und Schwertfortsatz, mehr gegen den letzteren, eine Geschwulst von der Größe einer Orange, rötlich, leicht höckrig, rund, mit glatten Rändern auf allen Seiten. Eine dünne, leicht abziehbare, halb durchscheinende, gegen den Nabelstrang sich fortsetzende Membran bedeckt denselben. Der Nabel sitzt auf letzterem selbst und pflanzt sich $1\frac{1}{2}$ cm nach dessen unterem Ende fort. Die ziemlich resistente, gedämpfte Geschwulst ist leicht reponibel, stellt sich bei Nachlassen der Taxis sofort wieder her. Leberdämpfung fehlt. Diagnose: »Entwicklungshemmung der Bauchwände, Mangel einer Verbindung derselben in der Mittellinie, Leberektopie«.

2 Tage nach der Geburt in Chloroformnarkose Schnitt über der Geschwulst in der Mittellinie vom oberen Rand bis zur Nabelinsertion; Reposition der leicht erkennbaren Leber, Resektion der Membran, Anfrischung der Hautränder und Naht derselben auf beiden Seiten; fortlaufende Naht der Membran, darüber Naht der Haut bis zur Nabelinsertion. Nach der Reposition der Leber, im Moment der Berührung derselben mit dem Zwerchfell, stockt die Athmung, wird jedoch sehr bald künstlich wieder hergestellt. Im Verlauf der Heilung Ikterus und Diarrhöen. 30 Tage post operat. verlässt das Kind das Hospital geheilt bis auf eine obere, in Folge Nahtdurchschneidung granulierende Fläche von geringer Ausdehnung. 6 Monate später wird bei dem kräftig entwickelten Kind ein taubenei-großer, mittels Bandage leicht zurückzuhaltender Nabelbruch konstatiert. Die Hepatocele war hier der einzige Entwicklungsfehler entgegen sonst häufig gemachten Beobachtungen wie »Polydaktylie, Anus imperforatus u. A.«.

Nach Macdonel d'Albany existiren 2 Statistiken: »Von 19 Operirten starben 2, 17 sind geheilt. Von 12 Nichtoperirten starben 9, 3 sind geheilt« — ein Beweis für die Nothwendigkeit der Operation, die frühzeitig auszuführen ist und keine Gefahren bringt.

Kronacher (München).

15) A. Boari. Ein Fall von primärer Aktinomykose der Leber beim Menschen.

(Policlinico 1897. Januar 1.)

Verf. fügt den schon bekannten, ziemlich seltenen Fällen von primärer Leberaktinomykose einen neuen aus eigener Beobachtung hinzu. Es handelte sich um einen 37jährigen Mann, der mit Fieber und Schmerzen im rechten Hypochondrium erkrankte; dazu kam beträchtliche Abmagerung. Allmählich ließ sich eine schmerzhaft Anschwellung in der Lebergegend nachweisen. Da die Probepunktion Eiter ergab, so wurde eine Radikaloperation vorgenommen: Resektion der 8. bis 10. Rippe, breite Eröffnung des Abscesses. Es entleerten sich etwa 500 g Eiter,

untermischt mit Parenchymfetzen und gelblichen Körnern, die als Aktinomyces erkannt wurden. Nach dem Eingriff erholte sich der Kranke beträchtlich, das Fieber fiel ab, die Eiterung ließ allmählich nach. Nach einigen Monaten neue Verschlimmerung: linksseitiges Pleuraexsudat, Husten und Fieber. Pat. ging unter den Erscheinungen der Pyämie zu Grunde, 4 Monate nach der Operation.

Die Autopsie bestätigte die Diagnose: es fand sich ein aktinomykotischer Abscess im rechten Leberlappen, der das Parenchym fast ganz durchsetzte; in der Peripherie kleinere Eiterherde. Lebergewebe degenerirt. Trübe Schwellung der Nieren. Milzschwellung. Außerdem fanden sich kleinere metastatische Abscesse in beiden Lungen. Im Eiter des Leberabscesses ließen sich die charakteristischen Aktinomyceskörner in großer Anzahl nachweisen; dagegen fehlten dieselben in den Lungenabscessen.

Verf. hält es für wahrscheinlich, dass der Parasit durch den Mund in den Körper eingedrungen und dann auf dem Weg der Blutgefäße in die Leber gelangt sei.

H. Bartsch (Heidelberg).

16) A. A. Bobrow. Alveolärer Echinococcus der Leber.

(Die Chirurgie 1897. Hft. 6. [Russisch].)

Besonders die russische Litteratur kann B. nur dankbar dafür sein, dass er für diesen seltener vorkommenden Echinococcus den obigen Namen gewählt hat und eingeführt haben will, denn durch die Bezeichnung Echinococcus multilocularis ist manches Missverständnis erfolgt, wenn es sich um mehrfach oder zahlreich an verschiedenen Stellen vorkommende Blasen des einfachen Echinococcus handelte. Zu dieser Unterscheidung reichte aber die alte Bezeichnung nicht aus. Der von B. operirte Fall betraf eine 25jährige Frau, die nach ihrer 2. Entbindung anscheinend Parametritis und angeschwollene Leistenrösen auf der rechten Seite bekommen hatte. Im August 1896 hatte sie dann ihre letzte Niederkunft, und im Oktober, 4 Monate vor ihrem Eintritt in die Moskauer Fakultätsklinik, wurde in der rechten Seite eine Geschwulst festgestellt. Dieselbe hing, wie die Untersuchung ergab, offenbar mit dem unteren Leberrand zusammen und wölbte in eigenthümlicher Weise die Bauchdecken an dieser Stelle vor. Sie war von leicht gekörnter Oberfläche, stellenweise fühlte man derbere, narbige Stränge. Auf Druck war sie etwas schmerzhaft.

Unter der Diagnose einer Neubildung der Leber wurde am 22. Februar 1897 die Laparotomie gemacht. Der untere Theil der Geschwulst bestand aus einem blassen, derben, weißlichgrauen Gewebe. Beim Einschnitt kam fast kein Tropfen Blut. Auf dem Durchschnitt sah man nirgends Bläschen. Nur mit der Lupe erkannte man am ausgeschnittenen Gewebe, dass in ihm kleinste Hohlräume vorhanden seien. B. schnitt nun von der Geschwulstmasse, 14 cm im Durchmesser, 200 g schwer, heraus und nähte die Wunde an die Ränder der Bauchwunde an. Der Grund der Wunde bestand noch aus Geschwulstmasse. Tamponade mit Jodoformgaze. Nach 40 Tagen konnte die Pat. der Moskauer chirurgischen Gesellschaft vorgestellt werden.

Der Arbeit ist eine mikroskopische Abbildung von dem bekannten charakteristischen Aussehen des Echinococcus alveolaris beigegeben.

B. erörtert weiterhin die Schwierigkeit der Diagnose. Am ehesten kann dieser Echinococcus mit Krebs verwechselt werden, und B. ist der Überzeugung, dass Mancher wohl nach der Laparotomie die Wunde wieder zugenäht hat, in der Meinung, es handle sich um inoperablen Krebs. Er selbst erinnert sich solcher Fälle. Man kann sich vor solchem Irrthum nur schützen, wenn man in ähnlichen Fällen ein Stückchen Geschwulst zur Sicherung der mikroskopischen Diagnose herausnimmt.

Die Therapie ist recht wenig aussichtsreich; B. befürwortet ein energisches Vorgehen, da in den zurückgebliebenen Resten, wie auch in seinem Falle, die lebenden Echinokokken weiter wuchern. Ob Einspritzungen von Jod, Jodkali, Karbolsäure in die nicht entfernbaren Geschwulstreste von Einfluss sein können, muss die weitere Erfahrung lehren.

E. Brantz (Königsberg i/Pr.).

17) v. Dungern. Über Cholecystitis typhosa. (Aus dem hygienischen Institut in Freiburg i/Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 26.)

Der mitgetheilte interessante Fall betraf eine 46jährige Frau, die vor 14½ Jahren einen Abdominaltyphus durchgemacht hatte. 5 Jahre später traten heftige kardi-algische Anfälle mit Erbrechen auf, die sich in den nächsten 2 Jahren wiederholten, dann erst nach einer Pause von 6 Jahren wiederkehrten; zu dieser Zeit litt Pat. auch an einer eitrigen Unterkieferperiostitis, die nach Ausstoßung eines nekrotischen Knochenstückchens ausheilte. Nach einem weiteren Jahre neuer Anfall und Nachweis einer kleinbirn großen Geschwulst in der Gegend der Gallenblase bei gleichzeitigem Auftreten von Frost und Fieber, ohne Ikterus; rasches Wachsthum derselben bis zu Kindskopfgröße und Durchbruch durch die Bauchmuskulatur unter die Haut. Bei der Operation wurden 150 ccm »braungelblichen, nicht gallig gefärbten Eiters« entleert; ein Zusammenhang der Abscesshöhle mit der Gallenblase war nicht sicher festzustellen, obwohl die Sonde in der Richtung nach letzterer 10 cm weit hineingelangte. Die Untersuchung des Eiters ergab die Anwesenheit zahlreicher Typhusbacillen von geringer Virulenz bei Impfung auf Thiere (Reinkulturen, Serumreaktion). Verf. ist deshalb geneigt, die Entstehung der Cholecystitis auf die frühere Typhuserkrankung der Frau zurückzuführen, so auffallend auch die lange Latenz von 5 Jahren bis zum Auftreten der ersten Erscheinungen ist. — Der während des weiteren ungestörten Wundverlaufs entleerte Eiter war manchmal gallig gefärbt.

Kramer (Glogau).

18) Fuchs. Ein Fall von akuter Cholecystitis und Cholangitis mit Perforation der Gallenblase. Operation (Mikulicz), Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 30.)

Es handelte sich um eine 27jährige Frau, welche am 5. Tage des Wochenbetts bohrende Schmerzen in der Magengrube bekam, die bis in den Rücken unterhalb der Schulterblätter ausstrahlten. Der Anfall, welcher nach ½ Stunde vorüber war, wiederholte sich noch einige Male und wich jedes Mal auf Morphinum. 3 Wochen später folgte einem besonders heftigen und schmerzhaften Anfall Apathie, frequenter Puls bei normaler Temperatur, Übelkeit, Ikterus. Abdomen leicht meteoristisch aufgetrieben; unterhalb der Gallenblase war eine handteller-große, prominente, sehr druckempfindliche Stelle zu palpieren. Die Diagnose leitete auf eine beginnende Peritonitis, die dadurch erklärt wurde, dass ein eingeklemmter Stein den Gallengang zu usuriren begann, und wurde durch die von Mikulicz ausgeführte Operation bestätigt. Nach Eröffnung der sehr vergrößerten und gespannten Gallenblase, deren Gewebe außerordentlich brüchig war, konstatierte der eingeführte Finger, dass die Blase in der Nähe des Ductus cysticus lateralwärts weithin usurirt und perforirt war, und dass sich eine perihepatische Abscesshöhle gebildet hatte, die durch fibrinöse Verklebungen der umgebenden Darm- und Netzpartien abgeschlossen war. Aus dieser Höhle wurden 34 pfefferkorn große Steine herausgeholt. Der Wundverlauf war ein vollständig reaktionsloser, die Wunde schloss sich rasch.

F. reiht den Fall jenen von akuter idiopathischer Cholecystitis und Cholangitis an, in welchen der Process unter schweren septischen Erscheinungen ganz ohne Zusammenhang mit Gallensteinen sich entwickelt. Die Infektion hatte mit Bacterium coli stattgefunden, die schweren Erscheinungen, Stauung und schließlich Perforation der Gallenblase waren durch eitrige Schwellung und Verstopfung des Ductus cysticus und hepaticus zu Stande gekommen. Es hat sich somit um eine von der inficirten Gallenblase ausgehende, umschriebene perforative Peritonitis gehandelt.

Gold (Bielitz).

19) Beck. When shall we operate for cholelithiasis?

(22 Seiten.)

Nachdem Verf. die verschiedenen Symptome, welche die Diagnose auf Gallensteine absolut sicher stellen, angegeben hat, bespricht er einige Fälle, bei welchen

die Diagnose auf Gallensteine nach den Symptomen überhaupt nicht gestellt werden konnte. Erst durch die Laparotomie wurde die Gallenblasenerkrankung festgestellt.

Im 1. Falle wurde eine Pat., welche 9 Monate hindurch von gelegentlichen Schmerzen in der Nabel- und der rechten Lendengegend gequält wurde, als an Lumbago leidend behandelt. Später wurde eine leichte Verdickung in der Nabelgegend bemerkt und eine Nabelhernie diagnosticirt und, da noch später Erbrechen, Schmerzen nach den Mahlzeiten und Abmagerung eintraten, wurde Pyloruskrebs angenommen. Es war während der ganzen Zeit weder Ikterus aufgetreten, noch konnten Schmerzen beim Druck auf die Gallenblasengegend ausgelöst werden. Bei der Laparotomie zeigte sich eine mannsfaustgroße birnenförmige Gallenblase, welche mit dem Netz und Col. transv. verwachsen war. Die Haut der Blase war derartig verdickt, dass sie unter dem Messer knirschte. Nach Eröffnung der Gallenblase zeigte sich ein hühnereigroßer Gallenstein, welcher vor dem Ductus cysticus lag. Durch die Operation wurde Pat. vollständig geheilt.

Bei einem 2. Falle, bei welchem Appendicitis diagnosticirt worden war, da sich Schmerzen hauptsächlich in der rechten iliacalen Gegend gezeigt hatten und Erbrechen sehr häufig war, wurde bei der Eröffnung des Bauches ebenfalls eine stark vergrößerte Gallenblase gefunden, in welcher sich 96 kleine Gallensteine befanden, die Empyem derselben verursacht hatten. Gelbsucht war niemals eingetreten. Die Pat. wurde durch die Operation ebenfalls vollständig wieder hergestellt.

In einem 3. Falle hatte ein Stein in der Gallenblase Entzündung, Ulceration und Perforation hervorgerufen. Ikterus war niemals konstatiert worden. Pat. hatte sich zwar immer etwas unwohl gefühlt, litt erst seit 2 Tagen vor der Operation an Schüttelfrösten, Erbrechen, Verstopfung und Meteorismus, ging auch in dieser Zeit noch immer in seiner Wohnung hin und her. Bei der Laparotomie fand sich eine vollständig gangränöse Gallenblase, gefüllt mit übelriechendem Eiter und 5 erbsengroßen Gallensteinen; übrigens eine ausgedehnte eitrige Peritonitis. Pat. starb 2 Tage nach der Operation. Jedenfalls standen die klinischen Erscheinungen durchaus nicht im Verhältnis zu der Schwere der Erkrankung.

Eine 4. Pat., schwanger, litt seit einigen Jahren an leichten Kolikschmerzen in der Gallenblasengegend. Vor 4 Monaten bekam sie Fieber, magerte ab, erbrach und hatte Durchfall. Es wurde Typhoid diagnosticirt. Nach 3 Wochen verlor sich das Fieber und Pat. fühlte sich wieder gesund. Dann traten Schüttelfröste auf verbunden mit Kolikanfällen im rechten Hypochondrium und dann zum ersten Mal Ikterus. 24 Stunden nach dem Ikterus gebar Pat. Das Kind lebte noch 30 Stunden im Inkubator. Nun wurde eine gänseeigroße, beim Berühren sehr schmerzhaft Geschwulst in der Gallenblasengegend gefühlt. Bei der Laparotomie fand man die Gallenblase sehr vergrößert und vielseitig mit dem Netz verwachsen. Bei der Loslösung platzte sie und entleerte viel stinkenden Eiter. Ein Stein wurde nicht gefunden, weil er wahrscheinlich bei der Operation in das Ileum hineingedrückt worden war. Die Pat. war nach der Operation vollständig frei von irgend welchen Schmerzen.

Ein 5. Fall hatte weniger günstigen Ausgang.

Ein Pat., der wegen Verdauungsbeschwerden, Kolikschmerzen in der Magen- gegen auf Dyspepsie behandelt worden war, zeigte plötzlich Zeichen von Peritonitis. 4 Tage nachher Laparotomie. Es wurde Peritonitis und ein großer Abscess gefunden, dessen Wände durch Verwachsungen der Gallenblase mit dem Netz und dem Col. transv. gebildet wurden. Die Gallenblase war durchbohrt, es entleerte sich auch jetzt noch dünner übelriechender Eiter und mit ihm an 100 Gallensteine von der Größe einer Erbse. Pat. starb 2 Tage später an Sepsis.

Bei einem weiteren Falle wurde eine Pat. wegen Magenkrämpfen lange Zeit mit Morphium behandelt. Eines Tages wurde der Stuhlgang untersucht, und es fanden sich in demselben Gallensteine. Es bestand Übelkeit und Erbrechen und nur in sehr geringem Grade Ikterus. Bei Eröffnung der Gallenblase fanden sich viele Gallensteine von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Erbse.

Bei weiterer Untersuchung zeigte sich noch ein walnussgroßer Stein, welcher vor dem Ductus choledochus lag. 3 Wochen nach der Operation war Pat. vollständig hergestellt.

Zuletzt führt Verf. noch einen Fall an, bei welchem Gallensteine aus den Symptomen (Ikterus, Erbrechen, Schüttelfröste, Koliken, Schmerz bei Druck auf die Gallenblasengegend) sicher diagnosticirt waren. Puls 80. Temperatur normal. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle flossen sofort 3 Esslöffel voll serösen Eiters ab. Die obere Fläche der Leber war bedeckt mit fibrinösem Belag, und vom Grunde der Gallenblase bis an den äußeren Rand der Leber war ein Abscess, welcher sofort eröffnet und ausgeschabt wurde. Die Gallenblase wurde incidirt und entleerte stinkenden Eiter. In der Tiefe derselben wurden 2 große viereckige Gallensteine mit einigen kleinen Bruchstücken entleert. Trotz der Größe der Infektion, speciell bei Betheiligung der Leber und des Peritoneums, trat vollständige Heilung ein.

Bei den ersten 6 Fällen konnte man zweifelhaft sein, ob überhaupt ein Gallenblasenleiden vorlag. Verf. kommt auf Grund dessen zu der Ansicht, dass unzählige Pat., die als magenleidend behandelt werden, gallenblasenleidend seien. Mit wenig Ausnahmen seien die sogenannten Magenkrämpfe Gallensteinkoliken. Als das Wesentlichste in der Diagnose Gallensteine erscheinen dem Verf. Schmerzen im Epigastrium oder der Herzgegend. Doch soll man an Gallensteine auch bei Schmerzen in der rechten Fossa iliaca denken, selbst wenn sie nicht kolikartig auftreten. Auch hält Verf. die Probe auf Gallenfarbstoff im Urin nicht für sicher, in so fern sich oft im Urin Gallenfarbstoff nicht nachweisen lasse, und eben so stehe es mit dem Puls und der Temperatursteigerung, da selbst bei Empyem und Ulceration der Gallenblase die letzteren ausblieben.¹

Verf. beantwortet endlich die Frage: »Soll man, wenn Gallensteine sicher diagnosticirt sind, sofort operiren oder zunächst Mineralwässer oder interne Mittel anwenden?« dahin:

Es soll die Cholestomie gemacht werden:

- 1) Sobald eine akute Gallenblasenerkrankung diagnosticirt ist.
- 2) Bei chronischem Hydrops der Gallenblase.
- 3) Wenn wiederholte akute Gallensteinkoliken mit Fieber aufgetreten sind.
- 4) Bei Gallenstein-Ileus.
- 5) Eine Probelaпарotomie ist angezeigt, wenn in zweifelhaften Fällen Entzündungserscheinungen in der Gallenblasengegend auftreten, die eine Peritonitis befürchten lassen.

O. Benecke (Hamburg).

20) Tuffier. Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystostomie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 245.)

T. betont die oft vorhandenen Schwierigkeiten der Diagnose der Cholelithiasis, die besonders groß sein können bei der Differentialdiagnose zwischen Echinococcus und Hydrops der Gallenblase. In einem Falle glaubte er, es selbst während der Operation noch mit einer Echinococcuscyste zu thun zu haben, welche in erheblicher Größe der unteren Leberfläche ansaß, und wurde in dieser Diagnose noch bestärkt, als die Punktion der dünnwandigen, völlig transparenten Cyste fast 1 Liter wasserklarer, farbloser Flüssigkeit entleerte. Erst nach Annäherung der Cyste an die Bauchwand und breiter Eröffnung entdeckte man in ihr 23 typische Gallensteine. Heilung erfolgte innerhalb 14 Tagen.

T. hat die Cholécystostomie bisher 14mal ausgeführt, darunter 13mal bei Frauen, 1mal bei einem Manne. 11 der Operirten genasen, 2 starben an Zufällen, die von der Operation selbst unabhängig waren, der 3. starb an septischer Peritonitis. Die Schuld an diesem unglücklichen Ausgang sieht Verf. darin, dass er in diesem einen Falle die Gallenblase unvorsichtigerweise eröffnet habe, ehe er sie in die Bauchwunde fixirte. Dabei floss septischer Inhalt in die Bauchhöhle; die Blase hatte außer 500 Steinen einen schmierigen Inhalt, reich an Bacterium coli, enthalten. — Die ideale Cholécystostomie hält T. nur in sehr seltenen Fällen für indicirt, in denen man der Asepsis des Blaseninhalts und der Durchgängigkeit der Gallenwege ganz sicher ist.

Reichel (Breslau).

21) **F. Lejars.** Arises répétées de coliques hépatiques; ictère chronique, décoloration des selles, chez une femme de 62 ans. Laparotomie: gros calculs oblitérateurs du canal cholédoque. Cholédocotomie, extraction du calcul, suture du canal. Fistule biliaire temporaire. Guérison. Rapport par M. Michaux. Discussion sur la cholédocotomie. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXII. p. 430, 459, 488, 530, 546.)

- Der alles Wesentliche enthaltenden Überschrift wäre höchstens hinzuzufügen, dass die Kolikanfälle bereits seit 30 Jahren, der chronische Ikterus seit 2 Jahren bestanden, gleichwohl die Leber nicht vergrößert oder degeneriert war. Der extrahierte Gallenstein war unregelmäßig eiförmig, 22 mm lang, 18 mm breit und dick.

Der Berichterstatter Michaux tadelt, dass Broca den Schnitt in der Medianlinie und nicht am äußeren Rande des rechten geraden Bauchmuskels geführt habe; habe auch der Erfolg im speciellen Falle Broca Recht gegeben, so sei es im Allgemeinen doch richtiger, den Gallengang von der Gallenblase aus aufzusuchen. Ferner verlangt Michaux vor Vornahme jeder Operation an der Leber oder den Gallengängen eine genaue Feststellung der Leberfunktion durch Untersuchung des Urins auf Glykosurie; man beschränke sich nicht nur auf die Palpationsergebnisse. Hohes Alter, voluminöse, ungenügend funktionierende Leber, Veränderung der Nieren hält er für formelle Kontraindikationen eines operativen Eingriffes.

In der sich an diesen Vortrag Michaux's anschließenden eingehenden Diskussion in der Pariser chirurgischen Gesellschaft betonten alle Redner die Schwierigkeit der Diagnose des Verschlusses des Ductus choledochus durch Gallensteine, wie der operativen Technik. Gérard-Marchant hat 5mal wegen dieses Leidens operiert. Im 1. Falle war es ihm wegen massenhafter Adhäsionen unmöglich, den Ductus choledochus zu finden; zum Glück des Pat. ging jedoch 2 Tage nachher, freilich nach intensiven Koliken, spontan ein großer Gallenstein mit dem Stuhle ab, und Pat. genas. Im 2. Falle fand G.-M. keinen Stein, legte eine Gallenistel an; die Kranke starb nach 1½ Jahren nach vorübergehender Besserung; bei der Obduktion fand man die Gallenwege stark erweitert, aber nirgends einen Stein. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine ausgedehnte Angio- und Periangiocholitis. Im 3. Falle war das Ergebnis der Abtastung des Ductus choledochus nach einem Stein negativ. Pat. starb an Peritonitis. Die Autopsie zeigte einen Tumor, der das Ende des Gallenganges verschloss. In seinen 2 letzten Fällen fand und extrahierte G.-M. Steine im Gallengang; der 1. Pat. genas, der 2. ging zu Grunde.

Fehlen von vorausgegangenen Leberkoliken lässt nach G.-M. stets an der Diagnose: Choledochussteine zweifeln; eben so spricht gegen eine solche eine große, stark ausgedehnte Gallenblase; diese ist vielmehr in der Mehrzahl der Fälle von Lithiasis des Choledochus atrophisch. Erinnern muss man sich dabei freilich, dass ein vergrößerter Lobus quadratus eine ausgedehnte Gallenblase vortäuschen kann. Lassen Fieber, wiederholte Frostanfälle, verbunden mit Symptomen von Choledochussteinen, eine Infektion der Gallenwege vermuthen, so hält G.-M. eine zeitige Choledochotomie für rathsamer, als die einzeitige.

Ricard operierte erfolgreich bei einem schon sehr heruntergekommenen, mehr als 50 Jahre alten Manne und extrahierte durch Einschnitt in den Ductus cysticus mehrere Steine aus dem Choledochus. Er glaubt zur Sicherung der Diagnose vor einem operativen Eingriff stets eine Autorität auf dem Gebiet der inneren Medicin zuziehen zu müssen. Den Medianschnitt zieht er entschieden einem lateralen vor. Bei beweglichen Steinen rät er, den Schnitt nicht in den Ductus choledochus, sondern in den Cysticus zu legen; auch solle man selbst in den scheinbar einfachsten Fällen nie eine nachfolgende Drainage mit Gazestreifen unterlassen, da erfahrungsgemäß die Naht des Gallenganges zu oft insufficient ist, und selbst übersehene Gallensteine sich nachträglich noch zur Fistel entleeren können.

Quénu glaubt die Operation nicht so weit einschränken zu dürfen, als Michaux. Die Diagnose sei eben oft erst durch die Operation selbst zu sichern, man solle daher in zweifelhaften Fällen, wenn eine Gallenretention 2 bis 3 Monate anhält, ohne durch innere Medikation gebessert zu werden, die Diagnose stets durch eine Explorativincision sichern, um so mehr, wenn Fieber auf eine Infektion der Gallenwege hindeutet. Auch er vertheidigt den Medianschnitt. Ein von ihm mitgetheilter Fall beweist die Schwere der Komplikation durch zahlreiche Steine: nach anscheinend geglückter Operation, Entfernung von 32 Steinen aus dem Choledochus trat nach vorübergehendem Abgang von Galle in den Darm von Neuem völlige Gallenretention ein, der die Kranke erlag. Die Nekroskopie deckte noch 2 Steine auf, die die Vater'sche Ampulle fast vollständig verlegten.

Monod theilte noch einen Fall mit, in welchem er bei der als Probelaparotomie begonnenen Operation an Stelle eines Steines eine Geschwulst fand, die sich bei der späteren Obduktion als Carcinom des Pankreaskopfes herausstellte, und deshalb eine Cholecystogastrostomie ausführte. Er bevorzugte zur Anastomose den Magen statt des Duodenums, weil ersterer sich bequemer an die Gallenblase heranbringen ließ. Pat. starb ganz plötzlich 2 Tage nachher, ohne dass die Autopsie eine Todesursache erkennen ließ.

Die zum Theil sehr interessanten Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. Reichel (Breslau).

22) Marcy. Contribution to the history of operative interference for the relief of obstruction of the common choledoch duct by biliary calculi.

(Annals of surgery 1897. Januar.)

Der Zweck vorstehender Mittheilung ist, zu zeigen, dass die erste Cholechothotomie zur Entfernung eines Steines mit Erfolg vom Verf. ausgeführt worden ist. Er hat diese Operation zum 1. Mal mit Glück vollzogen im Oktober 1889, während Courvoisier, dem bisher die Priorität zugestanden wurde, die gleiche Operation im Januar 1890 ausgeführt hat. Tietze (Breslau).

23) P. Delbet. Ictère: coliques hépatiques subintrantes, cholécystoduodénostomie. Guérison. — Rapport par Broca.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 569.)

30jährige Pat. wurde am 26. Februar 1896 zum 1. Mal von Gallensteinikoliken ergriffen, am 1. März ikterisch und am 19. März 1896 laparotomirt. Da D. den vermutheten Stein im Ductus choledochus nicht fand, entschloss er sich kurzer Hand zur Anlegung einer Anastomose zwischen Gallenblase und Duodenum, indem er den Mangel von Gallenausfluss nach Eröffnung und Entleerung der kleinen Gallenblase nicht durch entzündliche Schwellung oder Verstopfung des Ductus cysticus durch einen Stein, sondern durch eine reflektorische Acholie bedingt ansah. Pat. genas. — Broca beglückwünscht D. zu diesem schnellen Entschluss: man müsse möglichst früh operiren, sonst liefe Pat. Gefahr, zu schwach zu werden, um eine später nöthig werdende Cholecystenterostomie auszuhalten. (Ref. kann sich nicht davon überzeugen, dass nicht im vorliegenden Falle die einfache Cholecystostomie ausgereicht haben würde, und hält die Vornahme der Cholecystoduodénostomie 3 Wochen nach Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen in einem Falle, wo der Nachweis eines unüberwindlichen Hindernisses im Ductus choledochus absolut nicht erbracht war, mindestens für etwas vorzeitig.)

Reichel (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43.

Sonnabend, den 30. Oktober.

1897.

Inhalt: 1) **Schwartzel**, Röntgenstrahlen. — 2) **Kuhn**, Wundvorlage. — 3) **Port**, Bandeisenverbände. — 4) **Rosenthal**, Traumatische Neurosen. — 5) **Doyen**, Pyloruskrampf. — 6) **Kuttner**, Verdauungsstörungen bei Brüchen. — 7) **Sergl-Trombetta**, Radikaloperation bei Leistenbruch und Hodenektomie. — 8) **Fessler**, 9) **Ludwig**, 10) **Mintr**, 11) **Platt**, Radikaloperation der Brüche. — 12) **Chalot**, Colostomie. — 13) **Reinbach**, Hämorrhoiden. — 14) **Chalot**, Mastdarmexstirpation. — 15) **Lorentzen**, Juvenile Kyphose. — 16) **Helferich**, 17) **Vulpus**, Behandlung des Buckels nach Calot. — 18) **Henle**, Hämatomyelie. — 19) **Alsberg**, Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung. — 20) **Kirmisson**, Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

O. Eix, Ileus in Folge von Hernia obturatoria incarcerata. Primäre Darmresektion nach Ullmann. Heilung. (Original-Mittheilung.)

21) 69. Naturforscher- und Ärzteversammlung zu Braunschweig. — 22) **Lammers**, Traumatisch entstandener Bruch. — 23) **Kjar**, Darmstein im Schenkelbruch. — 24) **Coley**, Radikaloperation der Leistenbrüche. — 25) **Müller**, Darmresektion. — 26) **Kaarsberg**, Invagination ileo-coecalis. — 27) **Franke**, Künstlicher After bei Colica mucosa. — 28) **Lobstein**, 29) **Chaput**, 30) **Kirmisson**, Operationen am Mastdarm.

H. Hirsch, Entgegnung.

1) **Schwartzel**. Über den Werth der Röntgenstrahlen für die Chirurgie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 29 u. 30.)

S. theilt in ausführlichen Krankengeschichten, welchen wohlgelungene Abbildungen von Photogrammen beigelegt sind, die Ergebnisse der seit $\frac{3}{4}$ Jahren in der chirurgischen Abtheilung Krause's (Altona) angestellten Versuche mit der Durchleuchtung von Theilen des menschlichen Körpers mit und weist auf die entschiedene Bedeutung hin, welche den Röntgenstrahlen für die Pathologie und Diagnose einer ganzen Reihe von chirurgischen Erkrankungen zukommt.

Vorläufig besteht der Hauptwerth des Verfahrens im Nachweis von in den Körper eingedrungenen Fremdkörpern und in der Feststellung von Veränderungen im Knochensystem: Knochenbrüchen, Luxationen, Pseudarthrosen, Entzündungsherden, Missbildungen, erworbenen Deformitäten, Tumoren in und am Knochen. Endlich

führt S. einige Fälle an, in denen er auch bei Erkrankungen der Weichtheile und Veränderungen an inneren Organen die Röntgenstrahlen mit bestem Erfolg zur Diagnose benutzt hatte, so u. A. einen Fall von Arteriosklerose der Femoralis und eine Reihe von Aortenaneurysmen, bei denen gar keine klinischen Symptome auf die Erkrankung hinwiesen.

Gold (Bielitz).

2) **F. Kuhn.** Eine sterile, wasserdichte, anzuklebende Wundvorlage. Ein kleiner Beitrag zum aseptischen Operiren. (Aus der chirurgischen Klinik zu Gießen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 36.)

Der von der Firma Evens & Pistor in Kassel zu beziehende, »Protektin« genannte Stoff ist ein auf der einen Seite mit einer bestimmten Kautschuklösung imprägnirtes Seidenpapier, welches leicht sterilisirt und desinficirt, leicht gerissen und mit der imprägnirten Fläche ohne Vorbereitung da aufgeklebt werden kann, wo es beim Operiren wünschenswerth erscheint, eine Stelle oder Partie des Körpers in der Nähe des Operationsterrains auszuschalten. Von billigem Preise, soll es die sterilen Tücher etc., so weit sie bisher als Vorlagestoffe zum Schutze eines desinficirten Operationsfeldes in Anwendung kamen, ersetzen, durch seinen festen Anschluss an die Haut und seine Undurchlässigkeit den Kranken, seine Kleider, die Operationsgeräthe etc. von Blut und Sekreten sauber erhalten und ferner noch zum Festkleben anderer Stoffe an die Haut etc., zum temporären Verschluss von Fisteln, zur Befestigung eines Dauerkatheters etc. benutzt werden. Einige Bilder erläutern seine Verwendung.

Kramer (Glogau).

3) **J. Port.** Über Bandeisenvorbindungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 33.)

P. empfiehlt besonders für die Kriegspraxis, aber auch für den Gebrauch in Friedenszeiten, zu Vorbindungen das — von Zäunen, Fässern, Kisten etc. leicht zu entnehmende — Bandeisen, das, mit Strohschienen unterpolstert, auf dem gebrochenen Glied mittels Binden fixirt oder durch den Verbandsschlosser des Lazarets leicht zu Lagerungsapparaten verarbeitet werden kann. Eine Reihe von Zeichnungen veranschaulichen letztere, deren Art der Verwendung von P. geschildert wird; auch ein nach dem Phelps'schen Princip aus Bandeisenstreifen und Leinwand hergestelltes Stehbett für am Becken oder der Wirbelsäule Verletzte ist abgebildet.

P. glaubt, dass sich aus der Benutzung des Bandeisens zu Verbandszwecken eine nicht unbedeutende Steigerung der Leistungsfähigkeit des Kriegssanitätsdienstes erzielen ließe, wenn man sich dazu entschließen könnte, die Verbandsschlosserei als Unterrichtsgegenstand beim Sanitätspersonal einzuführen.

Kramer (Glogau).

4) **Rosenthal.** Zur Charakteristik einiger »objektiver« Symptome bei den sogenannten traumatischen Neurosen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 8.)

R. hat eine größere Anzahl von Pat. auf das Vorkommen der »traumatischen Herzaktion«, so wie der »traumatischen Reaktion« (Auftreten fibrillärer Muskelzuckungen) geprüft und diese Symptome so wenig konstant gefunden, dass er im Gegensatz zu Rumpf ihnen eine praktische Bedeutung absprechen zu müssen glaubt. Objektive für die »traumatische Neurose« charakteristische Symptome giebt es nach R. nicht.

Bähr (Hannover).

5) **Doyen.** Le spasme du pylore.

(Méd. moderne 1897. No. 43.)

Seit dem Jahre 1892 hat D., angeregt durch seine ersten Beobachtungen bei nichtkrebsigen Magenerkrankungen, die Kontraktur des Pylorus methodisch studirt. Er hat im Ganzen nahezu 100 Operationen ausgeführt, von denen 61 nicht durch Krebs indicirt wurden. In 46 von diesen erwies sich die Stenose als spastische Kontraktur ohne narbige Veränderungen. Nur in 24 Fällen konnte Geschwürsbildung in der Nähe des Pylorus ätiologisch beschuldigt werden. Derselbe wurde jedes Mal genau untersucht, mehrfach excidirt. Er erwies sich nur 7—10 mm weit und enger und war stets das wahre Hindernis für die Magenentleerung, nicht aber waren es die etwa an anderer Stelle vorhandenen Narben. Im Gegentheil konnte bei partieller narbiger Striktur früh Morgens Leerheit des Magens konstatiert werden, während derselbe bei rein spastischer Speise enthielt, wie 6 beigefügte Krankengeschichten beweisen. Die Kranken leiden von der Dilatation und Stagnirung ungemein und kommen sehr rasch herunter. Man soll deshalb mit dem Eingriff nicht zu lange zögern, um nicht durch die »immer drohende Tuberkulose oder zu große Kachexie« definitiv gehindert zu werden. Die Frage, ob der Spasmus durch Narben oder Hyperchlorhydrie bedingt wird, erscheint für die Indikationsstellung nebensächlich. Pathognomonisch ist, dass bei letzterer die Kranken gewöhnlich nicht erbrechen, aber durch die geringste Nahrungsaufnahme außerordentliche Schmerzen erleiden, die sie am Schlafen hindern und zur Abstinenz führen. Wenn eine Magenaffektion dieser Art also allen internen Mitteln nicht weichen will, so muss zur Operation geschritten werden. Die Heilung ist sicher zu erwarten, wenn rechtzeitig richtig operirt wird, und deshalb ist auch beim Magengeschwür und hartnäckigen Dyspepsien die Gastroenteroanastomose auszuführen. Verf. hatte unter den letzten 36 Operationen (nach 1895) 32 Heilungen. 1 Pat. starb an einer Magenblutung 10 Tage nach dem Eingriff, 3 andere erlagen, da sie schon zu kachektisch zur Zeit der Operation waren.

Roesing (Hamburg).

6) **Kuttner.** Über Verdauungsstörungen, verursacht durch verschiedene Bruchformen, besonders durch Hernien der Linea alba.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. Hft. 5.)

K. bespricht an der Hand einiger einschlägiger Fälle die oben genannten Störungen, welche den Chirurgen wohl bekannt, auffallenderweise aber in den Lehrbüchern der Verdauungskrankheiten kaum berücksichtigt sind, von vielen Ärzten für Magenneuosen gehalten werden. Die Erscheinungen sind die gleichen, ob es sich nun um subperitoneale Ligamente handelt, die am Bauchfell zerren, oder um wirkliche Brüche, deren Inhalt dann meistens Netz bildet: Kolikartige Schmerzen, oft Erbrechen dabei, oder geringere, aber permanente Schmerzen im Leibe, mit Aufstoßen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen. Die Diagnose wird ausführlich besprochen. Die Therapie muss heut zu Tage, da Heilung durch Tragen von Bruchbändern sehr selten ist, eine operative sein; in den allermeisten Fällen erfolgt dauernde Befreiung von allen Beschwerden. **Häckel** (Stettin).

7) **Sergi-Trombetta.** Alcuni casi di ernia con particolare riguardo dell'ernia inguinale congenita con ectopia testiculi.

(Morgagni 1897. No. 6.)

An der Hand einer Reihe von Fällen angeborener Leistenbrüche, die in der Universitätsklinik von Messina operirt wurden, empfiehlt der oben genannte Autor eine kleine, doch vielleicht nicht bedeutungslose Modifikation, die er bei Leistenbruch mit Ektopia testiculi mit sehr befriedigendem Erfolg angewandt hat. Er entfernt die peritoneale Hülle des Sackes, in dem der Hoden liegt, ringförmig auf der Strecke vom oberen Pol des Hodens bis zum inneren Leistenring. Der Hoden selbst bleibt also von Serosa umkleidet, so dass Verwachsungen mit der Umgebung vorgebeugt ist. Die unter dem entfernten Theile des Peritoneums liegenden Gewebsschichten bleiben völlig unberührt; der Schnitt geht nur durch die Serosa. Die dem Herabsteigen des Hodens im Wege stehenden Hindernisse sind nach Ansicht des Autors hierdurch vollständig beseitigt, und man kann nun abwarten, bis dasselbe spontan erfolgt. Der Vortheil des Verfahrens liegt gegenüber den sonst üblichen gewaltsameren Methoden darin, dass die sonst so leicht eintretende Atrophie des Hodens vermieden wird. T. erläutert sein Verfahren in allen Einzelheiten, gestützt auf einige Abbildungen; eine übersichtliche Wiedergabe der Ausführungen ohne diese dürfte aussichtslos sein; ich verweise deshalb auf das Original. **W. Schultz** (Eutin).

8) J. Fessler (München). Studien zur Radikaloperation der Hernien.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 29.)

Von der Beobachtung ausgehend, dass die Kontraktion der Mm. obliq. int., transversus und rectus abdominis bei Anspannung der Bauchpresse wesentlich zum schützenden Schluss des Leistenkanals beitrage, hat F. die Radikaloperation der Leistenbrüche dahin verändert, dass er durch die mediane Wand des Kanals hindurch hinter dem inneren schrägen und queren Bauchmuskel die Scheide des M. rectus abd. der Länge nach eröffnet und den äußeren Theil des Muskels zur größeren Hälfte nach unten und außen zieht und am Leistenband festnäht. (Das Verfahren ähnelt also, auf die Operation der Leistenbrüche übertragen, dem vom Ref. zur Deckung großer, nach Dermoidexstirpation zurückgebliebener Bauchmuskeldefekte empfohlenen, s. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LII. Ref.) Diese Muskelverlagerung lässt sich mit jeder der bisherigen Methoden des Leistenkanalverschlusses kombiniren und verstärkt sie in hohem Grad; sie gelingt unschwer und ohne besondere Blutung, da die Art. epigastrica nach rückwärts vom Operationsfeld in dem Bindegewebe zwischen Fascia transversa und Peritoneum unberührt liegen bleibt. Außer dieser Muskeltransplantation wendet F. noch die Verlagerung des resecirten Bruchsackstumpfes ähnlich wie Kocher an und schließt alsdann den äußeren Leistenring durch mehrere, die beiden Arme desselben tief fassende Seidenknopfnähte. — Von den in der beschriebenen Weise operirten zahlreichen Pat. haben nur 2 ein Recidiv bekommen.

Kramer (Glogau).

9) Ludwig. Zur Radikaloperation der Leistenbrüche nach Bassini.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVIII. Hft. 3.)

In v. Hacker's Klinik sind im Jahre 1896 149 Radikaloperationen nach Bassini an 135 Personen ausgeführt worden. Gestützt auf dieses reiche Material beschreibt L. zunächst die in der Innsbrucker Klinik geübte Technik: der Bruchsack wird gewöhnlich nicht bis zum Sichtbarwerden der epigastrischen Gefäße bloßgelegt, was sich als durchaus genügend erwiesen hat. Der tiefen Naht (starke Seide) wird eine Ablösung des Bauchfells von der Muskulatur nicht vorausgeschickt. Die Naht der Obliquusaponeurose wird möglichst exakt ausgeführt, darüber Hautnaht ohne Drainage. L. legt großen Werth auf exakten Kompressivverband Behufs Vermeidung von Hämatomen. Die operativen Resultate gestalten sich folgendermaßen: unter 143 Operationen freier Hernien 130 Heilungen p. pr., 12 p. s., 1 Todesfall (Pyämie); unter 6 Herniotomien fünf Heilungen p. pr., 1 Todesfall (Perforationsperitonitis).

Für die Verwerthung der Dauerresultate ist die verstrichene Zeit natürlich zu kurz; immerhin ist bemerkenswerth, dass die Er-

kundigungen über die in der 1. Jahreshälfte Operirten kein einziges Recidiv ergeben haben.

In den 12 Fällen, welche mit Eiterung complicirt waren, erstreckte sich diese niemals auf die tiefe Naht, so dass das definitive Operationsresultat dadurch nicht gefährdet zu werden braucht. Dagegen kann durch Fortkriechen der Eiterung nach abwärts Atrophie oder Nekrose des Hodens zu Stande kommen. Dem wird am sichersten durch frühzeitige Öffnung der Hautwunde vorgebeugt. Eine Hauptrolle in der Ätiologie der Eiterung indicirt L. den schon erwähnten subkutanen Hämatomen. Auch für die eingeklemmten Brüche empfiehlt L. den »Bassini« als Normalverfahren und schildert eingehend seine Vorzüge gegenüber dem klassischen Verfahren. Schließlich tritt Verf. noch warm für die Anwendung der Schleichen Infiltrationsanästhesie bei Bruchoperationen ein. Seine diesbezüglichen Ausführungen kann Ref. auf Grund seiner eigenen Erfahrungen nur bestätigen.

Hofmeister (Tübingen).

10) A. W. Minir. Eine einfache Methode der Bruchoperation.

(Wratsch 1897. Hft. 30. [Russisch.])

Hautschnitt nicht vom inneren Ring, sondern über dem äußeren, 5—5½ cm lang; Ablösung des Bruchsacks und des Lig. Pouparti; Durchschneiden und Durchnähen des abgelösten Bruchsacks, Versenkung in die Bauchhöhle. Nun wird nach Bassini's Vorgang die ganze Muskelmasse (beide Obliqui und Transversus) an das Ligament angenäht (der Obliquus externus wird also nicht durchgeschnitten), der Samenstrang mit allen ihn deckenden Fascien umnäht und außen vom Leistenkanal gelegt, endlich die Haut genäht.

Im Ganzen machte M. die Operation 9mal; einige Fälle schon vor 6 Jahren; in keinem trat Recidiv auf.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

11) Platt. The radical cure of hernia by implanting a section of sterilized sponge.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1897. März.)

Verf. hat in mehreren Fällen zur Verstärkung der Narbe bei der Herniotomie ein Stückchen Schwamm in die Wunde eingepflanzt. Die Schwammstückchen hatten einen Durchmesser von 1½ Zoll und eine Dicke von ⅛ Zoll und waren vorher durch Einlegen in Sodaauswaschen und Auswaschen in sterilisiertem Wasser, darauf mit Kali permanganicum und Oxalsäure behandelt und schließlich in steriler Kochsalzlösung ausgewaschen worden. Nach Abtragung des Bruchsacks wurde das durch radialen Schnitt bis zur Mitte gespaltene Schwammstückchen am inneren Leistenring an den Samenstrang gelegt und mit ein paar Nähten an letzterem befestigt, hierauf die Wunde bis auf eine Drainöffnung im oberen Wundwinkel geschlossen. In allen Fällen heilten die Schwammstückchen gut ein. Über den

definitiven Heilungserfolg lässt sich wegen der Kürze der verstrichenen Zeit noch nichts bestimmen.

Strauch (Braunschweig).

12) **V. Chalot** (Toulouse). La colostomie ou sigmoïdostomie périnéale par la voie combinée dans l'absence congénitale du rectum.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 318.)

C. empfiehlt, unter Mittheilung eines mit Erfolg nach seiner Methode von ihm operirten Falles, in allen Fällen von Imperforatio recti stets zunächst den Versuch, vom Perineum aus unter Resektion oder einfacher Rücklagerung des Steißbeins das untere Ende des Dickdarmes zu erreichen. Findet man die Ampulle desselben nicht, nachdem man bis zu einer Tiefe von 4—5 cm vorgedrungen ist, so soll man einhalten und sogleich zur Eröffnung des Abdomens schreiten, aber nicht in der Medianlinie, sondern im Niveau der linken Fossa iliaca, dem gewöhnlichen Sitz der Endampulle. Nachdem man sie beweglich gemacht, eventuell auch entleert hat, perforire man mit einem gekrümmten stumpfen Instrument oder noch besser mit dem Zeigefinger den Boden des Cavum Douglasi vor der Spitze des Kreuzbeins, leite das Dickdarmende durch dies Loch zur Mitte des Dammes hindurch und lege hier den künstlichen After an. Nur wenn die Endampulle zu hoch oben gelegen ist, als dass man sie bis an das Perineum heranbringen könne, lege man den After in der Bauchwand an.

Reichel (Breslau).

13) **Reinbach**. Pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von den Hämorrhoiden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Auf Grund anatomischer Untersuchung von 15 Fällen aus der Mikulicz'schen Klinik kommt R. zu folgendem Endergebnis: »Das Wesen der Hämorrhoidalknoten besteht nicht, wie bisher angenommen wurde, in einer Varicenbildung der Hämorrhoidalvenen; es handelt sich vielmehr um echte Geschwülste gutartigen Charakters, welche durch eine Neubildung vornehmlich an Blutgefäßen ausgezeichnet sind, also um Angiome. Häufig gesellen sich zu der Geschwulst die Zeichen einer venösen Stauung, dergleichen sind oft entzündliche Erscheinungen vorhanden.

Im mikroskopischen Bild unterscheidet R. 4 Typen, deren detailirte Schilderung den Rahmen des Referats überschreiten würde, ohne doch das Stadium des Originals ersetzen zu können, welches durch eine Serie von Mikrophotographien die Beschreibung der Befunde wirksam unterstützt.

Hofmeister (Tübingen).

14) **V. Chalot** (Toulouse). Nouvelle méthode ou méthode abdomino-périnéale pour l'exstirpation totale de l'anus, du rectum et, au besoin, de l'S iliaque cancéreux, avec colostomie iliaque.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 310.)

Das von C. angegebene Verfahren gleicht im Princip genau dem von Gaudier (Lille) vorgeschlagenen (cf. No. 25 dieses Centralbl.), obwohl beide Autoren von einander unabhängig vorgegangen sind. Neu ist nur die präliminäre Unterbindung der Art. und Vena haemorrhoidalis superior. Nach den anatomischen Untersuchungen C.'s findet man diese Gefäße konstant unmittelbar unter dem Peritoneum im subserösen Fettgewebe 5—10 mm nach links von der Mittellinie der Wirbelsäule und kann sie in der Höhe des 4. und 5. Lendenwirbels und selbst unterhalb des Promontoriums leicht unterbinden. Ihr Kaliber beträgt 2,5—3,0 mm.

Reichel (Breslau).

15) **Lorentzen**. Muskelerkrankung als Ursache der juvenilen Kyphose.

(Ugeskrift for Laeger 1896. p. 817.)

Verf. hat in mehreren Fällen bei jungen Individuen eine Cervico-dorsalkyphose als auf schmerzenden Infiltraten in den Nackenmuskeln beruhend gefunden, häufig verbunden mit Senkung und Auswärtsdrehung der Schultern. Namentlich das Vorgeschobenensein und die Aufwärtsdrehung des Kinnes so wie der geduckte Nacken sind charakteristisch. Verf. meint, dass die Stellung als eine Schonung der erkrankten Muskeln aufzufassen sei. Nicht selten ist die Stellung alternirend, wenn bald die eine, bald die andere Seite der Muskulatur angegriffen ist. Die Krankheit wird bei jungen Individuen mit schlaffer Muskulatur gefunden. Die Behandlung besteht in Massage und Gymnastik; in einigen Fällen hat L. damit gute Resultate bekommen.

Schaedemoje (Kopenhagen).

16) **Helferich**. Über Calot's Verfahren und Korrektur der kyphotischen Buckel.

(Zeitschrift für praktische Ärzte 1897. No. 16.)

H., der in 2 Fällen von frischeren Spondylitiden das Verfahren nach Calot in Anwendung gebracht und in beiden zufriedenstellende Resultate erreicht hat, fasst sein vorläufiges Gesamturtheil dahin zusammen, dass er die Calot'sche Methode bei mäßiger, nicht allzu gewaltsamer Ausführung in frischen und in etwas älteren Fällen für erlaubt und eventuell für nützlich erachtet. Ein derartig gewaltsames und auf Wiederherstellung möglichst normaler Formen gerichtetes Verfahren, wie Calot es anwendet, hält H. indess nicht für berechtigt, da dabei spongiöse Knochenstückchen durch den Zug der Narbenmasse ausgerissen werden und zu Rückenmarksverletzung

Anlass geben könnten, auch ein Wiederaufflackern des specifischen Processes mit seinen Folgen nicht auszuschließen sei.

K. Hufschmid (Gleiwitz O.-S.).

17) **O. Vulpius** (Heidelberg). Über das gewaltsame Redressement des Buckels.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 36.)

V. empfiehlt für die Technik des Redressements des Gibbus, so wie für die nachfolgende Anlegung des Gipsverbandes die Lorenz'sche Schraubenextension in der Anordnung, dass, während der Kopf mittels einer aus dünnem, festem Stoff gefertigten Schlinge extendirt und die Unterschenkel mit der Schraube durch eine starke Strähne verbunden sind, durch das Anziehen der Schraube der Pat. in freie Schwebe über dem Operationstisch kommt und sich nur mit den Ellbogen der lose herabhängenden Arme aufstützt. Der Gipsverband wird in gleicher Stellung des Kranken um den Rumpf einschließlich Becken nach aufwärts bis zum Kopf angelegt, so dass das Kinn eben über den Rand des Verbandes vorschaut. Auch die Anlegung in vertikaler Suspension des an den Füßen aufgehängten Kranken, wobei Arme und Schulter stramm nach oben gezogen werden müssen, hat V. bewährt gefunden; die Narkose verlief dabei ohne Störung. Mit dem Verband lässt Verf. die Pat. 8 Wochen lang — möglichst im Freien — liegen und dann nach Erneuerung des Gipspanzers mit Gehversuchen beginnen. Was die Gefahren des Calot'schen Verfahrens betrifft, so hat auch V. einmal — vorübergehend — Zeichen meningealer Reizung beobachtet. Einige Abbildungen illustriren außer den oben beschriebenen technischen Modifikationen die bis jetzt vom Verf. erreichten Resultate. — Zum Schluss sei noch erwähnt, dass V. auch in einem Falle von rachitischer Kyphose eines 11 Jahre alten Mädchens das Redressement mit Erfolg ausgeführt hat.

Kramer (Glogau).

18) **Henle**. Hämatomyelie, kombiniert mit traumatischer Spondylitis.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. I. Hft. 3.)

H. liefert einen interessanten Beitrag zu der zuerst von Kümmell beschriebenen traumatischen Spondylitis. Er stellt zunächst fest, dass man nicht sicher sei, wie weit in diesen Fällen nicht doch eine wirkliche Fraktur von Wirbeln vorliege, und führt zum Beweis den Obduktionsbefund eines Kranken an, bei dem zu Lebzeiten keine Zeichen einer Fraktur vorhanden waren, während die Sektion eine ausgedehnte Zertrümmerung eines Wirbels ergab. Er wiederholt sodann seine schon früher aufgestellte Auffassung dieser Spondylitis, die dahin geht, dass das Primäre die Schädigung des Rückenmarks, die Knochenerweichung aber ein Ausfluss dieser nervösen Störung sei, da ja auch sonst Knochenveränderungen auch nach Rückenmarkserkrankungen bekannt sind. Zum Beweis theilt er

einen Fall mit, bei dem neben der Spondylitis nicht unbedeutende nervöse Störungen bestanden. Blutungen im Rückenmark dürften am ehesten heranzuziehen sein, wie denn solche auch bei einer Autopsie gefunden wurden.

Häckel (Stettin).

19) **A. Alsberg.** Einige Bemerkungen zur neuesten Theorie der Entstehung angeborener Hüftluxationen. Aus der chir.-orthopäd. Privatklinik von Prof. Hoffa (Würzburg).

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 37.)

Die Bemerkungen beziehen sich auf die Theorie Hirsch's (Virchow's Archiv, Bd. CXLVIII), welcher, von der Auffassung ausgehend, dass nach gelungener unblutiger Reposition einer angeborenen Hüftverrenkung sich unter dem Einfluss der funktionellen Belastung die bis dahin verkümmerte Pfanne zu einer normalen auswache, annimmt, dass eine primäre Keimesvariation nicht vorliegen könne, die Ursache der Verkümmernng vielmehr in dem Fehlen des Kontakts zwischen Kopf und Pfanne gesucht werden müsse, und letzteres durch Raumbeengung im Uterus in Folge von Fruchtwassermangel bedingt sei. A. weist dagegen darauf hin, dass durch die Lorenz'sche Methode der unblutigen Reposition, wenn sie auch eine beträchtliche funktionelle Verbesserung erziele, nicht eine wirkliche Reposition des Kopfes, sondern meist nur eine Transposition nach vorn, wie Skiagramme darthäten, erreicht werde, also schon der Ausgangspunkt obiger Theorie nicht zutreffe. Sodann hebt A. hervor, dass der Schenkelkopf stets oberhalb der Pfanne stehe, nicht über den hinteren, unteren Rand verschoben sei, wie es nach Hirsch's Behauptung, dass die eigene Wachstumsenergie des Oberschenkels den Schenkelkopf über den hinteren Pfannenrand hinaustreibe, sein müsste. Von weiteren Einwänden A.'s sei noch erwähnt, dass obige Theorie auch mit der nicht abzuleugnenden Thatsache der Erblichkeit der Deformität nicht in Einklang zu bringen sei, da Hirsch doch nicht glauben könne, dass die von ihm angenommene »erbliche Disposition zu verminderter Fruchtwasserbildung« auch durch den Vater vererbt werde; dass aber die Vererbung der Luxation durch den Vater erfolgen könne, werde durch eine Reihe von A. angeführter Stammbäume außer Zweifel gesetzt.

Kramer (Glogau).

20) **E. Kirrmisson.** Traitement des luxations congénitales de la hanche.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XX. p. 331.)

Verf. bespricht eingehend die verschiedenen Behandlungsmethoden der kongenitalen Hüftgelenksluxation, die Schwere der Operation, die Endresultate, sowohl an der Hand seiner eigenen Beobachtungen, wie unter sorgfältiger Berücksichtigung der Litteratur. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Die blutige Operation ist nicht völlig ohne Gefahr; alle Chirurgen, die sie versucht haben,

haben ein Theil ihrer Kranken verloren. Die Operation ist oft langdauernd und schwierig; ihr Endresultat ist nie sicher. Gleichwohl ist K. durchaus kein Gegner der blutigen Reposition. Er verwirft sie nur für Kinder unter 4—5 Jahren, da gerade bei ganz jungen Kindern die Resultate am ungünstigsten sind. Bei ihnen versuche man die unblutige Reposition resp. eine orthopädische Behandlung. Freilich hält K. eine wirkliche Reduktion in den meisten Fällen für unmöglich, hat selbst das Resultat nur in 2 Fällen erreicht. Die mechanische Behandlung soll bestehen in einer 6 bis 8 Monate fortgesetzten Immobilisation mit beständiger Extension. Hat man nach dieser Zeit eine solide Nearthrose erreicht, so soll man die Kinder in Lederhülsenapparaten, die eine leichte Abduktion erzwingen, gehen lassen. Die Verkürzung übersteigt dann in günstigen Fällen nicht 1—2 cm, und besser sei das Resultat eines blutigen Eingriffs auch nicht. Hat der Gelenkkopf indess auch weiterhin Neigung sich aufwärts zu verschieben, so soll man dann zur blutigen Operation schreiten. Sind die Kinder bereits älter als 14 Jahre, so rath K. zur Osteotomie unterhalb des Trochanter.

Reichel (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Städtischen Krankenhause zu Hildesheim, Oberarzt Dr. Becker.)

Ileus in Folge von Hernia obturatoria incarcerata. Primäre Darmresektion nach Ullmann. Heilung.

Von

Dr. O. Eix, Assistenzarzt.

Wenn auch das Vorkommen eingeklemmter Hernien des Foramen obturatorium nicht gerade selten ist, so ist es andererseits doch auch nicht so häufig, dass es überflüssig wäre, einen einzelnen Fall dieser Art zu veröffentlichen, zumal dann, wenn die Heilung nach einer bislang noch wenig geübten Methode erzielt ist.

Die bis dahin stets gesunde Frau J. B. aus Ö. will seit 15. Mai d. J. an Stuhlverhaltung und Erbrechen leiden. Auch Flatus sollen seitdem nicht mehr abgegangen sein. Das Erbrochene soll am 17. Mai fäkulent gewesen sein. Am 18. Mai, am Tage der Aufnahme ins Krankenhaus, wird folgender Befund erhoben:

An Herz und Lungen der blühend aussehenden Pat. keine Abnormitäten. Abdomen wenig aufgetrieben, keine Tympanie; nirgends abnorme Dämpfung. In der linken Regio hypogastrica etwas stärkere Druckempfindlichkeit. Bruchpforten sämtlich frei. Zunge etwas belegt. Geringer Foetor ex ore, jedoch nicht fäkulent. Temperatur 37,1, Puls 80, voll und kräftig. Untersuchung per rectum und vaginam ergibt nichts Besonderes, speciell zeigt die Gegend der Foramina obturatoria nichts Abnormes. 19. Mai. Unter hohen Einläufen und warmen Umschlägen auf den Leib ist etwas Stuhlgang erfolgt, Flatus gehen gut ab. Die Schmerzhaftigkeit der linken Regio hypogastrica hat nachgelassen. Erbrechen ist während des Aufenthalts im Krankenhaus nicht aufgetreten. Es wird deshalb von einem chirurgischen Eingriff vorläufig Abstand genommen und mit Einläufen und warmen Umschlägen fortgefahren. 20. Mai. Pat. hat ordentlich geballten Stuhlgang gehabt. Schmerzhaftigkeit der linken Reg. hyp. ist vollständig verschwunden, Allgemeinbefinden sehr gut. Temperatur und Puls durchaus normal.

21. Mai 7 Uhr Morgens: Seit gestern Abend keine Flatus und Fäces mehr. Übelkeit und Brechreiz haben sich eingestellt; Leib wieder schmerzhaft und ziemlich stark aufgetrieben. 10 Uhr Morgens: Schmerzen im Leib und Übelkeit nehmen zu; Abdomen prall gespannt, hart. Während der Vorbereitungen zur Laparotomie reichliches fäkulenten Erbrechen.

Nach vorausgeschickter Magenausspülung wird in Äthernarkose die Laparotomie vorgenommen: Nach Durchtrennung der dünnen Bauchdecken und des Peritoneum durch einen etwas unterhalb des Nabels beginnenden und fast bis zur Symphyse reichenden Schnitt in der Mittellinie liegen Netz und unter demselben ziemlich stark geblähte und geröthete Dünndarmschlingen vor. Netz und Darm sind unten an der linken Seite der vorderen Bauchwand adhären. Links unten finden sich auch schlaffe, nicht geblähte Dünndarmschlingen. Das Netz lässt sich leicht aus den Verwachsungen lösen. Die gelösten Stellen zeigen graue, schmierige Beläge mit entzündeter, blauröth verfärbter Umgebung. Alle verdächtigen Netzpartien werden nach schichtweiser Unterbindung im Gesunden abgetragen. Nunmehr kann man feststellen, dass die Stelle der Verwachsung an der vorderen Bauchwand dem linken Foramen obturatorium entspricht, und dass die Wand einer Dünndarmschlinge in dem schlitzförmig erweiterten Canalis obturatorius steckt. Beim Versuch, die Schlinge aus dem Schlitz herauszuziehen, reißt dieselbe ein, und es entleert sich eine geringe Menge dünnflüssigen Koths in die Bauchhöhle. Nach sorgfältigem Abtupfen desselben wird die Bauchhöhle durch 2 große Gazebäusche abgeschlossen und von Neuem versucht, die Schlinge herauszuziehen, was leicht gelingt. Der Canalis obturatorius erweist sich für die Fingerkuppe gut zugänglich. Aus den geblähten Schlingen wird der dünnflüssige Koth abgelassen und die Umgebung der eingeklemmten Stelle, welche dunkel blauröth erscheint, weit im Gesunden reseziert. Die Vereinigung der Darmenden wird nach der von Ullmann¹ zuletzt angegebenen Methode vorgenommen. Zum Festbinden der Rube wird ein dicker Seidenfaden benutzt. Ein Gazestreifen wird auf das Foramen obturatorium, ein zweiter auf die vereinigte Schlinge gelegt, und beide zur Bauchwunde herausgeleitet. Schluss der letzteren durch 5 durchgreifende Seidenknopfnähte, zwischen welche noch einige Hautnähte gelegt werden.

Die Heilung erfolgte per primam. Am 26. Mai 1. Stuhl, 29. Mai Entfernung der Gazestreifen und der Fäden. Die benutzte Rube wurde vollständig resorbirt, da in den Entleerungen nichts von derselben zu erkennen war; dagegen erschienen die Reste des Seidenfadens als feines aufgefaseretes Gewebe am 9. Juni im Stuhlgang.

Am 27. Juni wurde Pat. mit einer Hoffa'schen Leibbinde geheilt entlassen.

Die richtige Diagnose in diesem Falle zu stellen, war bei dem völligen Fehlen irgend welcher objektiver, für das Vorhandensein einer Hern. obtur. incarc. sprechender Symptome, unmöglich. Denn wenn bekanntlich die Symptome dieser Bruchart überhaupt schon nicht sehr ausgesprochene sind, so ist es völlig unmöglich, die Diagnose auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit zu stellen, wenn es sich, wie hier, um eine inkomplete Darmwandhernie handelt und außerdem die Untersuchung per rectum und vor Allem die per vaginam vollständig im Stich lässt. Dadurch erklären sich auch die verhältnismäßig häufigen Fehldiagnosen — in einer Zusammenstellung von Thiele² ist unter 26 Fällen nur 17mal die richtige Diagnose gestellt.

Besonders auffällig ist in unserem Falle die scheinbar eingetretene Besserung im Befinden der Pat. nach Einläufen und warmen Umschlägen: Nachdem vom 15. bis 17. Mai, also 3 volle Tage, offenbar ziemlich heftige Einklemmungserscheinungen bestanden hatten, trat in den 3 folgenden, 18. bis 20. Mai, Besserung ein — Abnahme der Schmerzen, Aufhören des Erbrechens, Abgehen von Flatus und Stuhlgang; letzterer sogar in der Nacht vom 19. zum 20. Mai sehr reichlich und geformt; Abfallen des aufgetriebenen Leibes.

¹ Centralblatt für Chirurgie 1896. No. 51.

² König, Lehrbuch der speciellen Chirurgie. II.

Die Annahme, dass neben der eingeklemmten Stelle Stuhlgang und Flatus vorbeigegangen seien, scheint, da es sich um einen Darmwandbruch handelt, die einzige Erklärung hierfür zu sein, da nicht gut anzunehmen ist, dass die Entleerung der peripher von der eingeklemmten Stelle befindlichen Kothmassen eine solche Besserung im Befinden der Pat. im Gefolge haben konnte. Die plötzliche, stürmische Verschlimmerung des Zustandes erklärt sich am zwanglosesten mit der Annahme einer beginnenden Peritonitis in Folge drohender Perforation. Dafür spricht erstens, dass ein leichter Zug an der eingeklemmten Schlinge genügte, um die Perforation wirklich herbeizuführen, und zweitens das missfarbige, gangränöse Netz.

Jedenfalls weist auch dieser Fall darauf hin, dass scheinbare Besserungen, selbst wenn sie mehrere Tage anhalten, und, wie hier, mit reichlicher Kothentleerung einhergehen, trotz andauernder Einklemmung eintreten können, was um so verhängnisvoller für den Pat. werden kann, als auch Temperatur und Puls sich vollständig normal zu verhalten pflegen, und nichts den Arzt darauf hinweist, dass die Gefahr noch nicht vorüber ist. Deuten dann die wieder auftretenden Ileuserscheinungen das Fortbestehen der Einklemmung an, dann ist nicht selten der für einen chirurgischen Eingriff günstigste Augenblick bereits verstrichen.

Was die Therapie anlangt, so bedarf es keiner weiteren Erörterung, dass im vorliegenden Falle nur durch eine Laparotomie Hilfe zu erwarten war. Nur hätte man im Zweifel darüber sein können, ob man zunächst einen künstlichen After anlegen sollte, um diesen später durch sekundäre Darmnaht zu schließen, oder ob man sofort eine primäre Darmresektion vornehmen sollte. Im vorliegenden Falle ermuthigte das Aussehen der Darmschlingen entschieden zu letzterem Verfahren, um so mehr, als wir uns durch früher angestellte Leichenversuche überzeugt hatten, dass dasselbe bei Anwendung der neuen Ullmann'schen Methode die Operation eben so schnell beendigen ließ, wie die Anlegung eines Anus praeternaturalis.

Es wurde deshalb, genau nach Ullmann's Vorschrift, in dem zuführenden Darmende, dem Mesenterialansatz gegenüber, 5 cm vom freien Darmende beginnend, ein 5 cm langer Längsschnitt angelegt, mit 2 durch denselben in das Lumen eingeführten Schiebern der freie Rand des Darmes am Mesenterialansatz und einem demselben gegenüberliegenden Punkte gefasst, in sich selbst eingestülpt und zum Schlitz herausgezogen, so dass die Mucosa nach außen, die Serosa nach innen zu liegen kam. Mit zwei weiteren eben so angelegten Schiebern wurde das abführende Darmende in das umgestülpte zuführende hineingezogen, dann beide am Mesenterialansatz und dem gegenüberliegenden Punkte in je einen Schieber zusammengekommen und die beiden freiwerdenden Schieber beiderseits zwischen den beiden ersteren, beide Darmwände fassend, angelegt, so dass die 4 Schieber das Darmlumen in 4 Quadranten theilten. Beide Darmenden waren so in einander gefügt, dass zu äußerst die Schleimhaut des zuführenden, zu innerst die des abführenden Darmrohres lag und die Berührungsflächen von den Serosen gebildet wurden.

Nun wurde der aus einer gelben Rübe geschnittene, $2\frac{1}{2}$ cm hohe, $1\frac{1}{2}$ cm breite, durchlochte Cylinder, in dessen Mantel eine Ringfurche eingeschnitten war, in das Lumen des abführenden Darmrohres eingeführt und mit einem um die Mucosa des zuführenden Darmes entsprechend der Ringfurche angelegten Seidenfaden eingebunden.

Die so vereinigten Darmenden wurden aus der Längsspalte in ihre normale Lage reponirt, die Längswunde mit einigen Lembert'schen Nähten geschlossen und zur Sicherung über die ringförmige Ligatur noch 8—10 Serosanähte gelegt.

Der hauptsächlichste Vortheil dieser Ullmann'schen Methode besteht darin, dass sie es ermöglicht, eine cirkuläre Darmnaht sehr schnell auszuführen. Dabei ist die Technik derselben eine außerordentlich einfache und die Vereinigung eine durchaus sichere.

Leichenversuche haben uns bewiesen, dass selbst starker Zug an den beiden Darmenden nicht im Stande ist, die Vereinigung zu lösen, wenn man die Darm-

wand nicht zu kurz gefasst hat. Doch dürfen die abgebundenen Darmenden auch nicht zu lang sein, da sie sonst leicht durch die Kothmassen gegen das Lumen der Rübe geschoben werden und dieses verlegen können. Diese Gefahr dürfte sich leicht umgehen lassen, wenn man nicht in dem zuführenden, sondern in dem abführenden Darmtheil den Längsschnitt anlegte, und durch ihn die Darmenden in entsprechend umgekehrter Anordnung durchzüge, da dann die Kothmassen die eingeschlagenen Darmpartien nicht gegen das Lumen der Rübe, sondern gegen die Darmwand anpressen würden.

Somit dürfte diese kasuistische Mittheilung geeignet sein, die Ullmann'sche Methode wegen ihrer vielen Vorsüge weiter zu empfehlen.

21) Bericht über die chirurgische Abtheilung der 69. Naturforscher- und Ärzteversammlung zu Braunschweig.

Gottstein (Breslau): **Weitere Versuche, die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommen.**

Demonstration des in der Mikulicz'schen Klinik geübten Verfahrens.

Troje hebt die Gefahren, die durch das Personal drohen, hervor.

Wohlgemuth (Berlin) bezeichnet das Verfahren nur als einen halben Fortschritt.

Oberst (Halle): **Über die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Röntgenverfahrens in der Chirurgie.**

Das Röntgenverfahren wird seine hauptsächliche Anwendung finden bei Verletzungen, angeborenen und erworbenen Deformitäten und Fremdkörpern. Letztere entgehen aber zuweilen dem Nachweis. Der operative Eingriff ist bei denselben deshalb nur dann vorzunehmen, wenn nach Lage und Beschaffenheit Störungen zu erwarten sind, und die Gefahr der Operation die des Fremdkörpers nicht überwiegt. Bei Tuberkulose der Knochen hat das Verfahren in einzelnen Fällen gute Resultate gegeben; dieselben sind jedoch nicht konstant. Am Hüftgelenk kommen sie den durch unsere sonstigen Untersuchungsmethoden gewonnenen nicht gleich.

Bei frischer Osteomyelitis konnten Anfangs nur in einzelnen Fällen Abscesse nachgewiesen werden. Sequester ließen sich sehr schön erkennen, jedoch war es oft nicht recht deutlich, ob dieselben völlig gelöst waren. 2 Knochenabscesse waren gut erkennbar.

Nur bei ossificirenden Geschwülsten hat das Verfahren Resultate und kann im Beginn der Erkrankung von großem Vortheil sein.

Bei Arthritis urica und Arthritis deformans erhielt man in ausgesprochenen Fällen oft gute Bilder, im Anfang der Erkrankung oft nicht.

Gelenkkörper sind zuweilen durch Palpation nachzuweisen, während das Röntgenverfahren ein negatives Resultat giebt.

Diese Unsicherheit ist bedingt durch das Wesen der Röntgen'schen Entdeckung.

Größere Blasensteine sind nachzuweisen, kleinere Konkreme können sich dem Nachweis entziehen. Nierensteine sind nicht mit Sicherheit nachzuweisen.

Zur richtigen Beurtheilung der Röntgenbilder in der Unfallpraxis bedarf es einer großen Erfahrung, da geringe Deformitäten nach Knochenbrüchen wohl die Regel sind. Es kommt also das sonstige Allgemeinbild wesentlich in Betracht. Das Verfahren kann nur entscheidend sein bei positivem Ergebnis.

Wullstein (Halle) legt ebenfalls das Hauptgewicht auf die früheren Untersuchungsmethoden. Er hat aber doch gute Bilder von Erkrankungen der Weichtheile, einem Pylorus- und einem Pankreascarcinom bei allerdings inoperablen Fällen erzielt. Ein Fremdkörper, der $\frac{5}{4}$ Jahre in der Trachea mit der Spitze aufwärts saß, was für die Technik der Extraktion sehr wichtig sich erwies, konnte gefunden werden.

Auch bei Tuberkulose ist der Nachweis von käsigen Herden im Knochen doch von Wichtigkeit.

Bei Osteomyelitis wurden selbst kleinste Sequester und eben so, ob sie bereits gelöst waren oder noch nicht, nachgewiesen.

Das Verfahren ist sehr zur Kontrolle unserer therapeutischen Maßnahmen zu empfehlen; z. B. war bei einer Fractura humeri der Einfluss auf die Stellung der Fragmente gleich Null, dagegen hatte sich eine große Diastase im Gelenk ausgebildet. Votr. hat bei Spondylitis Aufnahmen, während der Kranke im Korsett war, gemacht.

Wullstein (Halle): Demonstration der Röntgenaufnahmen einer in eine Tibiapseudoarthrose eines 7jährigen Mädchens eingehielten **kartilaginären Exostose** vom Oberschenkel eines 18jährigen Mädchens.

Kuhn (Gießen): **Eine klebende wasserdichte, sterilisirbare Wundvorlage.**

Mit Kautschuk bezogenes Gummipapier, von Evens & Pistor in Cassel zu beziehen (s. d. Nummer p. 1122).

Thilo (Riga): **Bewegungen als Heilmittel bei Nervenerkrankungen.**

Votr. spricht zunächst über die Verwendbarkeit der systematischen Übungen bei den verschiedenen Beschäftigungsneurosen und über die guten Erfolge, die er erzielt hat. (Demonstration.)

Bei Lähmungen wird durch geringe, sich allmählich steigernde Belastung die Kraft der Antagonisten ausgeschaltet (aktive Bewegungen). Bei Hysterie dagegen sind beiderseitige passive Bewegungen angezeigt, und zwar so, dass auch das kranke Glied etwas mit in Anspruch genommen wird. Die einfachen Apparate bestehen im Wesentlichen aus einem über eine Rolle laufenden Gewicht. (Demonstration.)

Boettiger (Hamburg): **Über die Behandlung der Trigemimusneuralgie.**

Es werden die verschiedenen nicht operativen Maßnahmen gegen die Neuralgie des V. besprochen und eine scharfe Trennung zwischen Neuralgie und Neuritis zu machen versucht. Nur frische Neuralgien bei jungen Pat. werden durch interne Therapie längere Zeit gebessert oder dauernd geheilt.

Krause (Altona): **Über die Behandlung der Trigemimusneuralgie.**

Auch bei sehr wahrscheinlicher Diagnose auf Neuralgie zieht Redner noch einen Nervenarzt zu Rathe, um feststellen zu lassen, ob nicht doch eine Neuritis vorliege. Wenn allgemeine Behandlung nicht zum Ziel führt, dann kommt die operative in Betracht. Die Operation ist aber nicht als ein Ultimum refugium anzusehen, weil so leicht kleinere Eingriffe, durch die auch eine Heilung erzielt werden kann, außer Acht gelassen werden und ein großer centraler nöthig wird.

Die extrakranielle Methode verspricht um so mehr Erfolg, wenn die Ursache auf die Ausbreitung der Nerven verlegt werden muss oder einzelne Äste ergriffen sind. Facialisoperationen sind zu verwerfen, weil sie keine dauernden Erfolge geben. Die Durchtrennung hat erst an der Stelle oberhalb der Vereinigung der befallenen Äste zu erfolgen. Wenn der Nerv noch außerhalb der Schädelhöhle an der Schädelbasis zu erreichen ist, so soll hier die Durchtrennung vorgenommen werden, erst im negativen Falle tritt die intrakranielle Methode ein.

K. hat nach seiner Methode 15 Fälle operirt. Wenn der Schädel tief nach abwärts resectirt wird, so braucht das Gehirn nur wenig gehoben und ein ganz geringer Druck ausgeübt zu werden, so dass z. B. bei den linksseitig Operirten keine Sprachstörungen eintreten. Die motorische Wurzel kann geschont werden, weil man sie wegen ihrer härteren Konsistenz unterscheiden kann.

Bis jetzt sind im Ganzen 113 operirte Fälle mit 15% Mortalität veröffentlicht. K. selbst hat einen Todesfall. Das Endergebnis war eine recidivfreie Zeit bis zu 5 Jahren. Keratitis ist bei Menschen nicht zu fürchten; die Pat. tragen keine Schutzbrille.

Gluck (Berlin): Eine etwaige Verletzung der Carotis kann durch Ligatur gestillt werden, wie er selbst anlässlich eines anderen Falles gesehen hat.

Bruns (Hannover): Die Unterscheidung zwischen Neuralgie und Neuritis ist eine künstliche. Schwere Neuralgie beruht in sehr vielen Fällen auf Arterio-

sklerose. Die schweren, nur durch Operation heilbaren Fälle sind sofort derselben zu überweisen. Diese betreffen gewöhnlich alte Leute mit Neuralgie im 2. und 3. Ast, reflektorische Muskelsuckungen, Foetor ex ore etc.

Rumpf (Hamburg) hält die Unterscheidung, ob die betreffenden Fälle der Operation zu überweisen sind, für meist recht schwer, betont, dass die zweifelloose Wirkung der Elektrizität nicht allein auf Suggestion beruhe.

Franke (Braunschweig) hat einen vor 2 resp. 2½ Jahren operirten und recidivirten Fall durch Pyramidol geheilt.

Sprenkel (Braunschweig) hat eine Trigemimusneuralgie mit Tic durch Facialdehnung zur Heilung gebracht.

Krause giebt in jedem Falle erst Aconitin. nitricum (Merck) und hat in 2 Fällen Heilung erzielt.

Kredel (Hannover): Operation der medianen Nasenspalte.

K. demonstirt die Photographien eines von ihm operirten Falles von hochgradiger medianer Nasen- und Lippenspalte (Doggennase). Die Missbildung ist eine außerordentlich seltene, der vorliegende Fall der 7. am Lebenden beobachtete und der 1., welcher operativ behandelt wurde. Votr. bespricht die Hypothese von Witzel, wonach die Ursache dieser Spaltbildung, welche einen nicht paarig angelegten Knochentheil (Stirnfortsatz) betrifft, in vermehrtem intrakraniellen Druck und Bildung eines Hirnbruchs zu suchen sei. Auf Grund der bisher bekannt gewordenen Beobachtungen, welche trotz ihrer geringen Zahl eine ganze Stufenleiter von Variationen darstellen, muss Votr. dieser Ansicht widersprechen. Konstant ist nur die Spalte der knorpligen Nase und des Nasengerüsts; nur in den schwersten Fällen kommt eine Defektbildung in der Schädelkapsel hinzu, welche bislang nur an anatomischen Präparaten, nicht an lebensfähigen Kindern gefunden wurde. K. schließt sich daher durchaus der Ansicht an, dass die Ursache der Hemmungsbildung in einer von außen einwirkenden Schädigung, d. h. in Verwachsung und Druck von Amnionfalten zu suchen ist (v. Bramann, Landow u. A.) und sieht seinen eigenen Fall als besonders beweisend hierfür an. Derselbe war nämlich kompliziert mit Spontanamputation des linken Vorderarmes und zeigte sowohl am Stumpf wie auch an der Nase Hautanhänge, wie sie für Amnionstränge charakteristisch sind.

Es handelte sich um ein 11 Wochen altes Kind mit einer breiten medianen Längspalte der Nase und Oberlippe; Gaumen intakt. Die Nasenspalte völlig ausgefüllt und überragt von einem massigen Tumor, welcher verschiedene Hautunebenheiten, namentlich eine Einsenkung und einen Hautfortsatz mit feiner Hypertrichose trug. Linke Nasenhöhle durchgängig, die rechte etwa 2 cm oberhalb der Nasenöffnung knöchern verschlossen. — Eltern und 4 Geschwister ohne Missbildung.

Operation in 2 Akten. Zunächst Vereinigung der Lippenspalte und Exstirpation des Tumors mit Erhaltung der ihn bedeckenden brauchbaren Haut. Dabei wird konstatiert, dass im Stirnbein kein Defekt und ein normal hoher, aber abnorm breiter Vomer vorhanden ist. Letzteres ist auch in mehreren ähnlichen Fällen ausdrücklich hervorgehoben worden. Der exstirpirte Tumor erweist sich anatomisch (Beneke) als Teratom; er besteht in der Hauptmasse aus Fett, enthält aber auch kleine Knochen und Muskelpartien, so wie Cysten mit theils endothel-, theils epithelähnlichen Zellen etc. Votr. fasst dieses Teratom nicht als Doppelmissbildung, sondern als verlagerte Keime desselben Embryos auf (Arnold, Salzer).

Der 2. Akt der Operation bestand in Aufrollung der Nasenflügel von innen her und Anheftung an den Vomer; von oben wird ein langer Hautlappen mit der Basis an der Stirn, als Steg ein kleinerer Hautlappen mit der Basis nach der Lippe zu eingepflanzt, welcher gedoppelt an den Vomer angenäht wird. Zur Verschmälerung der enorm breiten Nasenwurzel müssen beide Oberkieferfortsätze bis zur Stirn reseziert werden. Heilung. (Selbstbericht.)

Braun (Göttingen): Über myogene Kieferklemme.

Bei einer 15jährigen Pat. standen 7 Jahre die Kiefer fest auf einander. König hatte früher die Resektion beider Gelenkköpfe ohne Erfolg gemacht. Der Unter-

kiefer war wohl in Folge der Inaktivität sehr klein. Desshalb nach Langenbeck Resektion des Process. coronoid. Außerdem wurden im Muskel einige Knochenstücke entfernt. Der Erfolg war Anfangs auch ganz gut, nach 3 Wochen jedoch schon völlig negativ.

Bei einer späteren Operation wurde durch Verlagerung der Kaumuskeln eine Besserung versucht. Eine Lösung des Masseter und Pterygoideus vom Unterkiefer war ohne Erfolg. Erst als noch ein Theil des Proc. coronoid. abgetragen, gelang das Öffnen des Mundes. In der Nachbehandlung wurde der Mund durch Keile geöffnet gehalten. Jetzt stehen die Zahnreihen 1 cm von einander, so dass Pat. die Aufnahme der Speisen bedeutend erleichtert ist, während sie sonst nur durch eine Zahnlücke sich Nahrung zuführen konnte. Kleine Bewegungen sind möglich.

Votr. weist auf die Malignität des Leidens hin und glaubt, dass in nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen durch Lösung und Verlagerung der Insertion der Kaumuskeln Erfolg erzielt werden könne.

Sonnenburg (Berlin) empfiehlt in schweren Fällen die halbseitige Resektion des Unterkiefers.

Braun hebt hervor, dass eine Beweglichkeit auch so nicht erzielt werde.

Gluck (Berlin): **Chirurg. Erfahrungen über maligne Larynxgeschwülste** (mit Demonstrationen).

G. empfiehlt bei Kehlkopfexstirpation zur Verhütung der Schluckpneumonie die von ihm schon experimentell früher versuchte Resektion der Trachea mit Einnaht derselben in die äußere Haut (spätere Tamponade der Wunde), gegen das Erbrechen Cocain und Salzsäure, bei zweifelhaften Fällen Laryngofissur und Exsision.

Die Resultate haben sich durch obiges Verfahren, durch Trendelenburgsche Tamponade, durch die Schleimhautplastik nach Bardenheuer, durch die sachgemäße Pflege so gebessert, dass Votr. von seinen 12 letzten Exstirpationen nur 1 in Folge der Chloroformnarkose verloren hat. Außerdem wird eine Modifikation der Doppelkanüle gezeigt und betont, dass das Hauptgewicht auf Ausbildung der Flüstersprache zu legen sei. Demonstration der Pat.

Sonnenburg: **Der gegenwärtige Stand der Chirurgie der Lungen.**

Unser Eingreifen ist wegen der Unsicherheit der Diagnose auf diesem Gebiet ein wenig dankbares.

Als Operationen kommen in Betracht: Pneumotomie und Pneumektomie. Wegen Unsicherheit der Diagnose ist breite Eröffnung des Thorax mit eventuellem Lappenschnitt nöthig. Ob Verwachsungen der Pleura vorhanden, ist vorher nicht sicher. Bestehen solche nicht, so ist Eröffnung und Naht der Pleura wohl das beste Verfahren. Die zweizeitigen Methoden sind nicht so sicher.

Die Punktion ist für die Diagnose nicht ganz zuverlässig. Extrapleurale Palpation nach Tuffier. Bei sklerotischem Gewebe kann man ohne Gefahr einer Blutung einschneiden; bei elastischem ist zu rathen, mit dem Ferrum candens vorzugehen. Möglichst breite Eröffnung des Herdes und Tamponade, letztere besonders da, wo große Bronchien communiciren, da Pat. sonst nicht athmen kann.

Die Operationen theilen sich in aseptische (Tumoren, Cysten, Tuberkulose) und septische. Primäre Lungengeschwülste werden wohl kaum operativ anzugreifen sein, weil dieselben kaum Erscheinungen machen. Meist handelt es sich um Tumoren, die von der Pleura übergriffen haben. Echinokokken bieten ein günstigeres Gebiet; bei gestellter Diagnose Eröffnung. Die Lunge geht nicht zurück, weil die Blasen sie vorwölben. Die Punktion des Echinococcus ist zu gefährlich, weil bei folgender forcirter Athmung sich der Riss vergrößert, der Inhalt sich in die Lunge ergießt und Pat. erstickt.

Zur Excision eines tuberkulösen Herdes wird wohl sehr selten Gelegenheit sein.

Die eitrigen Processe sind zu trennen in Lungenabscesse, Bronchiektasien, Gangrän, Kavernen.

Die frühe Operation der akuten Abscesse giebt die beste Prognose. Dieselben entstehen meist nach genuiner Pneumonie und nach Influenza. Der chronische Lungenabscess wird wegen Sklerose der Umgebung meist nicht mehr völlig ausheilen, bei ihm eine sich schwer schließende Fistel zurückbleiben. In 80% ist der Sitz im hinteren unteren Lappen.

Lungenabscesse nach solchen in benachbarten Organen bieten eine bessere Prognose und können nicht selten durch Expektorationsausheilen. Jedoch indicirt in den unteren Theilen der Lunge die Stagnation des Sekretes, in den oberen die Unnachschiebigkeit der Weichtheile die Operation. Die Fremdkörper in der Lunge, durch Röntgen nachweisbar, erzeugen Abscesse mit putridem Inhalt, die aber oft entfernt von dem Fremdkörper und näher der Oberfläche liegen und mit einer putriden Bronchitis kombinirt sein können. In der Nähe der Fremdkörper können noch dazu Bronchiektasen kommen.

Sackförmige Bronchiektasen können geheilt werden, kommen aber im Allgemeinen selten zur Operation, weil sie meist multipel auftreten und ältere Leute betreffen. Dieselben heilen durch Operation wohl so gut wie nie aus, meist bleibt eine Fistel zurück. S. hat einen Fall geheilt.

74 operirte Fälle von Gangrän sind in der Litteratur verzeichnet mit 35% Heilungen. Die gangränösen Herde sind nur, wenn circumscrip, operativ anzugreifen, aber dies ist vorher nicht zu diagnosticiren. Die Operation ist aber nöthig, weil sonst Pat. septisch zu Grunde geht. Wie weit die Höhle reicht, lässt sich bei Operationen selten genau konstatiren.

Bei der Aktinomykose ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Die Erfahrungen des Einzelnen sind da ausschlaggebend.

Franke (Braunschweig) hat die Pleura in einem Falle so angenäht, dass er unter Druck des Fingers auf die Pleura bei jeder Inspiration die sich hebende Lunge durch die Naht fixirt. Er hält die Eröffnung der Pleurahöhle für nicht sehr gefährlich. Kleine Lungenabscesse können sich resorbiren. F. hat 2 Lungenkavernen operirt: 1 +, 1 geheilt, 1mal wegen Fremdkörper, letzteren aber nicht gefunden.

Gluck (Berlin) erwähnt eine Schussverletzung der Lunge, bei der er die Blutung durch Fassen mit breiten Klemmen, Kauterisation und Tamponade gestillt hat, und weist ferner auf seine diesbezüglichen Experimente und Untersuchungen hin.

Troje erwähnt, dass Lange (New York) ein Carcinom der Lunge nach einem 2 Jahre zuvor operirten Mastdarmcarcinom mit dem Paquelin entfernt hat. Pat. starb an Recidiv in loco. 2 Fälle von Gangrän endeten tödlich.

Sprengel (Braunschweig) zeigt einen Fall von Verletzung der Pleura und weist darauf hin, wie viel Platz durch Resektion einer Rippe vorn gewonnen wird. Die Lunge sinkt so zurück, dass er es für unmöglich hält, sie anzunähen.

Sonnenburg: Die Exkursion der Lunge ist selten so hochgradig wie im vorliegenden Falle. Pneumothorax ist nicht so zu fürchten bei bereits Lungenkranken.

Die Verletzungen der Lunge sind besser abzuhandeln bei den Erkrankungen der Pleura. Tuberkulöse Kavernen bieten wohl kaum mehr Indikationen zum operativen Eingreifen.

Gottstein (Breslau): **Über Ösophagoskopie.**

Vorher starkes Cocainisiren der Pat. Lagerung auf die rechte Seite.

Troje (Braunschweig): **Zur Operation multipler tuberkulöser Dünndarmstenosen** (mit Demonstration des Präparats).

Bei einer 25jährigen Pat. wurde 1 m 15 cm Dünndarm entfernt, in dem sich 4 ringförmige Strikturen befanden, die nach oben zu an Enge abnahmen; die dazwischen liegenden Partien waren ampullenförmig erweitert. Mikroskopisch zeigten die an den Stenosen sitzenden tiefgreifenden Geschwüre das Bild der Tuberkulose. Die Serosa war betheilig, das Mesenterium enorm verdickt, die Ge-

faße sehr erweitert. Die Abbindung war deshalb äußerst schwierig. Die resecirten Darmschlingen wurden nach Zwickelbildung vereinigt. Nicht dies, sondern die sich zeigende parallele Aneinanderlagerung der resecirten Schlinge hält T. für die Ursache der später erfolgenden Fistelbildung.

Die Resektion ist als das Normalverfahren selbst in technisch schwierigen Fällen und bei schwachen Leuten zu betrachten, da principiell nicht einzusehen ist, was das Fehlen der doch kaum secernirenden Darmflächen, an das die Pat. doch theilweise schon gewöhnt sind, schaden soll.

Die Darmausschaltung ist bei wirklich engen Stenosen gefährlich. Eine Plastik ist in dem tuberkulösen Gewebe schwer.

Wullstein (Halle): Ausgedehnte Resektion des unteren Dünndarmtheils nach Strangulation.

Bei dem geheilten Pat. wurden 175 cm Darm entfernt.

Kuhn (Gießen): Demonstration eines neuen Darmrohres.

Kehr (Halberstadt): Über die direkte Drainage des Ductus hepaticus bei Cholangitis.

Bei Cholangitis finden sich fast immer Konkreme im Choledochus und Cysticus. Zuweilen schafft Choledochotomie Heilung. Jetzt zieht K. die direkte Drainage des Hepaticus vor, weil selbst bei Annäherung der Gallenblase und Eröffnung der Duct. cysticus nur langsam abschwilt, und die Leber nicht schnell genug entlastet wird. Bei akutem Leiden muss gleich vorgegangen werden. Das Drainrohr muss sehr weich sein und genau in die Lichtung passen. Kann die Gallenblase erhalten werden, dann ist festzustellen, ob der Cysticus durchgängig ist; wenn nicht, ist der Choledochus zu incidiren und drainiren. Wenn die Blase hierbei hinderlich ist, so soll dieselbe extirpiert werden. Bei multiplen Abscessen ist natürlich die Therapie machtlos.

Sprengel (Braunschweig) weist auf das Rationelle des Vorschlags hin, glaubt jedoch, dass es in vielen Fällen schwer sein wird, den Choledochus so frei zu legen, dass die Drainage möglich ist.

Troje (Braunschweig) hat in einem Falle bei trübem Inhalt im Choledochus letzteren geöffnet, dann die Blase incidirt und drainirt, da beide mit Steinen gefüllt waren. In einem Falle war die Rippenresektion nöthig, da sich sonst die Leber nicht so weit nach oben schlagen ließ.

Vulpinus (Heidelberg): Über die Verwerthung der Cellulose in der orthopädischen Technik.

Demonstration verschiedener Verbände und Apparate. Die Cellulose wird wasserbeständig durch Trikot gemacht. Das Korsett wird nicht in Detorsion angelegt, sondern der Torso modellirt. Bei wachsenden Skoliosen empfiehlt V. starre Korsette, während nach Helling die hinteren Stäbe federnd sind. Sogenannte Hornhaut (nicht gegerbte Thierhaut) ist außerordentlich wasserbeständig.

Troje (Braunschweig) stimmt dem Urtheil über die Helling'schen Korsette bei und bevorzugt feste Korsette; empfiehlt Aceton-Celluloid-Korsette. Trikot wird in 3—4 Lagen direkt imprägnirt. Die Korsette sind leicht und gefällig und auch nicht besonders theuer. Im Übrigen ist er für das Detorsionskorsett. Er lässt auch nachbessern, aber erst, nachdem er gesehen hat, wie weit man mit der Detorsion nach Lorenz kommt.

Nebel (Frankfurt a/M.) ist für ausgiebige Detorsion und empfiehlt Lederkorsette. Er bedarf keiner Spangen, das Korsett ist im Vergleich zu allen anderen sehr leicht korrigirbar, wasserbeständig, sehr leicht an Gewicht und beständig. Dabei stellt sich der Preis für das Material auf etwa 5 M.

Nebel (Frankfurt a/M.): Korsettbehandlung speciell bei Spondylitis mit Eindrückung des Buckels auf dem Schwebelagerungsgestell (Demonstration).

Lorenz (Wien): Vorstellung eines Kindes, bei dem vor 1¼ Jahr eine **Lux. coxae cong.** blutig reponirt war. Der Gang ist sehr gut.

Lorenz (Wien): Über unblutiges instrumentelles Redressement der Hüftkontrakturen mit Demonstration des Verfahrens.

In Frankreich sind nach dem Redressement desshalb so viele Todesfälle erfolgt, weil hier eine universell mobilisierende Methode angewandt wird. Die fibröse Ankylose weicht dem Redressement, das aber kein forcirtes sein soll. Bei Fisteln ist etappenweise zu redressiren. Der Apparat besteht in einer Extensionswirkung an der höher stehenden Beckenseite, während an der tiefer stehenden das Bein durch eben solche Schraubenwirkung und zugleich das Becken emporgeschoben wird.

Sprenkel (Braunschweig) berichtet über ein **Operationsverfahren nach alten Hüftgelenksresektionen**. Nicht in frischen Fällen soll man von vorn herein sehr weit reseciren, weil dann oft zu viel verloren geht, und ein guter Theil der Fälle nach der alten Methode ausheilt. Erfolgt die Ausheilung nicht, so wird ein Beckenrandschnitt gemacht, von dem ein 2. Schnitt am hinteren Rand des Tensor fasciae latae abgeht. Jetzt wird die ganze Glutaealmuskulatur vom Becken, nicht vom Trochanter abgelöst. Die Blutung ist hierbei viel geringer. S. empfiehlt sein Verfahren auch wegen der guten Übersicht des Gelenkes, die gewonnen wird, bei Schenkelhalsaffektionen (alten Schenkelhalsbrüchen), bei Tuberkulose der Hüfte, die nicht heilen will, bei Operationen am Schenkelhals, zu diagnostischen Zwecken. Er stellt einen Pat., der wegen Coxitis bereits früher operirt, und bei dem eine Ausheilung nicht zu Stande gekommen war, vor. Bei demselben ist ein ausgezeichnetes Resultat erzielt. Bei Erkrankungen im Inneren des Beckens empfiehlt S. den suprasymphysären Schnitt Bardenheuer's.

Cramer (Köln): Über osteoplastische Knochenspaltungen.

Demonstration einer Pat., bei der wegen Tuberkulose ein Theil des Radius entfernt werden musste. Der Defekt wurde später durch Spaltung der Ulna ersetzt. C. zeigt (Röntgenbilder), dass die Knochen nicht atrophisch werden, sondern dass der Raum zwischen den Spangen durch Knochenmasse ausgegossen wird. Der Arm wird selbstverständlich kürzer bleiben. Die Hand der Pat. ist ziemlich gut beweglich.

Vulpus sah Nekrose eintreten bei angeborenem Defekt der Tibia. Die Knochenspange brach beim Herüberholen ab.

Cramer kennt 5—6 gute Erfolge bei angeborenen Defekten; es stellt sich später sogar besseres Wachsthum ein.

Vulpus (Heidelberg): Über die Behandlung von Lähmungsdeformitäten des Fusses.

Nimmt man zur Sehnenplastik einen funktionell unwichtigen Kraftgeber, so kann derselbe völlig verwandt werden; ist der Kraftempfänger völlig gelähmt, so kann er ganz durchtrennt werden. Bei theilweise gelähmten Kraftempfängern und bei funktionell nicht unwichtigen Kraftspendern kann man die einzelnen Muskeln der Länge nach theilen und entsprechend vereinigen oder sie mit einander vertauschen. Viertens kann man den Kraftempfänger erhalten und den Kraftspender seitlich an denselben anhängen.

Alle diese Methoden, die an sehr instruktiven Abbildungen demonstriert werden, können bei richtiger Indikationsstellung gute Resultate geben. Außerdem ist zu unterscheiden in auf- und absteigende und sich begegnende Überpflanzung. Die absteigende Methode ist am meisten zu empfehlen, weil die Kraft direkt auf den Muskel übergeht, weil die paretische Sehne dünner ist und sich desshalb auch schwerer theilen lässt.

Die Indikation ist, erst die Deformität zu beseitigen und dann durch die Plastik das Wiedereintreten derselben zu verhüten.

V. hat bis jetzt nur an der unteren Extremität operirt; die Methoden lassen sich aber auch für die obere verwenden. Zuweilen kommt man mit einer Überpflanzung nicht aus, sondern man muss schrittweise überpflanzen; für den Erfolg ist es wichtig, wenn möglichst funktionsverwandte Muskeln an einander kommen. Man muss alle noch erhaltene Muskelkraft in Betracht ziehen und nach Möglich-

keit zu verwenden suchen. Unter 20 Operationen hat V. 3 Misserfolge, 1 wegen Vereiterung, 1 wegen der Technik, 1 wegen falscher Berechnung gehabt.

Die Operation wird unter Blutleere mit ausgedehntem Längsschnitt gemacht, bis man den Muskelbauch erkennen kann. Die Sehnen werden subfascial vorgezogen, mit Katgut genäht und dann in redressirter und überkorrigirter Stellung ein Gipsverband angelegt. Der Fuß muss gleich nach der Operation in federnder Stellung von selbst bleiben. Der Gipsverband bleibt 6—7 Wochen liegen; eine Nachbehandlung ist gut, aber nicht unbedingt nothwendig.

Gluck (Berlin) schlägt statt des Namens Transplantation Transposition oder Derivation vor und will ersteren nur für die echten Transplantationen verwandt wissen. Ferner berichtet er über einen nach seiner Methode operirten Fall, bei dem durch Phlegmone der Hohlhand die Flexorensehnen zerstört waren und trotzdem ein gutes funktionelles Resultat erzielt ist. (Der Pat. ist in der Berliner med. Gesellschaft vorgestellt.)

Franke (Braunschweig): Die operative Behandlung der Radialislähmung.

Nachdem F. im Anschluss an den Vortrag von Vulpius 3 Kinder vorgestellt hat, die er durch Sehnenüberpflanzung von ihrem paralytischen Klumpfuß befreit und wieder gut gehfähig gemacht hat, theilt er mit, dass es ihm im weiteren Verfolg seiner seit 2½ Jahren geübten Versuche mit der Sehnenüberpflanzung gelungen ist, ein noch schwereres Leiden als den paralytischen Klumpfuß funktionell zu heilen, nämlich die Radialislähmung. Er erwähnt kurz, dass, während man den Klumpfuß bisher wenigstens durch Schienenapparate ziemlich glücklich bekämpft, man der so viel mehr schädigenden Radialislähmung machtlos gegenüber gestanden hatte, da Schienenapparate u. dgl. ihren Zweck gar nicht oder höchst mangelhaft erfüllten. Hierauf stellt er die 2 Mädchen vor, bei denen er die funktionelle Heilung der Radialislähmung erzielt hat. Im 1. Falle hatte er nur die Absicht, durch Verbindung der kräftigen Handbeuger mit den gelähmten Handstreckern der Hand die Streckstellung zu verschaffen, damit in die Hand gelegte Gegenstände festgehalten werden könnten. Nach mehrmaliger, etwas veränderter Operationsweise wurde der angestrebte Erfolg erreicht; merkwürdigerweise wurde aber danach auch der weitere Zustand ein günstigerer, indem die seit 10 Jahren bestehende (cerebrale) Radialislähmung sich immer mehr besserte. Das Mädchen kann sich ausziehen und fast ganz anziehen, kann mit der Hand gröbere und feinere Gegenstände fassen, hat Schreiben gelernt, kann die Nadel führen u. dgl. Bei dem zweiten Mädchen (7 Jahre alt), das seit 5 Jahren an einer Lähmung des ganzen Oberarmes und der Schulter und des Radialis leidet, ist F. anders vorgegangen. Da der kräftige ulnare Handbeuger, den geringen Widerstand des paretischen radialen Handbeugers überwindend, die Hand fast stets, immer aber bei den Versuchen, die Finger zu krümmen, in Abduktion hielt, wurde seine Sehne durchschnitten und ihr centrales Ende mit der Sehne des gelähmten Extensor digitorum verbunden. Zugleich wurde der Extensor carpi radialis mittels Durchschneidung seiner Sehne und Übereinandernähen der Schnittenden verkürzt. Auf diese Weise wurde die Hand mechanisch in Streckstellung erhalten, zugleich aber den Fingern durch Übertragung der Kraft des Ulnaris internus auf ihre Strecksehnen die Streckfähigkeit verliehen. Das Kind, operirt Mitte Juli d. J., kann nicht zu große und schwere Gegenstände greifen und festhalten. Leider bestand noch Schlottergelenk der Schulter und des Ellbogens, so wie starke Pronationsstellung des Vorderarms. An der Schulter war im August die Arthrodesse ausgeführt worden, vollkommene Steifigkeit aber bisher noch nicht erreicht. Für den Ellbogen soll eine leichte Schiene konstruirt werden. Die Pronationsstellung soll möglichst beseitigt werden durch Verkürzung der Sehne des M. supinator brevis.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Thilo, Vulpius.

Nebel: Ein verstellbarer, leicht transportabler Finger- und Handgelenkspendelapparat (Demonstration).

Derselbe hat vor dem Krukenberg'schen den Vorthail, dass er eine völlige Beugung der Finger und auch seitliche Bewegungen des Handgelenks gestattet.

Nebel: Ein Extensions- und Fussfixirungsapparat zur bequemen Verbandanlegung an der unteren Extremität. (Verstellbarer Sitz.) (Demonstration.)

Lorenz (Wien): Demonstration seiner Methode des modellirenden Redressements des Klumpfusses.

Die einzelnen Komponenten werden nach einander ausgeglichen.

F. Sprengel (Braunschweig) demonstriert an einem Pat. ein durch Phelps'sche Operation und Abtragung des Taluskopfes erzielttes sehr gutes Resultat einer Klumpfußbehandlung.

Zenker (Hamburg): Demonstration einer Argentanplattfußeinlage.

Borchard (Posen).

22) Lammers. Ein Fall traumatisch entstandenen Bruches.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 7.)

68jähriger Zimmermann. Fall am 30. Mai 1892 aus 4 m Höhe auf den Stiel der Axt, welche er in der Hand hielt. Wochenlange Schmerzen, welche ihn 3 Monate an das Bett fesselten. Wenige Tage nach dem Unfall wurde an der verletzten Stelle eine hühnereigroße Geschwulst bemerkt. Am 8. April 1897 fand sich: In der rechten Unterbauchgegend eine kindskopfgroße Geschwulst nach links bis zur Linea alba, nach unten bis zum Lig. Poupart, nach oben bis handbreit unterhalb des Rippenbogens, nach außen zur vorderen Linea axill. reichend. Die Geschwulst ist reponirbar. Es zeigt sich dann ein scharfrandiger Spalt von 6 bis 7 cm Länge und 4—5 cm Breite.

Bähr (Hannover).

23) Kjar. Fall von Darmstein in einem Schenkelbruch.

(Hospitals Tidende 1896. No. 19.)

Die 64 Jahre alte Frau hatte seit 4 Jahren einen Schenkelbruch gehabt. Seit 4 Wochen ist er irreponibel gewesen. Jetzt hat Pat. eine apfelgroße Geschwulst in der rechten Cruralgegend. Dieselbe ist sehr hart, irreponibel, hat einen Stiel, der in der Richtung des Cruralkanals geht. Bei der Operation passirt man keinen Bruchsack, der Bruch enthielt Blinddarm und Proc. vermiformis. Im Blinddarm ein Darmstein, 3,3—2,8 cm, der durch eine Incision entfernt wurde. Der Stein besteht wesentlich aus Phosphorsäure und Wismuth.

Schaedemoje (Kopenhagen).

24) Coley. The radical cure of hernia, with a report of three hundred and sixty cases.

(Annals of surgery 1897. März.)

Verf., »Assistant surgeon to the hospital for ruptured and crippled (hernia department)«, hat in der Zeit von 5 Jahren die obige stattliche Zahl von Radikaloperationen ausgeführt mit einem in der That sehr glänzenden Resultat, indem er unter 360 Operationen nur 1 Todesfall, fast immer primäre Heilungen und unter 350 Radikaloperationen von Schenkel- und Leistenbrüchen nur 7 Recidive beobachtet hat. Bei Weitem zieht er die Methode von Bassini allen anderen Verfahren vor; operirt hat er nach derselben im Ganzen 300mal; darunter waren 3 Recidive. Die Beobachtungszeit erstreckte sich auf 1—5 Jahre. Beeinträchtigt wird das gute Resultat des Verf. in Bezug auf die Enderfolge wesentlich nach unserer Meinung dadurch, dass sich der größte Theil seiner Pat. (250!) bei der Operation noch unter 14 Jahren befand. Für die Leistungsfähigkeit der Operation im Mannesalter, zumal bei einer schwer arbeitenden Bevölkerung, sind daher die Zahlen des Verf. nur mit Vorsicht zu verwerthen.

Tietze (Breslau).

25) E. Müller. Extraabdominale Darmresektion mit fortgesetzter extraabdominaler Behandlung.

(Hospitals Tidende 1896. No. 3.)

Verf. hat wegen tuberkulöser Striktur eine Darmresektion in 2 Sitzungen gemacht. Die Erkrankung erstreckte sich über den unteren Theil des Ileum,

über Coecum und Colon ascendens bis 1 Zoll von der Flexura coli dextra. Am 1. Tage Laparotomie, Mobilisirung des Darmes durch Incision der Basis des äußeren Blattes des Mesocolon und Vorlagerung des erkrankten Darmabschnittes. Das innere Blatt des Mesocolon wird an den inneren Wundrand genäht, die extraperitoneale Höhle an der äußeren Seite des Darmes austamponirt. 6 Tage später folgt die extraperitoneale Darmresektion, Vereinigung der Darmenden und Versenkung in die erwähnte extraperitoneale Höhle, was ohne Eröffnung der Peritonealhöhle gelingt; Vereinigung der Bauchwand und Drainage. Reaktionsloser Verlauf. Der Pat. wird geheilt entlassen. **Schaedemoje** (Kopenhagen).

26) **Kaarsberg.** Laparotomie und Desinvagination bei Invagination ileo-coecalis subchronica.

(Hospitals Tidende 1896. No. 5.)

Der $3\frac{3}{4}$ Jahre alte Knabe erkrankte vor 30 Tagen mit Symptomen einer Darminvagination; später remittirende Symptome. Im Krankenhaus wurden Darmeingießungen in Narkose ohne Resultat 2mal versucht. Laparotomie. Bei Verlöthung im oberen Abschnitt der Invagination gelingt die Desinvagination beim Druck nach oben auf das Ende der Geschwulst. Heilung.

Schaedemoje (Kopenhagen).

27) **Franke.** Heilung eines Falles von Colica mucosa durch Anlegung eines künstlichen Afters.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. I. Hft. 3.)

Die Überschrift besagt das Wesentliche. Die Kranke war von dem Erfolg so befriedigt, dass sie dem Vorschlag, nach einiger Zeit den am Colon descendens angelegten künstlichen After wieder schließen zu lassen, sich energisch widersetzte; sie behielt also den letzteren; aus demselben kam noch öfter Schleim, aber ohne Koliken.

Haeckel (Stettin).

28) **E. Lobstein.** Über die Methoden der Mastdarmexstirpation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 30 u. 31.)

L. berichtet über die an der Heidelberger Klinik vom Jahre 1892 bis Ende 1896 ausgeführten Rectumexstirpationen. Die im Auszug mitgetheilten Krankengeschichten geben Aufschluss über Alter, Geschlecht, Dauer der Beschwerden, lokalen und anatomischen Befund, Operationsmethode und über das Befinden der Operirten bis Februar 1897. Unter den 40 mitgetheilten operirten Fällen handelte es sich 39mal um Carcinom, 1mal wahrscheinlich um Tuberkulose. Der jüngste Pat. zählte 13, der älteste 78 Jahre, 22 hatten das 50., 10 das 60. Jahr überschritten; unter 40 Jahren standen 9. Die sacralen Methoden kamen 30mal in Anwendung, und unter ihnen die definitive quere Kreuzbeinresektion in 10 Fällen. Die gesammte Mortalität bei den 40 Fällen betrug 5%. Von den Operirten sind 16 noch sicher am Leben, 5 darunter bis jetzt ohne Recidiv, darunter je 1 aus 1893 resp. 1894. Vollständige Continenz wurde in 7 Fällen erzielt, in den meisten übrigen wenigstens eine befriedigende, in so fern die Kranken festen Stuhl gut halten können. Eine ausführliche Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden zur Mastdarmresektion unter Herstellung eines verschlussfähigen Afters schließt die Abhandlung L.'s.

Gold (Bielitz).

29) **Chaput.** Traitement chirurgical du cancer du rectum.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 509.)

Unter 10 in extenso mitgetheilten Fällen von Mastdarmresektionen wegen Carcinoms zählt C. 8 Heilungen und 2 Todesfälle (1 in Folge einer Bronchopneumonie nach Äthernarkose, 1 in Folge Zerreißung des Harnleiters in einem kaum noch operablen Falle). Von den 8 Geheilten starb indess die eine Pat. 2 Monate nach der Operation an einer choleraähnlichen Diarrhöe, die ziemlich bald nach dem Eingriff begonnen hatte, eine 2. Pat. nach $\frac{1}{2}$ Jahr in Folge eines zur Beseitigung des bei der ersten Operation angelegten künstlichen Afters gemachten zweiten Eingriffes. Von den 6 überlebenden Pat. gingen 2 an rasch sich

Nebel: Ein Extensions- und Fussfixirungsapparat zur bequemen Verbandanlegung an der unteren Extremität. (Verstellbarer Sitz.) (Demonstration.)

Lorenz (Wien): Demonstration seiner Methode des modellirenden Redressements des Klumpfusses.

Die einzelnen Komponenten werden nach einander ausgeglichen.

F. Sprengel (Braunschweig) demonstriert an einem Pat. ein durch Phelps'sche Operation und Abtragung des Taluskopfes erzielttes sehr gutes Resultat einer Klumpfußbehandlung.

Zenker (Hamburg): Demonstration einer Argentanplattfußeinlage.

Borchard (Posen).

22) **Lammers. Ein Fall traumatisch entstandenen Bruches.**

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 7.)

68jähriger Zimmermann. Fall am 30. Mai 1892 aus 4 m Höhe auf den Stiel der Axt, welche er in der Hand hielt. Wochenlange Schmerzen, welche ihn 3 Monate an das Bett fesselten. Wenige Tage nach dem Unfall wurde an der verletzten Stelle eine hühnereigroße Geschwulst bemerkt. Am 8. April 1897 fand sich: In der rechten Unterbauchgegend eine kindskopfgröße Geschwulst nach links bis zur Linea alba, nach unten bis zum Lig. Poupart, nach oben bis handbreit unterhalb des Rippenbogens, nach außen zur vorderen Linea axill. reichend. Die Geschwulst ist reponirbar. Es zeigt sich dann ein scharfrandiger Spalt von 6 bis 7 cm Länge und 4—5 cm Breite.

Bähr (Hannover).

23) **Kjar. Fall von Darmstein in einem Schenkelbruch.**

(Hospitals Tidende 1896. No. 19.)

Die 64 Jahre alte Frau hatte seit 4 Jahren einen Schenkelbruch gehabt. Seit 4 Wochen ist er irreponibel gewesen. Jetzt hat Pat. eine apfelgroße Geschwulst in der rechten Cruralgegend. Dieselbe ist sehr hart, irreponibel, hat einen Stiel, der in der Richtung des Cruralkanals geht. Bei der Operation passiert man keinen Bruchsack, der Bruch enthielt Blinddarm und Proc. vermiformis. Im Blinddarm ein Darmstein, 3,3—2,8—2,8 cm, der durch eine Incision entfernt wurde. Der Stein besteht wesentlich aus Phosphorsäure und Wismuth.

Schaedemoje (Kopenhagen).

24) **Coley. The radical cure of hernia, with a report of three hundred and sixty cases.**

(Annals of surgery 1897. März.)

Verf., »Assistant surgeon to the hospital for ruptured and crippled (hernia department)«, hat in der Zeit von 5 Jahren die obige stattliche Zahl von Radikaloperationen ausgeführt mit einem in der That sehr glänzenden Resultat, indem er unter 360 Operationen nur 1 Todesfall, fast immer primäre Heilungen und unter 350 Radikaloperationen von Schenkel- und Leistenbrüchen nur 7 Recidive beobachtet hat. Bei Weitem zieht er die Methode von Bassini allen anderen Verfahren vor; operirt hat er nach derselben im Ganzen 300mal; darunter waren 3 Recidive. Die Beobachtungszeit erstreckte sich auf 1—5 Jahre. Beeinträchtigt wird das gute Resultat des Verf. in Bezug auf die Enderfolge wesentlich nach unserer Meinung dadurch, dass sich der größte Theil seiner Pat. (250!) bei der Operation noch unter 14 Jahren befand. Für die Leistungsfähigkeit der Operation im Mannesalter, zumal bei einer schwer arbeitenden Bevölkerung, sind daher die Zahlen des Verf. nur mit Vorsicht zu verwerthen.

Tietze (Breslau).

25) **E. Müller. Extraabdominale Darmresektion mit fortgesetzter extraabdominaler Behandlung.**

(Hospitals Tidende 1896. No. 3.)

Verf. hat wegen tuberkulöser Striktur eine Darmresektion in 2 Sitzungen gemacht. Die Erkrankung erstreckte sich über den unteren Theil des Ileum,

über Coecum und Colon ascendens bis 1 Zoll von der Flexura coli dextra. Am 1. Tage Laparotomie, Mobilisierung des Darmes durch Incision der Basis des äußeren Blattes des Mesocolon und Vorlagerung des erkrankten Darmabschnittes. Das innere Blatt des Mesocolon wird an den inneren Wundrand genäht, die extraperitoneale Höhle an der äußeren Seite des Darmes austamponiert. 6 Tage später folgt die extraperitoneale Darmresektion, Vereinigung der Darmenden und Versenkung in die erwähnte extraperitoneale Höhle, was ohne Eröffnung der Peritonealhöhle gelingt; Vereinigung der Bauchwand und Drainage. Reaktionsloser Verlauf. Der Pat. wird geheilt entlassen. **Schaedemoje** (Kopenhagen).

26) **Kaarsberg.** Laparotomie und Desinvagination bei Invagination ileo-coecalis subchronica.

(Hospitals Tidende 1896. No. 5.)

Der $3\frac{3}{4}$ Jahre alte Knabe erkrankte vor 30 Tagen mit Symptomen einer Darminvagination; später remittierende Symptome. Im Krankenhaus wurden Darmeingießungen in Narkose ohne Resultat 2mal versucht. Laparotomie. Bei Verlöthung im oberen Abschnitt der Invagination gelingt die Desinvagination beim Druck nach oben auf das Ende der Geschwulst. Heilung.

Schaedemoje (Kopenhagen).

27) **Franke.** Heilung eines Falles von Colica mucosa durch Anlegung eines künstlichen Afters.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. I. Hft. 3.)

Die Überschrift besagt das Wesentliche. Die Kranke war von dem Erfolg so befriedigt, dass sie dem Vorschlag, nach einiger Zeit den am Colon descendens angelegten künstlichen After wieder schließen zu lassen, sich energisch widersetzte; sie behielt also den letzteren; aus demselben kam noch öfter Schleim, aber ohne Koliken.

Haeckel (Stettin).

28) **E. Lobstein.** Über die Methoden der Mastdarmexstirpation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 30 u. 31.)

L. berichtet über die an der Heidelberger Klinik vom Jahre 1892 bis Ende 1896 ausgeführten Rectumexstirpationen. Die im Auszug mitgetheilten Krankengeschichten geben Aufschluss über Alter, Geschlecht, Dauer der Beschwerden, lokalen und anatomischen Befund, Operationsmethode und über das Befinden der Operirten bis Februar 1897. Unter den 40 mitgetheilten operirten Fällen handelte es sich 39mal um Carcinom, 1mal wahrscheinlich um Tuberkulose. Der jüngste Pat. zählte 13, der älteste 78 Jahre, 22 hatten das 50., 10 das 60. Jahr überschritten; unter 40 Jahren standen 9. Die sacralen Methoden kamen 30mal in Anwendung, und unter ihnen die definitive quere Kreuzbeinresektion in 10 Fällen. Die gesammte Mortalität bei den 40 Fällen betrug 5%. Von den Operirten sind 16 noch sicher am Leben, 5 darunter bis jetzt ohne Recidiv, darunter je 1 aus 1893 resp. 1894. Vollständige Continenz wurde in 7 Fällen erzielt, in den meisten übrigen wenigstens eine befriedigende, in so fern die Kranken festen Stuhl gut halten können. Eine ausführliche Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden zur Mastdarmresektion unter Herstellung eines verschlussfähigen Afters schließt die Abhandlung L.'s.

Gold (Bielitz).

29) **Chaput.** Traitement chirurgical du cancer du rectum.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 509.)

Unter 10 in extenso mitgetheilten Fällen von Mastdarmresektionen wegen Carcinoms zählt C. 8 Heilungen und 2 Todesfälle (1 in Folge einer Bronchopneumonie nach Äthernarkose, 1 in Folge Zerreißung des Harnleiters in einem kaum noch operablen Falle). Von den 8 Geheilten starb indess die eine Pat. 2 Monate nach der Operation an einer choleraähnlichen Diarrhöe, die ziemlich bald nach dem Eingriff begonnen hatte, eine 2. Pat. nach $\frac{1}{2}$ Jahr in Folge eines zur Beseitigung des bei der ersten Operation angelegten künstlichen Afters gemachten zweiten Eingriffes. Von den 6 überlebenden Pat. gingen 2 an rasch sich

entwickelnden Recidiven zu Grunde, ein 3., vor 2 Jahren Operirter lebt, befindet sich subjektiv wohl, hat aber ein Recidiv; die übrigen 3 Pat. sind seit 2, 2 und 5 Jahren recidivfrei.

C. erklärt deshalb die Kraske'sche Operation für wenig gefährlich und das Rectumcarcinom für eines derjenigen, welche am wenigsten recidiviren.

Der Rectumresektion rath C. 2 Tage vorher die Anlegung eines künstlichen Afters am Colon transversum vorzuschicken. Das Steißbein solle man reseciren, das Kreuzbein nach Möglichkeit schonen, die beiden Darmenden, wenn möglich, durch cirkuläre Naht mit einander vereinigen, im Falle der Unmöglichkeit das obere Ende an die Haut annähen, nachdem man es vorher nach dem Vorgang Gersuny's um seine Längsachse gedreht habe. Ligaturen seien unnöthig; blute es auch im Anfang der Operation oft stark, so sistire die Blutung doch bei Abnahme der Klemmen am Schluss der Operation ganz. Die Haut solle man nicht nähen, sondern die Wunde mit aseptischer, in schwache Karbollösung getauchter und gut ausgedrückter Gaze tamponiren.

Quénu wendet sich, und wohl mit Recht, gegen die Schlussfolgerungen C.'s. Schon auf Grund seiner eigenen Resultate hätte Letzterer wohl kaum ein Recht, die Resektion des Mastdarmes als wenig gefährlich zu bezeichnen. Überblickt man die Resultate einer großen Zahl anderer erfahrener Operateure, so zeige sich, dass die Mortalität im Anschluss an die Operation immer noch eine ziemlich hohe sei, schwankend zwischen 10 und 20, ja 25%. Auch dürfe man auf Grund einer so geringen Zahl von Beobachtungen, 6, nicht schließen, dass 50% der Operirten recidivfrei blieben. Träte auch die Mehrzahl der Recidive frühzeitig auf, so seien doch solche nach 2 Jahren keine Seltenheit. Der Anlegung eines künstlichen Afters vor der Mastdarmresektion stimmt er zu, will zwischen beiden Eingriffen aber nicht nur 2, sondern ca. 12 Tage verstreichen lassen. Die präliminäre Operation der Kolostomie habe noch den Vortheil, dass man dabei das kleine Becken gut abtasten und dabei manchmal geschwollene Lymphdrüsen entdecken könne, die der Untersuchung sonst entgehen würden.

Reichel (Breslau).

30) Kirmisson. Ectopie vulvaire de l'anüs guérie par la transplantation de l'anüs au périnée.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 305.)

Mittheilung eines Falles. Als erstes Erfordernis für einen guten Erfolg bezeichnet K. die völlige Mobilisirung des Mastdarmes und Isolirung von der Wand der Scheide.

Reichel (Breslau).

Entgegnung.

Von

Dr. Hugo Hieronymus Hirsch in Köln a/Rh.

In No. 31 des Centralblattes ist über die von mir in *Virchow's Archiv* (1897, Bd. CLXVIII) veröffentlichte Arbeit „Die Entstehung der angeborenen Hüftverrenkung“ eine Kritik erfolgt, dergemäß es dem Leser von vorn herein als Zeitvergeudung erscheinen könnte, die Arbeit selbst einer Durchsicht zu würdigen.

So abfällig, wie Herr Pels Leusden-Göttingen, ohne auf meine Ausführungen irgend wie näher einzugehen, geurtheilt hat, eben so anerkennend haben sich die Herren Prof. Lorenz-Wien und Bier-Kiel über dieselbe Arbeit mir gegenüber brieflich ausgesprochen.

Ich hoffe, durch diese kurze Mittheilung die geschätzten Leser zu veranlassen, die betreffende Arbeit selbst zur Hand zu nehmen; dieselben werden sich dann leicht ihr eigenes Urtheil zu bilden vermögen sowohl über den Werth meiner Arbeit, wie auch über die Berechtigung der Pels-Leusden'schen Kritik.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44.

Sonnabend, den 6. November.

1897.

Inhalt: P. Klemm, Aseptische Operationskissen. (Original-Mittheilung.)

1) **Rajewski**, Katgutsterilisation. — 2) **Einhorn** und **Heinz**, Orthoform. — 3) **Miller**, Schwefel zur Wundbehandlung. — 4) **Frassl**, Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. — 5) **D'Anna**, Injektionen von Sublimat und Chinin in Gefäße. — 6) **Alapy**, Kathetersterilisation. — 7) **Guillard**, Katheterismus. — 8) **Pasteau**, Formen des Meatus urethralis. — 9) **Gulard**, Nicht-gonorrhoeische Urethritis. — 10) **Waganow**, Erweiterung der Harnröhre. — 11) **Picard**, Prostatakrankheiten. — 12) **Noguès** und **Pasteau**, Übermangansaures Kali zur Blasenpülungen. — 13) **Banzet**, Behandlung der tuberkulösen Cystitis. — 14) **Guyon**, Infiltrirte Blasen Neubildungen. — 15) **Rein**, Hydrocele. — 16) **Quénu**, Behandlung der tuberkulösen Epididymitis. — 17) **Lejars**, Lipome des Perineums. — 18) **Martin**, Blasen-Scheidenfisteln. — 19) **Hartmann**, 20) **Dirlart**, 21) **Richelot**, Hysterectomy abdominalis.

22) **Groszlik**, Nierenblutungen. — 23) **Palleroni**, Doppelseitige Wanderniere. — 24) **Merkel**, 25) **Serenin**, Nephrorrhaphie. — 26) **Lennander**, 27) **Duret**, 28) **Nicodemi**, Nierensteine. — 29) **Diakonow**, Nierenchirurgie. — 30) **Bloch**, 31) **Rovsing**, Nierenresektion. — 32) **Albarran**, Nierenadenom. — 33) **Legueu**, Nierenkrebs. — 34) **Noguès**, Infektiöse Blasenentzündung. — 35) **Motz**, Cystitis. — 36) **Escat**, Blasendrainage. — 37) **Petit**, Blasenzerreißung. — 38) **de Mendoza**, Blasensteine. — 39) **Boppe**, 40) **Piotrowski**, Fremdkörper in der Blase. — 41) **Czerny**, Blasendivertikel. — 42) **Qahoubian**, Fibrom der Blase. — 43) **Noguès**, Blasenkrebs. — 44) **Sematzki**, Hoher Blasenschnitt bei Blasen-Scheidenfisteloperation. — 45) **Landau**, Blasenleiden bei Kindern. — 46) **Kraus**, Blutung aus der Harnröhre. — 47) **Delbet**, Harnröhrenstriktur. — 48) **Amelsen**, Incarceration des Penis. — 49) **v. Čacković**, Behandlung der Prostatahypertrophie. — 50) **Gabryszewski**, Lipome des Samenstranges. — 51) **Rovsing**, Hodensarkom. — 52) **Ostermayer**, Molluscum atheromatosum am Scrotum. — 53) **Woff**, Eierstockscyste. — 54) **Pantaloni**, Hysterektomie. — 55) **Chaput**, Darm-Scheidenfisteln.

Aseptische Operationskissen.

Von

Dr. med. **Paul Klemm** in Riga.

Das Bestreben, alle die Gegenstände, die während einer Operation mit der Wunde resp. mit dem Kranken in Berührung kommen können, keimfrei zu machen, verdient die wärmste Unterstützung. Wir müssen so viel wie möglich die, wenn man so sagen darf, palpablen Fehler unserer Asepsis zu eliminiren trachten. Leider bleibt ja immer noch eine reichlich fließende Quelle solcher Fehler, die

sich unserer Wahrnehmung entziehen und aus dem Grunde keinen Angriffspunkt für dahin zielende Besserungsbestrebungen bieten. Die alte Wahrheit, dass man die großen Diebe laufen lässt, während die kleinen gehängt werden, wird hier umgekehrt; doch sind auf diesem Gebiet auch letztere keine zu verachtenden Gegner, die dem Operateur die Freude an seiner edlen Kunst gründlich zu vergällen vermögen.

Eine absolute Asepsis wird wohl stets nur ein frommer Wunsch bleiben, und auch die Vorschläge von v. Zöge-Manteuffel und Mikulicz, die operirende Hand durch Überziehen sterilisirter Handschuhe keimfrei zu machen, werden in der breiteren Schicht der operirenden Kollegen wohl kaum Anklang finden, weil durch jene das feine Gefühl, welches die Fingerspitzen des Chirurgen beseelen soll, ausgeschaltet resp. bedeutend vermindert wird. Auch für eine Menge anderer Verrichtungen werden die behandschuhten Hände ungeschickt. Der Vater einer neuen Methode verhält sich seinem Werk gegenüber immer viel wohlwollender, als die kritisirende Corona. Während er geneigt ist, seiner Schöpfung zu Liebe kleine Unbequemlichkeiten in den Kauf zu nehmen, verfällt die große Menge der Unbetheiligten viel leichter in den Fehler, die neue Methode zu früh zu verlassen, ohne sich die Mühe gegeben zu haben, dieselbe gründlich zu erproben.

Ich möchte die Aufmerksamkeit der Fachgenossen in dieser kleinen Mittheilung auf einen Faktor richten, der mir bisher nicht genügend berücksichtigt zu sein scheint. Ich meine die Polster, Rollen, Kissen und sonstigen Lagerungsvorrichtungen, die während einer Operation oder bei dem Wechseln der Verbände in Gebrauch sind. Das Material, welches zur Herstellung derselben benutzt wird, ist ein sehr verschiedenes. Wir finden meist gepolsterte Rollen und Kissen, die aus Wachstuch oder Gummizeug bestehen und mit Seegras, Ross- oder Krollhaar und ähnlichen Dingen gestopft sind. Es ist ja selbstverständlich ein sehr berechtigter Wunsch, diese täglich gebrauchten Utensilien steril zu machen, da sie oft in unmittelbarem Kontakt mit der Wunde kommen. Bei den eben angeführten Polstern ist dies schwierig! Von außen lassen sie sich allerdings mit Hilfe einer Bürste, Schmierseife und heißer Sodalösung reinigen und mit Äther, Alkohol und Sublimat behandeln; doch leider sind die sich berührenden Kanten genäht oder geklebt, jedenfalls findet hier kein dichter Verschluss statt, so dass bei Besudelung der Kissen mit Blut, Eiter, Urin oder Fäces diese Stoffe in die Füllung dringen und diese inficiren. Es ist somit klar, dass wir oft in nächster Nähe der Wunde eine Infektionsquelle haben. Eben so leicht verständlich ist es, dass der Austritt infektiösen Materials aus den undichten Stellen der Polster stattfinden kann, wenn dieselben durch die Körperlast beschwert werden, oder wenn sie, wie z. B. beim Meißeln, unter das betreffende Glied geschoben werden, und bei jedem Hammerschlag das untergelegte Kissen komprimirt wird. In toto kann man die-

selben n
nichten v

Man
hohle Gu
von Luft
können.

tragen je
sie im G
nun, um

funden. A
gewünscht
stalt größ

oder Stütz
andere Ei
eckiger Fo

mit Holzwa
kann die l
und sie er

dass der er
Unterlagen

Herrn Dr. A
brauch, un

schen Abth
bisher mit
wissen emp

Form herst
ganz beson

Der G
seine Aufm
diese Art a
man von ih
kleine Publ

1) P. I. F

R. verla
arbeitung zu

Formaldehyd
ficirt, und e

R. hält nac
physikalische
sicher als die

selben nicht in den Dampföfen bringen; sie aber jedes Mal zu vernichten und durch neue zu ersetzen, wäre zu kostspielig.

Man hat, wohl um die zweifelhafte Polsterung zu umgehen, hohle Gummirollen und -Kissen konstruirt, die durch Einblasen von Luft nach Belieben schwächer oder stärker gespannt werden können. Sie können allerdings leichter gereinigt werden, vertragen jedoch Kochen oder Dampfen ebenfalls nicht. Dabei sind sie im Gebrauch höchst unbequem und wenig handlich. Ich habe nun, um diese Missstände zu umgehen, folgenden Ausweg gefunden. Aus starker Leinwand werden Säcke von der Form der gewünschten Kissen, Rollen etc. angefertigt, die entweder die Gestalt größerer oder kleinerer Puffs als Unterlage für den Kopf oder Stütze der Gliedmaßen, an denen Meißeloperationen oder auch andere Eingriffe vollzogen werden, haben, oder auch von viereckiger Form sein können. Kurz vor dem Gebrauch werden sie mit Holzwolle gestopft und im strömenden Dampf sterilisirt. Man kann die leeren Futterale auch ohne Füllung für sich durchdampfen und sie erst dann mit steriler Holzwolle stopfen; doch glaube ich, dass der erstere Modus der exaktere und auch einfachere ist. Diese Unterlagen sind seit 4 Jahren in der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. A. v. Bergmann am Städt. Krankenhaus zu Riga in Gebrauch, und seit 1½ Jahre benutze ich dieselben in der chirurgischen Abtheilung der Kinderambulanz des Rothen Kreuzes und bin bisher mit denselben so zufrieden, dass ich sie mit dem besten Gewissen empfehlen kann. Sie lassen sich äußerst leicht in beliebiger Form herstellen, sind sehr handlich, wohlfeil und, worauf es mir ganz besonders ankam, sicher keimfrei zu machen.

Der Gedanke, dem Einen oder Anderen der Fachgenossen, der seine Aufmerksamkeit diesem Gegenstand noch nicht zugewendet hat, diese Art aseptischer Kissen zu empfehlen, da sie Alles leisten, was man von ihnen billigerweise erwarten kann, hat mich bewogen, diese kleine Publikation zu unternehmen.

1) P. I. Rajewski. Über Katgutsterilisation.

(Die Chirurgie 1897. Hft. 6. [Russisch.])

R. verlangt eine Desinfektion der Därme während ihrer Verarbeitung zum Unterbindungsmaterial und bevorzugt dazu eine 1%ige Formaldehydlösung. Dann sei das Innere der Fäden schon desinficirt, und es bedürfe nun nur noch einer Oberflächendesinfektion. R. hält nach seinen, nicht immer einwandsfreien Versuchen die physikalischen Sterilisationsmethoden der Darmsaiten für weniger sicher als die chemischen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

2) **Einhorn und Heinz.** Orthoform. Ein Lokalanästheticum für Wundschmerz, Brandwunden, Geschwüre etc.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 34.)

Das Orthoform, von den Verff. auf synthetischem Wege hergestellt, gehört zu den sich durch lokalanästhetische Wirkung auszeichnenden Amidooxybenzoesäureestern, hat aber vor einigen derselben den Vorzug, rascher und für längere Zeit unempfindlich zu machen und dabei völlig reizlos zu sein; es ist ein p. Amido- m. Oxybenzoesäuremethylester und stellt ein weißes, leichtes, ziemlich voluminöses Krystallpulver ohne Geruch und Geschmack dar. Indem es sich im Wasser nur wenig und langsam löst, vermag es eine lange, selbst Tage hindurch andauernde anästhesirende Wirkung zu entfalten. Mit Salzsäure bildet es eine gut krystallisirende Verbindung, die indess wegen der sauren Reaktion nicht überall, so nicht auf empfindlichen Schleimhäuten, am Auge, etc. anwendbar ist. Die bisher mit Orthoform am Menschen gemachten Versuche, über die später aus der chirurgischen und medicinischen Universitätsklinik Münchens ausführlich berichtet werden soll, haben ganz auffallend günstige Resultate gehabt. Auf Transplantationswunden aufgestreut, bei Verbrennungen III. Grades, schmerzhaften Geschwüren, frischen Verletzungen als Pulver oder in Salbenform angewandt, wirkte es überall da, wo es mit bloßliegenden Nervenendigungen in Berührung kam, jedoch nicht durch die Haut oder derbe Schleimhäute hindurch in die Tiefe, in wenigen Minuten vollständig und dauernd schmerzstillend und stark sekretionsbeschränkend, ohne jemals schädliche lokale und allgemeine Nebenwirkungen zu zeigen, dabei zugleich energisch antiseptisch, Fäulnis und Gärung verhindernd, bezw. sistirend. Überraschend günstig war auch die Wirkung bei Kehlkopfgeschwüren, indem das Mittel rasch und bis 24 Stunden lang alle Beschwerden beseitigte und die Nahrungszufuhr ungehindert ermöglichte, ferner beim wunden Magengeschwür, exulcerirtem Magenkrebs, bei schmerzhaften Affektionen des Genitalapparates etc. Die Darstellung des gut haltbaren, nicht hygroskopischen Pulvers erfolgt durch die »Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning« in Höchst a/M.

Kramer (Glogau).

3) **Miller.** Sulphur in septic and tuberculous sores.

(Practitioner 1897. Februar.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung septischer oder tuberkulöser Wundflächen, so wie solcher mit schlaffen, nicht zur Vernarbung tendirenden Granulationen aufs angelegentlichste den pulverisirten Schwefel. Nach meist schon einmaligem Bestreuen bildet sich unter Abstoßung der oberflächlichen Schichten eine gesunde Granulationsfläche aus. Da durch frei werdende Säuren erhebliche Ätzwirkung eintritt, ist Vorsicht in der Dosirung geboten. In Abscesse injicirt Verf. den Schwefel in 8 Theilen Glycerin suspendirt. Der Schmerz soll ein geringer, bald nachlassender sein. **Strauch** (Braunschweig).

4) **A. Frassi.** Beitrag zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Jod-Jodkalieinspritzungen.

(Policlinico 1897. No. 5.)

Das in den Körper eingeführte Jod bewirkt eine Beschleunigung des Stoffwechsels; daher ist es besonders bei denjenigen Krankheiten angezeigt, bei welchen der Stoffwechsel verlangsamt ist, wie bei der Skrofulose und der sogenannten »torpiden Tuberkulose«. Bei den vom Verf. beobachteten Fällen wurde eine 10%ige Jodkalilösung benutzt, zu welcher noch eine allmählich (von 1—5%) zunehmende Menge von Jod hinzugefügt wurde; nur alle 5 Tage wurde um 1% gestiegen. Die Injektionen wurden in das Gesäß oder in die Außenseite des Schenkels, und zwar stets intramuskulär, vorgenommen; nachher wurde die Stelle massirt. Niemals kam es zu Abscessbildung. Der Schmerz war im Allgemeinen mäßig und stets von kurzer Dauer. In der letzten Zeit fügte Verf. zum Jod-Jodkali noch Guajakol in Glycerinlösung hinzu, so dass die angewandte Formel sich folgendermaßen zusammensetzte: Guajakol 20,0, Jod 5,0, Kal. jodat. 10,0, Glycerin 100,0. Mit dieser Flüssigkeit sind die Injektionen völlig schmerzlos.

Auf diese Weise wurden vom Verf. 22 Fälle chirurgischer Tuberkulosen behandelt (Lymphadenitis, Senkungsabscess von Mal. Potti, Osteoperiostitis und Caries, Arthritis tuberculosa). Die höchste Anzahl der Injektionen betrug 82. In fast allen Fällen trat mehr oder weniger erhebliche Zunahme des Körpergewichts ein. Die lokalen Störungen zeigten in einer Reihe von Fällen Besserung oder völlige Heilung. Namentlich die Fälle von Lymphadenitis gelangten fast ausnahmslos zur Resorption, während die Knochenaffektionen nur ganz im Beginn sich besserten. In jedem Falle aber gelang es, den Stoffwechsel zu beschleunigen und damit die Widerstandskraft des Körpers zu erhöhen; dagegen kommt den Jodeinspritzungen keineswegs eine spezifische Einwirkung auf die Tuberkelbacillen zu. In allen Fällen fand Verf. kurz nach der Injektion eine rasch vorübergehende Temperaturabnahme um 3—6 Zehntelgrad. **H. Bartsch** (Heidelberg).

5) **E. D'Anna.** Über Injektionen von Sublimat und Chinin in die Gefäße.

(Policlinico 1897. No. 5.)

Um die Wirkung der medikamentösen Einspritzungen in die Blutgefäße zu prüfen, hat Verf. eine Reihe von Injektionen direkt in die Venen und Arterien von Versuchsthiereu vorgenommen. Es wurden Hunde dazu benutzt; die Einspritzungen geschahen in die Vena und Arteria femoralis. Die Hunde wurden getödtet am 3., 6., 10., 15., und 20. Tage, und die betreffenden Gefäßstücke histologisch untersucht. Hierbei ergaben sich folgende Resultate: Bei den Injektionen von Chininlösung bildet sich nur an der Stelle, wo die Pravaz'sche Nadel eindrang, ein ganz kleiner und bald verschwin-

dender, wandständiger Thrombus; im Übrigen tritt keine Blutgerinnung ein. Derartige Einspritzungen sind demnach als völlig ungefährlich zu betrachten.

Anders steht es mit den Sublimatinjektionen. Wird nämlich eine 1%ige Sublimatlösung in ein Gefäß eingespritzt, so tritt regelmäßig eine kleine Blutung aus dem Stichkanal ein; zunächst cirkulirt das Blut frei im Gefäß, aber nach einiger Zeit (6—7 Minuten) verschwindet der arterielle Puls unterhalb der Einspritzungsstelle; dies kommt daher, dass eine große Strecke der Arterie thrombosirt ist. Außerdem ist, wie die Untersuchung am 3. Tage ergibt, das Lumen des Gefäßes an der betreffenden Stelle stark erweitert; die Adventitia zeigt beträchtliche Infiltration, die Muscularis ist atrophisch, das Endothel und die Elastica interna sind völlig verschwunden (Nekrose); das Lumen ist durch den Thrombus völlig verstopft. Oberhalb und unterhalb der Injektionsstelle zeigt sich lebhaftere Proliferation des Endothels. Im Laufe der nächsten Tage geht dann die Organisation des Coagulums mit Hilfe des wuchernden Endothels weiter. Bei Anwendung einer 1‰igen Sublimatlösung ergaben sich etwas abweichende, wenn auch ähnliche Befunde: Thrombose nach $\frac{1}{4}$ Stunde, theilweise Degeneration der Muscularis und Elastica, Verlust des Endothels an der Einstichstelle; das Lumen ist auch hier von dem Coagulum gänzlich verstopft. Das letztere verschwindet im Lauf der folgenden Tage, so dass am 25. Tage das Gefäß wieder ganz normal erscheint. Sowohl an Arterien als an Venen wurden derartige Befunde erhoben. Verf. zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass die Einspritzung von 1%igem Sublimat in die Gefäße als sehr gefährlich zu verwerfen sei (wenigstens bei Thieren). Am gefährlichsten sind die Injektionen in tiefe Venen. Die Gefahr derartiger 1%iger Sublimatinjektionen besteht vor Allem in der Möglichkeit einer embolischen Verschleppung des Thrombus. Auch die Einspritzung von 1‰igem Sublimat erscheint nicht gleichgültig, obwohl sie die Vitalität des Gefäßes nicht in Frage stellt. Allerdings stehen, wie Verf. selbst zugiebt, diese Thierversuche nicht ganz im Einklang mit den überwiegend guten klinischen Resultaten. Eben so wie das Sublimat soll sich auch das Hg-Cyanür (in 1‰iger Lösung) verhalten.

H. Bartsch (Heidelberg).

6) H. Alapy. Zur Frage der Kathetersterilisation.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. VII. Hft. 10.)

A. hat sein bereits 1890 in den Annales des maladies des organes génito-urinaires angegebenes Verfahren einer schonenden Sterilisation elastischer Katheter durch strömenden Wasserdampf verbessert und bakteriologisch nachgeprüft. Das Verfahren bestand im Wesentlichen darin, dass die Katheter in Fließpapier gewickelt und in Glasröhren, die an beiden Enden durch Wattepfropfen verschlossen wurden, 20 Minuten hindurch dem Wasserdampf ausgesetzt wurden. Die Katheter wurden entweder einzeln oder in Päckchen zu 3—4 Stück,

jedoch jeder von dem anderen durch eine Lage Papier getrennt, eingewickelt. Durch das Filtrirpapier wurde das Kondensationswasser aufgenommen und so bleiben die Instrumente vor der sie schädigenden Durchfeuchtung bewahrt. Das Verfahren, welches bei einer größeren Zahl in häufigem Gebrauch befindlicher Instrumente den Nachtheil der Unübersichtlichkeit und der Umständlichkeit beim Herausnehmen des passenden Stückes bot, ist nun derart modificirt worden, dass in ein Glasrohr, dessen Dimensionen nach Belieben gewählt werden können, ein zu einem Hohlcyylinder gerollter Bogen Fließpapier eingeschoben wird. Das Papier rollt sich wieder auf und legt sich an die Wand des Glases, in welches nun die zu sterilisirenden Instrumente so eingebracht werden, dass sie lose, nicht gepresst, bei einander liegen. Das Glasrohr wird darauf an beiden Enden mit in Gaze gehüllten Wattepfropfen verschlossen und in den Sterilisator — Verf. benutzt den Koch'schen Dampftopf — so hineingestellt, dass die Blasenenden der Instrumente nach oben gekehrt sind. Dabei ist zu beachten, dass der untere Pfropfen einige Centimeter vom Ende der Röhre hinaufgeschoben wird, um Durchnässung durch aufsitzendes Wasser zu vermeiden. Nach beendeter Sterilisirung wird der Pfropfen herabgezogen, nach Erkalten des Rohres gelüftet, und die Papierrolle herausgenommen. Um etwaige Verklebungen der Instrumente zu lösen, werden dieselben derb durch einander geschüttelt. Sie liegen nun völlig trocken, übersichtlich und gebrauchsfertig da. Die Erfahrung des Verf. hat gezeigt, dass die Katheter selbst bei sehr oft wiederholter Sterilisirung zwar etwas weiter werden aber sonst sich ausgezeichnet konserviren.

Mit Rücksicht darauf, dass bei der Konstruktion aller neueren Apparate zur Dampfsterilisirung von Kathetern der Gedanke maßgebend gewesen ist, dass zur sicheren Sterilisirung der Dampf direkt durch die Lüftung der Instrumente hindurchgeleitet werden müsse, und die früheren Versuche des Verf. mit Staphylokokken, Streptokokken etc. ausgeführt waren, hat er dieselben mit Milzbrandsporen wiederholt. In einer Reihe von Experimenten, die mit aller erforderlichen Vorsicht angestellt wurden, konnte er konstatiren, dass nach 17, 15, 12 und auch bloß 10 Minuten langer Einwirkung des Dampfes Katheter, die von außen und innen inficirt waren, selbst wenn sie einen sehr engen Kanal hatten (Harnleiter-Katheter), vollständig keimfrei geworden waren, dass also der Dampf trotz der Wattepfropfen selbst die ganz engen Lüftungen durchströmt haben musste. Auch eingeölte und nicht gereinigte, nach einigen Tagen inficirte Instrumente wurden nach 20 Minuten steril. Verf. empfiehlt sein Verfahren als sicher, einfach und schonend. **Braem** (Chemnitz).

7) **F.-P. Guiard.** Technique simplifiée de l'auto-cathétérisme antiseptique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 6.)

Fast alle die Kranken, die dazu verurtheilt sind, sich längere Zeit hindurch mehrmals täglich selbst zu katheterisiren, bekommen mit der Zeit mehr oder weniger schwere Blaseninfektionen. Es hält außerordentlich schwer, die Kranken zu einem wirklich aseptischen Katheterismus zu erziehen. Verf. giebt hierfür sehr eingehende und vollkommen richtige Vorschriften und hat auch einen Tisch konstruirt, der in kompensiöser Form alle zum antiseptischen Selbstkatheterismus nöthigen Apparate, Desinficientien etc. enthält. Besser situirte Leute, die das nöthige Verstandnis und die nöthige Zeit dazu haben, könnten mit diesen Hilfsmitteln sicher eine Blaseninfektion vermeiden. Die große Mehrzahl der Kranken aber hat nicht die Zeit und das Geld, vor Allem aber nicht das Verstandnis, den Vorschriften zu folgen; hier sind möglichst einfache und nicht kostspielige Maßnahmen anzuordnen.

P. Wagner (Leipzig).

8) **O. Pasteau.** Les différentes formes du méat urinaire chez l'homme.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 4.)

Verf. hat an 500 Kranken der Guyon'schen Klinik Untersuchungen über die Form, die Lage und Weite des Meatus der männlichen Harnröhre angestellt und dabei gefunden, dass die Formen des Meatus außerordentlich verschieden sind, und dass sich ein normaler Typus nicht aufstellen lässt. Die engste Stelle des Kanals ist in einem Drittel der Fälle 4—5 mm nach hinten vom Orificium urethrae gelegen. Bei den weitaus meisten Erwachsenen kann den Meatus keine stärkere Sonde als No. 22 passiren. Finden sich in ihm mehrere Öffnungen, so ist es immer die unterste, die der wirklichen Harnröhrenmündung entspricht.

P. Wagner (Leipzig).

9) **F.-P. Guiard.** Des uréthrites non gonococciques.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 5.)

Verf. theilt die nicht gonorrhoeischen Harnröhrenentzündungen in solche ein, die einer inneren, und solche, die einer äußeren Ursache ihre Entstehung verdanken.

I. Nicht gonorrhoeische Harnröhrenentzündungen aus inneren Ursachen: a. Konstitutionelle im Gefolge von Parotitisepidemien, Typhus, Malaria, Diabetes, Syphilis, Tuberkulose, Rheumatismus, Gicht, gewissen Hautkrankheiten, Herpes praeputialis; b. »Ab ingestis«, d. h. in Folge von gewissen Speisen — Hummer, Krebse, Spargel, Kresse, Mostrich, Gewürze, Bier, junge Weine — und gewissen Medikamenten — Kanthariden, Salpetersalze, Jodkalium, Arsenik, Terpentin.

Die meisten Beobachtungen von Urethriten aus inneren Ursachen sind älteren Datums und häufig nicht vollkommen einwandsfrei.

II. Nicht gonorrhöische Urethriten aus äußeren Ursachen: a. Traumatische in Folge von Fremdkörpern der verschiedensten Art und reizenden Injektionen; b. »Venerische« in Folge von übermäßigem Coitus, langdauernder Erektionen, Masturbation. Wahrscheinlich handelt es sich bei diesen letzteren Formen auch um Infektionen, jedoch mit einem Virus sehr geringer Stärke. Verf. unterscheidet dann weiterhin zwischen Urethriten mikrobischen Ursprungs, aber ohne Gonokokken, und aseptischen Urethriten spontanen oder venerischen Ursprungs. Die erstgenannten Formen sind sehr selten und entstehen wahrscheinlich durch Infektion mit an chronischer oder »latenter« Gonorrhoe leidenden Individuen. Aseptische Urethriten werden beobachtet in dem aseptischen Stadium der Gonorrhoe, bei dem Vorhandensein von Fremdkörpern in der Harnröhre nach unnötig lange fortgesetzten Injektionen, und schließlich kommen sie auch aus uns unbekannten Ursachen vor.

Die Bemerkungen, die Verf. über die Symptomatologie, Prognose und Therapie der verschiedenen nicht gonorrhöischen Urethriten macht, müssen im Original nachgelesen werden.

P. Wagner (Leipzig).

10) **A. A. Waganow.** Die Methode von Prof. F. J. Ssinitzin der schnellen Erweiterung der Harnröhre.

(Chirurgie 1897. Hft. 5. [Russisch.])

W. schildert an der Hand von 26 weiteren Fällen (mit den 19 von Dobrochotow 1896 veröffentlichten sind es 45) das Verfahren, welches bei hochgradigen Verengerungen in der Klinik Prof. Ssinitzin's üblich ist. Mit stählernen Sonden, die von der Spitze bis zum Griff allmählich dicker werden, werden die Strikturen unter Anwendung immer stärkerer Nummern in etwa einer halben Stunde bis auf No. 23 der Charrier'schen Skala erweitert. Dann wird die weitere Behandlung in gewöhnlicher Weise fortgesetzt. Die Erfolge sind sehr gute; freilich ist diese Behandlung, wie W. hinzufügt, nur bei geschickter Handhabung und größerer Übung zu empfehlen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

11) **Picard.** Traité des maladies de la prostate et des vésicules séminales.

Paris, Georges Carré, 1896.

Das Werk behandelt auf 268 Seiten die Krankheiten der Prostata und ihre Behandlung. 56 Abbildungen, größtentheils das Instrumentarium betreffend, da, wo sie zur Illustration anatomischer oder pathologischer Verhältnisse dienen, oft recht skizzenhaft, sind dem Texte beigegeben.

Zur Vermeidung falscher Wege schlägt P. die ausschließliche Benutzung weicher, biegsamer Katheter bei alten Leuten vor. Bei

7) **F.-P. Guiard.** Technique simplifiée de l'auto-cathétérisme antiseptique.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 6.)

Fast alle die Kranken, die dazu verurtheilt sind, sich längere Zeit hindurch mehrmals täglich selbst zu katheterisiren, bekommen mit der Zeit mehr oder weniger schwere Blaseninfektionen. Es hält außerordentlich schwer, die Kranken zu einem wirklich aseptischen Katheterismus zu erziehen. Verf. giebt hierfür sehr eingehende und vollkommen richtige Vorschriften und hat auch einen Tisch konstruirt, der in kompensiöser Form alle zum antiseptischen Selbstkatheterismus nöthigen Apparate, Desinficientien etc. enthält. Besser situirte Leute, die das nöthige Verstandnis und die nöthige Zeit dazu haben, könnten mit diesen Hilfsmitteln sicher eine Blaseninfektion vermeiden. Die große Mehrzahl der Kranken aber hat nicht die Zeit und das Geld, vor Allem aber nicht das Verstandnis, den Vorschriften zu folgen; hier sind möglichst einfache und nicht kostspielige Maßnahmen anzuordnen.

P. Wagner (Leipzig).

8) **O. Pasteau.** Les différentes formes du méat urinaire chez l'homme.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 4.)

Verf. hat an 500 Kranken der Guyon'schen Klinik Untersuchungen über die Form, die Lage und Weite des Meatus der männlichen Harnröhre angestellt und dabei gefunden, dass die Formen des Meatus außerordentlich verschieden sind, und dass sich ein normaler Typus nicht aufstellen lässt. Die engste Stelle des Kanals ist in einem Drittel der Fälle 4—5 mm nach hinten vom Orificium urethrae gelegen. Bei den weitaus meisten Erwachsenen kann den Meatus keine stärkere Sonde als No. 22 passiren. Finden sich in ihm mehrere Öffnungen, so ist es immer die unterste, die der wirklichen Harnröhrenmündung entspricht.

P. Wagner (Leipzig).

9) **F.-P. Guiard.** Des uréthrites non gonococciques.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 5.)

Verf. theilt die nicht gonorrhoeischen Harnröhrenentzündungen in solche ein, die einer inneren, und solche, die einer äußeren Ursache ihre Entstehung verdanken.

I. Nicht gonorrhoeische Harnröhrenentzündungen aus inneren Ursachen: a. Konstitutionelle im Gefolge von Parotitisepidemien, Typhus, Malaria, Diabetes, Syphilis, Tuberkulose, Rheumatismus, Gicht, gewissen Hautkrankheiten, Herpes praeputialis; b. »Ab ingestis«, d. h. in Folge von gewissen Speisen — Hummer, Krebse, Spargel, Kresse, Mostrich, Gewürze, Bier, junge Weine — und gewissen Medikamenten — Kanthariden, Salpetersalze, Jodkalium, Arsenik, Terpentin.

Die meisten Beobachtungen von Urethriten aus inneren Ursachen sind älteren Datums und häufig nicht vollkommen einwandfrei.

II. Nicht gonorrhöische Urethriten aus äußeren Ursachen: a. Traumatische in Folge von Fremdkörpern der verschiedensten Art und reizenden Injektionen; b. »Venerische« in Folge von übermäßigem Coitus, langdauernder Erektionen, Masturbation. Wahrscheinlich handelt es sich bei diesen letzteren Formen auch um Infektionen, jedoch mit einem Virus sehr geringer Stärke. Verf. unterscheidet dann weiterhin zwischen Urethriten mikrobischen Ursprungs, aber ohne Gonokokken, und aseptischen Urethriten spontanen oder venerischen Ursprungs. Die erstgenannten Formen sind sehr selten und entstehen wahrscheinlich durch Infektion mit an chronischer oder »latenter« Gonorrhoe leidenden Individuen. Aseptische Urethriten werden beobachtet in dem aseptischen Stadium der Gonorrhoe, bei dem Vorhandensein von Fremdkörpern in der Harnröhre nach unnötig lange fortgesetzten Injektionen, und schließlich kommen sie auch aus uns unbekannten Ursachen vor.

Die Bemerkungen, die Verf. über die Symptomatologie, Prognose und Therapie der verschiedenen nicht gonorrhöischen Urethriten macht, müssen im Original nachgelesen werden.

P. Wagner (Leipzig).

10) **A. A. Waganow.** Die Methode von Prof. F. J. Ssinitzin der schnellen Erweiterung der Harnröhre.

(Chirurgie 1897. Hft. 5. [Russisch.])

W. schildert an der Hand von 26 weiteren Fällen (mit den 19 von Dobrochotow 1896 veröffentlichten sind es 45) das Verfahren, welches bei hochgradigen Verengerungen in der Klinik Prof. Ssinitzin's üblich ist. Mit stählernen Sonden, die von der Spitze bis zum Griff allmählich dicker werden, werden die Strikturen unter Anwendung immer stärkerer Nummern in etwa einer halben Stunde bis auf No. 23 der Charrier'schen Skala erweitert. Dann wird die weitere Behandlung in gewöhnlicher Weise fortgesetzt. Die Erfolge sind sehr gute; freilich ist diese Behandlung, wie W. hinzufügt, nur bei geschickter Handhabung und größerer Übung zu empfehlen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

11) **Picard.** Traité des maladies de la prostate et des vésicules séminales.

Paris, Georges Carré, 1896.

Das Werk behandelt auf 268 Seiten die Krankheiten der Prostata und ihre Behandlung. 56 Abbildungen, größtentheils das Instrumentarium betreffend, da, wo sie zur Illustration anatomischer oder pathologischer Verhältnisse dienen, oft recht skizzenhaft, sind dem Texte beigegeben.

Zur Vermeidung falscher Wege schlägt P. die ausschließliche Benutzung weicher, biegsamer Katheter bei alten Leuten vor. Bei

stärkerer Resistenz müssen Instrumente mit bedeutender Krümmung angewandt werden.

Ausführlich und sehr anschaulich geschildert wird das Krankheitsbild der akuten und gonorrhöischen Prostatitis. Therapeutisch empfiehlt P. bei der akuten außer geeigneten diätetischen Maßnahmen, mehrere Blutegel ans Perineum zu setzen. Zur Beseitigung der Kongestion dient auch das Liegenlassen kleiner Eisstückchen im Rectum während 24 bis 36 Stunden. Ferner kommen Purgative in Betracht, während Eingießungen bisweilen zu schmerzhaft sind. Für die Eröffnung der Prostataabscesse wird der interne Weg verworfen, dagegen der Perinealschnitt für die meisten Fälle empfohlen, natürlich mit Rücksichtnahme auf die Verhältnisse des speciellen Falles.

Die verschiedenen Formen der Prostatahypertrophie werden durch eine große Reihe von Skizzen erläutert, welche allerdings theilweise (vide Figur 19, 20, 22) ihren Zweck nur recht unvollkommen erfüllen. Zur Messung der Stärke des Urinstrahls, resp. der Kontraktionskraft der Blasenwände bedient sich P. eines anbei abgebildeten, am peripheren Ende mit Feder und Skala versehenen Metallkatheters. Der medikamentösen und diätetischen Behandlung der Prostatahypertrophie wird ein längerer Abschnitt gewidmet. Für den Katheterismus werden Instrumente aus vulkanisirtem Kautschuk bevorzugt; wo diese das Hindernis nicht bewältigen, treten Katheter aus elastischem Gummi an ihre Stelle. Die in schwierigen Fällen je nach Umständen in Betracht kommenden Instrumente werden eingehend beschrieben und zum Theil abgebildet. Die Cystostomie wird von P. auf Grund eigener Erfahrungen als nicht sehr empfehlenswerth bezeichnet; eher ist er für Anlegung einer Fistel am Damm. Die Kastration als Mittel zur Beseitigung der Prostatahypertrophie wird nur kurz gestreift, die Unterbindung der Vasa deferentia noch nicht erwähnt.

Eingehend wird die Tuberkulose der Prostata abgehandelt, für deren Behandlung vorsichtig gehandhabte Sublimatinstillationen unter Anderem empfohlen werden.

Von Prostatasteinen werden in der Drüse selbst entstandene und von außen in dieselbe hineingelangte unterschieden.

Sehr beachtenswerth sind auch die auf die Erscheinungen der Hämospermie und der Dyspermie bezüglichen Äußerungen, desgleichen die Mittheilungen über den Prosermatismus, die zum Theil auf interessanten eigenen Beobachtungen beruhen. Bei inveterirter Spermatorrhoe werden Tannin, resp. Argentum nitric.-Suppositorien empfohlen, die mittels der Dittelschen porte-remède in die Regio prostatica eingeführt werden.

Neben dem Gonococcus wird des Bacterium coli commune gedacht als Erregers septischer Infektion vom Urin aus. Auch die nicht gonorrhöische, durch andere Mikroben und Medikamente hervorgerufene Urethritis wird besonders beschrieben, ein weiteres Kapitel dem Bacterium der Cystitis gewidmet. Da P. den Kathete-

rismus als eine sehr häufige Veranlassung von Infektionen betrachtet, so widmet er der Keimfreimachung der Katheter einen weiteren eingehenden Abschnitt. Der Spülung von Harnröhre und Blase so wie der Urethro- und Cystoskopie gelten die Schlusskapitel des auf mancherlei praktischen Erfahrungen beruhenden lezenswerthen Werkes.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

12) P. Noguès und O. Pasteau. De l'emploi du permanganate de potasse dans la thérapeutique des affections vésicales.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 4.)

Die Verff. warnen vor der unterschiedslosen Anwendung übermangansaurer Kali-Blasenausspülungen bei den verschiedenen Infektionszuständen der Blase, wie jene sich in Folge der Janel'schen Empfehlung bei Gonorrhoe sehr eingebürgert haben. Sie haben vergleichende Untersuchungen über die baktericide Wirkung des übermangansaurigen Kalis namentlich gegenüber der des salpetersauren Silbers angestellt, und zwar bei 6 Prostatikern, 1 Prostatacarcinose, 1 Prostatatuberkulose und bei je 1 Cystitis nach Striktur und Stein. In 7 Fällen war die Cystitis durch das Bacterium coli hervorgerufen worden. Mit Ausnahme eines Falles waren die Höllensteinausspülungen entschieden wirksamer, als die mit übermangansaurem Kali. Die Verff. empfehlen das Argent. nitr. in 10/00iger Lösung bei prophylaktischen, in 20/00iger Lösung bei therapeutischen Ausspülungen. Rufen letztere trotz aller Vorsicht sehr heftige Schmerzen hervor, so nimmt man zum Antipyrin seine Zuflucht oder wendet vorübergehend Ausspülungen mit dem schwächer wirkenden Kali hypermangan. an. Letzteres hat namentlich auch dann zu geschehen, wenn der Höllenstein eine stärkere Desquamation des Blasenepithels erzeugt.

P. Wagner (Leipzig).

13) Banzet. Traitement des cystites tuberculeuses.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 6.)

Die vorliegende Arbeit ist in so fern besonders werthvoll, als Verf. in ihr die Ansichten seines Lehrers Guyon wiedergibt. Kranke mit tuberkulöser Cystitis bedürfen vor allen Dingen einer kräftigen roborirenden Diät und dürfen nicht auf reine Milchdiät gesetzt werden. Man kann durch alleinige medicinische Behandlung eine Heilung erzielen. Eine lokale Behandlung ist in allen Fällen indicirt und giebt namentlich in den Anfangsstadien günstige Resultate. Am besten haben sich tägliche Einträufelungen von 50—60 Tropfen 0,1—10/00iger Sublimatlösung bewährt. Alle anderen lokalen Mittel, namentlich auch das Argent. nitric., sind weniger wirksam oder direkt schädlich; ausgenommen ist höchstens noch das Guajakol, das besonders schmerzstillend wirkt. Hat die allgemeine und lokale medicinische Behandlung namentlich auf die Schmerzen und auf die Häufigkeit des Urinirens keinen Einfluss, so kommen blutige Eingriffe in Frage. In erster Linie zu versuchen ist die Curettage des Blasenhalsses, beim Manne durch eine perineale Boutonnière, beim

Weibe durch die Harnröhre. Die Curettage wird mit einer ergiebigen, länger dauernden Drainage verbunden. Beide Eingriffe wirken namentlich sehr günstig auf die Schmerzen und auf den Allgemeinzustand ein; sollten sie aber unwirksam sein oder nur eine kurz dauernde Besserung im Gefolge haben, so muss die Sectio alta vorgenommen werden. Beim Weibe kann man im äußersten Nothfall auch schließlich noch eine Blasen-Scheidenfistel anlegen.

Die blutigen Eingriffe sind gegebenen Falls auch dann indicirt, wenn die Kranken sehr schwach und heruntergekommen sind oder bereits in anderen Organen vorgeschrittene tuberkulöse Erkrankungen haben.

P. Wagner (Leipzig).

14) **F. Guyon.** Quelques remarques cliniques et anatomopathologiques sur les néoplasmes infiltrés de la vessie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 3.)

In den bei Weitem meisten Fällen von Blasengeschwülsten ist das zeitigste, beständigste und am meisten in die Augen fallende Symptom eine mehr oder weniger beträchtliche Hämaturie. Nur bei den parietalen, infiltrirten Neubildungen der Blase tritt diese erst häufig sehr spät auf; hier sind die ersten Symptome meist eine vermehrte Häufigkeit und Schmerzhafteigkeit der Urinentleerung, Beschwerden also, die auf eine Cystitis hinweisen würden, wenn der Harn nicht frei von Eiter bliebe. Dieses verspätete Auftreten der Hämaturie bei den infiltrirten Blasen-neubildungen ist wohl die Hauptursache, dass sie im Gegensatz zu den »cavitären« Geschwülsten häufig erst sehr spät diagnosticirt werden, zu einer Zeit, wo es schon zu Drüsen-schwellungen in der Regio iliaca und hypogastrica gekommen ist. Es kann desshalb die Therapie bei den parietalen Blasengeschwülsten nur palliativ sein: Anlegen einer hohen Blasenfistel eventuell mit Zerstörung der vorspringenden Geschwulstpartien.

P. Wagner (Leipzig).

15) **F. A. Rein.** Zottenförmige Wucherungen auf der Oberfläche der inneren Scheidenhaut des Hodens.

(Die Chirurgie 1897. Hft. 4. [Russisch].)

R. hat 6 Fälle von Hydrocele mikroskopisch untersucht, um der Entstehung jener Gebilde nachzugehen. In einem der Fälle war die ganze Oberfläche einer solchen mit Cylinderepithel bedeckt, wofür R. in der Litteratur nichts Entsprechendes aufzufinden vermochte. Bei der Häufigkeit dieser Art der Erkrankung — unter 7 von Prof. Diakonow in einem Halbjahr operirten und 2 weiteren von R. im Institut für operative Chirurgie obducirten Fällen kam sie 7mal und in 3 in letzter Zeit in der Bobrow'schen Klinik operirten Fällen war sie jedes Mal vorhanden — erörtert R. die praktische Bedeutung der Erkrankung für die einzuschlagende Operationsmethode. Weitere Erfahrungen müssen hier entscheiden.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

16) **Quénu.** Traitement opératoire de la tuberculose epididymaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 356.)

Q. will, ziemlich in Übereinstimmung mit den meisten französischen Chirurgen, operative Eingriffe bei Nebenhodentuberkulose auf das äußerste beschränken, verwirft nicht nur die Kastration, sondern selbst die totale Excision des tuberkulösen Herdes unter Erhaltung des Hodens, und begnügt sich, erweichte Partien zu incidiren und auszuschaben, bei kleinen Herden die Wunde dann sogleich völlig durch Naht zu schließen, bei großen sie zu tamponiren.

Reichel (Breslau).

17) **F. Lejars.** Les lipômes du périnée.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 4.)

Unter den Geschwülsten der Perineo-Scrotalgegend sind die Lipome sehr selten. Man unterscheidet Lipome mit wirklicher perinealer Implantation — Verf. theilt einen solchen Fall mit — und Lipome, die von der Umgebung des Perineums ausgehen — von der Hinterbacke, der Regio coccygea, der großen Schamlippe, der Regio inguino-pubica — und sich bei größerer Ausdehnung bis zu diesem erstrecken: sekundäre perineale Lipome oder Lipômes migrants.

Die wirklichen perinealen Lipome sind meist sehr groß, fast stets gelappt, häufig gestielt. Ihre Diagnose ist leicht, eben so wie ihre operative Entfernung, vorausgesetzt, dass der Geschwulststiel nicht allzuweit in die Tiefe geht.

P. Wagner (Leipzig).

18) **C. Martin.** Etude sur le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales.

Thèse de Paris, **G. Steinhell**, 1897.

Die recht fleißige Arbeit ist unter Quénu's Auspicien geschrieben und bestimmt, der Lappenmethode bei der Operation der Blasen-Scheidenfisteln das Wort zu reden. In Frankreich sind **Berger**, **Ricard** und **Quénu** jetzt unbedingte Anhänger dieser Methode und haben die einfache Anfrischung (sogenannte amerikanische Methode) ganz aufgegeben. Für schwierige Fälle wird der von **Trendelenburg** angegebene Weg bevorzugt, den suprasymphysären Blasenschnitt zu machen und die Fistel im Innern der Blase zu nähen.

M.'s Arbeit enthält eine kurze, aber klare Beschreibung sämtlicher Operationsmethoden bei Blasen-Scheidenfisteln und bringt am Schluss 41 verschiedene Fälle aus der Litteratur und aus Quénu's Material. Sie kann jedem, der sich mit dieser Operation litterarisch beschäftigen will, zum Quellenstudium empfohlen werden.

Jaffé (Hamburg).

Weibe durch die Harnröhre. Die Curettage wird mit einer ergiebigen, länger dauernden Drainage verbunden. Beide Eingriffe wirken namentlich sehr günstig auf die Schmerzen und auf den Allgemeinzustand ein; sollten sie aber unwirksam sein oder nur eine kurz dauernde Besserung im Gefolge haben, so muss die Sectio alta vorgenommen werden. Beim Weibe kann man im äußersten Nothfall auch schließlich noch eine Blasen-Scheidenfistel anlegen.

Die blutigen Eingriffe sind gegeben Falls auch dann indicirt, wenn die Kranken sehr schwach und heruntergekommen sind oder bereits in anderen Organen vorgeschrittene tuberkulöse Erkrankungen haben.

P. Wagner (Leipzig).

14) **F. Guyon.** Quelques remarques cliniques et anatomopathologiques sur les néoplasmes infiltrés de la vessie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 3.)

In den bei Weitem meisten Fällen von Blasengeschwülsten ist das zeitigste, beständigste und am meisten in die Augen fallende Symptom eine mehr oder weniger beträchtliche Hämaturie. Nur bei den parietalen, infiltrirten Neubildungen der Blase tritt diese erst häufig sehr spät auf; hier sind die ersten Symptome meist eine vermehrte Häufigkeit und Schmerzhaftigkeit der Urinentleerung, Beschwerden also, die auf eine Cystitis hinweisen würden, wenn der Harn nicht frei von Eiter bliebe. Dieses verspätete Auftreten der Hämaturie bei den infiltrirten Blasen-neubildungen ist wohl die Hauptursache, dass sie im Gegensatz zu den »cavitären« Geschwülsten häufig erst sehr spät diagnosticirt werden, zu einer Zeit, wo es schon zu Drüsen-schwellungen in der Regio iliaca und hypogastrica gekommen ist. Es kann desshalb die Therapie bei den parietalen Blasengeschwülsten nur palliativ sein: Anlegen einer hohen Blasenfistel eventuell mit Zerstörung der vorspringenden Geschwulstpartien.

P. Wagner (Leipzig).

15) **F. A. Rein.** Zottenförmige Wucherungen auf der Oberfläche der inneren Scheidenhaut des Hodens.

(Die Chirurgie 1897. Hft. 4. [Russisch.])

R. hat 6 Fälle von Hydrocele mikroskopisch untersucht, um der Entstehung jener Gebilde nachzugehen. In einem der Fälle war die ganze Oberfläche einer solchen mit Cylinderepithel bedeckt, wofür R. in der Litteratur nichts Entsprechendes aufzufinden vermochte. Bei der Häufigkeit dieser Art der Erkrankung — unter 7 von Prof. Diakonow in einem Halbjahr operirten und 2 weiteren von R. im Institut für operative Chirurgie obducirten Fällen kam sie 7mal und in 3 in letzter Zeit in der Bobrow'schen Klinik operirten Fällen war sie jedes Mal vorhanden — erörtert R. die praktische Bedeutung der Erkrankung für die einzuschlagende Operationsmethode. Weitere Erfahrungen müssen hier entscheiden.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

16) **Quénu.** Traitement opératoire de la tuberculose epididymaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 356.)

Q. will, ziemlich in Übereinstimmung mit den meisten französischen Chirurgen, operative Eingriffe bei Nebenhodentuberkulose auf das äußerste beschränken, verwirft nicht nur die Kastration, sondern selbst die totale Excision des tuberkulösen Herdes unter Erhaltung des Hodens, und begnügt sich, erweichte Partien zu incidiren und auszuschaben, bei kleinen Herden die Wunde dann sogleich völlig durch Naht zu schließen, bei großen sie zu tamponiren.

Belchel (Breslau).

17) **F. Lejars.** Les lipômes du périnée.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 4.)

Unter den Geschwülsten der Perineo-Scrotalgegend sind die Lipome sehr selten. Man unterscheidet Lipome mit wirklicher perinealer Implantation — Verf. theilt einen solchen Fall mit — und Lipome, die von der Umgebung des Perineums ausgehen — von der Hinterbacke, der Regio coccygea, der großen Schamlippe, der Regio inguino-pubica — und sich bei größerer Ausdehnung bis zu diesem erstrecken: sekundäre perineale Lipome oder Lipômes migrants.

Die wirklichen perinealen Lipome sind meist sehr groß, fast stets gelappt, häufig gestielt. Ihre Diagnose ist leicht, eben so wie ihre operative Entfernung, vorausgesetzt, dass der Geschwulststiel nicht allzuweit in die Tiefe geht.

P. Wagner (Leipzig).

18) **C. Martin.** Etude sur le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales.

Thèse de Paris, **G. Steinhell**, 1897.

Die recht fleißige Arbeit ist unter Quénu's Auspicien geschrieben und bestimmt, der Lappenmethode bei der Operation der Blasen-Scheidenfisteln das Wort zu reden. In Frankreich sind Berger, Ricard und Quénu jetzt unbedingte Anhänger dieser Methode und haben die einfache Anfrischung (sogenannte amerikanische Methode) ganz aufgegeben. Für schwierige Fälle wird der von Trendelenburg angegebene Weg bevorzugt, den suprasymphysären Blasenschnitt zu machen und die Fistel im Innern der Blase zu nähen.

M.'s Arbeit enthält eine kurze, aber klare Beschreibung sämtlicher Operationsmethoden bei Blasen-Scheidenfisteln und bringt am Schluss 41 verschiedene Fälle aus der Litteratur und aus Quénu's Material. Sie kann jedem, der sich mit dieser Operation litterarisch beschäftigen will, zum Quellenstudium empfohlen werden.

Jaffé (Hamburg).

- 19) **H. Hartmann.** L'hystérectomie abdominale totale, sa technique opératoire, ses indications.
- 20) **R. Diriaut.** Technique de M. Routier pour l'hystérectomie abdominale totale.
- 21) **Richelot.** L'hystérectomie abdominale totale.

(Ann. de gynécol. 1897. Juli.)

Die 3 Arbeiten beschäftigen sich mit der augenblicklich in Frankreich wieder zur Diskussion stehenden abdominalen Total-exstirpation des Uterus wegen Fibrom oder Adnexerkrankungen.

H. bringt zuerst technische Bemerkungen. Er empfiehlt, vor Allem den hinteren Douglas frei zu machen, da sich dann der Uterus leicht nach oben und außen bringen lasse und die weitere Lösung keine Schwierigkeiten mehr macht. H. hat 18 Totalexstirpationen ausgeführt, die alle geheilt sind. Dieselben betrafen 12 Adnexerkrankungen (darunter 9 eitrige), 1 Carcinom des Corpus uteri und 5 Fibrome. Diese 3 Kategorien geben für ihn auch die Indikation zur Totalexstirpation. Besonders in allen Fällen von doppelseitigen Adnexerkrankungen, wo beide Seiten afficirt sind und entfernt werden müssen, nimmt H. jetzt, eben so wie Bardenheuer und Krug, stets den Uterus mit fort. Wenn eine Seite der Adnexe dagegen erhalten bleiben kann, soll auch der Uterus nicht entfernt werden.

D.'s Arbeit enthält eine Beschreibung der von Routier geübten Technik bei der Uterusexstirpation. Die Hauptpunkte lassen sich ohne Abbildungen nicht gut verstehen. Wir verweisen desswegen auf das Original.

R.'s Ausführungen behandeln ebenfalls vorwiegend seine Methode der Uterusexstirpation, die verschieden ist, je nachdem es sich um Fibrome oder Adnexerkrankungen handelt. Bei letzteren ist R. im Allgemeinen Anhänger der vaginalen Methode. Doch kommt man bisweilen in die Lage, abdominal vorgehen zu müssen, so bei jungen Frauen, wo man nur eine einseitige Erkrankung vermuthete, die Laparotomie zum Zwecke der Kastration machte und nun doppelseitige Affektionen vorfindet. Dieser Fall soll in 50% aller Beckeneiterungen eintreten. Dann bevorzugt R. die Uterusexstirpation vor der einfachen doppelseitigen Kastration; erstere giebt eine Mortalität von nur 5%, letztere dagegen von 35%. R. präcisirt seinen Standpunkt dahin, dass in allen Fällen, wo man den abdominalen Weg gewählt hat, die abdominale Totalexstirpation das Korrektiv und die logische Ergänzung der Laparotomie darstellt. Seine Technik lehnt sich an die besonders von Amerika ausgegangenen Vorschriften der Chirurgen Baldy, Edebohls, Krug und Polk an.

Jaffé (Hamburg).

Kleinere Mittheilungen.

22) G. Groszlik. Über Blutungen aus unveränderten Nieren.

(Medycina 1897. No. 26—30.)

Ein 36jähriger, blühend aussehender und athletisch gebauter Officier konsultirte den Verf., da er in letzterer Zeit ohne jede veranlassende Ursache an profusen, von Zeit zu Zeit wiederkehrenden Nierenblutungen litt. Die Hämaturie dauerte jedes Mal mehrere Tage, und der Harn enthielt zahlreiche Blutgerinnsel; der frische Harn war durch die Beimengung von Blut gleichmäßig roth gefärbt. Das Befinden des Kranken während des Anfalls war, von einer ganz minimalen Temperatursteigerung und ganz unbedeutendem Brennen in der Urethra abgesehen, ein ganz gutes. Außerhalb des Paroxysmus war der Urin vollständig normal (chemische und bakteriologische Untersuchung).

Die Anamnese ergab, dass Pat. sowohl väterlicher- als auch mütterlicherseits aus Bluterfamilien stammte. Er selbst blutete sehr oft und stark aus Nase, Zahnfleisch und Mastdarm. Eine 2malige Zahnextraktion war ebenfalls von einer profusen Hämorrhagie gefolgt. Vor Jahren hatte er einen Tripper mit Vereiterung eines Hodens durchgemacht. Seit dem Auftreten der Nierenblutungen haben die Blutungen aus den anderen Organen an Intensität abgenommen und sind überhaupt viel seltener geworden.

Die Diagnose schwankte ursprünglich zwischen Tuberkulose und Neubildung der Niere. Da aber eine 6monatliche Beobachtung des Pat. nicht den geringsten weiteren Anhalt für irgend eines dieser beiden Leiden bot, Pat. im Gegentheil an Gewicht bedeutend zugenommen hatte, stellte Verf. die Diagnose auf idiopathische Nierenblutung in Folge von Hämophilie.

An diesen Fall schließt Verf. mehrere in der Litteratur bekannte Fälle von idiopathischer renaler Hämaturie, so wie eine genaue Analyse der Symptome dieses Leidens an.

Trzebičky (Krakau).

23) G. Palleroni (Palermo). Sopra un caso di doppio rene migrante e di nefropessia lombare bilaterale. Guarigione.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 16.)

Dieser in der chirurgischen Universitätsklinik von Palermo beobachtete Fall von doppelseitiger Wanderniere, die beiderseits mit vorzüglichem Enderfolg von Prof. Tansini operirt wurde, erweckt besonderes Interesse durch eine eigenthümliche Folgeerscheinung nach beiden Operationen. Zuerst wurde die linke Niere angeheftet, die Anfangs allein die Zeichen der Wanderniere bot; die Beschreibung der Operationsmethode bietet nichts Besonderes. In den ersten Tagen nach der Operation bildete sich bei völlig fieberlosem Verlauf das Bild eines typischen spastischen Darmverschlusses aus: heftige Koliken, bei denen sich die Darm-schlingen durch die Bauchwand abzeichneten, Meteorismus, Erbrechen, vollständiges Fehlen von Koth- und Gasentleerungen trotz angewandter Abführmittel und Darm-spülungen. Nach 7 Tagen erfolgte von selbst Stuhlentleerung; die Pat. erholte sich sehr schnell. 10 Tage nach der Operation konnten die Nähte aus der per primam geheilten Wunde entfernt werden. Die Pat. ging nach ihrer Entlassung mehrere Monate lang ihrer gewohnten Beschäftigung als Krankenpflegerin nach, ohne irgend welche Störung zu empfinden. Dann aber traten ziemlich plötzlich ähnliche Symptome ein, wie vor der Operation, so dass ihr Arzt eine Wieder-lösung der angehefteten Niere annahm. Sie begab sich wieder in die Klinik von Palermo, wo nun eine rechtsseitige Wanderniere festgestellt werden konnte, während die linke sich als vollkommen fest eingeheilt erwies. Die Operation wurde in derselben Weise wie das 1. Mal vorgenommen; im Anschluss daran entwickelte sich genau wieder dasselbe Bild des Darmverschlusses, bei völlig fieberlosem Heilungsverlauf. Auch dieses Mal trat nach 7 Tagen schnelle Ge-nesung der Kranken ein; die Wunde heilte per primam. Auf ihrer Rückreise hatte die Pat. das Unglück, in Folge Umwerfens ihres Postwagens einen heftigen

Fall auf den Rücken zu thun, doch wurde der vortreffliche Erfolg der beiden Operationen dadurch nicht beeinträchtigt; die Frau ist seitdem dauernd beschwerdefrei geblieben.

Da der Darmverschluss nicht den Charakter eines paralytischen bot, sondern mehr an ein mechanisches Hindernis denken ließ, so hätte ein erneutes chirurgisches Eingreifen durch Laparotomie oder wenigstens zunächst eine Lösung der angehefteten Niere sehr wohl als gerechtfertigt erscheinen können; die bei diesen beiden Fällen gemachte Erfahrung dürfte hinsichtlich der Entscheidung für ein abwartendes Verhalten bei ähnlichen Vorkommnissen ins Gewicht fallen.

W. Schultz (Eutin).

24) J. Merkel (Nürnberg). Nephrorrhaphie während der Schwangerschaft.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 31.)

Die Operation wurde nothwendig, da die im 4. Monate schwangere Frau durch 3mal erfolgte Achsendrehung der prolabirten linken Niere, die andauernden, durch Druck gesteigerten Schmerzen und das häufige Erbrechen in Lebensgefahr gekommen war. Nach der Nierenanheftung traten zwar vorübergehend Ileuserscheinungen auf und erfolgte ein sehr reichlicher, durch Anstechen des Plexus lymphaticus lumbalis veranlasster Lymphabfluss durch die Wunde, jedoch nahm die Schwangerschaft ihren ungestörten Fortgang, und wurde Pat. vollständig geheilt.

Kramer (Glogau).

25) W. Serenin. Zur Annäherung der Niere. (Aus dem Marienkrankenhaus zu Moskau.)

(Die Chirurgie 1897. No. 7. [Russisch.])

In dem 1. Falle S.'s starb die 42jährige Pat. 6 Tage nach der Annäherung der rechten Niere an Sepsis; die 2. Kranke, über welche S. ebenfalls eine eingehende Krankengeschichte giebt, genas und wurde durch die Operation von allen ihren bedeutenden Beschwerden befreit. S. benutzt die Gelegenheit, um der offenen Tamponade nach der Operation das Wort zu reden.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

26) Lennander. Über zwei glücklich operirte Fälle von Nierensteinen. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Upsala.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 22.)

L. steht auf dem Standpunkt, dass, da die Nephrolithotomie bei nicht-eiternder Niere eine sehr gute Prognose giebt, man wenigstens allen jüngeren und im mittleren Alter stehenden Personen zur Operation rathen muss, falls nicht eine genaue Untersuchung das Vorhandensein irgend einer Kontraindikation gegen einen größeren operativen Eingriff ergibt. Ist bei einem Nierenstein Eiterung eingetreten, so ist unmittelbar zur Operation zu rathen.

Eine Hauptgefahr bei der Operation ist die stets vorhandene Möglichkeit, dass der operative Eingriff Anurie mit sich bringt. Um den Blutdruck zu erhöhen und das Blut zu verdünnen, wird vor der Operation eine subkutane Kochsalzinjektion gemacht von 800—1000 g, dessgleichen unmittelbar nach der Operation. Je nach der Beschaffenheit des Pulses wird mehr oder weniger Kampher subkutan injicirt, Digitalin in Dosen von höchstens $\frac{1}{4}$ mg gleichfalls gegeben.

L. operirte stets auf erwärmtem Tische. Zur Narkose wurde Chloroform-Äthermischung benutzt.

Was nun die beiden Fälle betrifft, so handelte es sich im 1. derselben um eine Nephrolithotomie bei einem 18jährigen, von Jugend auf kranken Mädchen; ein Oxalatstein ward entfernt; es trat völlige Heilung ein. Der 2. Fall betraf eine bewegliche Niere mit katarrhalischer Pyelitis bei einer 54 Jahre alten Bäuerin. Es wurde die Nephrolithotomie gemacht, ein Oxalat-Uratstein und eine Bakterienfibrinmasse im Nierenbecken gefunden, alsdann die Nephropexie angefügt. Auch hier trat Heilung ein. In der Bakterien haltenden Masse ward nur das Bacterium

coli commune gefunden. Bei der Nephropexie ward die Guyon'sche Methode — doppelte starke Katgutfäden wurden durch die Niere geführt und auf beiden Seiten um diese geknüpft — angewandt. **B. Wagner** (Mülheim a. d. R.).

27) **H. Duret.** Sur les calculs ramifiés du rein et les opérations qui leur conviennent.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 4.)

Eine 39jährige Frau litt seit ihrem letzten — zehnten — Wochenbett an dumpfen, beständigen, zeitweise exacerbirenden Schmerzen der linken Lumbalgegend, so wie an intermittirender Pyurie. Keine Kolikanfälle, keine Hämaturie. Mittelgroßer linksseitiger Nierentumor. Diagnose: Unvollständig geschlossene Pyonephrose. Lumbale Nephrotomie. Großer korallenförmiger Stein, der die erweiterten Nierenkelche und das erweiterte Nierenbecken ausfüllte. Seine Entfernung gelang nicht im Ganzen, sondern erst, nachdem er in 4 Stücke zertrümmert worden war. Der Kern des 200 g schweren Steines bestand aus Uraten, die Äste aus Phosphaten und Kalksalzen. Wegen ausgedehnter schwerer Veränderungen der Nierensubstanz im sofortigen Anschluss an die Steinextraktion subkapsuläre Nephrektomie. Heilung.

Die Anzeigen für die verschiedenen operativen Eingriffe bei verästelten Nierensteinen setzt Verf. folgendermaßen fest:

1) Wenn keine Nierenbeckeneiterung besteht, oder die Veränderungen der Nierensubstanz nur geringfügig sind, wird man die Extraktion des Steines mittels Nephrotomie ausführen können, der aber die Zertrümmerung des Steines voranzugehen hat: Nephrolithotritie.

2) Ist der verästelte Stein sehr groß und mit einer beträchtlichen alten Pyonephrose complicirt, so wird es oft unmöglich sein, sofort eine Pyelonephrektomie vorzunehmen; man muss dann schrittweise operiren:

a. Entleerung des pyonephrotischen Sackes mittels Trokar oder Schnitt; breite Nephrotomie über den konvexen Nierenrand;

b. Lithotritie in situ, stückweise Extraktion des Steines;

c. Nephrektomie der degenerirten Niere und Abtragung des Eitersackes.

P. Wagner (Leipzig).

28) **C. Nicodemi.** Pionefrosi destra da calcolo. Nefrolitomia. Guarigione.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 67.)

N. giebt unter obigem Titel die ausführliche Krankengeschichte eines im Ospedale civile von Massa-Carrara beobachteten Falles von Nierenbeckeneiterung in Folge von Steinbildung. Die von außen in der rechten Weichengegend fühlbare, fluktuirende Geschwulst hatte die Größe eines Manneskopfes.

Durch einfachen Schnitt wurden 1½ Liter Eiter (mit Bacterium coli) und ein 7,0 g schwerer, im Hilus eingekeilter Stein entleert. Die weitere Behandlung bestand in reichlicher Ausspülung mit Borlösung und Tamponade mit aseptischer Gaze. 32 Tage nach der Operation konnte die Pat. geheilt entlassen werden; im Urin wurde 14 Tage später noch ein geringes Eitersediment beobachtet; das Befinden der Pat. war völlig normal.

N. wendet sich an der Hand dieses Falles gegen die Forderung Duplay's (1896), bei einseitiger Nierenbeckeneiterung und gesunder 2. Niere jedes Mal die ganze erkrankte Niere zu entfernen. Er möchte dieses Vorgehen auf die Fälle von bösartigen Geschwülsten und Tuberkulose beschränkt sehen; falls nach der einfachen Incision wirklich eine Urinfistel zurückbleibe, was bei seiner Kranken nicht der Fall war, so könne man noch nachträglich zur Nephrektomie schreiten. Abgesehen von der ungünstigen seelischen Wirkung, welche die Entfernung eines lebenswichtigen Organs bei vielen Pat. hervorbringe, so wie von der größeren Schwierigkeit der Nephrektomie, müsse auch in Betracht gezogen werden, dass selbst bei den ausgedehntesten Nierenbeckeneiterungen oft noch größere Theile des Nierengewebes funktionsfähig geblieben sind.

W. Schultz (Eutin).

29) P. J. Diakonow. Zur Chirurgie der Nieren.

(Die Chirurgie 1897. No. 7. [Russisch.])

Der Arbeit liegen 3 Exstirpationen und 3 Annäherungen der Niere zu Grunde.

Im 1. Falle war bei einem 31jährigen Manne im Anschluss an einen Säbelschnitt eine vollständige Vereiterung der rechten Niere eingetreten. Sie fühlte sich bei der Operation wie ein mit Flüssigkeit gefüllter Sack an und zeigte auf dem Durchschnitt eine Menge von Eiterhöhlen. Der Kranke, der schon vor der Operation stark gefiebert hatte, starb nach anfänglicher Besserung 4½ Wochen p. op.

Im 2. Falle bestand bei einer 26jährigen Pat. außer einer rechtsseitigen (tuberkulösen?) Nierenanschwellung auch noch ein großer Abscess über dem Poupart'schen Band derselben Seite. Dieser wurde zuerst eröffnet, und dann nach seiner Heilung die Niere herausgenommen. Es entwickelte sich aber während der Heilung der Operationswunde eine Tuberkulose der rechten Lunge. Die Kranke wurde in leidlich gutem Zustand ca. 6 Wochen nach der Operation entlassen. Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Deschin, dessen Präparate Prof. Nikiforow durchgesehen hatte) der entfernten Niere ergab zwar nicht mit Sicherheit Tuberkulose, aber in Gemeinschaft mit dem klinischen Befund war diese Diagnose sehr wahrscheinlich.

Die 3. Nierenexstirpation betraf einen 42jährigen Kranken mit einem weit vorgeschrittenen Nierenkrebs. Unter großer Mühe wurde die Operation, eben so wie die vorige, durch den Bauchschnitt gemacht; die Wunde heilte zwar, aber sehr bald kehrte der Krebs wieder.

Nach einer vergleichenden Besprechung der neuesten Litteratur über die Nierenexstirpation und Bemerkungen zur Technik derselben, wobei gewisse Vortheile des Bauchschnittes hervorgehoben werden, berichtet D. dann noch über die 3 Fälle von Nierenannäherung (2 von Dr. Warnek in seinem Beisein ausgeführt). In 2 Fällen schwanden nach der Operation alle früheren Beschwerden, im 3. traten ½ Jahr später nach einer durchtanzten Nacht wieder heftige Schmerzen in der Seite auf. Die Niere selbst war auf Druck schmerzfrei, lag fest, jedoch war der Leib unterhalb der Niere auf Druck schmerzhaft. Die Heilung war in diesem Falle nicht aseptisch verlaufen.

D. spricht sich im Allgemeinen für die Zweckmäßigkeit der Nierenannäherung aus, weist aber unter Heranziehung der sehr bemerkenswerthen Arbeit von Wolkow und Delitzin darauf hin, dass in Bezug auf die Ursachen der Wanderniere noch Manches nicht aufgeklärt sei.

E. Brantz (Königsberg i/Pr.).

30) Bloch. Fall von Amputation der Niere.

(Hospitals Tidende 1896. No. 34—36 u. 38.)

31) Rovsing. Ist die Resektion der Niere eine zuverlässige Operation bei malignen Nierengeschwülsten?

(Ibid. No. 37 u. 38.)

1) B. hat bei einem 13jährigen Knaben Resektion der Niere gemacht. Der Knabe hatte durch 2½ Jahre mehrmals Hämaturie und Schmerzen gehabt. Bei der Operation wurde eine umschriebene Geschwulst des unteren Endes der Niere gefunden, deshalb die untere Hälfte der Niere weggenommen. Suturen des Resektionsschnittes. — Die mikroskopische Untersuchung ergab eine bösartige Geschwulst. Der Knabe wurde geheilt entlassen und ist 9 Monate danach noch gesund.

Verf. hat in der Litteratur 10 Fälle von Resektion der Niere gefunden, die er ausführlich mittheilt. — Er stellt als Indikation für sie auf: gutartige Geschwülste, einige entzündliche Processe, Fisteln und Traumen der Niere.

2) R. ist der Ansicht, dass man bei bösartigen Geschwülsten immer die Nephrektomie machen soll.

3) B. macht auch bei bösartigen Geschwülsten die Nephrektomie; wenn er aber über den Charakter der Geschwulst unsicher ist, hält er sich für berechtigt, die Resektion zu machen, bereit, später den Rest der Niere zu entfernen, wenn sich die Geschwulst als bösartig herausstellt.

4) R. meint, nur bei sicher gutartigen Geschwülsten sei man berechtigt, die Resektion zu machen. **Schaedemoje** (Kopenhagen).

32) **Albarran.** Structure et développement des adenomes et des épithéliomes du rein.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 3 u. 4.)

Die Arbeit gründet sich auf genaue literarische Studien, so wie auf eigene Untersuchungen von 18 epithelialen Nierengeschwülsten. Ihres vorwiegend histologischen Charakters wegen verzichten wir an dieser Stelle auf ein Referat.

P. Wagner (Leipzig).

33) **F. Legueu.** Le cancer du rein mobile.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 6.)

54jährige Frau mit einer kindskopfgroßen, außerordentlich beweglichen, prall elastischen Geschwulst der rechten Bauchseite. Seit 2 Jahren zunehmende Abmagerung und Entkräftung; in der letzten Zeit 2malige, rasch vorübergehende Hämaturie. Die objektiven Geschwulstsymptome ließen nur an eine Mesenterialcyste oder an eine geschwulstig entartete bewegliche Niere denken; die Hämaturie machte die letztere Diagnose wahrscheinlicher, die denn auch durch die Operation — transperitoneale Nephrektomie — bestätigt wurde. Außerordentlich leichte Exstirpation; geschwollene Lymphdrüsen längs der Aorta und V. cava. Histologisch erwies sich die Geschwulst als ein tubulöses Epitheliom mit Cystenbildung.

P. Wagner (Leipzig).

34) **P. Noguès.** Deux cas de troubles digestifs graves consécutifs à une infection vésicale; amélioration rapide par les lavages au nitrate d'argent.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 4.)

60- und 55jähriger Kranker mit schweren gastrischen Störungen, die ihre Ursache in infektiösen Blasenentzündungen hatten. Blasenauswaschungen mit 2%/igen Argent. nitric.-Lösungen erzielten rasche Besserung der Blasen- und Magenerscheinungen. Beide Kranke waren gegen das Argent. nitr. außerordentlich empfindlich. Diese Schmerzhaftigkeit wurde aber vollkommen beseitigt, als man vor der Argent. nitric.-Spülung 100 g einer 2½—5%igen Antipyrinlösung in die Blase einspritzte und 15—20 Minuten darin ließ. Eine gleiche Antipyrininjektion wurde auch nach der Höllesteinauswaschung vorgenommen.

P. Wagner (Leipzig).

35) **B. Motz.** Cystite ancienne rebelle. Taille hypogastrique. Curettagé vésical. Guérison.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 8.)

36jährige Frau mit chronischer Cystitis unbekannten Ursprungs, die allen Heilungsversuchen Widerstand leistete. Auch die von Guyon angeordnete methodische Einträufelung von Höllesteinsäure und Guajaköl waren erfolglos; deshalb Sectio alta. Die Untersuchung ergab eine »Cystite chronique végétante«; Curettagé der Blaseschleimhaut, Drainage, nach 14 Tagen Dauerkatheter. Rasche Heilung der Blasenwunde; allmähliche Abnahme der Empfindlichkeit der Blase. Schließlich vollkommene Heilung.

P. Wagner (Leipzig).

36) **J. Escat.** Note sur le drainage prolongé de la vessie par les voies naturelles.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 6.)

Verf. theilt 6 Fälle von ausgesprochener Prostatahypertrophie resp. schwererer Harnröhrenstriktur mit, in denen die Blasensymptome durch einen monate- und jahrelang andauernd getragenen Dauerkatheter sehr günstig beeinflusst wurden.

Jedenfalls beweisen diese Beobachtungen, dass Harnröhre und Blase eine solche unbegrenzte Drainage ohne jede Schädigung ertragen, und dass dadurch, bei

Prostatikern besonders, eine gewisse Heilung erreicht werden kann. Die Kranken können mit ihrem in einfacher Weise am Penis fixirten Dauerkatheter ohne Beschwerden herumgehen.

Unter gewissen Umständen, so namentlich bei Blasendivertikeln, können sich Stagnationsherde bilden, die der Dauerdrainage unzugänglich bleiben; in solchen Fällen muss die Drainage auf natürlichem Wege durch eine Drainage von einem hohen Blasenschnitte aus ersetzt werden.

P. Wagner (Leipzig).

37) **R. Petit.** Large rupture extrapéritonéale de la vessie. Guérison.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 6.)

Ein 30jähriger Kranker erlitt durch Überfahrenwerden eine ausgedehnte extraperitoneale Zerreißung der Harnblase. Laparotomie am Tage nach dem Trauma. Vordere Blasenwand vom Scheitel bis dicht über den Blasen Hals zerrissen; Peritoneum nach oben gestreift, intakt. Genaue Blasennaht wegen des schweren Allgemeinzustandes des Kranken und wegen der stark infiltrirten und gequetschten Blasenwandungen unmöglich. Le Dentu vereinigte deshalb jederseits den Blasenwundrand mittels einiger Nähte mit dem äußeren Wundrand. Drainage, Jodoformgazetamponade. Wegen des großen Schwächezustandes mehrmalige intravenöse Injektionen von artificiellem Serum. Langsame Heilung.

P. Wagner (Leipzig).

38) **A. Suarez de Mendoza.** Calcul enchatonné.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 7.)

Mittheilung eines typischen Falles von in die Blasenwand eingekapseltem Stein, der mittels hohen Blasenschnittes entfernt wurde. Jede Art der Lithotritie ist bei diesen Konkrementen, deren Einkapselung vor der Operation diagnostiziert werden kann und muss, ausgeschlossen. Auch in diagnostisch zweifelhaften Fällen ist es besser, von vorn herein die Sectio alta vorzunehmen.

P. Wagner (Leipzig).

39) **Boppe.** Corps étranger dans la vessie; taille hypogastrique; adhérence du péritoine aux parois vésicales.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 449.)

Der Reiz eines Fremdkörpers in der Blase, eines Federhalters, hatte in dem von B. mitgetheilten Falle zu festen Verlöthungen zwischen Blase und Peritoneum und zu so starker Verdickung des letzteren geführt, dass der Operateur bei der Sectio alta bereits in die Blase einzuschneiden glaubte, in Wirklichkeit aber die Peritonealhöhle eröffnete. Pat. hatte indess keinen Schaden davon.

Reichel (Breslau).

40) **J. Piotrowski.** Zur Kasuistik der Fremdkörper in der weiblichen Blase.

(Przegląd lekarski 1897. No. 7.)

Wegen einer Vesico-Vaginalfistel wurde von der Frau eines Baders einer Bäuerin ein Mutterkranz (!) eingelegt. Wiederholtes Herausfallen desselben zwang die Pat., sich denselben selbst erneuert einzuführen. Nach einer solchen Manipulation verspürte sie heftige Schmerzen; das Pessarium fiel aber nicht mehr heraus. 3 Monate später bekam Verf. die Pat. zu Gesicht und konstatierte, dass das Pessarium in der Blase war. Stückweise Extraktion desselben durch die kronengroße Fistelöffnung in der vorderen Scheidenwand.

Trzebiecky (Krakau).

41) **Czerny.** Resektion eines Blasendivertikels.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1.)

Bei einem 30jährigen Dienstknecht entwickelte sich nach einem Fall auf einen armdicken Balken eine Strikture der Pars membranacea mit stinkender Cystitis.

Die zum Zweck der Blasendrainage vorgenommene Epicystotomie ergab die stark erweiterte Blase nach rechts und oben verdrängt durch ein großes epider-

misirtes Divertikel in der Gegend der linken Harnleitermündung. Da trotz der Behandlung der Urin im Divertikel sich nicht besserte, exstirpierte C. dasselbe einen Monat nach der ersten Operation. Von der alten Wunde aus wurde durch einen 10 cm langen Querschnitt zunächst die linke Blasenwand freigelegt; dann gelang es, den bis an den Mastdarm reichenden Sack unter Leitung des in ihn eingeführten Fingers auszulösen. Der abgeschnittene Harnleiter wurde in die Blasenwunde eingepflanzt. Der Heilverlauf war zunächst durch Wunddiphtherie gestört, später entwickelten sich unter Temperatursteigerung Schmerzen in der linken Nierengegend, und der Urin ging wieder durch die Bauchwunde ab. Exstirpation der geschrumpften linken Niere. Im Juli vollständige Heilung konstatiert. C. fasst das Divertikel als angeboren auf; durch die Strikturen wurde eine Überdehnung desselben so wie die Verjauchung des Inhalts veranlasst.

Hofmeister (Tübingen).

42) Qahoubian. Fibrome de la vessie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 8.)

45jähriger Kranker mit einem orangengroßen, interstitiellen Fibrom der vorderen, oberen, rechten Blasenwand. Die Geschwulst hatte nur häufiges und schmerzhaftes Harnlassen verursacht; keine Hämaturie. Bei der hypogastrischen Entfernung der Geschwulst ging ein Stück der mit ihr fest zusammenhängenden Blasenwand mit verloren. Drainage, Tamponade. Rasche vollkommene Heilung.

P. Wagner (Leipzig).

43) P. Noguès. Néoplasme vésical infiltré; début marqué par des fréquences et par des douleurs: hématuries peu abondantes ne survenant que tardivement.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 4.)

Infiltrirter Blasenkrebs bei einer 63jährigen Frau. Die Erkrankung begann mit häufigem Urindrang, später kamen auch Schmerzen beim Urinieren hinzu. Erst 1 Jahr nach Beginn der Affektion vorübergehende, ganz geringe Hämaturie. Radikaloperation wegen der ausgedehnten Infiltration nicht mehr möglich. Die symptomatische Behandlung mit Antipyrinauswaschungen führte ziemlich rasch eine Verminderung der Schmerzen herbei.

P. Wagner (Leipzig).

44) J. F. Sematzki. Über Sectio alta beim Operiren von Blasen-Scheidenfisteln.

(Wratsch 1897. No. 30. [Russisch.])

Bei der Pat. S-s war die Fistel 3 1/2 cm groß und nahm den Blasenhalss und 1/4 der Urethra ein. Die Umgebung war weithin narbig entartet. 4 Operationen mit Ablösung der Scheide von der Blase blieben erfolglos. Endlich machte S. den hohen Blasenschnitt und verschloss darauf die Fistel durch 2 Schleimhautlappen, die den Scheidenwänden und den Labia minora entnommen, und deren Wundflächen mit einander vereinigt wurden, so dass die Mucosa des einen in die Blase, des anderen in die Scheide sah. Darauf Heilung, die aber etwas gestört war: mehrere Seidenfäden gelangten in die Blase und gaben Anlass zu Konkrementbildung; die Steine wurden durch die Blasenwunde und ein größerer später per urethram entfernt. Dann litt Pat. einige Zeit an Inkontinenz und 4 Wochen lang kam Urin durch eine kleine Öffnung in die Scheide, doch schloss sich diese Öffnung von selbst. Die Pat. lag nach der Operation auf dem Bauche. S. empfiehlt die vorläufige Sectio alta in allen Fällen schwerer Fisteloperationen.

E. Gückel (B. Karabulak, Saratow).

45) J. Landau. Ein Beitrag zu den Blasenleiden bei Kindern.

(Przegląd lekarski 1897. No. 21.)

Bei einem 11jährigen Knaben stellten sich 2 Monate nach Ablauf einer Dysenterie Schmerzen beim Urinieren ein; indess konnte Pat. den Urin bis 36 Stunden halten. Da die Untersuchung der Harnorgane ein negatives Resultat ergab, wurde

eine Parese der Blase nach Dysenterie diagnosticirt und subkutane Strychnin-injektionen so wie Faradisation der Blase verordnet, worauf rasche Heilung erfolgte.

Trzebičky (Krakau).

46) **H. Kraus.** Eine Hämorrhagie aus der Harnröhre.

(Przegląd lekarski 1897. No. 15.)

Die sehr starke Blutung entstand durch Druck auf das erigirte Glied und konnte erst durch wiederholte Einspritzungen von schwacher Eisenchloridlösung gestillt werden.

Trzebičky (Krakau).

47) **P. Delbet.** Rétrécissement traumatique de l'urèthre membraneux.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1897. No. 5.)

Mittheilung eines Falles von traumatischer Harnröhrenverengung, in dem die Striktur, entgegen den sonst gemachten Beobachtungen, erst sehr spät, nämlich erst 2 Jahre nach dem Trauma in Erscheinung trat.

Verf. hat aus der Litteratur noch 5 ähnliche Beobachtungen gesammelt. Alle diese Fälle wiesen ein heftiges, aber indirektes Trauma des membranösen Theiles der Harnröhre auf; Blut wurde nicht entleert; die Untersuchung ergab eine Fraktur des Schambeins. Es handelte sich jedenfalls bei allen diesen Kranken um eine nicht sehr tiefe, nur partielle Verletzung der Harnröhre, die nur erst ganz allmählich zu einer narbigen Verengung führte. Dass nach Verletzungen des vorderen Harnröhrenabschnittes Strikturen viel rascher eintreten, liegt wohl hauptsächlich an der Mitverletzung der Corp. cavernosa.

P. Wagner (Leipzig).

48) **M. Ameisen.** Ein seltener Fall von Incarceration des Penis.

(Przegląd lekarski 1897. No. 16.)

Ein 22jähriger Kretin hatte sein Glied in ein in einer 4½ kg schweren eisernen Stange befindliches Loch gesteckt und konnte es von dort nicht mehr herausbringen. Es traten bedrohliche Symptome einer Incarceration des Penis ein. Die Befreiung des Gliedes gelang erst nach äußerst mühevoller Spaltung der Eisenstange durch einen Schlosser.

Trzebičky (Krakau).

49) **M. v. Cačković.** Beitrag zur Therapie der Prostatahypertrophie mittels Ductusresektion.

(Liečnički viestnik 1897. No. 8. [Kroatisch.])

Verf. erörtert die Entwicklung der sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie und zeigt, warum die Resektion vorgezogen wird. Er veröffentlicht in kurzen Auszügen die Krankengeschichten von 6 Prostatikern, bei denen Wickelhauser die Resektion der Samenstränge ausgeführt hatte. In 3 Fällen zeigte sich nach 2—3 Tagen vollkommener Erfolg, welcher anhielt, in einem konnte nach 10 Tagen Pat. durch 2 Tage selbst uriniren, dann trat wieder Ischurie auf. In den anderen 2 Fällen zeigte sich gar keine Beeinflussung des Leidens durch die Operation. Von den erfolglos Operirten sind alle 3, nachdem sie immer mehr verfielen, nach kürzerer oder längerer Zeit verstorben; bei einem traten einige Tage vor dem Tod Delirien und maniakalische Zustände auf. Verf. schließt noch eine Krankengeschichte an über einen Fall, wo er die Absicht hatte, die Resektion auszuführen, jedoch sich das Leiden durch regelmäßigen Katheterismus vollkommen behob. Auf Grund dessen glaubt Verf., dass zur Beseitigung des Leidens jedenfalls auch der regelmäßige Katheterismus und die gebesserten hygienischen Verhältnisse beitragen.

Die operirten Fälle führen ihn zu folgenden Schlüssen: »Durch die Resektion der Samenstränge wird in den meisten Fällen, eben so wie durch die Kastration, Verkleinerung der Vorsteherdrüse erreicht, doch diese genügt an sich allein nicht, um die mit der Hypertrophie einhergehenden Beschwerden zu beheben, sondern es müssen folgende 2 Faktoren einwirken: die Prostata muss sich verkleinern und die Blase darf nicht atonisch sein, bezw. muss sich die Atonie bessern.«

(Selbstbericht.)

50) A. Gabryszewski. Über Lipome des Samenstranges.

(Przegląd lekarski 1897. No. 24—28.)

Ein älterer Herr gewährte vor 2 Jahren eine kleine Geschwulst im Hodensack, welche zwar keinerlei Beschwerden verursachte, aber durch ihr ziemlich schnelles Wachsthum den Pat. beunruhigte. Die Untersuchung in Rydygier's Klinik ergab folgenden Befund:

Wohlgenährtes, sonst gesundes Individuum. Das Scrotum durch eine kindskopfgröße, von der rechten Hälfte ihren Ausgangspunkt nehmende Geschwulst vergrößert, die bis an den äußeren Leistenring reichte, glattwandig war und sehr deutliche Fluktuation zeigte; die Scrotalhaut bis auf stark erweiterte Venen normal. Der Hoden an der rückwärtigen, unteren und inneren Wand der nicht durchscheinenden Geschwulst nachweisbar; die Probepunktion ergab keine Flüssigkeit. Verf. schritt ohne sichere Diagnose zur Operation. Nach Spaltung der Haut und der Tunica vaginalis fand sich ein vom Samenstrange ausgehendes Lipom, dessen Auslösung sehr leicht von statten ging, da es bloß mit den Venen des Plexus pampiniformis inniger verwachsen war. Arterien, Vas deferens und Hoden ließen sich mit Leichtigkeit von dem Tumor trennen. Glatte Heilung nur durch die Resorption eines Hämatoms in die Länge gezogen. Das Gewicht der extirpirten Geschwulst betrug 5 Pfund. Auf dem Durchschnitt gewahrte man, dass die centralen Partien grau gefärbt und viel härter waren, als die mehr gelblichen peripheren. Die Geschwulst war von zahlreichen strahlenförmigen Bindegewebssträngen durchsetzt.

An die Beschreibung dieses seltenen und interessanten Falles schließt Verf. eine Zusammenstellung sämtlicher in der Litteratur bekannten Fälle von Lipom des Samenstranges an und entwirft auf Grund des kritisch geordneten Materials ein genaues Bild der Pathologie und Therapie dieses Leidens. Wir müssen jedoch den sich für die Sache interessirenden Leser auf das Original verweisen, da eine kurze Wiedergabe der interessanten Einzelheiten nicht möglich ist.

Trzebielicki (Krakau).

51) Røvsing. Zwei Fälle von Hodensarkom auf traumatischer Basis.

(Hospitals Tidende 1896. No. 29.)

Die 2 Fälle sind einander sehr ähnlich. Sie kamen beide bei jungen, kräftigen, bisher gesunden Leuten vor. Beide haben beim Besteigen des Zweirades eine Quetschung des rechten Hodens erlitten. Nach der Quetschung entwickelte sich bald eine Geschwulst, die in dem einen Falle sich zunächst etwas verkleinerte, in dem anderen stationär blieb, aber in allen beiden Fällen nach einiger Zeit zu wachsen anfang, bis sie nach 4 und 6 Monaten operirt wurden. — Die mikroskopische Untersuchung ergab in beiden Fällen Rundzellensarkom mit alveolärem Bau. — 1½ Jahr nach der Operation sind die Pat. noch ohne Recidiv. — Verf. hebt hervor, dass das Trauma in diesen Fällen zweifellos für die Entstehung der Geschwülste von Bedeutung gewesen ist. Er stellt kurz 10 Fälle aus der Litteratur zusammen, in welchen die Hodengeschwulst in unmittelbarem Anschluss an eine Quetschung entstanden ist. — Die verschiedenen Theorien der Pathogenese der Geschwülste aufzählend, bleibt er bei der Infektionstheorie stehen, indem er meint, dass gerade Fälle, wie die erwähnten, für diese Theorie sprechen, indem man hier wie bei anderen Infektionen annehmen muss, dass das Trauma und die Blutgeschwulst nur einer der vielen verschiedenen Faktoren ist, welche den Boden für die Infektion bereiten.

Schaedemoje (Kopenhagen).

52) N. Ostermayer. Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Verf. beschreibt außergewöhnlich zahlreiche, im Übrigen aber typische Atherome von Stecknadelkopf- bis Haselnussgröße, kugelige Form, elastischer Konsistenz und weißgelblicher Farbe, welche über den Hodensack ausgebreitet waren

und sich an der Crena ani allmählich verloren. Die größeren Geschwülste wurden ausgeschält, die kleinen mit dem Paquelin verschorft; es trat auf diese Weise vollständige Heilung ein. **Jadassohn** (Bern).

53) **J. A. Woff.** Eierstockscyste bei zurückgebliebener Entwicklung der Müller'schen Gänge.

(Die Chirurgie 1897, No. 8. [Russisch].)

Es wurde die Ovariectomie an einer Kranken ausgeführt, bei welcher der Uterus und die Vagina fehlten; an der letzteren Stelle fand sich zwischen Blase und Darm ein kleiner Kanal von etwa 5 cm Tiefe. Sehr eingehend wird auf die Entstehungsweise und die anatomischen Verhältnisse des Falles eingegangen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

54) **Pantaloni.** Hystérectomie abdominale totale. Vingt observations.

(Arch. prov. de chir. T. VI. No. 2.)

P. berichtet unter eingehender Mittheilung der Krankengeschichten über 20 Fälle von abdominaler Hysterektomie, welche er im Laufe des letzten Jahres operirt hat; 17mal wurde wegen vorhandener Fibrome operirt; 2 dieser Fälle waren mit eitrigen Adnexerkrankungen complicirt; 2mal wurde die Exstirpation wegen Krebs des Uterus, 1mal wegen Schwangerschaft im 9. Monat bei Ankylose beider Hüftgelenke (Abbildung) vorgenommen. Nur 1 Todesfall, welcher der Operation nicht zur Last fällt.

Bachmann (Breslau).

55) **Chaput.** Traitement de l'anus contre nature et des fistules entéro-vaginales.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 393.)

Einen Fall von Dünndarm-Scheidenfistel nach Hysterektomie heilte C. durch wiederholte Ätzung der Fistel selbst und ihrer Umgebung mit Salpetersäure, obwohl vorher vergebliche Versuche gemacht worden waren, die Fistel operativ und durch Kauterisation mit dem Thermokauter zu schließen. Die Ursache seines Erfolges sieht er darin, dass er der Kauterisation eine Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze folgen ließ. Von den sonst zur Heilung des gleichen Leidens in Betracht kommenden Methoden hält er die Eingriffe mittels Resektion des Kreuzbeines für wenig empfehlenswerth, die Laparotomie in der Medianlinie zwar für rationell, aber zu gefährlich; im Falle eines Misserfolges der Ätzung hätte er sich zu dem von Brenner bereits mit Erfolg geübten Verfahren entschlossen: Eröffnung der Peritonealhöhle von der Scheide aus, Lösung der fistulösen Schlinge aus ihren Verwachungen, Vorziehen derselben bis vor die Vulva und Naht der Fistel resp. Resektion der Schlinge und cirkuläre Darmaht.

Um einen widernatürlichen After nach Herniotomie einer eingeklemmten Schenkelhernie zu schließen, machte C. die Laparotomie in der Medianlinie, legte zwischen den beiden Schenkeln der fistulösen Darmschlinge eine Enteroanastomose an und umschnürte jeden der beiden Schenkel zwischen Anastomose und Fistel mit Jodoformgaze. Auf diese, seiner Ansicht nach ungefährliche Weise will er den Übertritt von Darminhalt in die ausgeschaltete Schlinge sicher verhindern und den künstlichen After heilen. Die Jodoformgaze stößt sich, wie C.'s Experimente beim Hunde ergaben, spontan durch den Darm aus. An der Stelle des widernatürlichen After bleibt nur eine kleine, wenig Schleim secernirende Fistel zurück. In seinem Falle schloss C. dieselbe gelegentlich späterer Radikaloperation des Schenkelbruches durch quere Durchschneidung der Darmschlinge und Invagination der beiden Enden. Er erzielte einen vollen Erfolg.

Die cirkuläre Darmresektion und Darmaht hält er für gefährlicher, als das geschilderte Verfahren, dergleichen die quere Durchschneidung der beiden Schenkel der Darmschlinge zwischen Anastomose und Fistel und Invagination der restirenden 4 Darmenden.

Reichel (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

VON

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45.

Sonnabend, den 13. November.

1897.

Inhalt: F. Franke, Die Amputatio colli femoris als Ersatz der Exarticulatio coxae. (Darmblutung nach elastischer Umschnürung des Leibes.) (Original-Mittheilung.)
1) Willott, Äthernarkose. — 2) Dzierzawski, Infiltrationsanästhesie. — 3) Boginski, Bakterien in Wunden. — 4) Reynier, Behandlung der Knochentuberkulose. — 5) Marlier, Postoperative Psychose. — 6) Miller, 7) Woolsey, Massage bei Knochenbrüchen. — 8) Larrieu, Aneurysma des Truncus brachio-cephalus. — 9) Hodges, Ätiologie der Dupuytren'schen Kontraktur. — 10) Maydl, Coxa vara und Arthritis deformans coxae. — 11) Durand, Subperiostale Hüftexartikulation. — 12) Hennequin, Behandlung der Unterschenkelbrüche. — 13) Rochard, Behandlung schlecht geheilter Unterschenkelbrüche. — 14) La Bonnardière, 15) Samfirescu, Fußamputation. — 16) Lange, Plattfußbehandlung. — P. Klemm, Ein Fall von Schussverletzung der A. et V. poplitea. (Original-Mittheilung.)
17) Ordin, Karbolkampher. — 18) Reclus, Transplantation. — 19) Michailow, Zweistägige Naht. — 20) Audain, Fibrom traumatischen Ursprungs. — 21) Halban, Tetanus. — 22) Cavandoli, Tetanusbehandlung. — 23) Krehl, Neuritis. — 24) Madlener, Narkosenlähmung. — 25) Bloch, Torticollis. — 26) Trapp, Rückenmarkschirurgie. — 27) Lasarew, Polyarthritis deformans. — 28) Delorme, Gonorrhöische Gelenkentzündung. — 29) Lanin, Schulterblattfraktur. — 30) Krutowski, Schulterexartikulation. — 31) Wanach, Entfernung des Schultergürtels. — 32) Azam und Casteret, Defekt der Mm. pectorales. — 33) Ziegler, Stichverletzungen der großen Gefäße. — 34) Napalkow, Unterbindung der Schenkelvene. — 35) Reyt, Phlebitische Gangrän. — 36) Hermann, Coxa vara. — 37) Delorme, Hüftverrenkung. — 38) Broca, 39) Hoffa, Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. — 40) Bristow, Defekt der Knieeiben. — 41) Barth, Schnellendes Knie. — 42) Kjar, Luxation des Kniegelenks. — 43) Hartmann, Tibiafraktur. — 44) Kretz, Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. — 45) Trofimow, 46) Filatow, Wladimirtow-Mikulicz'sche Operation. — Berichtigung.

Die Amputatio colli femoris als Ersatz der Exarticulatio coxae. (Darmblutung nach elastischer Umschnürung des Leibes.)

Von

Dr. Felix Franke,

Oberarzt des Diakonissenhauses Marienstift zu Braunschweig.

Obgleich die Exartikulation im Hüftgelenk durch die vorausgeschickte Unterbindung der Arteria iliaca, durch vorausgehende hohe Amputation des Oberschenkels mit nachfolgender subperiostaler Aus-

schälung des Femurrestes, durch besondere Vorkehrungen, mittels elastischer Umschnürung den Blutverlust möglichst zu verringern etc., an Gefahren verloren hat, so wird sie doch immer noch zu den lebensgefährlichen Operationen gerechnet, wie z. B. aus einer erst kürzlich veröffentlichten Arbeit von Coronat hervorgeht. Da ist es Aufgabe, jeden noch so kleinen Vortheil für die Ersparung von Blut oder von Zeit wahrzunehmen. In dieser Hinsicht möchte ich die Aufmerksamkeit auf die eigentliche Exartikulation lenken. Ist diese immer nöthig? Kann sie nicht in vielen Fällen besser durch die Amputation des Schenkelhalses ersetzt werden?

Ich habe im Jahre 1890 meine erste Hüftexartikulation bei einem 31jährigen Mann ausgeführt, der an Oberschenkelsarkom erkrankt war. Die Operation gelang, ohne dass der Kranke mehr als einen einzigen Esslöffel Blut verloren hätte, weil sie ziemlich rasch ausgeführt wurde, und ich durch elastische Umschnürung des Leibes die Aorta vollständig komprimirt hatte. Einen, allerdings ganz kurzen, Aufenthalt verursachte die Durchtrennung des Lig. teres und der hinteren Kapseltheile. Dieser Umstand regte in mir die obigen Fragen an.

Dass der Schenkelkopf in vielen Fällen, die sonst die Exartikulation erfordern, an und für sich durch sein Zurückbleiben in der Pfanne dem Kranken keinen Schaden zufügen kann, wird mir wohl Jeder zugeben. Ich brauche nur auf Verletzungen hinzuweisen. Selbst beim Sarkom des Oberschenkels wird, wenn es nicht ganz hoch oben am Trochanter oder gar am Schenkelhals selbst sitzt, die Entfernung des Kopfes nicht unbedingt nöthig sein. Ist ja doch seine Verbindung mit dem Oberschenkelschaft eine derartige, dass die Blut- und Lymphbahnen in beiden gewissermaßen gesonderte Gebiete bilden, und dass desshalb nach geschehener Abnahme des Oberschenkels im Schenkelhals ein späteres Ergriffenwerden des Kopfes durch die Sarkomkeime kaum zu befürchten ist. Den Einwand, dass der zurückgelassene Kopf vielleicht absterben könnte, habe ich wohl kaum zu erwarten. Denn dass diese Befürchtung sich nicht erfüllt, wissen wir durch die Erfahrung an den Schenkelhalsbrüchen. Die Arterie des Lig. teres ist im Stande, das nöthige Blut für das Weiterleben des Kopfes zu liefern.

Welche Vortheile bietet nun aber die Amputation des Schenkelhalses?

Sie lässt sich meiner Meinung und Erfahrung nach schneller vornehmen, als die Exartikulation des Kopfes, und vermeidet die nach dieser zurückbleibende Höhle; die Pfanne bleibt gefüllt. Dass die Exartikulation nicht immer ganz schnell auszuführen ist, weiß ich aus dem Operationskurs. Trotz ausgiebigster Drehung des Oberschenkels ist es nicht immer leicht, mit dem Messer das Lig. teres zu erreichen und zu durchtrennen. Und nicht jeder Chirurg kann sich die nöthige Übung für diesen Fall verschaffen; den Meisten fehlt Zeit und Gelegenheit. Desshalb giebt auch Kocher in seiner be-

kannten Operationslehre den Rath, das Band abzdrehen. Der Schenkelhals dagegen lässt sich schnell vermittle eines breiten Meißels durchtrennen. Schon seit Jahren habe ich bei den von mir ausgeführten Hüftgelenksresektionen, sowohl der Kinder als der Erwachsenen, keine Säge mehr benutzt, sondern zur Durchtrennung des Trochantertheils oder des Schenkelhalses mich des Meißels bedient, weil ich nach dem ersten Versuch gesehen hatte, dass die Durchtrennung schneller und reinlicher gelang als mit der Säge. Bei der Tuberkulose, die ja in den meisten Fällen den Grund zur Resektion giebt, ist freilich der Knochen meist weich und lässt sich deshalb leichter durchmeißeln. Doch auch der sonst ganz gesunde und feste Schenkelhals widersteht einigen wuchtigen Schlägen auf den Meißel nicht. Das zeigte mir der zweite Fall, in dem ich vor 4 Jahren vor der Exartikulation im Hüftgelenk stand.

Es handelte sich um eine 56jährige Kantorswitwe W., die wegen tuberkulöser Osteomyelitis des unteren Theils des Oberschenkels schon einige Male erfolglos von mir operirt worden war, bis ich zuletzt den Oberschenkel amputirte. Im weiteren Verlaufe stellten sich Kontrakturen ein, die, aller Behandlung trotzend, immer wiederkehrten und so stark waren, dass der Oberschenkelstumpf gegen die Spina ilei anterior bis zum Brandigwerden der Haut angepresst wurde. Wegen dieses unerträglichen Zustandes, und weil sich trotz Reamputation und Auskratzen immer wieder tuberkulöse Fisteln am Stumpf gebildet hatten, wünschte die Kranke schließlich selbst die schon früher von mir vorgeschlagene Exartikulation bezw. Amputatio colli femoris. Ich schälte nun nach äußerem, bis über den Trochanter hinaufreichendem Längsschnitt, der das Periost des Oberschenkels mit durchtrennte, den Rest des Oberschenkelstumpfs subperiostal heraus und durchschlug, nach Eröffnung der Hüftgelenkkapsel auf ihrer Vorderseite, und nachdem ich den Oberschenkel stark nach außen drehen und in dieser Stellung hatte festhalten lassen, mit einigen kräftigen Schlägen auf einen breiten Meißel den durchaus nicht weichen Schenkelhals dicht am Kopf. Die Durchtrennung der übrigen Kapseltheile war nun leicht. Der weitere Verlauf wurde trotz Primaheilung der Hautwunde durch einen Abscess complicirt, der sich in der durch Ausschälung des Oberschenkel-schaftes entstandenen, durch tieffassende Nähte nicht ganz beseitigten Höhle entwickelt hatte.

Seither habe ich keine Gelegenheit gehabt, das Verfahren nochmals anzuwenden. Ich möchte aber die Herren Kollegen auffordern, es für entsprechende Fälle in Erwägung zu ziehen. Vielleicht lohnt es sich auch, es wegen seiner relativen Einfachheit in die Reihe der typischen Operationen aufzunehmen. Für nothwendig halte ich bei der Durchmeißelung eine kräftige Außendrehung des Oberschenkels, um erstens einmal dem Knochen gewissermaßen die nöthige Spannung zu geben, da hierbei das Lig. teres straff gespannt ist, und sodann, weil man auf diese Weise am bequemsten die richtige

Durchschlagsebene erzielt. Diese steht, sobald nach der Durchmeißelung des Schenkelhalses der Kopf in seine normale Mittellage zurückgekehrt ist, parallel der Ebene des Pfannenrandes.

Hat der Kranke nicht sehr viel Blut verloren, ist er gut bei Kräften, ist der Puls gut, so dass also keine sehr große Eile nöthig ist, so käme mehr der zweite, oben von mir hervorgehobene Vortheil, der der Vermeidung einer Knochenhöhle, zur Geltung. Es unterliegt ja wohl keinem Zweifel, dass, wenn die Pfanne durch lebendes organisches, noch dazu ihr eigenes Material ausgefüllt ist, eine für die Heilung nur günstige Bedingung geschaffen ist. In den meisten Fällen wird dadurch die Behandlungsdauer abgekürzt werden.

Liegt die Nothwendigkeit großer Eile nicht vor, so kann man, um wenigstens den Kopf für die Pfanne zu retten, bei dickem und sehr hartem Schenkelhals, z. B. bei kräftigen Männern, die Durchtrennung des Halses mit der Gigli'schen Drahtsäge vornehmen, die dann immer noch schneller und glatter als mit den bisher gebräuchlichen Sägen erfolgen dürfte.

Zum Schluss möchte ich noch bemerken, dass ich weder in den bekannten Lehrbüchern von v. Es-märch, Hueter, Kocher, König, v. Mosetig-Moorhof u. A., noch sonst in der Litteratur das von mir angewandte Verfahren erwähnt finde.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch eine kurze Bemerkung anfügen, die sich auf die Behufs Blutersparung bei der Operation gemachte elastische Umschnürung des Leibes bezieht. Ich hatte mich zur letzteren bei dem oben erwähnten Falle von Oberschenkel-sarkom aus verschiedenen Gründen erst im letzten Augenblick entschlossen und musste mich nun, so gut es ging, mit vorhandenem Material behelfen. Zu dem Zweck drückte ich eine runde Nadel-dose aus Porcellan von etwa 8 cm Querdurchmesser und 3 cm Höhe auf die Aorta in der Nabelgegend und hielt sie in dieser Lage fest durch eine in den Weichen um den Leib straff gewickelte Martin'sche Gummibinde. Der Kranke überstand, wie angegeben, die Operation ohne nennenswerthen Blutverlust. (Dass er später an Recidiven zu Grunde gegangen ist, wie alle derartigen Kranken, erwähne ich nebenbei.) Ein paar Stunden später aber bekam er starken Durchfall. Die Stühle waren dünnschleimig und im Anfang mit Blut vermischt, dabei so häufig, dass bis zur Nacht ihre Zahl 30 erreichte; über Schmerzen klagte der Kranke indess nicht. Am nächsten Tage war der Stuhlgang wieder normal. Auch jetzt bestand keine spontane Empfindlichkeit des Leibes, nur leichte bei Druck in der Gegend des aufsteigenden Dickdarmes. Weitere Folgen haben sich nicht gezeigt.

Offenbar war in Folge des Druckes, den der Darm durch die elastische Umschnürung zu erleiden hatte, wobei er gegen die Kante des Porcellangefäßes gepresst sein mag, eine starke Quetschung der

Schleimhaut bis möglicherweise zur Kontinuitätstrennung bewirkt worden.

Ich erwähne dies, um zu zeigen, wie sicher eine derartige elastische Umschnürung wirkt, wie gefährlich sie aber auch werden kann, wenn sie nicht mit der nöthigen Vorsicht ausgeführt wird.

Es wird sich deshalb empfehlen, für die Kompression der Aorta das von v. Esmarch angegebene Aortenkompressorium anzuwenden.

1) **E. Willett.** On ether rash.

(St. Bartholom. hospital reports. 1896 p. 79.)

W. beschreibt ein flüchtiges Exanthem, das er bei der Äthernarkose mehrfach beobachtet hat und das wenig bekannt zu sein scheint. (Desselben wird bereits von Garrè in seiner Abhandlung über Äthernarkose [Tübingen 1893 p. 21] Erwähnung gethan; dasselbst ist auch die Auffassung Fueter's über die Ursache des Exanthems wiedergegeben. Red.). Dasselbe begann 3—4 Minuten nach Einleitung der Narkose, erreichte nach weiteren 2 Minuten seine größte Intensität und war nach weiteren 10 Minuten gewöhnlich wieder verschwunden. Der Sitz waren in der Regel der Hals und die oberen Theile der Brust, wo es auf das Gebiet der Nerven des oberen Cervicalplexus beschränkt blieb. Es trat bei einer großen Anzahl von Äthernarkosen etwa in 5% der Fälle auf, während W. dasselbe bei Chloroform nur 1mal beobachten konnte. Das weibliche Geschlecht war bei Weitem disponirter dazu als das männliche, bei dem W. das Exanthem nur 3mal auftreten sah. Die Art der Operation scheint keinen Einfluss auf das Auftreten des Exanthems zu haben. W. beschreibt dasselbe als breite roseolaartige Flecke, die er auf eine ungleichmäßige Dilatation der Hautkapillaren zurückführt. Einen Einfluss des Temperaments konnte W. nicht feststellen; es fand sich eben so oft bei nervösen, wie bei anderen Individuen. Irgend welche praktische Bedeutung kommt diesem Arzneiexanthem nicht zu.

Jañé (Hamburg).

2) **B. Dzierzawski.** Kann die ins Zahnfleisch injicirte Flüssigkeit bis in den Knochen dringen?

(Nowiny lekarskie 1897. No. 2.)

Zur Lösung der obigen, für die Infiltrationsanästhesie am Zahnfleisch wichtigen Frage hat Verf. an 9 Leichen Versuche mit Methylenblaulösung angestellt. Die Flüssigkeit wurde in die interdentalen Papillen parallel zur Zahnwurzel eingespritzt, mit dem Resultat, dass die farbige Flüssigkeit bis in den Knochen drang; dies geschah am Oberkiefer in weit ausgedehnterem Maße, als am Unterkiefer, an welchem nur die allernächste Umgebung der Injektionsstelle blau verfärbt erschien, während die Färbung am Oberkiefer viel weiter, oft bis an den Boden der Highmorshöhle reichte, und zwar ganz

gleichviel, ob die Einspritzung an der buccalen oder medialen Seite des Zahnfleisches ausgeführt worden war. **Trzebielky** (Krakau).

3) **C. L. Boginski.** Bakteriologische Beschaffenheit der Wunden bei aseptischer und antiseptischer Ausführung der Operationen. (Aus der Klinik Prof. Grube's [Charkow].)
(Chirurgie 1897. No. 8. [Russisch.])

R. kommt auf Grund seiner vergleichenden Versuche an Kaninchen und Meerschweinchen zur Aufstellung folgender Thesen:

1) Weder die aseptische, noch die antiseptische Ausführung der Operation gewährleistet eine völlige Keimfreiheit der Wunde, und es ist schwer zu sagen, welche von diesen beiden Methoden die Wunde dem sterilen Zustand näher bringt.

2) Die antiseptischen Mittel sollen bei Operationen in gesunden Geweben vollständig verlassen werden, da sie die Wunde dem idealen Zustand nicht näher bringen als die Aseptik.

3) Die volle Keimfreiheit der Wunde ist das Ziel des modernen Chirurgen, wenn es auch noch kaum zu erreichen ist.

4) Als Haupthindernis, eine keimfreie Wunde zu erhalten, erscheint die Luft.

5) Bei der Heilung der Wunde per primam können sowohl Saprophyten, als auch pathogene Mikroben vorhanden sein.

6) Die ungestörte Heilung der Wunde bei Gegenwart von Krankheitserregern kann man durch geringe Giftigkeit der Keime erklären, welche in jene hineingerathen waren.

8) In die Wunde gerathen oft Hautkokken hinein.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

4) **P. Reynier.** Traitement des tuberculosos osseuses par le salol jodoformé.

(Bull. et. mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 288.)

Salol schmilzt bei einer Temperatur von 42°. Erhitzt man es bis zu diesem Grade zusammen mit Jodoform, Naphthol, Aristol, so mengen sich diese Substanzen im Moment des Schmelzens innig mit ihm und bilden eine beim Erkalten sogleich krystallisirende Masse. **R.** benutzt diese Eigenschaften zur Behandlung tuberkulöser Knochenherde, indem er die verflüssigte Masse vor dem Krystallisiren in die eröffnete Knochenhöhle eingießt. Obwohl er eine exakte Ausräumung alles kranken Gewebes, so weit dies aus seiner kurzen Mittheilung ersichtlich ist, nicht vorausschickt, sah er doch unter dieser aseptischen Plombe, über die er die Weichtheile ohne Drainage vernäht, glatte Heilung eintreten. In einem der mitgetheilten 6 Fälle musste 1 Jahr später wegen Fortschreitens der Krankheit das Bein amputirt werden. Der in der erwähnten Weise amputirte Knochenherd fand sich ausgeheilt; aber in der Nachbarschaft war die Tuberkulose weiter geschritten. Das injicirte Salol bildete einen dicken, sehr

harten, der Umgebung fest anhaftenden Block, der sich nur schwer lösen ließ.

Félizet, Routier, Quénu bezeugen in der Diskussion dem neuen Verfahren trotz der mitgetheilten Erfolge wenig Vertrauen und versprechen sich von ihm nichts Besseres, als von der früher von Reclus empfohlenen Jodoformpomade, die sich auch wenig bewährt habe. (Wohl mit Recht! Ref.)

Reichel (Breslau).

5) **A. Marlier.** La folie post-opératoire.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1897.

Die wesentlichsten Schlüsse, welche der Verf. aus seiner Arbeit zieht, sind, dass bei hereditär belasteten oder durch eine andere Ursache (Alkoholismus, Autointoxikation nach Bouchard) prädisponirten Individuen die Operationen Gelegenheitsursachen zum Entfachen einer Psychose sind. Letztere kann in den verschiedensten Formen vorkommen, tritt aber bei Weitem am häufigsten als Manie oder Melancholie auf, und zwar sofort oder erst nach längerer Zeit und schon erfolgter Wundheilung. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig, da selbst nach Monaten noch völlige Heilung erfolgt; in seltenen Fällen wird der Zustand chronisch, und nur ausnahmsweise tritt der Tod ein. Es ist bei prädisponirten Individuen nur, wenn unbedingt nöthig, und wenn möglich, ohne allgemeine Narkose zu operiren.

Borchard (Posen).

6) **Miller.** On the employment of massage and passive congestion in the treatment of fractures.

(Practitioner 1897. März.)

M. erzielte durch frühzeitige Anwendung der Massage bei Frakturen überraschend schnelle Heilungen. Unterschenkelfrakturen sollen nach 5—6 Wochen mit völlig funktionsfähigem Bein geheilt sein. Die Massage muss möglichst unmittelbar nach der Verletzung begonnen und energisch ausgeführt werden. Das gebrochene Bein wird in den ersten 3 Wochen nur in eine Schiene gelagert und zum Zweck der Massage täglich aus derselben herausgehoben. Nach Ablauf von 3 Wochen kann man das Bein bis zum Schluss der Heilung in einen festen Verband legen, da jetzt keine Gelenksteifigkeit mehr auftritt. Auch die Vereinigung der Knochen soll bei dieser Behandlungsweise frühzeitiger eintreten. — Bei verzögerter Konsolidation erzielte Verf. gute Erfolge durch Anwendung der Blutstauung.

Strauch (Braunschweig).

7) **Woolsey.** Massage in the treatment of fractures.

(Med. news 1897. März 20.)

W. fasst seine ausführliche Besprechung über die Anwendung der Massage bei der Behandlung der Frakturen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Behandlung der Frakturen, insbesondere in der Nähe der Gelenke, durch Immobilisation hat viele Mängel in Bezug auf die Heilungsdauer, wie auch hinsichtlich des erreichten funktionellen Erfolges.

2) Die Behandlung solcher Frakturen durch Massage und passive Bewegungen kürzt die Zeit der knöchernen Vereinigung um ein Drittel oder die Hälfte und verbessert den unmittelbaren funktionellen Erfolg ganz außerordentlich.

3) Diese Behandlungsweise ist besonders wichtig bei Frakturen nahe den Gelenken.

4) Ihre Anwendungsweise ist einfach. Sie mildert den Schmerz und die Schwellung, beschleunigt die Konsolidation, verhindert die Atrophie der Muskeln und die Steifheit der Gelenke und Sehnen.

5) Schienen sollten zwischen der täglich anzuwendenden, 15 bis 20 Minuten dauernden Massage gemäß der Natur des Bruches und der Neigung zu Dislokation für die ersten 10—20 Tage angelegt werden.

6) Diese Behandlungsweise, kombinirt mit der ambulatorischen Methode, giebt ideale Resultate.

7) Schrägbrüche beider Knochen des Unterschenkels oder des Oberschenkelknochens, oder Brüche nahe der Mitte der Diaphyse mit Neigung zur Dislokation sollten bis zum Beginn der Konsolidation immobilisirt werden.

8) Die ambulatorische Behandlungsweise ist angezeigt bei Beinbrüchen sehr alter Leute und Alkoholiker, so wie bei Schenkelhalsbrüchen im höheren Alter.

[Strauch (Braunschweig).

8) Larrieu. De l'anéurysme du tronc brachio-céphalique.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

16 Beobachtungen aus der Litteratur einschließlich einer eigenen werden mitgetheilt. Die Unterscheidung von einem Aneurysma der aufsteigenden Aorta kann sehr schwer sein, jedoch ist dies von geringer Bedeutung, da die Behandlung dieselbe ist. Als solche wird die gleichzeitige Ligatur der Carotis communis und der Subclavia dextr. in thunlichster Nähe empfohlen. Es können außerdem noch andere Ligaturen (der Subclavia sinistra, größerer Collateralbahnen der Subclavia dextra) nöthig werden.

Auf die normale Weite und Durchgängigkeit der Carotis sinistra ist zur Vermeidung etwaiger Gehirnkomplikationen zu achten.

Die Resultate der Behandlung haben sich gebessert, und es ist eine weitere Steigerung der Erfolge zu hoffen.

Borchard (Posen).

9) **C. E. Hedges.** The relation of gout and rheumatism to Dupuytren's contraction of palmar fascia.

(St. Bartholom. hospital reports 1896. p. 119.)

Über die Ursachen der Dupuytren'schen Kontraktur gehen die Ansichten bekanntlich noch aus einander. Baum führte dieselbe auf degenerative Prozesse der Cutis, Dupuytren selbst auf traumatische Einflüsse, Madelung auf Schwinden des Fettgewebes zurück; Abbé beschuldigte trophoneurotische Einflüsse, Anderson einen Mikroorganismus; Noble Smith fasste die Kontraktur als Reflexkontraktur des *M. palmaris longus* auf. Diesen mehr lokalistischen Theorien steht die Annahme einer Konstitutionsanomalie gegenüber, bei der Gicht und Rheumatismus die Hauptrolle spielen. H. hat 64 verschiedene Fälle aus englischen Spitälern gesammelt und speciell auf ihre Ätiologie geprüft. Die Fälle betrafen 57mal Männer und 7mal Frauen; die Affektion begann stets im 4. oder 5. Finger. Die Ursache konnte H. in folgenden Fällen feststellen:

39mal bestand Gicht oder Rheumatismus,
 3 > war das Leiden erblich,
 7 > war ein Trauma vorangegangen,
 4 > bestand Syphilis,
 3 > > Tuberkulose,
 1 > > Carcinom des Ösophagus.

H. schließt hieraus, dass die rheumatischen Affektionen in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle die Ursache der Kontraktur abgeben. Zur Operation empfiehlt er den in England üblichen Subkutanschnitt von Adams, der aber bei uns durch die offene Behandlung nach Kocher und Gersuny verdrängt sein dürfte.

Jaffé (Hamburg).

10) **Maydl.** Coxa vara und Arthritis deformans coxae.

(Wiener klin. Rundschau 1897. No. 10—12.)

Verf. weist auf die große Ähnlichkeit mancher Fälle von Arthritis deformans coxae mit dem Krankheitsbild der Coxa vara hin. Er ist der Meinung, dass der Symptomenkomplex der letzteren lange bekannt, aber erst durch E. Müller und Hofmeister richtig gedeutet sei.

Es werden sodann 2 Fälle von Arthritis deformans coxae und 2 von Coxa vara, von denen einer mit arthritischen Veränderungen complicirt war, beschrieben. Alle 4 wurden resecirt, die gewonnenen Präparate sind genau beschrieben und abgebildet.

Arthritis deformans ist bei jugendlichen Individuen eine recht seltene Erkrankung, ein Umstand, der weiter dazu beiträgt, die an sich schwere Differentialdiagnose zwischen Arthritis deformans juvenilis und Coxa vara zu erschweren. Verf. möchte die Arthritis deformans juvenilis, die in seinen Fällen vorlag, als eine eigene Krankheitskategorie von der Arthritis deformans senilis trennen; doch ist die

Sache noch nicht genau genug durchgearbeitet und die verfügbare Kasuistik noch zu gering.

Die Ähnlichkeit der beiden Krankheitsbilder ist, wie sich aus dem Studium der hier nicht wiederzugebenden Einzelheiten ergibt, allerdings so groß, dass daraus die Pflicht erwächst, in jedem Einzelfalle an beide Krankheiten zu denken.

Grisson (Hamburg).

11) **M. Durand.** De la désarticulation sous-périostée de la hanche et de ses avantages sur la méthode ordinaire.

(Revue de chir. 1897. No. 8.)

Die Abhandlung D.'s dient der erneuten Empfehlung der von Ollier schon seit vielen Jahren geübten und wiederholt von ihm beschriebenen Methode der subperiostalen Exartikulation des Hüftgelenks, durch welche einerseits die Sterblichkeitsziffer nach dieser Operation herabgesetzt, andererseits günstigere funktionelle Resultate durch Schaffung eines besseren (>moins rétractile, plus résistant et plus utile<) Stumpfes erreicht werden könne. Der von Ollier selbst bereits mehrfach erwähnte Fall von James Shuter, der bei einem jugendlichen Individuum nach subperiostaler Hüftexartikulation die Entwicklung eines im Hüftgelenk beweglichen neuen, den Stumpf zu stützen fähigen Knochens beobachtet hatte, wird auch von D. wieder herangezogen, außerdem aber noch eine von Ollier vor 4 Jahren mit vorzüglichem Erfolg operirte Pat., bei der es in dem sehr gut beweglichen Stumpf wohl zur Bildung einer harten fibrösen Masse, aber nicht zu der von Knochen gekommen, in sorgfältiger Krankengeschichte und Abbildung vorgeführt. — Was die Technik des Verfahrens betrifft, so wird von Ollier entweder zunächst die subperiostale Resektion des Schenkelkopfes und angrenzenden Schaftstücks und danach die quere Durchtrennung der Weichtheile vorgenommen oder zuerst die Oberschenkelamputation im oberen Drittel mit nachfolgender subperiostaler Auslösung des Knochens ausgeführt. Selbstverständlich eignet sich die Methode nicht bei Tumoren und Erkrankungen des Periosts, ist jedoch in zahlreichen traumatischen Fällen von Werth.

Kramer (Glogau).

12) **Hennequin.** Sur le traitement des fractures de jambe par extension continue.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXII. p. 534.)

Im Anschluss an eine Mittheilung Hartmann's (s. d. Bl. p. 1191) setzt H. die Principien seiner Extensionsbehandlung bei Schrägbrüchen des Unterschenkels aus einander und beschreibt den von ihm angegebenen Apparat hierzu. Die zu überwindenden Widerstände sind die Spannung und Kontraktion der Muskulatur, die Elasticität der Weichtheile des Unterschenkels, die Reibung der Fragmente an einander, die Schwere des unteren Fragments, falls man das Glied auf einer schiefen Ebene hochlagert. Man verringert die erstgenannten Wider-

stände schon erheblich, so wie man durch Bewegung des Kniegelenks Ursprungs- und Ansatzpunkte der Muskeln einander nähert. H. lässt deshalb seinen Apparat bei mäßiger Flexion des Hüft- und Kniegelenks und rechtwinkliger Beugung des Fußgelenks wirken, indem eine gegen die Rückseite des Oberschenkels sich stützende, rinnenförmige Schiene diese Beugestellung trotz der Extension erhält. Der Unterschenkel liegt demnach höher wie der Rumpf. Der Zug wird an ihm in horizontaler Richtung ausgeübt.

Die einem hinreichend starken, langdauernden Zug sich hauptsächlich entgegenstellende Schwierigkeit liegt darin, dass die Weichtheilbedeckung des Fußrückens und des Fußgelenks, an welchen bei den Unterschenkelschrägbrüchen der Zug ja allein wirksam angreifen kann, einen dauernden Druck schwer verträgt. Nach mehrfachen vergeblichen Versuchen glückte es H., diese Schwierigkeit in folgender Weise zu überwinden. Er legt auf die besonders gefährdeten Partien, die Fußgelenkbeuge und die Achillessehne, 2 aus mehreren Lagen nicht imprägnirtem Tarlatan zusammengenähte, 10—12 cm lange, 8 cm breite, zu $\frac{2}{3}$ mit Stärkemehl gefüllte Kissen, applicirt jetzt einen von der Basis der Malleolen bis an die Zehen reichenden cirkulären Gipsverband nach Art eines Schuhes und darauf die Extensionsschlinge, bestehend in einem 40 cm langen, 5 cm breiten festen Leinwandstreifen, dessen beide Enden längs gespalten sind, in der Art, dass die vorderen Zipfel über dem vorderen, die hinteren über dem hinteren Kissen geknotet werden und die Schlinge direkt in der Höhe der Malleolen und in der Längsachse des Unterschenkels angreift, worauf sie wiederum durch einige Touren der Gipsbinde befestigt wird. Auf diese Weise vertheilt sich die Wirkung des Zuges sehr gleichmäßig über große Theile des Fußes, und wird selbst ein wochenlanger Zug, ohne Dekubitus zu erzeugen, vertragen. Während ein Assistent an der Extensionsschlinge einen kräftigen Zug ausübt, legt H. an die Rückseite des Unterschenkels noch einen, ihn zu $\frac{2}{3}$ umgreifenden schalenförmigen Gipsverband mit Hilfe vorher zurechtgeschnittener, in Gipsbrei eingetauchter Gaze an, der an einem Verkleben mit dem erst applicirten Gipsschuh durch Zwischenlegen eines Stücks Tarlatan verhindert wird. Die nähere Beschreibung des Apparats selbst muss im Original nachgelesen werden, dem eine instructive Abbildung beigegeben ist. H. beginnt mit einer Belastung von 2 kg und steigt alle 2 Tage um $\frac{1}{2}$ kg bis zu einem Gewicht von $3\frac{1}{2}$ kg bei frischen, $4\text{—}4\frac{1}{2}$ kg bei alten Frakturen. In bis zur Zeit der Veröffentlichung 25 Fällen hat er mit seiner Methode durchweg sehr befriedigende Resultate erzielt und kommt daher zu dem Schluss: »Von allen Mitteln der Reduktion und Kontraktion, welche bei Behandlung der Frakturen in Gebrauch sind, ist das sicherste, mächtigste und, methodisch und sorgfältig angewandt, am wenigsten verletzende: die kontinuierliche Extension«.

Reichel (Breslau).

13) **Rochard.** De la conduite à tenir à l'égard du péroné dans les ostéotomies pour fractures non ou mal consolidées des deux os de la jambe.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Bd. XXII. p. 593.)

R. rät in Fällen schlecht geheilter Unterschenkelfrakturen, sich nicht mit der Osteotomie der Tibia zu begnügen, sondern stets auch die Fibula zu durchmeißeln, und zwar mit der Osteotomie dieser zu beginnen.

Reichel (Breslau).

14) **La Bonnardière.** De la désarticulation tibio-tarsienne avec lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen: Les résultats au point de vue de la reconstitution du talon.

(Revue de chir. 1897. No. 9.)

Die im Titel angegebene Operation ist von Ollier zuerst empfohlen und seit 1865 in mehr als 50 Fällen ausgeführt worden, von denen B. ca. 30 zur Nachuntersuchung, zum Theil mittels der Radiographie, zur Verfügung standen. Sie beginnt mit der offenen Durchschneidung der Achillessehne an ihrer Insertionsstelle am Fersenbein, bedient sich im Weiteren der Schnittführung nach Syme zur subperiostalen Auslösung des Calcaneus, Eröffnung des Sprunggelenks und Exartikulation in letzterem mit nachfolgender Absägung bezw. Anfrischung der Knöchel und wird mit der Fixation des periosthaltigen Fersenlappens gegen den dorsalen durch — die Beuge- und Strecksehnen mitfassende und mit den plantaren Muskeln vereinigende — Nähte beendet. Durch diese Modifikation der alten Syme'schen Amputationsmethode wurde in den von Ollier operirten Fällen ein dicker, fester, gut gepolsterter Stumpf mit vorderer Narbe, in dem je nach dem Alter des Operirten eine mehr oder minder reichliche Knochenneubildung erfolgt war, erzielt, so dass die Pat. mit dem höchstens um 3 cm verkürzten Bein vorzüglich gehen konnten. Einige nach Skiagrammen und Photographien hergestellte Holzschnitte erläutern diese erreichten Resultate, die auch in den Fällen, wo von den Unterschenkelknochen ein großes Stück subperiostal entfernt werden musste, in funktioneller Hinsicht sehr günstige waren.

Kramer (Glogau).

15) **Z. Samfirescu (Jassy).** Nouvelle opération ostéoplastique dans la région tibio-tarsienne.

(Revue de chir. 1897. No. 8.)


Während Faure bei seiner neuerdings beschriebenen (s. ds. Bl. No. 40) Modifikation der Pasquier-Le Fort'schen Amputation, bei welcher er die Gelenkverbindung zwischen Calcaneus und Talus schon und letzteren Knochen horizontal durchsägt, die Sägefläche am Talus an der des abgesetzten Unterschenkelstumpfes zur Anheilung bringt, will S., eben so, wie er früher auch für die Le Fort-Quimby'sche Operation empfohlen (s. ds. Blatt p. 727), die Gelenk-

fläche der Unterschenkelknochen erhalten und an sie nach bloßer Anfrischung den Talusrest adaptiren. Dadurch ist freilich nothwendig, den dorsalen bezw. plantaren Weichtheillappen etwas größer zu bilden (bez. Schnittführung s. Original), wird aber auch ein etwas längerer Beinstumpf, als nach dem Faure'schen Verfahren, erreicht.

Kramer (Glogau).

16) **F. Lange** (München). Zur Behandlung des Plattfußes.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 30.)

L. empfiehlt für die Nachbehandlung des redressirten Plattfußes neben der sorgfältigen Anwendung von Massage und gymnastischen Übungen die Hoffa'schen Stahlblecheinlagen für das Schuhwerk, hebt indess die Nothwendigkeit hervor, dieselben nach einem die Form des redressirten und belasteten Fußes in genauester Weise wiedergebenden Modell herstellen zu lassen. Hierzu beschreibt er eine sehr einfache Vorrichtung und die Art des von ihm geübten Verfahrens, bei welchem der eingefettete Fuß sammt einem in der Gegend des Os naviculare unter die Sohle gelegten Wappolster eingegipst wird und dann auf eine schiefe Ebene treten muss, in der Weise, dass sich sein äußerer Rand gegen eine senkrechte Leiste a) des Brettes b) anstemmt und am Abgleiten verhindert wird.  Der so gewonnene Gipsfuß giebt die Form des belasteten, supinirten und gewölbten Fußes wieder und dient dem Bandagisten als Modell für die Einlagen. Um aber auch im Schuh ein Abgleiten des Fußes nach außen zu verhindern, lässt L. an der Einlage, der Mitte des V. metatarsus und der Außenseite des Processus anterior calcanei entsprechend, 2 gepolsterte hakenförmige Widerlager in L-Form, 2 cm breit und 1½ cm hoch, anbringen; sie erhalten den Fuß dauernd in leichter Supinationstellung. Für Bemittelte empfiehlt L. auch den Marcinowski'schen Apparat, den er besonders beim traumatischen Plattfuß bewährt gefunden hat.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Schussverletzung der A. et V. poplitea.

Von

Dr. med. **Paul Klemm** in Riga.

Am 10. April dieses Jahres wurde ich zu einer Dame gerufen, die aus nächster Nähe einen Schuss in die linke Kniekehle erhalten hatte.

Ich fand eine kräftig gebaute, gut genährte Dame von 32 Jahren, die keine Zeichen von Anämie darbot. Sie erzählte, dass ein Herr, der dicht hinter ihr mit einem Monte-Christogewehr spielte, durch unvorsichtige Handhabung desselben à bout partant einen Schuss in ihre linke Kniekehle abgefeuert hätte. Es soll gleich darauf heftig geblutet haben, doch nach wenigen Sekunden sei die Blutung sistirt.

Bei der Inspektion fand ich in der linken Kniekehle, entsprechend der Mitte der Beugelinie, einen 4 mm im Durchmesser haltenden Einschuss. Es bestand

keine Vorwölbung der Weichtheile des Planum popliteale, keine Pulsation oder Infiltration. Der Puls war in der Tibialis post. und pedialis rechts und links gleich kräftig. Bei der Untersuchung blutete es nicht. Mit aufgesetztem Stethoskop hörte ich über dem Einschnitt ein lautes, blasendes, mit dem Herzstoß isochrones Geräusch, welches nach auf- und abwärts schwächer wurde.

Ich nahm daraufhin eine partielle Verletzung der A. poplitea an und ließ die Kranke in die Klinik überführen, wo ich die Operation ausführte. Schichtweise Durchtrennung der Weichtheile bis auf das Gefäßbündel unter Blutleere. Intensive blutige Infiltration der intermuskulären Spalten und des lockeren Zellgewebes. Die A. et V. poplitea waren quer von vorn seitlich nach hinten seitlich durchschossen. Die Gefäßscheide hatte die Öffnungen in den Gefäßen gedeckt, so dass hierdurch die Blutung zum Stehen gekommen war. Doppelte Ligatur beider Gefäße und Resektion der durchlochten Stücke. Lockere Naht der Wunde und Tamponade. Bindeneinwicklung der ganzen Extremität und Hochlagerung derselben in einer Schiene.

Aus dem weiteren Verlauf will ich nur hervorheben, dass sich derselbe äußerst günstig gestaltete. Cirkulationsstörungen traten nicht ein, die Wunde heilte ohne Zwischenfall, wenn auch zum Theil per secundam.

Nach 4 Wochen wurde Pat. mit einem schmalen Granulationsstreifen entlassen; sie ging gut, klagte über keinerlei Sensationen im Bein, Ödem war nicht vorhanden, der Puls unterhalb der ligirten Stelle noch nicht zu fühlen.

Dieser Fall beansprucht unser Interesse in verschiedener Richtung: A. et V. poplitea sind wegen ihrer tiefen Lage nur selten traumatischen Insulten ausgesetzt; es kommen dafür öfter subkutane Zerreißen dieser Gefäße vor, die wegen der diffusen Hämatome, die im Gefolge derselben auftreten, äußerst gefürchtet sind, denn gerade die blutigen Infiltrate sind es, die die Verletzungen der Kniekehlengefäße so verhängnisvoll machen.

Man braucht, um sich von dieser Wahrheit zu überzeugen, nur die Angaben der Autoren über diesen Gegenstand zu vergleichen!

Nach Poland (1) trat unter 9 Fällen totaler Zerreißen der A. poplitea jedes Mal, unter 19 Fällen unvollständiger Zerreißen 8mal Gangrän ein; die Zerreißen der Arterie und Vene zusammen war jedes Mal vom Brand gefolgt, während die gleiche Verletzung der Vene allein vertragen wurde.

Schließt man in der Statistik von Rabe (2) die Unterbindung der Poplitea wegen spontaner Aneurysmen und Geschwülste aus, so wurde das Gefäß ligirt:

7mal nach Antyllus wegen subkutaner Verletzung mit 4mal Gangrän,	
3 „ „ „ „ Blutung im Frieden	2 „ „
1 „ „ „ „ „ Krieg	0 „ „

11mal nach Antyllus mit 6mal Gangrän = 54%.

Pirogoff (3) äußerte sich folgendermaßen: »Die lebensgefährlichsten Verletzungen sind die des Arterien- und Venenstammes zu gleicher Zeit, wie das zuweilen am Unterschenkel und bei den Verwundungen der Fossa poplitea vorkommt. Eine solche Verletzung entscheidet zumeist das Schicksal des Gliedes«.

Ähnlich urtheilt Lidell (4). Er hält die primäre Amputation für die einzige Rettung, wenn die A. poplitea vollständig durchtrennt ist. Er glaubt, dass das Glied unterhalb der Verletzung zu wenig Blut bekäme, da die Kollateralen nicht genügten.

B. Beck (5) rath eben so, bei Verletzung der A. und V. das Glied primär abzusetzen.

Rivington (6) und Demme (7) theilen Beide diesen Standpunkt. Von 5 Pat. mit Unterbindung nach Hunter, die Letzterer wegen Verletzung der Arterie machte, starben alle, 2 an Erschöpfung nach ausgeführter Absetzung des Gliedes, die 3 übrigen an Gangrän.

Kategorisch sprach sich auch B. v. Langenbeck für die Amputation aus: »Alle Schussverletzungen des Kniegelenks, wo Blutungen aus der A. und V. poplitea stattfinden, erheischen die Amputation«.

Fragen wir nun nach dem Grund dieses traurigen Schicksals der Verletzten, so finden wir die Antwort in den pathologischen Vorgängen, die sich bald nach der stattgefundenen Läsion in den Weichtheilen und der Umgebung der Gefäßwunde abspielen. Die Gefäße liegen tief und sind von massigen Weichtheilen bedeckt. Die Blutung nach außen ist daher in der Regel spärlich, fehlt auch wohl ganz; anders steht es mit der Hämorrhagie nach innen. Wenn ja auch die Gefäßscheide die Öffnung im Gefäßrohr zu schließen vermag, so dass die Blutung zeitweilig steht, so ist dieser Verschluss doch weit entfernt davon, ein definitiver zu sein. Von Zeit zu Zeit kommt es zu erneuten Blutaustritten, das Blut wühlt sich einen Weg in den Muskelinterstitien, drängt die Muskeln aus einander, lockert das Gefüge derselben und führt schließlich zu einer Kompression der Kollateralen, die nach Unterbrechung des Blutlaufs im Hauptgefäß die Cirkulation besorgen sollen. Das sind die »diffusen Aneurysmen« mancher Autoren. Es ist dieses aber eine schlechte Bezeichnung, da wir unter Aneurysma eine *circumscribed* Bildung verstehen, die mit dem verletzten Gefäß kommuniziert. Wir thun daher besser, von »diffusen Hämatomen« zu sprechen. Diese verdienen die größte Beachtung, da sie in der Pathologie der Gefäßverletzungen die bedeutendste Rolle spielen. Sie gestalten die Cirkulationsvorgänge innerhalb der von Blut infiltrirten Gebilde um so ungünstiger, je starrer und unnachgiebiger die Fasciensysteme jener sind, und je reicher das fibröse und muskuläre Fachwerk hier vertreten ist. In dieser Beziehung ist die Fossa poplitea besonders ungünstig situirt, daher auch hier gerade so häufig Gangrän die Folge der Blutinfiltration der Kniekehle. Der Grund, dass die Kollateralen für die Herstellung des Kreislaufs nicht genügen, ist nicht stichhaltig; anatomisch ist hier ein reiches Gefäßnetz nachgewiesen, welches den Blutumlauf ausreichend besorgen könnte. Überhaupt giebt es keine Körperregion, wo nach Ausschaltung der Cirkulation in der Hauptarterie der unterhalb gelegene Abschnitt gänzlich ohne Blutversorgung bliebe. Pirogoff zeigte in seiner Inauguraldissertation »Num vincitura aortae abdominalis factu, facile ac tutum sit remedium«, Dorpati 1832, an Thieren, dass nach Zuspürung der Bauchaorta die sofort danach durchschnittene Schenkelarterie das Blut bereits tropfenweise austreten lässt, aber schon nach wenigen Minuten dasselbe in feinem Strahl hervorspringt. Die unumgängliche Vorbedingung ist freilich, dass die Kollateralen wegsam sind; werden dieselben durch derbe Blutinfiltrate komprimirt, so stellt sich die Cirkulation eben nicht wieder her. Auch für eingedrungene Fäulniskeime bilden jene Blutlager die beste Brutstätte, und zu der durch das diffuse Hämatom gelieferten Druckquotiente kommt noch jene der entzündlichen Infiltration, die der jauchigen oder eitrigen Schmelzung der Extravasate vorauszuweichen pflegt. Wir sehen also, dass in der Bildung diffuser Hämatome das wichtigste Moment gegeben ist, aus welchem sich die Folgezustände der Gefäßverletzungen herleiten lassen, die diese für ihren Träger so verhängnisvoll machen können. Sehr ausführlich hat Janser (8) in seiner Dissertation die hier in Betracht kommenden Verhältnisse besprochen.

Wenn die oben angeführten pathologischen Vorgänge wirklich der Grund für die so häufig beobachtete Gangrän sind, so ist die Therapie der Verletzungen der Poplitealgefäße eigentlich klar genug vorgezeichnet. Sie hat in der Beseitigung der komprimirenden Faktoren zu bestehen, d. h. in der Aufsuchung der Quelle der Hämatombildung, im Verschluss derselben und in der Forträumung der schon vorhandenen Hindernisse der kollateralen Cirkulation.

Das klingt einfach genug, scheitert aber häufig an der sicheren Diagnose der Gefäßverletzung. Die Zeichen derselben sind ja leider sehr trügerisch. Die Blutung nach außen fehlt häufig, nach Fischer sogar in 50%, der Puls unterhalb ist meist erhalten, die Hämorrhagie nach innen kann oft primär nicht erkannt werden, erst die Bildung eines traumatischen Aneurysmas oder Nachblutungen leiten allmählich auf die rechte Spur. Oft ist es aber dann zu spät! Wir müssen daher v. Wahl (9) sehr dankbar sein, dass er die klinische Bedeutung eines Symptoms kennen gelehrt hat, welches in einer Reihe von Fällen die primäre Diagnose einer partiellen arteriellen Gefäßverletzung zu stellen ermöglicht. Es ist

das jenes über der verletzten Stelle auftretende, mit dem Herzstoß isochrone Geräusch, welches sofort nach der Verletzung zu hören ist. In meinem Falle war das der einzige Grund, der mich zu aktivem Vorgehen bewog; ich hatte sonst keinen Anhaltspunkt für eine Gefäßverletzung und hätte ohne jenes Geräusch sicher nicht operirt.

Die Operation ist einfach. Sie besteht in der Aufsuchung des verletzten Gefäßbündels und doppelter Unterbindung der lädirten Ader. So weit das angeht, werden die Hämatome ausgeräumt. Es empfiehlt sich, die Wunde dann nur locker durch die Naht zu schließen und besser einen Tampon einzuschieben, um Spannung und Druck innerhalb der Fossa poplitea nach Möglichkeit zu vermeiden. Kommt es zur Eiterung, so können die gebildeten Sekrete leicht nach außen abfließen, und der entzündliche Infiltrationsdruck mit seinen deletären Folgen für die Cirkulation kommt in Fortfall. Es dauert die Wundheilung danach allerdings länger, aber der Chirurg muss, wie so häufig, auch hier eingedenk sein, dass von dem *tuto, cito et jucunde* für den Kranken das *tuto* das Wichtigste ist.

Litteratur.

- 1) Lossen, Verletzungen der unteren Extremitäten. Deutsche Chirurgie. 1880. p. 175.
- 2) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. V. Hft. 9.
- 3) Grundzüge der allg. Kriegschirurgie p. 426.
- 4) U. St. Sanitary Comm. Memoirs. New York 1870. p. 66.
- 5) Chirurgie der Schussverletzungen. 1872.
- 6) Brit. med. journ. 1878.
- 7) Militäarchirurg. Studien in den italienischen Lazaretten von 1859. 1861.
- 8) Untersuchungen über die Verletzungen der Arterien des Unterschenkels und des Popliteagebietes und ihre Behandlung. Inaug.-Diss., Dorpat, 1881.
- 9) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXI; Sammlung klin. Vorträge.

17) N. E. Ordin. Kurze Bemerkungen über die Heilkraft des Karbolkamphers.

(Die Chirurgie 1897. Hft. 5. [Russisch.])

O. empfiehlt den Karbolkampher gegen eine ganze Anzahl eitriger und entzündlicher Prozesse.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

18) P. Reclus. Greffe italienne et greffe de Thiersch.

Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 556.)

Unter Demonstration von 4, theils von ihm, theils von Berger operirten Fällen, weist R. auf die Vortheile hin, welche in Fällen sehr ausgedehnter Substanzdefekte die Vereinigung der italienischen Methode der Hauttransplantation mittels gestielter Lappen mit der Thiersch'schen Methode bietet. Erstere würde für sich allein nicht genügend Haut zur Deckung des Defektes zur Verfügung haben; die durch das Thiersch'sche Verfahren allein gewonnenen Narben aber seien sehr spröde und verletzlich. Beide Verfahren ergänzen sich demnach in sehr zweckmäßiger Weise.

Reichel (Breslau).

19) N. N. Michailow. Die ununterbrochene zweietagige chirurgische Naht.

(Die Chirurgie 1897. Hft. 4. [Russisch.])

M. empfiehlt zwei Abänderungen einer Naht, die im Grundgedanken die Nähmaschinennaht ist. Ohne die der Arbeit beigegebene, instruktive farbige Tafel für eine bloße Beschreibung nicht genügend darstellbar.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

20) **L. Audain (Haïti).** Fibrome récidivant d'origine traumatique.
Rapport par Picqué.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 469.)

A. macht unter Mittheilung eines Falles auf die relative Häufigkeit der Fibrome traumatischen Ursprungs in Port au Prince aufmerksam. Besonders sieht man sie am Ohrläppchen in der Umgebung des für die Ohrringe gestochenen Loches, häufiger bei den Schwarzen, als bei den Mülattinnen. Der künstliche Kanal selbst steht in keiner direkten Beziehung zur Geschwulst, die sich nur selten um ihn herum, gewöhnlich nach oben oder unten von ihm, bald ein-, bald beiderseitig, bald circumscripirt, bald mehr diffus in der Subcutis langsam entwickelt, erbsen- bis nussgroß wird und harte Konsistenz besitzt, nach Exstirpation auch gern recidivirt.

Die sich an Picqué's Bericht anschließende Diskussion dreht sich namentlich darum, ob es sich bei den fraglichen Geschwülsten wirklich um traumatische Fibrome oder um Narbenkeloide handle. Eine Einigung der Ansichten wurde nicht erzielt. Therapeutisch verdient die mehrfache Beobachtung Quénu's Beachtung, dass man Narbenkeloide, die jeder anderen Behandlung trotzten, oft durch Elektrolyse, freilich in mehreren Sitzungen, heilen könne.

Reichel (Breslau).

21) **Halban.** Zur Symptomatologie des Tetanus (Semitetanus' choreatische Zuckungen, Dauerkontrakturen).

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. I. Hft. 5.)

Nach einer Verletzung der rechten Fußsohle traten ausschließlich in der rechten Körpermuskulatur tetanische Kontrakturen auf, nur im Gesäß waren auf beiden Seiten die Erscheinungen gleich. Ist diese Form des Semitetanus schon sehr auffallend, so kamen, wie bisher noch nicht beobachtet worden, ähnlich wie bei akuten Infektionskrankheiten, choreatische Zuckungen hinzu. Sehr bemerkenswerth ist ferner, dass die ursprünglich specifisch tetanischen Kontrakturen in Dauerkontrakturen übergingen, welche 18 Wochen hindurch bestanden und schließlich orthopädisch korrigirt werden mussten.

Haeckel (Stettin).

22) **S. Cavandoli.** Caso di tetano traumatico guarito coll' antitossina Tizzoni.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 73.)

Ein 14jähriges Mädchen stieß sich ein 7 cm langes und 4 mm dickes Stück Holz in die bloße Fußsohle und legte dann noch einen Weg von $\frac{1}{2}$ km zurück. Erst 10 Tage später, als bereits Fieber, Trismus und heftige Rückenschmerzen eingetreten waren, wurde die Wunde ärztlich untersucht, und der Fremdkörper entfernt. In den nächsten 3 Tagen entwickelte sich das Bild eines schweren Wundstarrkrampfes. Am 18. Tage nach der Verwundung wurde mit Einspritzungen des Tizzoni'schen Antitoxins begonnen und zwar durch Prof. Tizzoni selber; die erste Dosis betrug 5,0 g, die späteren je 1,25 g; im Ganzen wurde vom 18. bis 30. Krankheitstage 13,5 g eingespritzt. Erst 7 Tage nach der ersten Einspritzung zeigte sich deutliche Besserung, die dann bald in völlige Genesung überging. Die eiternde Wunde war nach den allgemeinen Regeln behandelt. Die von Tizzoni ausgeführte bakteriologische Untersuchung ergab Tetanusbacillen im Verein mit Clostridium foetidum; die Kulturen erwiesen sich am Kaninchen als hochgradig virulent. Nach den Einspritzungen traten jedes Mal starke Schweißausbrüche ein. Der Autor erwähnt, dass dieses der 4. mit Tizzoni's Antitoxin in der Provinz Mantua behandelte Fall sei; sämtliche 4 Fälle seien in Genesung ausgegangen. Obwohl der Krankheitsverlauf in diesem Falle nichts eigentlich Neues böte, glaube er doch, dass er wegen der ungewöhnlichen Schwere der Erkrankung für die Beurtheilung des Tetanusantitoxins einen werthvollen Beitrag liefere.

W. Schultz (Eutin).

23) **Krehl.** Über wandernde Neuritis nach Verletzungen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. I. Hft. 3.)

K. theilt 5 derartige Fälle mit, welche besonders im Interesse der Unfallversicherung von Wichtigkeit sind. Von bisweilen sehr unbedeutenden Wunden aus kann sich auf- oder absteigend eine Neuritis ausbreiten; sensible Reizung spielt meist eine Hauptrolle, motorische Störungen fehlen nie. Die Prognose ist sehr verschieden: völlige Rückbildung, Stationärbleiben oder langsames, aber unaufhaltsames Fortschreiten.

Haeckel (Stettin).24) **Madlener.** Über Narkosenlähmung.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 37.)

Den in der Litteratur mitgetheilten 17 Fällen von Narkosenlähmung des Plexus brachialis fügt M. 3 neue Beobachtungen hinzu, die nach Narkosen zum Zweck einer Laparotomie aufgetreten waren, aber im Laufe mehr oder minder langer Zeit wieder zurückgingen. Durch einen Versuch an der Leiche hat M. sich davon überzeugt, dass die zur Lähmung führende Einklemmung des Plexus brachialis zwischen dem Mittelstück des Schlüsselbeines und der 1. Rippe am stärksten erfolgte, wenn der elevirte Oberarm nach hinten gerichtet war; auch in obigen 3 Fällen war eine derartige Armhaltung Ursache der Lähmung. Es ergibt sich hieraus von selbst die Lehre, den Oberarm in Fällen, wo er bei Operationen hochgehalten werden muss, nach vorn zu ziehen und durch seitliche Kissen zu unterstützen.

Kramer (Glogau).25) **Bloch.** Torticollis spasmodica.

(Nordisk med. Arkiv 1896. No. 6.)

Verf. theilt zwei Fälle von Torticollis spasmodica mit, welche er mit Streckung und Resektion des Nerv. accessor. behandelt hat, und stellt im Anschluss hierzu 44 Fälle zusammen, die auf dieselbe Weise behandelt sind. Darauf basirt er eine vergleichende Studie dieser Krankheit. — Er hebt die große Verschiedenheit des Krankheitsbildes hervor, die Unwirksamkeit der medikamentösen, der elektrischen und der orthopädischen Behandlung. Tenotomie hilft nur in isolirten Fällen; es scheint, als ob Operationen am N. accessor. die besten Resultate geben: unter 44 Fällen sind 20 geheilt, 16 gebessert, 7 unverändert, 1 gestorben (Erysipel). — Zum Schluss erwähnt B. die Ätiologie der Krankheit.

Schaedemoje (Kopenhagen).26) **Trapp.** Ein Beitrag zur Chirurgie des Rückenmarks. (Aus der chirurg. Klinik zu Greifswald.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 27.)

Es handelte sich um einen 20jähr. Knecht, der 9 Monate vor der Aufnahme in die Klinik von einer Leiter 3 m hoch aufs Gesäß gestürzt war und sofort nach dem Fall zwischen den Schulterblättern einen mit der Zeit noch stärker vorspringenden schmerzhaften Gibbus bemerkt hatte. Nach einiger Zeit stellten sich Störungen des Ganges und Schwäche der Beine ein, die sich nach Extensionsbehandlung in der Klinik, unter Abnahme hinzugekommener spastischer Erscheinungen besserte, plötzlich aber mit Steigerung der letzteren und Auftreten von leichter Dysurie, schließlich auch von geringem Fieber verschlimmerte; die Sensibilität blieb indess ungestört.

Bei der — wegen Verdacht auf einen extraduralen, vom frakturirten und später tuberkulös erkrankten Wirbelkörper ausgehenden Abscess vorgenommenen — Operation wurden von Helferich dem Gibbus entsprechend die Dornfortsätze des 7. und 8. Brustwirbels und ein Theil der zugehörigen Wirbelbögen resecirt, der nicht pulsirende Durasack freigelegt und eröffnet und ein Theelöffel voll unter starkem Druck vorquellenden käsigen Eiters entleert. Jodoformgazedrainage der intraduralen Abscesshöhle, Ausstopfung der übrigen Wunde. — Aus dem weiteren Verlauf ist zu erwähnen, dass unter Extensionsbehandlung die spastischen Erscheinungen allmählich zurückgingen und die Beine beweglich wurden und unter Einspritzungen von Jodoformglycerin, die ohne Störungen seitens des Rückenmarks

ertragen wurden, völlige Heilung eintrat. Pat. konnte anfänglich im Gipskorsett mit Extensionsmast, später in einfachem Stützapparat in normaler Weise gehen.

Verf. bespricht ausführlich den mitgetheilten Fall und hält es für wahrscheinlich, dass die plötzlich einsetzende Erhöhung der Spasmen und Lähmung der Beine durch Durchbruch eines bisher extraduralen tuberkulösen Eiterherdes in den Durasack veranlasst worden sei.

Kramer (Glogau).

27) **A. S. Lasarew.** Polyarthrititis deformans bei Kindern.

(Wratsch 1897. No. 31. [Russisch.])

L. beobachtete 3 Fälle: 1) 4jähriger Knabe, seit 8 Monaten krank, Beginn akut. Außer den Kiefer-, Schulter- und Hüftgelenken sind alle großen Gelenke befallen. Nach 9 Monaten bedeutende Besserung; die Finger blieben die ganze Zeit intakt. 2) 2 $\frac{1}{2}$ jähriger Knabe, seit 6 Monaten akut erkrankt. Symptome wie in Fall 1, nur sind auch die Finger mit erkrankt. Pat. entzog sich weiterer Beobachtung. 3) 1 $\frac{1}{3}$ jähriges Mädchen. Im Alter von 2 Monaten erbliche Syphilis. Seit 2 Monaten erkrankten nach und nach fast sämtliche Gelenke, wobei hauptsächlich die Gelenkenden verdickt und deformirt waren. Eine zweimalige Hg-Behandlung brachte keine Veränderung. Die Krankheit schritt beständig weiter und führte zur Ankylose des linken Handgelenks. Während der 13 Monate dauernden Beobachtung keine Symptome von Syphilis. — In der russischen Litteratur fand L. keine Beschreibung dieser Krankheit.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

28) **Delorme.** Ankylose consécutive à l'arthrite blennorrhagique aiguë.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXII. p. 479.)

D. glückte es, ein durch gonorrhöische Gelenkentzündung versteiftes Knie bei einem 22jährigen Soldaten 4 Monate nach Beginn der Erkrankung in mehreren Sitzungen durch passive Bewegungen wieder vollständig beweglich zu machen; er begann mit der Mobilisation, nachdem das Gelenk ganz schmerzlos geworden war. — D. rath desshalb, die Versuche, versteifte Trippergelenke wieder beweglich zu machen, nicht vorzeitig aufzugeben.

Die Resultate anderer Pariser Chirurgen waren, wie die Diskussion zeigte, nicht eben so günstig; meist rief die Mobilisation nur von Neuem Gelenkgüsse hervor. Hingegen berichteten Michaux und Monod über gute Resultate bei Behandlung des Primärleidens mit Immobilisation oder Eröffnung und Auswaschung des Gelenkes. Dieses würde dann nicht steif. (Es dürfte dies individuell wohl sehr verschieden sein und von der Schwere der Gelenkentzündung abhängen. Ref.)

Reichel (Breslau).

29) **W. Lanin.** Ein Fall von Bruch des Collum scapulae bei Fallsucht.

(Die Chirurgie 1897. No. 7. [Russisch.])

L. schreibt, bei der Seltenheit gerade eines solchen Vorkommnisses, der Knochenbrüchigkeit der 63jährigen Kranken eine Bedeutung zu.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

30) **W. Krutowski.** Die Auslösung des Armes im Schultergelenk nach der Methode von N. K. Lissenkow.

(Die Chirurgie 1897. No. 8. [Russisch.])

Im März dieses Jahres hatte Lissenkow seinen Vorschlag in der »Chirurgie« beschrieben, die Schulterauslösung mit einem Schnitt anzufangen, der gleich auf die großen Gefäße eindringt, um sie vorher zu unterbinden. Er hatte die Operation nur an der Leiche studirt und ausgeführt. (Vgl. dieses Blatt p. 723.) Jetzt beschreibt aus Sibirien K. die erste derartige Operation an einem Lebenden. Er bestätigt die leichte Ausführbarkeit und Zweckmäßigkeit des Lissenkow'schen Vorgehens, wenn auch, was Letzterer übrigens ebenfalls als wahrscheinlich hingestellt hatte, aus dem peripheren Ende der Art. axillaris, trotz ihrer centralen

Unterbindung, eine rückläufige Blutung durch Anastomosen stattfand. Jedoch war dieselbe nicht bedeutend und that der Vortrefflichkeit der Methode keinen erheblichen Eintrag.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

31) **Wanach.** Ein Fall von Entfernung des Schultergürtels wegen Sarkom.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1897. No. 23.)

Der Hautlappen wurde in großem Bezirk gangränös, der Defekt nach Thiersch transplantiert. Nach 14 Monaten noch kein Recidiv.

W. führt die letzte, von Schultz zusammengestellte Statistik über diese Operation weiter und kommt auf 133 Fälle. Von den 103 wegen bösartiger Neubildung Operirten starben in Folge der Operation 13, blieben über ein Jahr geheilt 18, d. h. mit anderen Worten: Ein Kranker, dem wegen maligner Neubildung der Schultergürtel entfernt wird, hat mehr Chancen dauernd geheilt zu werden, als an der Operation zu sterben.

Haeckel (Stettin).

32) **Azam et Casteret.** Absence congénitale des pectoraux.

(Presse méd. 1897. No. 10.)

Der von Rieder i. J. 1894 aufgestellten Sammlung dieser seltenen Missbildung fügte die Verf. 2 neue Fälle zu.

Bei dem einen, einem 21jähr. Soldaten, fehlen etwa die beiden unteren Drittel des rechten M. pectoralis major. Vorhanden ist nur ein schwaches Muskelbündel an der Clavicula und das stark hypertrophirte obere Drittel, welches an den beiden ersten Rippen und dem Sternalrand inserirt. Der Pectoralis minor ist nur durch ein zartes Muskelbündel vertreten, das an der dritten Rippe ansetzt. Die Wirbelsäule ist nicht deformirt, aber die rechte Brustseite ist vorgewölbt, ihr Umfang beträgt 2 cm mehr als die linke. Ferner sind Deltoideus und Latissimus dorsi hypertrophirt. Alle Bewegungen des Armes sind gut ausführbar, wenn der Mann auch rechts schneller ermüdet als links.

Der zweite Fall betrifft einen Artilleristen. Er bietet einen vollständigen Mangel der beiden linken Pectorales dar. Auch bei ihm keine Deformitäten, nur das Herz ist etwas nach der Mittellinie zu verlagert. Man sieht die Art. axillaris unter dem Schlüsselbein pulsiren. Die Nachbarmuskeln sind hypertrophirt und bedeutend stärker als rechts. Alle Bewegungen sind möglich. Zur Adduction wird der am Schlüsselbein ansetzende Theil des Deltoideus verwendet, wenn auch in etwas schwächerer Weise als auf der gesunden Seite. Auch dieser Mann ermüdet leichter auf der fehlerhaften Seite. — In beiden Fällen war ätiologisch oder hereditär nichts festzustellen; der interessanten Arbeit sind zwei, die congenitale Anomalie gut zur Darstellung bringende Bilder beigegeben.

Tschmarke (Magdeburg).

33) **P. Ziegler.** Über Stichverletzungen der großen Gefäße der Extremitäten.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 27 u. 28.)

Nach kurzer Besprechung der Hilfsmittel zur Diagnose von Arterienstichverletzungen und unter Hinweis auf die Nothwendigkeit, Angesichts der Schwierigkeit ihrer Erkenntnis in manchen Fällen, die Diagnose durch das Messer festzustellen zu suchen, giebt Z. einen Bericht über die seit 1890 in der Münchener chirurgischen Klinik zur Beobachtung und Behandlung gelangten Fälle von Stichverletzungen der Gefäßstämme, wobei er auch die Resultate der in der Litteratur enthaltenen Statistiken anführt.

Die mitgetheilten Fälle betreffen je eine Verletzung der V. femoral. comm. und der Art. iliaca ext., ferner 3 Fälle von Verletzung der Art. und V. femoral. (1mal im oberen und 2mal zwischen mittlerem und unterem Drittel), in deren 2 es zu Gangrän einzelner bezw. sämtlicher Zehen (Amputation im Mittelfuß resp. Unterschenkel) kam, weiter je 1 Fall von Verletzung der Art. tibialis ant. und post. (Amputation nach Gritti wegen Gangrän), so wie der Art. glutea sup. (Unter-

bindung 14 Tage p. tr.). Während in diesen 7 Fällen größerer Gefäßverletzung an den unteren Extremitäten alle Pat. mit dem Leben davorkamen, jedoch 3mal Gangrän auftrat, blieb diese in den 5 Fällen derartiger Verletzungen an der oberen Extremität trotz Verschluss ausgedehnter Gefäßbezirke vollständig aus. In denselben handelte es sich je 1mal um Durchtrennung der Art. subclavia, der V. axillaris (einschließlich Art. und V. circumflex. hum. post.), der Art. brachialis und beider V. brach. (inkl. der Art. und V. profund.) und in 2 Fällen um Verletzung der Art. brachialis bei ein und demselben Pat.

Außerdem erwähnt Z. noch kurz einiger Fälle von erfolgreicher seitlicher Venennaht bei Operationsverletzung der V. fem. comm., der V. subclavia und V. jugul. int. **Kramer** (Glogau).

34) N. Napalkow. Über die Unterbindung der Schenkelvene. (Aus dem Moskau'schen Marien-Armenkrankenhaus.)

(Die Chirurgie 1897. No. 7. [Russisch.])

Ein 16jähriger, mit vielfachen tuberkulösen Knochenerkrankungen behafteter Kranker litt auch an einer starken Anschwellung der rechtsseitigen Leistendrösen. Bei ihrer Ausschälung wurde die Schenkelvene eröffnet. Die Versuche, die Blutung mit Pincetten zu stillen, scheiterten an der außerordentlichen Brüchigkeit der Venenwände, so dass die Unterbindung gerade unter dem Poupart'schen Bande vorgenommen werden musste. Das Bein wurde eingewickelt und hoch gelagert, es verlor seine bläuliche Verfärbung nach 2 Tagen. Weitere Heilung ohne Hindernisse.

Aus Anlass dieses Falles giebt N. eine ausführliche Darstellung der ganzen Frage der Venenligatur am Oberschenkel. Auch die russische Litteratur ist hier namentlich mit mehreren Schriften theilhaftig, von welchen diejenigen von Koretzki und Choljtzow hervorgehoben werden, die an Leichen darüber zahlreiche Experimente angestellt haben. N. ergänzt die statistische Tabelle Choljtzow's von 36 auf 40 Fälle. **E. Braatz** (Königsberg i/Pr.).

35) Reyt. Étude sur les gangrènes d'origine veineuse.

Thèse de Paris, **G. Steinhell**, 1897.

18jähriger Tuberkulöser hatte im äußersten Stadium der Kachexie einige Tage vor dem Tode eine Phlebitis des rechten Unterschenkels und feuchte Gangrän des rechten Fußes bekommen. Die Autopsie ergab ältere Thromben in den Venen des Fußes und des Unterschenkels, die sich in solche jüngeren Datums bis hinauf zur Theilungsstelle fortsetzten. In den mehrfachen phlebitischen Herden fand Verf. einen Diplococcus, so wie im Blut ein Bacterium coli (die Sektion erfolgte 24 Stunden post mortem). Die Arterien waren frei. Dieser letzte Umstand im Verein mit der Obliteration der Venen soll der Grund zu der feuchten Form der Gangrän sein. **Borchard** (Posen).

36) M. W. Hermann. Über Coxa vara.

(Nowiny lekarskie 1897. No. 1 u. 3.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Coxa vara aus Rydygier's Klinik, deren Bild zum größten Theil dem bekannten Typus dieses Leidens entsprach. Ein Fall entzog sich der operativen Behandlung, in dem zweiten wurde eine Keilexcision aus dem Schenkelhalse, in dem dritten die Hüftgelenksresektion ausgeführt.

An diese 3, so wie die in der Litteratur bekannten Fälle schließt Verf. eine sehr fleißige und genaue Besprechung der Natur dieses Leidens, so wie eine genaue Analyse seiner Symptome. **Trzebicki** (Krakau).

37) Delorme. Sur un cas de luxation ischiatique ancienne et irréductible; excision de la tête fémorale, remarques sur une cause d'irréductibilité de ces luxations.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXII. p. 367.)

Die Hüftluxation bestand bei dem 24jährigen Pat. seit 4½ Monaten; 6mal waren von verschiedenen Ärzten ohne und in Chloroformnarkose vergebliche Repo-

sitionsversuche gemacht worden. D. entschloss sich daher sogleich zur Resektion. Aber auch nach der Dekapitation des Schenkelkopfes und Lösung der Verwachsungen zwischen Kapsel und Pfannenrand, so wie nach Durchmeißelung einer vom Schenkelhals zum Becken ziehenden Knochenspange glückte die Reposition erst nach sehr energischen Bewegungen, bei denen man wiederholt Knochenkreptation wahrnahm. Die Operation war aseptisch, ohne Anwendung von Desinficientien vorgenommen worden. — Am Abend des folgenden Tages trat hohes Fieber ein; bei dem dieserhalb vorgenommenen Verbandwechsel zeigte die Wunde ein reissloses Aussehen. Wenige Minuten nachher starb der Kranke.

Die aus äußeren Gründen auf die Hüftgegend beschränkte Autopsie zeigte eine enorme Wucherung von Osteophyten zwischen Becken und Schenkelknochen, welche das Hindernis für die Reposition gebildet hatten und durch die nach der Dekapitation nothwendig gewordenen forcirten Bewegungen gebrochen waren. — Die Todesursache ist unklar; eine Infektion bei der Operation glaubt D. ausschließen zu dürfen. Er schuldigt namentlich die durch das vorausgegangene Leben in den Sümpfen am Kongo bedingte Störung des Allgemeinbefindens an, zumal zwei Reisegefährten des Verunglückten kurz nachher unter ähnlichen Erscheinungen starben.

Reichel (Breslau).

38) A. Broca. La luxation congénitale de la hanche et son traitement.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXII. p. 295.)

B. bespricht die verschiedenen zur Behandlung der kongenitalen Hüftluxation vorgeschlagenen Heilverfahren und empfiehlt — auch an der Hand eigener Erfahrungen — die von Lorenz modificirte Hoffa'sche Methode als Methode der Wahl.

Reichel (Breslau).

39) Hoffa. Die Endresultate meiner letzten blutigen Operationen bei der angeborenen Hüftgelenkluxation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 20 u. 21.)

H. betont zunächst, dass in seinen Fällen das Resultat der Operation sich so gestaltet habe, dass auch durch die bestgelungene unblutige Methode ein besseres nicht zu erzielen sei.

Er hatte unter 190 Operationen 6 Todesfälle; doch stammen diese alle aus der Anfangszeit. Tadellose Asepsie und primäre Tamponade hält H. für nothwendig, um einen gefahrlosen Wundverlauf zu garantiren. — Seine letzten Operationen führte H. alle unter absoluter Muskelschonung mittels seiner neuen Schnittführung, nicht nach der Methode von Lorenz aus. Aus den anatomischen Verhältnissen des neugebildeten Hüftgelenks folgert H., dass eine leichte Verkürzung des Beines so wie oft ausgeprägte Adduktion und Aussenrotation des tadellos reponirten Beines nicht zu vermeiden und eben so wenig eine völlig freie Exkursionsfähigkeit des Beines zu erwarten ist. Ferner spielt bei der späteren Funktion vor Allem die Muskulatur eine bedeutsame Rolle (Massage, Gymnastik).

Unter Wahrung des Princips der absoluten Muskelschonung hat H. 64mal an 48 Pat. (32 einseitige, 16 doppelseitige Luxationen) operirt, ferner bei 4 älteren Pat. mit einseitiger Luxation die schiefe Osteotomie, bei 8 mit doppelseitiger Luxation die von ihm sogenannte Pseudarthrosenoperation ausgeführt. Ein 5jähriges Kind starb an einer interkurrenten Pleuropneumonie, ein 13jähriges Kind an Sepsis.

Die beste Zeit für die Operation ist nach H. das 3. bis 8. Lebensjahr. Je älter die Pat., um so größer sind die Schwierigkeiten sowohl bezüglich der Asepsis wie auch der operativen Manipulationen. Fast ausnahmslos wurde demgemäß die typische blutige Reposition bei jüngeren Kindern gemacht. H. theilt des weiteren 44 Krankengeschichten ausführlich mit. Mit verschwindenden Ausnahmen sind in diesen Fällen alle Wunden primär geheilt. Keines der Kinder hat nach der Operation irgend einen Stützapparat getragen. Sie machten ohne jede weitere Unterstützung nach Abnahme des Gipsverbandes ihre Gehübungen. Das Endziel der Behandlung war nach 4, höchstens 6 Monaten in der Regel erreicht. In

42 Fällen war das Resultat tadellos. Von Reluxationen war keine einzige zu verzeichnen, eben so ist niemals ein beim Austritt aus der Klinik bewegliches Gelenk nachher steif geworden oder eine nachträgliche Kontraktur eingetreten. Eine Reihe von Röntgen-Aufnahmen haben H. den Beweis erbracht, dass der Kopf auf der operierten Seite stets fest in der neugebildeten Pfanne sitzt.

H. gelangt auf Grund seiner Resultate zu dem Schluss, dass die Operation ein Mittel ist, um die angeborene Hüftluxation in verhältnismäßig so kurzer Zeit zu heilen, als dies der Natur der Sache nach möglich ist, und empfiehlt sie überall da, wo die unblutige Reposition im Stiche lässt.

Wagner (Mülheim a. d. R.).

40) **Bristow.** Congenital absence of both patellae.

(Med. news 1897. Januar 2.)

In der Litteratur sind nur 4 Fälle von angeborenem Fehlen beider Patellae mitgetheilt. Außerdem sind mehrere von einseitigem Fehlen der Kniescheibe, so wie 1 Fall, in dem dieselbe in der Kniekehle gelegen war, bekannt. Verf. beobachtete einen weiteren Fall von Fehlen beider Kniescheiben.

21/2-jähriges Kind mit doppelseitigem Klumpfuß; beim Redressement des letzteren trat unter lautem Schnappen eine Luxation im Kniegelenk auf. Genauere Untersuchung desselben beiderseits zeigte das vollkommene Fehlen der Patellae. Die Quadricepssehne war auffallend dünn und schien sich theils an den Condylen, theils an Tibia und Fibula zu inseriren. Bei gestrecktem Bein konnte der Unterschenkel mit Leichtigkeit nach allen Seiten dislocirt werden. Beigegebene Röntgen-Photographien illustriren aufs deutlichste das vollkommene Fehlen der Patellae.

In allen mitgetheilten Fällen bestanden daneben noch andere Missbildungen.

Strauch (Braunschweig).

41) **Barth.** Zur Frage des »schnellenden Kniees«.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 7.)

Pat. erlitt am 18. November 1892 eine Verletzung des linken Kniees mit Bruch des Unterschenkels. Es entstand ein Schlottergelenk mit Gelenkmäusen, welche Baum März 1894 entfernte. September 1896 konstatierte B. Folgendes: Stellt man den Pat. auf und entzieht ihm die Unterstützung, so geräth die Muskulatur des Oberschenkels, sobald das Knie annähernd gestreckt ist, in klonische Zuckungen, und der Oberschenkelknochen rutscht auf dem Schienbein bald nach vorn, bald nach hinten. Vielleicht ist die Entstehung derart, dass vom Condyl. intern. fem. durch Überspannung des Lig. cruciat. ein Stück der Gelenkfläche am Ansatz dieses Bandes ausgerissen wurde, und so die Funktionsunfähigkeit des Bandes gleichzeitig das schnellende Knie bedingte.

Bähr (Hannover).

42) **Kjar.** Zwei Fälle von Luxation des Kniegelenks.

(Bibliothek Mag. for Lægevid. 1896. p. 409.)

1) Luxation nach vorn, mit Subkutanzerreißung der Arteria poplitea und nachfolgender Entstehung eines Aneurysma. Konservative Behandlung wurde lange versucht, zuletzt wurde man aber durch Eiterung und Gangrän zur Amputation gezwungen.

2) Luxation der Patella nach außen, Perforation des Musc. vastus internus durch den Condylus int. femoris mit Interposition von Muskelbündeln, Fraktur des Meniscus int. und Zerreißung des inneren Seitenbandes und der Kreuzbänder. Arthrotomie mit Entfernung der Patella und der Menisken.

Schædemoje (Kopenhagen).

43) **H. Hartmann.** Fracture très oblique du tibia; consolidation vicieuse; ostéotomie, extension continue; guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 506.)

Die sehr schräg von oben, vorn, außen nach unten, hinten innen verlaufende Fraktur in der Mitte beider Unterschenkelknochen war bei dem 21-jährigen Pat.

unter Gipsverbänden mit einer Verkürzung von 4 cm und starker Außenrotation des Fußes geheilt. H., in dessen Behandlung der Kranke nunmehr trat, durchmeißelte den Callus entsprechend der Frakturlinie, korrigierte die Stellung und applicierte den Hennequin'schen Extensionsapparat. Beim ersten Verbandwechsel nach 58 Tagen war die Fraktur noch nicht konsolidiert, weshalb die Extension noch 18 Tage weiter fortgesetzt und nachher ein Gipsverband angelegt wurde. Nach 105tägiger Behandlungsdauer konnte Pat. geheilt entlassen werden; Form wie Funktion des Beines ließen nichts zu wünschen übrig; es war gelungen, die Verkürzung durch die langdauernde Extension vollständig zu beseitigen.

Reichel (Breslau).

44) B. G. Kretz. Zur konservativen Behandlung ausgedehnter Unterschenkelgeschwüre.

(Prager med. Wochenschrift 1897. No. 23.)

In einem Falle ausgedehnten Unterschenkelgeschwürs, das sich bei mikroskopischer Untersuchung als »Epitheliom« auswies, und wo der Kranke — 48 Jahre alter Mann — die Amputation hartnäckig verweigerte, ging Bayer in der Weise vor, dass er das Ulcus möglichst im Gesunden excidirte, die damit verwachsene Tibia bis zur hinteren Wand abmeißelte und die Wunde granuliren ließ. Die Wunde wurde 3 Monate später mit 3 Hautlappen vom Oberarm nach Thiersch gedeckt und war 4 Wochen später fest vernarbt.

K. empfiehlt dies Verfahren bei ausgedehnten Beingeschwüren, sogenannten Amputationsfällen, besonders solchen ohne carcinomatösen Charakter. Aber auch bei Epitheliomen, die ja relativ gutartig sind, will er diese Methode erst versuchen, ehe zur Amputation geschritten wird. Ob damit aber nicht oft der richtige Zeitpunkt für eine mögliche völlige Wiederherstellung verpasst wird, dürfte zweifelhaft sein. Ein ähnlicher Vorschlag von Mikulicz bei Riesenzellensarkomen wurde bekanntlich auf dem 24. Chirurgenkongress von den meisten Chirurgen abgelehnt.

Jaffé (Hamburg).

45) M. M. Trofimow. Die osteoplastische Operation nach der Methode von Wladimirow-Mikulicz.

(Die Chirurgie 1897. No. 8. [Russisch].)

T. bedauert, dass diese Operation in Russland so selten ausgeführt wird. Es seien dort nur 19 Fälle (der Redakteur der »Chirurgie«, Prof. Diakonow, fügt in einer Anmerkung noch einen von ihm operirten, gut verlaufenen Fall, also den 20. hinzu) bekannt geworden. Er selbst berichtet über eine solche Operation, die er an einem 16jährigen Kranken ausgeführt hat. Der Erfolg war ein sehr guter, Pat. konnte seinen Fuß vortrefflich gebrauchen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

46) P. Filatow. Zur Wladimirow'schen Operation.

(Die Chirurgie 1897. No. 8. [Russisch].)

F. theilt den guten Enderfolg einer Wladimirow-Mikulicz'schen Operation mit, die er vor 3 Jahren an einem 21jährigen Kranken wegen Caries des Felsenbeins gemacht und über welche er 1894 in der Gesellschaft sibirischer Ärzte berichtet hat.

Um die starke Dorsalflexion der Zehen zu mildern, legt F. auf Grund von Leichenversuchen den Sägeschnitt schräg von vorn oben nach unten hinten an.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

Berichtigung: p. 1125, Zeile 14 von oben lies Desmoidexstirpation statt Dermoidexstirpation.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke will man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 116), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. Sonabend, den 27. November. 1897.

Inhalt: 1) **Muscatello**, Peritonealverklebungen. — 2) **Finney**, Perforationsperitonitis. — 3) **McA Eccles**, Hernie des Proc. verm. — 4) **Campanini**, Ausschaltung von Darmstrecken. — 5) **Fedorow**, Rectoskopie. — 6) **Quénu**, Mastdarmkrebs.

F. Kaljser, Ein Fall von Implantation des Ureters in die Blase. — **C. Bayer**, Amputatio sub talo. (Original-Mittheilungen.)

7) **Kelling**, Ösophagoskop. — 8) **Mintz**, Speiseröhrenkrebs. — 9) **Berkhan**, Speiseröhrendivertikel. — 10) **Hamilton**, 11) **Caussade**, Magengeschwüre. — 12) **Simpson**, Duodenalgeschwür. — 13) **Nélaton**, 14) **Wikerhauser**, Bauchfelltuberkulose — 15) **Cole**, Appendicitis. — 16) **Delorme**, Traumatische Zerreißung des Wurmfortsatzes. — 17) **Grünbaum**, Subphrenische Abscesse. — 18) **Sysak**, Zweimaliger Vorfall der Baueingeweide. — 19) **Siegel**, 20) **Heinsheimer**, 21) **de Paoli**, Funktionelle Erfolge von Operationen am Magen. — 22) **Chaput**, Darmcompressorium. — 23) **Hagopoff**, Anastomosenknopf. — 24) **Routier**, Darmresektion. — 25) **Obaliński**, Darmausschaltung. — 26) **Northrup**, Darminvagination. — 27) **Beniesowitsch**, Dickdarmcarcinom. — 28) **Dutkiewicz**, Mastdarmschuss. — 29) **Michailow**, Mastdarmvorfall. — 30) **Edwards**, 31) **Quénu**, Mastdarmkrebs.

E. Müller, Über Schenkelhalsverbiegung.

1) **G. Muscatello**. Sulle condizioni necessarie alla produzione di aderenze peritoneali.

(Arch. per le scienze med. Vol. XX. No. 17.)

Auf Grund zahlreicher an Kaninchen und Meerschweinchen angestellter Experimente kommt Verf. zu dem Schluss, dass das Peritoneum viscerale, falls es nicht intensiv geschädigt wird, keine Neigung zur Bildung von Adhäsionen hat; auch die Zerstörung des Peritonealepithels allein genügt nicht, sie zu bilden. Eine Adhäsion kann vielmehr nur zu Stande kommen, wenn in beiden oder in einer der Peritonealfächen ein Entzündungsprocess sich entwickelt.

Sultan (Göttingen).

2) **Finney**. Typhoid perforation treated by surgical operation.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1897. Mai.)

F. konnte aus der Litteratur 49 Fälle operativen Eingreifens bei Typhusperforation zusammenstellen, denen er 3 Fälle eigener Beob-

achtung hinzufügt. — Perforation des Darms tritt in 1—2% aller Typhusfälle ein; in 80% der Fälle erfolgt sie in einer Peyer'schen Plaque, 2 cm bis 1 m oberhalb der Ileocecalclappe; in 12% im Dickdarm, in 5% im Appendix. Gewöhnlich ist sie einfach; in 12 Fällen fanden sich mehrfache Perforationen. Die Zeit des Durchbruchs ist gewöhnlich die 3. Woche. Das beständige Symptom ist heftiger, wachsender Schmerz, Collaps, Übelkeit, Erbrechen, manchmal Schüttelfrost, Singultus, starker Abfall der Temperatur, Fehlen der Leberdämpfung.

Die Operationen wurden nach 2—12 Stunden ausgeführt. In 33 Fällen fand sich septische Peritonitis mit eitrigem Exsudat. Insgesamt genasen 17 Fälle (27,65%). In 8 Fällen wurde das Geschwür vor der Naht excidirt, in 2 Fällen eine Keilexcision gemacht, in 1 Falle die Perforationsstelle in die Bauchwunde eingenäht.

In Bezug auf die Diagnose legt Verf. großen Werth auf den Nachweis einer beträchtlichen Vermehrung der weißen Blutkörperchen, die unmittelbar nach der Perforation eintritt; er fand ein Ansteigen von 3000 vor derselben auf 16 400 nach erfolgtem Durchbruch. — Im peritonitischen Eiter waren Streptokokken, Staphylokokken und das Bacterium coli commune. Verf. fasst seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Von allen diagnostischen Zeichen der erfolgten Perforation typhöser Geschwüre sind die zuverlässigsten das Auftreten eines heftigen, anhaltenden Schmerzes in der 3. oder 4. Woche, verbunden mit Übelkeit, Erbrechen und einem ausgesprochenen Ansteigen der Zahl der weißen Blutkörperchen.

2) Die einzige rationelle Behandlung besteht im chirurgischen Eingriff.

3) Die Operation ist nur bei moribundem Zustand des Kranken nicht am Platz.

Strauch (Braunschweig).

3) W. McA Eccles. On hernia of the vermiform appendix.

(St. Bartholom. hosp. reports 1896. p. 93.)

Hernien des Proc. vermiformis sind nicht so selten, wie gewöhnlich angenommen wird. Es giebt äußere (inguinale und femorale) und innere (retroperitoneale) Brüche des Wurmfortsatzes. Erstere können nur den Wurmfortsatz oder auch noch andere Eingeweide enthalten. Der Processus vermiformis kann im Bruchsack verschiedene Änderungen erleiden: er ist fast immer in die Länge gezogen, oft adhärent, bisweilen cystisch entartet und geräth nicht selten in Entzündung und Strangulation. So kann es zur Perforation und allgemeinen Peritonitis kommen. Die Diagnose ist nach Eröffnung des Sackes gewöhnlich leicht; doch hat man den Fortsatz schon für einen zweiten Bruchsack, für eine Tube, selbst für die Harnblase gehalten. Die Behandlung sollte stets in der Amputation des Fortsatzes bestehen. In einigen Fällen ist später eine Darmfistel zurückgeblieben, die besonders operirt werden musste.

Bei Entzündungen und Einklemmungen des Processus vermiformis in retroperitonealen Hernien kommt es zu Ileuserscheinungen, deren Ursache die Laparotomie aufdeckt und beseitigt.

E.'s Kasuistik umfasst 4 Fälle von Wurmfortsätzen allein im Bruchsack ohne Entzündung, 7 dgl. mit Entzündung, 2 Fälle zugleich mit anderen Intestinis, 16 Fälle von isolirtem eingeklemmtem Wurmfortsatz, zusammen 29 Fälle. **Jaffé** (Hamburg).

4) **F. Campanini.** Über die Ausschaltung von Darmstrecken.
(Policlinico 1897. No. 5.)

Verf. ging von der Erwägung aus, dass bei mehrfachen oder sehr ausgedehnten Krankheitsprocessen des Darms (maligne Neubildungen, Tuberkulose etc.) bisweilen sehr bedeutende Strecken desselben reseziert werden müssen, und dass derartige umfangreiche Operationen doch häufig eine große Lebensgefahr mit sich bringen. Er suchte deswegen experimentell die Frage zu entscheiden, ob es nicht in derartigen Fällen zweckmäßiger sei, statt ausgedehnter Darmresektionen lieber eine Strecke des Darms völlig auszuschalten, und zwar in der Weise, dass die oberhalb und unterhalb der ausgeschalteten Darmpartie gelegenen Darmenden wieder vereinigt würden, während das ausgeschaltete Stück ohne Verbindung mit dem übrigen Darm in der Bauchhöhle zurückbliebe. Um den thatsächlichen Werth derartiger Operationen festzustellen, unternahm Verf. 12 Thierversuche, deren Resultat jedoch seinen Erwartungen nicht entsprach. Die Ergebnisse waren folgende: In der 1. Gruppe (3 Fälle) wurde ein Theil des Dünndarms in der Weise ausgeschaltet, dass der ausgeschaltete Theil am unteren Ende verschlossen wurde, während er am oberen Ende in Kommunikation mit dem Colon resp. Ileum gesetzt wurde; er stellte sonach eine Art Appendix des Darms dar. Alle 3 Hunde starben an diffuser Peritonitis, die ihren Ausgangspunkt vom unteren Ende (Blindsack) des ausgeschalteten Darmstücks nahm.

In der 2. Gruppe (ebenfalls 3 Hunde) wurde ein Stück vom Dünndarm völlig ausgeschaltet, die beiden Enden desselben durch Naht verschlossen und die Kontinuität des Darmrohrs durch Vereinigung der ober- und unterhalb der ausgeschalteten Partie gelegenen Darmenden wieder hergestellt. Hier blieben 2 Thiere am Leben, während eines an umschriebener eitriger Peritonitis starb.

Ein ähnliches Operationsverfahren wurde in der 3. Gruppe eingehalten; nur war hier die ausgeschaltete Darmstrecke etwas länger (40—70 cm), Die beiden Enden des ausgeschalteten Stücks wurden entweder mit einander vereinigt, so dass ein Kreis entstand, oder einfach durch die Naht verschlossen; die Kontinuität des Darms wurde in gewöhnlicher Weise hergestellt. Hier starben alle 3 Hunde an Peritonitis, entweder durch Perforation der stark gedehnten Wand, oder durch Infektion von einem Ende des isolirten Darmstücks. Die bakteriologische Untersuchung dieser 3 Fälle ergab das Vorhanden-

sein folgender Bakterien in der ausgeschalteten Darmschlinge: *Bacterium coli*, *Staphylococcus aureus et citreus*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus vulgaris*.

In einer 4. Gruppe endlich (wiederum 3 Hunde) wurde das ausgeschaltete Darmstück in der Weise behandelt, dass entweder ein Ende verschlossen und das andere Ende in die Bauchwunde eingenäht wurde, oder dass beide Stümpfe in die Bauchwunde eingepflanzt wurden. Es bildeten sich also eine resp. 2 Darmfisteln. Der eine Hund starb wieder an Peritonitis, der zweite an Shock, der dritte an Erschöpfung. Von den beiden überlebenden Hunden wurde das ausgeschaltete Darmstück anatomisch untersucht; dasselbe war bedeutend verkürzt, aber sehr verdickt. Histologisch fand sich in der Mucosa: Schwund des die innere Oberfläche auskleidenden Cylinderepithels, Verlust der Zotten, Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, Hyperplasie der Drüsen; Verdickung der Submucosa und Muscularis. In der 3. Serie von Versuchen (wo größere Darmstrecken ausgeschaltet wurden) fand man ebenfalls Verlust der Darmzotten, Degeneration der Drüsen, kleinzellige Infiltration, Atrophie der Submucosa und Muscularis.

In Anbetracht der schlechten Resultate dieser Thierversuche glaubt Verf., dass die Operation der Darmausschaltung zwar nicht völlig zu verwerfen sei, aber doch auf diejenigen Fälle beschränkt werden müsse, in denen jeder andere operative Eingriff unausführbar erscheint. Insbesondere kommen dann die Modifikationen von Salzer (Anlegung einer Darmfistel durch Annähen des einen Endes an die Haut) oder Hochenegg-Frank (doppelte Darmfistel) in Betracht.

H. Bartsch (Heidelberg).

5) **Fedorow.** Die Rectoskopie. (Aus der Fakultätsklinik von Prof. A. A. Bobrow.)
(Chirurgie 1897. Hft. 6. [Russisch.])

Nach verschiedenen Versuchen mit Instrumenten, welche dem Ösophagoskop und dem Casper-Elektroskop nachgebildet waren, erhielt F. von der bekannten Moskauer Firma Schwabe ein Rectoskop, das ein leichteres Arbeiten ermöglicht. Es hat eine Länge von 30 bis 40, einen Durchmesser von 2 bis höchstens 3 cm. Wichtig ist die Frage, wie hoch sich ein solches Rectoskop, über dessen Vortheile für die Stellung der Diagnose kein Zweifel herrschen kann, in den Darm einführen lasse. An 9 Leichen gelang es F. nicht, das Instrument über die Flexura sigmoidea hinaus zu bringen. Er überzeugte sich von der Lage des Instruments theils durch Gefrierschnitte (7mal), theils, indem er bei unverrückter Lage desselben den Leib öffnete. Die Flexur war dabei nach oben geschoben, so weit das Mesenterium dies nur gestattete. Gelingt es nun auch nicht, höhere Darmtheile zu beleuchten, so kann man dagegen sehr gut die Höhle des Mastdarms zur Anschauung bringen. Vorher ist der Darm gut zu reinigen. Der Kranke wird entweder in der Knie-Ellbogen- oder

der »Steinschnittlage« untersucht. F. verfügt schon über eine ganze Reihe guter Aquarellbilder, die nach der Natur gemalt sind, und von welchen wir Proben auf dem XII. internationalen Kongress zu sehen Gelegenheit hatten. Schließlich berührt F. noch die Prioritätsfrage gegenüber der Otis'schen Arbeit und erwähnt, dass A. J. Ssaboschnikow eine Vorrichtung hergestellt hat, welche die Bilder zu photographiren ermöglicht. (Im Heft 7 der »Chirurgie« weist Dr. Modlinski in einer Zuschrift darauf hin, dass Kelly schon vor mehreren Jahren ein Rectoskop beschrieben und empfohlen hat. Ref.)

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

6) Quénu. Du carcinome rectal (Étude anatomo-pathologique).

(Revue de chir. 1897. No. 7.)

In der auch auf statistische Zusammenstellungen deutscher und englischer Autoren Bezug nehmenden Studie erörtert Q. alle in pathologisch-anatomischer Hinsicht wichtigen Einzelheiten bezüglich der Formen, des Sitzes, der Entwicklung vom ersten Beginn bis zu weit vorgeschrittenen Stadien, der Generalisation etc. des Mastdarmkrebses. Es genüge, die im Übrigen nur Bekanntes ausführlich und mittels guter Abbildungen wiedergebende Arbeit an dieser Stelle zu erwähnen.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von Implantation des Ureters in die Blase.

Von

Dr. med. F. Kaljser in Sundsvall (Schweden).

S. N., 50 Jahre alt, wurde am 17. März d. J. ins Länslazarett von Sundsvall aufgenommen.

Anamnese: Die Kranke, bei der seit mehreren Jahren bereits die Menstruation aufgehört, bekam seit Weihnachten 1896 von Neuem unregelmäßig auftretende Blutungen und außerdem reichlichen Fluor, welcher bald übelriechend wurde weiterhin traten auch heftige Schmerzen im Rücken und in den Hüften auf.

Status praesens am 21. März 1897. Bei Untersuchung von der Vagina aus findet man die Portio vaginalis von einer der Konsistenz nach harten und festen Geschwulst eingenommen, deren Oberfläche geschwürig zerfallen ist, und welche auch auf die Umgebung, am meisten auf der rechten Seite, übergrieff; der Uterus ließ sich in die Vulva nicht herunterziehen.

Am 21. März 1897 wurde eine Totalexstirpation des Uterus durch einen Sacralschnitt ausgeführt. Die Kranke war in Sims' Lage placirt. Der Schnitt, der; ungefähr 10 cm oberhalb des Anus begann, verlief in der Mittellinie nach abwärts in einem Bogen um den After. Nachdem das Steißbein entfernt und der Mastdarm nach links geschoben worden, wurde die Peritonealhöhle geöffnet und der Uterus hervorgeholt. Die Art. spermaticae wurden auf beiden Seiten unterbunden und die Ligg. lata durchschnitten, worauf der Uterus so weit als möglich heruntergezogen und nebst dem umliegenden Theil der Vagina total exstirpirt wurde. Um die Operation radikal machen zu können, musste ein großer Theil des den Uterus umgebenden Bindegewebes entfernt werden. Besonders war dies auf der rechten Seite der Fall, wobei eine ziemlich bedeutende Blutung entstand, die mit Unterbindungen zum Stillstand kam. Die Ureteren waren nicht zu sehen. Nachdem das Loch im Peritoneum, sodann die Wunde in der Vagina vernäht worden, wurde

die Wundhöhle mit Jodoformgaze ausgefüllt und die äußere Wunde geschlossen. Der Verlauf nach der Operation war Anfangs normal. Am 28. März wurden die Nähte herausgenommen; die Wunde sah sauber aus. Am 30. März stieg die Temperatur auf 38,1° C. Am 3. April floss durch die Wunde eine klare hellgelbe Flüssigkeit ab, die sich als Urin erwies und später immer reichlicher wurde, so dass wohl die halbe Urinmenge auf diesem Wege entleert zu werden schien. Am 29. April war die Wunde bis auf eine Urinfistel geheilt. Zu deren Beseitigung wurde [die alte Narbe gespalten, der Fistelgang unter Leitung einer Sonde in die Tiefe bis zum rechten Ureter verfolgt, welcher 5 cm weit ausgelöst wurde. Nach Einführung einer langen Zange in die Urethra eröffnete ich auf jener die Blase, und zog mit ihr das Ureterende an einer durchgelegten Fadenschlinge in die Blase hinein, an die es mit mehreren Katgutnähten angeheftet wurde. Drainage der Wunde wie bei der vorigen Operation, nebst Anlegung einiger Nähte; Catheter à demeure. Die durch die Urethra herausgezogenen Fäden wurden am Verband befestigt, indess wegen Nachlass der Spannung schon am nächsten Tage wieder entfernt.

Am folgenden Tage begann sich von Neuem etwas Urin durch die Wunde zu entleeren. Dieser Urinfluss wurde in der nächsten Zeit noch stärker, nahm dann aber wieder ab, so dass, als die Kranke am 15. Juni auf eigenes Verlangen entlassen wurde, nur eine kleine Menge tropfenweise durch die Wunde abging, 1200 bis 1500 ccm pro die auf normalem Wege entleert wurden.

Bei der Wiederaufnahme der Pat. am 19. August erschien ihr allgemeiner Zustand als ein guter; aus der zurückgebliebenen Fistel sickerte unaufhörlich etwas Urin; ein Krebsrecidiv war nicht nachweisbar.

Bei der am 20. August vorgenommenen dritten Operation fand ich, dass der Fistelgang dicht an der Vagina entlang zog, mittels einer feinen Öffnung mit ihr communicirend, sich dann sowohl nach vorn gegen die Blase, als auch nach hinten bis zum rechten Ureter fortsetzte. Dieser wurde ungefähr in der Länge von 6 cm gelöst, was durch die unbeabsichtigte Eröffnung der Peritonealhöhle erleichtert war. Nach Schluss dieses Loches in [der Serosa führte ich, wie bei der zweiten Operation, eine lange, dünne Zange durch die Urethra ein, eröffnete auf derselben die Blase, zog einen seidenen Faden durch den Ureter, dessen Mündung vorher durch einen entlang gehenden Schnitt erweitert worden war, und leitete die Fadenden durch die Blasenöhle aus der Harnröhre heraus. Um das Ureterende möglichst weit in die Blase hineinführen zu können, musste eine verhältnismäßig große Kraft zur Anwendung gebracht werden. Während ein Assistent an den aus der Urethra hervorgehenden Fäden zog, nähte ich mittels Seide den Ureter an die Blasenöffnung fest. Die Wunde wurde drainirt, die Hautränder vereinigt. Da ich fürchtete, dass zufolge der starken Anspannung des Ureters die Nähte zwischen dem Ureter und der Blase durchschneiden könnten, wie es bei der vorigen Operation der Fall gewesen war, entschloss ich mich, mittels des an den Ureter festgenähten und durch die Harnröhre nach außen geführten Fadens während der ersten Tage einen permanenten Zug am Harnleiter auszuüben, und bewerkstelligte dies in der Weise, dass ich an jenen Faden ein 200 g-Gewicht hängte und ersteren, wie bei einem gewöhnlichen Streckverband, über eine Rolle laufen ließ. Der Verlauf nach der Operation war völlig normal. Kein Tropfen Urin floss durch die Wunde ab, auch dann nicht, als die Extensionsfäden am 5. Tage durchgeschnitten hatten. Nach 14 Tagen bekam die Kranke die Erlaubnis aufzustehen und wurde am 11. September geheilt entlassen.

Da in der Litteratur bisher nur wenige Fälle von gelungener Implantation eines Ureters in die Blase beschrieben sind, glaubte ich, den vorstehenden mittheilen zu sollen.

Was die Entstehung der Ureterfistel betrifft, so möchte ich annehmen, dass bei dem Ligiren irgend welcher Arterie die Wand des rechten Harnleiters mitgefasst, und die Öffnung in ihr bei dem späteren Durchschneiden der Ligatur gebildet worden ist. Nur auf diese Weise ist der reaktionslose Verlauf während der 12 ersten Tage nach der ersten Operation zu erklären, indem, wenn der Ureter schon

bei der Operation verletzt worden wäre, der Urinfluss sogleich hätte auftreten müssen. Da auch Symptome akuter Hydronephrose fehlten, konnte durch das Mitfassen des Harnleiters in eine Ligatur nur eine Verengung, aber kein vollständiger Verschluss herbeigeführt worden sein. Dass die zweite Operation misslang, ist meiner Meinung nach durch Insuffizienz der Katgutnaht und den Nachlass des am Ureter angewandten Zuges bedingt gewesen; dadurch konnte sich der Ureter mit seiner ziemlich hoch gelegenen Fistel wieder nach oben zurückziehen. Bei der letzten Operation vermochte ich nach Eröffnung der Peritonealhöhle sowohl intra- als extraperitoneal den Ureter bis zum Beckenrand zu verfolgen und weit auszulösen. Dadurch, dass ich ihn dann stark nach unten zog, bildete sich auf der Innenseite des Peritoneums eine Falte, in welche er zu liegen kam. Durch das spätere Anlegen des oben erwähnten Zuges nach abwärts konnte die Einheilung in der etwas lateral und hinter der normalen Mündung angelegten Blasenöffnung endlich ungestört erfolgen.

Amputatio sub talo.

Von

Prof. Dr. Carl Bayer in Prag.

Die neuesten Bestrebungen der Chirurgen, durch Modifikationen¹ der üblichen klassischen Methoden der Amputationen im Bereich des Sprunggelenks (Pirogoff, Le Fort etc.) die nach letzteren unvermeidlich zurückbleibenden Verkürzungen der Stümpfe, so wie die knöchernen, die Elasticität des Ganges beeinträchtigenden Verwachsungen der zusammengefügteten Knochen zu umgehen, veranlassen mich, einen kleinen technischen Kunstgriff, den ich gezwungen war, in einem Falle anzuwenden, den Fachgenossen mitzuteilen.

¹ cf. Küster, »Zur osteoplastischen Exartikulation der Fußwurzel« (Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 28): Unmittelbare Anfügung der Gelenkfläche des Fersenbeins der Gelenkfläche der Unterschenkelknochen.

Samfirescu und Solomovici, »Nouvelle opération ostéoplastique etc.« (Revue de chir. 1897 No. 2): Horizontale Durchsägung des Calcaneus und Einpassung in die des Knorpelüberzugs beraubte Malleolengabel. Ganz ähnlich verfuhr Josephowitsch (Eine Modifikation der Pirogoff'schen Fußamputation etc. von Dr. S. Kofmann. Centralblatt für Chirurgie 1897 No. 23), nur bildete Letzterer noch 2 Facetten am Calcaneus für die Malleolen. Übrigens hatte, wie Kofmann historisch nachweist, schon Kern in Wien seiner Zeit »einen Theil des Fersenbeins entfernt und den Rest zwischen die Knorren des Schienbeins geschoben«. Bekannt ist auch die Tauber'sche Modifikation, nämlich die sagittale Durchsägung des Fersenbeins, welche Rosumowski mit Erhaltung der Malleolen ausführte, und Hancock's Vorschlag, das horizontal durchsägtete Fersenbein der oberen, stehen gelassenen Hälfte des gleichfalls horizontal durchsägteten Talus anzupassen. Früher hatte schon Quimby empfohlen, das Pirogoff'sche Fersenstück in die intakt gelassene Malleolengabel einzufügen, eine Modifikation, die indess bei dieser Operation nur im Kindesalter gelingt.

J. L. Faure, »Sur une nouvelle amputation ostéoplastique du pied« (Presse méd. 1897 No. 13): Erhaltung des Gelenks zwischen Calcaneus und Talus; Absägung der oberen Hälfte des letzteren und Anpassung seiner Sägefläche an den Unterschenkelstumpf.

L. L. Lewschin, »Über eine neue Methode der osteoplastischen Verlängerung des Unterschenkels nach Exartikulation des Fußes«; Dorsaler Lappen im Zusammenhang mit den Bases metatars. II.—V., cuneiforme II., III., cuboideum und naviculare; diese werden nach Entfernung aller übrigen Knochen horizontal durchsägt, und der so gewonnene osteoplastische Lappen an die Sägefläche der Unterschenkelknochen fixirt.

Einem 47 Jahre alten Tagelöhner, der am 28. Oktober v. J. mit abgefrorenen Füßen in das hiesige Spital der Barmherzigen Brüder aufgenommen worden, waren schließlich beide Vorderfüße brandig abgefallen, und mussten die zurückgebliebenen vorstehenden Stümpfe korrigirt werden.

Die Operation wurde am 10. Februar l. J. vorgenommen.

Rechts ließ sich mit Benutzung der vorhandenen Haut mittels eines dorsalen und volaren Lappens ein etwas modificirter Chopart herstellen, welche Operation Kollege Kretz vornahm, während ich gleichzeitig bemüht war, am linken Fuß, was möglich, zu erhalten. Der Mann hatte nämlich nur unter der Bedingung die korrigirende Operation zugegeben, dass man ihm beiderseits eine Art, wenn auch verkürzter, Füße wiederherstellte. Dies war aber gerade für die linke Extremität nicht leicht, da sich die Gangrän hier weiter als rechts, nach hinten ausgedehnt und auch in der Planta einen streifenförmig bis nahe an die Ferse reichenden Substanzverlust hinterlassen hatte. Zum mindesten wäre hier, wenn nicht eine tiefe Unterschenkelamputation, so doch entweder die Enucleatio sub talo oder eine Art Syme zu machen gewesen. Ich musste jedoch um jeden Preis «ein Stück» Fuß retten.

Ich umschnitt also zunächst knapp an den Rändern des granulirenden Stumpfes die Haut und enukleirte fürs erste im Chopart'schen Gelenk. Die gebildeten kurzen dorsalen und plantaren Lappen hätten sich wohl zur Noth zusammenbringen lassen, wenn nicht noch der Substanzverlust in der Planta vorhanden gewesen wäre. Nachdem auch dieser, eben knapp, umschnitten war, reichte die Haut nicht aus. Der Weichtheilschnitt hatte jetzt die Form eines dorsal begonnenen und sich unterhalb des Malleolus externus am äußeren Fußrand längs der Planta zur Ferse hinziehenden, langgezogenen Ovalärschnitts. Da die Vereinigung der Hautlappen bei Entfernung der unteren Hälfte des Fersenbeins möglich schien, so löste ich die ganzen Sohlenweichtheile als Lappen von der Unterfläche des Calcaneus nach innen los und sägte die untere Hälfte des letzteren, gleich einer Rinde, die man abschält, in horizontaler Walzenfläche ab, worauf ich die Weichtheile vereinigen konnte.

Nach erfolgter Heilung bestand zwischen rechts und links nur der Unterschied, dass der rechte Stumpf etwas schwächtiger in seinem senkrechten Durchmesser erschien. Die Narbe zog vom inneren Stumpftrand dorsal quer zum äußeren Rand und dann noch eine kurze Strecke an letzterem nach hinten; die Verkürzung war kaum bemerkenswerth (ca. 1 cm).

Der Kranke verließ, mit Stiefeln, welche entsprechend den Stümpfen vorn ausgefüllt waren, gut umhergehend, am 10. Juli das Spital.

Es wird sich wohl selten eine Indikation zur Nachahmung der eben beschriebenen Amputation, kombinirt mit Enukleation, finden; auch lohnt es wohl kaum der Mühe, den typischen Weichtheilschnitt für sie durch Leichenübung vorzuschreiben. Allein hier und da kann auch dieses Verfahren in der Noth helfen; es schien mir daher nicht überflüssig zu sein, diesen kleinen Beitrag zu der eben zeitgemäßen Frage zu liefern.

Prag, 25. Oktober 1897.

7) G. Kelling. Endoskopie für Speiseröhre und Magen. I. Gegliedertes Ösophagoskop, welches durch Zug und Drehung streckbar ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 34.)

Das biegsame, mit Mandrin für die Einführung versehene, sterilisirbare Instrument besteht aus einzelnen Gliedern, die mit einem Gummischlauch überzogen sind und an der Rückenfläche eine Öse haben, durch die vom obersten bis zum untersten Glied ein Draht geht, bei dessen Anziehen die Röhre gestreckt wird. Weitere Einzelheiten sind im Original einzusehen, das einige Abbildungen des Instruments bietet. Das letztere wird in 4 verschiedenen Größen für Erwachsene und Kinder angefertigt und lässt sich leicht und ungefährlich handhaben; seine

Einführung mit der Krümmung nach vorn geschieht bei hängender Kopfstellung des Pat. Durch Zusammendrücken der an dem Instrument angebrachten Hebelgriffe wird dasselbe alsdann langsam gestreckt, und nun die Besichtigung der Speiseröhre mittels eines Beleuchtungsapparates vorgenommen. K. hofft, dass mit seinem Instrument die Ösophagoskopie sich allgemein einbürgern werde.

Kramer (Glogau).

8) **S. Mintz.** Ein Beitrag zum Verhalten der Funktion des Magens bei Carcinom des Ösophagus.

(Medycyna 1897. No. 25.)

Verf. hat seine Versuche über den Chemismus der Magenverdauung bei Krebs der Speiseröhre, welche er bereits einmal vor 2 Jahren gemacht hatte, an einer 62jährigen Pat., welche nach Kocher gastrostomirt worden war, wiederholt. Er konnte nur seine bereits damals gemachten Beobachtungen, dass der Chemismus bei diesem Leiden ein annähernd normaler war, vollauf bestätigen.

Trzebičky (Krakau).

9) **Berkhan.** Zur Behandlung des Divertikels der Speiseröhre.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. I. p. 386.)

B. benutzte eine konische und nach vorn gekrümmte Bougie (s. Abbildung) und drang so in 2 Fällen in die Speiseröhre ein, in welcher gewöhnliche Sonden sich im Divertikel verfangen. Beide Kranke waren sehr herabgekommen und durch die Schluckschwierigkeit aufs äußerste gequält. In dem einen Falle wurde so 4 Monate lang bougiert; danach konnte der Kranke 19 Jahre hindurch gut schlucken; erst kurz vor seinem an krupöser Pneumonie erfolgten Tode stellten sich wieder Beschwerden ein. Im anderen Falle war nach 3 Monate langer Bougierung eine wesentliche Besserung eingetreten, als der Kranke plötzlich auf unaufgeklärte Weise starb.

Haeckel (Stettin).

10) **Hamilton.** Multiple tuberculous ulcers of the stomach, with a report of three cases.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin 1897. April.)

H. theilt die Krankengeschichten von 3 Phthisikern mit, bei denen sich bei der Obduktion multiple tuberkulöse Geschwüre im Magen fanden.

1) 30jährige Negerin. Ausgedehnte Lungen- und Larynxphthise. Im Dünn- und Dickdarm zahlreiche tuberkulöse Geschwüre; im Magen etwa 120 runde oder ovale Substanzverluste bis Pfennigröße. Die mikroskopische Untersuchung ergab die tuberkulöse Natur der Geschwüre. Tuberkelbacillen wurden in mäßiger Menge im Gewebe nachgewiesen.

2) 50jähriger Neger. Ausgedehnte Lungentuberkulose. Darm frei von Geschwüren, nur die Peyer'schen Plaques zeigten kleine graue Knötchen; im Magen 70—75 unregelmäßig gestaltete tuberkulöse Schleimhautgeschwüre.

3) 11jähriges Negermädchen. Beiderseitige Lungentuberkulose. Ausgedehnte Peritonealtuberkulose. Miliare Tuberkel in der Leberkapsel und der Uterusschleimhaut. Im Magen an der kleinen Curvatur ein 3 cm langes ovales, tiefes tuberkulöses Geschwür; daneben ein zweites kleineres Geschwür.

Strauch (Braunschweig).

11) **M. G. Caussade.** Ulcération gastrique, hématoméses foudroyantes. Mort.

(Presse méd. 1897. No. 9.)

Es handelt sich um einen 27jährigen Mann, der, abgesehen von einer in den Kolonien überstandenen Malaria, stets gesund gewesen ist und nur 1mal 3 Jahre vorher abundantes Bluterbrechen gehabt hat. Beim Heben eines schweren Ballens plötzlich wieder anhaltendes, enormes Blutbrechen, ohne dass vorher jemals Schmerzen oder irgend ein anderes, auf eine Magenerkrankung deutendes Symptom bestanden hatte. Trotz Kochsalzinfusion, Eis und Ergotin Tod am nächsten

Tag. — Sektion ergab außer einer vergrößerten Milz leichte fibröse Verwachsungen des Magens mit der Umgegend, 2 cm unterhalb der Cardia eine Verhärtung mit Ekchymosen. Dieser Stelle entsprechend zeigte sich nach Eröffnung des Magens ein kraterförmiges, scharfrandiges Geschwür von 5—6 mm Durchmesser, in dessen Grund die Lichtung einer kleinen, offenbar einem Nebenast der Coronaria angehörigen Arterie. Die übrige Schleimhaut war vollkommen gesund. Ferner leichte Varicen im Ösophagus. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine kleinzellige Infiltration der Schleimhaut, erweiterte Venen, zum Theil thrombosirt; Thrombus der oben erwähnten Arterie. Die Infiltrationen ähneln stellenweise dem Bild submiliärer Abscesse. — Neubildungen oder Wucherungen in der Umgegend des Geschwürs waren nicht zu finden.

Verf. hält diese kleinen Abscesse für die erste Ursache der Schleimhautzerstörung, welche sodann zur Arrosion der Arterie und damit zur tödlichen Blutung führte. Er glaubt, dass dieser Fall besonders geeignet gewesen wäre zur chirurgischen Behandlung, da das Geschwür leicht zu finden und die spritzende Arterie zu unterbinden gewesen wäre. — Die Schwierigkeit, welche Verf. darin findet, den vorliegenden Fall unter bekannte und veröffentlichte Fälle von Magengeschwür zu klassificiren, kann ich nicht zugeben. Es handelt sich um eine Nekrose in Folge venöser Stase (Varicen, Thrombose!) mit Selbstverdauung der Schleimhaut; die kleinen Abscesse würden dann sekundärer Natur sein. Ich glaubte aber über die Arbeit berichten zu sollen, da die Frage der chirurgischen Behandlung des Ulcus ventriculi an der Tagesordnung steht, und jeder pathologisch-anatomische Beitrag willkommen ist. (Ref.)

Tschmarke (Magdeburg).

12) Simpson. Acute perforating ulcer of the jejunum.

(Practitioner 1897. Februar.)

Geisteskranker Mann erkrankte an Magenschmerzen und Stuhlverhaltung. Nach 24 Stunden Tod. — Bei der Sektion fand sich im sonst gesunden Darm ein scharfrandiges perforirtes Geschwür im Jejunum, 6 Zoll unterhalb des Beginnes des Dünndarmes. Obgleich sich im Colon nur einige Stückchen zerkauten Holzes zeigten, ist Verf. der Ansicht, dass das Ulcus auf eine Verletzung der Darmwand durch verschluckte, bereits abgegangene Fremdkörper zurückzuführen sei.

Strauch (Braunschweig).

13) Nélaton. Péritonite tuberculeuse. — Discussion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 559.)

N. musste eine Pat., welche 6 Jahre vorher von Terrillon wegen Bauchfell-tuberkulose mit Erfolg operirt worden war, einer zweiten Laparotomie Behufs Entfernung der tuberkulös erkrankten Uterusanhänge unterwerfen. Er fand die große Bauchhöhle völlig gesund, nur in der Umgebung der ersten Operationsnarbe bestanden ausgedehnte Verlöthungen zwischen Bauchwand, Darmschlingen und den inneren Genitalien in Form sehr lockeren Bindegewebes. N. glaubt aus seiner Beobachtung den Schluss ziehen zu müssen, dass man sich bei der Bauchfell-tuberkulose der Frauen nicht mit der einfachen Laparotomie begnügen dürfe, sondern, falls man eine radikale Heilung erzielen wolle, stets die Ursache, d. h. das primär erkrankte Organ, bei der Frau meist die Tuben, mit fortnehmen müsse. In den von ihm exstirpirten Uterusanhängen ergab die mikroskopische Untersuchung typische Tuberkulose, Riesenzellen und Koch'sche Tuberkelbacillen.

In der Diskussion bekämpften mehrere Redner diese Schlussfolgerung. Es existiren viele Fälle, in denen die Frauen nach der einfachen Laparotomie dauernd gesund blieben, andere, in denen die Uterusanhänge bei derselben sicher frei von Tuberkulose waren, — so dass gar kein Grund vorlag, sie mit zu entfernen —, aber sekundär erkrankten. Schließlich erwähnt Walther einen Fall, in welchem die Anhänge schon bei der ersten Operation krank befunden wurden, von ihrer Exstirpation aber in Rücksicht auf zu ausgedehnte Verwachsungen und das ungünstige Allgemeinbefinden der Pat. Abstand genommen wurde, und wo letztere

gleichwohl völlig genas, derart, dass bei einer späteren Nachuntersuchung eine Erkrankung der Uterusanhänge überhaupt nicht mehr zu finden war.

Reichel (Breslau).

14) T. Wikerhauser. Ileus (incarceratio interna) bei Tuberculosis peritonei.

(Liečnicki viestnik 1897. No. 8. [Kroatisch.])

Verf. veröffentlicht einen Fall, zu dem ihm aus der Litteratur kein Analogon bekannt ist. Bei der fibrösen Form der tuberkulösen Peritonitis mit ihren massenhaften Adhäsionen ist dieser Zufall leicht möglich, jedoch vollständige Darmgangrän bei Tuberkulose des Bauchfells, plötzlich entstanden, während sich Pat. ganz gesund fühlte, gehört sicher zu den seltenen Erscheinungen. Der Fall war folgender: Ein 11jähriges Mädchen, das seit 3 Jahren an eitrigen Halslymphomen leidet, und bei dem W. vor 4 Monaten Tuberkulose des Bauchfells diagnosticierte, wurde am 16. Juni Abends etwas kollabirt ins Krankenhaus gebracht. Von den Angehörigen wurde angegeben, dass Pat. in der Nacht vom 12. auf den 13. Juni plötzlich mit Krämpfen im Bauch, Stuhl- und Windverhaltung erkrankt sei. Das gegebene Laxans wurde erbrochen, Klysmata ohne Erfolg. Pat. kollabirt, Bauch sehr aufgetrieben, äußerst schmerzhaft, links unten Dämpfung, welche sich bei Umlagerung langsam nach rechts bewegt. Keine Peristaltik, seltenes Erbrechen ohne Anstrengung. 17. Juni früh Laparotomie. Nach Eröffnung des stark imbibirten Bauchfells ergießt sich eine Menge dunkler, stinkender Flüssigkeit. Der Finger gelangt in eine Höhle von 2faustgröße, welche durch brandige, stinkende Membranen abgegrenzt ist, darin ein schwarzes, brandiges Dünndarmstück, aus welchem sich schwarze, faulige Flüssigkeit entleert. Einschnitt links parallel dem Poupart'schen Bande, jedoch gleicher Befund. Die 2 Schnitte wurden durch einen senkrechten (H-)Schnitt vereinigt; da fand man denn ein kleines, mit brandigen Pseudomembranen bedecktes Dünndarmstück, welches mit miliaren Knötchen besät war. Hier wird die Ileostomie angelegt, und es entleeren sich viel Darminhalt und Gase. Die Schmerzen lassen nach, das Erbrechen hört auf, doch stirbt Pat. am 3. Tage unter dem Bilde schwerer Sepsis.

Bei der Autopsie folgender Befund: Der ganze Dünndarm zu einem Knäuel verwachsen und mit miliaren Knötchen besät. Die Lymphdrüsen infiltrirt, nicht verkäst. In der Bauchhöhle etwas lichtgelbe, klare Flüssigkeit. Ein ca. 30 cm langer Dünndarmschenkel, durch eine Pseudomembran, von der Stärke einer dickeren chirurgischen Seide wie durch einen Ring so fest umschlossen, dass der Darm vollkommen zusammengepresst war; in Folge dessen Ileus und völlige Gangrän.

Čačković (Agram).

15) Cole. Appendicitis with aphasia.

(Med. news 1897. Mai 22.)

32jähriger Mann erkrankte an Appendicitis. Nach $\frac{1}{2}$ Jahre ein Recidiv mit Bildung eines großen abgesackten Abscesses. Entleerung durch Schnitt. Während des Anfalls traten, nachdem einige Tage heftige Kopfschmerzen mit mäßigen Delirien bestanden hatten, völlige Aphasie, einige Tage später Schmerzen und Schwellung des rechten Unterschenkels ein. Entleerung von Darm und Blase erfolgte für 3—4 Wochen unwillkürlich. Am rechten Hacken bildete sich eine Gangrän bis zum Knochen. — Jetzt, nach $2\frac{1}{2}$ Jahren, besteht noch ein geringer Grad von Aphasie, so wie Taubheit von Hand und Fuß der rechten Seite.

Strauch (Braunschweig).

16) Delorme. Perforation de l'appendice consécutive à un traumatisme de l'abdomen par coup de pied de cheval.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 543.)

Im unmittelbaren Anschluss an einen den Bauch unterhalb des Nabels treffenden Hufschlag erkrankte der Pat., ein Soldat, unter peritonitischen Erscheinungen. Bei der Laparotomie in der Medianlinie findet D. außer unerheblichen Blutunter-

laufungen nichts Besonderes. Tod am 3. Tage nach der Verletzung. Die Autopsie deckte eine kleine Perforation von 4—5 mm im Durchmesser an der Basis des Wurmfortsatzes, in ihm einen kirschgroßen Stein, auf. D. glaubt nicht an ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen des Traumas und der Perforation, nimmt vielmehr an, dass diese an einer schon vorher veränderten, verdünnten Stelle unter dem Einfluss der plötzlichen Drucksteigerung in Folge Eintreibens von Gasen oder Darmflüssigkeit aus dem Dick- oder Dünndarm in den Wurmfortsatz erfolgt sei.

Reichel (Breslau).

17) A. M. Grünbaum. 4 Fälle von subphrenischem Abscess.

(Wratsch 1897. No. 33. [Russisch].)

1) Der 32jährige Pat. erkrankte vor 3 Monaten; die Leber war etwas vergrößert; starke Schmerzen rechts in der Zwerchfellgegend. Probepunktionen negativ. Darauf 2 Monate Wohlbefinden, bis vor 3 Wochen die Schmerzen wiederkehrten. — Großer Abscess zwischen Leber und Diaphragma, der das Peritoneum laterale bis zur Crista ilei abgelöst hatte und die Leber weit nach unten innen verdrängte. Nach Entleerung von 6 Liter geruchlosen Eiters erst Besserung, aber 15 Tage später Pyothorax sinister; wegen Schwäche des Pat. nur Punktion, darauf Bülow's Heberdrainage; Tod nach weiteren 8 Tagen. G. glaubt, dass der Abscess vom retroperitonealen Bindegewebe hinter dem Quercolon oder noch höher ausging (alle anderen Organe intakt), und dass die Komplikation ein Pyothorax subphrenicus sin. in Folge durch die Leber gehinderten Eiterabflusses war.

2) Mann von 50 Jahren; vor 8 Monaten Appendicitis und Pleuritis d., nach einiger Zeit fast geheilt; nach 8 Monate dauerndem Wohlbefinden Pyothorax d. Bei der Operation fand G. ein Loch im Zwerchfell, das in den subphrenischen Abscess führte. Gegenöffnung hinten. Erst Besserung, doch am 3. Tage Abgang von Eiter aus dem After, und nach weiteren 3 Tagen Tod. — Sektion in beiden Fällen nicht gestattet.

3) 4jähriger Knabe, 2 Wochen krank. Nach Eröffnung der Eiterhöhle unter dem Diaphragma links fand G. eine Spalte im Zwerchfell mit eingeklemmtem Netz, das gangränös war. Ablösung, Resektion, Ausschabung des Bruchsackes, Heilung.

4) Jüngling von 17 Jahren. Seit 4 Wochen Appendicitis, seit 7 Tagen A. subphr. rechts. Transpleurale Eröffnung; nach 2 Monaten geheilt.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

18) G. Sysak. Ein geheilter Fall von zweimaligem Prolaps der Baucheingeweide.

(Przegląd lekarski 1897. No. 6.)

Bei einer 46 Jahre alten Bäuerin, welche 10mal, das letzte Mal vor 11 Jahren, entbunden hatte, war anlässlich des Hebens einer bedeutenden Last die Haut über einer Bauchwandhernie geplatzt und durch die Wunde das Netz prolabirt. Pat. fuhr auf einem elenden Bauernwagen 6 km weit zu S., welcher den Prolaps abtrug und die Wunde vernähte. 2 Jahre später platzte die Narbe an derselben Stelle und es fiel ein großes Darmkonvolut vor. Verf. reponirte den Darm unter den denkbar ungünstigsten hygienischen Verhältnissen. Bis auf eine minimale peritoneale Reizung glatte Heilung.

Trzebicky (Krakau).

19) Siegel. Über die funktionellen Erfolge nach Operationen am Magen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. I. Hft. 3.)

20) Heinsheimer. Stoffwechseluntersuchungen bei zwei Fällen von Gastroenterostomie.

(Ibid.)

S. fügt zu den wenigen derartigen Untersuchungen dankenswerthe neue über die Funktion in 2 Fällen von Gastroenterostomie wegen gutartiger Pylorusstenose hinzu. Er fand, dass bei den Kranken längere Zeit nach der Operation sowohl die

sekretorische, als auch die motorische Funktion vollständig zur Norm zurückgekehrt war. —

H. hat bei diesen beiden Kranken Stoffwechseluntersuchungen gemacht, um zu sehen, welche Ausnutzung die Nahrung nach der Operation findet. Die Ausnutzung war in dem einen der Fälle für alle Nahrungsstoffe durchaus normal, im anderen nur für Fett herabgesetzt, vielleicht weil der Pankreassaft nicht genügend mit dem Chymus vermischt wurde. **Haeckel** (Stettin).

21) **E. de Paoli.** Sui risultati elontavi di quattro operazioni sullo stomaco ed in specie su un caso di gastroenterostomia per tumore di probabile natura tubercolare del piloro.

(Comunicazione fatta alla soc. ital. di chir. 1896.)

Von den 4 mitgetheilten Fällen — 2 Narbenstenosen des Pylorus, die nach Mikulicz-Heineke operirt wurden, und 2 Gastroenterostomien wegen Neubildung des Pylorus — bietet der letzte dadurch besonderes Interesse dar, dass von dem Tumor 1 $\frac{1}{4}$ Jahr später nichts mehr zu fühlen war. Verf. nimmt daher an, besonders auch wegen gleichzeitig vorhandener doppelseitiger Hodenverdickungen, dass die Tumormassen am Pylorus tuberkulöser Natur gewesen sind. In allen 4 Fällen trat Heilung ein. **Sultan** (Göttingen).

22) **Chaput.** Un nouveau compresseur intestinal.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 308.)

Das von C. angegebene Darmkompressorium besteht aus zwei dünnen, schmalen, biegsamen, durch Scharniergelenken an einem Ende mit einander verbundenen Metallplatten. Man steckt die eine durch ein Loch des Mesenteriums, klappt die andere Platte über den Darm zurück und befestigt die beiden freien Enden der Platten mit einander durch Überstreifen eines Stückes Drainrohr. **Reichel** (Breslau).

23) **Hagopoff** (Constantinople). Description d'un nouveau bouton anastomotique et d'un instrument dit tire-bouton destiné à l'extraire par la voie buccale. Rapport par Chaput.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 552.)

Der vom Verf. angegebene Knopf ist nichts Anderes als ein Hohlzylinder, in dessen Außenseite eine cirkuläre Rinne eingegraben ist, über welche die beiden Darmenden hinweggestülpt, mit einem Faden umschnürt und mit einer sero-serösen Naht außerdem vereinigt werden, also ein Apparat, wie er ähnlich schon oft angegeben und eben so oft verworfen wurde. Auch sein »tire-bouton« ist zwecklos. Es ist das eine Art Schlundrohr, in welchem ein Silberdraht, unten mit einer Schlinge versehen, hin und her beweglich ist. Es wird vor der Gastroenterostomie, für die es allein bestimmt ist, eingeführt, die Drahtschlinge nach Eröffnung des Magens vor die Wunde vorgezogen, an ihr ein langer Faden befestigt, dessen anderes Ende an den Darmknopf angebunden wird, und nun wird durch Zurückziehen der Schlinge und des ganzen Apparates der Faden zum Munde herausgeleitet. An ihm soll man dann nach einigen Tagen den Knopf entfernen. Da der Knopf in den bisher bekannt gewordenen Fällen durch ein längeres Verbleiben im Darm bis zu seiner definitiven Ausstoßung nicht geschadet hat, liegt auch keine Veranlassung vor, ihn durch den Mund zu entfernen.

Bei der gewöhnlichen Größe der Knöpfe würden diese aber, wie sich Quénu bei einem Leichenexperiment überzeugen konnte, die Cardia nicht einmal passieren. Dies die Gründe, welche den Berichterstatte Chaput auch den »tire-bouton« verwerfen lassen. Die Idee des letzteren stammt übrigens von Quénu. **Reichel** (Breslau).

24) **Routier.** Résection iléo-coecale pour tuberculose. Obturation du bouton de Murphy.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 544.)

Bei Obduktion eines in Folge von Durchbruch eines tuberkulösen Darmgeschwürs 6 Tage nach einer Darmresektion mit Anlegung einer Darmanasto-

mose verstorbenen Pat. fand R. den zu letzterer verwendeten Murphy'schen Knopf vollständig von festen Kothmassen von Wachkonsistenz derart verstopft, dass das Freimachen der Passage erhebliche Schwierigkeiten machte, so dass es bei längerem Leben des Kranken wahrscheinlich zu einer Darmobstruktion gekommen wäre.

Reichel (Breslau).

25) **A. Obaliński.** Ein weiterer Beitrag zur totalen Darmausschaltung.
(Wiener med. Presse 1897. No. 35.)

Bei der Pat., bei der O. im April 1894 die totale Ausschaltung des Colon ascendens vorgenommen hatte, musste er ca. 3 Jahre später dieses Darmstück entfernen, da sich in ihm eine eitrige-jauchige Entzündung mit schweren Allgemeinerkrankungen entwickelt hatte.

Dieser Fall, der auch auf Verf. etwas abkühlend wirkte, beweist:

1) dass ein im normalen Zustande sich befindendes Dickdarmsstück vollkommen, d. i. ohne Hinterlassung einer Fistel, nach außen straflos ausgeschaltet werden kann;

2) dass die normale Schleimhaut eines solchen Darmstückes längere Zeit hindurch ihren Bau bewahrt und nicht übermäßig secernirt;

3) dass die pathologischen Prozesse im Allgemeinen und der tuberkulöse im Besonderen zu einer erhöhten sekretorischen Thätigkeit anzuregen scheinen.

P. Wagner (Leipzig).

26) **Northrup.** Intussusception in a child seven months old; high injections; recovery.

(Med. news 1896. December 12.)

Das Kind erkrankte mit Erbrechen und Schmerzen. Sofort wurde in der rechten Seite des Leibes unterhalb der Leber ein wurstförmiger Tumor gefühlt. Auf Eingießung erfolgte Blutabgang. Nach 24 Stunden hohe Eingießungen; der Tumor schien unter den Händen unter Gurren zu verschwinden. Nach Abfluss der Flüssigkeit war jedoch der Tumor wieder fühlbar, und die Darmverlegung blieb bestehen. Deshalb am folgenden Tage nochmals hohe Eingießungen; danach normaler Stuhl und dauernde Heilung.

Strauch (Braunschweig).

27) **Beniesowitsch.** Zur Frage über das Dickdarmcarcinom. (Aus dem jüdischen Krankenhause in Odessa.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 25.)

B. theilt die Krankengeschichte eines 38jährigen Pat. mit, bei dem er einen Krebs des S romanum exstirpierte und eine Enteroanastomose vermittels Kartoffelplatten anlegte. Diese vegetabilischen Platten beginnen bereits nach 24 Stunden an den Rändern verdaut zu werden; nach 5—6 Tagen sind die Platten gänzlich oder bis auf wenige Spuren resorbirt. Die oval geformten Kartoffelplatten mit centraler Öffnung wurden durch einen vis-à-vis dem Mesenterialansatz gemachten longitudinalen Einschnitt in das central und peripher vom Tumor befindliche Darmsegment eingeführt. Alsdann wurden beide Platten an der Darmwand fixirt, indem die mit Nadeln armirten Ligaturen durch die ganze Dicke der Darmwand geführt wurden; der Peritonealüberzug in der Umgebung der Platten ward skarifirt. Dann wurden zunächst die inneren, mit den Nadeln armirten Ligaturen und danach die mit Knoten versehenen geknüpft, außerdem an dem Umkreis des Darmes, entsprechend der Lage der Platten, mehrere Lembert'sche Nähte angelegt. Alles geschah in kurzer Zeit. Die Exstirpation des Tumors erfolgte unter Resektion von 20 cm Darm ohne Schwierigkeit. Die Enden des zu- und abführenden Darmes wurden durch 2 Reihen von Nähten verbunden, die Bauchwunde nach Mikulicz drainirt. Nach 8 Tagen trat der erste Stuhlgang ein. Heilung.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

28) **A. Dutkiewicz.** Beitrag zu den Schussverletzungen des Mastdarmes.

(Kronika lekarska 1897. No. 14.)

Ein 20jähriger Arbeiter erhielt einen Gewehrsschuss aus unmittelbarer Nähe in die linke Glutäalgegend. Es stellten sich empfindliche Schmerzen beim Uriniren

und Stuhlgang ein. Bei der 48 Stunden nach dem Unfall vorgenommenen Untersuchung fand Verf. die Einschussöffnung in der Mitte einer den linken Trochanter major mit dem Tuber ischii verbindenden Linie. Aus der Wunde floss dünnflüssige Jauche, und die eingeführte Sonde drang etwa 25 cm weit gegen die Symphyse ein. Die Fingeruntersuchung des Mastdarmes ergab daselbst, 4—5 cm oberhalb des Sphinkters, eine für den Finger leicht passirbare Öffnung, welche nach dem Perineum führte, woselbst auch deutlich das ganze, aus zahlreichen Schrotkörnern und einem 4 g schweren Eisenstück bestehende Projektil gefühlt und mit Leichtigkeit extrahirt werden konnte. Eine Verletzung der Harnröhre und Blase war nicht zu konstatiren. Glatte Heilung der Wunde nach vorübergehender Bildung einer kompletten Mastdarmfistel, welche sich jedoch schließlich von selbst schloss.

Trzebicki (Krakau).

29) **P. P. Michailow.** Mastdarmvorfall mit nachfolgender eitriger Bauchfellentzündung.

(Die Chirurgie 1897. Hft. 4. [Russisch].)

Der 2¼ Jahr alte Knabe litt seit einem Jahr an Schmerzen bei der Harnentleerung, die zeitweise unter Blutbeimischung vor sich ging. In den letzten 2 Monaten fiel beim Drängen der Mastdarm vor. Da das schwächliche, rachitische Kind Abendtemperaturen von 39° hatte, wurde die Operation zunächst etwas hinausgeschoben und unterdessen die Harnröhre von 13 auf 14 und 15 der französischen Skala erweitert. Dann wurde nach 10 Tagen der weiche Uratstein unter Chloroformnarkose zertrümmert (Alexandrow). Die Ausspülung musste wegen der Enge der Harnröhre mit einem gewöhnlichen Katheter vorgenommen werden, machte aber keine Schwierigkeiten. Nach der Operation trat Husten, weitere Steigerung der Temperatur (39,7) und Durchfall mit Mastdarmvorfall ein. Auf der vorgefallenen Darmschleimhaut bemerkte man einen nekrotischen Fleck, der sich schnell vergrößerte. 5 Tage p. op. trat der Tod ein. Die Sektion war in mehrfacher Beziehung von Interesse. Sie zeigte, dass die Blase vollständig frei von Steinfragmenten war. An einer Stelle fand sich in der Schleimhaut ein blauer Fleck (Bluterguss), ihm entsprechend jedoch die Blasenwand mit dem Peritonealüberzug blass; dagegen war unter jener nekrotischen Mastdarmpartie eine Eiteransammlung und von hier ausgehend eine beginnende Bauchfellentzündung nachweisbar. M. weist auf die Seltenheit dieses Vorkommnisses hin, da in der betreffenden Kinderabtheilung, wo jährlich im Durchschnitt 40 Fälle von Mastdarmvorfall behandelt werden, noch kein Fall beobachtet worden ist, wo sich an einen Mastdarmvorfall eine eitrige Bauchfellentzündung angeschlossen hätte.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

30) **F. S. Edwards.** The removal of high-lying cancer of the rectum by Kraske's method.

(Brit. med. journ. 1897. Mai 15.)

Die Kontraindikation für die Exstirpation eines hochsitzenden Mastdarmcarcinoms sieht Verf. nie in dem hohen Sitz des Carcinoms an sich — nur Ausdehnung der carcinomatösen Infiltration in der Umgebung der Darmwand, Infektion der Lymphdrüsen bilden die Gegenanzeigen.

Die präliminare Kolostomie zur Ableitung des Darminhalts vom Operationsfeld hält Verf. bei Wahl der sacralen Methode der Exstirpation für unnöthig, da die Peritonealhöhle unter Kontrolle der Augen sicher durch die Naht abgeschlossen werden kann, eine Infektion des Bauchfells aber auch durch die präliminare Kolostomie nicht sicher verhütet wird, da ferner der Aufschub von 2—3 Wochen, den die radikale Operation durch die Kolostomie erfährt, für den Erfolg jener bedenklich sein kann. Außerdem kann durch die Fixirung der Flexur an der Bauchwand das Herabziehen des oberen Mastdarmendes zur Naht erschwert werden.

E. hat meist in Seitenbauchlage operirt und die Durchtrennung des Kreuzbeines theils quer, theils schräg bis zur Höhe des 3. hinteren Sacralloches vorgenommen. Oft hat die alleinige Entfernung des Steißbeins genügt (es handelte

sich dann also um die Kocher'sche Methode. Ref.). Die Eröffnung des Bauchfells hat Verf., wenn thunlich, vermieden. Zur Mobilisirung des oberen Darmendes empfiehlt er aber im Nothfall eine freie Incision desselben mit nachfolgendem sorgfältigen Verschluss durch fortlaufende Naht. Wenn ohne Spannung möglich, hat er die volle Darmnaht gemacht; allein schon durch Vereinigung der vorderen Darmwand ist viel gewonnen. Bei Wegfall der Analportion wurde der Darm durch ein paar Nähte an die Haut fixirt, ausgiebig drainirt und mit Jodoformgaze tamponirt.

Unter 14 nach diesen Grundsätzen operirten Pat. sind 2 gestorben (ca. 14% Mortalität); 2 bekamen Recidive (nach 2 Jahren bzw. 4 Monaten); 10 leben gesund; davon 1 nach 5 Jahren, 2 nach 3 Jahren, 1 nach 1 Jahr 9 Monaten, 3 nach 1 Jahr, 1 nach 6 Monaten, 1 nach 3 Monaten p. op.

(Da 8mal das Steißbein allein entfernt wurde, können die Resultate nicht mit denen der Kraske'schen Methode direkt verglichen werden. Ref.)

F. Krumm (Karlsruhe).

31) Quénu. De l'exstirpation sacro-abdominale du rectum cancéreux en deux temps.

(Presse méd. 1896. No. 91.)

Verf. sieht als Hauptsache der schlechten Resultate nach Mastdarmexstirpation die Unmöglichkeit, das krebssig erkrankte Darmsegment gehörig zu desinficiren, an. Er glaubt, diesen Übelstand durch eine 2zeitige Operation umgehen zu können, indem er erst einen definitiven Kunstafter in der Mittellinie anlegt und dabei zugleich den später zu resequirenden Mastdarm abbündet, mit dem Thermokauter verschorft und invaginirt. 1—2 Tage später erfolgt dann die Exstirpation des Mastdarms vom Damm aus, bzw. mit Resektion des Kreuzbeins, wobei er noch besonders betont, dass man erst die vordere Loslösung, als die schwierigere, vornehmen soll, da man auf diese Weise leichter eine Verletzung der Prostata, bzw. der Scheide etc. vermeidet. Er hat auf die beschriebene Art eine Frau mit Glück und dauerndem Erfolg operirt.

Verf. begiebt sich bei dieser Methode von vorn herein der Möglichkeit, der Pat. einen annähernd natürlichen und schlussfähigen After zu erhalten. (Ref.)

Tschmarke (Magdeburg).

Über Schenkelhalsverbiegung¹.

Von

Dr. Ernst Müller.

Im Centralbl. für Chirurgie Jahrgang 1882 finde ich zufällig ein Referat (Th. Külliker) über: Fiorani, *Sopra una forma speciale di zoppicamento*. — Auf Grund von 15 Beobachtungen am Lebenden schilderte F. das Bild der Schenkelhalsverbiegung, dessen Ursache er auf Rachitis zurückführt.

Eine anatomische Untersuchung hat F. nicht vorgenommen.

Dieses Referat war mir bisher zu meinem Bedauern entgangen, und ich säume nicht festzustellen, daß Fiorani vor mir die Schenkelhalsverbiegung beschrieben hat. — Ein genauerer Einblick war aber erst durch die anatomische Untersuchung, zu der ich Gelegenheit gefunden hatte, möglich.

Stuttgart, 28. Oktober 1897.

¹ Trotz der redaktionellen Bemerkung auf p. 1095 im Interesse Fiorani's aufgenommen. Redaktion.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48.

Sonnabend, den 4. December.

1897.

Inhalt: O. Lanz, Osteoplastische Unterschenkelamputation. (Original-Mittheilung.)

1) Pelagatti, Blastomyceten und hyaline Degeneration. — 2) Petersen, Staphylo-
mykosis. — 3) 5) und 7) Hamburger, 4) und 6) Spronck, Venöse Stauung gegen
infektiöse Prozesse. — 8) Hirschfelder, Oxytuberkulin gegen Tuberkulose. — 9) Le-
jars, Infusion. — 10) Czempin, 11) Radestock, 12) Köhler, 13) Allen, Narkose. —
14) Krecke, 15) Reichold, Infiltrationsanästhesie. — 16) Matas, Chirurgische Eigenart
der Neger. — 17) Peters, Oberarmbruch. — 18) Roberts, Radiusbruch. — 19) Hübscher,
Perimetrie des Handgelenks. — 20) Staffel, Plattfußstiefel.

21) Naturforscher-Versammlung, Abtheilung für Unfallheilkunde. — 22) Zahradnicky,
Bakteriologisches. — 23) Muscatello, Gasphegmone. — 24) Scherer, Malignes Ödem.
— 25) Edmunds, 26) Pollewktow, Antistreptokokkenserum. — 27) Goldfarb, Airol. —
28) Reuter, Jodoformal. — 29) Frankenberger, Karholgangrän. — 30) Griffith, Osteo-
psathyrose. — 31) Spencer, Schlüsselbeinbruch. — 32) Lehmann, Radialislähmung. —
33) Courtin, Osteosarkom des Schlüsselbeins. — 34) Posadas, Entfernung der oberen
Extremität. — 35) Féré, Schrumpfung der Palmarfascie. — 36) Wwedenski, Folgen von
Arteritis obliterans. — 37) Müller, Missbildung der unteren Extremität. — 38) Gärtner,
Lux. Tali. — 39) v. Elselsberg, Heilung von Schienbeindefekten.

Osteoplastische Unterschenkelamputation.

Von

Dr. Otto Lanz,

Docent für Chirurgie in Bern.

Im Winter 1893/94 beschäftigte ich mich, zunächst an der Leiche, mit der Frage, wie im Verlauf der Diaphysen bessere Amputationsstümpfe zu erzielen wären. Zunächst fasste ich nur den Unterschenkel ins Auge und hatte es Anfangs lediglich auf eine möglichste Verbreiterung der tragenden Knochennarbe abgesehen, wie aus der umstehenden, nach einem Präparat vom Januar 1894 gezeichneten Figur 1 resultirt.

Während ich auf Gelegenheit wartete, meine Modifikation einer Unterschenkelamputation am Lebenden auszuführen, sind die bahnbrechenden Arbeiten Bier's auf diesem Gebiete erschienen, und Bier hat nun gezeigt, dass nicht sowohl die Breite des Knochenstumpfes für die Tragfähigkeit ausschlaggebend ins Gewicht fällt, als viel-

sich dann also um die Kocher'sche Methode. Ref.). Die Eröffnung des Bauchfells hat Verf., wenn thunlich, vermieden. Zur Mobilisirung des oberen Darmendes empfiehlt er aber im Nothfall eine freie Incision desselben mit nachfolgendem sorgfältigen Verschluss durch fortlaufende Naht. Wenn ohne Spannung möglich, hat er die volle Darmnaht gemacht; allein schon durch Vereinigung der vorderen Darmwand ist viel gewonnen. Bei Wegfall der Analportion wurde der Darm durch ein paar Nähte an die Haut fixirt, ausgiebig drainirt und mit Jodoformgaze tamponirt.

Unter 14 nach diesen Grundsätzen operirten Pat. sind 2 gestorben (ca. 14% Mortalität); 2 bekamen Recidive (nach 2 Jahren bezw. 4 Monaten); 10 leben gesund; davon 1 nach 5 Jahren, 2 nach 3 Jahren, 1 nach 1 Jahr 9 Monaten, 3 nach 1 Jahr, 1 nach 6 Monaten, 1 nach 3 Monaten p. op.

(Da 8mal das Steißbein allein entfernt wurde, können die Resultate nicht mit denen der Kraske'schen Methode direkt verglichen werden. Ref.)

F. Krumm (Karlsruhe).

31) Quénu. De l'exstirpation sacro-abdominale du rectum cancéreux en deux temps.

(Presse méd. 1896. No. 91.)

Verf. sieht als Hauptursache der schlechten Resultate nach Mastdarmexstirpation die Unmöglichkeit, das krebzig erkrankte Darmsegment gehörig zu desinficiren, an. Er glaubt, diesen Übelstand durch eine 2zeitige Operation umgehen zu können, indem er erst einen definitiven Kunststafter in der Mittellinie anlegt und dabei zugleich den später zu resecirenden Mastdarm abbindet, mit dem Thermokauter verschorft und invaginirt. 1—2 Tage später erfolgt dann die Exstirpation des Mastdarms vom Damm aus, bezw. mit Resektion des Kreuzbeins, wobei er noch besonders betont, dass man erst die vordere Loslösung, als die schwierigere, vornehmen soll, da man auf diese Weise leichter eine Verletzung der Prostata, bezw. der Scheide etc. vermeidet. Er hat auf die beschriebene Art eine Frau mit Glück und dauerndem Erfolg operirt.

Verf. begiebt sich bei dieser Methode von vorn herein der Möglichkeit, der Pat. einen annähernd natürlichen und schlussfähigen After zu erhalten. (Ref.)

Tschmarke (Magdeburg).

Über Schenkelhalsverbiegung¹.

Von

Dr. Ernst Müller.

Im Centralbl. für Chirurgie Jahrgang 1882 finde ich zufällig ein Referat (Th. Külliker) über: Fiorani, *Sopra una forma speciale di zoppicamento*. — Auf Grund von 15 Beobachtungen am Lebenden schilderte F. das Bild der Schenkelhalsverbiegung, dessen Ursache er auf Rachitis zurückführt.

Eine anatomische Untersuchung hat F. nicht vorgenommen.

Dieses Referat war mir bisher zu meinem Bedauern entgangen, und ich säume nicht festzustellen, daß Fiorani vor mir die Schenkelhalsverbiegung beschrieben hat. — Ein genauerer Einblick war aber erst durch die anatomische Untersuchung, zu der ich Gelegenheit gefunden hatte, möglich.

Stuttgart, 28. Oktober 1897.

¹ Trotz der redaktionellen Bemerkung auf p. 1095 im Interesse Fiorani's aufgenommen. Redaktion.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger
Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48.

Sonnabend, den 4. December.

1897.

Inhalt: O. Lanz, Osteoplastische Unterschenkelamputation. (Original-Mittheilung.)

1) Pelagatti, Blastomyceten und hyaline Degeneration. — 2) Petersen, Staphylo-
mykosis. — 3) 5) und 7) Hamburger, 4) und 6) Spronck, Venöse Stauung gegen
infektiöse Processe. — 8) Hirschfelder, Oxytuberkulin gegen Tuberkulose. — 9) Le-
jars, Infusion. — 10) Czempin, 11) Radestock, 12) Köhler, 13) Allen, Narkose. —
14) Krecke, 15) Reichold, Infiltrationsanästhesie. — 16) Matas, Chirurgische Eigenart
der Neger. — 17) Peters, Oberarmbruch. — 18) Roberts, Radiusbruch. — 19) Hübscher,
Perimetrie des Handgelenks. — 20) Staffel, Plattfußstiefel.

21) Naturforscher-Versammlung, Abtheilung für Unfallheilkunde. — 22) Zahradnicky,
Bakteriologisches. — 23) Muscatello, Gasphegmone. — 24) Scherer, Malignes Ödem.
— 25) Edmunds, 26) Pollewktow, Antistreptokokkenserum. — 27) Goldfarb, Airol. —
28) Reuter, Jodoformal. — 29) Frankenberger, Karholgangrän. — 30) Griffith, Osteo-
psathyrose. — 31) Spencer, Schlüsselbeinbruch. — 32) Lehmann, Radialislähmung. —
33) Courtin, Osteosarkom des Schlüsselbeins. — 34) Posadas, Entfernung der oberen
Extremität. — 35) Féré, Schrumpfung der Palmarfascie. — 36) Wwedenski, Folgen von
Arteriitis obliterans. — 37) Müller, Missbildung der unteren Extremität. — 38) Gärtner,
Lux. Tali. — 39) v. Elselsberg, Heilung von Schienbeindefekten.

Osteoplastische Unterschenkelamputation.

Von

Dr. Otto Lanz,

Docent für Chirurgie in Bern.

Im Winter 1893/94 beschäftigte ich mich, zunächst an der
Leiche, mit der Frage, wie im Verlauf der Diaphysen bessere Am-
putationsstümpfe zu erzielen wären. Zunächst fasste ich nur den
Unterschenkel ins Auge und hatte es Anfangs lediglich auf eine
möglichste Verbreiterung der tragenden Knochennarbe abgesehen,
wie aus der umstehenden, nach einem Präparat vom Januar 1894
gezeichneten Figur 1 resultirt.

Während ich auf Gelegenheit wartete, meine Modifikation einer
Unterschenkelamputation am Lebenden auszuführen, sind die bahn-
brechenden Arbeiten Bier's auf diesem Gebiete erschienen, und Bier
hat nun gezeigt, dass nicht sowohl die Breite des Knochenstumpfes
für die Tragfähigkeit ausschlaggebend ins Gewicht fällt, als viel-

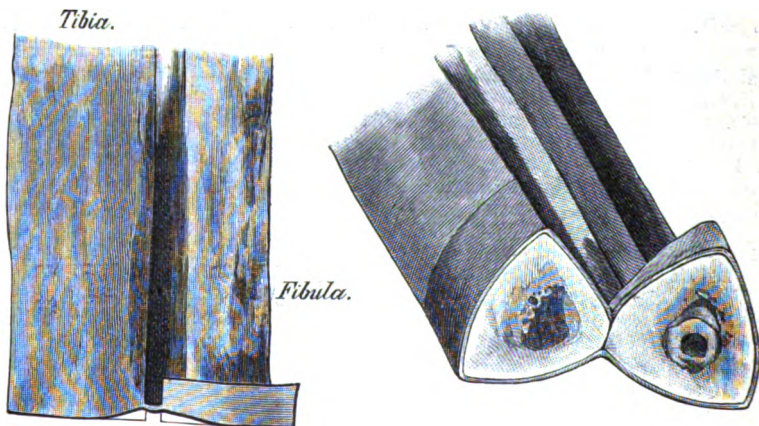
mehr die primäre Deckung der Markhöhle. In Folge dieser Anschauung, dass eine primär geschlossene Markhöhle die Tragfähigkeit des Amputationsstumpfes bedinge, erstrebt Bier einen primären knöchernen Verschluss der Markhöhle und erreicht denselben durch folgende Methoden:

1) Stumpfplastik mit Bildung eines künstlichen Fußes durch Keilausschnitt aus der Tibia oberhalb der Amputationsstelle mit Umliegen des losen unteren Stückes.

2) In gleicher Weise, aber mit einem gleich großen Knochenstück wie die Amputationsfläche, so dass kein »Fuß« entsteht;

3) mit einem kleineren Stück als der Querschnitt, nur die Markhöhle deckend.

Fig. 1.



Eine Knochenscheibe der Tibia wird, in möglichstem Zusammenhang mit dem Periost, auf die Fibula herübergeklappt und, wie ein Ring an einen Finger, auf dieselbe aufgespießt.

Gleich benutzt zur Deckung einen Knochenlappen von der Innenfläche der Tibia.

Ob in der That die Markhöhle es ist, welche den empfindlichen und nicht widerstandsfähigen Callus erzeugt, darüber ließe sich diskutieren; Thatsache ist aber, dass die Epiphysenschnittflächen tragfähig, die Diaphysen dagegen es nicht sind.

Jedenfalls scheint es für den Knochen eben so wohl wie für die Haut plausibel, dass seine Narbe nicht nach unten gekehrt werden darf.

Desswegen, und weil im vorliegenden Falle mein vorstehend illustrirter Operationstypus nicht in Frage kam, indem die Amputation zu hoch oben ausgeführt werden musste, und ich den Tibiaknochenring zu lang hätte stielen müssen, führte ich vor 1½ Jahren bei einer Amputatio cruris ein Verfahren aus, das mir sehr gut ent-

sprochen hat, und das ich desshalb in einem Auszug aus dem Operationsbericht hier kurz wiedergeben will:

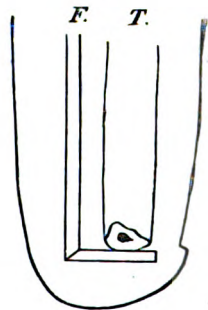
Handbreit über der Spitze des Malleolus ext. wird der Unterschenkel in einem einzeitigen Cirkelschnitt (durch Haut, Muskulatur und Knochen) abgesetzt. Dann wird der Durchmesser des Stumpfes, $+ \frac{1}{3}$ für die elastische Retraktion der Haut, hinzugerechnet, von der Amputationsstelle nach oben auf der Tibiainnenfläche abgemessen und durch einen Hick markirt. Von diesem Zeichen aus wird bis zur Cirkelschnittamputationsstelle hinunter ein ovalärer Schnitt (schräger Cirkelschnitt) von oben innen nach unten außen angelegt und durch Haut und Fascie geführt. Entsprechend diesem Ovalärschnitt wird nun das Messer im Zwischenknochenraum durchgestochen und nach unten außen geführt, so dass auf der Außenseite ein Lappen resultirt, der die Fibula mitsammt ihrer muskulären Einbettung in sich begreift. Dann wird eine geordnete sterile Gaze in den Zwischenknochenraum emporgeführt zum Schutze der Muskulatur, und die Tibia wird entsprechend dem oberen Pol des Ovalärschnittes durchgesägt.

Es resultirt aus diesem Vorgehen ein schräg gelegter Cirkulärschnitt durch Haut, Fascie, Muskulatur und Fibula. Die Fibula wird nun längs der Innenkante freigelegt und das Periost ganz im Zusammenhang mit der Muskulatur bis zur Höhe der Tibiasägefläche hinauf mit dem Raspatorium exakt gelöst, die Fibula subperiostal resecirt. Dann werden Artt. tibialis antica und postica ligirt, der Esmarch'sche Schlauch gelöst, die noch blutenden Gefäße unterbunden, der N. tibialis posticus resecirt, und schließlich der Periost-Muskellappen nach innen auf die Tibiasägefläche gelegt, so dass Fibula- und Tibiaschnitt von dem Periost-Muskelstrumpf bedeckt sind. Dieser Muskel-Periostlappen wird mit einigen Seidenknopfnähten fixirt, und die Haut darüber durch fortlaufende Naht vereinigt.

Es erfolgte tadellose Primaheilung, und der Stumpf ist nicht atrophisch geworden.

Hätte ich es gewagt, die Fibula selbst, nach Zurückschlagen ihres Periosts auf der Innenseite, auf die Sägefläche der Tibia aufzuheilen (cf. Fig. 2), was ich in meinem nächsten Falle unbedenklich thun werde, so hätte ich damit einen Operationsmodus gewählt, der den osteoplastischen Methoden von Pirogoff, Gritti und Sabanaeff nachgebildet war. Ich wagte es aber in dem vorliegenden Falle nicht, complicirtere Wundverhältnisse herzustellen, weil ich der Primaheilung nicht sicher war; denn der abgesetzte Gliedabschnitt war von Fisteln durchzogen, und Haut und Weichtheile bis über die Mitte des Unterschenkels hinauf infiltrirt. Desshalb schien mir das Schaffen complicirterer Heilungsbedingungen, das durch Auf-

Fig. 2.



heilen eines Fibulastückes immerhin gegeben war, zu riskirt, und ich beschränkte mich darauf, den Periostschlauch der Fibula im Zusammenhang mit Muskulatur und Haut auf die Sägefläche zu appliciren.

Bei Versuchen an der Leiche schien mir die osteoplastische Deckung des Tibiastumpfes mittels der Fibula vor den Bierschen Operationstypen wenigstens den Vorzug der technisch leichteren Ausführbarkeit zu besitzen.

1) **Pelagatti.** Über Blastomyceten und hyaline Degeneration.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXV. Hft. 4.)

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die färberischen Reaktionen der neuerdings in der Pathologie eine große Rolle spielenden Hefepilze zu vergleichen mit den in den verschiedenen Geschwulstformen (Carcinom, Rhinosklerom, Acnekeloid etc.) zu findenden Gebilden, welche nach der Angabe P.'s vollständig mit den von Sanfelice beschrieben und als Hefepilze aufgefassten Körperchen übereinstimmen. Er hat dabei konstatiert, dass die Blastomyceten immer eine Mischfarbe annehmen, während die in den Geschwüren sich findenden Körperchen bei Doppelfärbung immer eine Affinität für die eine oder die andere Farbe zeigen. Verf. sieht die letzteren daher als das Produkt einer hyalinen Degeneration an.

Jadassohn (Bern).

2) **Petersen.** Über Immunisirung und Serumtherapie bei der Staphylomykosis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 2.)

P. hat sein Thema mit systematischer Gründlichkeit in Angriff genommen. Zunächst entscheidet er 3 Vorfragen, welche die Basis seiner Untersuchungen bilden, folgendermaßen:

- 1) Die Staphylomykose ist eine infektiös-toxische Erkrankung.
- 2) Das Überstehen einer schweren Staphylomykose bedingt beim Menschen wahrscheinlich eine vorübergehende Immunität.
- 3) Nach Ablauf einer schweren Staphylomykosis sind im menschlichen Blutserum Antikörper nachweisbar.

Die Methodik der Versuche anlangend, so erwiesen sich die bisherigen Kenntnisse über das Staphylokokkentoxin so wie die vom Verf. fortgeführten Untersuchungen über letzteres noch nicht als genügend, um zur Grundlage für Immunisierungsversuche zu dienen. P. benutzte daher zunächst einfachere Methoden, nämlich Injektionen 1) des Kultursterilates, 2) des Kulturfiltrates, 3) abgeschwächter Kulturen.

Über die Ergebnisse der ersten Versuchsreihe hat schon Reichenbach berichtet (ref. in dies. Bl. 1897 No. 28). Die Resultate der 2. Methode waren im Wesentlichen negative, während bei der 3. Versuchsanordnung, bzw. durch eine Kombination derselben mit Me-

thode 1, das wirksamste Serum gewonnen wurde, wenn schon der Gehalt an Schutzstoffen bei den einzelnen Thieren trotz völlig gleicher Behandlung erheblich schwankte. Als Versuchsthiere dienten Kaninchen und Ziegen. Das Maximum an Schutzstoffen wird nach etwa 3monatlicher Behandlung erreicht; nach Abschluss derselben nehmen die Antikörper wieder ab, nach 4 Monaten sind sie vollkommen verschwunden.

Was die Art der Serumwirkung betrifft, so ist dieselbe im Thierkörper als antibakterielle aufzufassen, wenn auch im Reagensglas baktericide Eigenschaften sich nicht nachweisen ließen. Eine wesentliche antitoxische Wirkung des Serums konnte nicht festgestellt werden, ließ sich aber auch nicht mit Sicherheit ausschließen. Übertragung seiner Versuche auf den Menschen hält P. noch für verfrüht, da, selbst gleich günstige Verhältnisse wie bei den Versuchsthiere vorausgesetzt, bis zu 700 g Serum nöthig wären. Seine Hoffnung in dieser Richtung setzt Verf. in erster Linie auf die Gewinnung konzentrierter Antikörper durch chemische Ausfällung.

Hofmeister (Tübingen).

3) H. J. Hamburger. Over den heilzamen invloed van veneuse stuwing en ontsteking in den strijd van licham tegen bacterien.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1897. No. 5.)

Die klinische Erfahrung hat gelehrt, dass der Stauung des Blutes eine bakterienfeindliche Kraft innewohnt. Eine begründete Erklärung dieser Wirkung haben aber die Autoren nicht zu geben vermocht. H. meint dazu in der Lage zu sein und will sie durch die Erhöhung des Alkaleszenzgrades, der in den Gefäßen und im Gewebssaft nach venöser Hyperämie auftritt, erklären.

Dass wirklich eine Wechselbeziehung zwischen Blutalkaleszenz und antibakterieller Wirkung besteht, in dem Sinn, dass die letztere steigt, wenn die erstere sich erhöht, ist, seitdem Behring als Erster nachgewiesen hatte, dass die Immunität von Ratten, Milzbrand gegenüber, von dem Alkaligehalt des Blutes abhängt, von den verschiedensten Seiten vielfach experimentell festgestellt worden (v. Fodor, Arloing, Cornevin und Thomas, Roux und Nocard, Cantani, v. Lingelsheim und Boer und noch viele Andere).

Nun war aus früheren Versuchen des Verf. die Thatsache hervorgegangen, dass nach Durchführung von CO₂ durch arterielles Blut der Alkaligehalt des Serums erheblich steigt, eine Folge der Spaltung eines Theils der Albuminate, sowohl im Serum selbst, als auch in den Blutkörperchen. 5 Vol.-% CO₂ (der Gehalt des natürlichen venösen Blutes) giebt eine Erhöhung von 30% Alkali, vollkommen in Übereinstimmung mit dem Umstand, dass das Jugularisplasma 25% mehr Alkali enthält als das Carotisplasma. Gleichzeitig giebt aber das Serum einen Theil seiner Wassermenge den geformten Elementen

ab, wodurch diese schwellen und andererseits die Konzentration des Serums noch größer wird.

Aus diesen Versuchen war, mit Rücksicht auf die obengenannte Erhöhung der antibakteriellen Wirkung des Blutes durch Vermehrung seines Alkaligehalts, schon mit Wahrscheinlichkeit zu entnehmen, dass auch bei der venösen Stauung der nämliche Faktor im Spiel sein musste.

Der Verf. hat es nicht unterlassen, dieser supponirten Wirkung experimentell eine wissenschaftliche Unterlage zu sichern. Seine Methode war folgende:

Gleiche Theile von gewöhnlichem Blutserum und von Serum, das mit 5 Vol.-% CO_2 durchgeschüttelt war, wurden mit gleichen Quantitäten einer Bouillonkultur von *Staphylococcus pyogenes aureus* oder *Bac. anthracis* geimpft und während 3—4 Stunden im Brutofen auf Körpertemperatur gebracht. Nach dieser Zeit waren die Sera noch immer vollkommen klar. Alsdann wurden Reagensgläser, die 5 ccm Bouillon enthielten, mit gleich großen Quantitäten dieser Sera geimpft und während 14 Stunden auf Körpertemperatur gehalten. Hierdurch war das Verhältnis der noch entwicklungsfähigen Bakterien zu ermitteln. Inzwischen wurden zum gleichen Ziele auch die ursprünglichen Sera wiederum weitere 10—11 Stunden in dem Brutschrank einer Temperatur von 38°C . ausgesetzt.

Nunmehr galt es, die Zahl der Bakterien in den verschiedenen Kulturen festzustellen. Die Methoden der Aussaat auf feste Nährböden und Zählung der aufgekommenen Kolonien verwarf Verf., indem die Schwierigkeit einer gleichmäßigen Vertheilung und die Agglutination der einzelnen Kokken nothwendig gewisse Fehler in sich schließt. Nachdem auch Versuche, die Zahl durch direkte Zählung unter dem Mikroskop festzustellen, misslungen waren, wusste Verf. das Ziel auf eine ganz originelle Weise zu erreichen, nämlich durch Feststellung des Volumens der sämtlichen in den Kulturen vorhandenen Bakterien. Dazu wurden Röhrchen verwendet, deren Reservoir, das ± 8 ccm Flüssigkeit enthalten konnte, in einen ganz dünnen, graduirten Theil verläuft. In diese Röhrchen wurden die Kulturen gebracht und bis auf konstantes Volumen centrifugirt.

Immerhin war durch die Intensität der Trübung allein schon eine gewisse Abschätzung möglich. Dazu wurden denn auch Gläser von gleichem Durchmesser verwendet.

Das Ergebnis aller dieser Versuche war ohne Ausnahme, dass dem mit CO_2 vorbehandelten Serum eine viel größere antibakterielle Wirkung zukam, als dem gewöhnlichen, auch wenn die vermehrte Konzentration durch Zusatz von Flüssigkeit ausgeglichen war.

Dieselben Versuche wurden mit Jugularis- und Carotisplasma wiederholt, und auch hier ergab sich ganz übereinstimmend, dass das erste bisweilen 60% größere bakterienfeindliche Wirkung ausübte, als das zweite.

Weiter wurde auf dieselbe Weise ermittelt, dass das Serum des Stauungsblutes aus der Vena jugularis eine viel kräftigere antibakterielle Wirkung ausübt, als das gewöhnliche, und schließlich auch, dass die Gewebsflüssigkeit den nämlichen Gesetzen folgt.

Auch das Entzündungsexsudat zeigte ganz dasselbe Verhalten. Verf. wiederholte seine Versuchsreihe sowohl mit künstlichem Exsudat (Pferdeblut, woraus nach Entfernung der rothen Blutkörperchen durch Centrifugiren die weißen mit ein wenig Flüssigkeit entnommen waren, oder fein zertheilte Lymphdrüsen in ein wenig Blutserum), das mit CO_2 vorbehandelt war, als auch mit natürlichem vom Hunde, dessen Hinterpfote 8 Minuten in Wasser von 65° getaucht war.

G. T. Walter ('s Gravenhage).

4) **C. H. H. Spronck.** Over den invloed van veneuse stuwing op infectieuse processen.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1897. No. 10.)

5) **H. J. Hamburger.** Opmerkingen naar aanleiding van een opstel van Prof. Dr. C. H. H. Spronck, getiteld: »Over den invloed van veneuse stuwing op infectieuse processen«.

(Ibid. No. 13.)

6) **C. H. H. Spronck.** Over den invloed van CO_2 op infectieuse processen.

(Ibid. No. 16.)

7) **H. J. Hamburger.** Over den invloed van CO_2 op infectieuse processen.

(Ibid. No. 17.)

Nach Erscheinen der oben referirten Arbeit Hamburger's hat S. Bedenken gegen die vom Verf. gezogenen Schlussfolgerungen geäußert. Aus den 2 von Hamburger festgestellten Thatsachen:

1) dass CO_2 den Alkaligehalt von Blut und Gewebsflüssigkeit sowohl in vivo als in vitro steigert,

2) dass die baktericide Wirkung von Blut und Lymphe, die mit CO_2 geschwängert sind, so wie von Stauungsblut und Transsudat in vitro größer ist, als die von arteriellem Blut in normaler Lymphe, sei nach S. noch nicht zu folgern, dass CO_2 »ein kräftiges Hilfsmittel ist im Kampf des Körpers gegen Bakterien«, da die Ergebnisse des Experiments in vitro nicht ohne Weiteres auf die Prozesse in vivo übertragen werden dürfen.

Die klinischen Erfahrungen widersprechen dem durchaus: akute Entzündungen, heiße Abscesse und Erysipel sind oft die Folge der Stauung, wenn pyogene Kokken die tuberkulöse Infektion compliciren. Mit Ausschluss aller anderen Bakterienarten scheint dagegen nur der Tuberkelbacillus von der Stauung eine nachtheilige Wirkung zu empfinden, indem dieser: 1) für seine Weiterentwicklung O

nicht entbehren kann und 2) ein alkalisches Nährsubstrat ihm nicht zugesagt.

Weiter haben experimentelle Untersuchungen diese klinischen Erfahrungen gestützt, da sich herausgestellt hat, dass »seröse Entzündung nicht wenig für eine Invasion von Bakterien prädisponirt (Ribbert, de Wildt, Lubarsch), obwohl die baktericide Wirkung des serösen Exsudats in vitro gewiss, und vielleicht auch in vivo größer ist, als die von normaler Lymphe«. Hieraus wäre zu entnehmen, dass die baktericide Wirkung der serösen Exsudate im lebenden Organismus gar wenig zu bedeuten habe und es widersinnig wäre, mit Hamburger zu sagen, dass sie ein kräftiges Hilfsmittel im Kampf des Körpers gegen Bakterien sei. Vielmehr meint S., dass »Hamburger's Experimente so gut als nichts gelehrt haben in Bezug auf die Frage, ob Häufung von CO_2 im Blut für den Organismus vortheilhaft oder nachtheilig sei im Kampfe gegen Mikroben«.

Gegen diese Bedenken führt H. an, dass seine Folgerungen nicht allein auf die 2 oben citirten Thatsachen sich stützen, sondern noch auf eine dritte, in der Sache von überwiegender Bedeutung, nämlich diese, dass »sowohl in vivo als in vitro die baktericide Kraft des Blutes mit der Alkalicität gleichen Schritt hält«. Er beruft sich hier auf die erwähnten Thierexperimente von Behring, v. Fodor et al., die auch in vivo durch Vermehrung des Alkaligehalts eine größere antibakterielle Kraft des Blutes konstatirten.

Angenommen, dass durch Vermehrung der Alkalicität eine größere baktericide Kraft, sowohl im Reagensglase als im lebenden Körper festgestellt worden, so war für Hamburger nur zu eruiiren, ob auch Vermehrung von CO_2 eine Steigerung der antibakteriellen Wirkung zur Folge habe. Und dies in vitro nachgewiesen zu haben, war Hamburger genug, obwohl er den Werth von gänzlich in vivo vorgenommenen Experimenten nicht unterschätzen will.

Der Kernpunkt des ganzen Streits scheint Ref. die Frage zu sein, ob es erlaubt ist, wie Hamburger thut, Blut, dessen Alkalicität erhöht ist durch Zusatz von Alkali, so ohne Weiteres zu vergleichen mit Blut, dessen Alkalicität erhöht ist durch Stauung. Es ist nicht schwer einzusehen, dass dies ganz heterogene Sachen sind, und Hamburger einerseits kein Recht hat, sich auf die Experimente Behring's, v. Fodor's etc. zu berufen, andererseits, wie S. betont, die Bedeutung der klinischen Erfahrungen sowohl als die Experimentaluntersuchungen Ribbert's und seiner Nachfolger zu wenig beachtet hat. Übrigens hat Hamburger selbst zugegeben, dass in vivo diese baktericide Kraft durch andere Einflüsse neutralisirt werden könnte, wodurch sie nicht zur Geltung kommen könnte. Damit ist aber über den praktischen Werth, den seine sonst interessanten Versuche verfolgten, schon der Stab gebrochen.

Das Experiment in vivo allein kann in dieser Frage das entscheidende Wort reden und es wird es gewiss bald thun, indem dessen Ausführung ganz leicht ist. G. T. Walter ('s Gravenhage).

8) **J. O. Hirschfelder.** The cure of tuberculosis by oxytuberculine, with experiments on patients, animals and cultures.

(Vortrag, gehalten in der »Med. Soc. of the State of California 1897. April«.)

Verf. theilt die Erfolge mit, die er in der Behandlung der Tuberkulose mit Oxytuberkulin erzielt hat. Von der Annahme ausgehend, das Antitoxin werde im Körper durch Oxydation zu Oxantitoxin umgewandelt, suchte er auf demselben Wege das Antitoxin im Glase darzustellen. Da die Mischung von Tuberkulin und Wasserstoffsuperoxyd, bei gewöhnlicher Temperatur ausgeführt, die gleichen Resultate gab, wie das reine Tuberkulin, so setzte er das Gemisch, das aus 10 Volumentheilen Tuberkulin und 1 Volumenthail 10%iger Wasserstoffsuperoxydlösung besteht, während 130 Stunden einer Temperatur von 100° C. aus, wobei von 12 zu 12 Stunden die oben angegebene Menge Wasserstoffsuperoxyd zugesetzt wurde. Die sauer reagirende Flüssigkeit wurde mit Natrium causticum alkalisch gemacht und sodann nochmals erhitzt, um den Überschuss von Wasserstoffsuperoxyd zu entfernen. Zum Schluss wurde 5% Borsäure zugesetzt, um Zersetzung zu verhindern. Die subkutane Injektion dieser Flüssigkeit verursachte im Gegensatz zum Tuberkulin keine Allgemeinerscheinungen. Dagegen hatte sie einen günstigen Einfluss auf den Verlauf tuberkulöser Affektionen sowohl beim Versuchsthier, als bei Menschen. Von 65 auf diese Weise behandelten Phthisikern aus allen Stadien der Krankheit starben 5 (sämmtlich im letzten Stadium befindliche Patienten). Bei 7 verschlimmerte sich das Leiden trotz der Behandlung, bei 8 blieb es stationär, 5 wiesen leichte, 29 bedeutende Besserung auf, und 11 werden vom Verf. als geheilt betrachtet. Bei einer aller Behandlung trotzenden lokalen Tuberkulose an der Hand eines Arztes trat auf äußerliche Anwendung von Oxytuberkulin auf die Wunde rasche Heilung ein.

Verf. nimmt an, dass das Oxytuberkulin direkt antibakteriell wirkt. Bei Versuchen im Glase wuchsen Tuberkelbacillen in einem Gemisch von Glycerin-Fleischbouillon und gewöhnlichem Tuberkulin kräftig weiter, während sie durch Zusatz von Oxytuberkulin am Wachsen verhindert wurden; und zwar nahm die Entwicklung der Tuberkelbacillen im umgekehrten Verhältnis ab mit der Größe des Oxytuberkulinzusatzes. Zu vollständiger Unterdrückung des Wachstums waren 30% Oxytuberkulin nöthig. Vergleichende Versuche mit verschiedener Oxydationsdauer ergaben, dass die günstigsten Wirkungen bei 120—144 Stunden erzielt wurden. Bei längerer Erhitzung verlor das Präparat seine antituberkulöse Wirkung.

Ähnliche Versuche machte Verf. des Vergleiches wegen mit *Micrococcus ureae*, *Typhusbacillen*, *Diphtheriebacillen* und *Staphylokokken*. Er stellte aus sterilisirten, filtrirten Kulturen ein Toxin her, das in der oben beschriebenen Weise mit Wasserstoffsuperoxyd behandelt wurde. Bei allen genannten Mikroorganismen nahm das

Oxytoxin nach einer zwischen 65 und 130 Stunden schwankenden Oxydationsdauer entwicklungshemmende Eigenschaften an. Dass es sich nicht um die Bildung irgend eines antiseptischen Körpers, sondern um eine spezifische Wirkung handelt, schließt Verf. daraus, dass z. B. im Oxytuberkulin, das das Wachsthum von Tuberkelbacillen aufhebt, andere Mikroorganismen mit Leichtigkeit wachsen.
de Quervain (Chaux-de-Fonds).

9) **F. Lejars.** Le lavage du sang.

(Oeuvre méd.-chir. No. 3.)

Paris, **Masson & Cie.**, 1897, 42 S.

Das vorliegende dritte Heft der »Oeuvre médico-chirurgicale« (einer kürzlich gegründeten litterarischen Unternehmung in der Art der Volkmann'schen Vorträge) enthält eine gelungene Darstellung des gegenwärtigen Standes der Infusionsfrage. Nach einer geschichtlichen Einleitung, welche kurz und gut die Entwicklung der intravaskulären und subkutanen Infusion von physiologischen Lösungen schildert, bespricht L. in vier Kapiteln die Injektionsflüssigkeit, die Technik, die experimentelle Grundlage und schließlich die klinische Anwendung, mit Berücksichtigung der Kontraindikationen. Als einfachste, praktischste Flüssigkeit wird sterilisirte 8—10⁰/₀₀ige Kochsalzlösung empfohlen — wie sie übrigens allgemein verwendet wird. Bezüglich der Technik empfiehlt Verf. für alle Fälle, wo nicht Gefahr im Verzuge ist, die subkutane Infusion von nicht zu kleinen Flüssigkeitsmengen.

Die intravenöse Infusion dagegen, welche Verf. bei starken Venen mittels direkten Einstiches, ohne Hautschnitt, bei schwach entwickelten Venen unter Freilegung des Gefäßes ausführt, wird für die dringendsten Fälle reservirt. Die grobentheils der Geschichte angehörige intraarterielle Infusion wird als ganz ausnahmsweise anzuwendendes, an sich durchaus ungeeignetes Verfahren bezeichnet.

Die intraperitonealen Infusionen hält Verf. ebenfalls mit Recht für unzweckmäßig, ohne das große Absorptionsvermögen des Bauchfells in Frage stellen zu wollen. Dass in diesem Kapitel auch die Eingießungen in den Mastdarm erwähnt werden, ist wohl nicht ganz sachgemäß, sonst müsste die Flüssigkeitszufuhr in den Magen auch angeführt werden.

Die experimentelle Studie giebt eine gedrängte Übersicht über die bisher am Thier ausgeführten Untersuchungen, besonders in so weit sie für die menschliche Physiologie und Pathologie Bedeutung haben. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden.

Bei der Darstellung der klinischen Anwendung bespricht L. zuerst die starken Blutverluste, dann den traumatischen und operativen Shock, so wie die verschiedenen Formen von Collaps, ferner gewisse Vergiftungen, und endlich infektiöse Processe. Bei jeder Gruppe wird der Erfolg der Infusion durch kurze Krankengeschichten illustriert. Was die Blutungen betrifft, so hebt Verf. mit Recht hervor,

dass mit den Infusionen nicht nachgelassen werden darf, auch wenn sich nach einer ersten oder zweiten Infusion der Puls wieder verschlimmert. So führt er eine eigene Beobachtung an, wo bei einer Oberschenkelzertrümmerung 7 Liter Kochsalzlösung in die Armvenen infundirt werden mussten, bis sich der Puls dauernd erholte. Unter Umständen genügt es, die erste Infusion intravenös zu machen und dann subkutan fortzufahren. L. tritt ferner der Befürchtung entgegen, die Salzwasserinfusion könnte bei inneren Blutungen eine Wiederholung der Blutung bewirken. Es zeigt sich im Gegentheil ein gewisser Grad von blutstillender Wirkung.

Bezüglich der Collapszustände sei erstlich erwähnt, dass L. Salzwasserinfusionen bei Collaps in Folge von Hirnerschütterung mit angeblich günstigem Erfolg angewendet hat. Was den operativen Shock betrifft, so empfiehlt Verf., die Infusion schon beim Beginn der Operation auszuführen, wenn es sich um schwächliche Individuen handelt, bei denen ein Shock so zu sagen voraus zu sehen ist. L. hat in dieser Weise Fälle mit Erfolg operirt, die er sonst für inoperabel gehalten hätte, und bezeichnet diese präventiven Infusionen als eine wirkliche Erweiterung des Operationsgebietes.

Unter den Intoxikationen ist in erster Linie die Anwendung der Infusion bei Narkosecollaps zu erwähnen (spec. bei Chloroform). Verf. giebt darüber keine eigenen Erfahrungen, verweist aber auf seine präventiven Infusionen. Auch bei anderweitigen Vergiftungen wurden gute Erfolge erzielt — neben Misserfolgen. Von größerer Bedeutung ist die Anwendung der Kochsalzinfusion bei infektiösen Processen, speciell bei septischer Peritonitis. Ob es sich freilich in allen als geheilt angeführten Fällen wirklich um septische Peritonitis gehandelt, das dürfte wohl schwer zu erweisen sein. Bemerkenswerth ist immerhin ein von L. erwähnter Fall, wo die diffuse Perforativperitonitis durch Laparotomie nachgewiesen wurde, und wo auf intravenöse Infusionen hin (26 Liter in 9 Tagen) Heilung eintrat. Auch hier betont Verf. die Wichtigkeit einer consequenten Fortsetzung der Infusionen, auch bei anfänglichem scheinbarem Misserfolg. Besonders zu beachten ist dies bei chronisch verlaufender Sepsämie, wo regelmäßige Infusionen von 1—1½ Liter von entschieden günstigem Einfluss sind. Auch bei Tetanus wird von Erfolgen berichtet. Für die von Sahli zuerst versuchte Behandlung der Urämie mit Salzwasserinfusionen werden nach Bosc wiederholte mäßige Gaben (200—250 g) empfohlen. Der Raum verbietet uns, auf die übrigen, mehr der inneren Medicin angehörenden Indikationen für Kochsalzinfusionen einzugehen.

Erwähnt sei zum Schluss noch die Anführung der gelegentlich beobachteten Begleiterscheinungen, wie vorübergehende Albuminurie und Hämoglobinurie, so wie auch eine einmal beobachtete Glykosurie. Häufiger ist Hautödem nach Infusionen bei Niereninsufficienz. Als Gegenindikation gegen zu massive intravenöse Infusionen werden

Herzaffektionen angeführt; Verf. empfiehlt jedenfalls, bei Herzkranken wenn irgend möglich nur die subkutane Infusion zu verwenden.

Es ist aus dem Angeführten ersichtlich, dass die vorliegende Arbeit, wenn sie auch, wie es in der Natur der Sache liegt, nicht viel Neues bringt, eine mit großer Sachkenntnis geschriebene Darstellung des gegenwärtigen Standes der Infusionstherapie bietet und manchen praktischen Wink enthält. Nur nebenbei sei bemerkt, dass der französische Ausdruck »lavage« eigentlich recht unglücklich gewählt ist, da er nur die bis jetzt durchaus nicht wichtigste Seite der Infusionen bezeichnet. Unter den klinischen Indikationen hätte auch noch diejenige der einfachen Wasserzufuhr bei Pat. erwähnt werden können, welche auf absolute Diät gesetzt sind, und bei denen auch die Zufuhr durch den Mastdarm aus irgend einem Grunde nicht zuträglich oder nicht ausführbar ist. In solchen Fällen wird die subkutane Zufuhr, wie Ref. öfters beobachtet hat, von den Pat. als ein wirkliches Bedürfnis empfunden, und es gelingt leicht, das nöthige Flüssigkeitsquantum, ca. 2000—2500 g täglich, subkutan beizubringen. Es kann dabei, besonders bei Pat. mit schlaffem Unterhautzellgewebe, mit Leichtigkeit an ein und derselben Stelle 1—1,5 Liter Flüssigkeit zugeführt werden, also viel mehr, als die Menge von 300 g, welche Verf. als Maximum für eine Injektionsstelle bezeichnet. Ref. zieht es vor, das für den Pat. immerhin unangenehme Einstechen der Nadel nicht zu oft zu wiederholen, und dafür eine größere Menge Wassers langsam (mit 80 bis 100 ccm Druck) an der gleichen Stelle einfließen zu lassen. Nur 1mal, unter einer großen Zahl von Fällen, beobachtete er eine umschriebene Hautangrän an der Injektionsstelle, und zwar bei einem kachektischen Individuum.

Erwähnt sei zum Schluss noch, dass L. die ausländische Literatur sehr eingehend berücksichtigt. **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

10) **A. Czempin.** Die Technik der Chloroformnarkose.

Berlin, **Otto Enslin**, 1897. 38 S.

Das Büchlein zeichnet sich durch übersichtliche Anordnung des Stoffes wie klare Ausdrucksweise aus und entspricht hierdurch ganz besonders seiner rein praktischen, didaktischen Aufgabe. Der Verf., ein eifriger Chloroformfreund, beschränkt die Indikation der Äthernarkose auf einige wenige Ausnahmefälle; den in den letzten Jahren entbrannten Streit, ob Äther oder Chloroform vorzuziehen sei, kann er sich bei der für ihn feststehenden Überlegenheit des Chloroforms nur dadurch erklären, dass »die Schulung der Ärztegenerationen in der Technik der Chloroformnarkose seit Jahrzehnten eine ungenügende war«. Diese Schulung zu fördern, ist der Zweck seiner Ausführungen. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, kann man wohl sagen, dass der angehende Arzt in der kleinen Schrift im Großen und Ganzen einen guten Rathgeber zur Erlernung der Chloroformnarkose findet. Auffallend ist allerdings der ganz hervorragende Platz, den der Verf.

dem Pupillarreflex unter den Kriterien bei der Narkose zuweist. Es dürfte doch wohl didaktisch zweckmäßiger sein, die fundamentale Wichtigkeit einer permanenten Beobachtung der Athmung und vor Allem des Pulses während der Narkose schärfer hervorzuheben, und diese Dinge nicht erst in zweite Linie zu stellen. Sätze wie »Wer im Verlauf der Narkose seines Pat. in aufmerksamer Weise die Pupillen beobachtet und für die Freihaltung der Athmung sorgt, braucht den Puls seines Kranken nicht zu kontrolliren«, können selbst mit der später folgenden Einschränkung, dass die Pulskontrolle zu Anfang der Narkose nothwendig sei, kaum auf allgemeine Zustimmung rechnen. Auch die Darstellung der Tropfmethode als eines unrationellen, schematischen Verfahrens ist geeignet, bei Anfängern Verwirrung anzurichten. Dabei wendet der Verf. die Tropfmethode, wie aus seinen weiteren Ausführungen hervorgeht, offenbar selbst in der richtigen Weise an.

E. Martin (Köln).

11) **Radestock.** Kriegschirurgische Beiträge zur Narkosenfrage.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1897. Hft. 7.)

12) **A. Köhler.** Bemerkungen zu Radestock's Kriegschirurgischen Beiträgen zur Narkosenfrage.

(Ibid. Hft. 8—9.)

Im ersten Aufsatz versucht R. auf Grund der Untersuchungen Bandler's, für den Kriegsgebrauch zur Einleitung der Narkose das Chloroform als gänzlich verwerflich hinzustellen. Nach Ansicht des Ref. darf die Narkosenfrage eine einseitige Beurtheilung dieser Art überhaupt nicht erfahren; denn es ist füglich nicht einzusehen, warum gerade in der Kriegschirurgie das Chloroform verwerflicher sein soll, als in der gewöhnlichen Chirurgie des Tages und Friedens. Im Gegentheil, im Allgemeinen dürfte man dem Herzen eines jungen und felddienstfähigen Kriegers mehr zumuthen dürfen, als dem eines alten Potators, der gelegentlich eine Maschinenverletzung erfährt. Nach R. soll es der starke Blutverlust sein, welcher die Anwendung des Chloroforms kontraindicire; aber es ist doch nicht füglich einzusehen, warum die Friedensverletzungen nicht ebenfalls Blutverluste herbeiführen sollen, welche die Narkose überhaupt verbieten können. Ja, man muss in letzterer Hinsicht noch weiter gehen. Ist es doch eine alte feldärztliche Regel, während des Vorhandenseins eines Shocks nicht nur die Narkose, sondern auch jede Operation zu unterlassen. Dasselbe dürfte doch sicher auch auf einen durch akuten Blutverlust hochgradig anämischen Mann Anwendung finden! Nur als »letzten Versuch« wird man bei einem solchen überhaupt operiren, und es wird, falls man sich doch zur Operation entschließt, ziemlich unwesentlich sein, ob man zu der Narkose Chloroform oder Äther oder das ideale Chloroform-Äthergemisch des Verf. benutzt — die Narkose an sich vermehrt die Gefahr! Demnach muss Ref. der

Ansicht Ausdruck geben, dass die so überaus schwierige Narkosenfrage nur im Ganzen zu lösen ist, dass man nicht für die Kriegschirurgie einen anderen Maßstab in Bezug auf sie anlegen darf, als für die Chirurgie überhaupt — adhuc sub judice bis est.

Im zweiten Aufsatz unternimmt es K., die gegen das Chloroform und für das Gemisch $\frac{3}{5}$ Äther, $\frac{2}{5}$ Chloroform angeführten Gründe im Einzelnen als nicht stichhaltig nachzuweisen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

13) D. P. Allen (Cleveland). The effect of anaesthesia upon temperature and bloodpressure.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. März.)

Nach einer an einem 6jährigen Kinde vorgenommenen Kniegelenkresektion, während welcher auf warme Bedeckung des Kindes nicht besonders Acht gegeben worden war, fand A. im Mastdarm eine Temperatur von $35,7^{\circ}$ C. Um zu entscheiden, wie viel von dieser Temperaturerniedrigung auf Rechnung der Narkose zu setzen war, stellte A. mit verschiedenen Anästheticis (Äther, Chloroform, Alkohol-Chloroform-Äthermischung) Versuche an Hunden an, die unter den verschiedensten Bedingungen standen: eingehüllt in Wolldecken, ohne Bedeckung, an Thieren, die sich vollkommen gesund befanden, an solchen mit Verletzungen, an operirten Thieren, sei es dass Blutverlust dabei im Spiele war oder nicht; ferner wurde der Einfluss von Ergotin, Atropin und Alkohol auf Temperatur und Blutdruck der narkotisirten Thiere studirt.

Die Hauptergebnisse dieser an 35 Hunden angestellten Untersuchungen sind folgende:

1) Hunde verlieren in langer Narkose in einem Raum von gewöhnlicher Zimmertemperatur viel von ihrer Eigenwärme. — 2) Durch sorgfältige Bedeckung kann dieser Wärmeverlust fast ganz vermieden werden. — 3) Die Körpertemperatur kann in der Narkose sogar gesteigert werden, wenn man den Körper mit heißen Krügen umgiebt. — 4) Ergotin und Atropin vermindern den Wärmeverlust ein wenig. — 5) Nach Äther kehrt die Temperatur schnell zu ihrer früheren Höhe zurück, nach Chloroform und nach der Narkose mit der oben genannten Mischung weniger schnell. — 6) Mit dem Wärmeverlust geht ein Sinken des Blutdrucks einher. — 7) In einem Zimmer mit erhöhter Temperatur (etwa 27° R.) stieg die Temperatur der narkotisirten Thiere erheblich, während der Blutdruck beträchtlich sank. Die Thiere waren nachher sehr erschöpft. Aus dieser Beobachtung geht hervor, dass Operationen bei erhöhter Temperatur für den Kranken eben so gefährlich sind wie für den Operateur erschöpfend; dass es vortheilhafter ist, bei mäßiger Temperatur der Umgebung den Kranken während der Narkose sorgfältig zuzudecken. — 8) Unbedeutende Operationen mit großem Blutverlust bedingen stärkere Abnahme des Blutdrucks als eingreifende Operationen ohne Blutverlust.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

14) **Krecke.** Zur Schleich'schen Infiltrationsanästhesie.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 42.)

15) **Reichold.** Idem.

(Ibid.)

Die Schlussfolgerungen, zu denen K. auf Grund seiner erweiterten Erfahrungen mit der Infiltrationsanästhesie gelangt, lauten wie folgt: Die Schleich'sche Anästhesie wird ihr hauptsächliches Anwendungsgebiet bei allen solchen Operationen haben, wo es sich um die Trennung von Geweben handelt, die weder durch akute, noch chronische Entzündungsvorgänge verändert sind, vom einfachen Hautschnitt bis zur Trennung des krebigen Pylorus. Überall da, wo akute Entzündungserscheinungen oder chronische Verdickungen der Gewebe bestehen, stößt die Infiltration häufig auf durch die Schmerzhaftigkeit der Injektionen bedingte, große Schwierigkeiten und wird besser durch andere Methoden der örtlichen Anästhesie oder durch die allgemeine Narkose ersetzt. Die topographische Orientirung wird durch die starke Ödemisirung der Gewebe oft in erheblicher Weise erschwert. Zur Exstirpation von tuberkulösen Herden ist die Infiltration, da sie die Grenze zwischen Gesundem und Krankem verwischt, nicht geeignet.

Nach R. wird dagegen die topographische Orientirung durch die Infiltration in den meisten Fällen erleichtert; er rühmt die Methode besonders für frische Verletzungen, selbst für Resektionen und Exartikulationen von Fingern und Zehen, und empfiehlt Anfängern, zum ersten Versuch kleine Operationen in nicht entzündetem Gebiet zu wählen. Er selbst hat indess auch bei Panaritien, Furunkeln etc. das Schleich'sche Verfahren bewährt gefunden und arbeitet stets mit sterilisirten Lösungen, die er für durchaus wirksam hält. Seitdem er gelernt hat, zu den Einspritzungen nicht mehr von Flüssigkeit zu verwenden, als zur Anästhesirung nothwendig ist, hat er nie mehr über stärkeren Nachschmerz klagen hören. **Kramer** (Glogau).

16) **R. Matas** (New Orleans). The surgical peculiarities of the negro. A statistical inquiry based upon the records of the Charity Hospital of New Orleans.

(Transactions of the American surgical association Bd. XIV. Philadelphia 1896.)

Nach einer geschichtlichen und anthropologischen Einleitung bespricht M. die anatomischen, physiologischen und pathologischen Eigenthümlichkeiten der Negerrasse. Im Einzelnen sei die größere Dicke und geringere Sensibilität der Haut, die starke Pigmentirung nicht allein der Haut, sondern auch des Uvealtractus, das seltenere Vorkommen von Myopie, der gestrecktere Verlauf, die größere Weite und geringere Länge des Gehörgangs erwähnt. Dann unterzieht sich Verf. der mühsamen Aufgabe, die Morbidität und Mortalität der Neger bei den verschiedenen Krankheiten im Vergleich zu den Weißen durch statistische Untersuchungen klarzulegen. Als Grund-

lage dient ihm das Material des Charity-Hospitals in New Orleans von 1884—94 und eine sehr ausgedehnte Litteratur, von welcher ein ausführliches Verzeichnis der Arbeit beigegeben ist. Die wichtigsten Schlussfolgerungen, welche M. aus seinen umfangreichen Untersuchungen zieht, sind folgende: Durch die veränderte Umgebung, durch Mischung mit der weißen Rasse haben die Neger eine kenntliche Veränderung in ihrer körperlichen wie geistigen Konstitution durchgemacht, sowohl im Vergleich zu ihren Vorfahren, als zu der jetzigen afrikanischen Rasse. Die allgemeine Morbidität und Mortalität war im Süden bis zur Aufhebung der Sklaverei (1864) geringer, als die der Weißen, ist seitdem enorm gewachsen und übertrifft die der Weißen jetzt bei Weitem. Die Immunität, deren sich früher der Neger gegen mancherlei Krankheiten erfreute, ist verloren gegangen, die Prädisposition zu neuen Leiden erworben. Nach der rein chirurgisch-operativen Seite hin bestehen keine Unterschiede zwischen den Weißen und Schwarzen. Letztere zeigen aber eine stets zunehmende Verminderung ihrer Widerstandsfähigkeit gegen die ihrer Existenz schädlichen Einflüsse und sind so in Degeneration begriffen. Dieser Umstand ist bedingt durch die ungünstigen hygienischen Verhältnisse und die schlechtere sociale Lage, in denen sich die Neger im Kampfe ums Dasein mit einer höher organisirten Rasse befinden.

Martens (Berlin).

17) **G. A. Peters.** Aikins' hoop-iron splint in fractures of the humerus.

(Brit. med. journ. 1897. Juni 5.)

Verf. beschreibt einen seit beinahe 20 Jahren von seinem Lehrer W. T. Aikins und dessen Schülern bei Oberarmfrakturen angewandten Verband, dessen Hauptbestandtheil aus einem gewöhnlichen, 1—2 Zoll breiten Reifeisen oder Bandeisen besteht. Dasselbe wird gewöhnlich mit der Hand so geformt, dass von der Brust aus ein Bogen über die Schulter (ohne dicht anzuliegen) und von da an der äußeren hinteren Seite des Oberarms herab bis unterhalb des Ellbogengelenks verläuft; von hier wird das Bandeisen nach einwärts gegen die Mittellinie des Körpers gebogen, so dass es unter dem in rechtwinkliger Beugung stehenden Vorderarm herläuft. Die Schiene wird mit breiten Heftpflasterstreifen nach beliebiger Auspolsterung am Körper befestigt. Durch Heranziehen des auch oben mit einer flachen muldenförmigen Schiene versehenen Vorderarms an das unten verlaufende Reifeisen wird eine beträchtliche Extension des Oberarms erreicht. — Die Schiene bietet außerdem den Vortheil großer Leichtigkeit, erlaubt eine Kontrolle der Stellung, leichten Zugang zu eventuell vorhandenen Wunden, Applikation feuchter Umschläge etc. Durch einen Anstrich mit flüssigem Paraffin soll die Schiene gegen die Einflüsse von Sekreten und desinficirenden Lösungen völlig geschützt werden.

F. Krumm (Karlsruhe).

18) **J. B. Roberts** (Pensylvania). A clinical, pathological and experimental study of fracture of the lower end of the radius with displacement of the carpal fragment toward the flexor or anterior surface of the wrist.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. Januar.)

Nachdem Verf. 3 Fälle von Fraktur des unteren Radiusendes mit volarer Dislokation des carpalen Fragments beobachtet hatte, konnte er durch Umfrage bei ihm bekannten Chirurgen 12 weitere derartige Fälle sammeln. Hierzu kommen dann noch als Resultat einer sorgfältigen Prüfung der Litteratur 9 andere, so dass Verf. im Ganzen über 24 derartige Beobachtungen verfügt. An der Hand dieses Materials entwirft er das klinische Bild dieser Art von Radiusfraktur, welche somit gar nicht so abnorm selten zu sein scheint, wie man bisher angenommen. Die Durchsicht einiger anatomischer Museen ergab noch 31 hierher gehörige Präparate. Sehr eingehend erörtert Verf. die Entstehung, die klinischen Erscheinungen, Diagnose, Prognose, und Behandlung. Gute Abbildungen illustrieren das anatomische und klinische Bild und werden noch durch einige sehr lehrreiche Röntgenphotogramme vervollständigt. Die Fraktur entsteht im Gegensatz zur typischen Radiusfraktur durch eine Gewaltwirkung auf das gebeugte Handgelenk. Die Reposition hat demgemäß durch Hyperextension zu erfolgen. Einige Experimente an Leichen bestätigten diese klinisch gewonnenen Sätze.

E. Martin (Köln).

19) **C. Hübscher**. Die Perimetrie des Handgelenks.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 24.)

Verf. giebt eine sehr ansprechende Methode an, die Bewegungsgrenzen des Handgelenks graphisch darzustellen, so dass dieselben ganz wie die Gesichtsfelddarstellungen der Ophthalmologen auf einen Blick übersichtlich gemacht werden. Er gebraucht hierzu den bekannten Perimeter der Augenärzte, in dessen Centrum das Handgelenk bei Fixirung des Vorderarms auf ein Bänkchen gebracht wird. Der Perimeter wird in die verschiedenen Meridiane, zunächst die wichtigsten, den vertikalen und horizontalen, eingestellt, und nun abgelesen, bis zu welcher Winkelhöhe die Hand in Dorsal- und Volarflexion, in Radial- und Ulnarexkursion etc. gebracht werden kann. Die Winkelgradzahlen werden in ein ophthalmologisches Gesichtsfeldschema notirt, und die Verbindung der eingezeichneten Punkte ergibt dann das »Bewegungsfeld« der untersuchten Hand. Illustrationen erläutern das Verfahren. Mehrere Proben, z. B. Bewegungsfeld bei Radialislähmung, dessgl. Funktionsbeschränkungen nach Fraktur beweisen die vorzügliche Anschaulichkeit und leicht verständliche Ablesbarkeit solcher Aufnahmen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) **Staffel.** Über den Plattfußstiefel. Aus dem medico-mechanischen und orthopädischen Institut in Wiesbaden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 32.)

S. verwendet beim Plattfußstiefel eine durch die ganze Länge von hinten nach vorn verlaufende Einlage, die an ihrem Innenrand 2—3 cm hoch ist und nach außen keilförmig scharf ausläuft. Im Mittelstück erhält diese Einlage am inneren Rande eine etwas steilere Aufhöhung, um hier eine Art Widerlager zu schaffen zur Aufrichtung und Nach-außen-Drängung des Fußes. Der Absatz muss dabei an der Innenseite nach vorn bis unter den Scheitel der Fußwölbung vorgerückt werden. Zur Verhinderung des Nach-außen-Rutschens des Fußes wird ferner an der Außenseite des Stiefels unterhalb des äußeren Knöchels ein zuverlässiges Widerlager angebracht, bestehend in einem kleinen Winkel aus starkem Eisenblech, den der Schuhmacher zwischen der hier nach vorn verlängerten Fersenkappe und dem Oberleder einzuarbeiten hat.

Diese Einrichtung hat sich S. im Gegensatz zu früheren vortrefflich bewährt. Für die Einlage bevorzugt S. den schneidbaren und dabei relativ weichen Kork. Natürlich ist in jedem Falle sorgfältig Modell zu nehmen und zu individualisiren.

Schienen werden von S. nur beim paralytischen Plattfuß verwendet, sonst verworfen.

Völlige Heilung des Plattfußes wurde nur bei kleinen Kindern beobachtet, die jahrelang den Stiefel trugen; sonst handelte es sich im Wesentlichen um Beseitigung der Beschwerden.

Auch zur Kur leichter Fälle von Genu valgum hat S. seinen Plattfußstiefel benutzt.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

Kleinere Mittheilungen.

21) Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Braunschweig September 1897. Abtheilung für Unfallheilkunde und gerichtliche Medicin.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 10.)

Sänger (Hamburg): Über organische Nervenerkrankungen nach Unfall.

In ausführlicher Besprechung des Themas nach Litteratur und eigenen Beobachtungen, welche im Text enthalten sind, kommt S. zu dem Schluss, dass man in der Beurtheilung organischer, chronisch sich entwickelnder Nervenerkrankungen nach Trauma mit der schärfsten Kritik, Vorsicht und berechtigten Skepsis vorgehen möge. Namentlich sprechen hierfür Fälle von Tabes, wo beim Einsetzen markanter Symptome in mittel- oder unmittelbarem Anschluss an ein Trauma sich durch genaue Anamnese die frühere Anwesenheit tabischer Erscheinungen nachweisen ließ. Auch andere Krankheitszustände konkurriren bei diesen angeblich plötzlichen Verschlimmerungen, wie Alkoholismus. Das Bindeglied einer ascendirenden Neuritis bestreitet S., so lange nicht der positive Beweis erbracht ist.

In der Diskussion (Thiem, Riedinger) wird hervorgehoben, dass für die Entscheidung ausschlaggebend sei, in wie fern durch den Unfall eine die frühere Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Verschlimmerung vorliege. Damit sei die

Grundlage für die Entschädigung gegeben. Wegen des eventuellen Schwankens im Verlauf des ursprünglichen Leidens sei die Beurtheilung solcher Fälle für die staatliche und private Unfallversicherung wesentlich eine andere, weil bei letzterer die Abfindung existire (Golebiewski).

Thiem (Cottbus): Gynäkologische Unfallfolgen.

T. gab eine sorgfältige, übersichtliche Darstellung, um die Einwirkung des Traumas bei Lageveränderungen des Uterus, Verletzungen des Dammes, der Vagina, der äußeren Genitalien, bei Erkrankungen der Adnexa etc. festzulegen, unter Hinzufügung einiger eigener Erfahrungen. Es ist unmöglich, auf den Inhalt des T'schen Vortrages einzugehen; derselbe muss vorläufig, als erste Zusammenstellung auf diesem Gebiete, die Grundlage für die Beurtheilung gynäkologischer Unfallfolgen bilden und giebt hoffentlich Veranlassung, dass sich die Gynäkologen auch einmal mit dieser praktisch so wichtigen, bislang nicht gepflegten Seite beschäftigen.

In der Diskussion wurde noch das Platzen eines extra-uterin gelegenen Fruchtsackes durch Unfall (Roth), so wie die Unterbrechung normaler Schwangerschaft (Bähr, Guder) erörtert.

J. Riedinger (Würzburg): Über Werthigkeit der Finger in Bezug auf Defekt und Verbildung.

R. hat einen schönen, originellen Versuch gemacht, für die Entschädigung bei Fingerverletzungen bestimmte Normen aufzustellen. Ausgehend von den spärlichen Grundlagen einer Physiologie der Hand, theilt er dieselbe in 3 gleichwerthige Zonen, 1) Daumen, 2) Zeige- und Mittelfinger, 3) Gold- und Kleinfinger. Der Verlust einer dieser Zonen ist mit 25% zu taxiren, der Verlust eines Fingers auf 15%, mit Metacarpus erhöht sich der Satz um 10%, der Hälfte eines Fingers auf 10%, Verlust in der Hälfte des Grundgliedes auf 15%. Verlust des Endgliedes ist ohne wesentliche Bedeutung, abgesehen vom Daumen, wo er mit 15% berechnet werden muss. Einen Unterschied zwischen rechts und links möchte R. nicht machen etc. Der Vortrag wird ausführlich im Druck erscheinen, und lässt sich dann wohl erst über die Höhe der einzelnen Sätze diskutieren.

Thiem betont die Wichtigkeit der Dorsalflexion der Hand für die Faustbildung.

Dumstrey (Leipzig): Die Röntgenstrahlen in der Unfallheilkunde.

Vorzüge derselben sind Anschaulichmachung der Art der Verletzung, Sicherstellung des Heilresultates, Nachweis von bislang als selten angenommenen Frakturen der Hand- und Fußwurzelknochen, überhaupt kleinerer Knochen. Zur Entlarvung von Simulanten hat das Verfahren den Erwartungen nicht entsprochen, was sehr begreiflich ist. Interessant ist, dass D. in 4 Fällen durch das Verfahren frühzeitig traumatische Tuberkulose nachweisen konnte.

Golebiewski (Berlin): Die ärztliche Behandlung der Unfallverletzten durch die Berufsgenossenschaften innerhalb der Karenzzeit.

G. hat an der Hand einer Aufstellung aus 2 Jahren ein Urtheil über den Werth der Übernahme des Heilverfahrens in der Karenzzeit zu gewinnen gesucht und findet, dass bei der Übernahme die Erfolge schlechter seien. Freilich möchte G. dieses Resultat noch nicht als ein zuverlässiges hinstellen, aber er sei doch skeptisch gegen die von verschiedenen Seiten hervorgehobenen Vortheile der Übernahme in der Karenzzeit.

Bähr und Thiem vertreten die Ansicht, dass für die Beurtheilung dieser Frage Berliner Verhältnisse nicht maßgebend seien, weil dort die Bedingungen für die Behandlung überhaupt gleichmäßiger seien. Ganz anders liege die Sache auf dem Lande.

Bähr (Hannover).

22) Zahradnioky. Bericht über die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungen im Schuljahr 1894—1895.

(Wiener klin. Rundschau 1897. No. 18—20.)

Der Bericht umfasst das chirurgische Material der Maydl'schen Klinik, welches von Z. bakteriologisch untersucht wurde. Es ist eingetheilt in: Akute

Abscesse, kalte Abscesse, Aktinomykosis, Coxitis et luxatio coxae, Empyema thoracis, Gangraena, Hernia incarcerata, Operationsinfektion, Furunculus, Carbunculus, Malleus humidus, Mastitis, Osteomyelitis, Periostitis, Perityphlitis, Phlegmone, Pyocoele, Septicopyämie und Sepsis.

Von Einzelheiten sei, da es sich um eine umstrittene Frage handelt, nur hervorgehoben, dass in der Bruchsackflüssigkeit von 2 incarcerirten Hernien das Bacterium coli gefunden wurde; im 1. Falle war der Darm gesund, im 2. brandig.

Grisson (Hamburg).

23) G. Muscatello. Per la etiologia della cancrena progressiva enfisematica.

(Arch. per le scienze med. Vol. XX. No. 18.)

Aus dem Sekret und den nekrotischen Gewebsetszen einer im Anschluss an eine complicirte Fraktur entstandenen Gasphegmone züchtete Verf. neben Proteus vulgaris und Bacterium coli einen plumpen, sporenbildenden Bacillus, der sich als fäulnisserregend erwies. Auf die Mischinfektion von Proteus und Bacterium coli glaubt Verf. auf Grund von Thierexperimenten die Entstehung des charakteristischen Krankheitsbildes zurückführen zu müssen.

Sultan (Göttingen).

24) Scherer. Ein Fall von malignem Ödem beim Menschen. (Aus der mikroskopischen Abtheilung der hygienisch-chemischen Untersuchungsstation des XIII. Armeekorps in Stuttgart.)

(Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

Ein Grenadier stürzte in angetrunkenem Zustand aus einem Fenster des 2. Stockes auf den gepflasterten Hof und zog sich einen complicirten Bruch des linken Oberschenkels mit starker Weichtheilerreißung zu. Ausgiebiges Débridement, Extensionsverband. Nach 1½ Tage pralle ödematöse Schwellung des Beins, deutliches Knistern; Entleerung von stinkender, mit Gasblasen vermischter blutiger Flüssigkeit aus der Wunde; Temperatur 38,5—39,2°, Puls frequent und klein; Eiweiß. Unter zunehmender Benommenheit, zeitweisen Delirien, Fortschreiten des Ödems auf die Bauchdecken, über Scrotum und Penis, Meteorismus erfolgt der Tod 48 Stunden nach dem Unglücksfall. — Interessant ist der Obduktions- und mikroskopische Befund, der zum 1. Male darthut, dass auch beim Menschen das maligne Ödem zur Allgemeininfektion des Organismus führen kann. Es finden sich nämlich auf der Oberfläche des Herzens vereinzelte linsengroße Ekchymosen, im Myokard mehrere erbsengroße, mattgelbe Herde von derber Konsistenz, die bis dicht unter das Epikard heranreichen; auch der seröse Überzug der Leber ist bedeckt von einer Menge ähnlicher Knötchen, welche einen blassrothen Hof und eine leichte Einziehung zeigen; an den Nieren ähnliche Herderkrankungen. Schon die Austrichpräparate der Ödemflüssigkeit und von jenen Knötchen der Leber und des Herzens lassen außer einigen Kokken eine enorme Menge Stäbchen erkennen, ähnlich den Milzbrandbacillen, jedoch mit abgerundeten Ecken, Scheinfäden bildend; im hängenden Tropfen träge Eigenbewegung; aus dem Inneren der Leber angelegte Kulturen erwiesen sich als anaërob, mit Gasbildung und Entfärbung nach Gram. Schnittpräparate ergaben innerhalb der gelben Herde ausgedehnte Gefäßverstopfung durch jene Ödembacillen und Gewebnekrose. Auch intermuskulär resp. interacinös zahlreiche Bakterieninvasionen. Die Herzmuskulatur zeigt das Bild einer Myomalacia cordis in Folge anämischen Infarkts.

Tschmarke (Magdeburg).

25) W. Edmunds (London). A case of puerperal septicaemia treated by Antistreptococcus serum.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1897. April.)

Eine 26jährige Frau bekam im Anschluss an ihr 1. Wochenbett eine Puerperalerkrankung, die mit Schüttelfrösten und Gelenkschwellungen einherging und

vor Einleitung der Antitoxintherapie bereits 10 Wochen dauerte. Nach 6maliger Injektion von je 4 ccm eines Antistreptokokkenserums nahm das Fieber ab, das Allgemeinbefinden wurde besser. Nach weiteren 3 Tagen aber trat Schwellung und Röthe im linken Kniegelenk auf, so dass die Seruminjektionen von Neuem aufgenommen wurden, mit demselben guten Erfolg wie Anfangs. Nach 6 Injektionen wurde wieder eine Pause gemacht. Als aber nach Verlauf von 4 Tagen eine abermalige Temperatursteigerung mit großem Kräfteverfall auftrat, wurden von einem neuen Antitoxin 20 ccm injicirt, worauf sich das Befinden schell wieder besserte. Im weiteren Verlauf der Erkrankung wurde das linke Kniegelenk incidirt, aus dem sich streptokokkenhaltiger Eiter entleerte. Noch einmal trat ein Fieberanfall auf, welcher durch 10 ccm Antitoxin bekämpft wurde; hierauf trat völlige Genesung, nur unter Ankylosirung des Kniegelenks, ein. Verf. ist fest überzeugt, dass das Streptokokkenserum der Pat. das Leben rettete.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

26) **A. A. Poliewktow.** Einige Fälle von Anwendung des **Mar-morek'schen Antistreptokokkenserums.**

(Med. Obosrenje 1897. Juni. [Russisch.])

Besserung (Temperaturabfall) in 1 Falle von Puerperalfieber und 3 Fällen von Erysipel bei Kindern; negatives Resultat in 17 Fällen von Scharlach.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

27) **Goldfarb (Lodz).** Unangenehme Nebenwirkungen des **Airols.**

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXV. No. 5.)

Beim Airol ist bisher ganz speciell die vollständige Reizlosigkeit gerühmt worden; Verf. aber hat wiederholt bei der Behandlung von *Ulcers molli* Entzündungserscheinungen gesehen, welche in 2 Fällen so stark wurden, dass sie Verbrennungen 2. Grades glichen. Man wird es dahingestellt sein lassen müssen, ob diese auch vom Ref. bisher beim Airol nie gesehenen Reizungen auf einer Idiosynkrasie oder etwa auf einer Veränderung des Präparats beruhen.

Jadassohn (Bern).

28) **Reuter.** Über **Jodoformal.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 32.)

R. verwendet gewöhnlich folgende Salbenformel:

Rp. Jodoformal	1,0
Balsam. Peruvian gtt. III—V	
Lanolin anhydr.	
Vaselin american. ∞ q. r. ad	10,0
M. f. Unguentum.	

Auch 5%ige Salben sind anwendbar. Bei den verschiedensten Arten von Wunden und eitrigen Entzündungen wurde diese Komposition angewandt. Bei *Vulvitis gonorrhoeica* wurde Jodoformal als Streupulver verwendet. Bei chronischer Gonorrhoe wurde Jodoformal in 20%igen Bacillen gebraucht mit Gummi arabicum und Glycerin und mehrmals schnelle Heilung gesehen.

Besondere Vorzüge des Jodoformals vor dem Jodoform sind nach R. der schwache Geruch, die stärkere Trockenwirkung und langsamere Löslichkeit und die mangelnde Giftigkeit.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

29) **A. Frankenberger (Nürnberg).** Ein weiterer Fall von **Karbolgangrän.**

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 41.)

Auf Grund des ein gesundes, kräftiges Mädchen betreffenden Falles, in dem es in Folge von tagelanger Anwendung von 3%igen Karbolumschlägen zu einer handtellergroßen und tiefgehenden Gangrän am Oberschenkel gekommen war, warnt F. auch vor der Benutzung schwacher Karbollösungen, sowohl zu Umschlägen

wie auch zu anderen Zwecken (Waschungen, Gurgeln, Desinfektion von Gebrauchsgegenständen etc.). **Kramer** (Glogau).

30) **C. Griffith.** Idiopathic osteopsathyrosis (fragilitas ossium) in infancy and childhood.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. April.)

G. theilt ausführlich einen Fall von idiopathischer Knochenbrüchigkeit mit bei einem Kinde von 3 Jahren. Die Eltern gesund, die Geburt (2. Kind) normal. Am 2. Tage nach der Geburt wurde bemerkt, dass der rechte Oberschenkel gebrochen war; ein Grund war nicht aufzufinden; bei einer Untersuchung in Narblose fand sich auch der linke Oberschenkel gebrochen. Heilung im Schienenverband in 3 Wochen. Im Alter von 3 Monaten brach der rechte Oberarm und der rechte Oberschenkel, anscheinend im Anschluss an eine ärztliche Untersuchung. Beide Brüche heilten. Nach einigen Monaten verlor das Kind beim Sitzen im Stuhl das Gleichgewicht, ohne herauszufallen: Bruch des rechten Oberschenkels nahe am Hüftgelenk. 1 Jahr später Bruch des linken Oberschenkels. Kurze Zeit nach Abnahme des Verbandes brach der Knochen wieder. Mit 2 Jahren fiel das Kind aus der Hängematte und brach beide Beine. 3 Monate nach der Heilung brach wiederum das rechte. Abgesehen von diesen Brüchen klagte das Kind häufig über verschiedene Schmerzen in den Gliedern; Verf. glaubt, dass es sich stets um nicht entdeckte Frakturen handelte.

Im Anschluss an diesen Fall theilt G. die bisher veröffentlichte Kasuistik mit, so wie die spärlichen Daten, die über Ätiologie und Pathologie der Erkrankung bekannt sind. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

31) **G. W. Spencer** (Philadelphia). The treatment of fracture of the clavicle by incision and suture.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. April.)

2 Fälle von Schlüsselbeinbruch bei Erwachsenen mit starker Verschiebung wurden mit Freilegung der Bruchenden und Naht behandelt. Verf. empfiehlt zur Knochennaht Känguruhsehne oder anderes thierisches Nahtmaterial, da die Metallfäden beim Durchschneiden unter Umständen Löcher im Knochengewebe erzeugen und dann frei im Gewebe liegen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

32) **Lehmann.** Über Radialislähmung nach Oberarmbrüchen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 9.)

L. berichtet über eine Radialislähmung, bedingt durch Einbettung der Nerven in die Callusmasse. Bei einer Rauferei wurde der Arm an der gleichen Stelle durch den Schlag eines Krückstockes wieder gebrochen; nach der Heilung stellte sich die Leitung in den Nerven wieder ein. **Bähr** (Hannover).

33) **J. Courtin.** Ostéosarcome de la clavicule gauche développé pendant la vie intra-utérine.

(Gaz. hebdom. de Bordeaux 1897. No. 26.)

Die Osteosarkome sind im frühesten Kindesalter selten beobachtet.

In dem vorliegenden Falle sah Verf. die Geschwulst kurz nach der Geburt des weiblichen Kindes. Anfangs klein, saß sie in der Mitte des Schlüsselbeins und dehnte sich nach dem Brustbein hin aus. Verf. täuschte sich von vorn herein nicht in der Bösartigkeit des Leidens, versuchte Serumtherapie ohne jeden Erfolg.

Nach Monatsfrist trat plötzlich rapiden Wachsthum ein, schneller Verfall und Tod am 48. Tage nach der Geburt. **A. Henry** (Breslau).

34) **A. Posadas** (Buenos-Ayres). Amputation interscapulothoracique.

(Revue de chir. 1897. No. 10.)

Der mitgetheilte Fall ist dadurch von besonderem Interesse, dass die Operation bei einem 15 Monate alten Kinde wegen Osteosarkom ausgeführt worden,

und bisher — 7 Monate später — kein Recidiv eingetreten ist. Die Geschwulst hatte sich vom 10. Monat an in der Mitte des linken Oberarms entwickelt und war in der folgenden Zeit zu enormer Ausdehnung bis zur Fossa subscapularis gewachsen. Die Operation begann mit Freilegung und Resektion des Schlüsselbeins und Unterbindung der Art. und V. subclavia und ging mit geringem Blutverlust einher; trotzdem bestand nachher ein schwerer Collaps, von dem sich das Kind ziemlich rasch erholte. Die Heilung erfolgte größtentheils per primam und war in 14 Tagen beendet.

Kramer (Glogau).

35) **C. Féré.** Note sur la rétraction de l'aponévrose palmaire.

(Revue de chir. 1897. No. 10.)

F. giebt die Krankengeschichten und Abbildungen dreier Fälle von symmetrisch an beiden Händen entwickelter Dupuytren'scher Kontraktur, die dadurch ausgezeichnet waren, dass sich in 2 der Schrumpfungsprocess auch bis zum Thenar ausgedehnt, im 3. allein diesen betroffen hatte; 2 der Pat. waren Epileptiker. F. bezweifelt nicht den Werth prädisponirender Momente (Gicht, Rheumatismus, Diabetes, Nervenleiden etc.) für die Entstehung der Affektion, hält aber auch traumatische Einflüsse von Bedeutung.

Kramer (Glogau).

36) **A. A. Wwedenski.** Über Arteriitis obliterans und ihre Folgen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 5.)

1) Ein 26jähriger Geistlicher erlitt vor 5 Jahren ein bedeutendes Trauma (Sprung aus einem Eisenbahnwagen während voller Fahrt). Darauf periodisches Lahmsein. Nach 3 Jahren Geschwüre an 2 Zehen. Ausschabung des Geschwürs, später Exartikulation der 3. Zehe. Die Wunde heilte nicht, ihre Ränder gangränescirten. Pat. entzog sich weiterer Behandlung. Von den 4 Zehenarterien waren 3 obliterirt, die 4. auch sehr verengt. Neuritis interstitialis.

2) Ein 17jähriger Bauer bekam 2 Jahre nach schwerem Flecktyphus symmetrische Gangrän beider Unterschenkel. Der Process entwickelte sich innerhalb 3 Tagen. Amputation beider Unterschenkel. Tod nach 17 Tagen. Mikroskopisch: Neuritis und Endarteriitis. — W. hält beide Processe (an Nerven und Gefäßen) für nothwendig zum Entstehen der Krankheit. Ein wichtiges diagnostisches (weil frühes) Zeichen ist periodisches Lahmsein (Charcot). Behandlung: Absolute Ruhe; elektrische Bäder; wenn nöthig — Amputation.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

37) **E. Müller.** Angeborene Missbildung der unteren Extremität.

(Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

Ein 3jähriger Knabe, dessen beide Eltern Trinker waren, wies eine seltene Missbildung der rechten unteren Extremität auf; vollständig rudimentäre Entwicklung des Oberschenkels, Fehlen der Kniescheibe etc. Der Knabe starb an tuberkulöser Meningitis, so dass es möglich war, das anatomische Präparat des Beines und Beckens zu gewinnen. Der Oberschenkel war durch 2 kleinere Knorpel und einen taubeneigroßen, mit Knorpel überkleideten Knochenkern angedeutet. An Stelle des Hüftgelenks eine Vorbuchtung; der eigroße Knorpel ist mit der gut entwickelten Tibia durch ein straffes Gelenk verbunden; Patella fehlt; Fibula nur durch ein straffes Bindegewebsbündel dargestellt. Von den Fußwurzelknochen sind nur 2 vorhanden; 3 Metatarsalknochen und 3 Zehen. Von den Nerven fehlt der Cruralis vollständig. Die Muskeln zeigen ein sehr merkwürdiges Verhalten, indem »eine größere Anzahl Ursprung und Ansatz an ein und demselben Knochen oder an zwei so gut wie unbeweglich mit einander verbundenen Knochen haben«. Die vom Becken ausgehenden Muskeln inseriren zum Theil an den zwei oben genannten Knorpeln, welche daher wohl als die Trochanteren angesehen werden können; die Wadenmuskulatur an dem 3. Rudiment des Oberschenkels. Die Muskulatur ist zum großen Theil von Fett durchsetzt. Es würde zu weit führen, wenn alle in der Arbeit sehr genau beschriebenen Veränderungen der einzelnen Muskeln etc.

wiedergegeben werden sollten. — Verf. wendet sich zum Schluss gegen den Ausdruck »Strahldefekte«, zu welchen der vorliegende Fall gerechnet werden müsste. Es ist wohl anzunehmen, dass die Missbildung von einer außerhalb des Fötus gelegenen Ursache zu Stande gekommen ist, vielleicht durch Druck des zu engen, mit dem Fötus verwachsenen Amnions; eventuell liegt auch Trauma vor? Der vorliegende Fall kann um so weniger als Strahldefekt gedeutet werden, als die Missbildung hauptsächlich den Oberschenkel betrifft.

Tschmarke (Magdeburg).

38) Gärtner. Blutige Reposition einer frischen Talusluxation.

(Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

Es handelte sich um eine 39jährige Frau, welche durch einen Sprung von 1 m Höhe nach rückwärts sich eine isolirte Talusverrenkung des linken Fußes nach außen zugezogen hatte, ohne Verletzung der Malleolen; Gelenkrolle nach außen sehend, Haut stark gespannt, abgeschürft. Reposition in Narkose misslang. In der Absicht, den Talus zu exstirpieren: Langenbeck'scher Resektionsschnitt; ein nochmaliger Versuch der Reposition gelang unter schnappendem Geräusch vollkommen. Aus Furcht vor Infektion keine Naht. Gut gepolsterter Verband mit Nussbaum'scher Fourniturschiene. Kein Fieber. Nach 8 Tagen gefensterter Gipsverband, der 6 Wochen lang liegen blieb! Danach völlige Steifigkeit im Fußgelenk, welche aber nach einer später vorgenommenen Mobilisation in Narkose dauernd gehoben wurde. Der interessante Fall ist einer der wenigen, wo die Reposition gelang. Nach König und Albert erzielt man auch durch Exstirpation des Talus gute funktionelle Resultate.

Tschmarke (Magdeburg).

39) A. v. Eiselsberg. Zur Heilung größerer Defekte der Tibia durch gestielte Haut-Periost-Knochenlappen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LV. Hft. 2. Mit 4 Fig.)

Verf. bespricht die bisher geübten Verfahren zur Deckung von Defekten an der Tibia. Es werden die Methoden von Hahn, Schede, Kümmell u. A. mit Benutzung von Knochenmaterial des Menschen selbst oder von frisch getödteten Thieren, so wie von fremdartigem Material erwähnt, und besonders die Methoden von J. Wolff und namentlich von W. Müller hervorgehoben. Letzterer verpflanzte in einem Falle (nach Hahn) die Fibula in die Tibia und verstärkte dann noch die Implantationsstelle durch Auflegen eines 4 cm langen Haut-Periost-Knochenlappens, der der Tibia entnommen und dessen Spitze nach unten zu gedreht wurde. Im zweiten Falle wurde ein V-förmiger Lappen umschnitten mit oberer Basis. Vom unteren Fragment wurde entsprechend der Lappenspitze ein Stück Tibia abgemeißelt, das Periost mit der Haut in Verbindung gelassen und nach oben zu in den Defekt geschoben, so dass aus dem V-Schnitt eine Y-förmige Naht entstand. E. hat 2 Fälle von Schienbeindefekt, entstanden durch Resektion wegen Osteosarkomoperation und nach septisch gewordener Fraktur nach dieser Methode mit ausgezeichnetem Erfolg operirt, und zwar bei größeren Defekten als Müller selbst, nämlich bei Fehlen von 9—12 cm Länge des Knochens. Auffällig ist, dass in beiden Fällen das transplantierte Knochenstück im Laufe der Monate, besonders nachdem der Pat. mehr umherging, stärker wurde. Verf. glaubt, dass diese Methode der Autoplastik besondere Vorzüge vor den anderen habe, trotzdem man bloß einen schmalen Ernährungsstiel bestehen lasse, der aber ähnlich wie bei der Rhinoplastik vollkommen genüge. Die Heteroplastik verweist E. auf die Deckung von Schädeldefekten, wo nach seiner Meinung allerdings die Autoplastik nach Müller-König auch die Operation der Wahl bleiben sollte. Eine Hypertrophie der plastischen Schädelknochenstücke sah Verf. im Gegensatz zu den oben erwähnten Beobachtungen an beiden Tibien nicht.

E. Siegel Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49.

Sonnabend, den 11. December.

1897.

Inhalt: O. Vulpius, Zum Redressement des Gibbus. (Original-Mittheilung.)

1) **Orlowski**, Hasenscharte. — 2) **Sapijko**, Uranoplastik. — 3) **Weissenstein**, Rachentuberkulose. — 4) **v. Chamisso**, Zungenkropf. — 5) **Lacour**, Pharyngotomia subhyoidea. — 6) **Hämlg**, Basedow'sche Krankheit. — 7) **v. Kryger**, Wirbelverletzungen. — 8) **Lorenz**, Streckung des Pott'schen Buckels. — 9) **Spengler**, Parachlorphenol. — 10) **Timmer**, 11) **Schultz**, Krup. — 12) **Richelot**, Tracheotomie. — 13) **Muscatello**, Resorptionsbahnen der Pleura. — 14) **McF. Gaston**, Eröffnung der Brusthöhle. — 15) **Reinert**, Traumen der Brustorgane. — 16) **Wolnitsch-Sjanoszenzki**, Perikardotomie. — 17) **Guizetti**, Noma. — 18) **Sachs**, Tuberkulose von Nase und Kehlkopf. — 19) **Baurowicz**, Laryngorhinologische Beobachtungen. — 20) **Baurowicz**, Blutende Polypen der Nasensecheidewand. — 21) **Plauth**, Cystadenoma papilliferum. — 22) **Borman**, Bluteysten des Halses. — 23) **Föderl**, Enchondrom der Halswirbelsäule. — 24) **Jones und Tubby**, Streckung des Pott'schen Buckels. — 25) **Fischer**, Myxödem. — 26) **Grant**, Stimmbandlähmung. — 27) **Moll**, Ictus laryngis. — 28) **Benissowitsch**, Kehlkopfexstirpation. — 29) **Treillet**, Brustbeinverrenkung. — 30) **Auban**, 31) **Treer**, Brustwunden. — 32) **Kissel**, 33) **Voswinkel**, Empyem. — 34) **Kollofrath**, Fremdkörper im Bronchus. — 35) **Franke**, 36) **d'Azincourt**, Pneumotomie. — 37) **Perthes**, Schussverletzung der A. pulm. und Aorta. — 38) **Vanderlinden** und **de Buck**, Basedow. — 39) **Carbone**, Exstirpation der Thymusdrüse. — 40) **Bourdette**, Zungenbeweglichkeit.

Zum Redressement des Gibbus.

Von

Dr. O. Vulpius,

Privatdocent der Chirurgie zu Heidelberg.

Im Anschluss an ein Referat über meine Publikation, betreffend die Korrektur des Pott'schen Buckels, welches No. 43 dieses Blattes enthält, mögen einige ergänzende Mittheilungen gestattet sein für Diejenigen, welche das Verfahren versuchen wollen.

Dem Redressement die Abtragung der prominenten Processus spinosi voranzuschicken oder nachfolgen zu lassen, muss widerrathen werden. Wir berauben dadurch die Wirbelsäule einer Stütze, die für die Konsolidation später gewiss werthvoll ist. Ich beabsichtige vielmehr, die Dornfortsätze durch kleine Periost-Knochenlappen mit einander zu verbinden, um so einen festen Stab zu erhalten.

Die Korrektur des Gibbus vollzieht sich in folgender Weise:

Der Pat. wird mittels der Lorenz'schen Schraube horizontal extendirt, wie es im Referat angegeben und in dem betreffenden Artikel der Münchener med. Wochenschrift abgebildet ist.

Man kann mit diesem wagerecht wirkenden Zug dasselbe erreichen, wie mit der gewöhnlichen vertikalen Suspension am Kopf; die Kraft der Schraube ersetzt dabei die Körperschwere und hält den Körper in gestreckter Schwebelage.

Diese natürlich vorsichtig und langsam anzuwendende Extension bringt gewöhnlich schon eine theilweise Korrektur des Gibbus hervor, ohne dass man die erlaubte resp. mögliche Maximaldosis der Distraction zu erreichen oder gar zu überschreiten braucht.

Bedenklich aber wäre es, wollte man nun das eigentliche Redressement an dem freischwebenden Körper vornehmen.

Es muss vielmehr das Becken und das Sternum gestützt werden, ersteres mittels gepolsterten Schemels von passender Höhe, letzteres mit der einen Hand, während die andere Hand den Druck auf den Gibbus ausübt. Auf diese Weise lässt sich die Kraft besser lokalisieren und dosiren, da der das Brustbein stützende Arm dieselbe spürt und kontrollirt.

Die Anordnung der Extension erlaubt also die horizontale Schwebelage, doch ist sie zu unterlassen resp. abzuschwächen durch die beschriebene Unterstützung des Beckens.

Dass letztere vielleicht versehentlich nicht exakt angewendet wurde, dies ist möglicherweise Schuld an einem Todesfall, der sich nach kaum geschehener Drucklegung meiner Publikation ereignete. Über ihn zu berichten, ist der weitere Zweck dieser Mittheilung.

Es handelte sich um einen 5½ Jahre alten, schwächlichen Knaben, der früher Pneumonie und Pleuritis durchgemacht haben soll und jetzt seit 2 Jahren an Spondylitis litt. Ein Gibbus war seit ½ Jahr in Erscheinung getreten und nahm trotz eines anderenorts angelegten Gipskorsetts rasch zu. In letzter Zeit kamen Schmerzen in den Beinen hinzu, das Kind war Tag und Nacht ruhelos, der Zustand unerträglich.

So entschloss ich mich zur absoluten Ruhigstellung der Wirbelsäule im Kopf-Rumpfverband und redessirte gleichzeitig in Narkose ohne jede Schwierigkeit. Das Kind erholte sich nicht mehr, es stellten sich klonische Krämpfe in den Beinen und im linken Arm, Zähneknirschen ein, die Pupillen waren sehr verengt. Das Abnehmen des Verbandes, die Wiederherstellung des Gibbus, Alles blieb erfolglos; unter steigender Temperatur trat 48 Stunden nach der Operation im Koma der Exitus ein.

Die Sektion durfte nicht vollständig gemacht werden, so dass nicht festgestellt werden konnte, ob und wo eine Rückenmarksverletzung, Blutung oder dergleichen vorlag, oder ob ein schwerer Shock den schlimmen Ausgang verschuldete.

An Ort und Stelle des Eingriffs befand sich eine mehrere Centimeter breit klaffende Lücke in der Wirbelkörperreihe an Stelle des größtentheils zerstörten 10. und 11. Brustwirbels. — Eine Verletzung des Rückenmarkes oder seiner Hüllen daselbst war sicher auszuschließen. In der linken Psoas-scheide lag ein mit käsigem Eiter gefüllter Abscess. — Beide Pleurahöhlen enthielten etwas blutiges seröses Exsudat.

Dass der Eingriff den Tod verschuldet hat, steht außer Zweifel. Es wäre vielleicht der üble Ausgang vermieden worden, wenn dem Kinde zunächst ein Gipsbett und in demselben Zeit zur Erholung gegeben worden wäre, oder aber wenn das vorhin erwähnte Versehen nicht passirt wäre, an welches mein Assistent sich jetzt nachträglich erinnern zu können glaubt.

Jedenfalls beweist auch dieser Unglücksfall, dass das Verfahren gewiss nicht ganz ungefährlich ist. Doch habe ich entschieden den Eindruck gewonnen, dass fortschreitende Übung das Redressement sicherer und rascher vornehmen lehrt. Auch die Anlegung des Verbandes, eine ungemein schwierige Aufgabe, gestaltet sich allmählich typisch. Die vertikale Suspension an den Füßen ist zu diesem Zweck dringlichst zu empfehlen. Die dazu nöthige Lageveränderung der Pat. ist sehr rasch zu bewerkstelligen, und ich muss sagen, dass ein Gefühl der Erleichterung jedes Mal über mich und meine Gehilfen kommt, wenn wir erst so weit gelangt sind. Die Narkose ist von da an erheblich erleichtert, die Applikation des Verbandes sehr bequem.

Die Abbildung in der Münchener med. Wochenschrift, welche die Position des Kranken hierbei wiedergibt, ist dahin zu ergänzen, dass um den abwärts hängenden Kopf eine Kopfschlinge und an ihr ein Querbügel wie bei der gewöhnlichen Suspension befestigt wird. An dem Bügel zieht ein 10—20 Pfund schweres Gewicht abwärts und bringt die nöthige Extension der mobilisirten Wirbelsäule zu Stande. Der dadurch an der Halswirbelsäule ausgeübte Zug ist ja geringer als der Zug, welcher an ihr bei der alltäglichen Suspension durch die Körperschwere hervorgebracht wird, also nicht besonders ängstlich, wenn wir uns erst an das gewaltthätig aussehende Arrangement gewöhnt haben.

Der Verband muss Kopf und Rumpf vollständig und sicher umfassen, anderenfalls kann er seinen Zweck nicht erfüllen.

Nebel's Vorgehen (vgl. Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 191), der nur ein Gipskorsett anlegt mit Jurymast, dürfte meines Erachtens höchstens bei tiefem Lendengibbus genügen.

Ein solch ausgedehnter Verband hat gewiss seine Nachtheile. Dass aber seine Vortheile überwiegen, beweisen mir Kinder, die blass und elend in meine Privatklinik eintraten und, in den Verband eingeschlossen, in demselben dick und blühend und offenbar im Gefühl wiederkehrender Gesundheit geradezu ausgelassen wurden. Auch Abscesse und Fisteln sah ich im Verband zur Ausheilung kommen.

Meine ältesten Fälle gehen jetzt etwa 6 Monate im Verband, von dessen wenigstens vorläufiger Wirksamkeit ich mich des öfteren schon beim Erneuern desselben überzeugen konnte.

Die zuerst redressirte Pat. soll demnächst ein Cellulosestützkorsett mit extendirender Kinn-Hinterhauptsstütze erhalten.

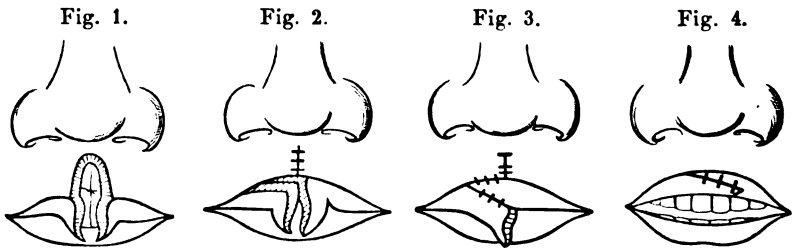
Ohne mir oder Anderen Dauerresultate versprechen zu können oder zu wollen, glaube ich doch, dass die beschriebene Technik erreicht, was zu erreichen ist.

Betonen möchte ich aber schließlich auch hier, dass meines Erachtens eine große Bedeutung des Verfahrens in seinem Werth für die Behandlung vieler frischer Spondylitisfälle zu erblicken ist, ehe noch ein starker Gibbus vorhanden ist.

1) **A. Orłowski.** Eine neue Methode der Hasenschartenoperation.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 5.)

Man bildet 2 Malgaigne'sche Läppchen und schlägt sie nach unten (Fig. 1). Nun wird oben die Lippenwunde vernäht, darauf (Fig. 2) der Schnitt an der Grenze der Schleimhaut an der einen Seite fortgesetzt, in diese das gegenseitige Läppchen eingenäht (Fig. 3);



jetzt setzt man den Schnitt an der hinteren Fläche der anderen Lippenhälfte fort und pflanzt hier das andere Läppchen ein. — Bei dieser Methode wird das Auseinandergehen der Wunde sicher verhütet, und kann man die dickere Lippenhälfte dünner machen durch Ausschneiden eines größeren Läppchens, als auf der anderen Hälfte; durch diesen Umtausch der Läppchen wird die verschiedene Dicke der Lippenhälften ausgeglichen. **E. Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

2) **M. Sapiëjko** (Kiew). Nouveau procédé d'uranoplastic après résection du maxillaire supérieur atteint de tumeur maligne.

(Revue de chir. 1897. No. 10.)

S. verwendet zum Verschluss des nach Oberkieferresektion zurückbleibenden großen Defekts am Gaumen, ähnlich wie Bardenheuer, einen dreieckigen, aus der Wangenschleimhaut entnommenen, mit seiner Basis am Unterkiefer gelegenen Lappen und fixirt denselben an dem Wundrand des Gaumensegels mit einer zweietagigen Naht und an dem des harten Gaumens der gesunden Seite in der Weise, dass er die Fäden durch vorher in diesem hergestellte Bohrlöcher hindurchzieht und eine zweite Nahtreihe von der darüber befindlichen Wundhöhle aus anlegt. Die von S. erhaltenen Resultate waren auch in funktioneller Hinsicht (Alimentation, Sprache) ausgezeichnet.

Kramer (Glogau).

3) **Weissenstein.** Die Tuberkulose des Rachens.

(Festschrift des Stuttgarter ärztl. Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehen.
am 6. März 1897.)

Dass eine primäre Tuberkulose des Rachens vorkommt, ist durch mehrfache einwandsfreie Mittheilungen bewiesen; weitaus häufiger ist jedoch die sekundäre Erkrankung des Rachens an Tuberkulose. Die Infektion findet statt durch das Sputum oder auf den Lymph- oder Blutwegen, aber auch durch Genuss perlsüchtigen Fleisches oder von Milch. Verf. bespricht die Häufigkeit des Vorkommens, welche von den Autoren außerordentlich verschieden angegeben wird. W. selbst konstatirt 1:300 Fälle von Phthisis. Bei einfacher infiltrirter Form ist die Diagnose nur mit Hilfe des Mikroskops möglich, bei ulcerativen aber auch klinisch: unregelmäßiger Rand mit blasser Granulationen, mit dünnem Eiter belegt, miliare Knötchen in der Umgebung, schlechte oder gar keine Heiltendenz. Hauptsitz sind die Mandeln, sodann die Gaumenbögen und das Segel, selten die Zungenbasis, das Gaumengewölbe und die Hinterfläche des Segels. Zu Beginn der Erkrankung ist dieselbe meist einseitig. Verf. macht auf die Schwierigkeit der Diagnose bei Kombination von Tuberkulose mit Lues aufmerksam; von subjektiven Beschwerden ist der Schmerz besonders zu nennen, dann ein fortwährender Reiz zum Husten, übler Geruch aus dem Munde. Die Prognose ist stets ernst, die Therapie hauptsächlich lokal: Mundpflege, Ätzungen; bei hypertrophischen Mandeln Exstirpation derselben; gleichzeitig Behandlung der Nase und des Nasen-Rachenraums.

Verf. theilt dann 6 Fälle aus seiner Praxis mit, von denen 2 an Meningitis tödlich endeten, zum Schluss noch 2 Fälle von Lupus des Nasen-Rachenraums.

Tschmarke (Magdeburg).

4) **A. v. Chamisso** (Roncourt). Die Struma der Zungenwurzel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 2.)

Anknüpfend an einen in der Kraske'schen Klinik beobachteten Fall hat v. C. die einschlägige Kasuistik zusammengestellt und an der Hand derselben das Krankheitsbild eingehend geschildert.

Die eigene Beobachtung betraf eine 37jährige Kretine. Die Geschwulst von gut Walnussgröße verursachte Behinderung der Sprache und nächtliche Anfälle von Athemnoth und Husten, während das Schlucken ohne Beschwerden vor sich gieng. An normaler Stelle war eine Schilddrüse nicht nachweisbar (bei Gelegenheit der präliminären Tracheotomie bestätigt), die Exstirpation der Geschwulst gelang vom Munde aus unter starkem Vorziehen der Zunge, während Kehlkopfengang und Rachen durch Tamponade abgeschlossen waren. Glatte Heilverlauf. Nach $\frac{1}{4}$ Jahr ergab die Nachuntersuchung den Bestand der Heilung, aber Verdacht auf beginnendes Myxödem. Die kropfige Natur der cystisch-parenchymatösen Geschwulst wurde durch exakte histologische Untersuchung bestätigt.

Im Ganzen verfügt v. C. über 15 Fälle von Kropf der Zungenwurzel, die größtentheils ausführlich mitgetheilt sind. Bis jetzt ist die Affektion nur bei Frauen beobachtet. Charakteristisch ist der

Sieht der Geschwulst, stets genau entsprechend dem Ort des Foramen zoeum.

In einzelnen Fällen wurden außer dem Zungenkropf noch andere Nebenkröpfe beobachtet, 2mal war außer dem Zungenkropf überhaupt kein Schilddrüsengewebe vorhanden, und dem entsprechend die Exstirpation von Myxödem gefolgt.

Die Erklärung für das Zustandekommen des Zungenkropfs ergibt sich aus der Entwicklungsgeschichte der Schilddrüse, deren embryonale Anlage ursprünglich in der Gegend der Zungenwurzel stattfindet (Einzelheiten im Original nachzusehen). Für die Diagnose ist in erster Linie von Bedeutung der Nachweis einer scharf umschriebenen, nicht infiltrierenden Geschwulst an der charakteristischen Stelle, und dann, dass man überhaupt an die Möglichkeit des Vorkommens denkt. Therapeutisch empfiehlt Verf. als Normalverfahren die von Kraske gewählte Exstirpation vom Munde her nach vorausgeschickter Tracheotomie und Tamponade des Kehlkopfs, eventuell, wenn keine dringende Indikation zu sofortigem Eingreifen vorliegt, den Versuch einer Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten.

Hofmeister (Tübingen).

5) R. Lacour. La pharyngotomie sous-hyoïdienne.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

Verf. hat 40 Fälle der von Malgaigne zuerst beschriebenen und von Prat zuerst ausgeführten Pharyngotomia subhyoidea aus der Litteratur gesammelt und leitet in seiner These daraus die jetzt herrschende Technik und die Indikationen ab. Die Mortalität ist gleich Null, wenn es sich um Fremdkörper oder gutartige Geschwülste handelt und hängt bei bösartigen Geschwülsten von der Ausdehnung derselben ab.

Dreyer (Köln).

6) G. Hämig. Anatomische Untersuchungen über Morbus Basedowi.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LV. Hft. 1.)

Verf. untersuchte 9 Fälle von Morbus Basedowi anatomisch, und zwar von einigen bloß die exstirpierte Schilddrüse, während in 6 Fällen die Autopsie vorgenommen wurde, so dass außerdem noch Hypophysis, Knochen und Augenmuskeln untersucht werden konnten; die Fälle entstammen dem Kantonspital in St. Gallen. Den ausführlich beigefügten Krankengeschichten und Sektionsprotokollen folgt eine genaue Beschreibung der anatomischen Befunde an den Strumen. H. zieht selbst folgendes Facit aus seinen in den Einzelheiten sehr interessanten, für ein Referat aber zu detaillirten Befunden:

1) In Übereinstimmung mit den meisten Untersuchern konnte H. eine Form des Basedow-Kropfes feststellen, welche auf einer diffusen Hyperplasie eigener Art beruht, mit eigenthümlichen Veränderungen der Zellen, einer Hyperplasie, welche durch lokale stärkere Ausbildung, eben so wie die miasmatische strumöse Hyperplasie, zur

Knotenbildung führen kann. Dazu kommt das bedeutende Zurücktreten des Colloids, Auftreten eines dünneren, bei der Härtung gerinnenden, abnormen Sekrets und endlich, wie dies schon Farner fand, ein vakuolisirtes Aussehen der Cylinderzellen.

2) Giebt es nach H. eine Reihe von Basedow-Kröpfen, welche das Bild des diffusen Colloidkropfes mit oder ohne Knotenbildungen colloider und parenchymatöser Form zeigen. Unterschiede zwischen diesen Basedow-Strumen und den gewöhnlichen miasmatischen konnte er jedoch an seinem Material nicht auffinden.

3) Giebt es Mittelformen zwischen 1) und 2).

H. hält die diffus parenchymatöse Form mit ihren weiteren Eigenthümlichkeiten auch als die für die Glotzaugenkrankheit allein spezifische und glaubt, dass andere nur da vorkommen, wo endemische Struma besteht, weil sich bei schon vorher bestehendem Kropf die für Basedow'sche Erkrankung charakteristischen mikroskopischen Befunde nicht so deutlich mehr ausprägen, wenn dieses Leiden noch hinzutritt.

Bezüglich der Hypophysis cerebri stellt Verf. fest, dass bei Morbus Basedowi keine spezifischen Veränderungen nachzuweisen seien. Als einzige Abnormität fand er einige Male eine große Anzahl chromophiler Zellen, welche als abnorm von Schönemann angesehen werden. H. untersuchte aber aus einer kropffreien Gegend ihm übersandte Hypophysen und fand jedes Mal chromophile Zellen, so dass er diesen Befund als normal ansieht; eventuell sei die Vermehrung dieser Zellen nur eine Folge verschiedenartiger Funktionszustände. Augenmuskelveränderungen charakteristischer Art konnte H. nicht finden, und an den Knochen war auch nur einmal eine wenig hochgradige juvenile Osteomalakie vorhanden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

7) v. Kryger. Experimentelle Studien über Wirbelverletzungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 29.)

Verf., Assistent der Erlanger Klinik, berichtet über eine Reihe von Experimenten zur Erzeugung von Wirbelbrüchen. Da die Vorarbeiten auf diesem Gebiete — Bonnet, Chédeverque, Mollière, Menard u. A. — sich meist nur mit Brüchen der Brust- und Lendenwirbelsäule befassten, berücksichtigte v. K. auch die Halswirbelsäule eingehend; außerdem wurde dem Entstehungsmechanismus der Beugefrakturen des Brust- und Lendentheiles besondere Aufmerksamkeit gewidmet, da hierüber widersprechende Ansichten der Autoren vorliegen. Mit ganz wenigen Ausnahmen sind die Experimente an völlig unverletzten Leichen, sämtlich in erwachsenem, übrigens sehr verschiedenem Alter und beiderlei Geschlechtes, vorgenommen.

Der Halstheil der Wirbelsäule zeichnet sich vor dem Reste derselben durch seine ungleich größere Beweglichkeit aus, wesshalb hier nicht nur, wie am Brust- und Lendentheil, die Beugebewegung nach

vorn oder hinten, sondern auch die Rotation um die vertikale und die Abduktion um die sagittale Achse als ursächliches Moment für Wirbelverletzungen in Frage kommen. Praktisch am wichtigsten ist die Kombination zwischen Abduktion und Rotation. Demgemäß hat Verf. bei seinen die Halswirbelsäule betreffenden Experimenten (12) meist mittels dieser Bewegungen in verschiedenartiger Anordnung gearbeitet, nur 1 Mal mittels Hintenüberbeugung des Kopfes. Bei diesen Verletzungen zeigen sich zunächst regelmäßig die Gelenke zwischen den schiefen Fortsätzen getroffen, distorquirt, subluxirt, bei stärkeren Drehungsgraden mit Abbruch der Gelenkfortsätze. Meist sind die Gelenke zwischen mehreren Wirbeln betroffen, und zwar stärker auf derjenigen Seite, nach welcher die Drehung hin erfolgte. Schließt sich an die Abduktion und Rotation noch eine Beugung nach vorn, so kann die Rotationsluxation, d. h. Verhakung der Gelenkfortsätze auf einer Seite entstehen, wobei die Ligamenta longitudinalia größtentheils erhalten bleiben, aber von den Wirbelkörpern weit abgelöst werden. Eine vollständige Wirbelluxation, entweder mit Zertrümmerung einer Bandscheibe oder mit Fraktur eines Wirbelkörpers (*»Totalluxation«* oder *»Totalluxationsfraktur«* nach Kocher), setzt stets eine extreme Beugung, meist nach vorn, voraus. Die Vertebralgefäße erfahren bei allen diesen Traumen keine wesentlichen Verletzungen. — Über Verletzung des Brust- und Lendentheiles sind 16 Versuche gemacht. Betreffs Wirkungsreihenfolge der Verletzungen bei der Beugung nach vorn kommt Verf. zu ganz ähnlichen Resultaten wie Chédevergue. Die erste Zerreißung erfolgt an den Bändern zwischen den Dornfortsätzen, dann an den Bändern zwischen den Bögen oder an den Bögen selbst, zuletzt an den Wirbelkörpern. Reine Luxationen sind selten, meist besteht Kombination mit Fraktur der Körper; und zwar haben die Frakturen durch Beugung nach vorn gewöhnlich die schräge Richtung von hinten oben nach vorn unten und befinden sich nahe der oberen Fläche des Körpers. Anders verhalten sich die Verletzungen durch Kompression — Zusammenstauchung der Wirbelsäule in vertikaler Richtung. Hier werden die Körper zuerst und unter Umständen allein beschädigt. Bei Verrenkungen findet sich der Regel nach das obere Wirbelsäulenende nach vorn verrückt. Die Dura mater ist, auch wo stark-gradige Rückenmarksquetschung eingetreten, fast nie verletzt.

Die Arbeit enthält außer den Versuchsprotokollen und der epikritischen Durchsprechung der Versuchsergebnisse einleitend eine referirende, kritische Übersicht über frühere einschlägige experimentelle Arbeiten, so wie allgemeine anatomisch-physiologische Bemerkungen über den Bau der Wirbelsäule, zum Schluss ferner noch einige therapeutische Betrachtungen, die kaum etwas Bemerkenswerthes bieten, endlich einige klinische Beobachtungen, die an verschiedenen Stellen eingelegt sind.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

8) **Lorenz.** Über das Brisement des Buckels nach Calot.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 35.)

Der bekannte Orthopäde bespricht eingehend die Berechtigung des Calot'schen Verfahrens, das in neuester Zeit so großes Aufsehen gemacht hat. Indem er zwar betont, dass Hippokrates eigentlich schon dasselbe gethan habe wie Calot, giebt er auf der anderen Seite doch zu, dass, nachdem allmählich die Meinung sich befestigt hatte, dass das *Malum Pottii* ein *Nolitangere* sei, bedeutender Muth dazu gehörte, mit dieser Anschauung so schroff zu brechen, wie dies Calot gethan hat.

Es war offenbar früher hauptsächlich die Scheu vor einer Verletzung des Rückenmarks, welche jeden Gedanken an eine bruske Geradrichtung im Keime ersticken musste.

Das Rückenmark braucht durch die Streckung des Winkels indessen keineswegs verletzt zu werden; die Ausgleichung des Knickungswinkels kann an sich nur günstig wirken, doch kann eine gleichzeitig eintretende Zerrung schaden. Gefährlich kann auch das Bersten eines prävertebralen Abscesses bei der Streckung werden.

Die bisherigen praktischen Erfahrungen sind gleichwohl nach L. danach angethan, die angedeuteten Befürchtungen zu zerstreuen; denn die Pat. haben im Allgemeinen den Eingriff überraschend gut vertragen, und schon die kurze bisherige Erfahrung hat festgestellt, dass die Gefahren, welchen das Rückenmark bei dem Eingriff etwa ausgesetzt ist, bisher jedenfalls weit überschätzt wurden. L. spricht sich deshalb keineswegs gegen das Calot'sche Verfahren aus, warnt jedoch vor übertriebenen Hoffnungen bezüglich der Dauerresultate. Der Substanzverlust der Wirbelsäule, so meint L., wird sich schwerlich so leicht ausgleichen lassen, da die Tuberkulose ein zerstörender und kein regenerirender Process sei; es sei deshalb fraglich, ob eine so bedeutende Knochenproduktion jemals stattfinde, dass dauernd die nach der Streckung erhaltene Stellung der Wirbelsäule beibehalten werden könne. In der auf den Eingriff folgenden Ruhelage von 6—8 Monaten muss die Knochenneubildung sich vollziehen. Ob aber die nach Ausgleichung eines schweren Buckels entstehende Knochenlücke von 6—8 cm in dieser Zeit durch Knochenneubildung ausgeglichen werden kann, ist sehr fraglich. Während der fixirten Rückenlage strengster Observanz wird man natürlich mit den orthopädischen Resultaten der Streckung zufrieden sein können.

Der allgemeine Gesundheitszustand dürfte indess durch diese Lage auch nicht gewinnen. L. hält es daher für nur zu wahrscheinlich, dass früher oder später Recidive eintreten, selbst wenn ein Stützkorsett in Anwendung gezogen wird. Auch hebt L. hervor, dass auch bei der bisherigen rechtzeitig eingeleiteten Behandlung der Spondylitis ein großer Theil der Pat. einen bescheidenen, oft genug nur napfförmigen Buckel davonträgt. Doch kann durch unser Hinzuthun nur erreicht werden, dass der Buckel nicht größer wird als er unbedingt werden muss.

Da die muskuläre Fixirung, welche, abgesehen vom Körpergewicht, nach L. bei der Entstehung des Buckels mitwirkt, auch im Calot'schen Gipspanzer nicht ganz ausgeschlossen werden kann, so dürfte außerdem auch dieser die Entstehung des Buckels bis zu dem unbedingt nöthigen Grade nicht absolut verhindern.

Auch kann eine Art Pseudoeinrichtung stattfinden dadurch, dass die Wirbelsäulenabschnitte ober- und unterhalb des Buckels bei der Streckung eine lordotische Krümmung gegen diesen erfahren.

Vorläufig hat Calot noch nicht den Beweis der Dauerhaftigkeit seiner Resultate geliefert, da seine ersten Operationen erst wenig über 1 Jahr datiren. Auch die Technik des Verfahrens ist noch recht roh und unentwickelt.

Zum Schluss seiner wichtigen Ausführungen berichtet L. über einen Fall eigener Beobachtung, wo nach dem leicht von statten gegangenen Redressement eine vollständige Paraplegie beider Beine, die noch nach 2 Monaten unverändert fortbestand, und eine glücklicherweise vorübergehende Blasen- und Mastdarm lähmung eintrat. Der Buckel hat sich reproducirt, ist aber gegen früher etwas abgeflacht.

Jedenfalls stehen wir noch am Anfang der Diskussion über die interessante Frage, ob das Calot'sche Verfahren sich dauernd Geltung verschaffen wird.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

9) A. Spengler. Über die Anwendung des Parachlorphenols bei einigen Erkrankungen der oberen Luftwege.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1897. No. 7.)

Verf. macht neuerdings auf die Vorzüge dieses Phenolderivates für die laryngorhinologische Praxis aufmerksam; sie bestehen in stark desinficirenden und anästhesirenden Eigenschaften, in der Reizlosigkeit glyceriniger, selbst concentrirter Lösungen, in Resorptionsbegünstigung von Infiltraten, sei es specifischer oder chronisch-entzündlicher Natur, und in Anregung der Reinigung und Vernarbung bei allen ulcerativen Vorgängen in der Schleimhaut der oberen Luftwege. Das Mittel übertrifft an Wirksamkeit und Leichtigkeit der Applikation die Milchsäure bei Weitem, doch muss man bei seiner Anwendung je nach der Empfindlichkeit des Kranken streng individualisiren.

Teichmann (Berlin).

10) H. Timmer. De intubatie bij croup. (Voordracht gehouden op het 6. Nederlandsch Natuur- & Geneeskundig Congres te Delft.)

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1897. No. 14.)

Seitdem in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten die Intubation warm empfohlen worden ist, steht man vor der Frage, welche Methode, die Intubation oder die Tracheotomie, den Vorzug verdient. Eine Antwort hierauf scheint die Statistik am besten geben

zu können. Diese hat aber besonders dem Alter der Pat. Rechnung zu tragen, was bisher nur vereinzelt geschehen ist, und fordert Einheit von Instrumentarium und Operateur, wesshalb Sammelstatistiken keinen Werth beanspruchen dürfen.

Diese verschiedenen, absolut nothwendigen Bedingungen berücksichtigend, hat T. das Material des Kinderspitals zu Amsterdam von den Jahren 1890—1897 statistisch und kritisch bearbeitet und damit einen Beitrag zur Entscheidung oben gestellter Frage zu liefern gesucht. Indem im Jahre 1894 mit der Serumtherapie angefangen wurde, war es nöthig, die Fälle vor und nach diesem Zeitpunkt gesondert zu betrachten.

Somit entstanden 4 Tabellen: In den ersten 2 sind die Diphtheriefälle verzeichnet, die vor der Periode der Serumanwendung in Behandlung kamen: es sind 109 Fälle mit Intubation und 496 mit Tracheotomie. In den letzten 2 dagegen sind die Fälle aufgenommen, bei denen die Intubation oder Tracheotomie mit Serumeinspritzungen kombinirt wurde: sie enthalten 86 Fälle der ersten Kategorie und 323 der zweiten.

Öfters war nach der Intubation noch die sekundäre Tracheotomie nöthig, entweder aus Furcht einer tödlichen Asphyxie oder wegen Stenoseerscheinungen, die auch nach der Intubation nicht gehoben waren, oder wegen Mitbetheiligung der Bronchi und des Lungengewebes, in welchem Falle die Tracheotomie bessere Ventilation und Expektoration sichert. — Indikationsstellung sowohl als Frequenz waren in beiden Perioden dieselben: resp. 28 von den 109 und 21 von den 86.

Im Allgemeinen sind die Nachtheile der Intubation, auch nach der Einführung des Serums, ganz die nämlichen geblieben und eben so oft als vor derselben beobachtet.

Wohl ist aber aus den gegebenen Zahlen zu konstatiren, dass die Erfolge der Intubation (sowohl vor als in der Serumperiode) besser sind, als die der Tracheotomie, was aber nicht so sehr der Behandlungsart, als wohl der Auswahl der Fälle mit schon von vorn herein besserer Prognose zuzuschreiben ist, weiter aber, dass die Erfolge der Tracheotomie durch die Serumtherapie in höherem Grad gebessert sind, als die der Intubation. Eben so wenig kann dies letztere aus verschiedenen Umständen (relativ kleiner Zahl — deutlicherer Einfluss des Serums bei schweren Fällen — Behandlung auch schwererer Fälle mittels Intubation) eine Überlegenheit der Tracheotomie beweisen.

Somit ist die Frage aus der Statistik des Verf. nicht zu entscheiden. Eben so wenig vermögen dies die in der Litteratur bekannten Statistiken. Die einzige mit hinlänglich großen Zahlen arbeitende Bokai's giebt dieselben Erfolge für die Intubation als die Tracheotomie vor der Serumbehandlung in der Statistik des Verf.

Vorläufig wird wohl die Beantwortung der Frage, ob Intubation, ob Tracheotomie, von den beiden Methoden inhärenten Nachtheilen

abhängen, die aber in jedem gegebenen Falle einer subjektiven Auffassung fähig sind.

Gewiss kann aber die Intubation die Tracheotomie nicht gänzlich entbehrlich machen. Im Gegentheil, diese letztere bleibt die souveräne Methode, falls die diphtherische Entzündung schon die Trachea und Bronchi oder sogar das Lungengewebe befallen hat, während bei einfacher Lokalisation im Larynx die Geübtheit des Operateurs entscheiden wird. Allein bei Pseudokrup ist ohne Zweifel die Intubation ausschließlich indicirt. G. T. Walter ('s Gravenhage).

11) **M. Schultz.** Contribution à l'étude du traitement opératoire du croup. Ecouvillonnage du larynx et dilatation de la glotte.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

Verf. bespricht in der mit großem Fleiß zusammengestellten, aber etwas weitschweifig geschriebenen Dissertation die Resultate, welche im Hôpital Trousseau mit 2 Modifikationen der O'Dwyerschen Intubation erreicht wurden. Die eine dieser Modifikationen besteht in der — schon seit Langem mehrfach versuchten und von Variot und Bayeux neuerdings wieder empfohlenen — Auswischung des Kehlkopfs. Das von den genannten Autoren angewendete Verfahren beruht auf der Benutzung der Bayeux'schen Intubationsröhre, welche kürzer ist als das amerikanische Modell und sich leicht mit dem Finger herausbefördern lässt. Die sogenannte »Auswischung« ist nun nichts Anderes, als eine Einführung der Röhre für einen kurzen Augenblick. Bei leichten Fällen wird das Röhrchen entfernt, sobald die Athmung besser geworden, was meist rasch geschieht; bei asphyktischen Kindern muss etwas länger zugewartet werden. Die Entfernung der Röhre hat meist die Expektoration von Membranen zur Folge. Um letztere zu erleichtern, werden überdies Einträufelungen mit sterilisirtem Menthöl (1%) oder Eukalyptöl (2%) empfohlen. Genügt eine einzige kurzdauernde Einführung des Röhrchens nicht, so kann das Verfahren ohne merklichen Nachtheil mehrmals, bis 4mal, in kurzen Zwischenräumen wiederholt werden. Verf. hebt bei dieser Methode nicht nur die Einwirkung auf die Expektoration der Membranen, sondern auch die dilatirende Wirkung auf die Kehlkopflücke hervor. In Fällen von anhaltender Dyspnoë wurde die 2. Modifikation der Intubation verwendet, die sogenannte intermittirende Intubation, bei welcher das Röhrchen nicht 36—48 Stunden, wie bei den typischen Verfahren, sondern nur wenige Stunden verbleibt, um dann später, wenn nöthig, wieder für einige Stunden eingeführt zu werden. Was die besonderen Indikationen betrifft, so empfiehlt Verf. das erstere Verfahren besonders bei Kindern über 2 Jahren, wo der Glottiskrampf weniger ausgesprochen zu sein scheint. Bei jüngeren Kindern mit starkem Glottiskrampf wird dagegen die intermittirende Intubation angerathen.

Serumbehandlung wird in allen Fällen als unerlässlich vorausgesetzt.

Wenn auch zweifellos die beschriebenen Abänderungen der Intubation für manche Fälle von Werth sein können und versucht zu werden verdienen, so sind doch die Erfolge nicht derart, dass man dieselben zur allgemeinen Methode erheben dürfte. So starben von 100 mit Auswischung behandelten Kindern 24, und bei den 70 mit intermittirender Intubation behandelten betrug die Sterblichkeit 34%. Dass die Auswischungsmethode, wie Verf. glaubt, eine weniger genaue Kenntniss der Diphtherie erfordert, als die übrigen Methoden, das dürfte mehr als zweifelhaft sein.

Die Weglassung gewisser Weitschweifigkeiten (so der zum Theil ausführlichen Wiedergabe von Krankengeschichten bis auf Galen zurück, zum Beweis dafür, dass der Kehlkopfkup gelegentlich auch ohne chirurgischen Eingriff heilen könne) hätte der Arbeit nur zum Vortheil gereicht.

de Quervain (Chaux-de-Fonds).

12) L. G. Richelot. La trachéotomie dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière, par M. Gouguenheim.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 348.)

Gouguenheim empfiehlt, bei der Tracheotomie Erwachsener die Haut, Subcutis und Aponeurose mit dem Thermokauter zu durchtrennen, dann unter letztere eine Hohlsonde zu führen und auf ihr die tiefe Incision vorzunehmen. — R. hält beides für unnöthig und plaidirt sehr energisch für die Laryngotomia inter-crico-thyreoidea: Man fühle nach dem unteren Rande des Schildknorpels, hebe ihn unter Rückbeugen des Kopfes etwas in die Höhe, mache unmittelbar unter ihm mit dem Bistouri ein Loch und lege die Kanüle ein. Die Operation sei in einer Minute ohne Blutung vollendet und völlig gefahrlos. Die von so vielen Chirurgen gegen diese Operation geäußerten Bedenken seien völlig unbegründet. Eine Kanüle von 9—10 mm Durchmesser reiche auch in jedem Falle aus.

Reichel (Breslau).

13) G. Muscatello. Sulla funzione di assorbimento della pleura.

(Arch. per le scienze med. Vol. XX. No. 14.)

Den Weg, auf welchem in die Pleurahöhle gebrachte Fremdkörper — chinesische Tusche und Stärkekörner — fortgeschafft werden, verfolgte Verf. an Hunden und Kaninchen und kam dabei zu ähnlichen Resultaten, wie er sie in einer älteren Arbeit über die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums bereits erzielt hatte. Hiernach wandern die Fremdkörper durch kleine, von Bizzozero beschriebene Lücken der unter dem Pleuraepithel verlaufenden Grenzmembran in die mit diesen communicirenden Lymphbahnen, und zwar durchdringen die größeren, von Wanderzellen eingeschlossenen, eben so

wie die kleineren freibleibenden Körnchen die bedeckende Epithelschicht, indem sie zwischen den Epithelzellen hindurchgleiten.

Sultan (Göttingen).

14) **J. McF. Gaston** (Atlanta). Improved method of exploring the thoracic cavity.

(Transactions of the American surgical association Bd. XIV. Philadelphia, 1896.)

Nach Beschreibung der anatomischen Verhältnisse und der bisherigen Methoden empfiehlt G. eine neue, um das Thoraxinnere freizulegen, z. B. Zwecks Pneumektomie. Er will Weichtheile und Rippen in der mittleren Axillarlinie von oben nach unten durchtrennen und durch horizontale, von den Endpunkten des ersten ausgehende Schnitte in den Interkostalräumen ein Stück der Thoraxwand abgrenzen, das er durch Einknacken der Rippenknorpel medianwärts zurückklappt.

Martens (Berlin).

15) **Reinert**. Über den Einfluss von Traumen auf die Entstehung infektiöser Lungen-, Pleura- und Herzerkrankungen.

Mit besonderer Berücksichtigung der Unfallbegutachtung.

(Festschrift des Stuttgarter ärztl. Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

Die häufig schwierige Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang von Unfall und entzündlichen Erkrankungen der Lunge tritt namentlich seit Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes so oft an den Arzt heran, dass man es stets mit Freude begrüßen darf, wenn eine zusammenfassende Arbeit darüber erscheint, den jetzigen Standpunkt von Autoritäten auf diesem Gebiet präcisirt und so einen Anhaltspunkt für die eventuelle Abfassung eines Gutachtens bietet.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich naturgemäß nur mit den Verletzungen, welche ohne Kontinuitätstrennung der Haut einhergehen; für letztere dürfte der Beweis des Kausalzusammenhangs zwischen Trauma und Infektion keinen Schwierigkeiten begegnen. Zunächst wird die theoretische Möglichkeit bewiesen, dass nach einem Trauma eine entzündliche Erkrankung der Lungen eintreten kann, da die Keimfreiheit der unteren Luftwege wohl nur eine relative ist, d. h. durch das Unversehrtsein der Epithelien bedingte. Erleiden diese durch eine Erschütterung oder Quetschung eine pathologische Veränderung, so sind sie wohl geeignet, den vorhandenen oder erst eindringenden Mikroorganismen eine Pforte zu bilden.

Verf. hat nun die einzelnen infektiösen Erkrankungen der Lungen und Pleura gesondert besprochen. Für ein Referat ist dies nicht nöthig, da es zu Wiederholungen führen würde. Denn ich sehe in den verschiedenen Arten von Erkrankungen der Lunge und Pleura nach einem Trauma nur einen qualitativen Unterschied: einmal wird die Quetschung — um solche handelt es sich doch meist — aber

mehr die Lungenepithelien oder größere Abschnitte derselben treffen, ein anderes Mal, besonders bei subkutanen Rippenfrakturen, mehr die Pleura in einen gegen Infektion weniger widerstandsfähigen Zustand versetzen; und so wird bald eine Lungenentzündung, eine Gangrän, eine Tuberkulose, bald eine Pleuritis verschiedener Intensität und Qualität entstehen. Denn es wird auch auf die Art des zufällig vorhandenen Krankheitserregers ankommen, ob *Diplococcus Fränkel-Weichselbaum*, *Tuberkelbacillen*, *Streptokokken* oder *Fäulnisbakterien* in die geschwächten Theile Eingang finden. Großer Werth wird vom Verf. bei Begutachtung solcher Fälle auf eine genaue Untersuchung aller Nebenumstände gelegt: es muss festgestellt werden, ob der Verunglückte vorher ganz gesund gewesen ist, so namentlich bei Tuberkulose, die am schwierigsten mit einem Trauma in Zusammenhang gebracht werden kann; dann ob die erfahrungsmäßig richtige Inkubationszeit seit der Verletzung verstrichen ist, ferner in welchen hygienischen äußeren Verhältnissen der Verletzte gelebt hat, endlich Heredität, Prädisposition, frühere Erkrankungen etc. Zahlreiche Beispiele aus der Litteratur illustriren die interessante Mittheilung. Erleichtert wird ein Gutachten auch hierbei durch gründliche Untersuchung und genaue Anamnese unmittelbar nach dem Unfall.

Etwas anders und schwieriger verhält es sich mit infektiösen Erkrankungen des Herzens und des Herzbeutels, welche nach einer stumpfen Gewalteinwirkung gegen den Brustkorb entstehen. Auch sie sind theoretisch denkbar; nur muss man schon annehmen, dass die Infektionserreger bereits im Blute des Verletzten kreisten bezw. in einem bis zum Unfall latenten Dépôt schlummerten, um dann erst an dem durch das Trauma entstandenen *Locus minoris resistentiae* in Wirksamkeit zu treten. Diese geringere Widerstandsfähigkeit kann durch eine Zerreißung des Endothels an den Klappen oder der Papillarmuskeln oder durch Quetschung der Muskulatur selbst herbeigeführt werden; eine »Kontusionsperikarditis« könnte analog der »Kontusionspleuritis« entstehen durch Fasertrennung, Ekchymosenbildung etc., also auch besonders bei Rippenfrakturen.

Es ist zu bedauern, dass die interessante Arbeit in einer Festschrift vergraben liegt, welche den wenigsten Ärzten zugänglich ist.

Tschmarke (Magdeburg).

16) A. Woinitsch-Sjanoszenki. Die Perikardotomie und ihre anatomischen Grundlagen.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 3—5.)

Die reichhaltige Arbeit (243 Seiten) zerfällt in 3 Theile: 1) Normale Anatomie der vorderen Pleuragrenzen; 2) Lage der vorderen Pleuragrenzen bei verschiedenen Erkrankungen der Pleura, des Perikards und der Brustorgane; 3) Zur operativen Technik der Punktion und Eröffnung des Perikards. — Die in einem kurzen Referat nicht wiederzugebende und den gegenwärtigen Stand der Frage erschöpfende Arbeit führt den Verf. u. A. zu folgenden Schlussfolgerungen. Der

vordere Interpleuralraum ist normal sehr unbeständig; links vom Brustbein sind seine Grenzen beständiger als rechts. Bei der Auswahl der Leichen, an denen man diese Grenzen studiren will, muss man sehr vorsichtig sein, da viele krankhafte Processe die Grenzen verschieben. — Bei Herzbeutelergüssen ist von der Probepunktion ausgiebig Gebrauch zu machen; erst auf Grund der Ergebnisse einer solchen Punktion ist die Frage von der weiteren Operation — ob Punktion oder Perikardotomie — zu entscheiden. Im Übrigen gehören noch viele weitere Beobachtungen zur endgültigen Lösung der Operationsmethoden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Kleinere Mittheilungen.

17) P. Guizetti. Neue bakteriologische Untersuchungen über Noma.

(2. Mittheilung.)

(Poliolinico 1897. No. 5.)

Im Anschluss an seine früheren Untersuchungen berichtet Verf. hier über einen neuen Fall von Noma, bei welchem er bakteriologisch den Diphtheriebacillus nachwies, während die Gegenwart des von Babes und Zambiloviei gefundenen Bacillus mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Es handelte sich um ein 3jähriges Kind, das im Anschluss an Bronchitis und Diarrhöe (Typhus!) eine ulceröse Gingivitis und weiterhin Gangrän der Unterlippe, resp. der Haut des Kinnes, bekam. Tod nach einigen Tagen.

Die bakteriologische Untersuchung des Herzblutes war negativ, diejenige der Milz ergab das Vorhandensein des Typhusbacillus. Aus den vom Grenzgebiet der Gangrän angelegten Kulturen entwickelten sich folgende Bakterien: Diphtheriebacillus, Staphylococcus pyogenes aureus et albus, Streptococcus pyogenes. Bei 6 Versuchsthiere, die mit Stücken des gangränösen Gewebes geimpft wurden, entstand am Ort der Impfung ein gangränöser Fleck, resp. eine eitrig-fibrinöse Peritonitis. 3 von diesen Thieren starben; von der Impfstelle aus konnte man hier den Streptococcus und den Staphylococcus aureus züchten. Niemals konnte Verf. den »Bacillus Babes« nachweisen. Der isolirte Diphtheriebacillus war klein und zeigte sich bei Thierversuchen sehr wenig pathogen. Auch im Schnitt wurden die Bakterien gefärbt, und zwar färbten sich nach Gram die Mikrokokken und Leptothrixfäden (besonders im Centrum der Gangrän), bei Weigert'scher Fibrinfärbung außerdem noch feine Bacillen von 3–5 μ Länge, besonders in der Peripherie (vom Verf. schon früher beschrieben). Die letzteren konnten auch mit Methyleneblau, Safranin oder Fuchsin gefärbt werden.

Ob diese im gangränösen Gewebe gefundenen Bacillen identisch sind mit einem der durch das Kulturverfahren isolirten Bakterien (Bacill. diphtheriae oder B. Babes), lässt Verf. unentschieden.

H. Bartsch (Heidelberg).

18) R. Sachs (Hamburg). Primäre tuberkulöse Geschwülste in Nase und Kehlkopf. Operative Heilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 38 u. 42.)

Die mitgetheilten 5 Fälle sind dadurch von Interesse, dass sich in ihnen der Lungenbefund normal erwies, und nach der Operation bis jetzt andauernde Heilung eingetreten ist. Die tuberkulösen Nasengeschwülste gingen, von ca. Kirschgröße, in dem einen Falle mit höckeriger, in dem anderen mit glatter Oberfläche, im dritten von ganz besonderer Länge und doppelseitig, vom knorpeligen Septum aus; die Kehlkopfgeschwülste waren in den beiden Fällen papillomähnliche, an der Hinterwand des Larynx, bezw. auf den Stimmbändern und der laryngealen Fläche der Epiglottis sitzende Gebilde.

Kramer (Glogau).

19) **A. Baurowicz.** Über einige wichtigere, in der laryngorhinologischen Abtheilung des Professors Pieniążek beobachtete Fälle.

(Przegląd lekarski 1897. No. 12 u. 13.)

Die überwiegende Mehrzahl aller Fälle bildete das Rhinosklerom. Im Ganzen wurden 18 neue Fälle behandelt. Nur 3mal beschränkte sich der Process auf die obersten Luftwege allein, während er in den übrigen 15 Fällen auch den Kehlkopf betraf und daselbst 12mal zur Stenose führte. Veränderungen an der äußeren Nase fanden sich bloß 5mal. In den Fällen, in welchen eine Stenose des Kehlkopfes vorhanden war, musste 8mal tracheotomirt werden, und in 3 Fällen wurde im Anschluss daran die Laryngofissur ausgeführt. In diesen letzten Fällen gelang das Decanulement vollständig, während dasselbe in den bloß endolaryngeal behandelten nicht möglich war. Interessant ist ein Fall, in welchem wegen Sklerom der unteren Fläche der Epiglottis die Pharyngotomia subhyoidea ausgeführt worden war, und 8 Monate später complete Heilung konstatiert wurde.

Aus den übrigen Beobachtungen ist namentlich die einer Trachealstenose wegen Struma erwähnenswerth. Sie betraf ein 18jähriges Mädchen, welchem ein Kropf exstirpiert worden war. Wegen hochgradiger Dyspnoë musste am folgenden Tage die säbelscheidenförmige Trachea eröffnet werden. Nach einiger Zeit Entfernung der Kanüle und komplette Verheilung der Wunde. 2 Wochen nach der Entlassung aus der Klinik wieder hochgradige Dyspnoë. Die neuerliche Tracheotomie war wegen starker Verengerung der Trachea, Torsion und seitlicher Deviation derselben bedeutend erschwert. Durch Einführung langer elastischer Kanülen wurde eine genügende Erweiterung der Luftröhre erzielt, so dass die Kanüle schließlich weggelassen werden konnte.

Trzebicki (Krakau).

20) **A. Baurowicz.** Über sogenannte »blutende Polypen« der Nasenscheidewand.

(Przegląd lekarski 1897. No. 8 u. 9.)

Im Anschluss an sämtliche in der Litteratur bekannten Fälle von Polypen der Nasenscheidewand, wie selbige zuerst von Lange und Schadewaldt beschrieben wurden, berichtet Verf. über einen eigenen Fall, welcher eine 38jährige, im 8. Monat schwangere Frau betraf. Die rhinoskopische Untersuchung ergab bei derselben einen kirschgroßen, von der Nasenscheidewand an der Übergangsstelle des häutigen Theiles in den knorpeligen ausgehenden, dunkelrothen, den Naseneingang ausfüllenden Knoten, welcher sich mit schmalem, kurzem Stiel am Septum ansetzte. Bei Berührung blutete der Polyp stark. Pat. giebt an, dass die Geschwulst den Naseneingang namentlich während der Schwangerschaft ganz verstopfte, und dass nach einer jedesmaligen Hämorrhagie der Nasengang bedeutend freier werde. Die Geschwulst wurde mittels Schlinge entfernt, und der mikroskopische Befund lautete auf Fibroma molle teleangiectodes.

Da das mikroskopische Bild in den einzelnen, in der Litteratur bekannten Fällen ein ziemlich verschiedenes war, macht Verf. den Vorschlag, die Benennung eines »blutenden Polypen der Nasenscheidewand« aus der Nomenklatur zu streichen, und selbige durch einen, dem jeweiligen anatomischen Bau entsprechenden Namen zu ersetzen.

Trzebicki (Krakau).

21) **Plauth.** Über das Cystadenoma papilliferum des Halses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 2.)

In Czerny's Klinik wurde einem 72jährigen Manne eine cystische Halsgeschwulst exstirpiert, nachdem eine in Würzburg vorgenommene Operation von rasch eintretendem Recidiv gefolgt war. 6 Monate später folgte die 3. und nochmals 6 Monate später eine abermalige Exstirpation wegen Recidivs. Gegen die Schädelbasis zu musste die Operation unvollkommen bleiben. Die Heilung verlief jedes Mal ungestört. Die histologische Untersuchung, deren Resultat ausführlich mitgetheilt ist, ergab das Bild eines stark proliferirenden, gefäßreichen Cystadenoms, an einzelnen Stellen mit carcinomverdächtiger Struktur. Drüseninfektion so wie metastatische Geschwülste ließen sich nicht nachweisen.

Die Herkunft der Geschwulst anlangend, glaubt P., den Ausgang von der Submaxillarspeicheldrüse sicher ausschließen zu können, da die Geschwulst dieser zwar dicht angelagert war, doch keine Verbindung mit derselben besaß, und weil außerdem das Epithel nicht den Eindruck von Speichelerpithel machte. Zwischen den beiden anderen Möglichkeiten, der Annahme eines branchiogenen Ursprungs einerseits, der Abstammung von versprengtem Schilddrüsengewebe andererseits, wagt Verf. eine bestimmte Entscheidung nicht zu treffen, neigt aber doch mehr der letzteren Auffassung zu, speciell im Hinblick auf die Übereinstimmung der histologischen Bilder mit einem von Wölfler beschriebenen Fall von bösartigem Schilddrüsenadenom.

Hofmeister (Tübingen).

22) W. L. Borman. Blutcysten an der Seitenfläche des Halses.

(Med. Obosrenje 1897. Mai. [Russisch.])

2 Fälle aus der Klinik Rasumowski's in Kasan. 1) Knabe von 15 Jahren, seit 1½ Jahre krank. Geschwulst unter dem Unterkiefer, nimmt die Stelle der fehlenden V. facialis communis ein; oben münden 2 Gesichtsvenen in den Sack. 2) Mädchen von 3 Jahren, 4 Monate krank. Die Geschwulst nimmt fast die ganze linke Halsseite ein bis unter das Schlüsselbein, ist 14 × 7 cm groß und dringt oben hinter die Speiseröhre, unten hinter das Schlüsselbein ein. V. jugularis fehlt. Verletzung der linken Pleura, sofortige Naht. Der Sack ist vielkammerig, ein Theil enthält venöses Blut, ein anderer — klare Flüssigkeit. Nach 2 Wochen an Erschöpfung gestorben. — Der 1. Pat. wurde geheilt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

23) O. Förderl. Enchondrom der Halswirbelsäule.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 154.)

Ein Fall aus der Gussenbauer'schen Klinik in Wien, eine 35jährige Frau betreffend, der eine pathologisch-anatomische Rarität darstellt und diagnostisch Schwierigkeiten machte. Seit 3 Jahren entwickelte sich eine Halsverbreiterung mit Vorwärtsdrängung der Luftröhre und des Kehlkopfes, schließlich begleitet von Athembeklemmungen und Schluckstörung. Wegen Verschlimmerung der Dyspnoë durch einen Bronchialkatarrh Aufnahme in das Hospital, wo bei nach rechts vorn verdrängtem Kehlkopf und Luftröhre und bei mäßiger Vergrößerung des Halsumfanges rechts von der Schilddrüse und in der linken Fossa supraclavicularis Geschwulstmassen fühlbar sind. Die Athemnoth zwang zu einer Tracheotomie, die aber den Tod nur 2 Tage hinauszuschieben vermochte. Die Sektion ergab eine aus dem 7. Halswirbelkörper nach vorn, prävertebral, pilzförmig herausgewachsene Geschwulst, die Eingeweide und Gefäße des Halses stark verschoben hatte (3 Abbildungen). Histologisch erwies sie sich als Enchondrom, mit hyalinem Knorpel, partiellweise schleimig degenerirt und verkalkt. — Einen Parallelfall konnte F. in der Litteratur nicht auffinden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) R. Jones und A. H. Tubby. On the immediate reduction of the angular deformity of spinal caries.

(Brit. med. journ. 1897. August 7.)

Die Verff. haben 11 Fälle von Pott'schem Buckel der Geraderichtung nach der Methode Calot's unterzogen. In 6 Fällen haben sie unmittelbare und völlige Beseitigung des Buckels erzielt. In 5 Fällen gelang die Korrektur nicht völlig, aber doch zum größten Theil. Niemals haben die Verff. irgend welche Störungen ernsterer Art folgen sehen, keine Parese, keine Eiterung, keine Dissemination, kein erneuter Ausbruch von Tuberkulose.

Die Fixirung der Wirbelsäule in korrigirter Stellung machte nie Schwierigkeiten.

F. Krumm (Karlsruhe).

25) Fischer (Lytton Springs). A case of operative myxoedema.

(Pacifie med. journ. 1897. Juni.)

Der Fall ist in so fern erwähnenswerth, als das Myxödem sich nach einer Strumaoperation vor 20 Jahren allmählich entwickelt und schließlich eine bedroh-

liche Höhe angenommen hatte. Trotz des langen Bestandes und hohen Grades des Leidens aber bewirkte die Anwendung von Thyroidsaff schnelle Besserung, die offenbar dauernd ist und schon seit 4 Jahren anhält. Die Kranke erklärt sich in einer neuerlichen Zuschrift für völlig gesund und leistungsfähig, obgleich sie die Schilddrüsensaftbehandlung längst ausgesetzt hat und nur zeitweilig aufnimmt, wenn sich wieder Schwächegefühl, Kopfschmerz u. dgl. einstellt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

26) **D. Grant.** Deux cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine alcoolique.

(Revue hebdom. de laryngol. 1897. No. 27.)

Der erste Fall betraf einen 36jährigen Geistlichen, bei welchem die Stimmstörung gleichzeitig mit einer »Ischias« aufgetreten war. Für die laryngoskopisch festgestellte Lähmung des linken Stimmbandes fand sich keine andere Erklärung, als die Annahme einer Alkoholneuritis des N. recurrens, zumal sich noch andere Zeichen des chronischen Alkoholismus, wie morgendliche Appetitlosigkeit, häufige Magenstörungen, Nachlässigkeit in der Kleidung etc., nachweisen ließen. Unter strenger Abstinenz ging auch die Stimmbandlähmung wieder zurück, eben so die »Ischias«, die sich damit ebenfalls als periphere Neuritis dokumentirte. Ganz ähnlich verlief der 2. Fall, welcher eine 60jährige Dame betraf. Hier lag der Verdacht auf Rekurrenslähmung durch carcinomatöse Mediastinaldrüsen vor, da eine Amputatio mammae wegen Carcinom vorhergegangen war. Aber auch hier stellte sich ein Alkoholmissbrauch heraus, nach dessen Bekämpfung langsame, aber vollständige Heilung der Rekurrenslähmung eintrat.

Teichmann (Berlin).

27) **Moll.** Considérations sur l'ictus laryngé.

(Revue hebdom. de laryngol. 1897. No. 31.)

Unter Ictus laryngis versteht M. nicht bloß diejenigen schweren Fälle, welche im Verlauf eines organischen Kehlkopfleidens, z. B. Krebs, zu plötzlicher tödlicher Synkope führen, sondern alle diejenigen, welche durch Hustenanfälle in Folge von Kitzel im Halse und momentanen Bewusstseinsverlust ausgezeichnet sind. Gegenüber der Anschauung, dass in solchen Fällen immer ein Reizzustand der Kehlkopfschleimhaut vorliegt, berichtet er über 2 Beobachtungen, nach welchen es sich um eine Reflexneurose von Seiten der Nase handelte: beide Male fand sich eine starke Verengung der Nase durch Verbiegung, resp. einen Vorsprung der Nasenscheidewand. Durch Abtragung des letzteren verschwanden die Hustenanfälle und mit ihnen die Bewusstseinsstörungen. In dem 2. Falle wurde eine Operation abgelehnt; dagegen gelang es M. bei der Tochter dieses Pat., welche an typischen epileptiformen Anfällen litt, durch Entfernung adenoider Wucherungen aus dem Nasen-Rachenraum und Abtragung von Septumverbiegungen die Anfälle fast vollständig zu unterdrücken. Für das Zustandekommen des Ictus laryngis nimmt Verf., wie für alle Reflexneurosen, das Vorhandensein einer nervösen Anlage als nothwendig an.

Teichmann (Berlin).

28) **N. M. Benissowitsch.** Zur Frage der Entfernung des Kehlkopfes bei krebsiger Erkrankung.

(Die Chirurgie 1897. No. 5. [Russisch.])

B. beschreibt einen Fall von Kehlkopfexstirpation, in welchem 1½ Monat nach der Operation bei fast verheilter Wunde der Pat. an einer Blutung aus der krebsig erkrankten Zunge starb.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

29) **Treillet.** Luxation du sternum (accident de gymnastique).

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1897. Juni.)

Der Verletzte, ein Turnlehrer, sollte sich auf den Barren aufschwingen und dann nach vorn zur Erde springen; er verließ jedoch zu früh das Geräth und

stürzte so, dass er mit dem Nacken den Boden berührte. Das Kinn war hierbei fest gegen den mittleren Theil der vorderen Brustwand angedrängt; Pat. verspürte ein deutliches Krachen und lebhaften Schmerz, später auch etwas Behinderung der Athmung; Blutauswurf fand nicht statt. In der Mittellinie, 5 cm unterhalb der Incisura sterni, fühlte man einen quer verlaufenden linearen und glatten Vorsprung, der nicht verschiebbar war; auch fehlte jede Krepitation; die Haut war unverfärbt. Unterhalb dieses Vorsprunges folgte eine Vertiefung, in welche die Fingerspitze eindrang, und darauf wieder eine ebene Fläche, wie sie der obere Theil des Brustbeins darstellte, welche mit dem Vorsprung einen rechten Winkel bildete. Nur beim Athemholen, bei Bewegungen und Druck bestand etwas Schmerz, keine Dyspnoë; beim Husten wollte der Kranke selbst eine Hin- und Herbewegung am Ort der Verletzung verspüren, welche jedoch von Anderen nicht wahrgenommen werden konnte.

Nach etwa 5wöchentlicher Ruhe und Immobilisation in einem Pflasterverband verließ der Kranke das Lazarett völlig ohne Beschwerden; am Ort der Verletzung war nur eine leichte knöcherne Querleiste mit darunter befindlicher Grube wahrzunehmen. Offenbar ist eine Reduktion nicht eingetreten; der scharfe Knochenvorsprung ist nur durch Resorption etwas geschmolzen.

Hinsichtlich der Differentialdiagnose kommt Verf. zu dem Ergebnis, dass es sich um eine Luxation des Corpus sterni nach hinten, nicht um eine Fraktur gehandelt habe. Nach Ansicht des Ref. ist eine Entscheidung darüber überhaupt gar nicht möglich, da sie einzig und allein davon abhängig ist, ob sich bei dem betreffenden Individuum die knöcherne Verwachsung der Brustbeintheile zur Zeit des Unfalls schon vollzogen hatte oder nicht, eine Frage, die sich ja ohne Berücksichtigung nicht beantworten lässt. Offenbar hat es sich um eine direkt einwirkende Gewalt gehandelt, indem bei dem Fall auf den Nacken das Kinn heftig gegen das Brustbein angedrückt wurde.

Lüthe (Königsberg i/Pr.).

30) Auban. Longue plaie en seton, curviligne, de la paroi thoracique produite par une épée bayonnette munie de son fourreau.

(Arch. de méd. et pharm. militaire 1897. Februar.)

Ein Infanterist gerieth beim Umschlagen eines Wagens unter diesen und die darauf befindlichen Kisten, zwischen welche er sein Haubajonett mit Scheide gelegt hatte. Als er hervorgezogen wurde, ragte der Handgriff hinten neben der Wirbelsäule hervor, während die Spitze der Scheide vorn den Rock hervorwölbte, ohne ihn zu durchdringen. Die Waffe wurde nun herausgezogen, sie hatte mit der Scheide die Kleider und die Haut im 10. Zwischenrippenraum, 5 cm von den Dornfortsätzen entfernt, durchbohrt, war darauf dem Lauf der Brustwand gefolgt, indem sie sich entsprechend der Konvexität derselben krümmte, und an dem oberen Rand der 9. Rippe, 9 cm abwärts von der Brustwarze, ausgetreten. Die Heilung erfolgte in wenigen Tagen. Bemerkenswerth ist die Krümmung des Bajonetts.

Lüthe (Königsberg i/Pr.).

31) J. Treer. Ein interessanter gerichtlich-medicinischer Fall als Beitrag zur Physiologie der Athmung.

(Liečnicki viestnik 1897. No. 10.)

Ein Arbeiter erhielt am 10. Juli um 10 Uhr Abends bei einer Schlägerei mehrere Stichverletzungen und wurde am nächsten Morgen mit einem Nothverband ins Krankenhaus nach Petrovaradin überführt.

Am 11. Juli um 12 Uhr Mittags wurde dort folgender Status praesens aufgenommen. Pat. sehr anämisch, unruhig, hat starke, besonders inspiratorische Dyspnoë, spricht leise, abgebrochen, ist etwas benommen, verlangt fortwährend zu trinken, erbricht aber sofort das Genossene. Konvulsionen treten auf. Die Perkussion auf beiden Brustseiten vorn und rückwärts ergiebt vollen tympanitischen Schall, in den Spitzen etwas kürzeren Schall mit tympanitischem Beiklang; in den Lungenspitzen ganz leises, unbestimmtes Athmen, sonst überall nur Reiben.

Puls 100—110, Temperatur subnormal. Abdomen nicht wesentlich schmerzhaft; nur wenn im linken Hypochondrium gedrückt wird, schreit Pat. auf und bekommt Brechneigung.

Pat. zeigt folgende Wunden: 1) in der rechten hinteren Achselfalte im 3. Zwischenrippenraum eine 4,5 cm lange, 2) in der linken hinteren Achselfalte im 4. Zwischenrippenraum eine 3 cm lange, scharfrandige, 3) in der linken Achselhöhle eine 6—7 cm lange; sämtliche Wunden durch Nähte geschlossen, die Umgebung der 1. und 2. emphysematös, an der 3. kein Emphysem. 4) Rechts im 6. Zwischenrippenraum 1 cm außerhalb der Mammillarlinie eine kindskopfgröße Geschwulst, welche von bläulich violetter Farbe ist und netzförmige Auflagerungen hat, von tief tympanitischem Schall. Im oberen Theil dieser Geschwulst eine durch Nähte geschlossene Wunde, aus welcher sich auf Druck Mageninhalt entleert.

Nach Erweiterung der Wunde im 6. Zwischenrippenraum, welche die Bruchpforte bildete, sah man, was schon früher angenommen wurde, dass der Magen nach Verletzung des Zwerchfells in die Brusthöhle und dann heraus prolabirt ist. Der Magen konnte in die linke Brusthöhle reponirt, die Reposition durch das Zwerchfell musste wegen großen Collapses des Pat. unterlassen werden. Pat. starb am 11. Juli um 2 Uhr Nachts, also 26 Stunden nach erlittener Verletzung. Bis zum Tode war er bei Besinnung, trank und erbrach viel. Plötzlich fiel er aus sitzender Stellung zurück und war todt.

Bei der Sektion zeigte sich beiderseitiger Pneumothorax und Atelektase beider Lungen; alle angeführten Verletzungen haben den Thorax perforirt, aber nur die 1. und 2. die Lunge verletzt. Die Verletzung sub 3) wurde offenbar erst gesetzt, nachdem die Pleurahöhle schon eröffnet und die Lunge zurückgesunken war, also nach der Verletzung sub 2).

Der Fall ist desswegen besonders interessant, weil die erlittenen Verletzungen alle Wandungen des physiologischen Athmungsapparates durch Eröffnung beider Pleurahöhlen und durch Verletzung des Zwerchfells eröffnet haben. Dadurch wurde die Luftaspiration unmöglich, da sich Mangels des negativen Druckes die Lungen nicht entfalten konnten. Hingegen war die Expiration noch möglich, da sich die Lunge durch eigene Kräfte zusammenzieht; dagegen wurden auch die Lungen zusammengesunken, im Zustande der Atelektase, gefunden.

Cačković (Agram).

32) A. A. Kissel. Ein Fall von eitriger Pleuritis bei einem 7jährigen Knaben, nach Prof. Sewaschow's Methode geheilt.

(Med. Obosrenje 1897. Juni. [Russisch.])

Ogleich die Krankheit schon 2 Monate dauerte, genügte doch eine einmalige Auswaschung des Pleuraraums mit der physiologischen Kochsalzlösung zur völligen Heilung.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

33) E. Voswinkel. Über die Behandlung veralteter Emphyeme durch ausgedehnte Rippenresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 77.)

Verf. berichtet erstlich aus Körte's Abtheilung am Berliner Urban-Krankenhaus über 6 einschlägige Operationsfälle und theilt außerdem eine aus der Litteratur gesammelte Tabelle aller bisher veröffentlichten Fälle mit. Beide Beiträge zu dem fraglichen Gegenstand sind recht interessant. Die 6 Körte'schen Pat. standen im Alter von 9—42 Jahren, waren 4mal männlichen, 2mal weiblichen Geschlechts. 3 Pat. waren wegen des Emphyems schon der einfachen Rippenresektion Behufs Eiterentleerung unterzogen, indess nicht zur Heilung gelangt, während sonst diese Operation, welche von Körte als Normalbehandlung angesehen wird, bei 114 Fällen im Ganzen 70mal glatt zur Genesung führte. Als Schnittführung für die hier interessirende radikale Nachoperation diente 3mal ein großer Lappenschnitt mit der Basis nach oben, sonst ein einziger vertikaler oder horizontal ver-

laufender Schnitt, von dem aus die mehr oder weniger zahlreichen Rippenstücke reseziert wurden. Stets wurden mehr oder weniger große Stücke der verdickten, manchmal auch verkalkten Pleura costalis mit entfernt. 3 Pat. konnten geheilt entlassen werden, und zwar nach einer Behandlungsdauer von $4\frac{1}{2}$ Monaten, 7 Monaten und 2 Jahren 2 Monaten. Ein Pat. wurde arbeitsfähig, aber noch mit Fistel, nach 6 Wochen entlassen. 2 Pat. starben etliche Wochen nach der Operation, beide waren tuberkulös.

Die Zahl der vom Verf. aus der Litteratur zusammengetragenen Fälle beträgt exkl. der 6 Körte'schen Fälle 129, welche indess nicht durchgängig sorgfältig genug beschrieben sind. Aus dem Material ergibt sich, dass bei diesen Pat. das mittlere Alter beträchtlich das jugendliche und höhere überwiegt. Sehr viel häufiger ist das männliche Geschlecht betroffen — 82 Männer, 18 Weiber — ein Umstand, der darauf zu beziehen sein wird, dass der männliche Brustkorb durch stärkeren Knochenbau und kräftigere Muskulatur starrer und unnachgiebiger ist als der des Weibes —; freilich kommen aber überhaupt Empyeme bei Männern häufiger vor als bei Weibern. 27mal war der Sitz des Empyems rechts, 44mal links, eine Ungleichheit, die schwer zu erklären ist — vielleicht, dass die Pulsationen des Herzens heilungshindernd wirken. Die Erfolge der Operation sind recht gute, da 76 Fälle = 56,3% geheilt wurden; gebessert wurden 27 = 20,0%, ungeheilt sind 4 = 3,0%, gestorben 27 = 20,0%. Direkt an Folgen der Operation scheinen 4 gestorben zu sein. Die Tuberkulose an sich allein ist keine Gegenanzeige gegen die Operation; denn von 14 Tuberkulösen sind 2 geheilt, 3 gebessert, ungeheilt 1, 8 gestorben. Als Operationsschnitt hat sich der Lappenschnitt am besten bewährt, und haben gerade diejenigen Chirurgen, welche am schonungslosesten vorgehen, die besten Erfolge gehabt, z. B. Schede. »Verkrümmungen der Wirbelsäule, Verunstaltung des Thorax, so wie Funktionsstörungen der betreffenden oberen Extremität sind nicht zu befürchten.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **O. Kollofrath**. Entfernung eines Knochenstückes aus dem rechten Bronchus auf natürlichem Wege und unter Anwendung der direkten Laryngoskopie. (Aus der Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasen- kranke in Freiburg i/Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. Nr. 38.)

Dem in der Überschrift Gesagten ist hinzuzufügen, dass die Einstellung des Fremdkörpers mittels eines in die Luftröhre eingeführten Ösophagoskops, das an einem Elektroskop befestigt wurde, gelang, und es auf diese Weise nach anfänglichen Misserfolgen möglich wurde, die Branche einer Pincette unter die Kante des Fremdkörpers zu schieben und den letzteren mit der Röhre zusammen herauszuziehen.

Kramer (Glogau).

35) **Franke**. Beitrag zur Pneumotomie bei Phthise.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. I. Hft. 5.)

Incision und Drainage einer Kaverne nach Resektion eines Stückes der 2. Rippe; die beiden Pleuren waren schon mit einander verwachsen. Als nach $1\frac{1}{2}$ Jahren Tod an Influenza erfolgte, bestand noch eine $1\frac{1}{2}$ cm tiefe Fistel. Keine Sektion. Heilung der Lunge war nicht eingetreten, wie der nach der Operation mehrmals erfolgte Nachweis von Bacillen zeigte. **Haeckel** (Stettin).

36) **C. d'Azincourt**. Des résultats de l'intervention chirurgicale dans les bronchiectasies.

Thèse de Paris, **G. Steinhell**, 1896.

Der folgende, von Pierre Delbet operirte Fall bildet den Ausgangspunkt der vorliegenden Studie:

Frau von 45 Jahren, leidet seit 15 Jahren an häufig wiederkehrenden Anfällen von Bronchitis. Der Auswurf zeichnete sich stets durch seine Massenhaftigkeit

aus, war vorübergehend übelriechend. Allmähliche Abmagerung. Im Februar 1892 kommt die blasse, anämische Frau in Behandlung. Lungenbefund: rechts Zeichen einer diffusen Bronchitis, links ebenfalls, ferner links hinten unten Höhlensymptome. Auswurf sehr reichlich (1—1½ Liter), besonders Morgens, eitrig, nicht stinkend. Keine Tuberkelbacillen. Operation am 15. März 1892. Chloroformnarkose. Resektion eines 5 cm langen Stückes der 7. Rippe hinten links. Die Pleura ist verwachsen. Schnitt in die Lunge mit dem Messer ohne nennenswerthe Blutung. Erst in einer Tiefe von 5—6 cm findet man eine Anzahl mit stinkendem Eiter gefüllter, bis nussgroßer Hohlräume; die erwartete große Kaverne wurde nicht vorgefunden. Drainage mit Gummirohr. Guter Verlauf. Die Sekretion aus dem stets wieder eingeführten Drainrohr wird bald geringer, der Auswurf vermindert sich bedeutend. Im Juni 1892 kaum noch Auswurf. Die Kranke wird angewiesen, das Drainrohr stets zu tragen. Im Sommer 1893, während eines Landaufenthaltes, kann das Drainrohr nicht mehr eingeführt werden. Die Fistel schließt sich bald, gleichzeitig wird der Auswurf reichlicher. Im December 1893 neuer Schub von Bronchitis. Am 29. Januar 1894 heftige Kopfschmerzen, Krämpfe im rechten Arm.

30. Januar. Déjerine diagnosticirt einen Hirnabscess in der Gegend der linken Centralwindungen. Die Kranke hat das Bewusstsein verloren.

31. Januar. Trepanation. Man trifft auf erweichte Hirnmasse. Kein Eiter. Nach 3 Tagen Tod.

Aus der Litteratur hat Verf. noch 37 Fälle von operirten Bronchiektasien gesammelt, die er im Auszug anführt. 10 der Pat. sind im Anschluss an die Operation gestorben. Von den 28 überlebenden sind 14 als geheilt zu betrachten, 13 sind wesentlich gebessert, nur einer hat keinen Vortheil von der Operation gehabt. Die auf Grund dieses Materials angestellten Betrachtungen über Pathologie und Therapie der Bronchiektasie bieten nichts wesentlich Neues. Die deutsche Litteratur ist zum großen Theil berücksichtigt. **E. Martin** (Köln).

37) Perthes. Schussverletzung der Arteria pulmonalis und Aorta, mitgetheilt auf Grund 10monatlicher klinischer Beobachtung und des Sektionsbefundes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 2.)

Ein 26jähriger Tapeziergehilfe, der seit 7 Jahren an einem linksseitigen fistulösen Empyem litt, schoss sich in selbstmörderischer Absicht in die linke Brustseite. Das Geschoss drang im II. Interkostalraum ein und blieb vor dem Querfortsatz des 6. Brustwirbels liegen (Skiagramm Taf. XXI).

Auf Grund der Lage des Einschusses, des Skiagramms so wie der Beobachtung einer hebenden Pulsation im 3. Interkostalraum und eines blasenden Geräusches in der Nähe des Einschusses und hinten links vom 5. und 6. Brustwirbel wurde eine Verletzung der großen Gefäße (traumatisches Aneurysma) diagnosticirt. Trotzdem erholte sich Pat., der inzwischen noch eine Empyemoperation nach Esthlander-Schede überstand, so weit, dass er andauernd außer Bett sein konnte, bis er plötzlich 10 Monate später nach nur 4tägiger fieberhafter Erkrankung starb. Die Sektion ergab eine Kommunikation zwischen Art. pulmonalis und der Aorta descendens durch einen 1½ cm langen, mit Thrombusmassen theilweise ausgefüllten Kanal.

An der Hinterwand der Aorta eine 2. Öffnung, welche in einen derbwandigen Sack von 3½ cm Durchmesser führte. Durch letzteres Aneurysma war der Körper des 6. und 7. Brustwirbels arrodir. Hinter dem Aneurysma fand sich das Geschoss (s. Taf. XXII und XXIII).

In der rechten Lunge mehrfache hämorrhagische Infarkte. Für die lange Lebensdauer des Pat. nach der schweren Verletzung lieferte die Sektion in so fern eine Erklärung, als sich herausstellte, dass auch die großen Gefäße in mächtige Pleuraschwarten eingebacken waren, welche einen Damm gegen den ausbrechenden Blutstrom bildeten. Aus der Litteratur konnte P. nur 12 Fälle von

Verletzung der Aorta, in denen der Tod nicht durch sofortige Verblutung eintrat, zusammenbringen, klinische Beobachtungen von Verletzung der Arteria pulmonalis ließen sich überhaupt nicht auffinden.

Hofmeister (Tübingen).

38) **C. Vanderlinden et de Buck.** La maladie de Basedow dans ses rapports avec la chirurgie et les accidents post-opératoires.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1897. No. 6.)

Fall 1. Eine Frau von 45 Jahren mit Struma exophthalmica, welche hereditär belastet war, wurde operirt und dabei der linke, cystisch entartete Lappen des Kropfes entfernt. Heilung.

Fall 2 und 3 verliefen ähnlich günstig.

Fall 4. Fräulein von 23 Jahren, seit zwei Jahren erkrankt, angeblich nach schwerer Arbeit; seit 10 Wochen rapides Wachsthum des Kropfes mit Dyspnoë, allgemeinen Erscheinungen von Stechen im Körper, Zittern der Extremitäten etc. Sie war 5½ Wochen ohne Erfolg mit Thyreojodin behandelt worden. Der mittlere und linke Lappen werden exstirpirt, sie waren mit vielen colloiden Cysten durchsetzt und zeigten hypertrophisches Parenchym.

Während Fall 1—3 sofortige Besserung der allgemeinen Symptome zeigten, kam hier die Besserung erst nach 5 Wochen und ging sehr allmählich vor sich. Das Herzklopfen und die Dyspnoë, Schwindel etc. verloren sich erst 3—4 Monate nach der Operation, so dass Pat. nunmehr wieder arbeiten konnte. — Verff. berichten über statistische Resultate bei Morbus Basedowi aus Publikationen von Buschan, Tillaux, Mikulicz, Kocher, Heydenreich, Stephani, Allen Starr und Lejars.

In einem Falle von Ovariectomie bei Basedow'scher Krankheit heilten alle Symptome dieser Krankheit sehr bald nach der Operation. Dahingegen bekamen 2 Pat., denen wegen Uterusmyomen die supravaginale resp. vaginale Hysterektomie gemacht wurde, am 3. resp. 2. Tage nach der Operation heftige kritische Erscheinungen von Dyspnoë, Pulsaussetzen, Koma, Delirien etc. Die eine von ihnen starb in diesen Anfällen. — Die Verff. nehmen an, dass bei Basedow'scher Krankheit eine Art chronischer Vergiftung — durch ein Toxin? — besteht, unter dessen Einwirkung das centrale Nervensystem leidet, derart, dass es weniger widerstandsfähig wird. Nach größeren Eingriffen, Operationen etc. am Körper kann es versagen und somit den Tod bedingen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

39) **Carbone.** Esperienze sull' estirpazione della ghiandola timo.

(Giorn. della R. acad. di med. di Torino 1897. No. 7—9.)

Aus hauptsächlich an Kaninchen ausgeführten Thymusexstirpationen schließt Autor: 1) Die Thymus ist kein zum Leben unentbehrliches Organ. 2) Ihre Entfernung hat keinen Einfluss auf das Wachsthum der Thiere. 3) Die Thymus hat wahrscheinlich keine hämatopoëtische Funktion im extra-uterinen Leben. 4) Der Entfernung folgt eine leichte Vermehrung der Stickstoffausscheidung durch den Urin, welche einer Läsion des Vagus beim operativen Eingriff zugeschrieben werden muss.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

40) **Bourdette.** Un cas de mobilité exagérée de la langue.

(Ann. des malad. de l'oreille 1897. No. 1.)

Pat., der an einer Rhinitis und Pharyngitis atrophicans litt, hatte schließlich gelernt, sich seinen ganzen Rachen- und Nasen-Rachenraum mit der Zungenspitze sorgfältig auszusputzen.

Kümmel (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagehandlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt für CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50.

Sonnabend, den 18. December.

1897.

Inhalt: H. Steudel, Zur Mechanik des Fußgewölbes. (Original-Mittheilung.)

1) Karfunkel, Kataphorese. — 2) Barthe, Sterilisation. — 3) Schüller, Gelenkrheumatismus. — 4) Wiener, Traumatische Knochen- und Gelenktuberkulose. — 5) Wolff, Gelenkresektion. — 6) Bantock, Bauchschnitt. — 7) Steinthal, Leistenbrüche als Betriebsunfälle. — 8) Terrier und Auvray, Wanderleber. — 9) Klümmell, 10) Kehr, Gallensteine. 11) Chupin, 12) Bazin und Ligouzat, 13) Boppe, Wundkasuistik. — 14) Pepper und Edsall, Tuberkulocarcinom der Speiseröhre. — 15) Robson, 16) Callet, 17) Millet, 18) Well, 19) Yvert, 20) Eude, 21) Baur, 22) Powell, Bauchverletzungen. — 23) Kern, Offenes Meckel'sches Divertikel. — 24) v. Hofmann, Hernien des Wurmfortsatzes. — 25) Dock, Magenkrebs. — 26) McGraw, Zur Chirurgie des Dickdarmes. — 27) Tietze, Ileus. — 28) Wright und Renshaw, Intussusception. — 29) Schmey, Prolapsus ani. — 30) Elliot, Atresia recti. — 31) Kummer, Mastdarmexstirpation. — 32) v. Bergmann, Netzkystom. — 33) Baccelli, Blutcyste der Milz. — 34) Thomson, 35) Lissjanski, Echinkokken. — 36) Ferrari, Wanderleber. — 37) Flexner, Leberabscess. — 38) Graham, Bronchobiliare Fisteln. — 39) Terrier, Gastrocystenterostomie. — 40) Phedran, Pankreas-cyste. — 41) Eve, Bauchoperationen bei Kindern. — 42) de Guedre, Zwerchfellbruch. — 43) Wickerhauser, Ileus.

Zur Mechanik des Fußgewölbes.

Von

Dr. H. Steudel in Hannover.

In No. 15 des Centralbl. für Chirurgie d. J. versucht Riedinger in einem Aufsatz »Die Mechanik des Fußgewölbes als Grundlage der Lehre von den Fußdeformitäten« den verschiedenen Theorien über das Fußgewölbe eine neue gegenüber zu stellen, die im Wesentlichen aus folgenden Sätzen besteht: Das Fußgewölbe kann man, wenigstens in seiner Längsrichtung, als symmetrisches Gewölbe ansehen, dessen Scheitel an der Stelle liegt, wo »von der Plantarseite aus betrachtet, das Würfelbein, das Kahnbein und das dritte Keilbein zusammentreffen«. »Da der Talus somit hinter dem Scheitel des Fußgewölbes liegt, so kann er nicht als Schlussstein des Gewölbes angesehen werden. Er ruht vielmehr dem Gewölbe als Lastträger außerhalb des Scheitels desselben auf.« Aus dieser Voraussetzung werden dann verschiedene Schlüsse für die Theorie der Fußdeformitäten gezogen.

Diese Auffassung hat auf den ersten Blick in ihrer Einfachheit viel für sich; bei näherer Betrachtung jedoch ergeben sich verschiedene Bedenken, die, etwas näher auszuführen, mir im Folgenden erlaubt sein möge.

Nach einer kurzen theoretischen Betrachtung über das symmetrische Gewölbe im Allgemeinen, in der die Begriffe der Drucklinien, der Widerlager, der Scheitelfuge und der Kämpferpunkte erläutert werden, versucht Riedinger, in das Fußgewölbe in seiner Längsrichtung ein symmetrisches Gewölbe hinein zu konstruieren. Er behauptet zu dem Zweck, dass man am Fußskelett eine Stelle finden könne, die von allen Kämpferpunkten gleich weit entfernt sei, und findet diese Stelle da, wo, von der Plantarseite aus betrachtet, das Würfelbein, das Kahnbein und das dritte Keilbein zusammentreffen. »Die genannten Knochen treten hier zu einer Y-förmigen Gelenkvereinigung zusammen und bilden nach abwärts und einwärts eine Nische.« Hier möchte ich zunächst bemerken, dass an dieser Stelle eine Gelenkvereinigung zwischen Cuboid und Naviculare vorkommen kann, sich aber nicht immer findet. Dann aber ist es mir nicht möglich gewesen, den Abstand dieses Punktes von den »Kämpferpunkten« zu bestimmen, da im Text kein Aufschluss über die Wahl derselben gegeben ist, namentlich nicht über dessen eigenartige Lage am Tuber calcanei, und die Ansichten der einzelnen Autoren über die Frage, mit welchen Punkten der Fuß beim Stehen auf seiner Unterstützungsfläche ruhe, in hohem Grade differiren. Nimmt man an, dass der Fuß mit dem Tuber calcanei und den Capitula der Metatarsen aufruhet, so sind die entsprechenden Kämpferpunkte nicht gleich weit von dem hypothetischen Scheitel des Gewölbes entfernt, sondern ihr Abstand differirt um 1—1,5 cm.

Aber vorausgesetzt, es ließen sich wirklich Punkte finden, die gleichen Abstand von der besprochenen Stelle hätten, so ist damit noch nicht bewiesen, dass diese Stelle nun der Scheitel eines symmetrischen Gewölbes sei; denn die einfache Behauptung, dass sich von allen Widerlagern her symmetrische Drucklinien als Mittellinien konstruieren lassen, genügt doch nicht zum Beweise gerade des Kernes der ganzen Theorie. Die Symmetrie der Drucklinien kann erst dann behauptet werden, wenn nachgewiesen ist, dass das Gewölbe ein symmetrisches ist. Ein flüchtiger Blick auf das Fußskelett jedoch zeigt einem Unbefangenen deutlich, dass das Fußgewölbe auch in seiner Längsrichtung ein unsymmetrisches ist, bestehend aus einem kurzen hinteren Schenkel mit kleinerem und einem längeren vorderen mit größerem Radius. Gestützt wird diese Auffassung durch die Betrachtung der Spongiosaarchitektur; denn, wenn man annimmt, dass die Bälkchen annähernd den Kurven der Statik entsprechend verlaufen, so ergibt sich wieder ein vorderer flacherer und ein hinterer steilerer Abschnitt. Dafür, dass der Vereinigungspunkt von Naviculare, Cuboid und Cuneiforme III der Scheitel sei, lässt sich aus der Architektur der Spongiosa nicht der geringste Anhalt finden.

Die Meyer'sche Auffassung: »Der Astragalus ist damit als der Scheitel eines vervielfältigten Sparrenwerks hingestellt« ist, trotz der später von Meyer modificirten Deutung des Fußgewölbes, wegen des inneren architektonischen Aufbaues auch heute nicht umzustoßen.

Somit ist also nicht bewiesen, dass erstens das Fußgewölbe in seiner Längsrichtung einem symmetrischen Gewölbe entspricht, und zweitens die Vereinigung von Cuboid, Cuneiforme III und Naviculare der Scheitel desselben ist. Damit fällt auch die Beweiskraft der Riedinger'schen Ausführung, dass der Talus außerhalb des Scheitels dem Gewölbe als Lastträger aufrucht. Das Präparat in Fig. 6 der Riedinger'schen Abhandlung, an dem versucht wird die Verhältnisse klar zu machen, darf nicht als normales angesehen werden; denn nach den Zeichnungen der meisten Anatomen ist der Talus zum mindesten mit seinem Caput ein integrierender Bestandtheil eines Bogens; eine solche Annäherung von Calcaneus und Naviculare, wie in der Fig. 6, so dass das Caput tali nach oben verdrängt wird, entspricht nicht den normalen Verhältnissen.

Auf die weiteren Folgerungen Riedinger's, die Entstehung des statischen Plattfußes, die Lage der Pro- und Supinationsachse des Fußes näher einzugehen, würde zu weit führen; aber es bestehen dagegen nach dem Vorhergehenden ebenfalls gewichtige Bedenken.

1) **Karfunkel.** Beiträge zur Kataphorese.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLI. Hft. 1.)

Die Frage der Bedeutung der Kataphorese für die Medicin ist schon vor langer Zeit und ganz besonders in den letzten Jahren vielfach besprochen worden. Klarheit und Übereinstimmung ist aber noch nicht erzielt. Verf. giebt eine ausführliche historische Zusammenstellung und berichtet dann über seine eigenen in der Neisser'schen Klinik in Breslau angestellten Untersuchungen, aus denen hervorgeht, dass sowohl bei Thieren als bei Menschen durch die Kataphorese gelöste Substanzen in die Haut und dadurch in den Organismus übergeführt werden können. Von praktischem Interesse ist speciell, dass durch 20 Minuten lange Kataphorese mit 1- und 2%iger Cocainlösung und 5 H. A. Stromstärke menschliche Haut für 6 bis 8 Minuten tief anästhetisch gemacht werden konnte. Koncentrirte Jodkalilösung konnte in beträchtlicher Menge (bei sorgfältigster Untersuchung) nach der Kataphorese im Harn nachgewiesen werden. Die lokalen Reizerscheinungen waren verhältnismäßig gering. Es gelang dem Verf. ferner, histologisch den Nachweis von dem Übergang von Argentamin in die Kaninchenhaut zu erbringen. Die Versuche, die Kataphorese zur Gonorrhoebehandlung zu benutzen, sind zu spärlich, um aus ihnen schon Schlüsse zu ziehen. Eben so ergibt sich aus den wenigen Untersuchungen mit dem monopolaren elektrischen Bade mit Sublimat nur, dass die Resultate auffallend geringer waren als bei dem 2-Zellenbade. Die praktische Brauchbarkeit der

Kataphorese ist auch nach den eingehenden Untersuchungen des Verf. noch immer eine Frage der Zukunft.

Jadassohn (Bern).

2) **Barthe** (Bordeaux). Sur la stérilisation des objets de pansements en général, et celle du catgut en particulier, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1897. April.)

Repin's Vorschlag, das Katgut in hochgespannten Alkoholdämpfen zu sterilisiren, ist an sich gewiss gut, allein durch die Art der Herstellung und Aufbewahrung wird das Katgut zu spröde. B. hat nun auf derselben Grundlage eine Sterilisationsmethode gefunden, welche diesen Übelstand vermeiden soll. Zuerst wird das auf Glasspulen aufgerollte Katgut durch Äther seines Fettgehalts beraubt, dann vollständig getrocknet, indem es in einem besonderen Gefäß einem heißen Luftstrom von 80 bis höchstens 95° ausgesetzt wird. Hierauf kommen die Spulen in kleine Röhren von 0,10:0,025 m, die durch einen Wattebausch geschlossen und eine Stunde lang der Einwirkung eines Dampfes von wasserfreiem Alkohol mit 120° Temperatur und 4 Atmosphären Druck in einem Schnellkochtopf ausgesetzt werden.

Für die Aufbewahrung des so sterilisirten Katguts werden entweder die Röhren mit einem sterilisirten Gummipfropfen geschlossen oder auch außer diesem noch mit einem übergreifenden, aufgeschliffenen Glasdeckel versehen. Das so sterilisirte und trocken aufbewahrte Katgut hat sich stets aseptisch erwiesen.

Eben so kann man die Seide behandeln und trocken aufbewahren, ohne dass es jedoch nöthig ist, Alkohol zu nehmen, Wasser genügt. Dagegen werden Crins de Florence und Drains im Schnellkocher mit Karbollösung 5:100 bei 120° Temperatur gekocht und in derselben Lösung aufbewahrt. Laminaria muss gleich dem Katgut behandelt werden. Das Material zu dieser Herstellungsweise ist auch in Kriegsheilanstalten leicht mitzuführen, da der wichtigste Theil doch nur ein Papin'scher Kochtopf ist.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

3) **M. Schüller** (Berlin). Ein chirurgischer Beitrag zum Kapitel »Der chronische Gelenkrheumatismus« und seine Behandlung.

(Sep.-Abdr. aus den Verhandl. des XV. Congr. f. Innere Medicin zu Berlin 1897.) Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1897.

Die Mittheilungen S.'s beziehen sich auf die von ihm bei den schwersten Formen des sogenannten chronischen Gelenkrheumatismus erhobenen Befunde und mit seiner Behandlungsmethode erreichten Resultate und vervollständigen bezw. erweitern S.'s frühere, auf dem 1892er Chirurgenkongress und ein Jahr später über die Ätiologie jener Affektionen gemachten (s. Referat ds. Bl. 1893, p. 1001) An-

gaben. Sie betreffen also sowohl die durch entzündliche Hyperplasie der Synovialis und synovialen Gelenkzotten, massenhafte Neubildung solcher und ungleiche Ausweitung der Gelenkkapsel mit unförmlicher Entstellung des beweglich bleibenden Gelenks ausgezeichneten, als auch die mit gleicher, indess kleinerer Zottenbildung einhergehenden, aber zu Schrumpfungsprozessen und schließlich zu Ankylose führenden Formen, bei denen aber Knorpel und Knochen im Gegensatz zu der Arthritis deformans unbetheiligt bleiben, und im Gelenk nur wenig oder gar keine Flüssigkeit, niemals Eiter vorhanden ist. Für dieselben bringt S. die Bezeichnung »Polyarthritidis chronica villosa« in Vorschlag und beschreibt dann im Weiteren die von ihm in dem Gewebe der entzündeten Synovialis und Zotten neben Kokken gefundenen Bacillen (s. das oben erwähnte Referat), mit denen er bei Kaninchen durch Injektion von Kulturen ins Gelenk eine gleichartige zottenbildende Entzündung in diesem hervorrufen konnte. Verf. sieht deshalb dieselben als ätiologisch wesentlich für jene Gelenkerkrankungen an, vermuthet jedoch, dass die besonders häufig bei den ankylosirenden Formen vorkommenden Kokken in irgend einem Zusammenhang mit den eigenthümlichen Verwachsungsvorgängen in solchen Gelenken stehen. Indem wir bezüglich weiterer Einzelheiten auf die Abhandlung verweisen, heben wir hervor, dass dieselbe einige schöne photographische Abbildungen von einigen bei Menschen und beim Kaninchen gemachten Gelenkbefunden, von Schnitt- und Strichpräparaten mit Bacillen etc. bringt. — Was die Behandlungsmethode S.'s betrifft, so ist Letzterer von seinen früher geübten, nicht immer befriedigend ausgefallenen Injektionen von Jodoform-Glycerin in die erkrankten Gelenke zu solchen von Jodoform-Glycerin-Guajakol übergegangen und hat unter 29 Fällen bei 16 eine vollständige Rückbildung des chronisch-entzündlichen Processes und der Zottenmasse erzielt; es wurden 5—6 — allerdings schmerzhaft und von Fieber gefolgt — Einspritzungen von 10—15 g jener Mischung (5 g : 60—100 g : 20 Tropfen Guajakol pur.) in größere Gelenke gemacht. Sicherer und rascher wurden jedoch durch die Arthrotomie günstige Erfolge erzielt. Die so behandelten 16 Fälle (11 Operationen am Kniegelenk) heilten nach Ausschneidung der Zottenmassen und kranken Synovialis (unter Schonung des Bandapparats) und Injektion jener Mischung ohne Gelenkdrainage sämmtlich per primam, haben, besonders seitdem frühzeitig mit Bewegungen begonnen wurde, zum Theil fast ganz normal bewegliche Gelenke erhalten und sind ohne Recidive geblieben.

Kramer (Glogau).

4) **G. Wiener.** Beitrag zur Statistik tuberkulöser Knochen- und Gelenkleiden nach Trauma.

Inaug.-Diss., **Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei**, 1897. 69 S.

Verf. untersuchte auf Anregung von Mikulicz das Material der Breslauer chirurgischen Klinik in Bezug auf den Zusammenhang

zwischen Trauma und Knochen- bzw. Gelenktuberkulose. Von den 436 Fällen, welche ihm zur Verfügung standen, wiesen 125 (= 28,7%) in der Anamnese ein Trauma auf. Bei 26 Pat. (6% der Gesamtsumme) schloss sich die tuberkulöse Erkrankung direkt an die Gewalteinwirkung an, d. h. die Folgen der Verletzung gingen ohne freie Zwischenzeit in die Erscheinungen einer tuberkulösen Knochen- oder Gelenkaffektion über. Bei 54 Fällen (12,4%) bestand eine auffallend kurze Inkubationszeit. Bei 4 Pat. (0,9%) war dieselbe im Gegentheil auffallend lang. In 21 Fällen (4,8%) wirkte das Trauma nur verschlimmernd auf eine schon vorhandene Tuberkulose ein, und 20 Fälle (4,6%) werden schließlich als unsicher bezeichnet.

Verf. bespricht die eben angeführten Zahlen besonders in Bezug auf die Unfallgesetzgebung und kommt im Wesentlichen zu folgenden Schlüssen: In theoretischer Hinsicht kann streng genommen nur die erste Gruppe (6%) als mit großer Wahrscheinlichkeit durch das Trauma bedingt bezeichnet werden. Bei der zweiten Gruppe, mit sehr kurzer Inkubationsdauer, liegt die Frage nahe, ob es sich nicht oft eher um eine durch die Gewalteinwirkung bedingte Verschlimmerung einer schon bestehenden, aber latenten Tuberkulose handelt. Da jedoch die betreffenden Individuen vor dem Trauma arbeits- und auch bei latenter Tuberkulose vielleicht spontaner Heilung fähig waren, so müssen sie als entschädigungsberechtigt aufgefasst werden. Dasselbe gilt von der weniger zahlreichen dritten Gruppe. Was endlich die Fälle von Verschlimmerung einer schon bestehenden Tuberkulose betrifft, so lassen sich da keine bestimmten Regeln aufstellen; es ist vielmehr jeder Fall unter Abwägung der vorliegenden Verhältnisse für sich zu beurtheilen, wobei man sich aber, wie Verf. mit Recht bemerkt, im Interesse der Menschlichkeit lieber auf die Seite des ohne seine Rente hilflosen Individuums stellt.

Die von W. gefundenen Zahlen stehen, wie sich aus Obigem ergibt, etwa in der Mitte zwischen den extremen, von anderen Autoren gefundenen Werthen (bei Taylor 53% auf traumatischer Basis, bei Kaufmann nur 0,02%). **de Quervain** (Chaux-de-Fonds).

5) O. Wolff. Beiträge zur Resektion der tuberkulösen Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 160.)

W.'s Arbeit berichtet über Bardenheuer's Gelenkresektionsmethoden, welche sowohl in der Schnittführung als in der Nachbehandlung sehr eigenartig und von großem Interesse sind. Im Bestreben, eine radikale Heilung ohne Fistel zu erzielen, geschehen die nöthigen Excisionen in ergiebigster, fast schonungsloser Weise, wobei der tuberkulöse Herd wie eine bösartige Geschwulst im Gesunden zu exstirpieren gesucht wird, z. Th. unter Benutzung ungewohnter äußerer Schnitte. Zur Erlangung einer guten Funktion wird auf eine feste Verwachsung der Resektionsenden hingearbeitet und zu

dem Ende sehr häufig von einer Vernagelung derselben Gebrauch gemacht. Des Näheren werden die Resektionen an der oberen Extremität erörtert unter Beigabe der Krankengeschichten aus dem Jahre 1895/96.

A. Schultergelenk. 8 Fälle. B. reseziert die Schulter mittels eines Querschnittes, dessen Beschreibung folgendermaßen lautet: »Der Schnitt verläuft vom Processus coracoideus senkrecht nach oben über die Schulterhöhe hinüber bis zum hinteren Rande des Akromions, bis da, wo die Spina scapulae in das Akromion übergeht. Das Ende des Schnittes überragt diesen Punkt nach unten um 1—2 cm, um einen besseren Zutritt zum Collum scapulae zu gewähren; das Akromion wird quer durchsägt und so reseziert, dass eine Schale des äußeren Randes, die Ansatzlinien des Deltoideus, stehen bleibt. — Hat der Schnitt die Kapsel freigelegt, so ist der weitere Gang der Operation verschieden, je nachdem man intra- oder extrakapsulär vorgehen will. (Unter »extrakapsulärer Resektion« versteht Bardenheuer die Excision des Gelenkes, Kapsel nebst Gelenkenden, ohne Eröffnung der ersteren.) Im letzten Falle werden unter entsprechenden Außen- und Innenrotationen des Armes die Muskelansätze von der Kapsel und den Tuberkulis losgelöst; das Periost des Humeruschaftes wird dicht unterhalb der Kapselinsertion abgehelt, der Schaft mit der Säge durchtrennt. Man muss sich dicht an der unteren Kapselgrenze halten, weil hier unmittelbar die Epiphysenlinie verläuft, ferner um die Verletzung des Nervus axillaris zu vermeiden. Zweckmäßig überzeugt man sich jetzt vom Verhalten des Processus coracoideus, indem man seine Basis mit dem Finger abtastet; ist sie krank, vom Periost entblößt, oder das Periost vom Collum leicht ablösbar, oder zeigt sich bei der Punktion mit der Nadel, dass die Fossa glenoidalis rauh ist, so fällt der Resektionsschnitt durchs Collum scapulae in seiner unteren Partie jenseits medianwärts, ist die Basis gesund, diesseits, lateralwärts desselben. Mit großem Hohlmeißel wird das Collum von oben nach unten in senkrechter Richtung durchtrennt; das aus seiner Knochenkontinuität gelöste Gelenk wird mit scharfem Haken von oben nach unten und außen gezogen und stumpf oder scharf von den Gefäßen der Axilla freigemacht«. Verf. rühmt dem Verfahren, welches dem Ref. viel Ähnlichkeit mit dem Kocher'schen Resektionsschnitt »von hinten« zu haben scheint, besonders nach, dass es die Bursa subscapularis gut zugänglich macht. (Nach dem Wortlaut der Beschreibung verläuft der Schnitt gar nicht »quer« (transversal), sondern vertikal, und bleibt es unklar, wie man sich mit der den Schnitt quer kreuzenden Clavicula abfinden soll. Kocher hat seine Schnittmethode ungleich klarer und deutlicher beschrieben.) Die sehr originelle Nachbehandlung besteht in Nagelung des Armstumpfes an die Scapula bei Abduktionsstellung im rechten Winkel, Naht und einem den Brustkorb mit fassenden Gipsverbande. In allen Fällen trat binnen 6—8 Wochen Primärheilung ohne Fistelbildung ein. Es

resultirt feste Verwachsung der Knochen und eine Erhebungsfähigkeit des Armes unter Mitbewegung des Schulterblatts bis zum rechten Winkel und darüber.

B. Ellbogengelenk. Sehr großer Hautschnitt, longitudinal, mit Benutzung etwa vorhandener Fisteln. Excision der tuberkulösen Theile stets mittels Totalresektion, eventuell auf »extrakapsulärem« Wege. Behufs Knochenvernagelung Aussägung eines keilförmigen Knochenstückes aus dem unteren Humerusende; die entsprechend zugespitzte Ulna wird in rechtwinkliger Beugstellung in den Knochenspalt hineingeschoben. Damit Pro- und Supination erhalten bleibt, Resektion des oberen Radiusendes, dessen Sägefläche Behufs Verhütung von Verwachsung mit dem Humerus mit einem aus den radial der Ulna entspringenden Muskeln entnommenen Muskellappen (1 cm breit, 4 cm lang mit unterer Basis) gedeckt wird. Wenn es sich um Re-resektionen mit Schlottergelenk ausgeheilten alter Resektionsfälle handelt, so ist meist das Humerusende zur Vornahme der Keilexcision zu dünn; dann wird dasselbe auf 4—5 cm weit vertikal gespalten, und in die Gabel der aus einander gesperren Knochenhälften die seitlich angefrischte Ulna eingepflanzt. Etwaige Synostosen zwischen Radius und Ulna sind vorher zu trennen. Oder es wird der zugespitzte Humerus zwischen Radius und Ulna eingesetzt. — Von 17 Operationen bei 16 Pat. heilten 13 per primam ohne Fistel, und zwar 6 in Ankylose betreffs Flexion und Extension, 7 mit erhaltener diesbezüglicher Beweglichkeit. Pro- und Supination blieb mit nur 3 Ausnahmen stets erhalten.

C. Handgelenk. Auch hier wird auf Ankylose hingezielt, werden die Resektionsflächen keilförmig gestaltet und vernagelt. Der negative Keil kommt auf den Vorderarm, der positive auf die Metacarpalknochen, indem diese unterhalb der Basen entsprechend zurechtgesägt werden. Dabei wird die ganze Carpalknochenmasse in toto von den vorderen und hinteren Sehnen losgemacht und in einem Stück entfernt, was in wenigen Minuten ausführbar ist. Ja die zu entfernenden Stücke der Vorderarmknochen, der Carpus und die wegfallenden Theile der Metacarpi können als ein zusammenhängendes Ganzes herausgeholt werden. Als Schnitte können sowohl Längsschnitte bald auf der radialen, bald auf der ulnaren Seite, als auch Querschnitte gebraucht werden. Erscheinen die Strecksehnen in Folge von zu großer Ausdehnung der resecirten Theile als relativ zu lang, so werden sie verkürzt, dann vernäht; sie gewinnen mit Sicherheit ihre Brauchbarkeit zurück.

An die Mittheilung von 7 auf diese Weise mit bestem Erfolge operirten Fällen fügt W. noch einen, in welchem nach einer Resektion von 5 cm Radius die Ulna in entsprechender Länge gespalten, und in den aufgesperren Spalt ihrer Hälften zuerst der Carpus, später aber, als letzterer wegen Fungus auch excidirt werden musste, die zum Keil geformten Metacarpusknochen eingesetzt sind. Die in Ankylose gut erfolgte Heilung ist durch ein Röntgen-Bild illustriert.

Wir hoffen auf eine baldige, die Resektionen der Unterextremität besprechende Fortsetzung der Arbeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

6) **Bantock** (London). Über Wundbehandlung nach Laparotomien.

(Wiener klin. Rundschau 1897. No. 17.)

Wenngleich B. mit seinen Ausführungen, die den Einfluss der Bakterien auf die Wundheilung gänzlich negiren, auf Widerspruch stoßen wird, so mögen doch seine Rathschläge als praktisch wichtig referirt werden. Es handelt sich um die Verhütung von Eiterung und Hernienbildung nach Laparotomien. Die Schlussätze sind:

1) Bakterien spielen bei der Erzeugung von Eiterung keine Rolle, sie sind das Resultat, nicht die Ursache jener Zustände, bei denen man sie findet. Eiterung in der Wunde ist der Gegenwart irgend einer die Rolle eines Fremdkörpers spielenden Substanz zuzuschreiben, Stichkanalleitung durch Strangulation der Gewebe und durch zu straffes Anziehen der Naht bedingt.

2) In gewöhnlichen Fällen von Laparotomie genügt die einfache unterbrochene Naht (Knopfnah) allen praktischen Zwecken.

3) Bei sehr mageren oder sehr fetten Personen ist es wünschenswerth, das Peritoneum für sich durch fortlaufende Naht zu schließen, während der Rest der Wunde in einer oder zwei Etagen vereinigt werden kann.

B. incidirt möglichst nur vom Nabel bis zur Symphyse. Muss er über den Nabel hinausgehen, so excidirt er den Nabel und spaltet die Bauchdecken, um an dieser dünnen Stelle breitere Flächen zur Vereinigung zu bringen.

4) Für die einfache Naht bildet Silkwormgut das beste Material, für versenkte Naht Katgut (nicht mit Chromsäure behandelt).

Ref. findet in obigen Ausführungen ad 1) eine Erklärung für die wiederholt gemachte Beobachtung, dass nach aseptischen Operationen, z. B. Radikaloperation von Hernien, die Wundnaht trocken per primam geheilt war, während die darüber gelegten Hautfaltennähte (nach Madelung) unter geringer Eiterung durchgeschnitten hatten. Würde die Eiterung nur durch bakterielle Infektion entstehen können, wie die Bakteriologen strengster Observanz wollen, so müssten füglich beide Nahtreihen eitern oder keine, da sie doch unter denkbar gleichen Bedingungen angelegt sind. Wohl aber ist die Konstriktion der Gewebe bei den oft stark gespannten Hautfaltennähten recht groß. (Die richtigere Erklärung dürfte wohl die von Fritsch gegebene sein, dass die Infektion der Hautstichkanäle von den in den tiefen Drüsentrichtern der Haut sitzenden Kokken her erfolgt. Red.)

Grissom (Hamburg).

7) **Steinthal.** Die Beurtheilung der Leistenbrüche als Betriebsunfälle.

(Festschrift des Stuttgarter ärztl. Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

In der Beurtheilung der Leistenbrüche als Betriebsunfälle sind die Meinungen der verschiedenen Autoren sehr getheilt. Während die einen dem betreffenden Unfall eine größere Rolle bei plötzlicher Entstehung eines Bruches zuschreiben, sind die anderen geneigt, jeden Bruch als »eine Krankheit und nicht als einen Unglücksfall« anzusehen und so zu beurtheilen; zum mindesten sei stets eine Prädisposition zu einem Bruch vorhanden gewesen, bis der Unfall eingetreten sei, entweder ein vorgebildeter Bruchsack oder ein interstitieller beginnender Bruch (Socin) oder eine Hydrocele, die mit einem dünnen Stiel in offener Verbindung mit dem Bauchfell steht (Kocher), oder eine Hydrocele bilocularis abdominalis. — Verf. stellt folgende Möglichkeiten auf: 1) Der zu Untersuchende hat, ohne es zu wissen, schon vor dem Unfall einen Bruch gehabt; 2) bei einer besonderen Gelegenheit ist plötzlich in den vorhandenen leeren Bruchsack Inhalt eingetreten; 3) durch eine Gewalteinwirkung an der Bruchpforte hat eine Zerreißung stattgefunden, wodurch Eingeweide unter die allgemeinen Bauchbedeckungen traten.

Der vom Reichsversicherungsamt geforderte Nachweis, »dass der Bruchaustritt ein zeitlich bestimmtes, in plötzlicher Entwicklung sich vollziehendes Ereignis darstellt und nicht nur zeitlich und örtlich, sondern auch ursächlich mit einem versicherungspflichtigen Betrieb in Zusammenhang stehen muss, dergestalt, dass der Bruchaustritt im Anschluss an eine schwere körperliche Anstrengung erfolgt, welche zugleich über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit hinausgeht«, spielt die Frage auf ein ganz anderes Gebiet über, dessen Beurtheilung dem Arzt gar nicht unterliegen kann. Verf. hält es bei Begutachtung von freien, angeblich plötzlich nach einem Unfall entstandenen Leistenbrüchen für wichtig, zu konstatiren, ob ein innerer oder äußerer Bruch vorliegt, ferner genaue Angaben zu machen über die Größe des Bruches, die Repositionsfähigkeit, die Weite der Bruchpforte, die Lage des Hodens, kurz Alles zu untersuchen, damit er sich aussprechen kann, ob ein Bruch älteren oder neueren Datums sei. Wichtig ist auch die Frage, ob ein älterer Bruch durch einen Unfall irreponibel geworden ist, etwa durch eine dem Trauma folgende Entzündung im Bruchsack. — Der Arzt soll eben nur feststellen, ob der objektive Befund mit den Angaben des Untersuchten über den Unfall oder mit dem in den Akten geschilderten Vorgang übereinstimmt, dagegen nicht die Rolle eines Betriebs-sachverständigen übernehmen und Fragen beantworten wollen, wie die, ob eine außergewöhnliche Kraftanstrengung vorgelegen hat.

Ein praktisches Schema für Begutachtung der Leistenbrüche hat Langerhans in der »Zeitschrift für Medicinalbeamte 1891, p. 364 ff.« gegeben.

Tschmarke (Magdeburg).

8) **F. Terrier et M. Auvray.** Le foie mobile et son traitement chirurgical.

(Revue de chir. 1897. No. 8 u. 9.)

In der Arbeit werden sowohl die totale Hepatoptose oder Wanderleber, als auch die »partielle«, bei welcher die Lebermasse an Ort und Stelle bleibt und nur ein Theil von ihr durch Hypertrophie und Stielung sich zu einem beweglichen Lappen verändert, also 2 pathogenetisch ganz verschiedene Vorgänge und klinisch völlig differente Krankheitsbilder, zugleich abgehandelt. Nach der Schilderung Langenbuch's, der die letzteren in seinem jüngst erschienenen Werk über die Chirurgie der Leber und Gallenblase (s. Referat in d. Blatt No. 42) in 2 gesonderten Kapiteln eingehend besprochen und für die Entstehung der Wanderleber eine interessante und viel versprechend erscheinende Hypothese aufgestellt hatte, bringt die vorliegende den deutschen Chirurgen kaum etwas Neues, um so weniger auch, als die Verff. in ätiologischer Beziehung in ihrem Wesen selbst zum Theil ganz unklare Vorgänge, wie allgemeine Ernährungsstörungen als Folge »d'une viciation primitive des humeurs, congénitale et héréditaire, parfois acquise« ou »d'une perturbation fonctionnelle du foie, tantôt héréditaire, tantôt et souvent acquise, primitive amenant la viciation secondaire des humeurs«, verantwortlich machen. — Es sei deshalb nur auf die sich mit der Therapie beschäftigenden Ausführungen T.'s und A.'s etwas näher eingegangen, wenn auch das ihnen zu Grunde gelegte und aus der Litteratur gesammelte Material noch recht klein ist. Unter den bei der »partiellen Hepatoptose« zur Ausführung gelangten Eingriffen wollen die Verff. die Resektion des beweglichen Leberlappens (2 Fälle) auf die Fälle von Kombination des letzteren mit einer zur Operation geeigneten Geschwulst beschränken, die partielle Hepatopexie (3 Fälle) bei heftigen Beschwerden der Kranken und die Cholecystotomie, nach welcher die Schrumpfung des Lappens beobachtet worden, bei ursächlicher Gallensteinkrankheit vornehmen (7 Fälle, darunter 1 von T. operirter); die genannten Operationen waren in sämtlichen 12 Fällen von Heilung gefolgt. — Bei der totalen Hepatoptose können zu Anfang, außer Aufbesserung der Ernährung, Elektrizität und Bandagen versucht werden; nutzen diese Maßnahmen nichts, dann kommt die totale Hepatopexie, nach Ansicht der Verff. am besten gleichzeitig mit Wiederherstellung einer festen Bauchwand, in Betracht, so fern die Kranken durch große Beschwerden zu absoluter Ruhe und Arbeitsunfähigkeit verurtheilt erscheinen. Durch den erstgenannten Eingriff wurden unter 11 Pat. 8 vollständig geheilt, 1 gebessert, führte die Operation in je 1 Falle zu keinem Resultat bezw. durch Peritonitis zum Tode. Von den von Depage durch Hepatopexie und Resektion der Bauchwand operirten 3 Fällen wurden 2 geheilt, verstarb 1 bald nach der Operation. Eine weitere von Péan ausgeführte Operation — »Suspension par formation d'une cloison séreuse arti-

ficielle« — hatte bis zum Bericht 3 Monate später einen ausgezeichneten Erfolg. Was die Methode der Hepatopexie anlangt, so empfehlen die Verff. ihre vorn stumpfen, gekrümmten Nadeln zur Anlegung der durch die am besten vorher leicht angefrischte Leberoberfläche einer- und die abdominale und kostale Bauchwand andererseits zu führenden Seidennähte. Gelingt es nicht, die Leber an ihren früheren Platz vollständig zu reponiren, so muss man sich damit begnügen, sie so hoch als möglich zu fixiren; auch die bloße Immobilisation kann zur Beseitigung der Beschwerden ausreichen.

Kramer (Glogau).

9) Kümmell. Die ideale extraperitoneale Operation der Gallensteine. (Aus dem neuen allgemeinen Krankenhause in Hamburg.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 35—37.)

K. beschreibt zunächst eingehender das Bild der Gallenstein-erkrankung, um dann auf die Indikationen für die Operation überzugehen. Er ist mit Riedel der Ansicht, dass der größere Theil der Gallensteinkoliken der Ausdruck einer akuten Entzündung einer mit Steinen gefüllten oder auch von denselben durch Abgang schon befreiten Gallenblase sei. Auch der Verwachsung und ihren Folgen ist oft eine nicht unwesentliche Bedeutung für die Entstehung der Koliken beizulegen, wofür K. einen von ihm operirten Fall als Beispiel anführt. In demselben waren offenbar die Verwachsungen, welche sich durch den Reiz früher vorhandener Steine gebildet hatten, die direkte Ursache der Schmerzen. Auch die Einwanderung von Bakterien in die Gallenblase spielt eine nicht unbeträchtliche Rolle.

Mit Kehr hält K. ferner eine möglichst genaue Specialisirung der Diagnose vor der Operation für nothwendig, doch oft für sehr schwer. Die Bedeutung des Ikterus in diagnostischer Beziehung wird eingehend gewürdigt und besprochen, wobei K. auf die Schwierigkeit der Unterscheidung von Steinen und Carcinom hinweist, welches letzteres im Anfangsstadium oft schwer auszuschließen ist; dasselbe ist bisweilen der Fall bei Echinokokken und sonstigen Lebererkrankungen. Verwechslung mit rechtsseitiger Pyelitis, Nephrolithiasis und Wanderniere kommen vor, auch mit Appendicitis, tuberkulöser Peritonitis und Magengeschwür ist solche beobachtet worden.

Was die Therapie anbetrifft, so hält K. in vielen leichteren Fällen die Anwendung der Karlsbader Kur für recht wohl ausreichend. Wo aber eine solche nichts genützt hat, da sollte möglichst schnell zur Operation geschritten werden.

Um die Schattenseiten der Cholecystendyse zu vermeiden, hat nun K. eine Methode vorgeschlagen, welche in Umnähung der Gallenblase mit Bauchfell, Eröffnung derselben, Entleerung der Steine und des sonstigen Inhalts und nachfolgender Naht der Gallenblase und

der Bauchdecken besteht. Er bezeichnet das Verfahren als extra-peritoneale ideale Cholecystotomie.

Der Eröffnungsschnitt wird am Rande des rechten M. rectus in etwa 10 cm Länge gemacht. Die Gallenblase ist von allen Verwachsungen zu befreien, Ductus cysticus und choledochus, wenn verwachsen, dessgleichen. Das Hervorziehen der Gallenblase gelang, wenn auch bisweilen mit Schwierigkeiten, in allen Fällen. Die Gallenblasennähte wurden mit Katgut ohne Verletzung der Schleimhaut ausgeführt; nach erfolgter Sicherung der Gallenblase wird diese eröffnet. Ist durch Sondiren festgestellt, dass der Ductus cysticus frei ist, so wird die Gallenblasenwunde durch 1 oder 2 fortlaufende Nahtreihen vereinigt; darüber die Muskulatur und Haut mit Katgut vernäht. Die Katgutnaht dient als Sicherheitsventil im Falle eines Platzens der Gallenblasennaht. Doch war der Wundverlauf fast immer ein kürzerer als bei Anlage einer Gallenfistel von vorn herein. Der Pat. ist meist schon nach 14 Tagen geheilt. Die verschlossene Gallenblase bewirkt oft noch die Ausstoßung kleiner und zurückgebliebener Steine nachträglich.

Die Resultate waren günstiger als die Erfolge der von K. ausgeführten Cholecystotomien. 24 kurz mitgetheilte Krankengeschichten demonstrieren die Auseinandersetzungen. 13mal war Ikterus vorhanden. 10mal trat Heilung per primam intentionem ein. 3mal wurden die Pat. mit Fisteln entlassen. Zu ihrer Vermeidung dient die möglichst gründliche Revision der Gallengänge.

Wo keins der gewöhnlichen Verfahren die Schließung der Fistel herbeiführt, bleibt nur die Exstirpation der Gallenblase übrig, die aber nur selten wirklich indicirt ist. Eventuell müssen durch einen besonderen Laparotomieschnitt Ductus cysticus und choledochus freigelegt bzw. incidirt werden. Diese Operationen können technisch sehr schwierig werden.

Bei 2 in früheren Jahren operirten Pat. blieb dauernd eine kleine Schleimfistel bestehen. Ein 1884 operirter Fall von Choledochusstein endigte tödlich, ein anderer mit Heilung. In einem gleichfalls mit Glück operirten Falle kamen gleichzeitig im Cysticus und Choledochus Steine vor. Auch ohne Vorhandensein von Steinen war in einem Falle der Choledochus durch Verwachsungen verschlossen.

Auch das häufige Auftreten von Carcinom der Gallenblase legt nach K. den Gedanken nahe, die sie veranlassenden Steine möglichst früh zu entfernen.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

10) **H. Kehr** (Halberstadt). Die Behandlung der calculösen Cholangitis durch die direkte Drainage des Ductus hepaticus.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 41.)

In Ergänzung zu dem kurzen Referat über diesen von K. auf der letzten Naturforscherversammlung in der gemeinsamen Sitzung

der inneren Medicin und Chirurgie gehaltenen Vortrag (s. d. Blatt p. 1139) sei noch Einiges nachgetragen.

K. hatte früher in Fällen von calculöser Cholangitis, wo es sich um schwere, unter dem Bilde der septischen Infektion verlaufende entzündliche Processe handelte, die vom Choledochus aus im Hepaticus sich ausbreiteten und oft bis in die feinsten Verzweigungen der Gallengänge vordrangen, mit der Operation nur Misserfolge erlebt und war deshalb eine Zeit lang mit letzterer sehr zurückhaltend geworden. Erst in letzter Zeit hat er solche Operationen, und zwar mit besserem Erfolg, wieder aufgenommen, seitdem er die Erfahrung gemacht, dass zur Ableitung der Galle nach außen nicht immer eine Cystotomie, eine Fistelbildung an der Gallenblase selbst nothwendig ist, sondern dass auch nach vollzogener Exstirpation der letzteren eine Drainage gelingt, ohne dass das Bauchfell gefährdet wird, und dass ein Offenlassen des Cysticus bei Verdacht auf Cholangitis besser ist, als ein vollständiger Verschluss des Cysticusquerschnittes. Da auch ein Offenlassen des Choledochusschnittes nicht immer eine ausgiebige Drainage des Gallensystems schafft, weil derselbe leicht verkleben und durch die aufliegende Gaze verlegt werden kann, kam K. darauf, ein weiches, dünnwandiges, genau in die Lichtung passendes Gummirohr direkt in den Ductus hepaticus einzuführen, wie es vorher schon französische, englische und amerikanische Chirurgen in Fällen versucht hatten, wo eine exakte Naht des Choledochus nicht möglich war. Das in 2 Fällen angewandte Verfahren hat sich K. vortrefflich bewährt und keine Nachtheile zur Folge gehabt. Dass es da überflüssig ist, wo der Choledochus durch einen schon lange in ihm steckenden Stein gehörig erweitert ist, wo also die gewöhnliche Choledochotomie mit Naht zum Ziele führen kann, dass es unausführbar sein wird, wenn der Choledochus, in Verwachsungen eingebettet, vollständig unzugänglich ist, und dass es in Fällen schwerer Pylephlebitis und suppurativer Pericholangitis keinen Nutzen mehr bringen kann, versteht sich von selbst; aber es wird in einem frühen Stadium der noch behandlungsfähigen Cholangitis bei normalen anatomischen Verhältnissen viel leisten können, wenn auch eine Spontanheilung solcher Fälle zuweilen möglich ist.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

- 11) **Chupin.** Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu à blanc, laparotomie, guérison.
- 12) **Bazin et Ligouzat.** Blessure de la face par coup de feu à blanc, fracture des maxillaires etc.
- 13) **Boppe.** Plaie pénétrante de la cuisse gauche par coup de feu à blanc, délabrements considérables, guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1897. No. 1.)

In allen 3 Fällen handelte es sich um Verwundungen mit »Zielmunition« auf allernächste Abstände durch Unglücksfall oder Selbstmordversuch. Das Geschoss

dieser Munition ist von komprimirter Papiermasse hergestellt und entspricht in Größe und Form dem Geschoss des Lebel-Gewehrs vollkommen, um sich eben so wie dieses vollkommen in die Züge des Laufes hineinzupressen. Es hat eine Höhlung und an der Basis eine in jene führende Öffnung, in welche die Pulvergase eintreten und die Masse beim Verlassen des Laufes aus einander sprengen. Dem entsprechen denn auch die Ergebnisse der Versuche, welche Boppe mit diesem Geschoss angestellt hat, indem er damit auf 4 cm dicke Scheiben von Thon feuerte. Unter den Bruchstücken bewirkt offenbar die härtere Spitze die erheblichsten Zerstörungen; sie macht noch auf 1,50 m einen größeren Eindruck, außer welchem nur noch 2 kleinere Eindrücke sich vorfinden; auf 2 m entstehen keine Eindrücke der Bruchstücke mehr, nur einzelne unverbrannte Pulverkörner sind noch etwas eingedrungen. Auf 20 cm Entfernung dagegen wird der Thon durchbohrt, und zwar hat das Loch einen Durchmesser von 14 cm und auf der zu- und abgewendeten Seite umgerollte Ränder, in welche kleine Bruchstücke des Geschosses eingestreut sind. Bei 25 cm wird es schon kleiner; ringsum finden sich größere und kleinere Eindrücke von Bruchstücken und Pulverkörnern. Auch bei 50 cm Abstand ist noch ein Loch von 8 cm Durchmesser vorhanden, die Eindrücke rund herum aber sind weiter von einander entfernt. In 1 m Abstand haben die Bruchstücke und Pulverkörner nicht mehr durchdringen können, sondern nur zahlreiche kleinere und größere Eindrücke gemacht, welche bei 1,50 m Abstand, wie erwähnt, fast ganz verschwinden. Es folgt aus diesen Versuchen, dass das Geschoss der französischen Zielmunition nicht sofort nach dem Verlassen des Laufs sich in unschädliche kleinste Theile zersprengt, wie es eigentlich beabsichtigt ist, sondern dass die Bruchstücke, allerdings nur bis höchstens 1,50 m, noch mit einer gewissen Durchschlagskraft versehen sind.

Diesen Versuchsergebnissen entsprechen nun auch durchaus die von den 3 Beobachtern beschriebenen Verletzungen. Im 1. Falle hatte das Geschoss auf etwa 50 cm Abstand den Unterleib im linken Hypochondrium getroffen und durchbohrt; die Einschussöffnung hatte die Größe eines 50Centimesstückes und führte in eine größere Höhle zwischen den Muskeln bis in 4—5 cm Tiefe. Eine Austrittsöffnung fehlte. Bei der Erweiterung der Wunde fanden sich die Spitze des Os ilei abgesprengt, zahlreiche Geschosstheile in der Höhle, das Bauchfell verletzt, aber die Darmschlingen nicht; Naht in 2 Lagen, Drainage der Höhle, Heilung unter Opiumdarreichung.

Im 2. Falle hatten die Bruchstücke die Haut in Größe eines 2-Frankstückes unterhalb des Unterkiefers etwas rechts von der Mittellinie durchbohrt, die rechte Hälfte des Unterkiefers in mehrere Stücke zerbrochen, dann die Lippe zerrissen und den Zahnfortsatz des Oberkiefers, den knöchernen Gaumen, so wie die vordere Wand der Oberkieferhöhle und die Nasenbeine zertrümmert, auch die Zunge geschädigt und die Sehkraft des rechten Auges aufgehoben. Nach Entfernung eines ganz losgelösten Alveolartheiles mit 2 Zähnen gelang es, die stark dislocirten Fragmente durch die Knochennaht mit Platindraht an einander zu legen und mit Hilfe eines kupfernen Obturators festzustellen, welcher nach einem Abdruck angefertigt wurde. Dennoch blieb eine hochgradige Entstellung des Gesichts zurück.

Auch im 3. Falle hat sich hinter der Hautöffnung von der Größe eines $\frac{1}{2}$ Francstückes in der Muskulatur der Hüfte eine ausgedehnte Zertrümmerungshöhle gebildet, in welcher sich die Bruchstücke des Geschosses befanden. Es entwickelte sich ein ausgebreitetes Hautemphysem, und drohte Peritonitis, was zu einer breiten Spaltung der Höhle nöthigte. Allein ein Theil der Bruchstücke haftete so fest, dass Ausspülungen sie nicht sogleich wegzuschaffen vermochten; erst allmählich gelang dies bei den weiteren Verbandwechseln. Die Höhle lag zum größten Theil zwischen dem Tensor fasciae latae und dem Vastus externus bis zur Spina anter. super.; eine orangengroße Absackung erstreckte sich weiter in die Tiefe, woselbst auf 6 cm Länge der Oberschenkelknochen von Periost entblößt war, bis an die Gefäßscheide. Heilung ohne Beeinträchtigung der Dienstfähigkeit.

Ob, wie die Berichterstatter anzunehmen scheinen, bei Bildung dieser Höhlungen wirklich auch den Pulvergasen eine Rolle zufällt, mag dahingestellt bleiben.

Jedenfalls ist die Bildung größerer Zertrümmerungshöhlen hier auffällig, vielleicht aber allein als Folge des Zerstreuungskegels, welchen die Bruchstücke bilden, anzusehen.
Lüthe (Königsberg i/Pr.).

14) **W. Pepper and D. L. Edsall.** Tuberculous occlusion of the oesophagus, with partial cancerous infiltration.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. Juli.)

Ein 42jähriger Pat., der an Lungen- und Kehlkopftuberkulose litt, bekam einige Zeit vor seinem Tode Schluckbeschwerden, welche ihn derart herunterbrachten, dass eine Gastrostomie (Keen) gemacht werden musste. Bei der Autopsie fand man die Speiseröhre an 2 Stellen, dem Arcus aortae entsprechend und dem unteren Abschnitt des Kehlkopfes, so verengt, dass eine Lichtung nicht mehr zu finden war. Die Speiseröhre war an diesen beiden Stellen in eine feste Masse von $\frac{1}{2}$ Zoll Dicke verwandelt. Mikroskopisch fanden sich an den besagten Stellen Krebszellnester, rings um diese fibröses Gewebe und Rundzelleninfiltration; die letztere hatte hier keine typisch tuberkulöse Struktur.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

15) **A. W. M. Robson.** A case of perforating wound of the abdomen.

(Brit. med. journ. 1897. Juli 10.)

Einem 20jährigen Mechaniker war das spitze Ende einer langen Feile oberhalb des Nabels in der Mittellinie in den Bauch gedrungen. Bei der Aufnahme bestanden die Anzeichen starker innerer Blutung und schwerer Collaps. In den Seiten des nicht aufgetriebenen Abdomens Dämpfung, Leberdämpfung erhalten. Sofortige Laparotomie: In der Bauchhöhle und im kleinen Becken schwarzes flüssiges Blut; am Dünndarm blutige Suffusion unter dem Peritoneum. Die Blutung rührte her aus dem durch das Feilenende verletzten Stamm der Vena mesenterica superior. Unterbindung der durchtrennten Venenstümpfe; Gazetamponade nach Auswaschung des Peritoneums mit warmer Borlösung; Bauchnaht. Transfusion von ca. 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung. Heilung.

F. Krumm (Karlsruhe).

16) **Caillet.** Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu (revolver); quatre perforations de l'intestin grêle; péritonite, laparotomie, sutures intestinales; guérison.

(Arch. de med. et de pharm. milit. 1897. Mai.)

17) **Millet.** Contusion de l'abdomen par coup de fourche, perforation secondaire du duodenum; laparotomie laterale au 8. jour, mort.

(Ibid. Mai.)

18) **Weil.** Plaie pénétrante de l'abdomen par coup d'épée-bajonnette Lebel; guérison.

(Ibid. April.)

19) **Yvert.** Coup violent de l'abdomen avec large plaie contuse par coup de pied de cheval, péritonite localisé; guérison sans laparotomie.

(Ibid. Mai.)

20) **Eude.** Contusion grave de l'abdomen par coup de pied de cheval; péritonites, expectation; guérison.

(Ibid. Juni.)

21) **Baur.** Coup de pied de cheval de la région hépatique; plaie du foie par éclatement; hémorragie intra-péritoneale; mort 69 heures après l'accident.

(Ibid. Juli.)

Den Angaben in den Überschriften ist nicht viel hinzuzusetzen, da aus ihnen das Nöthige hervorgeht. Nur in Betreff des in 1 mitgetheilten Falles ist Zweierlei

zu bemerken. 1) wurde die mit günstigem Erfolg gemachte Operation 17 Stunden nach der Verletzung ausgeführt, 2) fand sich bei derselben, dass die Schleimhaut an 3 kleinen Wunden des Darmes in Form eines Pfropfes vorgefallen war, ohne jedoch die Öffnung ganz zu verschließen. Die 4., größte der Wunden aber hatte einen größten Durchmesser von mindestens 1 cm, und war hier Darminhalt ausgetreten, doch fand sich solcher nicht in größerer Menge in der Bauchhöhle. Hier wurde der Schnitt in der Mittellinie vorgezogen, während in Fall 2 der Bauchschnitt in der Seitenlinie ausgeführt wurde.

Fall 3 endlich bestätigt die schon bekannte Thatsache, dass selbst bei tiefen Stichwunden des Unterleibes nicht selten der Darm unverletzt ist.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

22) Powell (Marysville, Cal.). Gunshot wound of the liver with a report of two cases.

(Occid. med. times 1896. Juli.)

Die beiden Fälle beweisen die Heilbarkeit der Leberschusswunden durch einfache Tamponade mit Jodoformgaze. Im 1. Falle handelte es sich nur um eine Wunde; das Geschoss war nach Durchbohren der Leber von hinten her unter der Haut stecken geblieben und wurde ausgeschnitten, von diesem Einschnitt aus die Leber drainirt. Dagegen war in dem anderen Falle außer der Leber- noch eine 2. Wunde vorhanden, welche die Lunge an der Spitze durchbohrte, aber nach Entfernen des unter der Haut stecken gebliebenen Geschosses glatt heilte. Das offenbar hinter der stark zerrissenen Leber steckende andere Geschoss wurde bei oberflächlichem Suchen nicht gefunden und heilte unter der tamponirenden Gaze einfach ein. Beide Verwundete hatten nur kurze Zeit hindurch Fieber. Zu bemerken ist noch, dass mit einer Nélaton-Sonde sondirt und mit sterilem Wasser zur Entfernung der Blutgerinnsel ausgespült worden ist.

Auch in diesen Fällen handelte es sich um kleinkalibrige Geschosse, welche nur mit geringer Durchschlagskraft geschleudert waren. Trotzdem ist ausdrücklich bemerkt, dass bei dem 2. Verwundeten das Lebergewebe erheblich zerrissen war, auch wurden aus ihm Kleiderfetzen entfernt. Die Blutung war beide Male beträchtlich.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

23) Kern. Über das offene Meckel'sche Divertikel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 2.)

K. berichtet über einen von Kraske operativ geheilten Fall. Bei dem $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben wurde das in Form einer haselnussgroßen Geschwulst vorgefallene Divertikel zunächst mit dem Ferrum candens oberflächlich verschorft und mit Druckverband nachbehandelt. $\frac{1}{2}$ Jahr später bestand noch eine lippenförmige Fistel, welche in den Darm führte. Laparotomie, Abtragung des Divertikels dicht am Darm und Exstirpation desselben führte zur definitiven Heilung. Die histologische Untersuchung des excidirten Divertikels ließ sämtliche Elemente einer normalen Darmwand erkennen; im mittleren und äußeren Theil war die Struktur weniger deutlich, und fanden sich atypische Drüsenwucherungen als Folge der Vernarbung nach der Behandlung mit dem Ferrum candens. Die histologische Untersuchung ergab auch, dass an der Inversion sich sämtliche Darmhäute theiligten, also nicht bloß ein Schleimhautprolaps vorgelegen hatte.

Hofmeister (Tübingen).

24) K. Ritter v. Hofmann. Beiträge zur Kenntnis der Hernien des Processus vermiformis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 8.)

Während früher die Gegenwart des Wurmfortsatzes in Brüchen als ein sehr seltenes Vorkommnis galt, hat sich seit der häufigen Vornahme von Radikaloperationen an nicht eingeklemmten Brüchen herausgestellt, dass sie ziemlich häufig ist. So wurde, wie v. H. berichtet, an der Albert'schen Klinik in Wien während der

letzten Jahre bei etwa 250 Radikaloperationen nach Bassini 9mal der Wurmfortsatz im Bruche gefunden. Die Fälle werden kurz beschrieben, eben so ein 10., von Julius Schnitzler beobachtet, und ein 11., welcher während der Korrektur der Arbeit operirt wurde. Es ergab sich das bemerkenswerthe Resultat, dass sämtliche Fälle das männliche Geschlecht betrafen, was mit den Resultaten anderer Autoren übereinstimmt, dass ferner in der Mehrzahl es sich um angeborene rechtsseitige Leistenbrüche von Kindern und jugendlichen Personen handelte. Einige Male war die Spitze des Fortsatzes mit dem oberen Pole des Hodens verwachsen, ein Verhalten, das auf die Ätiologie des Zustandes ein Licht wirft. In solchen Fällen kann, wenn der Wurmfortsatz, alleinigen Bruchinhalt bildend, gut durchgetastet werden kann, der Zustand der Diagnose zugänglich werden. Einklemmungserscheinungen bestanden in den v. H.'schen Fällen nur 1mal und waren auch da wahrscheinlich nicht durch Incarceration des Processus, sondern durch diejenige vom Netz verursacht. Im Übrigen können Entzündungen des Fortsatzes, zu welchen derselbe im Bruche noch mehr neigt als in der freien Bauchhöhle, incarcerationähnliche Symptome hervorrufen. 3mal fand sich der Processus allein im Bruch, 1mal mit Netz, sonst mit anderen Darmtheilen zusammen. Bei den Operationen wird der Fortsatz der Regel nach, auch wenn er von normaler Beschaffenheit ist, wie v. H. räth, zu exstirpiren sein. Der dazu nöthige Eingriff ist leicht und gefahrlos, dagegen könnte die Reposition des Fortsatzes innere Incarcerationen veranlassen oder sonstige Unannehmlichkeiten bereiten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) **G. Dock.** Cancer of the stomach in early life; and the value of cells in effusions in the diagnosis of cancer of the serous membranes.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. Juni.)

Es handelt sich um einen 20jährigen Mann mit Carcinose des Bauchfells und primärem Herd am Pylorus. Die Arbeit liefert einen werthvollen Beitrag zur histologischen Untersuchung der Ascitesflüssigkeit bei Carcinom. In Übereinstimmung mit gleichgerichteten Untersuchungen deutscher Autoren stellt D. als bemerkenswerthesten Befund im Sediment der Flüssigkeit die große Zahl von Kerntheilungen, normalen sowohl wie atypischen, fest. Auf Einzelheiten der interessanten Befunde, die in einer Lichtdrucktafel wiedergegeben sind, kann in einem Referat naturgemäß nicht eingegangen werden.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

26) **T. A. McGraw** (Detroit). Some observations relative to the surgery of the large intestine.

(Transactions of the Amer. surg. assoc. Bd. XIV. Philadelphia 1896.)

Verf. erörtert nur Einzelheiten von der Chirurgie des Dickdarmes. Zunächst bespricht er die Verlagerung des Colon transversum nach unten, eventuell mit V-förmiger Knickung. Als besonderes Symptom betont er die Zerrung und theilweise Knickung des Lig. hepatico-duodenale, in Folge deren Anschwellungen der Gallenblase zu Stande kommen. Er beobachtete einen derartigen Fall und ließ sich zu der Annahme einer Gallenblasenerkrankung verleiten, trotzdem Ikterus oder Thonfärbung des Kothes nicht vorhanden waren. Wegen der heftigen Schmerzen wurde die Laparotomie ausgeführt, die sehr ausgedehnte Gallenblase in die Bauchwunde eingenäht und eröffnet, worauf sich nur reichlich Galle entleerte. Die Pat. starb nach 3 Tagen (Todesursache?). Bei der Sektion zeigte sich die V-förmige, erhebliche Verlagerung des Colon transversum nach unten mit starker Zerrung des Lig. hepatico-duodenale. In ähnlichen Fällen will Verf. das Colon beachten wissen; die Therapie sei fraglich, er empfiehlt die Reposition und möglichste Fixirung durch Fältelung des Mesocolon. — Im 2. Theil der Arbeit setzt McG. ausführlich die Schwierigkeiten aus einander, eine Fistel des nicht vom Bauchfell bedeckten Dickdarmabschnitts zu heilen. In einem derartigen Falle half er sich durch Übernähung der Fistel mit Netz und erzielte so Heilung. —

In einem Falle von syphilitischer Darm-Blasenfistel fand Verf. bei einer Probelaparotomie die Kommunikation in der Flexura sigmoidea liegen. Ohne weiteren Eingriff war die Fistel nach 4 Monaten geheilt. **Martens** (Berlin).

27) **A. Tietze.** Über Hämatemesis als Symptom des Ileus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 17.)

T. fügt zu einem von Kast beschriebenen einschlägigen Falle einen selbst beobachteten, eine 54jährige Frau betreffend, welche an Ileus erkrankt und, kaffeesatzähnliches Erbrechen zeigend, einem erfolglosen Operationsversuche unterzogen (Befund Darmincarceration durch einen Netzstrang), übrigens nicht secirt wurde. T. erörtert die Entstehungsweise der Erscheinung, welche auf schwere Gewebsveränderungen in dem zuführenden Darne zu beziehen ist, ihre Bedeutung für die Prognose, die eine sehr üble sein wird, so wie diejenige für die Diagnose, welche im Ganzen gering ist und gegen die sonstigen Erscheinungen in den fraglichen Fällen zurücktritt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) **G. A. Wright and Knowles Benschaw.** Chronic intussusception of the appendix into the coecum: operation, recovery.

(Brit. med. journ. 1897. Juni 12.)

Die Verff. haben bei einem 3jährigen Kind, das unter Übelkeit und Verstopfung an häufig sich wiederholenden Darmkoliken erkrankt war, und bei dem sich zuerst eine Geschwulst in der Coecalgegend gefunden hatte, die aber dann der Bahn des Colon entlang bis oberhalb des Nabels gewandert war, wegen Verschlimmerung des Allgemeinbefindens die mediane Laparotomie gemacht. Die Geschwulst erwies sich als das an langem Mesocolon frei bewegliche, entzündlich verdickte Coecum. Der Processus vermiformis war mit seinem Ende zwischen Coecum und Ileum adhärent. Seine Basis war in das Coecum invaginirt und die umgebende Coecalwand in die Invagination einbezogen. Da die Reduktion durch Zug am freigemachten Appendix nicht gelang, wurde eine Incision in das Coecum gemacht, wonach es möglich war, durch Druck von innen und Zug von außen die Invagination so weit zu reponiren, dass die Darmlichtung nicht mehr beeinträchtigt war. Der Appendix wurde resecirt. Die früheren Symptome waren damit völlig behoben. — Es trat völlige Heilung ein. **F. Krumm** (Karlsruhe).

29) **F. Schmey.** Zur Behandlung des Prolapsus ani im Kindesalter.

(Centralblatt für Kinderheilkunde 1897. No. 2.)

S. fand bei allen Kindern, die er an Prolapsus ani behandelte, deutliche Zeichen von Rachitis, so dass er nicht ansteht, letztere ätiologisch verantwortlich zu machen, zumal er durch ausschließlich antirachitische Therapie ausnahmslos glänzende Resultate erzielte. Er verschrieb einfach Phosphorleberthran (0,01 : 100,0 1—3 Kaffeelöffel täglich) und heilte meist mit einer Flasche davon seine Pat. völlig. **Grätzer** (Sprotau).

30) **J. A. Elliot** (Boston). Successful laparotomy and Kraske's operation for absence of rectum in an infant two days old.

(Transactions of the Amer. surg. assoc. Bd. XIV. Philadelphia, 1896.)

E. machte bei einem 2 Tage alten Kinde mit fehlender Mastdarmöffnung, nachdem er trotz Resektion des Kreuzbeins das untere Darmende nicht hatte finden können, die Laparotomie, zog nach vorheriger Punktion das sehr geblähte Endstück des Darmes in die untere Wunde und befestigte es hier. Das Kind überstand den Eingriff ohne Zwischenfall. **Martens** (Berlin).

31) **Kummer** (Genève). La torsion de l'intestin après la résection du rectum (procédé de Gersuny).

(Arch. prov. de chir. T. VI. p. 194.)

K. hat bei einer Pat., bei welcher er den unteren Theil des Mastdarmes extirpiert hatte, und bei der sich im Anschluss daran ein größerer Vorfall aus-

gebildet hatte, nach Jahresfrist unter gleichzeitiger Operation des Vorfalles eine Drehung des Mastdarmendes um 135° nach der Gersuny'schen Methode mit vollem Erfolg vorgenommen. **Bachmann** (Breslau).

32) A. v. Bergmann. Das multilokuläre Kystom des Netzes.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1897. No. 3.)

Erfolgreiche Exstirpation eines mächtigen, 9 Liter Flüssigkeit enthaltenden multilokulären Kystom des Netzes bei einem 50jährigen Manne. Am Magen war es so fest adhärent, dass ein Stück der Magenwand resecirt werden musste. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Endothelioma carcinomatosum.

Häckel (Stettin).

33) G. Baccelli. Über eine Blutcyste der Milz.

(Polielinico 1897. No. 6.)

In Form eines klinischen Vortrages bespricht Verf. einen einschlägigen Fall mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose. Es handelte sich um eine 27jährige Frau, die etwa 2 Monate vor ihrer Aufnahme in die Klinik sich an der Ecke eines Schrankes gestoßen hatte, und zwar in der Weise, dass der Stoß sie gegen die linke Lendengegend traf. Nachdem sie die 4 folgenden Tage nichts Besonderes gespürt hatte, empfand sie eines Morgens beim Aufstehen einen heftigen Schmerz in der linken Seite, der zwar bald wieder verschwand, jedoch nach 10 Tagen in erneuter Heftigkeit auftrat. Nach 2 Monaten verschwand der Schmerz, dafür bemerkte die Frau das Auftreten einer Geschwulst im linken Hypochondrium, die langsam wuchs.

Die objektive Untersuchung bestätigte das Vorhandensein einer Geschwulst im linken oberen Quadranten des Bauches; die Oberfläche derselben war glatt, die Konsistenz weich-elastisch, deutlich fluktuierend; die Geschwulst besaß elliptische Form, war in toto verschieblich, ziemlich schmerzlos, mit dem unteren Milzrand zusammenhängend.

Differentialdiagnostisch ließ sich ein Ursprung vom Darm leicht ausschließen, eben so auch vom Magen und Peritoneum. Es musste sich also um einen Tumor der Milz oder der Niere handeln. Die Beweglichkeit des Tumors, die Lage desselben, so wie das Fehlen funktioneller Störungen von Seiten der Harnorgane stellten die Diagnose eines von der Milz ausgehenden Tumors fest; und zwar konnte es sich, in Anbetracht der Fluktuation, Verschieblichkeit und äußeren Form, nur um eine Cyste handeln. Die Diagnose eines Echinococcus wurde aufgegeben, weil die Fluktuation bei Echinokokken weniger deutlich, und andererseits die Wände der Cyste fester und unregelmäßiger sind, als im vorliegenden Falle. Dagegen sprach die Anamnese (Trauma) sehr zu Gunsten einer hämorrhagischen Cyste. Die Entstehung derartiger Cysten denkt sich Verf. in der Weise, dass aus einem lineären Einriß in der Milz das Blut tropfenweise austrete und sich dann zwischen der Kapsel und dem Peritoneum ansammle. Zur weiteren Sicherstellung der Diagnose wurde eine zweimalige Probepunktion vorgenommen, die reines Blut zu Tage förderte. Danach verschwand die Cyste fast völlig; jedoch war nach einem Monat abermals eine kleine Anschwellung vorhanden. — Zum Schluss giebt Verf. eine Zusammenstellung der bis jetzt in der Litteratur beschriebenen Fälle.

H. Bartsch (Heidelberg).

34) H. Thomson (Odessa). Beiträge zum Milzechinococcus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 1.)

T. berichtet 2 mit Glück operirte Fälle. Fall 1 betrifft eine Totalexstirpation, ausgeführt von Dr. Donat (Odessa) an einer 35jährigen Frau. Sie hatte eine bis zum Becken reichende linksseitige Bauchgeschwulst, die, deutliche Einkerbungen zeigend, sicher als Milzgeschwulst erkennbar, für eine durch Malaria entstandene Hypertrophie oder als sarkomatöser Natur angesprochen war. Große Hinfälligkeit, Athembeschwerden, heftige Schmerzen links. Bei der Operation mittels Schnitt am Rectusrand zeigten sich beim Herausheben der Geschwulst an deren

Hinterseite Schwierigkeiten. Hier war ihre Wand weich und riss unter reichlicher Flüssigkeitsentleerung aus einer Echinokokkencyste ein. Doch wurde Einfließen der Flüssigkeit in die Bauchhöhle vermieden, und bot die Vollendung der Operation mittels Unterbindung und Trennung des Milzstiels etc. keine Schwierigkeit. Nach Entlassung der Pat. nach Hause machte dieselbe noch eine exsudative linksseitige Pleuritis durch. — Danach aber trat völlige Genesung und dauernde Herstellung der Arbeitsfähigkeit ein. — Fall 2, operirt vom Verf. bei einer 36jährigen Dame. Die Geschwulst, seit länger als 1 Jahr bemerkt und Schmerzen verursachend, saß in der Milzgegend, war kindskopfgroß, sehr beweglich, wesshalb zuerst an Wanderniere gedacht wurde, glatt, ziemlich resistent. Bei der Laparotomie am Rectusrande ließ sie sich ziemlich leicht aus den vorhandenen Darmverwachsungen lösen. Incision der Geschwulst mit Entleerung von Echinokokkenflüssigkeit und 2 Tochterblasen. Entfernung der großen Mutterblase. Resektion des größten Theiles der Sackwand, deren Rest in die Bauchwunde eingenäht wird. Befriedigender Wundverlauf, völlige Genesung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) W. J. Lissjanski. Zur Kasuistik der Echinokokkenkrankheit.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 5.)

Interessant war ein Fall, wo eine Blase eröffnet wurde, eine zweite, benachbarte, nicht bemerkte, die Pfortenvene arrodirte, durch das einströmende Blut gesprengt wurde und so am 12. Tage nach der Operation eine tödliche Blutung aus der Wunde veranlasste.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

36) P. Ferrari. Di un caso singolare di epatoptosi curato colla epatopexis.

(Atti della soc. ital. di chir. 1897.)

Nach der interessanten Mittheilung des Verf. handelt es sich um eine 24-jährige, unverheirathete Kranke, welche vor 5 Jahren nach starken körperlichen Anstrengungen eine rechtsseitige Pleuritis exsudativa durchgemacht hatte. Im Anschluss hieran bekam sie andauernde Schmerzen im rechten Hypochondrium, welche sich zu heftigsten Schmerzanfällen mit Singultus und Brechreiz steigerten, verbunden mit dem Gefühl der Fülle im Leibe. Bei der Palpation fühlte man in der rechten Fossa iliaca einen glatten, rundlichen, gleichmäßig harten Tumor, der nach oben unter den Rippenbogen sich fortsetzte, innen bis zur Mammillarlinie, außen bis zur Axillarlinie reichte und in die Lebersubstanz überging. Eine sichere Diagnose konnte nicht gestellt werden. Die ausgeführte Laparotomie zeigte, dass der vermeintliche Tumor die mit der oberen Fläche ganz nach vorn gedrehte Leber war, welche im Bereich des ganzen rechten Leberlappens an die Bauchdecke und an das Zwerchfell fest fixirt war. Mit vieler Mühe gelang die Trennung der Adhäsionen, wonach die Leber leicht in ihre normale Lage gebracht und daselbst mit Katgutnähten an die Bauchwand fixirt werden konnte. Als Nachbehandlung wurde für 1 Monat die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung unterhalten und dauernde Heilung erzielt. Das Zustandekommen des beschriebenen Zustandes glaubt Verf. so erklären zu müssen, dass es durch die von der Kranken angegebenen, wiederholten starken körperlichen Anstrengungen zu einer Lockerung der Leber und zur Drehung um ihre quere Achse gekommen war, und durch das Fortschreiten des pleuritischen Processes auf das Zwerchfell und die Leberoberfläche späterhin die Verwachsungen sich ausbildeten.

Sultan (Göttingen).

37) S. Flexner. Perforation of the inferior vena cava in amoebic abscesses of the liver.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. Mai.)

Verf. berichtet über 2 Beobachtungen von Leberabscess. Beide Fälle betrafen Männer und wurden mittels Rippenresektion durch die gesunde Pleura hindurch

operiert. Der eine ging 11 Tage p. op. an Verblutung zu Grunde. Bei diesem zog die Cava inferior direkt durch den oberen Abschnitt des Abscesses und zeigte 2 cm entfernt vom oberen Leberrande einen Thrombus, der die halbe Lichtung füllte; dieser ragte durch 2 erbsen- resp. mohnkorngroße Öffnungen in die Abscesshöhle. Im 2. Falle war die Perforationsöffnung 1,5 mm. Die Lebervenen zeigten ausgedehnte Thrombosierung, eben so die Vena cava bis zum rechten Ventrikel.

W. Sachs (Mulhausen i/E.).

38) J. E. Graham. Observation on broncho-biliary fistula.

(Brit. med. journ. 1897. Juni 5.)

Verf. theilt die ausführlichen Krankengeschichten von 2 Pat. mit Gallen-Bronchialfisteln mit.

Der 1. Pat., ein 33jähriger Mann, begann nach schweren kolikartigen Schmerzanfällen, die ihren Sitz in der Gegend der Gallenblase hatten, Galle auszu-husten (Bestätigung durch die chemische Untersuchung). Außerdem fand sich eine Dämpfung über der Lunge rechts, vorn, unten, Rasselgeräusche, Reiben über der vergrößerten Leberdämpfung, Fieber, Erbrechen und leichter Ikterus. Nach einigen Monaten trat Heilung ein, die 10 Jahre Bestand hatte. Mit einem Schmerzanfall in der Gegend der Gallenblase traten die früheren Erscheinungen wieder auf. Nach Verlauf von einigen Monaten entschloss man sich zur Operation. Die Laparotomie ergab eine Anfüllung der Gallengänge mit kleinen Steinen und zahlreiche Adhäsionen. Da der Pat. zu Blutungen neigte, die Anlegung einer Gallenblasen-Hautfistel sich aber als unmöglich erwies, wurde als kürzester Weg eine Fistel zwischen Gallenblase und Flexura coli hepat. unter Schonung der Adhäsionen angelegt. Unter Auftreten einer rechtsseitigen Pneumonie starb Pat. am 12. Tage in Folge profuser Blutungen aus der Nasen-, Magen- und Gallenblasenschleimhaut. Sektion wurde nicht gestattet.

Im 2. Falle hatte ein 25jähriger Mensch in Folge eines Hufschlages in die Gegend der 5.—8. Rippe rechts vorn heftige Schmerzen in der Gegend der Gallenblase und der rechten Schulter bekommen. In der Folge kam es zu einer pneumonischen Infiltration der Lunge, rechts, vorn unten, zu einem Exsudat der rechten Pleura und Husten mit reinem galligen Auswurf.

Durch Aspiration wurde aus der Pleura über $\frac{1}{2}$ Liter gallig gefärbtes serös-eitriges Exsudat entleert. Nach Eröffnung der Pleura und Drainage floss eine Zeit lang gallig gefärbter Eiter ab. Wegen Wiederauftretens von galligem Auswurf, Zunahme der Dämpfung in der Lebergegend wurde die Resektion der 6. und 7. Rippe zwischen mittlerer und vorderer Axillarlinie vorgenommen. Auch aus dieser Drainageöffnung entleert sich dann in der Folge Galle und Schleim.

Nach Ansicht G.'s handelte es sich bei dem letzten Pat., der sich noch in Behandlung, aber auf dem Weg der Besserung befindet, um einen partiellen Verschluss des Duct. choledoch. mit Bildung eines subphrenischen Abscesses, der mit der Gallenblase in freier Kommunikation steht; ferner um eine direkte Kommunikation der Gallenwege mit Bronchien und Pleura. Eine genaue Diagnose über Art und Zustandekommen der primären Verletzung hält G. nicht für möglich.

G. ergänzt die Statistik Curvoisier's über Gallen-Lungen- oder Pleurafisteln durch weitere 10 Fälle, so dass im Ganzen jetzt 34 Fälle bekannt sind.

F. Krumm (Karlsruhe).

39) Terrier. Sur un cas de gastrocystentérostomie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 565.)

Bei einem Pat. mit chronischem Ikterus in Folge eines Verschlusses der Mündung des Ductus choledochus durch ein Pankreascarcinom machte T. die Cholecystogastrostomie. Pat. erholte sich, gewann etwas an Kräften, der Ikterus verschwand ganz. Nach ca. 6 Monaten verschlechterte sich sein Befinden rapid; er magerte enorm ab und starb nach Ablauf von noch nicht ganz 7 Monaten. Bei der Obduktion zeigte sich ein Carcinom des Pankreaskopfes mit faustgroßer Me-

tastase des Mesenteriums, das Duodenum etwa $1\frac{1}{2}$ cm weit ulcerirt, der Pylorus normal, die Fistel zwischen Magen und Gallenblase dicht über ihm für 1 Finger durchgängig, in der Leber massenhafte miliare Abscesse, von denen einer die Größe eines Hühnereies hatte. Die Ursache der septischen Angiocholitis vermuthet T. in der Ulceration des Duodenums.

Reichel (Breslau).

40) **A. M. Phedran.** Remarks on a case of pancreatitis followed by cyst of the pancreas.

(Brit. med. journ. 1897. Juni 5.)

Bei einem 53jährigen Mann traten kolikartige Schmerzen, verbunden mit leichtem Ikterus auf, die den Eindruck von Gallensteinkoliken machten. Außerdem bestand Indigestion, Obstipation, Empfindlichkeit und unangenehmer Druck im Epigastrium, leichte Resistenz in der Gegend des Pankreaskopfes. Ziemlich rasch entwickelte sich eine cystische Geschwulst im Epigastrium, die von der rechten Parasternal- zur linken Mammillarlinie, nach unten bis zum Nabel reichte. Laparotomie, Incision der cystenartigen Höhle, Entleerung klarer, gelblicher, seröser Flüssigkeit. Am Boden der Höhle das unregelmäßig vergrößerte, derbe Pankreas von glattem Peritoneum überzogen, keine Hämorrhagie, keine Nekrose, Leber gesund, Gallenblase nicht abzutasten. Es wurde eine bösartige Erkrankung des Pankreas mit Entzündung und Exsudatbildung in der Bursa oment. angenommen. Naht der Wunde ohne Drainage. Langsame Vergrößerung der Pankreasgeschwulst, die schließlich 5 Jahre später von der rechten Mammillar- bis zur linken vorderen Axillarlinie, nach unten bis in die Ebene der Spina ant. sup. il. reichte; über derselben lag nach links zu der Magen unterhalb des Colon transvers. Konsistenz prall elastisch, keine Fluktuation, gedämpfter Perkussionsschall. Nie Zucker im Urin.

Wieder Laparotomie: Cyste hinter dem Magen, keine Adhäsionen, Wandstärke ca. 2 mm, Entleerung einer weißlichen, opaken, mit Fibringerinnseln durchsetzten Flüssigkeit, von alkalischer Reaktion, starkem Albumingehalt, große Mengen vielkernige Leukocyten. (Bei der bakteriologischen Untersuchung steril befunden.) Heilung mit tiefer, nach dem Pankreas zu führender Fistel, deren Sekret sich bei der chemischen Untersuchung als Pankreassekret erwies.

Verf. hält die Entstehung der Cyste auf dem Boden einer Entzündung des Pankreas in Folge Verschlusses des Duct. Wirsung. durch Steine oder durch narbige Strikturen für sehr wahrscheinlich.

F. Krumm (Karlsruhe).

41) **F. Eve.** Two cases of abdominal operation in early childhood.

(Brit. med. journ. 1897. Juli 24.)

Verf. hat bei einem 22 Monate alten Kinde eine $1\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser messende vereiterte Ovarialcyste durch Laparotomie entfernt und völlige Heilung erzielt.

In einem 2. Falle hat er bei einem noch nicht 4 Jahre alten Kinde wegen tuberkulöser Vereiterung der linken Niere Nephrotomie, und als diese keinen Erfolg hatte, 16 Tage später die sekundäre Nephrektomie ausgeführt, ebenfalls mit dem Ausgang in völlige Heilung.

Die beiden Fälle beweisen, dass auch große abdominale Eingriffe in früher Kindheit mit Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden können.

F. Krumm (Karlsruhe).

42) **De Gueldre.** Hernie diaphragmatique étranglée.

(Ann. de la soc. méd.-chir. d'Anvers 1897. Januar.)

Ein Mann von 53 Jahren bekam ohne bekannte Veranlassung die Symptome von Koprostase, welche sich über 4 Tage ohne beunruhigende Anzeichen hingen. Klystiere und Abführmittel hatten wenig Erfolg, und man dachte schon an die Laparotomie. Da traten in der 5. Nacht plötzlich kalte Schweiß, Cyanose, Dyspnoë und heftige Schmerzen im linken Thorax auf, Puls frequent und fadenförmig, Temperatur herabgesetzt. Schon nach einigen Stunden trat der Tod ein.

Der Leib war die 5 Tage hindurch nur mäßig tympanitisch gewesen. — Sektion: Colon in der linken Pleurahöhle, linke Lunge luftleer, Herz komprimirt und nach rechts verschoben, dabei in rechtsspiraligem Sinne torquirt. Dickdarm ad maximum gebläht. Der aus Peritoneum und Pleura gebildete, wohl schon alte Bruchsack war geplatzt, so dass keine eigentliche Hernie, sondern ein Prolaps in die Pleurahöhle vorlag, welcher einen Theil des Colon transversum und descendens, so wie die große Curvatur des Magens betraf. Die kleine Curvatur desselben war nach unten, die große nach oben gerichtet, so dass am Duodenum ebenfalls Torsion bestand, welche das Erbrechen von Kothmassen hätte unmöglich machen können. Die Einklemmung befand sich am abführenden Schenkel, dem Colon descendens und war nur eine partielle.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

43) J. Wickerhauser. Ein complicirter Fall von Ileus.

(Liečnickí viestník 1897. No. 11. [Kroatisch].)

Bei einem 30jährigen Pat. mit 10 Tage dauernder Stuhlverhaltung und gewaltigem Meteorismus wurde tiefer Obturationsileus angenommen. Bei der Laparotomie kollabirte Pat. plötzlich, wesswegen nur eine Ileostomie angelegt wurde. Pat. erholt sich, der Kunstafter funktioniert gut, im Laufe von einigen Tagen entleeren sich daraus ca. 100 Askariden. Der Meteorismus lässt vollkommen nach, und man kann nirgends etwas Abnormales im Bauche spüren. Trotz größter Sorgfalt kam es zu einem eitrigen Ekzem des ganzen Bauches und der linken Lende, welches erst auf Airol heilte. Erst nach 2 Monaten konnte bei dem durch die hohe Fistel stark herabgekommenen Pat. die Radikaloperation durch Resektion mit Murphyknopf unternommen werden. Den Tag darauf ein Klysma Stuhl. Den 2. Tag Winde, doch kein Stuhl; der Meteorismus wächst, Peristaltik ist zu sehen. Klysmen erfolglos. Nach 4 Tagen wird der Bauch wieder eröffnet und 5 cm unterhalb des Murphy das Netz um den Darm gewickelt gefunden, so dass derselbe komprimirt war. Das Netz wird resecirt und oberhalb des Murphy eine Ileostomie angelegt, da gefürchtet wurde, dass der Anprall des Stuhles und der Winde die Nähte zum Platzen bringen oder den Murphyknopf von seiner Stelle abreißen werde. Pat. erholt sich etwas, doch die Inanition von der hohen Fistel wird immer größer, da die Nährklystiere den Pat. nicht genügend ernähren. 14 Tage nach der Operation wird der Murphy durch die Darmöffnung mit einer Kornsaage leicht herausgezogen. 3 Wochen nach der 2. Ileostomie Schluss des Anus praeternaturalis durch Naht, welche am 4. Tage wieder aufgeht. 3 Tage danach stirbt Pat. ganz entkräftet.

Sektion: In der Mitte des Bauches findet man ein ca. 1 m langes Dünndarmstück 2mal um seine Achse gedreht und durch alte peritonitische Adhäsionen fixirt, eben so das Gekröse in seiner Umdrehung fixirt. Die Lichtung des Darmes ist nicht aufgehoben, sondern für einen Finger durchgängig. Nahe der Grenze des Duodenum und Jejunum der gebildete Darmmund. Die Stelle, wo der Murphyknopf gelegen, war so verheilt, dass nur noch an der Schleimhaut ein kleiner Sporn zu sehen ist.

Als nach der 1. Operation die Massen von Askariden abgingen und keine Abnormalität im Bauche zu fühlen war, wurde angenommen, dass es sich um einen Obturationsileus durch Rundwürmer handle, was um so mehr berechtigt war, da keine Symptome von Darmstrangulation zu bemerken waren. Erst bei der Sektion fand man den Volvulus, welcher zwar die Lichtung des Darmes nicht aufgehoben hat, aber doch den Durchgang der Askariden behinderte, so dass der Ileus aus der Kombination des Volvulus mit Rundwürmern entstanden ist.

Cačković (Agram).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. Sonntabend, den 25. December. 1897.

Inhalt: Honigmann, Zur Lokalanästhesie. (Originalmittheilung.)

1) Schuster, 2) Huber, 3) Spietschka, Gonorrhoe. — 4) Münchheimer, 5) Welander, 6) Krzysztalowicz, 7) Stark, 8) Epstein, Syphilis. — 9) Deutsch, Bubonen. — 10) Senn, Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane. — 11) Wossidlo, Harnröhrenstriktur. — 12) Escat, 13) Cabot, Prostatahypertrophie. — 14) Dupraz, Prostatasarkom. — 15) v. Zeiseli, Blasenverschluss. — 16) Finotti, Leistenhoden. — 17) Stepp, Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. — 18) Ochsner, Symmetrische Lipome. — 19) Bandler, Diabetes insipidus und Lues. — 20) Burgsdorf, Psoriasis auf Syphilisnarben. — 21) Thoma, Bubonen. — 22) Darey, Krämpfe bei Verwachsungen zwischen Eichel und Vorhaut. — 23) Car, Fliegenlarve in der Harnröhre. — 24) Beck, 25) Floderus, 26) Jemoll und Marconi, 27) Rose, Prostatahypertrophie. — 28) Barlow, Cystoskopie. — 29) Joltkowitz, Trauma und Incontinentia vesicae. — 30) Stein, Blasensteinooperationen. — 31) Keen, 32) Richardson, 33) Franz, Nierenverletzungen. — 34) Schütz, Nierenverlagerung. — 35) Palleroni, Doppelseitige Wanderniere. — 36) de Paoli, Zur Nierenchirurgie. — 37) Gatti, Nierenstruma. — 38) Gerster, 39) Robinson, 40) Selfert, 41) Mathes, Zur Harnleiterchirurgie. — 42) Pinter, Blasen-Scheidenfistel. — 43) Burrage, Scheidenplastik. — 44) Fargas, Hysterektomie. — 45) Bois, 46) Campbell, Bauchschnitt.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals in Breslau, Primärarzt Sanitätsrath Dr. Riegner.)

Zur Lokalanästhesie.

Von

Dr. F. Honigmann, Assistenzarzt.

Seit die Gefährlichkeit der centralen Narkose Dank den Ergebnissen der Sammelstatistik von Jahr zu Jahr in einem erschreckenden Lichte erscheint, wird der Wunsch immer dringender, das Indikationsgebiet der allgemeinen Betäubung möglichst einzuschränken, und, wo es angeht, an ihrer Stelle eine wirksame Lokalanästhesie anzuwenden. Zweifellos gebührt Schleich das Verdienst, zuerst eine Methode ausgebildet zu haben, die nicht allein durch die Sicherheit des Erfolges, sondern auch durch den weiten Umfang ihrer Anwendbarkeit und durch ihre absolute Ungefährlichkeit jedem anderen

Verfahren der örtlichen Anästhesirung überlegen ist. Auf der chirurgischen Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals ist die Infiltrationsanästhesie seit dem Jahre 1893 an vielen Hunderten von Fällen mit bestem Erfolge angewendet worden. Namentlich im Betriebe der Poliklinik hat sie die Narkose fast völlig verdrängt. Aber auch bei vielen sogenannten »großen« Eingriffen hat sie uns außerordentliche Dienste geleistet. Besonders typische Operationen, wie die Sectio alta, die Kolostomie und Gastrostomie, die Herniotomie, die Radikaloperation der Hydrocele, die Kastration etc. etc. eignen sich unserer Erfahrung nach vorzüglich für das Schleich'sche Verfahren. Auch bei anderen Operationen haben wir es angewendet, wenn eine Anzeige vorlag, Chloroform oder Äther zu vermeiden. So war es speciell bei septischen Kranken, z. B. bei tiefen paranephritischen Eiterungen immer sehr willkommen, schmerzlos und doch ohne Narkosengift operiren zu können. Wir haben uns in der Technik im Wesentlichen stets an die Vorschriften des Erfinders genau gehalten, und glauben auch, dass denselben kaum etwas hinzuzufügen sei.

Wenn die Schleich'sche Anästhesie trotz aller Anerkennung, die sie sich allmählich erkämpft hat, im Kreise der praktischen Ärzte immer noch beschränkte Anwendung findet, so liegt dies vielleicht daran, dass gerade die Operationen, welche am häufigsten in der Sprechstunde des Praktikers ausgeführt werden (die Eröffnung des Panaritiums und andere Eingriffe an Fingern und Zehen) für die Infiltration die schwierigsten Verhältnisse bieten. Es ist technisch viel einfacher, den Bauchschnitt unter Schleich's Anästhesie schmerzlos auszuführen, als denselben Erfolg bei einem Panaritm oder einem eingewachsenen Nagel zu erzielen. Aus diesem Grunde schien es uns von Bedeutung, als Braun-Leipzig¹ vor wenigen Monaten darauf hinwies, dass er schon seit Jahren bei Finger- und Zehenoperationen eine von Oberst² ausgebildete Methode der Anästhesirung übe, die an Einfachheit der Technik dem Schleich'schen Verfahren überlegen sei, während sie ihr an Sicherheit und Ungefährlichkeit wenigstens gleichkomme.

Wir haben seither (von Anfang Mai bis Anfang November d. J.) die Oberst'sche Methode in 124 Fällen angewendet und sind mit den Erfolgen so außerordentlich zufrieden, dass wir sie aufs wärmste empfehlen müssen. Bei der Ausführung folgten wir im Wesentlichen den bei Braun citirten Vorschriften:

Der Finger oder die Zehe wurde centralwärts vom Operationsgebiet durch einen dünnen Gummischlauch abgeschnürt, der nach 1- oder 2maliger fester Umwicklung mit einer Unterbindungspincette abgeklemmt wird.

Dieser Modus erscheint sicherer, als das Festknoten des um die

¹ Centralblatt für Chirurgie 1897. No. 17.

² Vgl. Pernice, Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 14.

Fingerbasis geführten Gummischlauchs am Hand- oder Fußgelenk (Braun), und bequemer, als das von Pernice empfohlene Überstreifen eines Gummiringes, welches erst die Anwendung eines besonderen Instrumentes nöthig macht. Obschon es zur Erzielung der Anästhesie genügt, vor der Einspritzung die Blutzufuhr abzuschneiden, so wird man doch gut thun, das betreffende Glied auch durch vorherige Elevation blutleer zu machen. Pernice hebt mit Recht hervor, dass das Cocain um so intensiver wirke, je weniger blutreich das Gewebe sei. Der Blutabspernung als solcher kommt bekanntlich schon ein gewisser anästhesirender Einfluss zu. Auch wissen wir ja von anderen Methoden der Lokalanästhesie, speciell von dem Schleich'schen Verfahren, dass seine Wirkung durch die Kombination mit der Esmarch'schen Blutleere unterstützt wird³.

Dicht unterhalb der Umschnürungsstelle wird von einer 1%igen Cocainlösung an jeder der 4 Fingerseiten $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Pravaz'sche Spritze (= 0,01—0,02 Cocain. muriat.) in der Richtung nach der Fingerspitze injicirt.

Ungefähr nach 5 Minuten wird der abgeschnürte Fingertheil so unempfindlich, dass man jede beliebige Operation völlig schmerzlos an ihm ausführen kann. Die Anästhesie hält nach Braun's und auch unserer Erfahrung so lange an, als durch die Abschnürung die Blutzufuhr abgeschnitten bleibt und daher die Resorption des Cocains gehindert ist.

Die Einspritzung geschehe subkutan und ins gesunde Gewebe. Doch ist es nicht nöthig, beispielsweise bei einer an dem Nagelglied vorzunehmenden Operation Umschnürung und Einspritzung an der Fingerbasis zu machen. Im Gegentheil, eine möglichst periphere Umschnürung ist zu empfehlen, da nach unserer Erfahrung die Anästhesie um so früher eintritt, ein je kleinerer Theil des Fingers bezw. der Zehe der Wirkung des Anästheticums ausgesetzt wird.

Für die Technik sind nur noch folgende Punkte zu beachten:

1) Die Abschnürung muss eine feste und sichere sein. Lockert sich der Gummischlauch, so hört die Anästhesie mitunter vorzeitig auf. Pernice empfiehlt für diesen Fall, auf die Wunde 1%ige Cocainlösung aufzutupfen.

2) Die verwendeten Lösungen müssen frisch bereitet sein.

In 2 Fällen beobachteten wir einen Misserfolg, der mit Sicherheit auf die Anwendung einer alten Lösung zurückzuführen war. Seitdem halten wir uns das Cocain in Pulvern zu 0,1 vorrätig, die im Bedarfsfalle in 10 g sterilen destillirten Wassers aufgelöst werden.

Da wir auch die Schleich'sche Lösung stets frisch bereiten, so halten wir stets einen größeren Kolben mit Aqua dest. sterilisat.

³ Vgl. Hofmeister, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XV. Hft. 2, und Gottstein, Berliner klin. Wochenschrift 1896. No. 41.

zur Verfügung. Die mit Wattepfropfen verschlossenen Fläschchen, in denen das Cocain aufgelöst wird, werden ebenfalls (im Exsiccator) sterilisirt.

3) Die Zeit, in der die Unempfindlichkeit eintritt, ist bei verschiedenen Leuten verschieden und schwankt zwischen 3 und 10 Minuten. Es empfiehlt sich daher, vor Beginn der Operation mit der Messerspitze oder einer Nadel die Hautsensibilität am Fingerende zu prüfen. Sobald sie erloschen, ist die Anästhesie eine vollständige.

Ein kleiner Nachtheil der Methode ist die Schmerzhaftigkeit der 4 Einstiche, besonders der Stich auf der Volarseite scheint sehr weh zu thun. Immerhin ist dieser Schmerz so momentan und gering, dass er gegenüber dem Operationsschmerz nicht in Betracht kommt. Doch würde es sich vielleicht empfehlen, bei sensiblen Pat. mittels Äthersprays, Äthylchloridstrahls oder des Braatz'schen⁴ Apparates auch die Einstichöffnungen unempfindlich zu machen.

Üble Nachwirkungen oder gar Vergiftungserscheinungen haben wir in Folge des Oberst'schen Verfahrens niemals beobachtet, obwohl wir es in mehreren Fällen gleichzeitig an 2 Fingern resp. Zehen desselben Individuums anwandten, also die doppelte Menge Cocain einspritzten. In einem Falle, wo es sich um die Amputation zweier Finger handelte, wurde bei dem einen Finger das Schleich'sche Verfahren, bei dem anderen das Oberst'sche angewendet; die Pat. versicherte, dass beide Eingriffe gleich schmerzfrei gewesen seien.

Wir haben innerhalb eines Halbjahres die Oberst'sche Anästhesie bei 86 Panaritien, 18 Exartikulationen bezw. Amputationen von Fingern, 12 Operationen des eingewachsenen Nagels (mit Excision des Nagelfalzes und der Matrix) und in 8 anderen Fällen (Fremdkörper, Sehnenplastik etc.) ausgeführt. Unter den Panaritien befand sich eine größere Anzahl tiefer Eiterungen, bei denen die Entfernung nekrotischen Knochens nothwendig war.

Abgesehen von den beiden oben erwähnten Fällen, in denen eine ältere Lösung angewendet worden war, erzielten wir ausnahmslos mit der Oberst'schen Anästhesie durchaus tadellose Erfolge.

Die Pat., denen einer genaueren Kontrolle wegen die Augen verbunden zu werden pflegten, gaben gewöhnlich an, sie hätten auch nicht die leiseste Empfindung gehabt, was mit ihnen geschehen sei. Oft waren sie überrascht zu hören, dass der Eingriff beendet sei, während sie glaubten, er hätte noch nicht begonnen.

Angesichts solcher Resultate können wir nur wünschen, dass die dankenswerthe Anregung, welche Braun durch seine Mittheilung gegeben hat, auch anderwärts auf fruchtbaren Boden falle und der ausgezeichneten Methode von Oberst zu einer möglichst allgemeinen Anwendung ver helfe.

⁴ Centralblatt für Chirurgie 1895. No. 26.

1) **Schuster.** Über gonorrhoische Allgemeinerkrankung.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XL. Hft. 2 u. 3.)

Verf. hat in einer früheren Arbeit geglaubt, aus der günstigen Wirkung von Quecksilberkuren beim gonorrhoischen Rheumatismus auf eine Bedeutung der Syphilis für diese Erkrankung schließen zu dürfen. Er ist von seiner Ansicht jetzt zurückgekommen, betont aber, in Übereinstimmung mit einer Anzahl neuerer Autoren, die gute Wirkung von Inunktionskuren bei den oft so außerordentlich hartnäckigen Komplikationen der Gonorrhoe und er publicirt zum Beweis dafür einen sehr schweren recidivirenden Fall, in welchem örtliche Heilungsversuche an der Harnröhre meist eine Verschlimmerung hervorriefen, während die Schmierkur eine auffallende Besserung ergab, und auch Jod und Injektionen von Benzoe-Quecksilber in Kombination mit häufigen Schwitzbädern günstige Erfolge erzielten. Man braucht sich vor einer solchen Behandlung auch bei »sehr hilflosen und reducirten Kranken« nicht zu scheuen.

Jadassohn (Bern).

2) **A. Huber.** Über Periproctitis gonorrhoica.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XL. Hft. 9 u. 3.)

Die Mastdarmgonorrhoe hat in den letzten Jahren immer mehr Beachtung gefunden. Man kann schon jetzt mit Bestimmtheit sagen, dass sie jedenfalls viel häufiger ist, als man geglaubt hat, und dass sie oft ganz symptomlos verläuft. Der Verf. der vorliegenden Arbeit hält sie sogar, allerdings noch ohne statistische Angaben machen zu können, für eine »sehr häufige« Erkrankung. Er betont, dass sie auch in den Lieberkühn'schen Drüsen und in dem sie umgebenden Bindegewebe sich lokalisieren kann, und dass im Anschluss daran »Pseudo-abscesses« auftreten, wie in der Harnröhre. Diese können nach außen durchbrechen und Fisteln bilden, wie Verf. solche in 3 Fällen beobachtet hat. Im Sekret dieser Fisteln fanden sich ausschließlich Gonokokken. H. glaubt, dass gerade diese Drüsenerkrankungen die Ursache einer Mastdarms STRICTUR werden können, während er auf Grund der Untersuchungen Rona's gonorrhoische Mastdarmgeschwüre für sehr selten hält.

Jadassohn (Bern).

3) **T. Spietschka.** Zur Therapie der Gonorrhoe.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. II. Hft. 2 u. 3.)

In der Pick'schen Klinik wurde die vor längerer Zeit von Behring angegebene Silberlösung (frisch gefälltes Silberchlorid 1 g, in Lösung gehalten durch 10—15 g Natrium subsulfurosum) in der Concentration von 1 : 7500 bis zu 1 : 200 mittels Irrigationen der Harnröhre geprüft und dabei constatirt, dass diese Lösung in einzelnen Fällen eine überraschend günstige Wirkung auf die Gonorrhoe ausübt. Bei der Mehrzahl der Fälle aber ist der Erfolg sehr gering, oder die Reizung wird so groß, dass man nicht zu den hohen Dosen

ansteigen kann, welche für die Beseitigung der Gonorrhoe nothwendig sind. Jadassohn (Bern).

4) **F. Müncheimer.** Über extragenitale Syphilisinfection.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XL. Hft. 2 u. 3.)

Den gerade in den letzten Jahren sehr reichlich publicirten statistischen Untersuchungen über die extragenitale Syphilisinfection fügt Verf. eine neue ausführliche Arbeit bei, in welcher das Material der Breslauer Klinik eingehend verwerthet und außerdem die Litteratur der letzten Jahre zusammengestellt ist. Aus den Schlussfolgerungen des Verf. sei hier nur Folgendes hervorgehoben: Die Bedeutung der extragenitalen Syphilisinfection ist nicht bloß für die Erkenntnis, Behandlung und Prophylaxe im einzelnen Falle eine sehr große, sondern ihre Kenntnis giebt eine starke Waffe zur Bekämpfung der allgemeinen Anschauung und der speciellen gesetzlichen Bestimmungen, welche allen Bemühungen, die Syphilis einzudämmen, hinderlich seien. Die Zahl der bis jetzt speciell publicirten extragenitalen Primäraffektionen beträgt 10 265; ihre Häufigkeit entspricht in Breslau dem gewöhnlichen Durchschnitt von 6—7%. Die Annahme Gerber's, dass auch im Kehlkopf solche vorkommen, scheint irrig zu sein. Der Infektionsgelegenheiten und Wege giebt es beliebig viele (Bulkley hat über 100 zusammengestellt). Die Prognose der extragenitalen Infektionen ist nicht ungünstiger als die der genitalen.

Jadassohn (Bern).

5) **E. Welander.** Über eine einfache, therapeutisch kräftige Methode der Anwendung von Unguentum Hydrargyri.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XL. Hft. 2 u. 3.)

W. hat bekanntlich den Versuch gemacht, die alte Methode der Einreibungen wenigstens theilweise durch »Überstreichungen« zu ersetzen, da auch bei diesen beträchtliche Quecksilbermassen zur Resorption gelangen. Jetzt ist er, wie schon vor längerer Zeit ein französischer Autor, Merget, einen Schritt weiter gegangen und hat eine Anzahl Pat. so behandelt, dass er sie im Bett (10—14 Stunden täglich) einen Sack auf der Brust tragen ließ (in der Länge von etwa 50 und in der Breite von etwa 40 cm) und in diesem 6—8 g grauer Salbe ausstrich. Er hat nachgewiesen, dass auch auf diese Weise Quecksilber kräftig absorbirt wird, und dass syphilitische Erscheinungen günstig beeinflusst wurden. Unangenehme Nebenwirkungen waren bei dieser Methode nur in sehr geringer Zahl zu konstatiren.

Jadassohn (Bern).

6) **F. Krzysztalowicz.** Über Haemolum hydrargyro-jodatum in der Therapie der Syphilis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XL. Hft. 2 u. 3.)

Nach einer Anzahl allgemeiner Bemerkungen über die Syphilistherapie, aus denen nur hervorzuheben ist, dass Verf. die von We-

lander empfohlenen Überstreichungen statt der Einreibungen von grauer Salbe mit ausgezeichnetem Erfolg angewendet hat, berichtet er über die Versuche, die er mit dem von Kobert dargestellten und von Rille empfohlenen *Haemolum hydrargyro-jodatum* gemacht hat. Es erübrigt sich, auf diese Untersuchungen genauer einzugehen, weil die Resultate im Gegensatz zu denen von Rille nicht günstig waren. Das Präparat beseitigt zwar leichtere Symptome schnell, aber es treten sehr leicht unangenehme Nebenwirkungen, speciell Magen- und Darmbeschwerden ein. Gerade anämische Pat. vertrugen diese Behandlung sehr schlecht.

Jadassohn (Bern).

7) Stark. Über das *Haemolum hydrargyro-jodatum*.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXV. No. 8.)

Auch S. ist bei Versuchen mit diesem Präparat zu dem Resultat gekommen, dass seine Nebenwirkungen sehr unangenehme sind. Während Sublimatpillen gut vertragen wurden (auch von ihm selbst), bewirkte das Jodquecksilberhämol Schmerzen beim Schlucken, Erbrechen und Durchfall.

Jadassohn (Bern).

8) F. Epstein. Über die Häufigkeit der Lungenembolien nach Injektionen ungelöster Quecksilberpräparate.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XL. Hft. 2 u. 3.)

Verf. hat auf Grund der auch in diesem Centralblatt referirten Beobachtungen Möller's die in den Jahren 1892—96 in der Abtheilung des Ref. in Breslau gemachten Injektionen ungelöster Quecksilberpräparate (im Ganzen 8292) zusammengestellt und nur bei 7 eine durch die Injektion verursachte embolische Lungenerkrankung gefunden. Danach ergibt sich also, dass diese Komplikation in der That so selten ist, dass ihr eine große praktische Bedeutung nicht zuerkannt werden kann. Warum die Zahlen E.'s von denen Möller's so auffallend verschieden sind, das sucht Verf. einmal dadurch zu erklären, dass Möller bei seinen ambulant behandelten Pat. auch schon Angaben über Fieber, Schüttelfrost etc. als einen Beweis für die Lungenembolie ansah. In den Breslauer Fällen dagegen wurde nur auf Grund eines objektiven Befundes diese Diagnose gestellt. Ferner wurden die Injektionen in Breslau immer in den äußeren und oberen Quadranten der Glutäalgegend gemacht (was Ref. immer als das nach den verschiedensten Richtungen hin Vortheilhafteste bezeichnet hat), während Möller die Injektionen meist etwa 6 cm lateral von der Rima gemacht hat. Der Letztere ist jetzt selbst zu der Erkenntnis gekommen, dass die erstgenannte Gegend bei Weitem günstiger ist. Die in Breslau beobachteten Embolien sind alle sehr günstig verlaufen, so dass ein Grund, die Methode der Depotinjektionen auf Grund dieser Komplikationen zu verwerfen, nicht vorliegt.

Jadassohn (Bern).

9) A. Deutsch. Über die Ätiologie und Therapie der Bubonen.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 7 u. 8.)

Durch bakteriologische Untersuchung und besonders durch Autoinokulation bei Pat. konnte D. 3 Formen von Bubonen feststellen, welche sich hauptsächlich auch in prognostischer Hinsicht von einander unterscheiden: 1) Im Eiter keine Bakterien (Ricord's sympathische Bubonen, Inokulation negativ), rasche Heilung. 2) Eitermikroben vorhanden — Heilung langsamer. 3) Neben anderen Mikroorganismen Ducrey'sche Ulcus molle-Bacillen — Heilung sehr verzögert. D. schließt sich der Ansicht Petzold's an, dass sich bei Schanker in 75% der Fälle Bubonen entwickeln, dass 25% dieser suppurativ werden, und davon 10—15% virulent sind.

In therapeutischer Beziehung hält er die abortive Behandlung Welander's (Injektionen von 1%iger Hydr. benz.-Lösung) für keinen Gewinn und nicht nachahmenswerth, da sie in der überwiegenden Zahl der Fälle die Operation nicht zu vermeiden vermag. D. empfiehlt die kleinen Incisionen (1 cm) der Bubonen. Diese tragen entschieden zur günstigen Gestaltung der Heilungsdauer bei, wenn auch in letzter Reihe einzig und allein die ätiologische Natur der Bubonen auf diesen Haupteinfluss hat.

F. Krumm (Karlsruhe).

10) N. Senn. Tuberculosis of the male genital organs.

(Transactions of the American surgical association Bd. XIV. Philadelphia 1896.)

S. bespricht ausführlich unter Berücksichtigung auch der fremden Litteratur Pathologie, Symptome und Behandlung der tuberkulösen Erkrankung des Penis, der Harnröhre, Prostata, Samenbläschen, des Vas deferens, Nebenhodens und Hodens und bringt einige noch nicht veröffentlichte Krankengeschichten seltenerer Fälle. Im Einzelnen möge bemerkt werden, dass S. die Möglichkeit einer tuberkulösen Infektion des Penis durch den Coitus betont. Ferner glaubt er, dass häufig ein tuberkulös erkrankter Penis in der Annahme, dass es sich um Carcinom handle, amputirt würde. Primäre Tuberkulose der Harnröhre ist außerordentlich selten, eine solche des Vas deferens giebt es nicht. Das erkrankte Vas deferens soll bei der Kastration so weit als möglich herausgedreht werden. Bei der Operation eines tuberkulösen Hodens oder Nebenhodens muss sorgfältig — im Gegensatz zu einer Ansicht von Klebs — die Möglichkeit der Erkrankung der Tunica berücksichtigt werden. Für frühe Stadien von Prostata- und Nebenhodentuberkulose empfiehlt S. wiederholte Jodoform-Glycerininjektionen.

Martens (Berlin).

11) **Wossidlo.** Die Strikturen der Harnröhre und ihre Behandlung.

Leipzig, C. G. Naumann, 1897. Mit 36 Abbildungen.

Verf. hat seinen Gegenstand für die medicinische Bibliothek für praktische Ärzte behandelt. Das ist ihm so gut gelungen, dass das kleine Werk einer besonderen Begründung nicht mehr bedürfte. Dieselbe wird trotzdem dadurch geliefert, dass Verf. die Ansichten über die Pathologie und Therapie der Strikturen vertritt, die die Endoskopie der Harnröhre nach den Studien Oberländer's und seiner Schüler zur Grundlage haben. Auch die »weite Striktur« muss behandelt werden, so lange noch endoskopisch eine Infiltration festzustellen ist; dieser Satz zieht sich durch den Leitfaden hindurch.

Erwähnenswerth ist die Beobachtung W.'s von akuter Urethritis nach Katheterisirung durch einen mit Formalin sterilisirten Katheter.

Zuweilen fehlen genauere Angaben über Indikationen, z. B. bei der Besprechung der Elektrolyse der Strikturen, obschon diese Angaben in der Litteratur ausführlich enthalten sind.

Dreyer (Köln).

12) **J. Escat.** Des hématuries rénales chez les prostatiques.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1897.

An der Hand von 4 Beobachtungen Bazy's und Guyon's weist Verf. in seiner These nach, dass sowohl experimentelle Erfahrungen wie besonders klinische Erscheinungen (der Nachweis blutigen Urins durch den Harnleiterkatheter u. A.) und die Befunde von Autopsien (Hämatonephrosen) Nierenblutungen bei Prostatahypertrophie mit Retention sichergestellt haben. Seine Fälle zeigen, dass die Blutung lediglich aus einer Niere oder aus einer Niere und Blase und schließlich aus dem gesamten Harnapparat stammen können. Diese Nierenblutungen begünstigen die Infektion und können einen foudroyanten Verlauf herbeiführen. Andererseits kann aber auch eine absteigende Infektion eine Blutung begünstigen. Schließlich führt wahrscheinlich die aufsteigende Infektion häufiger zu Nierenblutungen. Man darf bei Prostatikern eine Nierenblutung vermuthen, wenn reines Blut in reichlicher Menge längere Zeit aus der Blase entleert wird.

Dreyer (Köln).

13) **A. T. Cabot** (Boston). The question of castration for enlarged prostate.

(Transactions of the American surgical association Bd. XIV. Philadelphia 1896.)

C. hat größtentheils durch Umfrage bei den Mitgliedern der Gesellschaft 99 Fälle von Kastration bei Prostatahypertrophie gesammelt mit 18,2% Sterblichkeit, welche unter Hinzurechnung von 203 (davon 39 †) Fällen von White auf 19,4% steigt. Die Sterblichkeit der suprasymphysären, intravesikalen Prostatektomie berechnet er auf Grund von 51 von Moullin gesammelten, nach 1889

operirten Fällen auf 17,6%, und glaubt, dass sie in Zukunft niedriger sein wird. Den Verlust der Hoden hält er nicht für gleichgültig für den geistigen Zustand der Operirten: unter 93 zeigten sich 10mal im Anschluss an die Operation geistige Störungen, 1mal Verschlimmerung schon vorhandener. Von 61 verwerthbaren Fällen von Kastration trat in 9,8% keine, in 6,6% mäßige und in 83,6% erhebliche Besserung des Grundeleidens ein. Fast genau dasselbe Verhältnis ergab sich für 42 Fälle von Prostatektomie nach Moullin. Die Kastration hält Verf. für besonders wirksam beim Vorhandensein einer großen, succulenten Prostata wegen der nachher eintretenden Abnahme der Kongestion.

Die Prostatektomie kommt nach ihm vor Allem in Betracht bei klappenartigem Verschluss durch den Mittellappen; doch glaubt C., dass mit ihr ein geschickter Operateur jede Art von Hypertrophie behandeln könne, sie böte insonderheit auch den Vortheil, dass die Blase auf Steine abgesucht werden könne, und eigne sich ferner vorzugsweise für diejenigen Fälle, bei welchen schon eine Cystitis vorhanden und eine Drainage der Blase wünschenswerth sei.

Nur 22 Fälle von Resektion des Vas deferens hat Verf. auffinden können mit 7 Todesfällen, 4maliger mäßiger und 7maliger erheblicher Besserung. Anhangsweise wird auch die einseitige Kastration erwähnt.

In der auf diesen Vortrag folgenden Diskussion wurde schon auf die Unzulässigkeit einer solchen Sammelstatistik und der daraus zu Gunsten der Prostatektomie gezogenen Schlüsse hingewiesen.

Martens (Berlin).

14) **A. L. Dupraz.** Le sarcome de la prostate, étude clinique et anatomo-pathologique. Travail de l'institut pathologique de Genève. Avec une planche.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1896. No. 9 u. 10.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Statistik der selten vorkommenden Prostatasarkome wird auf die bislang wenig gemachten histologischen Untersuchungen dieses Sarkoms, so wie auf die Seltenheit eines analogen Tumors in der Schulter hingewiesen, wobei die Verwerthung der klinischen Diagnose in Betracht gezogen wird.

Ein 73 Jahre alter Pat. war wegen chronischer Cystitis und Prostatahypertrophie wiederholt im Genfer Hospital behandelt worden. Nebenbei bestanden Schmerzen in der linken Schulter, es war der Humerus luxirt; da letztere Beschwerden bereits 2 Jahre dauerten, wurden sie weniger beachtet. Bei einer schließlich nothwendig gewordenen Operation an der Schulter wird hier ein weit fortgeschrittenes Sarkom konstatirt. Tod an demselben Tage an Verblutung. Autopsie: Die Prostata hat 2 äußere Höcker, einen nahe der linken Samenblase, den anderen, kleineren, nahe der rechten. Der linke Lappen ist besonders höckrig und hypertrophisch, die inneren und mittleren Partien sind von fester Konsistenz, während die äußere Zone, hauptsächlich links, weicher ist, wodurch sich Höhlen bis 4 mm Durchmesser bildeten. — Die beiden oberen und äußeren Drittel der

Schulter sind in eine apfelgroße Höhle verwandelt, deren Wände durch eine knöcherne Lamelle gebildet werden. Der Tumor sitzt nahe der Gelenkfläche in den Supra- und Infraclaviculargruben, auf den Proc. coracoid. und das Akromion übergehend, ohne das Periost zu überschreiten. Die klinische Diagnose eines malignen Tumors der Prostata war hier nicht leicht zu stellen — es fehlten die Symptome eines solchen.

Aus den Ergebnissen der exakt durchgeführten histologischen Untersuchung sei Folgendes hervorgehoben:

Für das Prostatasarkom werden 3 Zonen unterschieden, »eine äußere, mittlere und innere, letztere dem Urethrankanal am nächsten kommend. Die äußere Zone ist von einer auf die Nachbarschaft übergehenden, dicken Bindegewebsschicht begrenzt. Diese Umhüllung ist breiter in den hinteren und schmaler in den zur Erweichung geneigten Partien. In der inneren Partie finden sich faserförmige Kerne, die glatten Fasern anzugehören scheinen; auch sind quer gestreifte Muskelbündel vorhanden. Zwischen den Bindegewebsbündeln existiren mit Elementen der Neubildung erfüllte Hohlräume. Die fibröse Schicht birgt an ihrer inneren Fläche Zwischenwände, in denen veränderte Blutgefäße verlaufen. Im Allgemeinen sind die Gefäße verändert, die Arterien durch Proliferation von Bindegewebe unter der endothelialen Schicht der Membrana interna verschiedenfach verdickt — Endarteritis obliterans —. Die Venen sind erweitert. Es finden sich Sarkomzellen bis in die Tunica externa derselben, oft auch im Lumen. An manchen Stellen der Peripherie des Tumors sind venöse, mit Zerfallsprodukten der Neubildung erfüllte Lakunen. Der innere Bau der Alveolen besteht aus Bindegewebe, Gefäßen und zelligen Bestandtheilen, die Hohlräume sind mit Detritus erfüllt, bei dem fettige Zelldegeneration mit hyaliner wechselt.

Die mittlere Zone hat die härteste Konsistenz. Während in der äußeren Zone die Zellen vorherrschen und die großen, pseudoalveolären Anhäufungen bilden, ist hier die bindegewebige Schicht am meisten entwickelt; diese Schicht hat fast gar keine Kerne, sie ist im Stadium der hyalinen Degeneration. Zellen von Neubildung sind keine vorhanden; Gefäßvertheilung ist schwächer, ihre Struktur dieselbe wie in der äußeren Zone.

Innere Zone. Diese enthält die Natur des Tumors in prägnanter Weise; das lockere periglanduläre Bindegewebe ist hier verschwunden, in Folge dessen der Tumor sich unbehindert entwickeln konnte. Es finden sich Anhäufungen von abgerundeten, polyedrischen Zellen mit großen Kernen und wenig reichlichem Protoplasma, dazwischen alle Übergangsformen zwischen den Zellen der großen Alveolen und der kleinen perivaskulären Elemente. Diese Anhäufungen werden durch ein reiches Kapillarnetz mit sehr feinen Wänden und großem Lumen durchsetzt, von welchen Venen großen Kalibers ausgehen. In dieser Zone ist Alles gleich befallen; die einzigen noch erkennbaren Theile der Prostata sind Schleimhaut und Drüsen, die durch Altersdegeneration und Kompression des Tumors verändert sind.«

Es folgt sodann eine Betrachtung über Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Carcinom auf Grund anatomischer und anderer Anschauung; ferner werden weitere aus der Litteratur bekannte Fälle (14) von Sarkomen beschrieben; 4 davon waren über 50, 5 unter 8 Jahren. Die häufigste Form ist das Rundzellensarkom; auch Fibro- bzw. Melanosarkom wurden beobachtet. Die Blase war selten ergriffen, der Tumor breitete sich zwischen den Organen des kleinen Beckens aus oder blieb auf die Prostata beschränkt. Von den Symptomen sind besonders die Hämaturie und Kachexie zu beachten (theilweise auch bei Prostatahypertrophie allein vorhanden, Ref.); dann Vergrößerung und Höckerigkeit der Oberfläche der Prostata, so wie Konsistenz dieses Organs. Die Behandlung kann meist nur palliativ sein, die Exstirpationen wurden mit wenig Glück, auch quoad Recidiv, ausgeführt.

Von besonderem Interesse ist die histiologische Untersuchung des Tumors der Schulter; es wird hier besonders die Proliferation des Knorpels hervorgehoben, der sonst auf Grund mangelnder Gefäßentwicklung dem Neoplasma am hartnäckigsten widersteht. Die Knorpelkapseln enthalten mehrere kleine Zellen, welche sich sehr gut färben, manche haben 2 Kerne.

Was die metastatische Entwicklung anlangt, so glaubt Verf. auf Grund seiner anatomischen Untersuchung gezeigt zu haben, dass der Tumor des Schulterblattes der sekundäre ist, wenngleich die klinischen Symptome damit nicht übereinstimmen.

Schließlich wird noch der Entwicklung der Metastase auf dem Blutwege gedacht. Von den verschiedenen Arten der Entwicklung werden die kapilläre Embolie und der Embolus durch rückläufige Bewegung als möglich erachtet.

Cirkulationsstörungen waren bei dem alten Mann vorhanden; zu Gunsten des rückläufigen Embolus spricht der Umstand, dass die Metastase hier vereinzelt vorkam; die kapillären Metastasen sind multipel.

Kronacher (München).

15) **M. v. Zeissl** (Wien). Über den Blasenverschluss.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. VIII. Hft. 8.)

Aus den Untersuchungen v. Z.'s über den Blasenverschluss geht hervor, dass ein Regurgitiren von Flüssigkeiten aus der Harnröhre in die Blase unter normalen Verhältnissen nicht möglich ist, dass ferner die zur Erklärung des Regurgitirens und des zeitweiligen Wechsels zwischen klarem und trübem Harn angenommene Trichterbildung der Blase nicht existirt. Die praktische Bedeutung der Annahmen v. Z.'s liegt darin, dass wir demnach, wenn die zweite Hälfte des Urins bei bestehender Gonorrhoe getrübt erscheint, die Diagnose auf Cystitis acuta stellen und unser therapeutisches Handeln danach einrichten müssen.

F. Krumm (Karlsruhe).

16) **E. Finotti.** Zur Pathologie und Therapie des Leistenhodens, nebst einigen Bemerkungen über die großen Zwischenzellen des Hodens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LV. Hft. 1.)

An 14 Fällen von Kryptorchismus, die in der Klinik von Niko-ladoni beobachtet wurden, konnte Verf. genau die Verhältnisse beim Leistenhoden, so die Lageverhältnisse des Hodens zu der Aponeurose des Obliquus externus und der äußeren Haut, wie der Bruchsackwand beobachten; ferner ließ sich genauer die Konsistenz, Größe, das Verhalten der specifischen Elemente des Hodens, seine Beziehungen zu dem Nebenhoden prüfen und die anatomische Anordnung des Samenstrangs studiren. Letzterer war meist zerfasert, platt, bandförmig, aber doch lang genug für die Orchidopexie, welche abwechselnd mit der Kastration vorgenommen wurde. Bezüglich einer ev. eintretenden kompensatorischen Hypertrophie des normal gelagerten und gesunden Hodens konnte F. keine positiven Erfahrungen an seinem Material sammeln.

Die mikroskopische Untersuchung konnte an 7 Hoden vorgenommen werden, die blühenden jungen Männern angehörten, ferner wurde ein kindlicher Leistenhoden untersucht. Die Samenkanälchen waren atrophisch, dadurch erschien das Bindegewebe vermehrt, ohne dass es gewuchert wäre. Was nun die Leydig'schen oder Henle-schen Zellen betrifft, so bestand schon früher über ihr Vorkommen im normalen Hoden und über ihr zeitliches und quantitatives Erscheinen keine einheitliche Deutung. Verf. kann aber ebenfalls die namentlich zwischen den Ansichten Hofmeister's und Hansemann's bestehenden Differenzen nicht ganz lösen, indem er selbst bei einer Reihe normaler Hoden sehr verschiedenartige Befunde aufnahm. Eine Antheilnahme an der Spermatogenese bei Thieren hält er für wahrscheinlich, aber bei Menschen für ausgeschlossen; bei allen Leistenhoden fand F. diese Zwischenzellen vermehrt, während eine auf andere pathologische Zustände der Testikel ausgedehnte Untersuchung ergab, dass bei Lues und Orchitis diese Zellen fast ausnahmslos fehlten, bei Tuberkulose des Nebenhodens vermehrt, bei käsigen Herden im Hoden selbst dagegen geschwunden, in deren Peripherie allerdings ebenfalls vermehrt waren. Er hält sie für rudimentäre, aus der Embryonalzeit übernommene Gebilde und glaubt, dass ihre Menge, ihr Wachsthum und Untergang von individuellen Eigenschaften der Träger oder von embryonalen, pathologischen und anderen Störungen abhängen. Die Neigung der Leistenhoden zu Tumorenbildung erscheint durch die Vermehrung jener Zwischenzellen und ihre Neigung, in Wucherung zu gerathen, erklärt.

Die Samenkanälchen ein und derselben Drüse zeigten beim Leistenhoden dieselbe Entwicklungsphase, neben reifen Kanälchen solche von kindlichem Charakter. Die Pubertätsentwicklung im Leistenhoden beginnt erst später als beim normalen, und die Samen-

bildung gelangt auf einer niedrigen Stufe zum Stillstand. Die Reifung erstreckt sich niemals auf das ganze Organ gleichmäßig; neben partienweise sich vollziehender Entwicklung trifft man gleichzeitige Degenerationsvorgänge der specifischen Elemente, wie des Bindegewebes. Die Vermehrung der Zwischenzellen giebt dem atrophischen Hoden oft die Größe des normalen. Der männliche Habitus wird beim Kryptorchismus oftmals nicht vermisst, und F. meint, dies rühre daher, dass die Hoden neben ihrer spermaproducirenden Eigenschaft noch ein Sekret produciren, das auf dem Wege der Blut- und Lymphgefäße resorbirt würde und auf das Verhalten des Gesamtorganismus wirke. Diese zweite Funktion könnte beim Leistenhoden auch bei völliger Azoospermie noch existiren. Er beruft sich dabei auf die Analogie mit der Schilddrüse, wo gleiche Verhältnisse anzunehmen seien.

Die zweckmäßigste Operation sei die Orchidopexie; die Kastration sei aus den oben geschilderten Gründen zu verwerfen. Die beste Zeit dazu sei nach dem 11. und 12. Lebensjahre. Die Beschwerden werden auch durch die Anheftung im Scrotalsack beseitigt. Die Fortpflanzungsfähigkeit werde leider nicht durch das Herunterholen und Fixiren des Hodens garantirt; in dieser Hinsicht ist die Prognose ungünstig. Durch eine eigene 5jährige Beobachtung wird diese Ansicht des Verf. bestätigt.

Die interessante Arbeit des jüngst verstorbenen Verf. enthält eine große Reihe interessanter Einzelheiten, die im Original nachzulesen sind, und die trotz theilweiser hypothetischer Annahmen einen Fortschritt in der Erkenntnis der normalen wie pathologischen Verhältnisse am Hoden bedeuten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mittheilungen.

17) Stepp (Nürnberg). Beitrag zur Beurtheilung der nach Eisenbahnunfällen auftretenden Erkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 41 u. 42.)

S. giebt an, als Bahnarzt nach Eisenbahnunfällen, bei welchen die betreffenden Personen zunächst keinen besonderen Schaden erlitten zu haben schienen, später schwere Folgeerkrankungen beobachtet zu haben, die zwar in den einzelnen Fällen ein verschiedenartiges Bild dargeboten, deren einzelne Erscheinungen indess bei den einzelnen Individuen immer mehr oder weniger sich gezeigt und schließlich zu einer Veränderung der Psyche geführt haben sollen. Wenn er auch das Vorkommen von Simulationen nach schweren Körpererschütterungen bei Eisenbahnunfällen nicht leugnet und eben so wenig das Auftreten von »Neurosen« nach solchen bezweifelt, so weist er doch eine derartige Deutung für die von ihm durch Jahre hindurch beobachteten Fälle zurück und hält sie durch eine wirkliche, wenn auch pathologisch-anatomisch nicht immer nachweisbare Verletzung des Gesamtnervensystems veranlasst. Er entwirft auf Grund seiner Beobachtungen das folgende — unter dem Namen der Railway-Spine bezw. Railway-Brain bekannte und viel umstrittene (Ref.) — Krankheitsbild: Atrophie der kutanen Gebilde des

Kopfes mit Ergrauen und Ausfall der Haare — allgemeine hochgradige Abmagerung — Herabsetzung der Sensibilität in einzelnen, Hyperästhesie in den meisten Fällen, — Parästhesien der verschiedenen Art, — motorische Schwäche und Störungen der Motilität in fast allen Fällen, — Veränderung des Ganges, — Hemiparese in mehrfacher Art, — völlige Paralyse in einem Falle, — periphere Erkrankung der Nerven in einem Falle (Neurombildung), — Schwindel bei Verschluss der Augen, — dauernde Pulsbeschleunigung und Hyperämie des Gesichts und Kopfes in einzelnen Fällen, — Schlaflosigkeit in der größten Anzahl, — Gliederzittern in einzelnen Fällen, — Gedächtnisschwäche mehrfach, — Tuberkulose als Folgeerscheinung neben anderen, — endlich Veränderung der Psyche als Folgeerscheinung.

Unter den mitgetheilten 15 Fällen, von denen je 1 von Simulation und Neurose (Hysterie) ausscheiden, ist nur in 2 Heilung eingetreten, und sind 4 unter Erscheinungen, die der vorausgegangenen Verunglückung zur Last zu legen waren, gestorben.

Zum Schluss stellt S. den geschilderten Fällen einige andere gegenüber, welche durch Überfahren den Verlust eines oder beider Beine zur Folge, niemals aber — weil trotz der schweren Verletzung das Trauma für das Gesamtnervensystem gefehlt habe — Erscheinungen der oben erwähnten Art dargeboten hatten, obwohl ihnen starke psychische Eindrücke (Katastrophe, Operation etc.) nicht erspart waren.

Kramer (Glogau).

18) **A. J. Ochsner** (Chicago). Multiple symmetrical lipomates.

(Medicine 1897. Juni.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von multiplen symmetrischen Lipomen, die er beobachtet, und giebt die Beschreibung und Abbildung der vorgefundenen Verhältnisse. Die beiden ersten Fälle betreffen Mutter und Sohn. Erstere trägt die Lipome an beiden Armen, der letztere am Rumpf und den Oberschenkeln, ferner je eine Fettgeschwulst am Vorderarm. Beim 3. Pat., einem 42jährigen Mann, finden sich die Geschwülste an der vorderen Körperfläche und in den Kniekehlen. In allen Fällen war die Symmetrie eine sehr auffallende. Irgend welche Erscheinungen, welche eine ätiologische Beziehung des Nervensystems zu den Lipomen hätten wahrscheinlich machen können, waren nicht vorhanden. Dagegen weist Verf. auf das interessante Moment der Erblichkeit hin, das bei den 2 ersten Fällen augenscheinlich hervortritt. Die Mutter der 1. Pat. soll ebenfalls die gleichen Geschwülste besessen haben, ferner außer dem erwähnten Sohn auch eine Tochter, die der Verf. aber leider nicht untersuchen konnte.

E. Martin (Köln).

19) **V. Bandler**. Beitrag zur Ätiologie des Diabetes insipidus.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XLI. Hft. 1.)

Die Zahl der Fälle, in denen bisher der Nachweis mit mehr oder weniger großer Sicherheit gelungen ist, dass Diabetes insipidus mit Lues in einem ursprünglichen Zusammenhang steht, ist eine sehr beschränkte. Verf. giebt eine Zusammenstellung derselben und veröffentlicht im Anschluss daran aus der Pickischen Klinik einen Fall von augenscheinlich auf hereditärer Basis beruhender Spätluës mit Geschwüren und Schwellungen am Schädel etc. und mit einem außerordentlich starken Diabetes insipidus, welcher sich bei der genaueren Untersuchung nicht sowohl als eine reine Polyurie, sondern mehr als eine Polydipsie zeigte. Von großem Interesse ist die rapide Abnahme der Harnmenge von 9000 auf 2000 ccm unter einer Quecksilber- und Jodbehandlung, unter der auch die syphilitischen Erscheinungen sehr prompt zurückgingen. Man wird dem Verf. in der Annahme Recht geben müssen, dass dieses Behandlungsergebnis fast mit der Sicherheit eines Experiments für den Zusammenhang des Diabetes insipidus mit der Lues spricht.

Jadassohn (Bern).

20) **W. Burgsdorf.** Ein Fall von Entwicklung der Psoriasis vulgaris auf Narben einer Syphilis nodosa superficialis.

(Med. Obosrenje 1897. Mai. [Russisch.])

Der 64jährige Pat. bekam die Syphilis vor 20 Jahren und behandelte sie sehr unregelmäßig. Seit 3 Jahren entwickelte sich auf den Narben die Psoriasis. Hg-salicylicum-Injektionen blieben wirkungslos, und erst Arsen führte zum Schwinden der Efflorescenzen.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

21) **Thorn.** Behandlung der Leistenbubonen mit Injektion von Hydrargyrum benzoicum oxydatum. (Aus dem klinischen Institut für Chirurgie der Universität Berlin, Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. v. Bergmann.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1897. No. 32.)

In der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin wurden auf Grund der Mittheilungen von Welander und Spietschka Injektionen von 1%iger Lösung von Hydrargyrum benzoicum oxydatum in Leistenbubonen gemacht, nachdem durch Versuche festgestellt war, dass das genannte Präparat ganz besonders starke antibakterielle Wirkung gegenüber Staphylokokkenkulturen zeigte; dieselbe war sicherer als die des Sublimats.

Bei der Injektion in Bubonen imponirte die Thatsache, dass gewöhnlich am Tage nach der Injektion die Schmershaftigkeit und Spannung in den entzündeten Geweben fast völlig verschwunden war; der Entzündungsherd wurde nicht abgekapselt, sondern verschwand spurlos. Welander hatte seine besten Erfolge bei nicht abscedirten Bubonen, während die in der chirurgischen Poliklinik zu Berlin behandelten Fälle fast alle erst im Stadium der Abscedirung zur Behandlung kamen.

Wurde mit einer dicken Kanüle der Eiter aus dem zuweilen recht tief liegenden Abcess ausgesogen und durch dieselbe Kanüle 2—4 ccm des Mittels eingespritzt, so war mit geringen Abweichungen in allen Fällen der Verlauf derselbe. Es entstand nämlich zunächst (zum Theil durch Zusammenfließen der benachbarten kleinen Herde) eine große Eiterhöhle. Wurde der Eiter dann noch einige Male, im Durchschnitt 2—3mal, durch die zuerst angelegte Fistel ausgesogen, ev. noch eine 2. Injektion angeschlossen, so war nach Verlauf von 8 Tagen, spätestens 6—7 Wochen von den umfangreichen, schmerzhaften Drüsenpacketen nichts übrig als einige kleine, derbe, schmerzlose Knötchen und zuweilen eine, noch ein spärliches Sekret absondernde, Fistel.

Die Wirkung schien demnach auf einer akuten Einschmelzung der von kleinen Eiterherden durchsetzten Drüsenpartien zu beruhen.

Ein besonderer Vortheil liegt in den meisten Fällen in der Vermeidung der Incision und demgemäß in dem Fehlen der Nothwendigkeit längerer Bettlage.

R. Wagner (Mülheim a. d. R.).

22) **Darey.** Adherent prepuce as a cause of convulsions in children.

(Med. news 1897. Mai 15.)

Verf. beobachtete bei 3 übrigens gesunden Kindern im Alter von 10 Monaten bis 2 Jahren Krämpfe mit Benommenheit des Sensoriums als Folge von Verwachsungen der Vorhaut mit der Glans penis. Lösung der Verwachsungen führte in allen Fällen ein sofortiges Schwinden der Erscheinungen herbei.

Strauch (Braunschweig).

23) **L. Car.** Eine Fliegenlarve in der menschlichen Urethra.

(Liečnicki viestnik 1897. No. 10. [Kroatisch.])

Bei einem an Gonorrhoe leidenden Pat. waren die Gonokokken schon ganz verschwunden, und zeigten sich nur noch hier und da Fäden im Urin. Fines Tages verspürte er einen Schmerz, ein Zusammensiehen in der Urethra und bemerkte,

als er den Urin in ein Uringlas ließ, darin einen lebenden Wurm. C. konnte denselben als Larve der Fleischfliege (*Sarcophaga carnaria*) bestimmen und glaubt, dass die Eiterung in Folge der Gonorrhoe die Fliege angelockt, welche ihr lebendes Junges an das Orificium urethrae gelegt, und dass dasselbe sich dann in die Urethra verkrochen habe. Das Sonderbare daran ist, dass die Larve dort geblieben und weiter gewachsen ist; jedoch lässt sich dies dadurch erklären, dass sie feine, scharfe Wärschen, wie Zähnechen hat und deswegen nicht vom Strome des Urins weggespült wurde. Bald nach Abgang der Larve heilte die Urethra vollkommen. Verf. konnte in der Litteratur keinen gleichen Fall auffinden; es sind nur 2 Fälle sichergestellt (Taschenberg, Schiner), wo sich Fliegenlarven im eitrigen Ohr fanden und durch Bensin ausgetrieben wurden.

Čačević (Agram).

24) Beck. Über den Werth der Kastration bei Prostatahypertrophie. (Monatsberichte über die gesammten Leistungen auf dem Gebiet der Krankheiten des Harn- und Sexualapparats 1897. No. 6 u. 7.)

Verf. berichtet über 5 eigene Kranke, die sich im Stadium ständiger oder zeitweiser Retention befanden. 4 werden als geheilt angesehen, von denen aber nur 1 frei von Residualharn war. Der Effekt war 6 Tage bis 3 Wochen nach der Operation vorhanden. In sämtlichen 4 Fällen war die Prostata bei den 5 Wochen bis 1½ Jahr nach der Operation vorgenommenen Untersuchungen wesentlich zusammengeschrumpft. Die Prostata des ungeheilten Falles war und blieb orange-groß und mäßig hart.

Dreyer (Köln).

25) B. Floderus. Klinische Beiträge zur Kenntnis des Zusammenhanges zwischen Prostata und Testis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 110.)

F. beschreibt aus Lennander's Klinik in Upsala eine Sammlung von Kastrationen (oder wie er zu sagen vorschlägt: »Testektomien«), einseitig und doppelseitig, in denen nach Jahr und Tag vom Mastdarm aus die Größenverhältnisse der Prostata festgestellt wurden. Aus diesen Aufnahmen geht (so weit derartige rein klinische Untersuchungsergebnisse überhaupt beweiskräftig sein können, Ref.) wieder ziemlich überzeugend hervor, dass die Hodenexstirpation eine schrumpfende Wirkung auf die Prostata übt, und zwar die beiderseitige Operation auch auf die ganze Prostata, die einseitige auf den gleichseitigen Seitenlappen, wobei F. nicht den Ausfall der sekretorischen Hodenfunktion, sondern Ernährungsänderungen auf nervöser Basis als ursächliches Moment ansieht. Die beschriebenen Fälle betreffen Pat. ohne Prostatahypertrophie, meist an Tuberkulose der Hoden leidend. In den Fällen doppelseitiger Kastration (5) scheint die Prostataschrumpfung ungleich deutlicher gewesen zu sein, als in denen einseitiger (18). Dort lautet der Befund meist: »starke Einschrumpfung« oder »bedeutende Prostataverminderung« etc. Hier: »nicht sonderliche Verminderung« oder »nicht hochgradige« oder »sehr geringe« Verminderung des betreffenden Prostatalappens. Bei den doppelseitigen Kastrationen scheinen auch tuberkulöse Herde der Prostata rückgängig geworden und in Verkalkung übergegangen zu sein. Bei den einseitigen Operationen scheint die Einschrumpfung besonders den oberen Theil des gleichseitigen Prostatalappens zu betreffen, wie dies nach doppelseitiger Operation schon Alexander beobachtete. Ein Pat., der wegen Hodensarkom operirt war, zeigt 5 Jahre eine deutliche Prostatahypertrophie mit mittlerem Lappen — also wird das Aufkommen dieser Erkrankung durch die Operation nicht behindert.

4 des Weiteren noch beigebrachte Fälle liefern Material zu der Frage, ob bei einer bereits bestehenden Prostatahypertrophie eine einseitige Hodenerkrankung verkleinernd auf erstere wirken kann. In F.'s Fällen war hiervon nichts zu konstatiren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

- 26) **P. Jemoli ed A. Marconi** (Pavia). Contributo clinico alla incisione termogalvanica della prostata nella iscuria da ipertrofia prostatica.

(Clinica chirurgica 1897. No. 6.)

Die Verf. referiren über 2 Fälle von Isehurie durch Prostatahypertrophie, in welchen Bottini mit seinem galvanokaustischen Incisor rasche Hilfe brachte. Beide sind dadurch interessant, dass vor Jahren an ihnen die gleiche Operation (doch nicht von Bottini selbst) ausgeführt worden war. — Der eine, 63jährige Mann hatte nach dem ersten Eingriff gar keinen Nutzen, nach Bottini's Operation wurde er am 15. Tage mit klarem Harn, spontaner und vollständiger schmerzloser Entleerung geheilt entlassen. Der andere Pat., 67 Jahre alt, war durch 2 Jahre geheilt, dann stellten sich die alten Beschwerden wieder ein. 5 Jahre später wurde die beiderseitige Resektion des Vas deferens ohne jeden Erfolg vorgenommen. Nach weiteren 2 Jahren operirte ihn Bottini nach seiner Methode, und der Kranke verließ am 17. Tage die Klinik mit trübem, aber leicht entleerbarem Harn. An der Prostata war in beiden Fällen keine Spur einer Schrumpfung zu finden.

J. Sternberg (Wien).

- 27) **E. Rose**. Die unheilbaren Harnblasen fisteln am Bauch der Greise. Ein Beitrag zur Werthschätzung der Kastration.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLVI. p. 93.)

R. ist ein überzeugter Anhänger der Kastration bei Prostatahypertrophie. Eine hartnäckige Bauchfistel, welche nach Sectio alta bei einem Prostatiker hinterblieben war, gelang es ihm mittels dieser Operation zu heilen. Außerdem berichtet er über weitere 6 Kastrationen bei Prostatahypertrophie, von welchen 3 mit Herstellung normaler Urinentleerung heilten, 3 bald nach der Operation starben. Dagegen führten alle 7 totalen Prostataexstirpationen wegen Hypertrophie, theils durch unmittelbaren Collaps nach der Operation, theils wenige Zeit später zum Tode.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

- 28) **B. Barlow** (München). Kasuistisches zur Cystoskopie.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 40.)

Drei mitgetheilte Fälle erläutern den Nutzen der Cystoskopie zur Ergänzung der übrigen Untersuchungsmethoden, bzw. zur Entscheidung mit diesen allein zweifelhaft gebliebener Diagnosen. Bei den 3 Pat. konnte erst durch das Cystoskop, und zwar bei dem einen ein Stein, bei einer zweiten das Freisein der anderen Niere, deren Urin sich normal erwies, und bei dem dritten die Ursache von Blasenblutungen durch den Nachweis eines Papilloms an der hinteren Blasenwand festgestellt werden.

Kramer (Glogau).

- 29) **Jottkowitz**. Trauma und Incontinentia vesicae.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 10.)

Ein 34jähriger Arbeiter quetscht sich Damm und Hodensack durch Fall rittlings auf einen Träger. Anschwellung, Harndrang mit Retention, Katheter. Am nächsten Tag spontane Urinentleerung. Eine doppelseitige spätere Hydrocele wird operativ beseitigt. Nach 1½ Jahren Klagen über Inkontinenz, welche sich allmählich entwickelt haben soll. Nach 2 Jahren Krankenhausbeobachtung. J. schließt die Inkontinenz aus, weil primär Sphinkterverletzung nicht vorlag, andererseits aber Inkontinenz in Folge von Striktur bei glattem Katheterismus mit normalem Widerstand an der Stelle des Sphinkters und Fehlen einer Blasenatonie nicht anzunehmen war. Auffallend bleibt hier trotz der Simulation: »Zwar erscheint Pat. stets in völlig durchnässtem Hemd, indessen zeigt die Beobachtung, dass ein tropfenweiser, dauernder Harnabfluss nicht statthat.« Simulation solcher Dinge gehört wegen der damit verbundenen Unbequemlichkeit bei einem psychisch normalen Menschen doch in den Bereich der Kuriositäten.

Bähr (Hannover).

30) Stein. Fünfzig Blasensteinoperationen.

(Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

Verf. hat 5mal mit Glück die Sectio alta ausgeführt, 43mal die Litholapaxie und 2mal einfache Aspiration mit dem Evakuationskatheter. Kein Todesfall, der auf die Operationen zurückzuführen ist. 6 Kranke mussten wiederholt operiert werden, entweder wegen Herabsteigens von Nierensteinen oder bei Neigung zur Neubildung phosphatischer Konkreme. Verf. giebt auf Grund seiner, auch in einer angefügten ausführlichen Tabelle zusammengefassten Erfahrungen der Lithotripsie entschieden den Vorzug, wo sie nur irgend auszuführen ist. Für die Sectio alta sind nur folgende Fälle zu reserviren: 1) wenn die Lithotriptoren nicht in die Blase eingeführt werden können (Prostatahypertrophie, Strikturen); 2) wenn der Stein nicht frei beweglich ist, zum Beispiel in Divertikeln liegt; 3) alle Fälle, welche durch die Größe und Härte des Steines für die Zertrümmerung nicht geeignet sind; 4) bei ganz kleinen Kindern und endlich 5) wenn die Kapazität der Blase fast aufgehoben ist.

Die Litholapaxie wurde 25mal mit Morphin-Chloroformnarkose, 20mal mit 2%iger Cocainanästhesie ausgeführt. In 29 Fällen waren es harnsaure Steine, in 16 Fällen Phosphatsteine; 9mal waren multiple Steine in der Blase.

31 der Operirten waren 65—90 Jahre alt! Peinlichste Sauberkeit und Asepsis ist Grundbedingung für die sonst ungefährliche Operation, deren Hauptvorzug auch in der kurzen Zeit der Nachbehandlung liegt.

Tschmarke (Magdeburg).

31) W. W. Keen (Philadelphia). The treatment of traumatic lesions of the kidney, with tables of 155 cases.

(Transactions of the Amer. surg. assoc. Bd. XIV. Philadelphia 1896.)

K. hat durch seinen Assistenten Spencer 155 Fälle von Nierenverletzungen seit 1878, als einem Jahre, seit welchem die moderne Wundbehandlung allgemein durchgeführt sei, zusammenstellen lassen. Sie folgen — übersichtlich in Tabellen geordnet — am Schluss der Arbeit. Es handelt sich 19mal um Nierenschusswunden, 8mal um andere Wunden, 120mal um Nierenruptur, 6mal um traumatische Pseudohydronephrose und schließlich 2mal um Harnleiterszerreißung. Von den 19 Pat. mit Schusswunden wurden 10 geheilt (1 nach Nephrektomie), 9 starben, und zwar 4 nach, 5 ohne Nephrektomie. Doch fallen der Operation nur 2 Todesfälle zur Last. Von den 8 Pat. mit anderen Nierenwunden starben 2 (an Anurie bzw. Sepsis), 6 wurden geheilt, davon 4 nach Nephrektomie. K. fordert äußerst sorgfältige Desinfektion, unter Umständen Erweiterung der Wunde zur Blutstillung oder genaueren Untersuchung, möglichst baldige Blutstillung, ev. Naht und Drainage, nach partieller Nephrektomie. Wenn das Nierenbecken eröffnet ist, soll man versuchen, es zu nähen und die Wunde dann drainiren. Die sofortige Entfernung der Niere ist nur bei ausgedehnter Zerreißung derselben oder Durchtrennung ihrer großen Gefäße angezeigt, die Nephrektomie kann aber später noch bei Vereiterung der Niere oder ihrer Umgebung nöthig werden. Bei gleichzeitiger Verletzung der Bauchhöhle soll die Laparotomie gemacht und dann die Wunden der Niere und die der Bauchorgane versorgt werden.

Von im Ganzen 117 Fällen mit Nierenruptur wurden 67 geheilt, 50 endeten tödlich; 22mal war die Nephrektomie ausgeführt mit 56,4% Mortalität, obgleich es sich hier doch um die schwereren Fälle gehandelt hat; bei 95 Fällen ohne Nephrektomie betrug die Sterblichkeit 44,2%. 5mal wurde die Operation sofort gemacht mit 1, 13mal sekundär mit 5 Todesfällen, 3mal mittels Laparotomie mit 1maligem unglücklichem Ausgang.

Die Gefahren der Nierenruptur bestehen in der Blutung oder nachfolgenden Sepsis. Verf. glaubt, dass schwerere Nierenrupturen nur durch eine Operation gerettet werden können und verlangt bei den Symptomen einer solchen die so-

fortige Probeincision und, falls die Niere stark beschädigt ist, ihre sofortige Wegnahme.

Außerdem wurde 2mal bei Nierenruptur die partielle Nephrektomie mit gutem Erfolg ausgeführt.

Anhangsweise bespricht K. noch kurz 6 Fälle von traumatischer Pseudohydronephrose, von welchen 1 durch Nephrektomie, 4 durch Punktion geheilt wurden, während 1 tödlich endete, und schließlich 2 Fälle von Harnleiterzerreißung, welche beide durch sekundäre Fortnahme der Niere zur Heilung kamen.

Martens (Berlin).

32) Richardson (Boston). Two cases of perforating gunshot-wound of the kidney.

(Transactions of the Amer. surg. assoc. Bd. XIV. Philadelphia 1896.)

In beiden Fällen hatte das aus der Nähe abgegebene Geschoss den Unterleib — von vorn nach hinten bzw. umgekehrt — durchschlagen. Bei der Laparotomie zeigten sich Verletzungen der Leber und der einen Niere. Im 1. Falle war das Nierenbecken und die Nierenvene zerrissen, so dass sofort die Nephrektomie gemacht wurde. Pat. starb 2 Tage später unter den Erscheinungen einer Peritonitis, bei der Sektion zeigte sich jedoch nur eine akute Glomerulonephritis der zurückgebliebenen Niere. Bei dem anderen Pat. war nur die Nierensubstanz durchschossen, die Niere wurde daher erhalten, der aus den Schussöffnungen aussickernde blutige Urin durch Gasestreifen abgeleitet, welche am 6. Tage entfernt werden konnten. Abgesehen von einer am 4. Tage nach dem Unfall beginnenden Pneumonie verlief die Heilung ohne Zwischenfall. Nach Ansicht des Verf. muss es weiterer Erfahrung vorbehalten bleiben, zu entscheiden, ob es nicht möglich und auch besser gewesen wäre, auch im 1. Falle die Niere zu erhalten.

Martens (Berlin).

33) Franz. Zur Kasuistik der subkutanen Nierenverletzungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV. p. 221.)

2 Beobachtungen aus der Königsberger chirurgischen Klinik. Die erste betrifft eine subkutane Nierenverletzung durch Muskelsug; er reiht sich den 4 bislang bekannten und von Küster gesammelten einschlägigen Fällen als 5. an. Der Pat., ein 31jähriger Postschaffner, war nur, als er, einen Paketwagen schiebend, ausglitt, plötzlich in eine Stellung gerathen, bei welcher der Rumpf stark nach hinten rückwärts gebogen und, wie F. muthmaßt, die linke Niere zwischen Wirbelsäule und Rippen eingepresst wurde. Schmershaftigkeit der Lendengegend, Hämaturie nach $3\frac{1}{2}$ Stunden zuerst bemerkt. Genesung und Entlassung nach 2 Monaten. Möglicherweise war die verletzte Niere schon vorher erkrankt, und zwar tuberkulös. — Pat. zeigte eine Anschwellung am Nebenhoden und an der Prostata und hatte Cystitis durchgemacht. Die 2. Beobachtung, einen 34jährigen Knecht betreffend, zeichnet sich dadurch aus, dass die die Nierenruptur anzeigende Hämaturie erst 4 Tage nach dem ursächlichen Trauma (Stoß eines Baumstammes gegen den Bauch) eintrat. Auch ist von Interesse, dass ca. 18 Tage nach der Verletzung, als die Blutbeimengung im Harn bereits geschwunden und Pat. aufgestanden war, Albuminurie mit Cylindergehalt des Harns, also eine traumatische Nephritis, auftrat, welche bei der bald darauf erfolgten Entlassung des Kranken auch noch nicht beseitigt war. Eine derartige Nephritis ist nach Küster erst 18mal beobachtet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) R. Schütz. Ein Fall gekreuzter Dystopie der rechten Niere ohne Verwachsung beider Nieren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLVI. p. 523.)

Auf der inneren Station von Bethanien-Berlin lag und verstarb eine 32jährige Pat. an Meningitis cerebrospinalis. Während des Lebens war in der linken Bauchhälfte eine glatte, etwas druckempfindliche Geschwulst konstatiert worden, die für eine verwachsene Wanderniere gehalten war. Die Sektion zeigte, dass es in der That eine Niere war, aber nicht die linke — diese befand sich an ihrem

normalen Platz —, sondern die rechts, welche durch fötale Missbildung hier, links von der Lendenwirbelsäule, gelagert war, während die rechte Nebenniere ihren normalen Platz inne hatte. Die verlagerte Niere zeigte embryonale Lappung, den Harnleiter an der Vorderseite abgehend, die zugehörige Arterie aus der Aorta unterhalb des Abganges der Art. mesenterica inf. entspringend. Nähere topographische Beschreibung und Abbildungen — siehe Original. Prof. Klaatsch in Heidelberg, dem das Präparat demonstriert wurde, stellte außerdem am Mesenterium diejenige Hemmungsbildung fest, die man als Mesenterium commune bezeichnet, wobei indess ein genetischer Zusammenhang derselben mit der Nierenlageänderung zweifelhaft bleibt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

35) **Palleroni**. Sopra un caso di doppio rene migrante e di nefropessia lombare bilaterale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1897. No. 76.)

Der aus der chirurgischen Universitätsklinik des Prof. Tansini in Palermo berichtete Fall von Wanderniere zeichnet sich durch 2 Umstände aus: 1) musste die 37 Jahre alte Kranke im Laufe eines halben Jahres 2mal operiert werden, da eine doppelseitige Wanderniere vorlag. Ferner trat nach beiden Operationen der Symptomenkomplex der Darmocclusion, Brechen, komplette Stuhlverhaltung, Anschwellung des Leibes und Koliken auf, um nach 6 Tagen von selbst zu verschwinden. P. erblickt in diesem Darmverschluss einen Reflexvorgang.

Dreyer (Köln).

36) **E. de Paoli**. Considerazioni su alcuni casi di chirurgia del rene e sull' uso terapeutico del succo renale.

(Comunicazione fatta alla soc. ital. di chir. 1896.)

Die vom Verf. mitgetheilten Fälle beanspruchen ein besonderes Interesse dadurch, dass neben der chirurgischen Behandlung auch Versuche mit der Organtherapie, mit Injektionen von Nierenparenchymsaft, angestellt wurden. Verf. ging dabei von der Annahme aus, dass vielleicht die nach Brown-Sequard u. A. neben der äußeren, der Harnsekretion, bestehende sogenannte innere Sekretion der Niere günstig durch die Injektionen beeinflusst und vorübergehend auch ersetzt werden könne. Wenngleich die vom Verf. angestellten Tierversuche keine besonders guten Resultate aufzuweisen hatten, meint er doch bei seinen Pat. einen günstigen Einfluss sowohl auf die Harnmenge, als auf die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffs bemerkt zu haben, der zu weiteren Versuchen ermuntere. Die von ihm behandelten Fälle sind:

1) Rechtsseitige Nierentuberkulose. — Nephrotomie, später Nephrektomie. Heilung.

2) Linksseitige Pyonephrose. Nephrektomie. Heilung.

3) Steinniere. Nephrotomie. Tod an ascendirender Pyelonephritis der anderen Seite.

4) Angiosarcoma cysticum renis. Incisio. Tod nach 5 Monaten.

5) Pyonephritis calculosa. Besserung allein durch Organsaftinjektionen.

6) Schwere Nierentuberkulose links, leichtere rechts. Linkseitige Nephrektomie. Bedeutende Besserung.

Besonders betont Verf., dass auch bei schon vorhandener Mitbetheiligung der zweiten Niere die Nephrektomie auf diese günstig einzuwirken vermag.

Sultan (Göttingen).

37) **Gatti**. La lecitina nelle strume renali di Grawitz.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1897. No. 7—9.)

Alexander hat in den Nebennieren Lecithin zu 3—4% gefunden.

In einer sogenannten Struma suprarenalis Grawitz wies G. 3,47% der Substanz nach, ein neuer Beweis für die Grawitz'sche Theorie der Genese dieser Geschwülste. Das Lecithin verleiht mit dem Fett und Elyeogen zusammen den Zellen ihr stark lichtbrechendes Aussehen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

38) **A. G. Gerster.** A contribution to the surgery of the kidney and of the ureter.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. Juni.)

Fall I. Knabe von 9 Jahren, der im Anschluss an eine Kontusion Blutharnen fast 4 Wochen lang bekam. Nach 6 Monaten trat eine skoliotische Haltung auf, die auf eine Geschwulst im rechten Hypochondrium zurückgeführt werden musste. Nachdem durch mehrfache Punktionen beträchtliche Urinmengen entleert waren, der Sack sich aber immer wieder füllte, wurde der schräge Lendenschnitt ausgeführt. In den eröffneten Sack ragte die Harnleitermündung in Form einer stark vorspringenden Warze (Klappenbildung) herein. Diese wurde durch Plastik (nach Fenger) in einen seichten Trichter verwandelt. Heilung.

Fall II. Nach Nephrektomie (wegen vereiterter Niere) bei einem 26jährigen Manne blieb ein Empyem des Harnleiters zurück, das mit Exstirpation des letzteren geheilt wurde.

Fall III. Echinococcus der rechten Niere; Hydatidenentleerung durch die Harnröhre. Incision der Geschwulst, Entleerung des Inhalts des verkalkten (!) Sackes; sekundäre Ausschälung des Sackes. Heilung.

Fall IV betrifft eine junge Frau mit 3wöchentlicher Nierenblutung, bei welcher unter der Annahme einer Geschwulst, eines Nierensteins oder einer Tuberkulose die Nephrotomie der linken, schmerzhaften Niere gemacht wurde. Es wurde nichts als Hyperämie, Vergrößerung und vermehrte Spannung der Kapsel des Organs entdeckt. Drainage des Nierenbeckens für 14 Tage. Heilung. G. glaubt, dass es sich um eine beginnende akute Nierenentzündung handelte, die durch die frühzeitige Incision kupiert wurde.

Fall V. Foudroyant verlaufender Fall von doppelseitiger gonorrhöischer Pyelonephritis. Ein 10jähriger Knabe erwarb im Zwischendeck eines transatlantischen Dampfers akute Gonorrhoe und wurde 3 Wochen nach Beginn mit heftigen Lendenschmerzen und stark eitrigem Urin ins Mount Sinai-Hospital aufgenommen. Doppelseitige Nephrotomie zeigte nach Kapseleröffnung die Nieren dunkel und mit graubraunen Flecken bedeckt; das Parenchym blutete nicht. Nach dem Tode fand man im Nierengewebe massenhaft Gono- und Staphylokokken.

Fall VI. Nierengeschwulst mit Pyurie; Nephrotomie und Entleerung von 5 Nierenabscessen, deren jeder einen Stein enthielt. Schluss der Wunde. Recidiv. Nephrektomie. Heilung.

Fall VII. Alveolarsarkom der rechten Niere, das nach der Exstirpation schnell recidivierte.

Fall VIII. Chronische Pyelitis; Endotheliom der rechten, pyelitischen Niere; Hämaturie. Exstirpation. Heilung. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

39) **B. Robinson.** A successful case of retroperitoneal ureterolithotomy.

(Brit. med. journ. 1897. September 11.)

Verf. konnte als Ursache einer rechtsseitigen Hydronephrose bei einer 23-jährigen Frau, die seit Jahren an Koliken und Hämaturie litt, durch Sondirung des rechten Harnleiters und Scheidenuntersuchung eine Harnleiterverstopfung feststellen. Durch einen Schnitt nach innen von der Spina ant. sup., Abhebung des Bauchfells von der Fossa iliaca bis zur Theilungsstelle der Art. iliaca comm. legte Verf. den Harnleiter, der sich erweitert und verdickt erwies, frei. Nach Eröffnung des Harnleiters war es trotz Ausbuchtung desselben möglich, unter großen Schwierigkeiten und unter Gegendruck von der Scheide aus, den Stein in die Harnleiterwunde heraufzuschieben und zu entfernen. Die Harnleiterwunde wurde mit Seide vernäht und mit Gazestreifen drainirt. Glatte Heilung.

F. Krumm (Karlsruhe).

40) Seiffert. Beitrag zur Ureter-Bauchfistelfrage.

(Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 21.)

S. resecirte bei Exstirpation einer cystischen Geschwulst unbeabsichtigterweise 4 cm vom rechten Harnleiter. Er nähte bei Schluss der Operation beide Harnleiterenden in die Bauchwand, wo sie zunächst 2 cm weit aus einander standen. Das obere Ende entleerte den Urin der zugehörigen Niere, das untere wurde durch Sondirung offen gehalten. Mit der fortschreitenden Narbenkontraktion rückten die Harnleiterenden sich immer näher; nach 4 Monaten war die Öffnung in der Bauchhaut nur noch sondenknopfgroß, wobei stetig mehr Urin nach unten in die Blase passirte. Unter einfacher Pflasterbedeckung heilte auch diese kleine Fistel, und trat schließlich völlige Heilung ein. Mit dem Cystoskop ist die normale Urinentleerung aus dem geheilten Harnleiter nachweisbar.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) P. Mathes. Zur Kasuistik der Ureterenimplantation in den Darm.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLV.)

Verf. beginnt mit einer Sichtung der verschiedenen zur Harnleitereinpfanzung in den Darm angegebenen Methoden, die im Original einzusehen ist, und aus welcher hier besonders die Maydl'sche Operationsart interessirt, da nach dieser 2 von M. berichtete Fälle von Blasenektomie von v. Eiselsberg in der Königsberger Klinik mit Glück operirt sind. Bei der fraglichen Methode wird bekanntlich das die Harnleitermündungen tragende Stück Blaseschleimhaut herauspräparirt und in den Mastdarm eingenäht. So heißt es von Fall 1, einen 31jährigen Pat. betreffend, »die Blaseschleimhaut wird mit den Ureterenmündungen in einer Ausdehnung von 3 zu 1½ cm excidirt, die Ureteren mit dem sie einhüllenden Bindegewebe auspräparirt; nach genügender Mobilisirung wird das Stück Blaseschleimhaut über vorn nach oben um 180° gedreht; die Flexur wird durch Ausstreichen entleert und temporär mit Dochten abgebunden; die Darmwand wird durch eine Längsincision eröffnet, die elliptische Blaseschleimhaut um 90° gedreht, so dass der rechte Ureter oben, der linke unten liegt«. Fortlaufende Darm-Blasennaht etc. Gute Heilung, gute Continenz. Hebung des Allgemeinbefindens. Auch sexuell erfuhr der Mann Besserung, in so fern Erektionen und Pollutionen sich zeigten, wovon vorher nichts aufgetreten war. Der 2. Fall betrifft einen 8-jährigen Knaben, dessen Operation im Ganzen analog dem 1. Falle ausgeführt wurde. Die Heilung verlief in Folge von Undichtigkeit der Naht weniger glatt, führte aber auch zu einem guten Resultat. Im Ganzen liegen jetzt 14 nach Maydl operirte Fälle vor, von welchen nur 2 tödlich endeten. — Beiläufig berichtet M. auch einen interessanten Fall von bei einer Mastdarmexstirpation unbeabsichtigt erfolgten Querdurchschneidung eines erweiterten Harnleiters. Derselbe wurde durch Ringnaht vereinigt und heilte, obwohl in der ersten Zeit große Harnmengen abgingen, binnen 20 Tagen dicht zu.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

42) P. Pintor. Un caso di vasta fistola vescico-vaginale guarita colla sutura dell' utero capovolto in vagina.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1897. No. 7—9.)

Wegen ausgedehnter Blasen-Scheidenfistel mit fast totaler Zerstörung der vorderen Scheidenwand ging P. nach Freund derart vor, dass er den Uterus im vorderen und hinteren Scheidengewölbe frei machte, umkippte und die hintere Fläche in die angefrischte Blase nähte.

Glatte Heilung. Ein künstlicher Muttermund im Fundus uteri wurde nicht angelegt, weil wegen cicatricieller Atresie des Orificium, Atrophie der Ovarien und Fehlen der Menstruation schädliche Folgezustände nicht mehr erwartet wurden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

- 43) **W. L. Burrage** (Boston). Congenital absence of uterus and vagina. Plastic operation for artificial vagina, taking flaps from nymphae and perineum.

(Amer. journ. of the med. sciences 1897. März.)

Die Operation wurde in der Weise ausgeführt, dass das Septum zwischen Mastdarm und Blase, das sich an Stelle der Scheide befand, unter dem Schutz des in den Mastdarm eingeführten Fingers, so wie einer in der Blase befindlichen Sonde incidirt und auf eine Länge von 5 cm in einen Kanal umgewandelt wurde. Die Wände dieses Kanals wurden mit 3 Lappen austapeziert, 2 seitlichen von den kleinen Schamlippen und einem mittleren vom Damm. Der Erfolg war ein guter, so dass die künstliche Scheide 2 Jahre nach der Operation sich auf 3 cm Durchmesser dehnen ließ und eine Tiefe von 5½ cm zeigte. Die Untersuchung mit dem Speculum ergab, dass sie einen zusammenhängenden Schleimhautüberzug trug.

W. Sachs (Mulhausen i/E.).

- 44) **M. A. Fargas**. El mejor procedimiento de hysterectomía abdominal en los casos de miomas uterinos.

(Anales de obstetricia, ginecopatía y pediatria 1897.)

Verf. berichtet über 20 Fälle von Myomen, die nach dem von Doyen auf dem Berliner Chirurgenkongress 1895 bekannt gegebenen Verfahren operirt sind. Die Sterblichkeit betrug 5%. Die Vortheile der Operation sind: 1) Sie erfordert keine vorausgehende Blutstillung. 2) Harnleiter und Blase kommen nicht in Gefahr, verletzt zu werden. 3) Die Blutstillung ist leicht. 4) Die vielen Ligaturen fallen fort. 5) In Folge dessen kommen keine Gewebsmortifikationen und weniger leicht Infektionen zu Stande.

Dreyer (Köln).

- 45) **Bois** (Aurillac). Kyste de l'ovaire. Péritonite purulente. Ovariectomie. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXII. p. 413.)

In einem Falle eitriger Peritonitis nach Ovariectomie (die oben wörtlich wiedergegebene Überschrift erscheint in so fern unrichtig, als nach der Krankengeschichte der Peritonitis die Ovariectomie folgte, nicht ihr vorausging, Ref.) glaubt B. die schließlich nach Durchbruch des Eiters durch die Bauchnabt und langdauernder Eiterung eintretende Genesung wesentlich auf Rechnung einer wiederholten Injektion von je 10 cem Antistreptokokkenserum setzen zu müssen. (In keinem Falle ist die nur kurz mitgetheilte Beobachtung wirklich beweiskräftig. Ref.)

Reichel (Breslau).

- 46) **J. Campbell**. Successfull removal of a cystic abdominal tumour from a child aged 7 months.

(Brit. med. journ. 1897. Mai 15.)

Verf. hat bei einem 7 Monate alten Kinde eine große, hinter dem Bauchfell der hinteren Bauchwand gelegene Cyste durch Laparotomie entfernt. Dieselbe lag in der linken Bauchseite, war ungestielt, hatte nur tief in der linken Seite des Beckens festere Verbindungen. Vernähung der Bauchfellbedeckung, nach Punktion und Ausschälung, mit den Wundrändern, Tamponade der Höhle. Heilung. Untersuchung des Präparats ergab — neben dem cystischen Theil, der 10 Unzen klare, gelbe Flüssigkeit enthielt, — eine solide Partie, in der eine Menge Knorpel und ein Knochenstück eingebettet lag. In frischem Zustand war das Gewicht 3 Pfund. Über den Ursprung der Geschwulst kann Verf. nichts aussagen.

F. Krumm (Karlsruhe).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. E. Richter in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung Breitkopf & Härtel, einsenden.

Centralblatt für C H I R U R G I E

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin. in Berlin. in Breslau.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52.

Freitag, den 31. December.

1897.

Inhalt: M. Hirschberg, Über die primäre Vereinigung breiter Wundflächen. (Original-Mittheilung.)

1) **Hankel**, 2) **Braatz**, Anästhesie. — 3) **Belfanti** und **Carbone**, Antistreptokokken-serum. — 4) **Ikawitz**, Wunddrainage. — 5) **Magrassi**, Stichkanalleitung. — 6) **v. Brunn**, Haut. — 7) **Hodara**, Muttermäler. — 8) **Ruge**, Lichen tropicus. — 9) **Herxheimer**, Psoriasis. — 10) **Elsner**, Trichomykosis palmellina. — 11) **Splegler**, Trichorrhexis nodosa. — 12) **Hovocka** und **Ehlers**, Mal de Meleda. — 13) **Lohk**, 14) **Sticker**, Lepra. — 15) **Unna**, Filmogen. — 16) **Barnick**, Ohrblutungen bei Schädelbasisbrüchen. — 17) **Photlades**, Empyem der Stirnhöhlen. — 18) **Botey**, Schiefstand der Nasenscheidewand. — 19) **Rosenberg**, Kropf. — 20) **Stabel**, Jodothyrlin und Thyraden. — 21) **Loew**, Spiritusbehandlung. — 22) **Spitzer**, Geschwulstbildung. — 23) **Semianski**, Cysticerken der Haut und Muskeln. — 24) **Friedrich**, 25) **Bernhardt**, Pachydermie bei Gesichtserysipel. — 26) **Risso**, Prurigo Hebrae. — 27) **Havelburg**, Lepra. — 28) **Hermant**, Schädelbruch. — 29) **Fetzer**, Meningitis und Hirngeschwulst. — 30) **Zeller**, Osteoplastische Deckung von Schädelücken. — 31) **Rembold**, Lumbalpunktion bei Meningitis. — 32) **Cramer**, Augenhöhlenverletzung. — 33) **Kuschew**, Gesichtsaktnomykose. — 34) **Ewald**, Gesichtsgeschwulst. — 35) **Compairod**, Ozaena. — 36) **Grahl**, Speichelfistel. — 37) **Courfado**, Geschwulst des Gaumensegels. — 38) **Muzio**, Geschwulst des harten Gaumens. — 39) **Demel**, Retropharyngealfistel. — 40) **Gourc**, Rachenmandel. — 41) **Heath**, Hypertrophie des Zahnfleisches. — 42) **Deschin**, Kieferplastik. — 43) **Raugé**, Laryngocele ventricularis. — 44) **Rose**, Sondenkanüle. — 45) **Bohm**, Traumatische Thrombose der Hohlvene.

Über die primäre Vereinigung breiter Wundflächen.

Von

M. Hirschberg in Frankfurt a/M.

Um in der Fläche sehr ausgedehnte Haut-Muskelwunden zu vereinigen, insbesondere Amputationsflächen, die durch Haut-Muskellappen oder den Cirkelschnitt gewonnen sind, wendete man früher allgemein die Kompression der Wundflächen gegen einander an und vereinigte allenfalls noch die Hautränder durch Nähte. Diese Art der Vereinigung war aber für die Erzielung einer prima intentio so wenig verlässlich, dass man sie durch eine fortlaufende oder zahlreiche einzelne versenkte, die Wundflächen an einander heftende

Nähte ersetzte, oder dass man, in der richtigen Erkenntnis, dass die Kompression allein die Bildung von Hohlräumen nicht verhütete, Drainröhren, Gazestreifen etc. einlegte. Die Vereinigung mit versenkten Nähten hat man jetzt allgemein wieder verlassen, weil das resorbirbare Katgut nicht zuverlässig zu sterilisiren ist, anderes Nähmaterial aber als Fremdkörper eine primäre Vereinigung der Wundflächen stört. In noch höherem Maße geschieht dies durch so voluminöse Fremdkörper wie es die Drainröhren aller Art sind. — Aus diesem Grund sind viele Chirurgen, wie v. Bruns, Credé, Gussenbauer, v. Eschmarch wieder zum älteren Verfahren der bloßen Kompression zurückgekehrt, die sie in methodischer Weise ausführen.

Credé besonders lehrte uns in einem Vortrag, den er auf dem 23. Chirurgenkongress¹ hielt, wie man in exakter Weise die Kompression an Amputationsstümpfen ausüben solle. Die Credé'schen Vorschriften sind jedoch keineswegs leicht auszuführen; sie erfordern nicht nur einige Übung, sondern sie setzen voraus, dass die Kraft, mit der komprimirt wird, sorgsam abgemessen ist, da eine zu starke Kompression Lappennekrose zur Folge haben kann und eine zu schwache den Zweck der *prima intentio* nicht erreicht.

Aber selbst Credé gelingt es nicht immer, eine *prima intentio* im strengsten Sinne zu erzielen; denn, wie er uns mittheilt, bleiben in einem Dritttheil seiner Fälle Abstände der Haut bestehen, die bis zu 1 cm lang und $\frac{1}{3}$ cm breit sind. Das mag ja in der Mehrzahl der Fälle für die Heilung an sich von geringer Bedeutung sein, aber man kann doch eine solche Vereinigung keine Heilung *per primam intentionem* nennen. Wie würde man enttäuscht sein, wenn Spalten von der bezeichneten Länge und Breite bei operirten Gaumenspalten oder gar bei der Vereinigung von Mastdarm-Scheiden-Dammrissen zurückblieben. Diese letztere Operation bildet recht eigentlich den Prüfstein für das, was man eine *prima intentio* im strengsten Sinne nennt. Hier kann der Operateur sich nicht damit zufrieden geben, dass die Operation bis auf einen haarfeinen Spalt, bis auf eine nadelspitzfeine Fistel zwischen Mastdarm und Scheide geheilt ist. Der vereinigte Damm mag dem prüfenden Auge noch so tadellos erscheinen, die Operirte erklärt die Operation für misslungen, wenn durch die haarfeine Öffnung auch nur ein Flatus unwillkürlich abgeht.

Hier heißt es also: Es ist eine *prima intentio* im strengsten Sinne eingetreten oder es ist überhaupt keine Heilung erfolgt. — Desswegen ist gerade für diese Operation eine Legion von Nahtmethoden eronnen worden, bis uns vor etwa 1 Jahrzehnt Säger in Leipzig mit der Methode von Lawson Tait bekannt machte und mit vollem Recht ihr Geltung verschaffte, da sie alle anderen an Sicherheit des Erfolges weit hinter sich lässt.

¹ »Zur Technik der Amputationen großer Gliedmaßen«: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 23. Kongress Bd. II. p. 244.

Seitdem ich die Überzeugung gewonnen habe, dass bei richtiger Ausführung derselben jeder komplette Dammriss im strengsten Sinne per primam geheilt werden kann, übertrug ich die Methode auch auf die Vereinigung von anderen ausgedehnten Flächenwunden, besonders von Amputationswunden, und hatte die Freude eine gleich prompte prima intentio zu erzielen, wie bei den Dammrissen, d. h. die Wundflächen und Wundränder waren nach Abnahme des ersten — lockeren, nicht komprimirenden — Verbandes nach 6—8 Tagen in ihrer ganzen Ausdehnung trocken verklebt.

Das Wesentliche der Nahtmethode besteht bekanntlich darin, dass man die Wundflächen mit Silberdrähten umkreist, dass man jedoch nicht durch die Haut sticht, sondern die Nadeln unmittelbar am Hautrande ein- und auf der anderen Seite unmittelbar am Hautrande wieder aussticht; während man alsdann die Wundflächen von außen an einander drücken lässt, dreht man die Nahtenden dicht an ihrer Ein- und Ausstichstelle zusammen, ohne sie anzuziehen, d. h. die Drahtschlingen bleiben so lang oder fast so lang nach der Vereinigung, wie sie waren, als man sie einlegte. Nach der Schnürrung haben die Drahtschlingen etwa die Form geschlossener Sicherheitsnadeln, deren vorher gespreizte Schenkel nach ihrer Schließung die Wundflächen sanft gegen einander pressen. Die nicht durchstochenen Hautränder werden bei dieser Art des Nähens dicht gegen einander gedrängt und heilen z. B. beim Damm zusammen, auch wenn man sie nicht für sich näht. Ich ziehe es indess vor sie noch besonders durch einige feine Seidenfäden zu vereinigen, die zwischen die herausreichenden Drahtschnürenden gelegt werden.

Die genaue primäre Flächenvereinigung bei der beschriebenen Nahtmethode beruht darauf, dass erstens innerhalb der Wundflächen kein Nahtmaterial — also kein Fremdkörper — liegt, dass dieselben ferner innig an einander gelagert sind und von den Schenkeln der Drahtschlingen, die außen und parallel mit ihnen verlaufen, an einander gehalten werden, so dass sie sich nicht falten können.

Im Gegensatz hierzu bewirkt man durch Seiden- oder Katgutnähte, die man in gleicher Weise im Kreise um die Wundflächen herumführt, eine Faltung der letzteren, auch wenn man die Fäden nicht fest anzieht; man verkürzt eben die Schlingen beim leichtesten Zug, den man nothwendigerweise beim Knoten ausübt.

Dieser verschiedenen Wirkungsweise der Drahtnähte einerseits, der Seiden- oder Katgutnähte andererseits entsprechen auch die Längenmaße der nach der Heilung entfernten Nahtschlingen. Die ersteren sind auffallend lang, die letzteren auffallend kurz.

Ich muss noch einmal betonen, dass es der springende Punkt bei der Lawson Tait'schen Nahtmethode ist, dass die Drähte nicht durch die Haut geführt werden; geschieht dies, dann fehlt jede Schätzung des Zuges, den man an den Drahtenden ausüben darf, bevor man sie zusammendreht.

Es bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung, welchen Werth diese Nahtmethode hat, mit der man so sicher eine *prima intentio* breiter Wundflächen im strengsten Sinne erreicht; da dieselbe überdies so außerordentlich einfach ist, dass sie auch von dem Ungeübten leicht ausgeführt werden kann, erscheint es mir angemessen, ihrer Verbreitung das Wort zu reden².

Zum Schluss möchte ich darauf aufmerksam machen, dass die Entfernung der Drahtschlingen vorsichtig geschehen muss. Es ist nothwendig, die zugeschnürten Drahtenden kräftig anzuziehen, um mit dem spitzen Scherenblatt in die Schlinge zu gelangen.

1) **E. Hankel.** Handbuch der Inhalationsanästhetica (Chloroform, Äther, Stickstoffoxydul, Äthylbromid, Pental) mit Berücksichtigung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei Anwendung derselben. Für Ärzte, Zahnärzte und Studierende. Zweite, vollständig neubearbeitete und vermehrte Auflage.

Leipzig, A. Langkammer, 1898. VII, 195 S.

Die erste Auflage obigen Werkes ist 1891, 140 Seiten stark, erschienen und ist von mir in diesem Blatt 1892 No. 8 besprochen worden. H. hat seither nicht abgesehen, sein Werk zu vervollständigen, alles wissenswerthe Neue hinzuzufügen und somit dem Leser ein getreues Spiegelbild über den heutigen Stand der Lehre von den Inhalationsanästhetica vor Augen zu führen.

Man ersieht aus dem Werke, welche Mühe und Sorgfalt die Ärzte gerade in den letzten Decennien darauf verwendet haben, sowohl durch Einzelstudium als durch Sammelforschung dem Ideale näher zu kommen, — nämlich die Gefahren der Narkose für das Leben zu beseitigen, ihre übeln Zufälle abzuschwächen und zu vermindern und alle gesundheitsschädigenden Momente aus der Narkose zu entfernen. Hier muss der Chemiker zu Hilfe kommen, um tadellose Präparate zu liefern, der Physiologe, um die Vorprüfungen derselben vorzunehmen, der praktische Arzt, besonders der Operateur, mit seiner Erfahrung, die Narkose zu leiten, beitreten, der pathologische Anatom die gefährlichen und todbringenden Folgen der Mittel feststellen, der Statistiker zeigen, welche Mittel die wenigsten gefährlichen sind. Wir sind leider von diesem Ideale noch weit entfernt. Scheint es doch fast, als wenn die Gefahren und Todesfälle bei und nach Narkosen der Zahl und den Procenten nach kaum

² Selbstverständlich soll man die Wundflächen erst nach möglichster Blutstillung vereinigen, deshalb empfiehlt es sich, die Amputationen nicht bei künstlicher Blutleere zu machen. — Bemerkenswerth waren mehrere ideale Heilungen *per primam* bei Amputationen an Kranken mit *Enderteriitis obliterans*, bei denen ich die beschriebenen Drahtnähte anlegte; allerdings waren hier nur sehr wenige Unterbindungen in den Wundflächen nothwendig. Eine Kompression nach *Credé* würde ich in den Fällen nicht gewagt haben.

eine Verminderung erfahren hätten. Doppelt wichtig ist es daher für jeden Arzt, dies Studium der Lehre von der Narkose immer wieder von Neuem aufzunehmen, seine Kenntnisse zu bereichern und seinen Kranken stets größere Garantien tadelloser Verlaufs der Narkosen zu sichern. Von diesem Standpunkt aus müssen wir das neue Werk von H. mit Freude begrüßen.

In dem allgemeinen Theil, p. 1—23, wird die Narkose und ihre Ursachen, die Nothwendigkeit ihrer Anwendung, Geschichte, Technik, der Allgemeinzustand des Kranken, Alter, Geschlecht und Konstitution mit Rücksicht auf die Narkose, die Schädigungen der Operationen für die Narkose, die Erscheinungen während der Narkose und das Erwachen aus derselben geschildert.

In dem speciellen Theil, p. 24—189, werden nun der Reihe nach die Chloroform-, Äther-, Stickstoffoxydul-, Äthylbromid-, Pental- und die gemischten Narkosen, Chloroform und Äther, Stickstoffoxydul mit Äther, dasselbe mit Chloroform, Äthylbromid mit Chloroform ausführlich behandelt. Der Löwenantheil fällt, wie dies begreiflich, dem Chloroform zu, ihm allein sind 64 Seiten gewidmet, während dem Äther nur 42, dem Stickstoffoxydul 27, dem Äthylbromid 16, dem Pental 3 Seiten zukommen. Das Chloroform ist lange Jahre so sehr als das Hauptanästheticum angesehen worden, dass im gewöhnlichen Sprachgebrauch Chloroformiren und Narkotisiren fast identische Ausdrücke geworden sind, und man oft genug Redensarten wie »dieser Pat. ist mit Äther chloroformirt worden« hören konnte und kann. Und wenn der Kampfesruf »Äther oder Chloroform« fast so alt ist wie die Narkotisirung mit beiden Mitteln, so hat das Chloroform stets den Kampfplatz behauptet. Heute und schon seit einigen Jahren ist dieser Kampf von Neuem entbrannt und tobt noch weiter. Gebt dem Chloroform, was des Chloroforms, gebt dem Äther, was des Äthers ist. — Dies ist der Schiedsspruch H.'s — d. h. mit anderen Worten stellt durch fleißiges Studium und Bereicherung eurer Kenntnisse die genauen Indikationen fest für jedes der beiden Mittel, so werdet ihr weniger Tode und Verluste und bald Frieden haben.

Bei jedem Narkoticum führt H. Statistiken an. Beim Äther hat er eine Todtenliste von 85 Fällen, beim Stickstoffoxydul hat er 20, beim Äthylbromid 21, beim Pental 3 Todesfälle aufgeführt. Letzteres hat verhältnismäßig bei Weitem die meisten Todesfälle auf dem Gewissen und ist deshalb als Narkoticum zu streichen.

In dem Schlusskapitel: »Die strafrechtliche Verantwortlichkeit« werden eine Reihe allgemeiner Leitsätze bei der Narkose aufgeführt: Mit der Erweiterung unserer Kenntnisse über die Narkose wird unsere Verantwortlichkeit erhöht, nicht nur die vor unserem Gewissen sondern auch die vor dem Strafrichter. Möge jeder Arzt, der Narkosen zu leiten hat, sich in jedem Falle fragen, welche Narkose zu wählen sei, wenn er selbst oder ein theures Familienglied zu narko-

tisiren wäre, so wird er auch bei seinen Kranken vorsichtig prüfend das richtige Anästheticum finden.

Den Schluss des in jeder Beziehung lesenswerthen Buches bildet ein alphabetisch geordnetes Litteraturverzeichnis.

Prof. Dr. E. Fischer (Straßburg i/E.).

2) E. Braatz (Königsberg). Allgemeinanästhesie und Lokalanästhesie. (Antrittsvorlesung.)

(Berliner Klinik 1897. p. 103.)

B. erörtert nach einer kurzen historischen Einleitung einige der wichtigsten Punkte der Inhalationsanästhesie, die zum Theil noch strittig sind. So die Konzentrationen, mit welchen die Chloroformnarkose begonnen werden soll, Erstickungs- und Tropfmethode, bezüglich derer sich der Votr. für die letztere entscheidet; die Maßnahmen bei eingetretenem Collaps, wobei er sich entschieden gegen die Faradisation der Phrenici oder gar des Herzens ausspricht. Ferner empfiehlt er nebst der reinen Äthernarkose die Kombination von Chloroform und Äther hinter einander.

Die Lokalanästhesie findet auch im vorliegenden Werkchen an B. einen warmen Vertheidiger, als der er ja seit Jahren aus zahlreichen Mittheilungen bekannt ist, wenn er sie auch in ihrer derzeitigen Gestalt als Infiltrationsanästhesie nicht überall, namentlich nicht bei Carcinomen, eventuell auch an diabetischen Personen — unterernährte Gewebe, erhöhte Gefahr der Gangrän —, angewendet wissen will.

J. Sternberg (Wien).

3) Belfanti e Carbone. Sul valore del siero antistreptococcico.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1897. No. 7—9.)

Ein Vergleich von Streptokokken und Serumproben verschiedener Herkunft ergab, dass das Serum nur dann schützende Eigenschaften zeigte, wenn es gegen die Streptokokkenvarietät angewandt wurde, mit welcher das Thier zu seiner Gewinnung immunisirt worden war. Das Studium des Antistreptokokkenserums hat daher zuerst die Frage der Streptokokkenvarietäten zu lösen. E. Pagenstecher (Wiesbaden).

4) E. K. Ikawitz. Eine neue Methode geschlossener Wunddrainage.

(Annalen der russischen Chirurgie 1897. Hft. 5.)

Eine gewöhnliche Kocher'sche gefensterter Glasdrainage hat am äußeren Ende eine unten geschlossene Röhre als Fortsetzung; an der Grenze beider Theile ist eine ringförmige Verdickung. Der gefensterter Theil kommt in die Wunde, der geschlossene nimmt den Eiter auf und bleibt außen über dem Verband.

Wenn nur das Unterhautzellgewebe zu drainiren ist, bleibt der gefensterter Theil weg, und nur die ringförmige Verdickung kommt in die Wunde. Der geschlossene Theil ist 5—10 cm lang. — Vor-

Fig. 1.



Fig. 2.



theile: Man kann einen exakten Druckverband anlegen, die Menge des Eiters genau abmessen, ihn zur bakteriologischen Untersuchung übergeben und hat endlich einen trockenen, reinen Verband.

E. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

5) **Magrassi.** L'asepsi chirurgica in rapporto colla suppurazione della seta.

(Gazz. med. di Torino 1897. No. 38 u. 39.)

M. sterilisirt seine Seide zur Naht und Unterbindung durch halbstündiges Auskochen in Wasser. Während Proben davon sich steril erwiesen, entstanden doch öfters Stichkanalleitungen, aus denen stets *Staphylococcus pyogenus aureus* sich züchten ließ. Aber auch bei gänzlich eiterfreien Fäden und p. pr. geheilten Wunden von Menschen und Kaninchen züchtete M. den *Staphylococcus aureus*. Implantation von solchen Fäden ins Zellgewebe von Kaninchen erzeugte keine Eiterung im Bauchfell, aber tödliche Peritonitis.

Diese Keime, welche den vorher sterilen Fäden nach der Operation anhaften, stammen zum größten Theil aus der Haut. Auch nach gründlichster Reinigung kann man in derselben Mikroorganismen durch Kultur so wie mikroskopisch nachweisen, und zwar letzteres nach dem Verf. in den Lymphbahnen, den Haarfollikeln und den Talgdrüsen. Ihre Vitalität ist offenbar eine abgeschwächte. Doch können sie in den mit organischen Flüssigkeiten sich vollsaugenden Seidenfäden einen guten Nährboden finden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

6) **A. v. Brunn.** Haut (*Integumentum commune*). Erste Abtheilung des 5. Bandes des Handbuches der Anatomie des Menschen, herausgegeben von K. v. Bardeleben.

Jena, **Gustav Fischer**, 1897.

Eine zusammenfassende Darstellung der Anatomie und Histologie der Haut ist zur Zeit eine sehr schwierige Aufgabe; denn die Detailarbeit ist auf diesem Gebiete seitens der Anatomen sowohl als auch seitens der Dermatologen in den letzten Jahren eine außerordentlich intensive gewesen, und so giebt es eine große Summe von Einzelheiten, die beachtet und gesichtet werden müssen, und viele strittige Fragen. Der leider verstorbene Verf., der die Bearbeitung dieses Kapitels für das große v. Bardeleben'sche Handbuch der Anatomie übernommen und 1895 abgeschlossen hat, stützt sich bei seiner Darstellung auf ein sehr großes litterarisches Material (das werthvolle Litteraturverzeichnis umfasst 403 Nummern) und auf zahlreiche eigene Studien, von denen neben dem Text die große Anzahl der Originalabbildungen Zeugnis ablegt. Verf. ist augenscheinlich bemüht gewesen, die thatsächlichen Befunde möglichst objektiv wiederzugeben und er thut das mit großer Präcision und Klarheit — Streitfragen werden im Allgemeinen nur gestreift. Mit besonderer Ausführlichkeit ist der Bau der Haare geschildert. — Andere Kapitel, z. B. die Gefäße, sind im Verhältnis dazu etwas kurz abgemacht worden. Es ist hier nicht der Ort, auf Einzelheiten einzugehen (erwähnt sei nur, dass Verf. noch auf dem Standpunkte stand, dass *Ranvier's Eleidin* und *Waldeyer's Keratohyalin* identisch sind, und dass er die ganze moderne Entwicklung der Eleidinfrage nicht berührt) — die gesammte Darstellung wird Anatomen und Dermatologen gleich willkommen sein und für Jeden, der sich mit histologischen Arbeiten auf diesem Gebiet beschäftigt oder einen tieferen Einblick in die Struktur dieses histologisch so interessanten Organs gewinnen will, ein unentbehrliches Hilfsmittel sein. Die sehr zahlreichen Abbildungen sind klar und übersichtlich.

Jadassohn (Bern).

7) **M. Hodara.** Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwicklung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXV. No. 5.)

Unna hat bekanntlich seit längerer Zeit die Anschauung vertreten, dass die weichen Naevi, welche man seit v. Recklinghausen für Endotheliome gehalten hat, im embryonalen Leben oder auch erst später entstandene, vom Oberhautepithel abstammende Geschwülste sind. Diese vielfach bestrittene Annahme, welche Unna wesentlich auf die Untersuchung dieser weichen Naevi bei jugendlichen Individuen basirte, ist vom Verf. nachgeprüft worden, und zwar wesentlich mit der Methode der Färbung der Epithelfasern.

H. hat die Unna'sche Anschauung bestätigen können, und zwar fasst er die Abschnürung von Theilen der Epidermis in Form von unversehrten Zellgruppen oder eingekapselten Zellballen als eine Folge der Degeneration oder des Bruches und des Zerfalls der Epithelfasern an den betreffenden Punkten auf. Man kann an geeigneten Präparaten die Abschnürung der Epithelzellen und ihre Umwandlung in faserlose Naevuszellen direkt verfolgen. Verf. hat ferner noch das alveoläre und das Naevuscarcinom mit derselben Methode untersucht. Auch bei diesen Geschwülsten zerfallen die Epithelfasern da, wo ihre Abstoßung vom Epithel stattfindet. In Bezug auf die histologischen Einzelheiten und die polemischen Bemerkungen muss auf das Original verwiesen werden.

Jadassohn (Bern).

8) R. Ruge. Ein Beitrag zum Krankheitsbilde des Ekzema tropicum. (Lichen tropicus, Rother Hund.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 39.)

R. konnte an Bord eines Schiffes, welches die Zanzibarküste zum Ziele hatte und dort längere Zeit im Dampfen kreuzte, mehrere Fälle dieses Exanthems unter der Schiffsmannschaft beobachten. Die Achselhöhlen, der Gürtel und die inneren Flächen der Oberschenkel waren der Hauptsitz der Erkrankung, welche sich durch das Auftreten von kleinen bis linsengroßen Eiterpusteln charakterisirte, welche zusammenflossen, platzten und bis handtellergroße oberflächliche Geschwüre bildeten. In der Hälfte der Fälle hinterließen die Pusteln starke Pigmentflecke. Kein Mann wurde 2mal davon befallen, und keinerlei Nachschübe von Pusteleruptionen wurden beobachtet. Fieber bestand nicht, das Allgemeinbefinden war nur durch Jucken und gelegentliche Schmerzen, durch das Reiben der Kleider an den befallenen Stellen gestört. Der gutartige Verlauf war ein schneller, die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 8 Tage. — Die Ursache dieser eigenthümlichen Erkrankung sieht R. in der andauernden Berührung der durch übermäßige Schweißabsonderung geschädigten Haut mit dem Seesalz. Die Annahme wurde durch den Umstand bewiesen, dass die Erkrankungen aufhörten, nachdem die Schiffsmannschaft täglich den ganzen Körper mit Süßwasser abzuspülen in der Lage war.

Gold (Bielitz).

9) K. Herxheimer. Über Psoriasisbehandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 35.)

H. tritt auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen für die Behandlung der Psoriasis durch intravenöse Injektionen von Acid. arsenicos. ein. Von 23 so behandelten Kranken wurden 10 vollkommen geheilt entlassen, 6 warteten die Heilung nicht ab, sondern traten gebessert aus, der Rest verblieb zur Zeit dieser Publikation noch in Spitalbehandlung; auch diese weisen erhebliche Besserung

des Zustandes auf, so dass sie demnächst geheilt entlassen werden dürften. H. beginnt mit 0,001 Acid. arsenicos. und steigt täglich um die gleiche Dosis arseniger Säure, bis er die Gabe von 15 mg erreicht hat, bei der er bis zum völligen Verschwinden der Efflorescenzen stehen bleibt. Die Heilungsdauer beträgt im Mittel 48 Tage, die zu fürchtenden Nebenerscheinungen dieser Arseniktherapie waren überaus gering. Die Frage bezüglich der Recidive des Leidens nach dieser Behandlungsmethode erklärt H. selbst für noch nicht spruchreif. Zur Entscheidung derselben schlägt er die intermittierende Arsenbehandlung vor, bei welcher analog wie bei jener der Lues energischere »Hauptkuren« und mildere »Nebenkuren« zu unterscheiden sein werden. H. gedenkt, sich mit anderen dermatologischen Kliniken zum Zwecke der Sammelforschung über die einschlägige Frage in Verbindung zu setzen und verspricht über die nach einer Reihe von Jahren zeitigten Resultate Mittheilung zu machen.

Gold (Bielitz).

10) **Eisner.** Über Trichomykosis palmellina Pick.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLI. Hft. 1.)

Unter dem Namen Trichomykosis palmellina hat Pick eine eigenartige Affektion der Haare, besonders in der Achselhöhle, beschrieben, bei welcher diese durch eine klebrige Masse bald cirkulär eingescheidet, bald höckerig verdickt sind und durch diese Masse eine gelbe bis rothgelbe Verfärbung angenommen haben. Diese Masse kann an den verschiedensten Stellen des Haares sitzen. Das letztere wird durch sie am oberen Ende knopfförmig verdickt, zum Theil auch aufgefaserst oder arrodirt. Bei mikroskopischer Untersuchung ergibt sich, dass diese fremdartigen Gebilde aus Kokken bestehen und häufig Cuticularschuppen aus Rindenfasern einschließen. Die Kultivirung dieser Kokken hat gezeigt, dass es von einer Kapsel umhüllte Diplokokken sind, die sich nach Gram gut färben. Über ihre kulturellen Eigenschaften muss das Original nachgelesen werden.

Jadassohn (Bern).

11) **E. Spiegler.** Über die Trichorrhexis nodosa barbae (Kaposi) und ihren Erreger.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XLI. Hft. 1.)

Über die sehr unscheinbare, im Titel genannte Affektion, welche bekanntlich durch kleine weißliche Knötchen am Haare und Auf-faserung desselben an der Stelle dieser Knötchen charakterisirt ist, hat sich eine lebhafte Diskussion erhoben. Auf der einen Seite stehen Diejenigen, welche die Erkrankung auf eine Infektion zurück-führen, auf der anderen die, welche an eine einfache Ernährungs-störung und mechanische Schädigung der Haare glauben. Verf. hat speciell die in unseren Gegenden recht häufige Trichorrhexis der Schnurrbarthaare untersucht und ist dabei zu dem Resultat gekommen,

dass bei dieser Erkrankung regelmäßig die von Hodara bei der Trichorrhexis der Frauen Konstantinopels gefundenen, durch ihre Pleomorphie ausgezeichneten Bakterien nachweisbar sind. Sie sind durch Färbung und Züchtung auf und in den Haaren zu finden und dringen auch in den in der Haut gelegenen Haarabschnitt ein. Daher ist die Behandlung dieser Erkrankung eben so schwierig wie die des Favus und des Herpes tonsurans. Die polemischen Bemerkungen des Verf. und Einzelheiten des Kulturverfahrens müssen im Original nachgelesen werden.

Jadassohn (Bern).

12) **O. Hovocka** und **E. Ehlers**. Mal de Meleda.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XL. Hft. 2 u. 3.)

Die Verf. geben eine kurze Beschreibung der auf der Insel Meleda in Süddalmatien endemisch vorkommenden Hautkrankheit, welche von dem einen der Verf. irrigerweise für Lepra gehalten worden war, sich aber als eine Ichthyosis ähnliche Erkrankung speciell an Handtellern und Fußsohlen, aber auch am Rücken der Hand- oder Fußgelenke, manchmal auch der Kniee und Ellbogen darstellt mit scharfem Rand und mit Hervortreten der Follikel. Die Krankheit ist auf der Insel seit alten Zeiten bekannt, doch lässt sie sich genauer nur etwa 30 Jahre zurückverfolgen. Schon die Neugeborenen tragen deutliche Zeichen der Erkrankung. Sie stammen nicht immer von Eltern, welche die Krankheit auch haben, dagegen oft von solchen, deren Eltern von der Hautveränderung befallen waren. Durch die Affektion wird die Gebrauchsfähigkeit der Hände vermindert, da die Finger, namentlich der Ring- und der kleine Finger, sich im Zustand einer vermehrten Beugung befinden. (Es handelt sich hier augenscheinlich um die meist als Ichthyosis palmaris et plantaris, richtiger aber von Unna als Keratoma palmare et plantare bezeichnete, in ausgesprochenster Weise hereditäre Erkrankung, welche auch in einigen der sporadisch vorkommenden Fälle die Dorsalseiten der Gelenke betroffen hat. Ref.)

Jadassohn (Bern).

13) **H. Lohk**. Epidemiologische Untersuchungen über die Lepra und den ätiologischen Zusammenhang ihrer Einzel-
erkrankungen.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. XL. Hft. 2 u. 3.)

Die vorliegende Arbeit ist auf Grund eines Preisausschreibens der Dorpater medicinischen Fakultät entstanden. Sie beschäftigt sich in eingehender Weise mit der Verbreitung der Lepra auf der Insel Ösel, welche zu Livland gehört, und welche seit lange einen Lepra-herd darstellt. Verf. hat die auf dieser Insel vorgekommenen und noch vorhandenen Fälle einer außerordentlich genauen Untersuchung, vor Allem in Bezug auf den Zusammenhang der einzelnen Fälle, unterworfen und er kommt zu dem Resultat, dass die Lepra tuberosa

eine kontagiöse Krankheit ist, da in den allermeisten Fällen von Lepra nachgewiesen werden konnte, dass die Erkrankten in Berührung mit tuberös Leprösen gekommen waren. Die Lepra anaesthetica hingegen hat nie zu einer Ansteckung Anlass gegeben, und es stimmt das vollständig überein mit der auf der Insel von Alters her herrschenden Anschauung, dass nur die tuberöse Form ansteckend ist. Allen, die sich für die Epidemiologie der Lepra interessieren, sei das Studium dieser außerordentlich sorgfältigen Arbeit dringend empfohlen.

Jadassohn (Bern).

14) G. Sticker (Gießen). Mittheilungen über Lepra nach Erfahrungen in Indien und Ägypten.

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 39 u. 40.)

S. hat während des Aufenthalts der Deutschen Kommission zur Erforschung der Pest in Indien Gelegenheit gehabt, mehrere Wochen hindurch in dem Lepraasyl Matunga und in Nasik die Pathogenese der Lepra zu studiren. Auf Grund der Untersuchung des Nasenschleims von 153 Leprösen, von denen 57 an Knotenlepra, 68 an Nervenlepra und 28 an einer Mischung beider Krankheitsformen litten, und bei denen sich in 128 Fällen die mehr oder weniger reichliche Anwesenheit von Leprabacillen in der Nasenabsonderung feststellen ließ, gelangte Verf. zu folgender Schlussfolgerung:

Der Ort, von welchem alle Leprakranken während der längsten Zeit ihrer Krankheit die Leprabacillen regelmäßig und meistens in ungeheuren Mengen an ihre Umgebung abgeben, ist die Nase. (Auch Besnier [Paris] hat sich auf der im Oktober ds. Jhrs. in Berlin abgehaltenen Leprakonferenz in gleichem Sinn geäußert. Ref.) Neben dem Nasenexkret kommt selten das Sputum als Träger des Bacillus in Betracht, selten die Feuchtigkeit verschwärteter Hautknoten; den übrigen Absonderungen der Leprakranken fehlt jede praktische Bedeutung im Sinn von Infektionsträgern.

Die weitere Beobachtung, dass in den seltenen Fällen, in welchen die Nase keine Bacillen mehr enthielt, fast ausnahmslos an ihr die größten Spuren der anatomischen Veränderungen bestanden, welche im aktiven Krankheitszustand das bacillenhaltige Exkret liefern (indess nicht auf etwa überstandene Syphilis zurückzuführen waren), so wie der Befund eines leprösen Ulcus an der Nasenscheidewand bei einem sonst gesunden Kind führten S. zu der Annahme, dass in der Nase, und zwar in dem vorderen Abschnitt ihrer Schleimhaut, besonders des knorpeligen Theils des Septum, der Primäraffekt der Lepra zu suchen sei. Von diesem aus komme es dann, sowohl bei der tuberösen, wie bei der nervösen Form, auf dem Wege der Lymphbahnen und des Blutes (in welchem S. einige Male Leprabacillen nachweisen konnte) zur Ausbreitung der Krankheit auf den übrigen Körper. — Über die Häufigkeit der vom Verf. in der Nase gefundenen ersten sichtbaren und späteren Veränderungen bis zu den weit fort-

geschrittenen Zerstörungen des Nasengerüsts giebt eine im Original einzusehende Tabelle werthvolle Aufschlüsse. **Kramer** (Glogau).

15) **P. G. Unna.** Filmogen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXV. No. 4.)

Filmogen ist ein wasserunlöslicher Firnis, welcher von Schiff in die Praxis eingeführt worden. U. rühmt an ihm die Feinheit und die Elasticität der Decke. Vor Allem aber hat er den Vorzug, dass er auf feuchten Hautstellen haftet. Speciell hat er U. (mit 5% Ichthyol) bei dem intertriginösen Ekzem der Säuglinge genutzt und hierbei überraschend gute Erfolge gegeben; weniger ist er bei allen trockenen Efflorescenzen zu empfehlen. **Jadassohn** (Bern).

16) **O. Barnick.** Über Brüche des Schädelgrundes und die durch sie bedingten Blutungen in das Orlabyrinth.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XLIII.)

Von den Schädelbasisbrüchen, die durch das Schläfenbein führen, sind nur wenige pathologisch-anatomisch auf die Veränderungen hin untersucht, die sie im Labyrinth hervorrufen, und auch diese wenigen beziehen sich nur auf Fälle, wo das Bild durch mittlerweile eingetretene entzündliche Vorgänge getrübt war.

Verf. hat nun aus der Habermann'schen Klinik 4 Fälle untersuchen können, wo die durch Sturz auf das Hinterhaupt Verunglückten schon im Laufe der ersten Woche zu Grunde gingen. Die Gewaltwirkung hatte 2mal direkt das Hinterhaupt und 2mal mehr diagonal die seitlichen Partien getroffen und hatte — entsprechend den früheren Erhebungen besonders von Honel und Schwartz — in den ersteren Fällen mehr einen Querbruch, in den anderen vorwiegend einen Längsbruch des Felsenbeins zur Folge gehabt, freilich kombiniert mit noch anderen Splitterungen; so in dem einen Falle von Längsbruch mit einer Abspaltung der Pyramidenspitze.

Unter den 5 untersuchten Felsenbeinen fand sich nur einmal eine direkte Zusammenhangstrennung der Labyrinthkapsel und allein in diesem Falle ein ausgedehnter Bluterguss in die endolymphatischen Räume. Sonst betrafen — abgesehen von den regelmäßigen gröberen Blutungen in die pneumatischen und spongiösen Zellen — diese nur die perilymphatischen Räume, speciell den basalen Theil der Paukentreppe, die netzförmigen Bindegewebsbalkchen, die Vorhofsnervenzweige und das Gebiet der Maculae acusticae; weniger ausgesprochen waren Blutungen in den Acusticusstamm, den Rosenthal'schen Kanal und die Spiralplatte, so dass man zur Erklärung der ausnahmslos vorhanden gewesenen schweren Hörstörungen doch auch noch Veränderungen in den Spiralganglien und dem Corti'schen Organ an-

nehmen muss, die sich zur Zeit nur der histologischen Erkenntnis noch entziehen.

Zur Erklärung des Umstandes, dass immer hauptsächlich der Vorhofstheil der Schnecke, speciell der Paukentreppe, ergriffen war, macht Verf. darauf aufmerksam, dass dieser gerade dem runden Fenster gegenüber liegt, und dass in der Richtung auf das runde Fenster als auf die nachgiebigste Stelle die Flüssigkeitssäule auszuweichen strebt und so gerade hier zu Blutaustritten führen kann.

Zur Ergänzung seiner histologischen Befunde giebt Verf. anhangsweise noch 5 Krankengeschichten, bei denen gleichfalls Felsenbeinfrakturen (2 Querbrüche, 3 Längsbrüche) diagnosticirt und klinisch genau beobachtet werden konnten. **G. Zimmermann** (Dresden).

17) **Photiades.** Une méthode nouvelle de traitement post-opératoire des empyèmes du sinus frontal.

(Ann. des malad. de l'oreille Bd. XXIII. I. p. 470.)

P. hat in die durch Operation geschaffene Fistel über dem inneren Rand des Supraorbitalbogens eine Kanüle nach Art der Trachealkanülen eingelegt, wonach die Eiterung auffallend rasch verringert sein soll. Ein Fall noch ganz frisch operirt, ein zweiter, der durch seine Komplikation mit hallucinatorischer Manie und deren Besserung nach der Operation interessant ist, gleichfalls. (Die Einlegung einer Kanüle ist übrigens von Knapp u. A. schon lange geübt und scheint keine so übermäßig glänzenden Erfolge gezeitigt zu haben. Ref.)

Kümmel (Breslau).

18) **R. Botey.** Traitement de la déviation verticale de la cloison cartilagineuse avec obstruction nasale et latéralisation de la pointe au nez.

(Ann. des malad. de l'oreille Bd. XXIII. II. p. 45.)

B. hat frühere komplicirte Methoden, die er zur Behandlung solcher Verbiegungen übte, verlassen. Er spaltet jetzt über der Spina Schleimhaut und Perichondrium durch einen Vertikalschnitt, der vom Nasenboden herauf bis zum Nasenrücken geht, schiebt die Weichtheile mit feinem Raspatorium zurück und schneidet mit einer besonders konstruirten Schere so viel aus der Crista heraus, dass das Septum genügend verkürzt und an seiner Basis ausreichend beweglich wird, um sich leicht in die Medianebene zurückbringen zu lassen. Auch aus dem hinteren Rande der Schleimhautwunde muss dann ein kleines Stück excidirt werden, da sonst keine prima intentio eintritt.

Kümmel (Breslau).

19) A. Rosenberg. Die Behandlung der Strumen mittels parenchymatöser Injektionen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 37.)

Die in den letzten Jahren vernachlässigte Behandlung der Kröpfe durch parenchymatöse Injektionen sucht Verf. in vorliegendem Aufsatz auf Grund eigener zahlreicher günstiger Erfahrungen mit dieser Methode zu rehabilitiren. Er bedient sich der von Garré empfohlenen Zusammensetzung (1,0 Jodoform auf Äther und Oleum olivarum aa 7,0), welche den früher angewandten Mitteln (Jodtinktur, Ergotin, Arsenik, Strychnin etc.) gegenüber weder üble Erscheinungen, geschweige denn Gefahren in ihrem Gefolge hat. R. injicirt Anfangs 0,5 g, um die Reaktion zu beobachten, später 1 g und steigert dann die Dosis schneller. Während er zwischen den ersten Injektionen 3tägige Pausen eintreten lässt, reducirt er diese später auf 1—2tägige, und wenn die Injektionen gut ertragen werden, spritzt er auf einmal auch mehr wie eine Spritze ein. Unter 30 so behandelten Fällen konnte R. 1mal absolut keinen Erfolg verzeichnen, 1mal war er zweifelhaft, 2mal unbedeutend; 13mal (in 43%) war eine wesentliche Besserung erzielt worden und in 13 Fällen vollkommene Heilung, deren Bestand über $1\frac{1}{2}$ —2 Jahre hinaus von ihm kontrollirt worden ist. Mehr als 25 Injektionen wurden in keinem der Fälle ausgeführt. Beim Vergleich der mit Jodoforminjektionen erreichten Erfolge mit den durch Thyreoidin erzielten (auf Grund von 350 Fällen, welche Bruns mit Thyreoidin behandelte) müssen die Resultate mit der ersteren Behandlungsmethode als günstigere hingestellt werden. Bruns erreichte nämlich bei seinen Kranken nur in 8% der Fälle Rückbildung, in $\frac{1}{3}$ der Fälle trat Abschwellung und Abnahme der Beschwerden ein, in mehr als 75% wuchs der Kropf nach Aussetzen der Therapie wieder an. R. giebt den Rath, bei sehr empfindlichen Pat. die Behandlung mit Thyreoidin zu beginnen und erst dann die Injektionen in Anwendung zu ziehen, wenn ersteres nicht gut vertragen wird oder im Stiche lässt, bei weniger ängstlichen Kranken aber gleich mit den Injektionen zu beginnen. Gold (Bielitz).

20) Stabel. Versuche mit Jodothyryn und Thyraden an thyreidektomirten Hunden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 37.)

S. stellt seine diesbezügliche einheitliche Versuchsreihe von 13 Hunden den mitgetheilten Versuchsergebnissen verschiedener Experimentatoren gegenüber und kommt zu dem Schluss, dass weder dem einen noch dem anderen der im Titel nominirten Präparate bei thyreidektomirten Hunden eine lebenserhaltende Wirkung zukommt, dass somit der thyreidektomirte Hund keinen Prüfstein für den therapeutischen Werth der Schilddrüsenpräparate abgiebt.

Gold (Bielitz).

Kleinere Mittheilungen.

21) Loew. Mittheilungen über die Salzwedel'sche Spiritusbehandlung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 36.)

L. berichtet über 124 Fälle, welche in der Abtheilung Bardenheuer's nach Salzwedel¹ behandelt wurden. Es handelte sich um Fälle von Lymphangitis, Phlegmone, Furunkeln, Erysipel, Panaritien etc. Die erzielten Erfolge waren sehr günstige, so dass L. im Großen und Ganzen bestätigt, was Salzwedel von seiner Methode versprochen hat. Bei den Phlegmonen schritt die Entzündung in keinem Falle weiter, ja es zeigte sich vielmehr die Neigung zur Rückbildung. Die Röthung und Schwellung bei inficirten Wunden schwand nach 24—48 Stunden. Entzündliche Clavi konnten nach mehrtägiger Spiritusanwendung stumpf aus ihrer Umgebung herausgehoben werden. Erysipela zeigten unter bedeutendem Temperaturabfall schnellen Rückgang. Dagegen wurde bei der Mastitis mit dieser Therapie kein Erfolg erzielt. Bardenheuer sowohl als auch L. sind demnach von der Wirkung und dem Werth der Salzwedel'schen Methode vollauf überzeugt.

Gold (Bielits).

22) L. Spitzer. Über eine Geschwulstbildung durch Raupenhaare.

(Wiener klin. Wochenschrift 1897. No. 26.)

Ein 62jähriger, sonst gesunder Mann zeigt auf dem Fußrücken eine im Verlauf von 3 Monaten entstandene halbkugelige, scharfbegrenzte Geschwulst von derber Konsistenz, die 2 cm über das Niveau der Haut hervorragt und offenbar auch die Strecksehnen in sich aufgenommen hat.

In der Annahme einer bösartigen Neubildung wird die Amputation des Vorfußes vorgeschlagen, der sich der Pat. widersetzt. Es wurde daher die Geschwulst exstirpirt und der Defekt nach Krause gedeckt. Die von Paltauf kontrollirten Präparate ergaben als Ursache für die Geschwulst ein im Centrum derselben befindliches Konvolut von Raupenhaaren, die von Rebel als mit größter Wahrscheinlichkeit für Haare von Bombyx Rubi, des Brombeerspinners, erklärt wurden. Eine von diesem Gesichtspunkt aus nachträglich aufgenommene Anamnese ergab ganz bestimmte Anhaltspunkte für eine $\frac{1}{2}$ Jahr zuvor eingetretene Verletzung der Fußrückenhaut durch Zertreten einer zwischen bloßem Fuß und Stiefel befindlichen dicken behaarten Raupe.

Hübener (Breslau).

23) W. K. Semianski. Ein Fall von mehrfachem Cysticercus der Haut und Muskeln.

(Die Chirurgie 1897. No. 7. [Russisch.])

S. kennt in der russischen Litteratur nur einen einschlägigen Fall, bei 54 Fällen, die er aus der allgemeinen Litteratur zusammenstellen konnte. Sein eigener Fall betraf eine 52jährige Bauersfrau. Sie hatte seit etwa 2 Jahren unter der Haut der rechten Hand und der rechten Seite des Halses kleine Knötchen bemerkt, die, wachsend, die Gebrauchsfähigkeit der Hand unter zunehmenden rheumatischen Schmerzen beeinträchtigten. Sonst war die Pat. gesund, hatte auch nie an Ausschlägen oder anderen Hautkrankheiten gelitten.

Beim Betasten der rechten Hand und besonders der Schulter fühlte man dicht unter der Haut eine Menge kleiner Knötchen, die an der Schulter tief in der

¹ Salzwedel. Weitere Mittheilungen über dauernde Spiritusverbände (Berliner klin. Wochenschrift 1896 No. 46 und 47). Siehe das Referat in No. 7 des Jahrganges 1897 p. 194 dieses Centralblattes.

Muskulatur saßen; sie waren von derber Härte, glatt, von der Größe einer Linse bis zu der einer Bohne, auf Druck entweder gar nicht oder wenig schmerzhaft. Die Knötchen waren ganz regellos verstreut, hielten sich weder an den Lauf der Lymph-, noch an den der Blutgefäße. Die meisten fanden sich an der äußeren Seite der Schulter und im Sulcus bicipitalis internus. Bei genauerem Nachsuchen fand man die Geschwülstchen auch an der Brust, den Seiten, am Rücken und an der linken Hand, nicht jedoch am Bauch und den unteren Extremitäten. Genau ließ sich ihre Zahl nicht feststellen; es waren ihrer wenigstens 200—250.

Zunächst wurde an multiple Neurome gedacht; um aber die Diagnose genauer zu stellen, wurden der Kranken einige erbsengroße Geschwülstchen unter Cocain entfernt.

Das erste Knötchen platzte unter dem Griff der Muzaux'schen Zange und entleerte dabei eine gelbliche Flüssigkeit.

Bei der mikroskopischen Untersuchung (Prof. Bobreski in Kiew) wurde ein Scolex mit 4 Saugnapfen und dem Hakenkranz gefunden, wie er der Finne von *Taenia solium* zukommt.

Die Pat. hatte übrigens niemals etwas von einem Bandwurm bei sich bemerkt. Die Beobachtung stammt aus dem Sophienkrankenhaus in Smela (Dr. B. S. Koslowski).

E. Braatz (Königsberg i/Pr.)

24) **Friedrich.** Pachydermie im Anschluss an habituelles Gesichtserysipel. (Aus der königl. med. Univers.-Poliklinik zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 2.)

25) **M. Bernhardt** (Berlin). Pachydermie bei habituellem Gesichtserysipel.

(Ibid. No. 32.)

In den von F. mitgetheilten 3 Fällen handelt es sich um chronische Verdickungen der von Erysipel wiederholt ergriffenen Hautpartien, besonders an der Nasenwurzel, Nasenrücken, Augenlidern, Wangen und Oberlippe. Die Entstehung dieser Pachydermien ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die Resorption der entzündlichen Exsudate nach dem Erysipelanfall wohl in Folge von Verlegung der Lymphgefäße durch Erysipelkokken ausbleibt, häufig wiederkehrende Attacken der Krankheit neue Entzündungen in dem noch nicht zur Norm zurückgekehrten Gewebe setzen, und durch diese kumulirende Wirkung immer neuer Entzündungsreize in Verbindung mit der durch das Erysipel bedingten Lymphstase schließlich eine Organisation des Exsudats herbeigeführt wird.

Während solche im Anschluss an erysipelatöse Erkrankungen sich entwickelnde Pachydermien an den unteren Extremitäten, an Scrotum und Vulva nicht selten sind, liegen bezüglich derer am Gesicht bisher nur wenige Beobachtungen vor, die F. seinen 3 Fällen anreicht, und denen B. noch einen vom Pat. selbst ausführlich mitgetheilten Fall beifügt. In letzterem war noch das ätiologische Moment schlechter Ventilation des Raumes, in dem der Kranke arbeitete, und die Erkrankung verschiedener anderer, im gleichen Saal beschäftigter Menschen von Interesse. Während bei letzteren mit der Entfernung aus den inficirten Räumen das Leiden schwand, wurde der in dem schlecht gelüfteten Arbeitsaal weiter thätige Mann wiederholt der Ansteckung ausgesetzt.

Kramer (Glogau).

26) **A. Risso.** Klinischer, histologischer und bakteriologischer Beitrag zum Studium der Prurigo Hebrae.

(Polielinico 1897. April 1.)

Verf. theilt einen Fall von Prurigo mit:

Die Krankheit bestand schon eine Reihe von Jahren und hat allmählich den jetzigen Zustand erreicht. Das Exanthem ist ausgesprochen polymorph: diffuse

Hautverdickungen, Papeln, Pusteln, Schuppen und Krusten; dunkles Kolorit. Es ist mit Ausnahme des behaarten Kopfes so ziemlich der ganze Körper befallen und zwar besonders die Streckseiten der Extremitäten, am stärksten die Unterschenkel. Nur in den Gelenkbeugen erweist sich die Haut als völlig normal. Dabei bestehen multiple Lymphdrüenschwellungen, sehr starker Juckreiz. — Bei der Bakterienfärbung der Gewebsschnitte fanden sich zahlreiche Diplokokken und kurze Bacillen sowohl im Rete Malpighii, als in den tiefer gelegenen Schichten der Haut. Eben so konnten auch im hängenden Tropfen Diplokokken und einzelne Bacillen nachgewiesen werden. Im Übrigen ergab die histologische Untersuchung: Verdickung des Stratum corneum und mucosum, kleinzellige Infiltration des letzteren, Auszackungen der Haarfollikel, Dilatation der Lymphräume und Blutgefäße, Infiltration des Corium, fibröse Verdickung des zwischen den Nervenendigungen und Blutgefäßen liegenden Zellgewebes, kleinzellige Infiltration der Intima und Adventitia kleinster Blutgefäße. — Behufs der bakteriologischen Untersuchung wurden zunächst 14 Tage lang prolongirte Sublimatbäder gegeben; sodann wurde möglichst eine Stelle ausgewählt, die der kratzenden Hand weniger leicht zugänglich war, und dieselbe sorgfältigst desinficirt. Die Kulturen wurden theils vom Saft der tiefer liegenden Hautpartien, theils von kleinen Gewebstückchen angelegt. Es gelang dem Verf. auf diese Weise, Reinkulturen von Diplokokken zu erhalten (auf Bouillon und Agar); dagegen gelang es nicht, den im Schnitt gefundenen Bacillus zu züchten. Der gefundene Diplococcus besitzt eine Kapsel und färbt sich nach Gram. Im Thierversuch erwies er sich als nicht pathogen oder wenigstens nur als sehr schwach wirkend. Die geimpften Thiere erlitten nur eine leichte Abmagerung, blieben aber sonst ganz gesund; auch zeigte sich keinerlei entzündliche Reaktion am Orte der Impfung. — Therapeutisch kamen bei diesem Pat. die verschiedensten Mittel zur Anwendung, u. A. prolongirte Sublimatbäder, kaltes Wasser, Arsenik, Bromkali, Pilokarpin, Theeröl, Wilkinson'sche Salbe, β -Naphtholsalbe. Einige dieser Mittel (subkutane Pilokarpineinspritzungen, Theereinreibungen, Wilkinson'sche Salbe) bewirkten wohl eine vorübergehende Besserung; eine wirkliche Heilung trat jedoch nicht ein.

H. Bartsch (Heidelberg).

27) W. Havelburg. Historische Bemerkungen zur Ausbreitung der Lepra in Brasilien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1897. No. 33.)

Gegenüber Virchow hält H. auf Grund zweier wichtiger Notizen aus historischer Zeit seine Ansicht aufrecht, dass die Lepra in Brasilien, und zwar in der Epoche von 1644—1697, importirt worden sein muss. (Vide auch Berliner klin. Wochenschrift 1896 p. 1024, 1034 und 1100, wie das Referat im Centralblatt für Chirurgie in No. 12 des Jahrganges 1897 p. 346.)

Gold (Bielitz).

28) Hermaut. Fracture du crâne avec lésion du cerveau.

(Arch. méd. Belges 1897. Mai.)

Ein Artillerist erlitt eine heftige Quetschung des Schädels, bei welcher das rechte Seitenwandbein zersplitterte. Die Bewusstlosigkeit dauerte nur einige Stunden. 2 Querfinger oberhalb des rechten Ohres fing eine Weichtheilwunde an, welche 8 cm lang sich gegen das Tuber parietale fortsetzte. Sie war mit Blutcoagululis, Knochensplintern und zerquetschter Hirnmasse angefüllt. Jodoformverband. Entfernung des größten Splinters, 5 cm lang und 2 mm breit, am folgenden Tage. Kleine Knochenbröckel entleeren sich mit der ausfließenden Hirnmasse. Letztere gehörte der hinter und oberhalb der Sylvi'schen Grube gelegenen Hirnpartie an, d. h. »dem corticalen Gebiet der latenten Verletzungen«. Die Heilung ging glatt von statten. Es hatten sich weder Krämpfe noch Lähmungen, noch Pupillenveränderungen gezeigt. Das Bewusstsein war nach dem Erwachen aus der Komotion vollkommen ungestört.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

29) Fetzner. Meningitis, Gehirnbrabscess, Gehirntumor?

(Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

Trotz der zahlreichen, geistreichen Arbeiten auf dem Gebiet der Gehirncirurgie kommen noch immer genug Fälle vor, bei denen die Differentialdiagnose zwischen Meningitis, Gehirnbrabscess oder Geschwulst äußerst schwierig ist, wegen gewisser Symptome, die nicht konstant dem einen oder anderen Krankheitsbild angehören; es giebt eben kein Schema, nach welchem sich alle Erscheinungen gruppieren lassen. So war es auch in dem vom Verf. ausführlich mitgetheilten Falle, welcher noch dadurch verdunkelt wurde, dass es sich um eine 51jährige Hysterica handelte. Die Erkrankung hatte sich allmählich entwickelt und dann ziemlich rasch verschlimmert: Fieber, Kopfschmerzen, Aufregungszustand, Ptosis des rechten Auges, Facialisparese links, ataktische Erscheinungen, Myosis auf beiden Augen, bald zu konstatirende Sehschwäche, Stauungspapille und Neuritis optica erst links, dann auch rechts, bis zur völligen Taubheit führende Gehörsabschwächung des rechten Ohres; Nackensteifigkeit und Schlingbeschwerden. Abschwächung des Kniereflexes, An-, Hyper- und Parästhesien konnten auch Symptome der Hysterie sein. Ein buntes Bild von Erscheinungen, welche zum Theil für diese, zum Theil für jene Diagnose verwerthet werden konnten. Die Sektion erwies denn auch eine Kombination zweier Gehirnerkrankungen, eine Konvexitätsmeningitis und eine kirschgroße, mäßig harte Geschwulst von kleinhöckrigem Aussehen an der Basis des Gehirns, dem Chiasma aufliegend, entsprechend der Hypophyse; das übrige Gehirn war gesund. Aber an der linken Halsseite war eine Eiterung, welche von dem linken Schilddrüsenlappen ausging, der mit Eiterherden durchsetzt war. Rechter Schilddrüsenlappen walnussgroß, kolloid-chondromatös entartet. Die Geschwulst ist ein Spindelzellensarkom. — Die Konvexitätsmeningitis ist ohne Zweifel eine metastatische und erklärt wohl eine Reihe der verschiedenen Reizungs- und Lähmungssymptome, während die Veränderungen an den Augen auf die Geschwulst an der Gehirnbasis zurückgeführt werden müssen. Die Schilddrüsenkrankung war während des Lebens übersehen worden.

Ein operativer Eingriff würde unter diesen Umständen keinen Erfolg gehabt haben. Die Schwierigkeit der Diagnose wird Niemand verkennen. Es wird aber bei so vielen, verschiedenartigen, sich sogar theilweise widersprechenden Symptomen, wie sie im vorliegenden Falle beobachtet wurden, an die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens zweier oder mehrerer Erkrankungen zu denken sein. Ref.

Tschmarke (Magdeburg).

30) A. Zeller. Beitrag zur osteoplastischen Deckung von Schädeldefekten.

(Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

Nach eingehender Besprechung der verschiedenen Methoden zur Deckung von Schädeldefekten — Homöoplastik, Heteroplastik und Autoplastik mit ihren Modifikationen — fügt Verf. noch einen weiteren Fall an, in welchem er die autoplastische Operation nach Müller-König mit vollem Erfolg ausgeführt hat.

Ein Dienstmädchen war als Kind in der Neujahrsnacht 1879/80 von ihrem Vater mit einem Hammer auf die rechte Kopfhälfte und Stirn geschlagen und damals anscheinend geheilt entlassen worden. Nach 12 Jahren entwickelte sich eine typische Epilepsie, mit Druckgefühl in der rechten Kopfseite, Schmerzen und Abnahme des Gedächtnisses; beim Bücken Schwindel und Kopfschmerzen. Bei ihrer Aufnahme fand sich im rechten Scheitelbein ein Defekt, 4,5 cm lang, 3,5 cm breit; an Stelle des Knochens Bindegewebe mit deutlicher Pulsation. An der Stirn eine strahlige, mit dem Knochen verwachsene Hautnarbe. Operation: Umschneidung des Defektes, Abpräpariren der Narbe von der Unterlage; dabei Eröffnung der Schädelhöhle, so dass Cerebrospinalflüssigkeit abfloss; Dura nicht vorhanden, Narbe direkt mit den Hirnwindungen verwachsen! Umschneidung eines weiteren

Haut-Periost-Knochenlappen, Abmeißeln der äußeren knöchernen Schale, welche wegen großer Dünne nur in einzelnen Knochenstückchen abgehoben werden kann. Auch der Knochenrand der Narbe wird sorgfältig excidirt. Einnähen des Ersatzlappens in den Defekt; der Narbenlappen hat sich stark verkürzt, so dass auch noch einige Entspannungsschnitte zur Deckung der Knochenlappenwunde gemacht werden mussten. Prima intentio.

Seit der Operation vor 1½ Jahren kein epileptischer Anfall mehr, völlig normales Wohlbefinden der Pat.

Es wurde also in diesem Falle typischer Rindenepilepsie keine Excision motorischer Centren vorgenommen.

Z. schließt sich Braun an, welcher verlangt, »dass man bei Jackson'scher Epilepsie zunächst durch Entfernung von Theilen des verletzt gewesenem Schädels oder verwachsener Hirnhäute Heilung erstreben soll. Erst wenn dies nicht zum Ziel führt, soll man das betreffende Centrum durch elektrische Untersuchung aufsuchen und entfernen«.

Tschmarke (Magdeburg).

31) Rembold. Zur Lumbalpunktion bei tuberkulöser Meningitis.

(Festschrift des Stuttgarter ärztlichen Vereins zur Feier seines 25jährigen Bestehens am 6. März 1897.)

Um sich selbst ein Urtheil über den Werth der noch vielfach der Diskussion unterliegenden Lumbalpunktion, speciell bei tuberkulöser Meningitis, zu bilden, hat Verf. 4 im Marienhospital vorgekommene einschlägige Fälle jener Maßnahme unterworfen, welche einiges Interesse haben. Die beiden ersten Punktionen verliefen in so fern negativ, als sie keine Flüssigkeit zu Tage förderten; bei einem Falle zeigte der weitere Verlauf und die Heilung, dass es sich um eine nicht tuberkulöse Cerebrospinalmeningitis handelte. Bei dem 2. Falle aber lag sicher eine tuberkulöse Erkrankung vor, welcher die Pat. auch erlag. Verf. erklärt sich diese trockene Punktion aus der dickflüssigen, sulzigen Beschaffenheit des Exsudats. In einem 3., schweren Falle wurde die Punktion zu therapeutischen Zwecken gemacht, und zwar mit einer auffallenden, mehrere Tage währenden Besserung: klares Bewusstsein, Appetit, kein Fieber, Puls 72; in der wasserklaren Flüssigkeit keine Bacillen. Eine 2. Punktion konnte den Tod nicht mehr aufhalten. Die Sektion bestätigte die Diagnose einer tuberkulösen Meningitis. Die klare Beschaffenheit des Exsudats spricht für Tuberkulose, das Fehlen der Bacillen nicht dagegen. Bei einem 4. Kranken mit Zeichen einer tuberkulösen Affektion der Meningen förderte die Punktion wieder eine wasserklare Flüssigkeit zu Tage; keine mikroskopische Untersuchung! Der Kranke wurde bedeutend gebessert und schließlich geheilt entlassen. Nach 3 Monaten kam er jedoch mit Symptomen erneuter schwerer Meningitis wieder und starb, ehe eine Punktion vorgenommen werden konnte. Die Sektion bestätigte die Annahme einer tuberkulösen Erkrankung. Der Fall ist auch deshalb interessant, weil er wieder einmal zeigt, dass auch eine tuberkulöse Meningitis zur gänzlichen oder relativen Heilung gelangen kann. Schon aus diesem Grund will Verf. die Punktion als therapeutische Maßnahme unbedingt ausgeführt wissen.

Tschmarke (Magdeburg).

32) Cramer. Zu den Verletzungen der Augenhöhle.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897. No. 9.)

1) Fremdkörper in der Augenhöhle.

Ein 8jähriges Mädchen hatte sich mit einer Stricknadel eine schmale Hautabschürfung in der Jochbeingegegend zugezogen. Ödem des Unterlides links und Röthung der Bindehaut der unteren Übergangsfalte. Die Frage, ob die Stricknadel abgebrochen sei, wurde bestimmt verneint. Nach 2 Monaten fand sich eine secerneirende Fistel an der Übergangsfalte; die Beweglichkeit des Auges nach unten war eingeschränkt. Die Sonde fand in 2 cm Tiefe einen rauen Körper. In Narkose Spaltung der Fistel und mittels der Kornzange Exstruktion eines 62 mm langen Stückes einer Stricknadel. Heilung glatt. Der größere Theil des Fremdkörpers

muss quer durch den hinteren Theil beider Nasenhöhlen gegangen sein, vielleicht sogar sich bis in die rechte Augenhöhle erstreckt haben.

In einem 2. Falle wurde ein linksseitiger, pulsirender Exophthalmus auf ein Aneurysma spurium innerhalb der Orbita zurückgeführt, dadurch entstanden, dass sich ein 8½jähriges Mädchen mit einer Stricknadel »ins Auge« gestochen hatte.

2) Bruch im Canalis opticus.

Eine 28jährige Frau wurde mit der Spitze einer Heugabelzinke gegen den rechten Oberaugenhöhlenrand getroffen. Sie sah sofort nichts mehr mit dem Auge, hatte aber sonst keine Beschwerden. Erst nach einigen Tagen schwoll das Auge an und wurde vorgetrieben. Es fand sich: Wunde in der Gegend der Incisura supraorbitalis, Ödem des Oberlides, Chemose der Conjunctiva, Pupillenstarre in Mydriasis, Medien klar, Sehnervenscheibe blass, Arterien eng, Venen erweitert, fast schwarz. In der Gegend der Macula eine dunkelbraunrothe Trübung. C. diagnostizierte einen indirekten Orbitalwandbruch, bei welchem Exophthalmus etc. erst einige Zeit nach der Verletzung auftritt.

Bähr (Hannover).

33) N. E. Kuschew. Ein Fall von Aktinomykose im Gesicht.

(Die Chirurgie 1897. No. 5. [Russisch.])

Als K. im Jahre 1888 seinen ersten Fall von Aktinomykose veröffentlichte, waren bis dahin nicht mehr als 8 Beobachtungen dieser Krankheit in Russland bekannt gegeben. 1893 sammelte Ssokolow 60 Fälle, und jetzt beträgt die Zahl der in Russland veröffentlichten Fälle mehr als 100. Im vorliegenden Falle war die Krankheit von der Wange ausgegangen und heilte unter Entfernung des Erkrankten mit nachheriger Jodkalibehandlung.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.)

34) C. Ewald. 2 Fälle angeborener Geschwülste des Gesichts.

(Wiener klin. Rundschau 1897. No. 15.)

Aus der Albert'schen Klinik werden 2 seltene angeborene Endotheliome — von der Glabella und von der Nasenscheidewand —, die genau mikroskopisch untersucht sind, beschrieben. Die angeborenen Endotheliome haben sonst ihren Lieblingssitz in der Gegend der Parotis.

Grisson (Hamburg).

35) C. Compairod. Le nouveau traitement de l'ozène.

(Ann. des malad. de l'oreille 1897. No. 1.)

C. hat fast gleichzeitig mit Gradenigo Versuche mit Diphtherieseruminjektionen bei Ozaena angestellt. Von den 7 Versuchen werden 2 ausführlich berichtet: C. ist recht zufrieden mit den Resultaten. Bei einer 17jährigen schwächlichen Pat. musste die Behandlung wegen schwerer Allgemeinstörungen aufgegeben werden, nachdem 3 Injektionen von 4 cem S. (welcher Stärke? Ref.) nur ein Schwinden des Gestankes erreicht hatten. Die anderen Pat. erhielten 4—27 Injektionen à 4—10 cem. 2mal »Roseola«, mehrfach, namentlich bei Lungenkranken, starkes Fieber, das aber bei Aussetzen der Injektionen aufhörte. Der Reihe nach schwanden zuerst der Gestank, dann wurde die Schleimhaut dicker, ödematös, die Sekretion flüssiger, reichlicher; schließlich schwanden Krustenbildung und Trockenheit, zuletzt und öfter nur unvollkommen im Rachen. Sonst nur leichte Spülung mit Salzwasser angewendet. — Pat. aber alle nur sehr kurze Zeit nach der letzten Injektion beobachtet! (Ref.)

Kümmel (Breslau).

36) A. Grahl. Beitrag zur Behandlung der Speichelfisteln.

Leipzig, A. Georgi, 1897.

Verf. giebt in seiner Dissertation einen Überblick über die Behandlung der Speichelfisteln, um kurz einen von Braun in Leipzig in folgender Weise schon vor Nicoladoni's Veröffentlichung seiner Methode operirten Fall zu beschreiben. Die Mundschleimhaut wird freigelegt, gespalten und durch 2 Katgutnähte in der

Umgebung des Ductus Stenonianus so befestigt, dass dessen Stumpf zwischen die beiden Lappen zu liegen kommt. Der vordere Theil der Schleimhautwunde wird dann ebenfalls mit Katgut vernäht. Darauf wird die vordere Hälfte der Hautwunde durch Naht geschlossen, die hintere Hälfte zunächst durch Tampon offen gehalten und 3 Tage darauf ebenfalls genäht. Es trat prima intentio ein. Voraussetzung der Methode ist Verschieblichkeit der Schleimhaut.

Dreyer (Köln).

37) A. Courtade. Fibromyxome de la face supérieure du voile du palais. Formation de l'anse froide latérale.

(Ann. des malad. de l'oreille 1897. No. 1.)

C. betont die Seltenheit von Geschwülsten der oberen Fläche des Gaumensegels. Er operirte ein 14jähriges Mädchen, dem seit 2 Jahren wiederholt Schleimpolypen aus der Nase entfernt waren. Rechts starke Verengerung der Nase durch eine Scheidewandknickung und eine Synechie, die linke Seite abnorm weit. Nach stückweiser Exstirpation von Geschwulstmassen von rechts aus bleibt noch ein Rest, der von vorn wegen Enge der Nase nicht recht zugänglich ist, aber rechts am Gaumensegel inserirt. C. bildet deshalb eine sich beim Zuziehen seitwärts und nach unten stellende Schlinge, mit der die vollständige Abtragung der Geschwulst gelingt. Ausführliche Schilderung der Bildung einer solchen Schlinge.

Kümmel (Breslau).

38) Muzio. Un caso di teratoma del palato duro.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1897. No. 7—9.)

Auf dem harten Gaumen eines neugeborenen Kindes saß eine Geschwulst von 2 cm Breite und 4 cm Länge, die aus dem Munde vorragte und das Saugen behinderte. Exstirpation; Heilung p. p. — Die Geschwulst bestand aus Fettgewebe; nur in der Nähe seiner Basis lagen einige quergestreifte Muskelfasern. Übersogen war sie von wohl ausgebildeter Cutis mit Flaumhaaren, Schweiß-, Talgdrüsen, Musculi erectores pilorum. Nerven fehlten. **E. Pagenstecher (Wiesbaden).**

39) C. Demel. Sopra un caso di cisti retrofaringea.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1897. No. 7—9.)

Gelegentlicher autoptischer Befund einer retropharyngeal gelegenen Cyste, entstanden durch Degeneration eines accessorischen Schilddrüsenknotens. Zahlreiche weitere nicht veränderte Knoten lagen längs den Venae jugulares.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

40) Gourc. L'amygdale de W. Meyer.

(Ann. des malad. de l'oreille 1897. No. 1.)

Auszug aus der Thèse (de Paris) des Verf. — G. hat 201 hypertrophische Rachenmandeln bakteriologisch untersucht: Von der mit sterilem Messer hergestellten Schnittfläche wurde Gewebssaft abgekratzt, mikroskopisch untersucht und auf Nährböden und Meerschweinchen verimpft. Tuberkelbacillen wurden kein einziges Mal gefunden. 25 Verimpfungen ergaben gar keine Kulturen; 37mal fanden sich Streptokokken, stets mit anderen Organismen zusammen; 69mal Staphylokokken rein und 69mal mit anderen; 3mal Pneumokokken; 2mal Leptothrix rein, 1mal mit anderen; 41mal andere Kokken, 54mal diese neben den erwähnten Formen; 1mal ein kurzer, unbekannter Bacillus, der sich nach Gram entfärbte. Trotz des negativen Befundes an Tuberkelbacillen 30mal Tuberkulose bei Verwandten, 17mal das Individuum selbst tuberkulös. 47mal neben Hypertrophie der Rachen- auch eine der Gaumenmandel. Kein Fall von »lakunärer Adenoiditis«. — Mit Rücksicht auf den häufigen Befund lebensfähiger Bacillen im Schleim der Wucherungen leugnet G. die baktericide Kraft des Nasenschleims. — Difformitäten des Oberkiefers, perverse Zahnstellung, hohe Gaumen-

wölbung und Septumknickung hält G. nicht für eine Folge der Hypertrophie der Rachenmandel, sondern beide gemeinsam für das Resultat einer hereditären Belastung des Individuums. **Kümmel** (Breslau).

41) **C. Heath.** A clinical lecture on a case of hypertrophy of the gums.

(Brit. med. journ. 1897. No. 1896.)

Verf. theilt einen seltenen und ungewöhnlichen Fall von Hypertrophie des Zahnfleisches an Unter- und Oberkiefer mit.

Es handelte sich um einen 26jährigen Mann; Beginn des Leidens vor 4 Jahren, damals Excision der hypertrophischen Partien; 3 Monate später Recidiv, in den folgenden 3 Jahren stetige Zunahme und Fortschreiten des hypertrophischen Processes. Bei der Aufnahme fällt bei dem Pat. bei geschlossenem Munde nur eine Verdickung der Oberlippe und eine gewisse Fülle der Wangen auf. Bei geöffnetem Munde zeigt sich eine hochgradige Wucherung des gansen Zahnfleisches in Ober- und Unterkiefer. Die Zähne sind theils gelockert, theils verlagert — der harte Gaumen bis zur Mitte von den Seiten her so bedeckt, dass man den ersten Eindruck hat, als ob ein Wolfsrachen besteht. Das hypertrophische Zahnfleisch ist sehr gefäßreich, aber nicht ulcerirt. Operation bei hängendem Kopf zunächst am Oberkiefer; Exstruktion der gelockerten Zähne, Abtragen des hypertrophischen Zahnfleisches bis auf die Alveolen, deren scharfe Ränder mit der Knochenschere entfernt werden, Blutstillung theils mit Paquelin, theils mittels Tamponade. Nach 14 Tagen ähnliche Operation am Unterkiefer. Heilung — noch 2 Monate nach der letzten Operation von Bestand.

Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulst ergab normale Schleimhaut, Geschwulst besteht hauptsächlich aus feinen Bündeln welligen Bindegewebes, zwischen denen größere und kleinere Zellhaufen eingestreut lagen; großer Gefäßreichthum.

Verf. verfügt noch über 3 weitere eigene Beobachtungen dieser seltenen Erkrankung. In den Fällen, wo Kinder betroffen waren, zeigten sich häufig Störungen in der Zahnentwicklung. Ein 26jähriger Mann, bei dem die Erkrankung sich auf den Unterkiefer beschränkte, und der vor 10 Jahren von dem Verf. operirt wurde, ist seitdem gesund geblieben. Differentialdiagnostisch ist die Erkrankung nicht zu verwechseln mit den durch künstliche Gebisse oder Zahnstein hervorgerufenen Zahnfleischpolypen, welche weniger gefäßreich sind; ferner sind von ihr zu trennen die verschiedenen Formen der Epuliden und Myeloidsarkome.

F. Krumm (Karlsruhe).

42) **A. A. Deschin.** Osteoplastische Operation nach der Methode Prof. P. J. Diakonow's bei der theilweisen Resektion des Unterkiefers.

(Die Chirurgie 1897. No. 6. [Russisch].)

D. beschreibt nach einer sehr eingehenden Darstellung der Entwicklung der osteoplastischen Operationen einen interessanten Fall, in welchem Diakonow das bei der Resektion entfernte Stück dadurch ersetzte, dass er von dem vorderen Theil des Unterkiefers einen Haut-Muskel-Knochenlappen bildete, den er in die Lücke legte und hier annähte. Das übergepflanzte Stück wuchs schnell fest ein, und der Erfolg der Operation war der gewünschte. Das Gesicht des Kranken war vollständig symmetrisch geblieben. Mit diesem Verfahren lassen sich nach Diakonow Lücken von 2—4 cm ausfüllen, im letzteren Falle allerdings erst, nachdem man die Ränder vorher um 1 cm einander genähert. Hat man größere Defekte zu ersetzen, so könnte man 2 solche Lappen bilden und sie von beiden Seiten zusammenlegen.

E. Braatz (Königsberg i/Pr.).

43) **P. Raugé.** Laryngocèle ventriculaire.

(Ann. des malad. de l'oreille 1897. No. 1.)

Mit großer Ausführlichkeit wiedergegebene Krankengeschichte eines 26jährigen Mannes, der an einer mäßigen Kehlkopfstenose durch syphilitische Infiltrate litt,

die durch die Behandlung kaum besser wurde. Vollständigste Aphonie. 4 Jahre später lernt Pat. durch Schluss der Taschenbänder mit rauher, aber lauter Stimme sprechen, ohne dass im Kehlkopf eine nennenswerthe Besserung eingetreten wäre. Bei der dazu nöthigen kräftigen Expiration wölbt sich eine rundliche Geschwulst im linken Taschenband und in der linken ary-epiglottischen Falte; eine andere, reichlich nussgroße, außen entsprechend der Membr. thyreo-hyoidea; die letztere giebt bei Perkussion lauten Schall. Drückt man während des Sprechens auf sie, so nimmt die Stimmstärke sehr ab, die intralaryngeale Geschwulst wächst dann bedeutend. Pat. ist durch diesen Zustand gar nicht gestört und wird unbehandelt gelassen. Es handelt sich um eine starke Ausdehnung eines wohl schon normal sehr weit gewesenen Ventric. Morgagni («Kehlsack») unter der Einwirkung des starken Luftdruckes, der beim Sprechen nach Schluss der falschen Stimmbänder den Ventrikel betreffen musste. Vielleicht wurden gleichzeitig dessen Wandungen durch die Kehlkopfkrankung weniger widerstandsfähig. Verf. erwähnt einige andere Fälle aus der Litteratur; die Mittheilungen von Ledderhose (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1885, 1889) scheinen ihm unbekannt geblieben zu sein. (Ref.) **Kümmel (Breslau).**

44) **E. Rose.** Die Sondenkanüle. Studien über die substernale Verengung der Luftröhre. Nebst einem Nachtrag: Eine Flaschenbürste im Bronchus wider Erwarten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLVI. p. 81.)

R. fürchtet von der bekannten König'schen Trachealkanüle für tief sitzende Stenosen, dass leicht ein Theil derselben abreißen und im Körper stecken bleiben könne. Nach eigenen Angaben hat er eine lange, sehr flach gebogene Kanüle fertigen lassen, die diesen Übelstand vermeidet (s. Abbildung). Dieselbe bewährte sich unter Anderem auch bei einer syphilitischen Trachealstenose, die nach blutiger Trennung mittels Schnitt und längerem Tragen der Kanüle geheilt ist. — Die »Flaschenbürste im Bronchus wider Erwarten« fand sich bei der Section eines kanülentragenden Pat., der bei Reinigung seiner Kanüle mittels einem Borstenwischer ein Stück des letzteren verloren hatte. Der Fall soll die Gefahr der Fremdkörper in der Trachea, so wie die Bedenklichkeit complicirter Trachealkanülen illustriren. **Meinhard Schmidt (Cuxhaven).**

45) **H. Bohm.** Über einen Fall von traumatischer Thrombose der unteren Hohlvene. (Aus der chirurg. Abtheilung des israelitischen Krankenhauses zu Hamburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1897. No. 43.)

Bei einem kräftigen, gesunden jungen Mann entwickelte sich im Anschluss an einen Fehltritt beim Herabsteigen von einer Leiter, wobei er sich einen Bluterguss in die Muskeln an der Beugeseite des rechten Oberschenkels zuzog, eine Thrombose der V. cruralis und, von dieser fortschreitend, der V. iliaca und V. cava inf., so wie in gleicher Ausdehnung auf der linken Seite, in Folge dessen eine starke Schwellung beider unteren Extremitäten und der unteren Partien des Rumpfes mit schließlich beginnender Gangrän. Mehrfache Embolien in die Lungengefäße führten in kurzer Zeit zum Tod. — Da bei der Section das Herz normal gefunden wurde, vermag B. sich nicht zu erklären, durch welche Momente das verhängnisvolle Fortschreiten der durch das Trauma entstandenen Thrombose am Oberschenkel begünstigt wurde. **Kramer (Glogau).**

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlags-handlung **Breitkopf & Härtel**, einsenden.

Bericht über die Verhandlungen
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,
XXVI. Kongress,
abgehalten vom 21.—24. April 1897
im Langenbeck-Hause.

Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1897. No. 28.

Inhalt.

- Allgemeine Pathologie und Therapie:** 1) **Noetzel**, Infektion granullirender Wunden. — 2) **Halban**, Resorption der Bakterien bei lokaler Infektion. — 3) **Enderlen**, Hautpflropfungen. — 4) **Fischer**, Malignes Lymphom. — 5) **Jordan**, Lupus und Lymphangitis tuberculosa. — 6) **v. Büngner**, Neurofibrome. — 7) **Jürgens**, Sarkome. — 8) **Reinhardt**, Knochensarkome. — 9) **Küster**, Fibröse Ostitis. — 10) **Bennecke**, Trippergelenke. — 11) **Gurft**, Narkosenstatistik. — 12) **Kümmell**, 13) **Hofmeister**, 14) **Levy**, 15) **Levy-Dorn**, 16) **Hoffa**, 17) **Joachimsthal**, 18) **Krause**, 19) **Lexer**, Röntgen-Strahlen.
- Gesicht:** 20) **Samter**, Hasenschartenoperation. — 21) **Partsch**, Unterkieferresektion. — 22) **Küttner**, Zungenkrebs. — 23) **Krönlein**, Rachencarcinom und -Exstirpation.
- Wirbelsäule, Hals und Brust:** 24) **Braun**, Lumbalpunktion. — 25) **Schulthess**, Skoliose. — 26) **Hildebrand**, Caput obstipum. — 27) **Riedel**, Kiemengangfistel. — 28) **Graf**, Kehlkopfexstirpation. — 29) **König**, Ersatz eines Trachealdefektes. — 30) **Riedel**, Strumitis. — 31) **Rehn**, Herzwunden.
- Bauchorgane:** 32) **Körte**, Bauchfellentzündung. — 33) **Leube**, 34) **Mikulicz**, Chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. — 35) **Franke**, Magenadenom. — 36) **Marwedel**, Murphyknopf. — 37) **Heidenhain**, Akuter Darmverschluss. — 38) **Küttner**, Darmstenosen. — 39) **Rieder**, 40) **Sonnenburg**, Mastdarmstrikturen. — 41) **Prutz**, Ersatz des Sphincter ani. — 42) **Müller**, Zur Leberchirurgie.
- Harn- und Geschlechtsorgane, Nebenniere:** 43) **Heiferich**, 44) **Borellus**, 45) **Freudenberg**, Prostatahypertrophie. — 46) **Posner** und **Frank**, Zur Blaseninfektion durch den Katheter. — 47) **Dührssen**, Vaginale Laparotomie. — 48) **Hadra**, Exstirpation der Nebenniere.
- Gliedmaßen:** 49) **Immelmann**, Radiusbrüche. — 50) **Bardenheuer**, Exarticulatio femoris im Sacroiliacalgelenk. — 51) **Hofmeister**, Coxa vara. — 52) **Thiem**, Schenkelhalsbruch. — 53) **Heusner**, Kniescheibenbrüche. — 54) **Müller**, Zur Osteoplastik. — 55) **v. Eiselsberg**, Autoplastik bei Tibiadefekt. — 56) **Franke**, Sehnenüberpflanzung bei Kinderlähmung.
-

1) **W. Noetzel** (Bonn). Über die Infektion granulirender Wunden.

Die bekannte Erfahrungsthatsache, dass granulirende Wunden für die Bakterieninfektion wenig oder gar nicht empfänglich sind, ist bisher nur selten einer experimentellen Nachprüfung, mit modernen bakteriologischen Methoden noch gar nicht unterzogen worden. In der bisherigen Litteratur besteht ein scheinbar schroffer Gegensatz zwischen den berühmten grundlegenden Experimenten Billroth's, der granulirende Wundflächen von Hunden mit eiter- und jauchetränkten Verbandstoffen verband, ohne dass eine Infektion erfolgte, und den Beobachtungen und Experimenten von Maas und Hack. Letzterer fand, dass chemische Stoffe in sehr reichem Maße von Granulationsflächen resorbirt wurden. Die späteren Untersuchungen dieser Frage verfolgten zum Theil andere Gesichtspunkte, die neueste Arbeit stammt von v. Afanassieff, welcher von den Granulationen aus keine oder verlangsamte Infektion mit Milzbrand, *Bac. pyocyaneus* und *Vibrio Metschnikoff* beobachtete und durch die Impfung granulirender Wunden zugleich eine Immunisirung der Thiere gegen Infektion von frischen Wunden aus erzielt haben will.

Unter diesen Umständen erschien es berechtigt, auf Grund einwandfreier Experimente die Frage noch einmal zu untersuchen, ob von intakten Granulationsflächen aus eine Aufnahme 1) von Bakterien, 2) von Stoffwechselprodukten derselben, Toxinen, in die Blut- und Lymphbahn stattfindet. Da die gewöhnlichen Wundinfektionen dem Thierexperiment nicht mit der erforderlichen Sicherheit zugänglich sind, wurde zur Entscheidung des ersten Punktes der Milzbrandbacillus, zur Entscheidung des zweiten der Tetanusbacillus verwendet. Als Versuchsthiere dienten Kaninchen, Meerschweinchen und später Schafe, nachdem die Erfahrung gemacht ward, dass bei kleinen Thieren die Wundverhältnisse zu schwer zu beherrschen sind. Die Granulationswunden wurden in der Weise erzielt, dass entweder tiefe Wunden auf dem Rücken angelegt und mit steriler Gaze tamponirt wurden, oder es wurden oberflächliche Hautdefekte gemacht, ebenfalls auf dem Rücken, und aseptisch verbunden. Die Granulationen waren dann auch nach längerer Zeit meist nur zart entwickelt. Die Impfung wurde durch Verreibung frischer Agarreinkultur von Milzbrand mittels der Platinöse, später, um Sporen auszuschließen, mit dem Milzsaft eben verwendeter Milzbrandthiere ausgeführt, indem die Wunden direkt mit der frischen Schnittfläche des Organs bestrichen wurden. Der

Bacillengehalt des letzteren war vorher mikroskopisch festgestellt worden. Bei jeder Versuchsreihe wurde ein gleichartiges Kontrollthier auf eine frische Wunde geimpft. Diese letzteren erlagen nach 24—36 Stunden typischem Milzbrand. Dagegen fand von den intakten Granulationsflächen aus keine Infektion statt, auch wenn die Wunde erst 2 Tage alt war. Alle diese Thiere blieben gesund. Waren kleine Verletzungen der Granulationsfläche vorhanden, so erfolgte durch diese die Infektion, die dann meist in Folge der nur kleinen Eingangspforte etwas langsamer verlief, als bei den Kontrollthieren. Die Bacillen ließen sich nach 4 Tagen meist nicht mehr auf der Wunde nachweisen, dagegen erhielten sich die bei Verwendung von Agarkulturen mitgeimpften Sporen länger und verursachten in einigen Fällen noch nach 6 Tagen eine Infektion, nachdem bei dem Verbandwechsel frische Verletzungen der Granulationen gesetzt waren.

Die Versuche mit vollvirulenter Tetanusbouillonkultur zeigten, dass auch die Toxine von den intakten Granulationsflächen aus nicht resorbiert werden. Es erfolgte keine Erkrankung. Auch auf eine intakte Granulationswunde aufgebrachte Tusche wurde nicht resorbiert.

Die von Afanassieff behauptete Immunisirung der Thiere konnte in keinem einzigen Falle bestätigt werden. Die Thiere erlagen der späteren Infektion von frischen Wunden aus eben so schnell, wie die Kontrollthiere.

Die Erklärung, warum die Granulationsflächen der Bakterieninfektion widerstehen, ist offenbar im Wesentlichen in mechanischen Verhältnissen zu suchen, wie es bereits Billroth gethan hat.

Das Rundzellenlager der Granulationen bildet einen undurchgängigen Schutzwall vor den geöffneten Lymph- und Blutbahnen der Wunde. Dadurch werden die Infektionserreger zunächst am Eindringen verhindert. Durch die Exsudation der Granulationsfläche werden sie dann in der Folge mechanisch weggeschwemmt, schließlich können sie mit den Verbandstoffen, bei unverbundener Wunde auch mit den angetrockneten Borken entfernt werden. Bei nachfolgender Verunreinigung der Wunde mit anderen Organismen können sie von diesen überwuchert werden. Eine baktericide Wirkung des Granulationssaftes, auf welche Afanassieff so großes Gewicht legt, kommt wohl erst in zweiter Linie zur Geltung. Der Phagocytose, welche reichlich zu beobachten ist, kommt jedenfalls nur eine untergeordnete Bedeutung für die Bakterienvernichtung zu.

Die Bedingung für die Schutzwirkung der Granulationen ist absolute Intaktheit derselben, die im Experiment schwer zu erzielen ist. Brachte man nach überstandener Impfung in den Granulationen einen frischen Defekt durch Abreiben derselben zu Stande und impfte diesen, so erlag das Thier eben so schnell, wie die Kontrollthiere, ein sicherer Beweis, dass auch eine lokale Immunität nicht erzielt worden ist.

(Selbstbericht.)

2) J. Halban (Wien). Resorption der Bakterien bei lokaler Infektion.

Es handelt sich um die bisher offenen Fragen, wie viel Zeit vergeht, bis die Bakterien nach einer lokalen Infektion in den Lymphdrüsen erscheinen, wann der Übertritt ins Blut und in die inneren Organe erfolgt, was das weitere Schicksal der Bakterien ist, und wie die Lymphdrüsen auf die Infektion reagieren. Chirurgisch sind die Untersuchungen deshalb von Interesse, weil entschieden werden soll, ob und wie lange eine Infektion als rein lokale betrachtet werden kann, und ob die Lymphdrüsen als Schutzorgane anzusehen sind.

Die Zeit, nach welcher die Bakterien in den regionären Drüsen nachgewiesen werden können, hängt vor Allem von der Art der Infektion ab. Der *Staphylococcus aureus* z. B. konnte bei der subkutanen Injektion schon wenige Minuten nach der Infektion, bei Stichinfektion durch den ganzen Querschnitt der Extremitätenmuskulatur erst nach 1 Stunde, bei subkutaner Verreibung aber erst nach 4 Stunden in den regionären Drüsen gefunden werden. Die äußeren Verhältnisse bei den Infektionen waren natürlich immer gleich, indem stets eine Öse einer Reinkultur verwendet und die Infektion stets an der gleichen Stelle der vorderen Extremität von Kaninchen ausgeführt wurde, so dass die Distanz zwischen Infektionsstelle und Lymphdrüse immer die gleiche war. Die Unterschiede bei den verschiedenen Infektionsarten sind auf rein mechanische Verhältnisse, die dabei mitspielen, zurückzuführen.

Es hat sich weiter das interessante Faktum ergeben, dass durchaus nicht alle Bakterienarten in gleich rascher Zeit in den Lymphdrüsen zum Vorschein kommen, sondern es bestehen auffallende Unterschiede.

Alle Versuche, die Erklärung dafür in einem verschieden energischen Zurückhalten der Bakterien am Ort der Infektion selbst, also in einer verschieden raschen Resorption zu finden, sind gescheitert. Es spielt weder die Eigenbeweglichkeit der Bakterien, noch die verschiedene Beeinflussung des Lymphstroms durch die Bakteriengifte, noch — was so naheliegend wäre — die Größe der Bakterien eine Rolle, und wir müssen im Gegentheil annehmen, dass die Bakterien wohl alle gleichmäßig resorbiert werden, dass sie aber von den baktericiden Substanzen der Lymphdrüsen in verschieden energischer Weise vernichtet werden, so dass die einen, welche wenig beeinflusst werden, bald nachweisbar sind, diejenigen aber, welche energisch vernichtet werden, erst dann nachweisbar werden, wenn sie durch die fortgesetzte Resorption vom Ort der Infektion die Oberhand gewonnen haben.

Die Frage, ob wir Anhaltspunkte dafür haben, dass in den Lymphdrüsen überhaupt baktericide Substanzen vorhanden sind, muss entschieden bejaht werden. Nach dem heutigen Stande der Lehre

kommen als Schutzkörper des Organismus den Bakterien gegenüber hauptsächlich zwei Momente in Betracht: 1) Die Phagocytose, bei welcher die Zellen, besonders die weißen Zellen, die Bakterien in sich aufnehmen und abtöden (Metschnikoff), 2) die Alexine im Sinne Buchner's, jene stark baktericiden Substanzen, welche sich im Serum und in der Lymphe vorfinden, welche aber auch, wie heute allgemein und mit Recht angenommen wird, nur als Ausschwemmungsprodukte der weißen Zellen zu betrachten sind, so dass den weißen Zellen auf jeden Fall eine Hauptrolle im Kampfe des Organismus gegen die Bakterien zukommt. Nun haben wir aber gerade in den Lymphdrüsen eine so enorm konzentrierte Anhäufung von weißen Zellen, welche in die Resorptionsbahnen eingeschaltet sind, dass sie nicht nur mechanisch die Bakterien aufhalten, sondern auch durch die vitale Thätigkeit ihrer Zellen im Stande sind, die Bakterien zu vernichten.

Es hat sich weiter ergeben, dass die pathogenen Bakterien in den Drüsen erst viel später und in viel geringerer Zahl nachweisbar sind, als die nichtpathogenen, so dass die pathogenen viel energischer von den baktericiden Substanzen der Lymphdrüsen vernichtet zu werden scheinen, als die nichtpathogenen, und zwar um so energischer, je pathogener sie sind.

Bezüglich des weiteren Verhaltens der Bakterien in den Drüsen hat sich folgendes typische Verhalten ergeben. Die Bakterien verschwinden wieder höchstens 1—2 Stunden, nachdem sie erschienen sind, aus den Drüsen. Nach einem Stadium der Latenz von 5 bis 7 Stunden, in welchem in der Regel gar keine Bakterien zu finden sind, erscheinen sie wieder, um alsbald wieder zu verschwinden und einem neuen Stadium der Latenz Platz zu machen. Dieses Verhalten kann sich mehrere Male wiederholen. Schließlich verschwinden sie, wenn sie nichtpathogen sind, dauernd, wenn sie pathogen sind, vermehren sie sich und führen ev. zum Tode des Thieres. Dieses cyklische Kommen und Verschwinden stellt uns den wechselnden Kampf der Bakterien mit den baktericiden Elementen der Drüse dar. Durch die fortgesetzte Resorption vom Ort der Infektion bekommen die Bakterien zeitweise die Oberhand, und dann sind sie eben nachweisbar.

Nachdem weitere Versuche gezeigt haben, dass eine Kongruenz im Verhalten der inneren Organe mit dem der Lymphdrüsen besteht, so scheint mit diesem cyklischen Kommen und Verschwinden der Bakterien in den Organen die Basis für das Verständnis der so merkwürdigen Fieberverhältnisse bei den septischen Erkrankungen gegeben. Die Temperaturanstiege mit den Schüttelfrösten einerseits, die Remissionen andererseits illustrieren nur die Stadien, in denen die Bakterien entweder die Oberhand über die baktericiden Elemente des Organismus haben oder von ihnen bewältigt werden.

Die Drüse antwortet auf die Infektion mit einer sehr bald einsetzenden Vermehrung der lymphoiden Substanz. Nach 10tägiger Infektion mit dem *Staphylococcus aureus* z. B. ist das Volumen der regionären Drüsen auf das 20—25fache vergrößert, ohne dass aber irgend welche anderen Veränderungen, außer der Zunahme der lymphoiden Substanz, mikroskopisch zu konstatiren sind.

Sehr interessant hierbei ist der Umstand, dass, trotzdem lokal ein Abscess mit zahllosen Kokken besteht, in den Drüsen entweder gar keine oder nur sehr spärliche (200) Staphylokokken zu finden sind. Die durch die hochgradige Zunahme der lymphoiden Substanz bedingte Vermehrung der baktericiden Elemente genügt eben, um selbst bedeutende Massen von Bakterien zu vernichten. Über die feineren und hochgradigeren Veränderungen der Lymphdrüsen soll hier nicht berichtet werden.

Die Bakterien erscheinen in den inneren Organen erst viele Stunden nachdem sie bereits in den Lymphdrüsen nachweisbar waren. Das gilt aber nur für die pathogenen. Die nichtpathogenen, welche in den Drüsen nur sehr wenig beeinflusst werden, passiren in Folge dessen die Drüsen sehr rasch und können sich daher schon wenige Minuten nach der Infektion in den inneren Organen vorfinden. Das setzt aber den Werth der Lymphdrüsen als Schutzorgane nicht herab, da sie glücklicherweise dort, wo es wichtig ist, d. i. bei den pathogenen Bakterien, eine hervorragende baktericide Wirksamkeit entfalten.

Die allgemein bekannte und anerkannte Ansicht von Schimmelbusch, dass bei der Infektion blutender Wunden die Bakterien sofort in die Blutbahn eindringen und unmittelbar darauf in den inneren Organen abgelagert werden, hat sich als unhaltbar erwiesen. Die Annahme Schimmelbusch's ist ja schon a priori unwahrscheinlich, weil — abgesehen davon, dass das nach außen sich ergießende Blut dem Eindringen der Bakterien entgegen arbeitet — im Moment der Durchtrennung einer Vene die Cirkulation im centralen Abschnitt, der ja vor Allem berufen wäre, die Bakterien weiter zu schwemmen, überhaupt sistirt.

In der That ergaben genaue Untersuchungen, dass auch bei der Infektion blutender Wunden die Resorption auf dem Wege der Lymphbahn und nicht durch die Blutbahn erfolgt. Man findet die Bakterien stets früher in den Lymphdrüsen, als in den inneren Organen, aber es können, wie oben gezeigt wurde, die nichtpathogenen Bakterien außerordentlich rasch nach der Infektion in den inneren Organen zu finden sein, weil sie die Lymphdrüsen, in denen sie nur sehr wenig beeinflusst werden, sehr rasch passiren.

Wenn man die Versuche von Schimmelbusch und Ricker genau prüft, so findet man die interessante Thatsache, dass es den Autoren auch nur bei nichtpathogenen Bakterien gelungen ist, dieselben rasch in den inneren Organen zu finden, pathogene hingegen konnten sie selbst mehrere Stunden nach der Infektion nicht nach-

weisen. Merkwürdigerweise haben sie aber dieses Faktum ganz übersehen. Sie haben auch die Lymphbahnen zu wenig oder gar nicht untersucht und sind daher zu den falschen Schlussfolgerungen gekommen.

Ein klarer Beweis für die Unhaltbarkeit derselben sind folgende Amputationsversuche. Es wurden an Kaninchen blutende Wunden mit einer Öse einer virulenten Anthraxkultur inficirt und die betreffenden Extremitäten 2—2½ Stunden nachher im Schultergelenk enukleirt, d. i. also zu einer Zeit, wo nach früheren Versuchen noch keine Bakterien in den Lymphdrüsen zu finden sind, wo also die Infektion noch als lokale aufgefasst werden kann. Während die Kontrollthiere nach 24—30 Stunden an allgemeinem Milzbrand starben, blieben die Versuchsthier e alle (5) am Leben. Angesichts dieser Thatsache allein ist es wohl unmöglich, mit Schimmelbusch anzunehmen, dass die Bakterien sofort in die Blutbahn und in die inneren Organe übergehen, weil sonst die Thiere gewiss zu Grunde gegangen wären.

Für den Menschen sind die am Kaninchen gewonnenen Resultate in noch viel günstigerem Sinne zu deuten, da ja 1 Öse einer Reinkultur beim Kaninchen 100—200 Ösen beim Menschen dem Körpergewicht nach entsprechen. Nun kommen aber Infektionen mit so unheimlichen Quantitäten beim Menschen niemals in Betracht, sondern nur unendlich viel kleinere Bruchtheile, so dass — da ja der Quantität der Bakterien im Kampf gegen die bakteriziden Elemente eine außerordentliche Bedeutung zukommt — die Verhältnisse beim Menschen jedenfalls noch weit besser liegen, als es die Versuche für das Kaninchen ergeben haben.

Bezüglich vieler Details muss auf die ausführliche Arbeit in den Sitzungsberichten der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien verwiesen werden.

(Selbstbericht.)

3) Enderlen (Marburg). Über das Verhalten elastischer Fasern in Hautpfpfungen.

In den Pfpfungen nach Thiersch findet eine ausgedehnte Degeneration statt; nur ein Theil der basalen Schicht des Epithels, einzelne Drüsenpartien, einige wenige Gefäße, vielleicht noch einzelne Bindegewebszellen nahe dem Untergrund bleiben erhalten. Die Epithelregeneration geht von der basalen Schicht und von den Drüsen aus, die Cutis wird durch neues Gewebe ersetzt, welches von dem Untergrund und der Umgebung stammt.

In den ungestielten Hautlappen, welche Krause empfahl, ist die Degeneration ausgedehnter, sie geht langsamer vor sich, der Ersatz durch neues Gewebe ist später vollendet, als bei dem Verfahren nach Thiersch.

Die in den Pfpfungen enthaltenen Fasern degeneriren ebenfalls. Sie werden blass, körnig, erleiden Verschiebungen durch das

eindringende Granulationsgewebe; hauptsächlich findet eine Verdrängung gegen das Epithel hin statt. Nach 3 Wochen sind weite Strecken der Pfropfung vollkommen faserlos.

Nach 4 Wochen beginnt (wie in Narben) Neubildung von Fasern, die von den alten Fasern der Umgebung ausgeht. Die Menge der elastischen Fasern nimmt langsam zu, nach 3 Monaten sind sie reichlich vertreten, nach $1\frac{1}{2}$ und 2 Jahren trifft man ein gut ausgebildetes Fasernetz. Entsprechend den niederen Papillen sind die feinen Verästelungen der elastischen Fasern kürzer als in der normalen Haut.

(Selbstbericht.)

4) F. Fischer (Straßburg). Über malignes Lymphom.

Im Verlauf der letzten 5 Jahre wurden in der Straßburger chirurgischen Klinik 12 Fälle von malignem Lymphom beobachtet, 10 Männer, 2 Frauen. Von den Kranken sind 4 gestorben; 2mal wurde bei der Autopsie weit verbreitete Generalisirung des malignen Lymphoms, Metastasen in fast allen Organen gefunden, ohne dass sonst wichtige, auf andere Erkrankungen zu beziehende Veränderungen zu konstatiren waren; in den beiden anderen Fällen neben Metastasen in inneren Organen beginnende Tuberkulose der Lungen, des Darmes und der Milz. — Bei der Blutuntersuchung aller Kranken waren weder tinktoriell noch kulturell Bakterien nachweisbar (mit Ausnahme eines Falles, bei dem rekurrendes Fieber beobachtet wurde und bei dem während der Fieberanfälle die Impfversuche ein positives Resultat ergaben, während in den fieberfreien Intervallen auch bei diesem Kranken das Blut frei von Mikroorganismen war). — Die Transplantation excidirter Drüsenstücke in die Bauchhöhle von Thieren rief nie Tuberkulose oder Drüsenschwellung hervor. — Die mikroskopische Untersuchung der Drüsen ergab die schon von v. Winwarter u. A. beschriebenen Veränderungen. In allen Fällen wurden eosinophile Zellen in reichlicher Menge gefunden; doch hat der Nachweis für die Diagnose keine Bedeutung, da sich dieselben Zellen in einem Falle von Tuberkulose der Lymphdrüsen fanden, der klinisch zunächst unter dem Bilde des malignen Lymphoms verlief, in welchem erst durch das positive Ergebnis des Thierexperiments und bei der weiteren Beobachtung der Kranken die Diagnose auf Tuberkulose gestellt werden konnte.

Die Ergebnisse der Untersuchungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1) Das maligne Lymphom ist eine selbständige Erkrankung der Lymphdrüsen, deren Ätiologie bisher noch nicht aufgeklärt ist. 2) Der Nachweis eosinophiler Zellen in vergrößerten Lymphdrüsen kann nicht zur Diagnose des malignen Lymphoms verworther werden. 3) In zweifelhaften Fällen ist für die Diagnose des malignen Lymphoms neben der Probeexcision und der mikroskopischen Untersuchung der Drüse noch das Thierexperiment nöthig. 4) Neben malignem Lymphom kann Tuberkulose anderer Organe und auch in Lymphdrüsen vorkommen, die Tuber-

kulose
aufzuf

5) Jo

Vo
in der
hatte.
stehend
Verlauf
ausschli
sich um
bildung
Abscess
bei prin
von lup
Knötche
erwiesen
zahlreich
zur Sch
Abscess
tuberku
pische U

In
Beobach
erklärt
an den
aus der
Hände
2 u
haupt z
außeror
sikern
fabriker
Infektio
schen M

6) v. j
fibrom

Vo
ordentl
Geschw
Ei
wurde

kulose ist aber als Sekundärinfektion des geschwächten Organismus aufzufassen.

(Selbstbericht.)

5) **Jordan** (Heidelberg). Über Lupus und Lymphangitis tuberculosa.

Vortr. berichtet über 4 Fälle von Lymphgefäßtuberkulose, die er in der chirurgischen Ambulanz und Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte. Im 1. Falle traten im Anschluss an einen seit 3 Jahren bestehenden Lupus des Handrückens Knötchen- und Abscessbildungen im Verlauf der Lymphgefäße des Vorder- und Oberarms auf, deren Eiter ausschließlich Tuberkelbacillen enthielt. Im 2. Falle handelte es sich um ein lupöses Geschwür des kleinen Fingers, das zu Knötchenbildungen der entsprechenden Lymphgefäße des Vorderarmes und Abscessen im Sulcus bicipit. Veranlassung gab. Der 3. Pat. zeigte bei primärem verrukösen Lupus des Kleinfingerballens das Auftreten von lupösen Efflorescenzen am Vorderarm, so wie von subkutanen Knötchen, die sich als tuberkulöse Infiltrationsherde des Fettgewebes erwiesen. Im 4. Falle endlich lag ein Lupus des Fußrückens mit zahlreichen lupösen Ulcerationen im Verlauf der Vena saphena bis zur Schenkelbeuge vor, und es fanden sich ferner ein subkutaner Abscess, ein lymphangitisches Knötchen im Subkutangewebe und ein tuberkulöses Drüsenpaket in der Inguinalgegend. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

In der in- und ausländischen Litteratur konnten nur 13 analoge Beobachtungen aufgefunden werden. Diese Seltenheit der Erkrankung erklärt sich einerseits aus der Schwierigkeit des Nachweises, der nur an den oberflächlichen Lymphgefäßen zu erbringen ist, andererseits aus der Seltenheit des nothwendigen Primärherdes: des Lupus der Hände und Füße.

2 unserer Kranken waren Cigarrenarbeiter. Letztere sind überhaupt zur Tuberkulose und speciell zur chirurgischen Tuberkulose außerordentlich disponirt. Bei dem großen Procentsatz von Phthisikern und hereditär Belasteten unter den Arbeitern von Cigarrenfabriken ist die Gelegenheit zum Zustandekommen einer lokalen Infektion offenbar eine sehr günstige, um so mehr, als die hygienischen Maßnahmen in den Fabriken sehr viel zu wünschen übrig lassen.

(Selbstbericht.)

6) **v. Büngner** (Hanau). Über allgemein multiple Neurofibrome des peripherischen Nervensystems und des Sympathicus.

Vortr. berichtet an der Hand eines von ihm beobachteten, außerordentlich charakteristischen Falles über die überschriftlich erwähnten Geschwülste.

Eine 36jährige Frau, erblich nicht belastet und bisher gesund, wurde im März 1890 mit einem Neurofibrom des rechten N. cuta-

neus femoris ext., das ohne nachweisbare Veranlassung entstanden und in einigen Monaten bis zu Taubeneigröße angewachsen war, ins Hanauer Landkrankenhaus aufgenommen.

Dabei klagte Pat. über heftige intermittirende, gegen das Knie hin ausstrahlende Schmerzen. Letztere schwanden mit Exstirpation der Geschwulst, und es trat zunächst vollkommene Heilung ein.

Im Laufe der nächsten Monate und Jahre aber entwickelten sich bei der Pat. im Verlauf der Hautnerven des rechten Oberschenkels abermals langsam wachsende Nervenknoten, welche von paroxysmenweise auftretenden tonischen Konvulsionen und ausstrahlenden Schmerzen begleitet waren. Auch diese Geschwülste wurden exstirpiert, und zwar stets mit dem Effekt, dass durch die Operation ein mehr oder minder langer schmerzfreier Intervall geschaffen wurde. Auch ein symptomlos bis zu Hühnereigröße angewachsenes Neurofibrom am Nacken wurde entfernt.

5 Jahre nach dem ersten Auftreten der Primärgeschwulst konnten bei der Pat. entlang dem Verlauf der oberflächlichen und tieferen Nervenstränge des rechten Oberschenkels massenhafte erbsen- bis über walnussgroße Geschwulstknoten nachgewiesen werden, welche reihenförmig mit kurzen Unterbrechungen, wie Ganglien, in die Nerven eingeschaltet erschienen. Dabei hatten die schon erwähnten klinischen Symptome mit erneuter Heftigkeit eingesetzt, auch war es allmählich zu einer Flexionskontraktur des rechten Kniegelenks gekommen. Da die Schmerzen indessen im Wesentlichen auf die Vorder- und Innenseite des Oberschenkels beschränkt waren, wurde der Versuch gemacht, dieselben durch ausgiebige Exstirpation der hier gelegenen Nerven zu beseitigen. Die wesentlich beteiligten, in Stamm und Ästen mit zahlreichen, meist länglichrunden, spindel- oder eiförmigen Anschwellungen besetzten 3 Hauptäste des rechten Cruralis: der N. cutan. femoris internus, medius und der N. saphenus major wurden kontinuierlich im Zusammenhang freigelegt und vom Poupart'schen Band bis unterhalb des Kniegelenks mit sämtlichen Verzweigungen exstirpiert.

Nach der Operation, die Votr. als präparatorische Totalexstirpation der Nerven bezeichnet, und nach Geradestreckung des Kniegelenks hörten die Schmerzen und Krampfstände auf, und Pat. erholte sich von Neuem. Allein schon nach einigen Monaten traten auch an den Nerven des linken Oberschenkels Geschwulstknoten in die Erscheinung, und $\frac{1}{2}$ Jahr später hatten wir hier genau dasselbe Bild vor uns, wie ehemals auf der anderen Seite. Auch hier wurden die in Vielzahl mit Neurofibromen übersäten Nervenketten an der Vorder- und Innenseite des Oberschenkels möglichst im Zusammenhang exstirpiert, und das in Beugungskontraktur gerathene linke Knie gerade gestreckt, wonach die lästigen klinischen Symptome schwanden.

Leider jedoch war dieses Mal der freie Intervall ein noch kürzerer; denn schon 1 Monat später, nachdem sich bereits vorher

eine Blasenlähmung entwickelt hatte, kam es wiederum zu Schmerzparoxysmen und Konvulsionen, und zwar jetzt in der ganzen Ausdehnung beider unteren Extremitäten, welche sich in Folge dessen in fast sämtlichen Gelenken in Kontraktur stellten und dieserhalb auf Schienen festgestellt werden mussten, was wesentliche Erleichterung brachte. Immerhin blieben lebhaftere Schmerzen im rechten Kniegelenk bestehen. Letzterer wegen wurde noch einmal zu einem operativen Eingriff, nämlich zur Arthrektomie des rechten Kniegelenks, geschritten. Excision des ganzen synovialen und subsynovialen Gewebes nebst einer Anzahl knotig verdickter Nervenstränge.

Die Schmerzen ließen zwar auch jetzt für einige Wochen nach, dann aber — und das ist das Bemerkenswerthe im ganzen Krankheitsbild — ließ sich in rascher Folge die Entwicklung von Nervenknoten fast am ganzen Körper verfolgen.

Ähnliche multiple Geschwulstknoten, wie an den Oberschenkeln, entwickelten sich an den Nerven der Unterschenkel und Füße, an der Brust, am Abdomen und am Rücken. Während diese Knoten allmählich zahlreicher und größer wurden, traten alsbald solche am Halse hinzu. Alle diese, zumeist nur erbsen- bis haselnussgroßen Geschwülste waren zum Unterschied von den früher beobachteten auf Druck schmerzhaft. Eben so konnten demnächst in der Tiefe des Abdomens rechts der Wirbelsäule einige schmerzhaft Geschwulstknoten gefühlt werden. Einige andere spindelförmige Verdickungen im Bereich der Hirnäste der Trigemini entstanden vollkommen symptomlos. Die übrigen Abschnitte von Kopf und Gesicht blieben frei. Dagegen gesellten sich in Kürze, nachdem zur Blasenlähmung eine Darmlähmung hinzugetreten war, auch Krankheitserscheinungen an den oberen Extremitäten, Bewegungsbehinderung und Schmerzen in den Oberarmen, Vorderarmen und Händen hinzu. Auch hier stellten sich allmählich zunehmende Kontrakturstände besonders an den Händen und Fingern ein, welche die Kranke immer hilfloser machten, und bald zeigten sich die oberen Extremitäten, nachdem Anfangs nur einige Geschwulstknoten an der Beugeseite beider Oberarme nachweisbar waren, in gleicher Weise von Neurofibromen übersät, wie beide Unterextremitäten. Außerdem hatten sich die Armnerven in der Achselhöhle und die Ischiadici an der hinteren Seite der Oberschenkel derart diffus verdickt, dass erstere als fast kleinfingerdicke, letztere sogar als über daumendicke Stränge durch die Haut gefühlt werden konnten.

Zugleich mit der Vergrößerung und Vermehrung der jetzt fast am ganzen Körper vorhandenen Geschwulstknoten, welche sich allerorten als perlschnurartig oder mit kurzen Unterbrechungen an einander gereiht, im Ganzen spindelförmige Auftreibungen fibromatöser Neurome der Stämme und Äste der Nerven darstellten, steigerten sich die Beschwerden, und 6 Jahre nach dem Auftreten der Primärgeschwulst erlag die arme Kranke, welche in letzterer Zeit oft ganz

zusammengekauert dalag, einer plötzlich einsetzenden Bronchopneumonie.

Bei der Sektion wurden die erkrankten Spinalnerven unter Mit-
auslösung der Wirbelsäule und der angrenzenden Skelettheile in Zu-
sammenhang mit dem Rückenmark erhalten und möglichst bis in
ihre feineren Äste auspräparirt. Eben so wurden, um die Einheit-
lichkeit des Präparates nicht zu stören und das ganze Gebiet der
Geschwulstverbreitung übersehen zu können, die Nn. sympathici und
die von ihnen umsponnenen inneren Geschlechtstheile in situ be-
lassen. Das so gewonnene Gesamtpräparat wurde für die Samm-
lung des pathologischen Instituts in Marburg Herrn Geheimrath
Marchand überwiesen.

Aus dem von ihm festgestellten anatomischen Befund ergibt
sich, dass es sich in diesem Falle um eine sehr verbreitete Neuro-
fibrombildung handelt, an welcher sämtliche Spinalnerven ohne
Ausnahme, außerdem der N. vagus und mindestens ein großer Theil
des N. sympathicus theilnehmen. Die Fibrombildung, welche in
ihren Anfängen wie gewöhnlich in Gestalt kleiner spindelförmiger
Anschwellungen beginnt, welche an vielen Stellen eine sehr bedeu-
tende Größe erreichen, geht schließlich in ganz diffuse, unregel-
mäßige, höckrige Verdickungen der großen Hauptstämme über und
hat an einzelnen Stellen, besonders an den Ursprüngen der Nn.
lumbales der rechten Seite, zu geradezu kolossalen Geschwulst-
bildungen geführt.

Bemerkenswerth ist das Vorhandensein zahlreicher Geschwulst-
knoten an den Wurzeln der Spinalnerven innerhalb der Dura
mater, und zwar sowohl an den hinteren, als auch an den vorderen
Wurzeln.

Die Substanz des Rückenmarks scheint trotz der oft erheblichen
Einengung durch die Geschwulstknoten noch keine merkliche Ver-
änderung erlitten zu haben. —

Der histologische Bau der Geschwülste entspricht im Großen
und Ganzen vollständig dem oft beschriebenen. Die Gewebswuche-
rung gehört ausschließlich dem Bindegewebe des Endoneuriums an,
während die Nervenfasern selbst in den größeren Anschwellungen
sich oft noch mit auffallender Deutlichkeit, wenn auch sehr aus ein-
ander gedrängt und oft ganz isolirt und verstreut, besonders auf
Querschnitten nachweisen lassen. In den größten Geschwulstknoten
hat das sehr dichte Bindegewebe eine etwas mehr durchscheinende,
aber immer noch sehr feste Beschaffenheit. Die frischen Schnitt-
flächen waren etwas schleimig anzufühlen.

Übergänge zu maligner Geschwulstbildung waren nirgends vor-
handen.

Im Anschluss an vorstehenden klinischen und anatomischen Be-
richt wurde das sehr bemerkenswerthe Präparat demonstriert. —

Vortr. entwirft zum Schluss auf Grund seiner und der bisher in
der Litteratur niedergelegten Beobachtungen ein übersichtliches Bild

der allgemein multiplen Neurome und bespricht (s. die Originalarbeit) die Lokalisation, den Ausgangspunkt, den histologischen Bau, das grob anatomische Verhalten, die Pathogenese, den Symptomenkomplex, die Diagnose, Prognose und chirurgische Behandlung derselben.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Schlange (Hannover) berichtet über einen ähnlichen Fall, der später vielleicht im Zusammenhang mit der primären Erkrankung an Lungensarkom zu Grunde ging, und glaubt desshalb, dass die Anfangs gutartigen Geschwülste später bösartig werden können.

v. Büngner führt aus der Litteratur Fälle an, die Anfangs gutartig waren, später ebenfalls bösartig wurden.

Garrè (Rostock): $\frac{1}{12}$ aller der Fälle geht sarkomatös zu Grunde. Es handelt sich um Veränderungen der Nervenscheide bei den Geschwülsten, Metastasen im ganzen Nervensystem, bevor es zu Metastasen durch die Blutbahn kommt.

Borchard (Posen).

7) **Jürgens** (Berlin) zeigt Sarkome vor, die durch Impfung bei Thieren erzeugt sind; ferner Präparate von Kalkmetastasen in Lungen und Nieren bei Carcinom des Pankreas und Duodenum.

8) **A. Reinhardt** (Berlin). Sarkome langer Extremitätenknochen.

Bei der Untersuchung von 54 Fällen von Sarkomen langer Extremitätenknochen der Göttinger Klinik stellt sich heraus, dass die centralen Sarkome häufiger sind als die periostalen. Ist — wie gewöhnlich — das Innere des Knochens und das Periost Sitz der Geschwulst, so ist die Entscheidung, ob die Entstehung des Tumors eine centrale oder periostale ist, nicht selten schwer zu treffen. Besteht zwischen dem Sarkom unter dem Periost und einem im Knocheninneren gelegenen Geschwulstknoten nur eine schmale Verbindung durch die Corticalis hindurch, so ist der centrale Ursprung wahrscheinlich, ist die Corticalis breit angefrassen oder zerstört, so wird ein primäres Periostsarkom anzunehmen sein. Die rein periostalen Sarkome sitzen vorzugsweise am Schaft, die centralen in der Gegend der Epiphysenlinie. Aber nicht die eigentliche Epiphyse — der Knochenabschnitt vom Epiphysenknorpel bis zum Gelenkknorpel — ist primär ergriffen, sondern die Partie, welche schaftwärts von der Epiphysenlinie liegt. Am häufigsten sitzen die Sarkome der langen Röhrenknochen der Extremitäten an den Epiphysen, welche dem Kniegelenk nahe liegen: der unteren Epiphyse des Femur und der oberen der Tibia.

Die Operationsmethode bestand fast ohne Ausnahme in Amputation oder Exartikulation. Partielle Exstirpationen wurden bei Riesenzellensarkomen an kleineren Knochen: Talus, Calcaneus, Clavicula vorgenommen. Zu warnen ist vor partiellen Operationen bei anderen als Riesenzellensarkomen, weil in einzelnen Fällen neben dem zusammenhängenden Tumor noch isolirte Knoten im Schaft vorkommen.

Die Endergebnisse der länger als 4 Jahre beobachteten Fälle ergeben 18% Dauerheilungen. Metastasen — in erster Linie in den Lungen — sind viel häufiger gewesen als lokale Recidive.

Die Veränderungen am Knochen lassen sich durch die Photographie nach Röntgen am Spirituspräparat sehr deutlich nachweisen: Zerstörung der Knochensubstanz, Infiltration, Verdickung der Corticalis, Knochenneubildung am Periost und im Tumor. Über die Ausdehnung des Sarkoms in den Weichtheilen giebt die Röntgen-Aufnahme bis jetzt keinen Aufschluss. (Selbstbericht.)

9) **E. Küster** (Marburg). Über fibröse Ostitis mit Demonstrationen.

Der Krankheitsfall, an welchem K. das in der Überschrift gekennzeichnete Leiden beobachtete, betraf ein 17jähriges Mädchen, welches im Alter von 5 Jahren 2mal den Oberschenkel brach. Seit dieser Zeit hinkte sie. Am Tage vor ihrer Aufnahme in die Marburger Klinik fiel sie und brach denselben Knochen zum 3. Mal. An dem wenig entwickelten Mädchen war der Bruch in der Mitte des Femur leicht erkennbar; außerdem aber war das obere Ende des Knochens in eigenthümlicher Weise verbogen, so dass auch in der Narkose eine genaue Diagnose nicht gestellt werden konnte. In Folge der Äthernarkose wurde Pat. von einer Pneumonie befallen, der sie sehr schnell erlag.

Die Sektion ergab außer frischen und älteren Veränderungen in den Lungen einen höchst ungewöhnlichen Befund am rechten Oberschenkel. Die frische Bruchfläche saß in der Mitte des Schaftes; das obere Bruchstück war in Form eines Hirtenstabes gekrümmt, dabei Schenkelhals und Kopf im spitzen Winkel nach abwärts gebogen. Die Kapsel des Hüftgelenks ist stark erweitert, der vom Knorpel fast entblößte Kopf steht in der verkleinerten Pfanne, ein Theil des Halses reitet nach hinten auf dem Pfannenrande. Die ganze rechte Beckenhälfte ist niedriger und kleiner als die linke. Der Oberschenkelschaft ist glatt, von einem speckartigen Periost bedeckt. Nach frontaler Durchsägung erkennt man, dass die obere Epiphysen- und die Apophysenlinie verschwunden sind, während die untere Epiphysenlinie wohl erhalten ist. Unterhalb der verstrichenen Apophysenlinie zieht eine breite, lappige Knorpelmasse durch den oberen Theil des Schaftes und durch den Schenkelhals. In der übrigen Schnittfläche fehlt das Fettmark vollkommen; an seine Stelle

ist eine sklerotische Knochensubstanz getreten, welche in die Compacta übergeht, an einigen Stellen elfenbeinhart ist, an anderen Stellen graue, harte Flecke darstellt. Der größte Theil aber der ehemaligen Markhöhle wird von einem ganz weißen, fibrösen Gewebe eingenommen, in welchem man mit bloßem Auge und mit dem Finger Knochenbälkchen erkennen kann. Innerhalb dieses Gewebes im oberen Theil des Knochens findet sich eine kirschengroße Cyste, von einem glatten, fibrösen Gewebe ausgekleidet.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man Corticalis und Spongiosa sehr dicht. An die Stelle der Markräume aber tritt ein sehr feinfasriges Bindegewebe, welches vielfach Übergänge in Knorpel, noch häufiger Übergänge in Knochen zeigt, in der Weise, dass die schmalen Kerne sich ohne Osteoblastenbildung in Reihen ordnen und durch Verkalkung Knochen bilden. An anderen Stellen findet sich ausgeprägte Knochenresorption durch Riesenzellen. Nicht selten sieht man auf der einen Seite eines Bälkchens Anbildung, auf der anderen Abbau des Knochens.

Hiernach gehört der Fall jenen seltenen Beobachtungen an, welche Czerny und Paget unter dem Namen der Ostitis deformans, v. Recklinghausen unter dem Namen der Ostitis fibrosa beschrieben haben, und welche sich auffallend häufig mit bösartigen Neubildungen verbinden. v. Recklinghausen fasst den Process als einen Entkalkungsvorgang des gesammten Knochensystems auf, an welchen sich in abwechselnder Folge Knochenanbau und -Abbau anschließt; er setzt ihn in engste Beziehung zur Osteomalacie. Von den bisher bekannt gewordenen Fällen aber weicht der vorliegende in so fern stark ab, als der Process nicht erst im mittleren Lebensalter, sondern bereits in der Kindheit begonnen und nicht eine Verbreitung über das gesammte Skelett gefunden hat, sondern auf einen einzelnen Knochen beschränkt geblieben ist. Hiernach dürfte die Möglichkeit vorhanden sein, dass auch einzelne Fälle der sog. Coxa vara einem ähnlichen Process ihre Entstehung verdanken.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Schlange (Hannover) sah eine Verkrümmung und Verdickung dicht unterhalb des Trochanters, wie bei einer schlecht geheilten Fraktur. Nach Aufmeißelung fand sich eine fibröse Geschwulst mit Cysten. Er glaubt nach Virchow die Entstehung auf entwicklungsgeschichtliche Störungen zurückführen zu müssen.

Borchard (Posen).

10) E. Bennecke (Berlin). Zur Frage der Trippergelenke.

B. berichtet über 58 gonorrhoeische Gelenkentzündungen bei 38 Pat., welche vom December 1895 bis März 1897 in der chirurgischen Klinik der Charité behandelt wurden. Es waren 15 Männer, 23 Frauen. 25mal war das Kniegelenk erkrankt, 10mal der Fuß, 7mal die Hüfte, 6mal der Ellbogen, 5mal die Hand, 4mal die Schulter,

1mal die Finger. 27 Pat. waren monartikulär erkrankt (10 Knie, 6 Füße, 4 Ellbogen, 4 Hüften, 2 Schultern, 1 Hand), 11 polyartikulär (5mal 2 Gelenke, 4mal 3, je 1mal 4 und 5). Bei den meisten Polyarthritiden überwogen 1 oder 2 Gelenke an Schwere der Erkrankung.

Das zeitliche Verhältnis zwischen Auftreten des Trippers und der Arthritis schwankte von Gleichzeitigkeit bis mehrjähriger Differenz. An Gelegenheits- und disponierenden Ursachen wurden einige Male beobachtet leichte Traumen, Erkältung, Gelenkrheumatismus, »Reißen«, früher überstandener Tripperrheumatismus.

Von Formen der gonorrhöischen Gelenkentzündung wurden unterschieden: Der reine Hydrops, der serofibrinöse Hydrops, das Empyem und die phlegmonöse Form, die bösartigste, welche auf die paraartikulären Gewebe, Bänder, Sehnen, Sehnenscheiden, Haut übergreift. Gerade sie ist für die Gelenkentzündungen nach Tripper höchst charakteristisch; sie bedingt deren meist enorme Schmerzhaftigkeit und Neigung zur Versteifung; sie gesellt sich gelegentlich zu allen vorher erwähnten Formen.

Der klinische Verlauf war sehr verschieden. Abgesehen von den in der Minderzahl befindlichen reinen Hydropsien, welche leicht und rasch abliefen, waren es schwere Erkrankungen, schwer durch die starken Schmerzen, die funktionellen Störungen, die Neigung zu Kontraktur, Destruktion, Versteifung und Ankylose.

Die Therapie bestand in den Fällen ohne paraartikuläre Phlegmone in Ruhestellung, Kompression, bei Knien Punktion und Karbolinjektion (5%ig), bei Hüften Extension. Überall wo paraartikuläre Phlegmone dazu kam, wurde mit bestem Erfolg Jodtinktur aufgespritzt, bei Knien wurde daneben meist Punktion und Karbolinjektion angewendet. Größere chirurgische Eingriffe wurden nur 3mal nöthig: Incision und Auswaschung einer Schulter mit Karbol, Incision eines Abscesses am Ellbogen, Drainage eines Kniees. Beim Nachlassen des entzündlichen Stadiums wurde an Ellbogen und Knie ein Gipsverband angelegt und dann die Mobilisirung durch aktive und passive Bewegungen, Massage und Bäder mit möglichster Energie in Angriff genommen.

Die Untersuchung aller punktirten Ergüsse (fast nur aus Knien) hat nur einmal Gonokokken ergeben, vielfach vollkommene Abwesenheit von Bakterien.

Der schließliche Ausgang war am günstigsten bei den Füßen und Händen. Die einzige kontrollirte Schulter war gut beweglich. Von den Knien ist etwa die Hälfte mit voller Beweglichkeit geheilt, 3 sind völlig steif. Sehr schwer erkrankt waren die Fälle von Coxitis (hohe Schmerzhaftigkeit, Schwellung, Kontraktur, mehrmals frühe Destruktion). 3 heilten mit guter Beweglichkeit und ohne Destruktion, 1 mit vollkommener Ankylose, 1 mit starker Verkürzung und Beweglichkeit, 1 starb an Pyelonephritis.

Von Komplikationen wurden 3 Conjunctivitiden und 1 wahrscheinlich hämatogene Iritis beobachtet.

(Selbstbericht.)

Diskussion: König (Berlin): Es giebt Gelenkerkrankungen bei Gonorrhöen, die wie ein akuter Gelenkrheumatismus verlaufen; sämtliche Gelenke können befallen werden, kontrakt bleiben. Viele Fälle des chronischen Gelenkrheumatismus werden auf Gonorrhoe zurückzuführen sein. —

Bier (Kiel) macht auf die Erfolge, die man durch Stauungshyperämie bei gonorrhöischer Gelenkerkrankung erzielen kann, aufmerksam. Zuweilen tritt selbst in frischen Fällen ein sehr schneller Erfolg ein. Die Stauung muss stark gemacht werden, bis zur erheblichen Schwellung des Gelenks, ja selbst bis zur Blasenbildung.

Borchard (Posen).

11) **Gurlt.** Narkosenstatistik.

G. macht Mittheilungen über die von der Gesellschaft veranstaltete Narkosenstatistik, die diesmal 2 Jahre umfasst. Es sind im Jahre 1895/96 29 596 und im Jahre 1896/97 29 173 Fälle berichtet. Davon sind 37 401 Chloroformnarkosen mit 29 Todesfällen und 13 856 Äthernarkosen mit 3 Todesfällen. 996 Narkosen mit Billroth'scher Mischung, 4927 mit Äther und Chloroform und 1489 mit Bromäther hatten keinen Todesfall aufzuweisen. Die Verhältniszahlen sind für Chloroform 1 Tod: 2039 Narkosen, Äther 1: 5090, Billroth 1: 3870, Bromäther 1: 5228, Äther und Chloroform 1: 7594, Pental 1: 213. Das letztere Narkoticum findet sich in den Berichten der letzten Jahre nicht mehr, scheint daher endgültig aufgegeben zu sein. In den einzelnen Berichtsjahren schwankt die Mortalität beim Chloroform zwischen 1: 1100 und 1: 4200. Beim Äther zwischen 1: 2300 und 1: 6700. In den ersten 3 Berichtsjahren hatte Äther überhaupt keinen Todesfall. Die Statistik umfasst jetzt im Ganzen 327 593 Narkosen mit 134 Todesfällen, also 1: 2444. Nach Chloroform sind mehrere Fälle von Pneumonie und parenchymatöser Nephritis beobachtet, nach Äther ebenfalls Pneumonien und mehrfach Exantheme.

(Durch den Redner revidirt.)

Der Vorsitzende ersucht die Mitglieder der Gesellschaft, die Aufzeichnungen der von ihnen beobachteten Narkosen da wieder aufzunehmen, wo sie in ihren früheren Berichten aufgehört haben, sie bis Ende Februar 1898 fortzuführen und den Bericht sodann bis spätestens zum 15. März 1898, wie früher, dem ständigen Schriftführer, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gurlt, Berlin W., Keithstr. No. 6, zu übersenden.

Sollten einzelne Mitglieder sichere Aufzeichnungen besitzen, die sich über längere Zeiträume erstrecken, so würde auch deren Mittheilung sehr willkommen sein, jedoch mit Ausschluss derjenigen Fälle, die bereits in den 1891—1897 erstatteten Berichten verzeichnet sind.

In den Berichten ist die Beachtung folgender Punkte erforderlich resp. erwünscht:

- 1) Angabe der Beobachtungszeit.

2) Angaben, welche Betäubungsmittel resp. deren Präparate (Chloroform, Äther, Mischungen derselben etc.) und wie oft die einzelnen derselben angewendet worden sind.

3) Bezugsquellen derselben.

4) Angewendete Apparate etc.

5) Angabe der Zeitdauer ungewöhnlich lange (1 Stunde und darüber) fortgesetzter Narkosen.

6) Verbrauch der Betäubungsmittel pro Minute, oder im Durchschnitt für jede Narkose, oder Maximalverbrauch bei ungewöhnlich lange dauernden Narkosen.

7) Angaben, ob und in welcher Zahl von gleichzeitigen Morphin- oder anderen Injektionen Gebrauch gemacht wurde.

8) Angabe, wie oft der Harn (vor der Narkose) Zucker bezw. Eiweiß enthielt (nach welcher Methode bestimmt? bei Zucker wie viel Procent?).

9) Üble Zufälle bei und nach den Narkosen: a. Asphyxien (Behandlung derselben, Tracheotomie etc.). b. Todesfälle (Ursachen, Sektionsergebnisse etc.). c. Etwaige üble Nachwirkungen nach der Chloroform- und Äthernarkose (Spätcollaps, Lungenödem, Bronchitis, Pneumonie mit und ohne tödlichen Ausgang).

Richter (Breslau).

12) H. Kümmell (Hamburg). Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Chirurgie.

Als nach dem Bekanntwerden der epochemachenden Entdeckung Wilhelm Röntgen's im December 1895 der erste Sturm überschwänglicher Erwartungen einer ruhigeren Kritik gewichen war, und praktische Versuche mit den neuen Strahlen an den verschiedensten Stätten wissenschaftlicher Arbeit mit großem Eifer angestellt wurden, schien es fast, als ob für unsere ärztliche Kunst und vor Allem für die Chirurgie der für die Diagnose erhoffte Gewinn nicht erzielt werden und unsere so weitgehenden Hoffnungen nicht erfüllt werden sollten. War doch Anfangs eine Expositionszeit von so langer, bei größeren Körpertheilen sich über Stunden erstreckender Dauer nothwendig, dass es unmöglich erschien, den lebenden menschlichen Körper oder einzelne seiner Gliedmaßen und Theile zu so langer Ruhigstellung zu zwingen, zumal die Objekte der Untersuchung sehr oft verletzte Körpertheile oder erkrankte Individuen waren.

Diese Befürchtungen sind Dank dem unablässigen Arbeiten und Streben von Physikern, Elektrotechnikern und Ärzten nicht in Erfüllung gegangen. Uermüdlich ist die Technik bemüht gewesen, die Intensität der X-Strahlen durch zweckentsprechende Neuerungen zu erhöhen, dadurch die Schärfe der Bilder zu verbessern und die Expositionsdauer herabzusetzen. Und jetzt, nach noch nicht 1 1/2-jähriger Arbeit seit dem Bekanntwerden der großen Entdeckung, sind wir bereits auf einem Standpunkt angelangt, der, wenn er auch noch keinen Abschluss bedeutet, so doch einen Rückblick auf große Fort-

schritte gestattet und uns fertige Thatsachen vorführt, welche auch bei skeptischer Auffassung die Röntgen'schen Strahlen für ein diagnostisches Hilfsmittel von Werth erachten muss, welches speciell für die Chirurgie vielfach durch kein anderes zu ersetzen ist und auf keine andere Weise eine so bestimmte, alle Einzelheiten feststellende Diagnose ermöglicht. Gelingt es uns doch jetzt auch von den mächtigen Knochen des menschlichen Körpers, speciell am Becken und Hüftgelenk des Erwachsenen, klar die Verhältnisse und Veränderungen wiedergebende Bilder zu erlangen. Zu keiner Aufnahme, auch nicht zu den eben genannten, haben wir in letzter Zeit die Expositionsdauer von 5 Minuten überschritten. Im Durchschnitt genügt $\frac{1}{2}$ —1 Minute zur Aufnahme der Extremitäten, kindlicher Becken u. dergl. Eben so geben Momentaufnahmen für Hand, Vorderarm vollkommen scharfe, tadellose Bilder.

Die Kopien geben im Allgemeinen die Verhältnisse nicht so deutlich wieder als die Platten. Aber auch bei diesen muss die Übung das Erkennen feiner Veränderungen ermöglichen und erleichtern. Derjenige, welcher viel mit Röntgen'schen Aufnahmen zu thun hat, wird auch auf minder guten Platten durch geeignete Haltung und Belichtung weniger deutlich hervortretende Veränderungen sehen und beurtheilen können. In sehr wenig zutreffender Weise geben meist die Reproduktionen in unseren wissenschaftlichen Zeitschriften die Zeichnungen der Originalplatten wieder und gestatten nur selten einen genauen Einblick in die Details der Aufnahme.

Am frühesten und eingehendsten wurden die Röntgen'schen Strahlen zur Feststellung des Sitzes von Fremdkörpern, Metall oder Glas, benutzt, während Holzsplitter, Ledertheile und Tuchfetzen erklärlicherweise kein Schattenbild hervortreten ließen. Während in der ersten Zeit das Aufsuchen von in Hand und Fuß eingedrungenen Nadeln oder Eisensplittern ein Hauptgebiet der Skiagramme darstellen, die auch durch den Fluoreszenzschirm nachgewiesen werden können, ist man bald weiter fortgeschritten und hat Projektile im Oberschenkel, Thorax und Kopf nachgewiesen, und kaum wird sich ein schattengebender Fremdkörper in irgend einer Partie des Körpers, wenn er nicht zu klein ist, vor den Alles durchdringenden Strahlen verbergen können, ohne auf der Platte sichtbar zu werden. Die operative Entfernung der durch das Schattenbild nachgewiesenen Fremdkörper, vor Allem der dünnen Nadeln, ist auf mehrfache Schwierigkeiten gestoßen. Diese werden wesentlich vermindert, wenn man den Sitz des betreffenden Fremdkörpers von zwei verschiedenen Ebenen aus feststellt. Sie sehen hier, um ein bekanntes Paradigma zu wählen, eine Nadel in der Hand, welche wir einmal von der Hohlhand aus und dann von der radialen Seite her durchleuchtet haben. Es markirt sich alsdann der Fremdkörper auch in der Tiefenrichtung und giebt uns die Dicke der Gewebsschicht an, welche wir zu seiner Erlangung durchschneiden müssen. Dasselbe lässt sich beim Vorder-

2) Angaben, welche Betäubungsmittel resp. deren Präparate (Chloroform, Äther, Mischungen derselben etc.) und wie oft die einzelnen derselben angewendet worden sind.

3) Bezugsquellen derselben.

4) Angewendete Apparate etc.

5) Angabe der Zeitdauer ungewöhnlich lange (1 Stunde und darüber) fortgesetzter Narkosen.

6) Verbrauch der Betäubungsmittel pro Minute, oder im Durchschnitt für jede Narkose, oder Maximalverbrauch bei ungewöhnlich lange dauernden Narkosen.

7) Angaben, ob und in welcher Zahl von gleichzeitigen Morphin- oder anderen Injektionen Gebrauch gemacht wurde.

8) Angabe, wie oft der Harn (vor der Narkose) Zucker bezw. Eiweiß enthielt (nach welcher Methode bestimmt? bei Zucker wie viel Procent?).

9) Üble Zufälle bei und nach den Narkosen: a. Asphyxien (Behandlung derselben, Tracheotomie etc.). b. Todesfälle (Ursachen, Sektionsergebnisse etc.). c. Etwaige üble Nachwirkungen nach der Chloroform- und Äthernarkose (Spätcollaps, Lungenödem, Bronchitis, Pneumonie mit und ohne tödlichen Ausgang).

Richter (Breslau).

12) H. Kümmell (Hamburg). Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Chirurgie.

Als nach dem Bekanntwerden der epochemachenden Entdeckung Wilhelm Röntgen's im December 1895 der erste Sturm überwältigender Erwartungen einer ruhigeren Kritik gewichen war, und praktische Versuche mit den neuen Strahlen an den verschiedensten Stätten wissenschaftlicher Arbeit mit großem Eifer angestellt wurden, schien es fast, als ob für unsere ärztliche Kunst und vor Allem für die Chirurgie der für die Diagnose erhoffte Gewinn nicht erzielt werden und unsere so weitgehenden Hoffnungen nicht erfüllt werden sollten. War doch Anfangs eine Expositionszeit von so langer, bei größeren Körpertheilen sich über Stunden erstreckender Dauer nothwendig, dass es unmöglich erschien, den lebenden menschlichen Körper oder einzelne seiner Gliedmaßen und Theile zu so langer Ruhigstellung zu zwingen, zumal die Objekte der Untersuchung sehr oft verletzte Körpertheile oder erkrankte Individuen waren.

Diese Befürchtungen sind Dank dem unablässigen Arbeiten und Streben von Physikern, Elektrotechnikern und Ärzten nicht in Erfüllung gegangen. Unermüdlich ist die Technik bemüht gewesen, die Intensität der X-Strahlen durch zweckentsprechende Neuerungen zu erhöhen, dadurch die Schärfe der Bilder zu verbessern und die Expositionsdauer herabzusetzen. Und jetzt, nach noch nicht 1 1/2-jähriger Arbeit seit dem Bekanntwerden der großen Entdeckung, sind wir bereits auf einem Standpunkt angelangt, der, wenn er auch noch keinen Abschluss bedeutet, so doch einen Rückblick auf große Fort-

schritte
skeptisch
stisches
die Chir
keine and
Diagnose
tigen Kno
Hüftgelenk
rungen wi
auch nicht
Expositions
nügt 1/2-1
Becken u.
Vorderarm v

Die Ko
deutlich wie
Übung das
leichtern. D
zu thun hat,
Haltung und
rungen sehen
Weise geben
Zeitschriften
statten nur se
nahme.

Am frühe
Strahlen zur F
Glas, benutzt,
klärlicherweise
der ersten Zeit
Nadeln oder l
stellen, die auc
können, ist man
schenkel, Thor
schattengebende
wenn er nicht
verbergen könn
relative Entfernu
körper, vor Alle
keiten gestoßen
den Sitz des bet
aus feststellt. S
eine Nadel in d
und dann von d
kirt sich alsdann
gibt uns die Dic
langung durchsch

schritte gestattet und uns fertige Thatsachen vorführt, welche auch bei skeptischer Auffassung die Röntgen'schen Strahlen für ein diagnostisches Hilfsmittel von Werth erachten muss, welches speciell für die Chirurgie vielfach durch kein anderes zu ersetzen ist und auf keine andere Weise eine so bestimmte, alle Einzelheiten feststellende **Diagnose** ermöglicht. Gelingt es uns doch jetzt auch von den mächtigen **Knochen** des menschlichen Körpers, speciell am Becken und Hüftgelenk des **Erwachsenen**, klar die Verhältnisse und Veränderungen wiedergebende Bilder zu erlangen. Zu keiner Aufnahme, auch nicht zu den eben genannten, haben wir in letzter Zeit die Expositionsdauer von 5 Minuten überschritten. Im Durchschnitt genügt $\frac{1}{2}$ —1 Minute zur Aufnahme der Extremitäten, kindlicher Becken u. dergl. Eben so geben Momentaufnahmen für Hand, Vorderarm vollkommen scharfe, tadellose Bilder.

Die Kopien geben im Allgemeinen die Verhältnisse nicht so deutlich wieder als die Platten. Aber auch bei diesen muss die Übung das Erkennen feiner Veränderungen ermöglichen und erleichtern. Derjenige, welcher viel mit Röntgen'schen Aufnahmen zu thun hat, wird auch auf minder guten Platten durch geeignete Haltung und Belichtung weniger deutlich hervortretende Veränderungen sehen und beurtheilen können. In sehr wenig zutreffender Weise geben meist die Reproduktionen in unseren wissenschaftlichen Zeitschriften die Zeichnungen der Originalplatten wieder und gestatten nur selten einen genauen Einblick in die Details der Aufnahme.

Am frühesten und eingehendsten wurden die Röntgen'schen Strahlen zur Feststellung des Sitzes von Fremdkörpern, Metall oder Glas, benutzt, während Holzsplitter, Ledertheile und Tuchfetzen erklärlicherweise kein Schattenbild hervortreten ließen. Während in der ersten Zeit das Aufsuchen von in Hand und Fuß eingedrungenen Nadeln oder Eisensplittern ein Hauptgebiet der Skiagramme darstellen, die auch durch den Fluoreszenzschirm nachgewiesen werden können, ist man bald weiter fortgeschritten und hat Projektile im Oberschenkel, Thorax und Kopf nachgewiesen, und kaum wird sich ein schattengebender Fremdkörper in irgend einer Partie des Körpers, wenn er nicht zu klein ist, vor den Alles durchdringenden Strahlen verbergen können, ohne auf der Platte sichtbar zu werden. Die operative Entfernung der durch das Schattenbild nachgewiesenen Fremdkörper, vor Allem der dünnen Nadeln, ist auf mehrfache Schwierigkeiten gestoßen. Diese werden wesentlich vermindert, wenn man den Sitz des betreffenden Fremdkörpers von zwei verschiedenen Ebenen aus feststellt. Sie sehen hier, um ein bekanntes Paradigma zu wählen, eine Nadel in der Hand, welche wir einmal von der Hohlhand aus und dann von der radialen Seite her durchleuchtet haben. Es markirt sich alsdann der Fremdkörper auch in der Tiefenrichtung und giebt uns die Dicke der Gewebsschicht an, welche wir zu seiner Erlangung durchschneiden müssen. Dasselbe lässt sich beim Vorder-

und Oberarm, so wie bei den unteren Extremitäten ausführen. Außer der Aufnahme in zwei verschiedenen Ebenen scheint die Herstellung stereoskopischer Bilder von Levy-Dorn dasselbe Ziel in sehr praktischer Weise zu erreichen. Persönliche Erfahrungen stehen mir darüber nicht zu Gebote. Sie sehen hier noch eine Anzahl Projektile, einen Schrotschuss im Fuß, eine dem Knochen des Oberschenkels aufsitzende Kugel und sonstige Ihnen bekannte Fremdkörperbilder. Der Nachweis von Kugeln im Kopfe, über die Brissaud und Londe, Eulenburg und Scheier berichten, ist uns ebenfalls bald gelungen. Sehr scharf und klar sind diese Bilder im Vergleich zu denen von anderen Körpertheilen immerhin nicht, jedoch geben sie mit voller Deutlichkeit den Sitz des Projektils an, und dass dieselben auch einen praktischen Werth für einen operativen Eingriff haben, beweist dieser Fall von Leander, welcher den Sitz der in das Hinterhaupt eingedrungenen Kugel durch zwei verschiedene Aufnahmen in sagittaler und querer Richtung, wie ich es bereits für die Extremitäten Ihnen geschildert habe und wie wir es auch in einem Falle bereits ausgeführt hatten, feststellte und sie erfolgreich entfernte. Haarnadeln konnte Levy-Dorn durch die ganze Schädelmasse hindurch deutlich auf der Platte abgedruckt finden, jedoch nur durch die hinter den Warzenfortsätzen gelegene Schädelhälfte. Uns ist es gelungen, dünne Drahtnägels, welche sich ein Geisteskranker in verschiedener Anzahl unter die Kopfhaut getrieben hatte, und die äußerlich auf keine Weise nachzuweisen waren, durch das Schattenbild festzustellen. Dieselben konnten dann operativ entfernt werden. Pat. gab an, dass er Nägel im Kopfe habe, die er beseitigt haben wolle.

Kugeln im Innern des Thorax oder in dessen Wand sind uns schwer nachzuweisen. Aufnahmen von 2 Seiten ergeben wiederum, ob sich der Fremdkörper in der Lunge, an welcher Stelle derselben, oder ob er sich unter den Weichtheildecken befindet. Levy-Dorn fand eine vor 3 Jahren in die Brust eingedrungene Kugel als außerhalb des Thorax liegend, und Pösch konnte einen in die Lunge eingedrungenen Nagel feststellen. Eine in der Tonsille abgebrochene Nadel — es handelte sich um Stillung einer starken Blutung —, welche vorher nicht gefunden werden konnte, erschien deutlich auf der Platte und konnte entfernt werden. Die Stellung der Tracheotomiekanüle, so wie die verschiedensten Fremdkörper des Ösophagus konnten festgestellt und entfernt werden. So haben Péan und Raw bei Kindern verschluckte Münzen entdeckt und entfernt, White konstatierte ein Metallsternchen und entfernte es operativ vom Magen her, während Miller und Reid ein verschlucktes Gebiss in der Höhe des 6. und 7. Intercostalraumes durch ein Skiagramm feststellten. Diese Bilder mögen Ihnen das deutliche Erkennen von Fremdkörpern im Ösophagus beweisen.

Auch Dilatationen des Ösophagus gelingt es dem Auge in ihrer ganzen Ausdehnung anschaulich zu machen. Sie erkennen auf dieser

Photogra-
rung der
unser K
ärztlichen
der Platte
Wismuthl
schiedenst
reits ander
wenig toxi
dem andere
phagus eing
Magend
drähten, Spi
großen Cur
diese Weis
Von der
uns Chirur
vielfach ange
für nicht un
körper auf se
über seinen V
haften Deutlic
und Vereinigu
fand sich bere
lichkeiten und
eines Laxans
welchen wir de
Bestimmtheit e
nicht entgegen
weis eines M
säule nachzuwei
mit mir nach d
Möglichkeit, K
zeugung sein, d
Was die im
Konkretionen an
geschlossen. Es
geschnittenen, m
bilder derselben
eingelegt, deutlic
suchungen von M
Cholestearinstei
schwer durchgäng
Diagnose der Gall
die Durchstrahlung
Dagegen gelin
Blasensteine mit g

Photographie eine gleichmäßig spindelförmig hochgradige Erweiterung der Speiseröhre, veranlasst durch eine Stenose der Cardia, die unser Kollege Rumpel beobachtete und darüber im Hamburger ärztlichen Verein berichtete. Die Erweiterung wurde dadurch auf der Platte sichtbar gemacht, dass dieselbe mit einer konzentrierten Wismuthlösung angefüllt wurde. Ähnliche Versuche mit den verschiedensten für die Strahlen undurchlässigen Metallsalzen sind bereits anderweitig mehrfach ausgeführt. Das Wismuth dürfte sich als wenig toxisch für die Hohlorgane des Körpers besonders eignen. Auf dem anderen Bilde sehen Sie eine Sonde in den erweiterten Ösophagus eingeführt.

Magendilatationen hat man vielfach durch eingeführte, mit Metalldrähten, Spiralen, Schrot oder dgl. gefüllte Sonden, welche sich der großen Curvatur anlegten, festzustellen gesucht. Es lassen sich auf diese Weise recht deutliche Bilder erzielen.

Von den den Darm durchwandernden Fremdkörpern interessieren uns Chirurgen außer zufällig eingedrungenen Münzen u. A. der jetzt vielfach angewandte Murphy'sche Knopf. Ich halte es praktisch für nicht unwichtig, diesen zu Heilzwecken eingeführten Fremdkörper auf seinen Wanderungen zu verfolgen und sichere Auskunft über seinen Verbleib zu erhalten. Sie sehen, mit welcher unzweifelhaften Deutlichkeit der Knopf am 20. Tage nach einer Resektion und Vereinigung des Dünndarms dem Auge sichtbar wird. Er befand sich bereits in den tiefen Darmpartien, verursachte Unbequemlichkeiten und konnte nach dem aufgenommenen Befunde mit Hilfe eines Laxans nach 2. Tagen entleert werden. In den Fällen, in welchen wir den Knopf nicht nachweisen konnten, war derselbe mit Bestimmtheit entleert, einer einigermaßen guten Aufnahme kann er nicht entgehen. In der Lancet p. 1832 wird ebenfalls über den Nachweis eines Murphy-Knopfes berichtet. Fremdkörper in der Wirbelsäule nachzuweisen hatten wir keine Gelegenheit, doch werden Sie mit mir nach den später zu demonstrierenden Bildern und bei der Möglichkeit, Knochenherde in derselben nachzuweisen, der Überzeugung sein, dass dies unschwer gelingen muss.

Was die im Körper gebildeten Fremdkörper, die pathologischen Konkretionen anbetrifft, so ist der Nachweis von Gallensteinen ausgeschlossen. Es gelingt nicht einmal, experimentell an einer ausgeschnittenen, mit Cholestearinsteinen gefüllten Gallenblase Schattenbilder derselben hervorzubringen, während Blasensteine, in dieselbe eingelegt, deutliche Zeichnung zu Tage treten lassen. Die Untersuchungen von Neusser und Petersen stellten ebenfalls fest, dass Cholestearinsteine sich als leicht, Phosphat- und Uratsteine sich als schwer durchgängig für Röntgen'sche Strahlen erwiesen. Für die Diagnose der Gallensteine scheint also der Natur der Steine nach die Durchstrahlung nicht mit Erfolg verwandt werden zu können.

Dagegen gelingt es, wie sie aus diesem Bilde ersehen können, Blasensteine mit großer Deutlichkeit zu erkennen. Wenn wir auch

reiche Hilfsmittel besitzen, um die Steine der Blase dem Auge und der fühlenden Hand erkennbar zu machen, so möchte ich es doch für nicht unwesentlich halten, wenn man auf schmerzlose Weise ohne jede Belästigung des Kranken den Inhalt der Blase, so weit es sich um Steine handelt, auf der photographischen Platte dem Gesichtssinn nach ungefährer Größe, Gestalt und Zahl zugänglich macht. Eben so gelingt es, für Strahlen undurchlässige Fremdkörper, Haarnadeln u. dgl. nachzuweisen. Um die dicken Massen der Beckenknochen und Eingeweide auszuschalten, führte Seiffart¹ kleine, durch Guttapercha geschützte Platten in die Vagina ein und konnte dadurch eine in der Blase vorhandene Haarnadel eines 18jährigen Mädchens deutlich erkennen.

Nach einigen Fehlversuchen ist uns auch der Nachweis von Nierensteinen gelungen, was als eine wichtige diagnostische Errungenschaft zu bezeichnen sein dürfte, da es gewiss von Werth ist, die nach den klinischen Symptomen gestellte Diagnose eines Nierenbeckensteins durch das Auge mit Sicherheit bestätigt zu finden. Sie erkennen auf diesem Bilde deutlich den in der rechten Niere befindlichen Fremdkörper. Auch Macintyre² hat Nierenkonkremente auf diesem Wege zu erkennen und operativ zu beseitigen vermocht. In den Fällen, in welchen uns der Nachweis eines vermutheten Steines nicht gelang, war, wie die späteren Operationen bewiesen, ein solcher auch nicht vorhanden.

Was nun die Erkrankung der Knochen anbetrifft, so bilden vor Allem die Frakturen das Gebiet, auf dem die praktische Anwendung der Röntgen'schen Strahlen zuerst ihre Triumphe feierte, und welche auch heute wohl noch eins der größten Kontingente zur Aufnahme stellen; bei uns ist das wenigstens der Fall. Seit dem 1. April 1896 bis 1. April dieses Jahres haben wir in unserer chirurgischen Abtheilung über 1200 Röntgen-Aufnahmen gemacht. In diesem Zeitraum wurden 243 Frakturen behandelt, welche fast alle ein oder mehrere Male aktinographisch kontrollirt und in ihrem späteren Heilungsverlauf revidirt wurden. So haben wir denn Gelegenheit gehabt, Aufnahmen von den meisten der vorkommenden Frakturen, mit Ausnahme des Kopfes, der Wirbelsäule und des Sternums, zu machen. Ob es uns gelingen wird, Schädelfrakturen deutlich auf der Platte nachzuweisen, möchte ich vorläufig bezweifeln; bei Wirbelfrakturen, welche wir in letzter Zeit zufällig nicht in Behandlung bekamen, erscheint es mir nach den zu anderen Zwecken gemachten Aufnahmen als sehr wahrscheinlich. Auch sind bereits von anderer Seite Dislokationen bei Halswirbelbrüchen konstatiert. Auf die Bedeutung der Röntgen'schen Strahlen für die Diagnose und Behandlung der Frakturen hat u. A. Oberst schon hingewiesen und ich möchte ihm voll und ganz beistimmen. Gelingt es uns doch,

¹ Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 1.

² Lancet Juli 11.

die nach
den geste
vollständig
Narkose e
verletzung
Sehen
nissen gena
der Werth
trolle einer
der untersu
geheilt oder
sich im Sc
ungenügend
nen und Gips
in dem uns d
haft erscheint
verband. Wi
in starker Ex
längerung des
sehr zufrieden
Man sollte in
der Aufnahme,
richtigen Stan
der Heilungsve
brüche anschl
werden. Fast
nahme überzeu
lokationen geh
theile u. dgl.,
möglich war.
aufgenommenen
und wie sie nic
diese Bilder nich
verfolgen, wie an
feste Verbindung
und wie bei vorha
sich starke Callu
ältere Brüche wei
wirklich tadellos
tener Befund. A
Pseudarthrosen m
Dass Luxatio
turen kombinirten,
die Gelenkbrüche
dankbares Feld f
geeignete Therapie
werden.

die nach bekannten sonstigen Symptomen und Untersuchungsmethoden gestellte Diagnose zu sichern und in ihrer Genauigkeit zu vervollständigen und ohne schmerzhaft Manipulationen und ohne Narkose einen unzweideutigen Aufschluss über die Art der Knochenverletzung zu erhalten.

Sehen wir ab von der Bedeutung anschaulicher, den Verhältnissen genau entsprechender Bilder zu Demonstrationszwecken, so ist der Werth Röntgen'scher Strahlen für die Therapie, für die Kontrolle einer tadellosen Heilung ein unschätzbarer. Wie mancher sich der untersuchenden Hand, dem Auge und dem Messband als gut geheilt oder als korrekt eingerichtet präsentirende Bruch ergab sich im Schattenbild als mit Dislokation geheilt oder als sehr ungenügend korrigirt. Da die Strahlen unsere gebräuchlichen Schienen und Gipsverbände durchdringen, unterlassen wir in keinem Falle, in dem uns die Reposition oder richtige Stellung irgend wie zweifelhaft erscheint, die Durchleuchtung der Fraktur durch den Gipsverband. Wir waren zuweilen überrascht, wie hochgradig trotz des in starker Extension angelegten Verbandes, trotz der messbaren Verlängerung des gebrochenen Gliedes die Dislokation war, und waren sehr zufrieden, noch rechtzeitig den Schaden gutmachen zu können. Man sollte in keinem irgend wie zweifelhaften Falle die kleine Mühe der Aufnahme, welche niemals schadet, scheuen, um sich von dem richtigen Stande der Fraktur zu überzeugen; dann wird zweifellos der Heilungsverlauf ein rascherer und die vielen sich an Knochenbrüche anschließenden, lange andauernden Störungen geringer werden. Fast stets beruhen diese, wie wir uns erst durch die Aufnahme überzeugen konnten, auf mit mehr oder weniger starken Dislokationen geheilten Frakturen, auf Absprengung kleiner Knochenstücke u. dgl., was durch Palpation nachzuweisen allerdings unmöglich war. Sie sehen hier bei einigen durch den Gipsverband aufgenommenen Frakturen, wie die Fragmente zu einander stehen und wie sie nicht stehen sollen. Weitere Erläuterungen bedürfen diese Bilder nicht. Interessant ist es, den Heilungsverlauf selbst zu verfolgen, wie an Stelle der früheren Bruchlinie mehr und mehr eine feste Verbindungsmasse tritt, welche das Licht weniger gut zulässt, und wie bei vorhandenen Dislokationen, je nach der Größe derselben, sich starke Callusmassen bilden. Auch anscheinend ideal geheilte ältere Brüche weisen bei der Durchleuchtung Dislokationen auf, und wirklich tadellos geheilte Frakturen waren ein immerhin recht seltener Befund. Auch Muskelinterpositionen und dadurch bedingte Pseudarthrosen muss man durch die Strahlen erkennen können.

Dass Luxationen der verschiedensten Art, besonders die mit Frakturen kombinierten, oft so schwer zu diagnosticirenden, so wie speciell die Gelenkbrüche mit ihren oft starken Blutergüssen ein besonders dankbares Feld für eine sichere Diagnose und darauf beruhende geeignete Therapie abgeben, braucht kaum besonders erwähnt zu werden.

Durch kein anderes diagnostisches Hilfsmittel zu ersetzen ist die neue Art der Untersuchung für diejenigen seltenen Frakturen, welche überhaupt auf keine andere Art, auch nicht durch die Narkose zu erkennen sind, welche als Distorsionen oder schwere Kontusionen behandelt werden und lange dauernde Beschwerden in ihrem Gefolge haben. Ich möchte Ihnen einige derartige Bilder vorzeigen. Eingehender ist eine Anzahl dieser von uns beobachteten und behandelten Fälle in den Jahrbüchern der Hamburger Staatskrankenanstalten von Herrn Gehrt mit Abbildungen mitgetheilt.

Dieses Bild führt Ihnen eine sehr seltene, erst einmal beschriebene und erst durch die Operation erkannte Fraktur des Os naviculare, welches in 2 Hälften getheilt ist, vor. Pat. hatte vor 14 Monaten einen Unfall erlitten und wurde an Arthritis leidend behandelt.

Ein anderes Bild zeigt bei intaktem Handgelenk das Kahnbein in 3 Theile zerbrochen.

Eine ohne Dislokation, ohne Funktionsstörung einhergehende Olekranonfraktur wurde erst durch die photographische Aufnahme erkannt. Von Frakturen des Fußes interessirt vielleicht der isolirte Bruch des Sesambeines. Es bestand starke Schwellung, und es war eine Fraktur des Metatarsus angenommen.

Von den sonst als nicht sehr häufig geltenden Frakturen des Talus haben wir 7, von denen des Calcaneus 8 im Laufe des Jahres durch die Röntgen'schen Strahlen als zweifellos festgestellt.

Hier einen Querbruch des Calcaneus, der etwa zu $\frac{2}{3}$ durchtrennt ist, und hier einen Längsbruch des Calcaneus. In beiden Fällen glatte Heilung.

Eine traumatische Lösung der hinteren Apophyse des Talus mit gleichzeitiger Abreißung eines dreieckigen Stückes vom inneren unteren Ende der Tibia, welches außer Knirschen und Schmerzen im Gelenk keine Anhaltspunkte bot, wird Ihnen schließlich dieses Bild vorführen. Absprengungen vom Rande der Hüftgelenkspfanne durch Fall auf die Seite, welche vorher wohl kaum diagnosticirt worden sind, erkennen Sie in diesen zwei dieselben charakteristischen Krankheitssymptome bietenden Fällen.

Dass für das neue Gebiet unserer Wissenschaft, das Schmerzenskind unseres Berufs, die Unfallheilkunde, in der Anwendung der Röntgen'schen Strahlen ein großer Fortschritt zu bezeugen ist, kann ich wohl als allgemein anerkannt bezeichnen. Dass die Berufsgenossenschaften einen ausgiebigen Gebrauch davon machen würden, zumal auch Laien dadurch in den Stand gesetzt sind, sich vielfach ein annäherndes Bild von der Art der Verletzung zu machen, war vorauszusehen. Oberst und Dumstrey haben bereits auf die Bedeutung hingewiesen. Wir sind vielfach in der Lage gewesen, ein Unrecht an Pat. wieder gut zu machen, welche als Simulanten oder Übertreiber bei dem fehlenden Nachweis objektiver Veränderungen angesehen wurden. Die Röntgen'schen Strahlen ließen

ill.
u.
oben
navi
sonst
solche
des St
würdig
klagte
negative
war. Es
wir in g
Anderer
Befunde
berechtigt
des Becke
schwer d
am längste
der Lage,
Veränderun
stellen und
spielsweise
knöcherne A
werden dies
Dieses I
Erwachsenen
Bei eine
blieb es zwei
eine Coxitis
die Aufnahme
In andere
halsbrüche sich
In diesem F
halskopfes bei
schiebung des
lösten Kopfes.
Einen sehr
schen Durchstra
gemacht. Ich wi
des diesjährigen
als es sich auf un
Strahlen, bezieht
forscherversammlu
nahmen von luxirt
haben seitdem eine
uns vorgekommen
und außerhalb des

ihre durch Knochenrisse, durch Abspaltung von Knochentheilen u. dgl. hervorgerufenen Klagen als wohlbegründet erscheinen. Die oben erwähnten und Ihnen vorgeführten seltenen Brüche vom Os naviculare, Sesambein, Talus und Calcaneus, so wie die vielen mit sonst nicht nachweisbaren Dislokationen geheilten Frakturen stellen solche Fälle dar. Auf diesem Bild sehen Sie eine Trennung des Sterno-claviculargelenks, dessen Träger, ein sonst sehr glaubwürdig erscheinender Mann, bereits 1 $\frac{1}{2}$ Jahr über Beschwerden klagte und mehrfach von der Unfallversicherungsgesellschaft auf den negativen ärztlichen Befund hin mit seinen Ansprüchen abgewiesen war. Es würde zu weit führen, Ihnen noch viele ähnliche Fälle, die wir in großer Zahl zu beobachten Gelegenheit hatten, vorzuführen. Andererseits hilft uns das neue Verfahren auch, fehlende objektive Befunde am Knochen mit absoluter Sicherheit festzustellen und unberechtigte Klagen zurückzuweisen. Von den Frakturen haben die des Beckens, der Hüftgegend und des Schenkelhalses wegen ihrer schwer durchdringbaren Knochenmasse, besonders bei Erwachsenen, am längsten einer guten Aufnahme widerstanden. Jetzt sind wir in der Lage, mit einer Expositionsdauer von höchstens 5 Minuten die Veränderung des Hüftgelenks deutlich wiedergebende Bilder herzustellen und in zweifelhaften Fällen zu entscheiden, ob es sich beispielsweise um eine alte Fraktur oder ausgeheilte Coxitis, eine knöcherne Ankylose oder eine bindegewebige handelt. Einige Bilder werden dies am besten veranschaulichen.

Dieses Bild demonstriert deutlich die Schenkelhalsfraktur eines Erwachsenen.

Bei einem Matrosen, welcher auf die Hüftgegend gefallen war, blieb es zweifelhaft, ob es sich um eine Schenkelhalsfraktur oder um eine Coxitis handelte; das letztere wurde, wie Sie hier sehen, durch die Aufnahme festgestellt.

In anderen Fällen wurde die Diagnose eingekeilter Schenkelhalsbrüche sicher gestellt.

In diesem Falle, einer tuberkulösen Epiphysenlösung des Schenkelhalskopfes bei einem 18jährigen jungen Menschen, sehen Sie die Verschiebung des Schenkelhalses nach oben und die Stellung des gelösten Kopfes.

Einen sehr ausgiebigen Gebrauch haben wir von der Röntgen'schen Durchstrahlung bei den kongenitalen Hüftgelenksluxationen gemacht. Ich will auf dieselben, da sie nicht auf der Tagesordnung des diesjährigen Kongresses stehen, nur kurz in so weit eingehen, als es sich auf unser Thema, auf die Bedeutung der Röntgen'schen Strahlen, bezieht. Herr J. Wolff zeigte auf der letzten Naturforscherversammlung in Frankfurt a/M. einige wohlgelungene Aufnahmen von luxirten und reponirten Hüften kleiner Kinder. Wir haben seitdem eine große Anzahl kongenitaler Luxationen in allen uns vorgekommenen Lebensaltern vor und nach der Reposition in- und außerhalb des Gipsverbandes durchleuchtet und sind dadurch

zu der Überzeugung gekommen, dass die Röntgen'sche Durchleuchtung uns allein mit Sicherheit in den Stand setzt, die Beschaffenheit der Pfanne und des Schenkelkopfes kennen zu lernen und danach unsere operativen Maßnahmen zu treffen, dass sie allein uns mit voller Bestimmtheit, die jede Diskussion ausschließt, angiebt, ob die Reposition gelungen ist oder nicht. Wir sind da oft zu sehr überraschenden Resultaten gelangt: die vermuthete und klinisch festgestellte Reposition, welche mit dem charakteristischen Geräusch begleitet war, hatte in Wirklichkeit nicht stattgefunden, weil vielfach gar keine Pfanne vorhanden war oder nur eine schwache Andeutung einer solchen, oder weil der Kopf entweder nicht reponirt war oder wieder bereits eine andere Stellung angenommen hatte. Ich möchte Ihnen 3 verschiedene Gruppen von Pfannen in diesen Bildern vorführen: einmal Becken, in denen jede Andeutung von Pfannenbildung überhaupt fehlt; diese 2 Bilder stammen von älteren Kindern von ca. 14—15 Jahren, von einer Reposition auf unblutigem Wege kann hier natürlich nicht die Rede sein. In der zweiten Gruppe handelt es sich um mehr oder weniger stark angedeutete flache Pfannen mit entsprechendem Kopf oder räumlichen Missverhältnissen der Theile zu einander. Gleichzeitig ersehen Sie die verschiedenen Formen des Kopfes und Halses, so wie die verschiedenen Winkel, die sie mit dem Femurschaft bilden. Ich zeige Ihnen hier verschiedene derartige Aufnahmen, in denen Sie den Kopf theils reponirt, theils relaxirt finden. Bei der Pfannenformation gelingt im jugendlichen Alter die Reposition meist sehr leicht, eben so leicht findet aber auch die Relaxation statt.

In der dritten Gruppe handelt es sich um wohlausgeprägte Pfannen mit einem oft denselben entsprechenden Kopf. Solche Fälle sind für die Reposition sehr dankbar: der einmal reponirte Kopf steht fest; und Sie werden an diesem Bild, einer doppelseitigen Hüftluxation einer 9jährigen Pat., kaum unterscheiden können, dass es sich um einen reponirten und um einen nicht normalen Schenkelkopf und Pfanne handelt. Diese verschiedenen Befunde gestatten uns von vorn herein eine annähernde, den Erfolg eines unblutigen Eingriffs betreffende Prognose zu stellen. Auch über die noch offene Frage, ob eine das Maßverhältnis zwischen Kopf und Pfanne ausgleichende Knochentransformation, ob eine Vertiefung der Pfanne durch den Druck des belasteten Kopfes möglich ist, und ob eine Nearthrosenbildung, gleichsam ein Anbohren des Beckenknochens durch den sich entgegenstemmenden Kopf, eintreten kann, können uns die Skiagramme Aufschluss geben. Hier sehen Sie 2 Bilder von 15- resp. 16jährigen Mädchen, von denen ich eins 12 Jahre mit Abduktionsschiene, Gipsverbänden, Hessing'schen Apparaten, kurz mit den verschiedensten Methoden, durch welche der Kopf festgestellt werden soll, behandelt habe, ohne den geringsten Erfolg. Ein Effekt irgend welcher Art ist am Knochen nicht zu sehen, die Pfanne ist nur schwach angedeutet. Diese 2. Pat. mit gleichfalls sehr flach

angedeutet
duktions
Effekt be
Ande
beginnend
sehende P
betrachtet
unverschie
Recht
kong. Luxa
doppelseitig
hatten wir
wackligen
Roser-Né
luxation an
doppelseitig
gestellte Di
Wie in
anderen Gele
Wir erken
das Gelenk in
undurchlässig
krankhafte Ve
so wie die U
Processen. I
lichen.
Syphilitis
und Auflager
schwer auf de
wir die allm
myelitis zerst
folgen. Diese
einer hereditär
Knaben. Die
geben weniger
an, als die der
löse Zerstörung
An diesen
schreitende Kn
myelitis ausges
anderen Tafel ei
Abstoßung, erke
Auf die Eri
sonstige Ursache
vorigen Jahre au
gerade auf diese
müssten, als es b

angedeuteter Pfanne ist von anderer Seite 10 Jahre mit der Abduktionsschiene ohne jeden Erfolg und ohne jeden nachweisbaren Effekt behandelt.

Andererseits sehen Sie hier Bilder, bei denen man zweifellos eine beginnende Vertiefung am Beckenknochen, eine wie ausgegabt aussehende Partie, in die sich der Kopf einstemmt, erkennt. Klinisch betrachtet steht in diesen Fällen der Kopf fest und findet eine feste unverschiebliche Stütze am Becken.

Recht interessant erscheint uns die Differentialdiagnose zwischen kong. Luxation und Coxa vara. Bei diesen eine einseitige und doppelseitige Verbiegung des Schenkelhalses darstellenden Bildern hatten wir die Diagnose nicht gestellt. Die Kinder hatten den wackligen Gang, der Trochanter stand 3—3½ cm oberhalb der Roser-Nélaton'schen Linie, wir nahmen eine kongenitale Hüftluxation an und fanden erst bei der Aufnahme diese einseitige und doppelseitige Coxa vara. Dieselbe bei einem Erwachsenen vorher gestellte Diagnose wurde durch dieses Skiagramm bestätigt.

Wie in der Hüfte, so lassen sich natürlich noch leichter in den anderen Gelenken krankhafte Veränderungen nachweisen.

Wir erkennen arthritische Veränderungen, freie Gelenkköpfe, in das Gelenk injizierte Jodoformemulsion, welche bekanntlich besonders undurchlässig für Strahlen ist, so wie tuberkulöse oder ähnliche krankhafte Veränderungen, knöcherne und bindegewebige Ankylosen, so wie die Unterschiede zwischen traumatischen und pathologischen Processen. Einige Photographien mögen das Gesagte veranschaulichen.

Syphilitische, tuberkulöse und osteomyelitische Verdickungen und Auflagerungen der großen und kleinen Röhrenknochen sind uns schwer auf der photographischen Platte zu erkennen, eben so können wir die allmählich zunehmende Knochenneubildung durch Osteomyelitis zerstörter und ausgeschlossener Knochen schrittweise verfolgen. Diese Kopie zeigt Ihnen die verdickte und gekrümmte Tibia einer hereditären Lues, diese den cariösen Metacarpus eines 4jährigen Knaben. Die dünnen, mehr lichtdurchlässigen Knochen der Kinder geben weniger scharf markiert die Krankheitsprocesse des Knochens an, als die der Erwachsenen; hier sehen Sie noch weitere tuberkulöse Zerstörungen der verschiedensten Knochen.

An diesen verschiedenen Bildern können Sie die allmählich fortschreitende Knochenneubildung eines vollständig in Folge von Osteomyelitis ausgestoßenen Radius eines 6jährigen Knaben, und auf der anderen Tafel eine sich neubildende Ulna, ebenfalls nach vollständiger Abstoßung, erkennen.

Auf die Erkennung einzelner durch Typhus, Tuberkulose oder sonstige Ursachen entstandener Knochenherde habe ich schon im vorigen Jahre aufmerksam gemacht. Ich möchte glauben, dass wir gerade auf diesen Punkt unsere Bestrebungen noch mehr richten müssten, als es bisher der Fall gewesen ist. Im Allgemeinen kann

man annehmen, dass je dicker der Knochen und je kleiner der Herd, um so schwieriger die Wiedergabe auf der Platte sein wird. Immerhin haben wir eine Reihe durch Typhus und Tuberkulose erzeugter Herde uns sichtbar gemacht und operativ entfernt. Einen einigermaßen großen Knochenabscess der Tibia wird man nach meinem Dafürhalten sicher erkennen. Stets wird uns aber die Formveränderung, die Auftreibung des Knochens wichtige Fingerzeige über den Sitz des Herdes geben. Die vorliegenden Bilder, ein typhöser Herd in der Ulna und im kleinen Finger, cariöse Herde in den Phalangen und spongiösen Knochen, mögen das Gesagte veranschaulichen.

Von Geschwülsten treten die den Knochen aufsitzenden Sarkome, wie diese beiden später operirten Osteosarkome der Tibia bewiesen, deutlich auf der Platte zu Tage, und wenn man auch durch Palpation ihr Vorhandensein mit Sicherheit erkennen kann, so ist es doch nicht unwichtig, die Tiefe ihres Eindringens in den Knochen zu erkennen. Weit wichtiger ist der von König zuerst erbrachte Nachweis einer im Innern des Knochens central gelegenen Neubildung. Eine derartige am unteren Femurende gelegene Neubildung zeigt Ihnen dieses Bild.

Auch die Wirbelsäule und der Thorax geben jetzt, wie Sie sich an diesen Bildern überzeugen können, recht deutliche Zeichnungen, die bei einigermaßen gelungener Aufnahme krankhafte Veränderungen erkennen lassen. Wir können fast sämtliche Wirbel, besonders gut die Hals- und Lendenwirbelsäule erkennen. Tuberkulöse Prozesse dokumentiren sich oft als wolkige Trübungen, oft als deutlich zu erkennende Herde. Hier muss, worauf ich schon Anfangs aufmerksam machte, die Übung im Betrachten der Platte mitwirken. Die Kopien geben nie so deutlich die Veränderungen wieder. In einem Falle, dessen Platte Sie hier sehen, weisen Lähmungen und sonstige klinische Symptome auf einen circumscribten Herd in der Halswirbelsäule hin. Denselben sehen Sie hier durch die Röntgen'schen Strahlen deutlich gemacht. Er wurde durch die Operation von Herrn Kollegen Sick an der Hand des Bildes freigelegt und erfolgreich entfernt; auch Noble Smith konnte cariöse Zerstörungen an der Wirbelsäule feststellen. Dieses Bild zeigt Ihnen einen Brustkorb nach ausgedehnter Thoraxplastik. Dem Pat. wurden allmählich 1,60 m Rippen linksseits resecirt. Sie sehen die komprimierte Lunge als dunklen Schatten gegenüber der normalen rechten Seite. Pat. ist geheilt entlassen.

Wenn es auch mehr in das Gebiet der inneren Medicin gehört, so ist doch auch für den operirenden Chirurgen das Vorhandensein von verkalkten Blutgefäßen wichtig zu wissen. Dieses an der Leiche aufgenommene Bild zeigt Ihnen sehr schön die verkalkten Becken- und Oberschenkelarterien. Den Verlauf und die Verzweigung der Arterien kann man sich bis in die feinsten Details nach vorheriger Injektion mit schattengebenden Massen sehr schön ohne Präparation zur Anschauung bringen. In dem einen Präparat eines Armes sind

die Arterien mit Quecksilberwachsmasse injicirt.

Vorzüglich eignend zur Darstellung der feinsten Knochenschliffe und insbesondere der Gelenkflächen, ist der Stenarzt, Herr Dr. C. Die Knochenformation einer Hand kann, schönen Strahlen hergestellt, Serienschneidung der Tibia, Fußwurzeln u. a. m. zu solchen Aufnahmen verwendet werden. Die Bälkchen zerstört werden.

Von den Bauchorganen sind die Schatten der Nieren sichtbar. Der leere Darm eines Fötus ist zu sehen, beim Erwachsenen sind die Kothmassen heben sich deutlich ab, wie Sie auf einigen Bildern der Brusthöhle haben.

M. H.! Ich habe die photographische Platte nicht erwähnt. Die Schritte noch keine der weit empfindlicheren Platten. Vorderarm, Ellbogengelenk mit und ohne Kleider. Ist das Studium des Nerven-tätigkeit und Interesse. Wirbelsäule und des Thorax kannten, je nach der Art der Bewegung der schwarzen Masse der Lunge. Aneurysma oder Ähnliches können wir im Vergleich zum Schirm noch nicht erkennen.

Was nun die Therapie anbelangt, so haben wir auf den Lupus des Gesichtes eine Sitzung von ca. 1 Stunde. Zerstörung der Haut, die gesunde Haut durch die leuchtete Haare fallen wieder. Ob der günstige Wirkung der Strahlen.

Wenn ich noch mehr so haben wir wesentlich ist, die Intensität

die Arterien mit Quecksilber, in dem anderen mit einer Zinnoberwachsmasse injicirt.

Vorzüglich eignen sich die Röntgen'schen Strahlen zur Darstellung der feinsten Knochenstrukturen an Stelle der mühsamen Knochenschliffe und ihrer photographischen Aufnahme. Unser Assistentenarzt, Herr Dr. Gocht, hat zum Zweck einer Arbeit über Knochenformation eine große Anzahl dieser, wie Sie sich überzeugen können, schönen Strukturbilder aus den verschiedensten Knochen hergestellt, Serienschnitte aus kyphotischen Wirbelsäulen, aus Femur, Tibia, Fußwurzeln u. a. m. Der dickste Knochenschnitt eignet sich zu solchen Aufnahmen und bietet den Vortheil, dass möglichst wenig Bälkchen zerstört werden.

Von den Bauchorganen sieht man leicht die Leber, auch die Schatten der Nieren sind zuweilen andeutungsweise zu sehen. Der leere Darm eines Fötus ist hier in seinen Windungen sehr deutlich zu sehen, beim Erwachsenen tritt Magen und Darm nicht hervor; dicke Kothmassen heben sich oft deutlich hervor, besonders an der Leiche, wie Sie auf einigen Bildern sehen können. Tumoren der Bauch- und Brusthöhle haben bis jetzt wenig positive Resultate gegeben.

M. H.! Ich habe in meinen bisherigen Ausführungen nur auf die photographische Platte Bezug genommen und den Fluoreszenzschirm nicht erwähnt. Leider sind die mit demselben erzielten Fortschritte noch keine derartigen, dass wir daran denken können, die weit empfindlicheren photographischen Platten zu entbehren. Hand, Vorderarm, Ellbogengelenk, eben so die unteren Extremitäten geben mit und ohne Kleider und Schuhe recht deutliche Bilder, vor Allem ist das Studium des Mechanismus der einzelnen Gelenke von Wichtigkeit und Interesse. Die Durchleuchtung des Kopfes, der Halswirbelsäule und des Thorax giebt die Ihnen Allen zur Genüge bekannten, je nach der Röhre mehr oder weniger scharfen Bilder, die uns die Bewegung der Lungen, die Pulsation des Herzens, die schwarze Masse der Leber und im günstigsten Falle vielleicht ein Aneurysma oder Ähnliches erkennen lassen. Sehr scharfe Bilder können wir im Vergleich zur photographischen Platte auf dem Schirm noch nicht erzeugen.

Was nun die therapeutische Wirkung der Röntgen'schen Strahlen anbetrifft, so haben wir eine sehr günstige Einwirkung derselben auf den Lupus des Gesichts durch längere Einwirkung — tägliche Sitzung von ca. 1 Stunde längere Zeit fortgesetzt — gesehen. Die Zerstörung der Haut ist dabei eine sehr starke, und man thut gut, die gesunde Haut durch Bleiblech zu schützen. Längere Zeit beleuchtete Haare fallen aus und ersetzen sich erst sehr langsam wieder. Ob der günstige Effekt allein auf die die Gewebe zerstörende Wirkung der Strahlen zu beziehen ist, lasse ich dahingestellt.

Wenn ich noch mit wenigen Worten die Technik berühren darf, so haben wir wesentliche Fortschritte dadurch gemacht, dass es gelungen ist, die Intensität der Röntgen'schen Strahlen wesentlich zu

man annehmen, dass je dicker der Knochen und je kleiner der Herd, um so schwieriger die Wiedergabe auf der Platte sein wird. Immerhin haben wir eine Reihe durch Typhus und Tuberkulose erzeugter Herde uns sichtbar gemacht und operativ entfernt. Einen einigermaßen großen Knochenabscess der Tibia wird man nach meinem Dafürhalten sicher erkennen. Stets wird uns aber die Formveränderung, die Auftreibung des Knochens wichtige Fingerzeige über den Sitz des Herdes geben. Die vorliegenden Bilder, ein typhöser Herd in der Ulna und im kleinen Finger, cariöse Herde in den Phalangen und spongiösen Knochen, mögen das Gesagte veranschaulichen.

Von Geschwülsten treten die den Knochen aufsitzenden Sarkome, wie diese beiden später operirten Osteosarkome der Tibia bewiesen, deutlich auf der Platte zu Tage, und wenn man auch durch Palpation ihr Vorhandensein mit Sicherheit erkennen kann, so ist es doch nicht unwichtig, die Tiefe ihres Eindringens in den Knochen zu erkennen. Weit wichtiger ist der von König zuerst erbrachte Nachweis einer im Innern des Knochens central gelegenen Neubildung. Eine derartige am unteren Femurende gelegene Neubildung zeigt Ihnen dieses Bild.

Auch die Wirbelsäule und der Thorax geben jetzt, wie Sie sich an diesen Bildern überzeugen können, recht deutliche Zeichnungen, die bei einigermaßen gelungener Aufnahme krankhafte Veränderungen erkennen lassen. Wir können fast sämtliche Wirbel, besonders gut die Hals- und Lendenwirbelsäule erkennen. Tuberkulöse Prozesse dokumentiren sich oft als wolkige Trübungen, oft als deutlich zu erkennende Herde. Hier muss, worauf ich schon Anfangs aufmerksam machte, die Übung im Betrachten der Platte mitwirken. Die Kopien geben nie so deutlich die Veränderungen wieder. In einem Falle, dessen Platte Sie hier sehen, weisen Lähmungen und sonstige klinische Symptome auf einen circumscribten Herd in der Halswirbelsäule hin. Denselben sehen Sie hier durch die Röntgen'schen Strahlen deutlich gemacht. Er wurde durch die Operation von Herrn Kollegen Sick an der Hand des Bildes freigelegt und erfolgreich entfernt; auch Noble Smith konnte cariöse Zerstörungen an der Wirbelsäule feststellen. Dieses Bild zeigt Ihnen einen Brustkorb nach ausgedehnter Thoraxplastik. Dem Pat. wurden allmählich 1,60 m Rippen linksseits resecirt. Sie sehen die komprimierte Lunge als dunklen Schatten gegenüber der normalen rechten Seite. Pat. ist geheilt entlassen.

Wenn es auch mehr in das Gebiet der inneren Medicin gehört, so ist doch auch für den operirenden Chirurgen das Vorhandensein von verkalkten Blutgefäßen wichtig zu wissen. Dieses an der Leiche aufgenommene Bild zeigt Ihnen sehr schön die verkalkten Becken- und Oberschenkelarterien. Den Verlauf und die Verzweigung der Arterien kann man sich bis in die feinsten Details nach vorheriger Injektion mit schattengebenden Massen sehr schön ohne Präparation zur Anschauung bringen. In dem einen Präparat eines Armes sind

die Arterie
wachsmasse

Vorzüg
stellung de
Knochensch
stenzarzt, H
Knochenform
können, sch
hergestellt, S
Tibia, Fußwu
zu solchen Au
Bälkchen zers

Von den
Schatten der M
leere Darm ein
zu sehen, beim
Kothmassen ha
wie Sie auf ei
und Brusthöhle

M. H.! Ich
die photographi
schirm nicht erv
schritte noch ke
weit empfindlich
Vorderarm, Ellbe
mit und ohne K
ist das Studium
tigkeit und Inte
wirbelsäule und
kannten, je nach
uns die Bewegu
schwarze Masse
Aneurysma oder
können wir im
Schirm noch nich

Was nun die
anbetrifft, so ha
auf den Lupus d
Sitzung von ca.
Zerstörung der
die gesunde Haut
leuchtete Haare
wieder. Ob der gi
Wirkung der Str

Wenn ich noc
so haben wir wese
lungen ist, die Inte

Arterien mit Quecksilber, in dem anderen mit einer Zinnoberchsmasse injicirt.

Vorzüglich eignen sich die Röntgen'schen Strahlen zur Darstellung der feinsten Knochenstrukturen an Stelle der mühsamen Knochenschliffe und ihrer photographischen Aufnahme. Unser Assistentarzt, Herr Dr. Gocht, hat zum Zweck einer Arbeit über Knochenformation eine große Anzahl dieser, wie Sie sich überzeugen können, schönen Strukturbilder aus den verschiedensten Knochen hergestellt, Serienschnitte aus kyphotischen Wirbelsäulen, aus Femur, Tibia, Fußwurzeln u. a. m. Der dickste Knochenschnitt eignet sich zu solchen Aufnahmen und bietet den Vortheil, dass möglichst wenig Bälkchen zerstört werden.

Von den Bauchorganen sieht man leicht die Leber, auch die Schatten der Nieren sind zuweilen andeutungsweise zu sehen. Der leere Darm eines Fötus ist hier in seinen Windungen sehr deutlich zu sehen, beim Erwachsenen tritt Magen und Darm nicht hervor; dicke Kothmassen heben sich oft deutlich hervor, besonders an der Leiche, wie Sie auf einigen Bildern sehen können. Tumoren der Bauch- und Bruthöhle haben bis jetzt wenig positive Resultate gegeben.

M. H.! Ich habe in meinen bisherigen Ausführungen nur auf die photographische Platte Bezug genommen und den Fluoreszenzschirm nicht erwähnt. Leider sind die mit demselben erzielten Fortschritte noch keine derartigen, dass wir daran denken können, die weit empfindlicheren photographischen Platten zu entbehren. Hand, Vorderarm, Ellbogengelenk, eben so die unteren Extremitäten geben mit und ohne Kleider und Schuhe recht deutliche Bilder, vor Allem ist das Studium des Mechanismus der einzelnen Gelenke von Wichtigkeit und Interesse. Die Durchleuchtung des Kopfes, der Halswirbelsäule und des Thorax giebt die Ihnen Allen zur Genüge bekannten, je nach der Röhre mehr oder weniger scharfen Bilder, die uns die Bewegung der Lungen, die Pulsation des Herzens, die schwarze Masse der Leber und im günstigsten Falle vielleicht ein Aneurysma oder Ähnliches erkennen lassen. Sehr scharfe Bilder können wir im Vergleich zur photographischen Platte auf dem Schirm noch nicht erzeugen.

Was nun die therapeutische Wirkung der Röntgen'schen Strahlen anbelangt, so haben wir eine sehr günstige Einwirkung derselben auf den Lupus des Gesichts durch längere Einwirkung — tägliche Sitzung von ca. 1 Stunde längere Zeit fortgesetzt — gesehen. Die Zerstörung der Haut ist dabei eine sehr starke, und man thut gut, die gesunde Haut durch Bleiblech zu schützen. Längere Zeit beleuchtete Haare fallen aus und ersetzen sich erst sehr langsam wieder. Ob der günstige Effekt allein auf die die Gewebe zerstörende Wirkung der Strahlen zu beziehen ist, lasse ich dahingestellt.

Wenn ich noch mit wenigen Worten die Technik berühren darf, so haben wir wesentliche Fortschritte dadurch gemacht, dass es gelungen ist, die Intensität der Röntgen'schen Strahlen wesentlich zu

erhöhen, gleichmäßiger wirkend zu gestalten und dadurch die Expositionsdauer abzukürzen. Durch Steigerung der Empfindlichkeit der Platte ist man bestrebt, die zur Aufnahme notwendige Zeit noch mehr abzukürzen. Herr Dr. Levy, Ingenieur, zeigte uns vor einigen Tagen ein Verfahren, welches diesen Zweck erreichen soll.

Durch eigens präparierte Platten oder durch Überdecken derselben mit einem besonders hergestellten Fluoreszenzschirm gelang die Aufnahme eines Beckens in $\frac{3}{4}$ Minute. Die Platte ist allerdings sehr körnig, und müssten diese Nachtheile noch beseitigt werden. Herr Dr. Levy will uns hier sein Verfahren noch selbst demonstrieren. — Unter den verschiedensten Röhren, welche wir zu prüfen Gelegenheit hatten, geben wir immer noch den von dem Hamburger Elektrotechniker Müller hergestellten mit regulirbarem Vacuum den Vorzug. Eine gute Röhre ist das wichtigste Erfordernis zum Gelingen einer guten Aufnahme. Wir verfügen in dieser Beziehung über ein ausgesucht gutes Material, dessen hoher Preis durch die Dauerhaftigkeit in etwas ausgeglichen wird. Durch diese Röhren gelingt es uns, mit einer Expositionsdauer von höchstens 5 Minuten, auch von den schwer zu durchleuchtenden Körpertheilen brauchbare Bilder herzustellen. Unsere Röhren und Apparate werden sehr stark in Anspruch genommen, da durchschnittlich jetzt pro Tag 10 Aufnahmen, in letzter Zeit oft noch mehr, gemacht, und auch zu therapeutischen Zwecken Versuche mit langem Inanspruchnehmen des Apparats angestellt wurden. Den jetzt von uns verwandten Funkeninduktor von 30 cm Funkenlänge hat uns die hiesige Firma Hirschmann geliefert. Auch die von anderen Fabriken, Kohl, Keiser & Schmidt, Reiniger, Gebbert & Schalle u. A. m., gelieferten Apparate sollen sehr gut funktionieren. Den elektrischen Strom spendet uns am Tage eine unser Operationshaus versorgende Akkumulatorenbatterie von ca. 60 Zellen, am Abend die elektrische Centrale der Anstalt. Durch entsprechende Reostaten, Volt- und Ampèremeter, findet die genaue Regulirung statt.

M. H.! Ich bin überzeugt, dass ich Ihnen nicht viel Neues habe bringen können, und dass gewiss Mancher von Ihnen bessere Aufnahmen, vielleicht mit noch kürzerer Expositionszeit aufzuweisen hat. Zunächst handelt es sich bei meinem Vortrag auch nur darum, an dem bisher Erreichten die Bedeutung der Röntgen'schen Strahlen für die Chirurgie darzulegen. Wenn wir aber auf die Fortschritte zurückblicken, welche im Laufe eines Jahres, seit unserer letztjährigen Versammlung, gemacht wurden, so sind wir gewiss zu der Annahme berechtigt, dass wir noch nicht am Ziele des Erreichbaren angelangt sind, und dass wir wohl hoffen dürfen, in vereinter Arbeit mit Hilfe der neuen Strahlen Licht in die bisher dunklen normalen Theile und pathologischen Gebilde des menschlichen Körpers zu bringen.

(Original.)

Diskussion: O
den vorgetragenen A
Schluss aus den R
geben die Photograph
lung eines Bruches
haupt nicht giebt. Fr
stolz, muss er bekenn
Dislokation ihm nich
man allerdings mehr
machen. Herr Küm
obachtung einer haar
auch einmal einen so
von einer Ebene aus
dass die Fragmente
ziehung haben die I
Weitere Einzelheiten
Untersuchungen vo
Radiusfrakturen abg
sollen, sollen vorbe
Riegner (Bres
dem Röntgen-Bild
armbruch dicht ober
das Sichvorlegen d
Ellbeuge, erkannt
heben können.
Stechow (B
sind 2 Röntgen-
schafflich-klinisch
demie, das andere
Untersuchungen
Truppen allerding
rheumatischen H
der Einstellung
schwerden, hervor
In 90% der Fälle
die Untersuchun
lich bei. Währe
turen und bei M
stücke durch die
eben so bei der
dadurch auf ein
bestätigt werde
der Kugelweg n
Bleiabsprennung
höchst mühsam
der Glieder, un
und das Bild zu

Diskussion: Oberst (Halle) muss, obwohl im Allgemeinen mit den vorgetragenen Ausführungen einverstanden, vor einem falschen Schluss aus den Röntgen-Bildern warnen. Richtig gestellt werden die Photographien, dass es eine vollkommene, tadellose Heilung eines Bruches, namentlich bei schräger Bruchrichtung, überhaupt nicht giebt. Früher auf seine Bruchheilungsergebnisse besonders stolz, muss er bekennen, dass eine vollkommene Korrektur einer Dislokation ihm nicht gelungen ist. Um dies zu erkennen, muss man allerdings mehrfache Aufnahmen in verschiedenen Stellungen machen. Herr Kümmell hat eine anscheinend einwandfreie Beobachtung einer haarscharf vereinigten Fraktur gezeigt; O. selbst hat auch einmal einen solchen Eindruck bei einer Radiusfraktur gehabt, von einer Ebene aus gesehen; von einer anderen aus zeigte es sich, dass die Fragmente gar nicht in Kontakt standen. In dieser Beziehung haben die Röntgen-Bilder eine neue Erkenntnis gebracht. Weitere Einzelheiten bezüglich seiner pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Brüchen, von denen die über die typischen Radiusfrakturen abgeschlossen sind und nächstens publicirt werden sollen, sollen vorbehalten bleiben.

Riegner (Breslau) hat 4mal bei Kindern von 5—8 Jahren aus dem Röntgen-Bild als Ursache einer Flexionshinderung nach Oberarmbruch dicht oberhalb der Kondylen eine bestimmte Dislokation, das Sichvorlegen des oberen Bruchstückendes vor das untere in der Ellbeuge, erkannt und durch Resektion desselben das Hindernis heben können.

Stechow (Berlin): Für die Zwecke des Armeesanitätsdienstes sind 2 Röntgen-Laboratorien eingerichtet, das eine, mehr zu wissenschaftlich-klinischen Untersuchungen, in der Kaiser Wilhelms-Akademie, das andere im Garnisonlazarett I. Die Bedeutung der Röntgen-Untersuchungen für die Armee erweist sich bei der Aushebung der Truppen allerdings nur ausnahmsweise — so ihm einmal bei einer rheumatischen Handgelenkentzündung —, ungleich mehr aber bei der Einstellung der Truppen, bei welcher Gelegenheit so viel Beschwerden, hervorgegangen aus alten Frakturen, angegeben werden. In 90% der Fälle sind sie gegenstandslos, in den übrigen 10% trägt die Untersuchung zur Entscheidung über die Dienstfähigkeit wesentlich bei. Während der Dienstzeit kommen sie naturgemäß bei Frakturen und bei Nadelverletzungen, wozu das Flicker der Kleidungsstücke durch die Mannschaften selbst Gelegenheit giebt, zur Geltung; eben so bei der Beurtheilung von Invalidenansprüchen, die zuweilen dadurch auf einen geringeren Werth zurückgeführt, häufig aber auch bestätigt werden. Bei diesen Untersuchungen zeigt sich zuweilen der Kugelweg nach Jahrzehnten noch durch die Austapezierung durch Bleiabsprengungen bezeichnet. Für viele Zustände bedarf es aber höchst mühsamer Berechnungen und verschiedenfachster Stellungen der Glieder, um wirkliche Abweichungen von der Norm festzustellen und das Bild zu verstehen (Demonstration).

Schulthess (Zürich) berichtigt den Irrthum, dass die Messungszeit bei seinem Scoliosometer 15 Minuten betragen soll; in Wirklichkeit betrug sie nur $3\frac{1}{2}$ —4 Minuten. Die Röntgen-Untersuchung für Skoliosen wird so lange nur als Aushilfsverfahren gelten können, bis es möglich ist, bei aufrechter Stellung ein Bild in abgekürzter Expositionszeit zu gewinnen.

Wullstein (Halle) demonstriert Rumpfaufnahmen und normale Becken.

Julius Wolff (Berlin) macht auf den Blasenstein aufmerksam, der unter den Bildern der Kaiser Wilhelms-Akademie sich befindet und der aus seiner Klinik stammt (Cystinstein), zweitens auf Bilder von Coxa vara, drittens die Konstatirung dauernder Heilung von kongenitaler Hüftluxation nach unblutiger Reposition.

Riedel (Jena) hat bei der Korrektur des Genu valgum durch das Röntgen-Knochenbild eine unangenehme Enttäuschung bezüglich seiner Operationstechnik erlitten. Bei der typischen Macewen-schen Operation resultirt in Folge der Knochenverschiebung am Condylus internus ein hässlicher Vorsprung an der Innenseite; um ihn zu vermeiden, hat R. früher einmal bei einem 10jährigen Kinde nach Keilexcision das obere Ende des Femurschaftes so in die Mitte der Meißelfläche gestellt, dass dieser Vorsprung verschwand und seit dem so gewonnenen ausgezeichneten Erfolg im Jahre 1889 immer anscheinend ideale Formen erreicht. Bei der Röntgen-Durchleuchtung zeigte sich, dass der wirklich gewünschte Erfolg nur bei Kindern erreicht war; in allen anderen Fällen hatte sich die Verschiebung doch wieder hergestellt. In Zukunft will er desswegen durch eine an der Außenseite des Knochens eingelegte Platte das Auswärtsrücken des Femurschaftes zu verhindern suchen.

Löbker (Bochum): Das Röntgen-Bild bildet eine sehr notwendige Kontrolle der erreichten Endresultate und auch funktioneller Erfolge bei Operationen an der Pleura, den Rippen, an der Lunge. In einem Falle complicirter Rippenfraktur mit linksseitigem Empyem war ein äußerst günstiges äußeres Bild zurückgeblieben — minimale Dämpfungszone, freie Athmung, blühendes Aussehen. Und doch zeigte die Aufnahme den vollkommenen Stillstand der linken Zwerchfellhälfte, deren Antheil an der normalen Kuppelbildung fehlte. Das bedeutete eine schwere funktionelle Störung, welche die geäußerten Klagen durchaus als begründet erwies. In einem zweiten Falle gelang es, ein Sarkom auf diesem Wege festzustellen. Es empfiehlt sich jedenfalls, das Resultat alter Empyemoperationen zu kontrolliren.

Braun (Göttingen) warnt vor der Überschätzung der Röntgen-Befunde in Bezug auf die Beurtheilung der Folgen von Knochenverletzungen. Die zurückgebliebenen Dislokationen stehen doch nicht immer im geraden Verhältnis zu den (geäußerten) Beschwerden; das

sind zwei
suchungen
aus einan
ob die Ver
Hoffm
Taschenuhr
blieben.

13) Hofm
Queck

Das wes
2monatlichen
der Verwend
mit Platinspi
so abwechsel
auf der (hor
das Quecksil



geht durch der
in die Achse
scheibe, welche
die Weiterleitun
Das Herausspri
zellendeckel ve
genügt zum I
außerordentlich
stellung gegen
brechen wesen
sich durch Vors
und 3600 Unte
Unterbrechungen
Chirurgen-Kongress

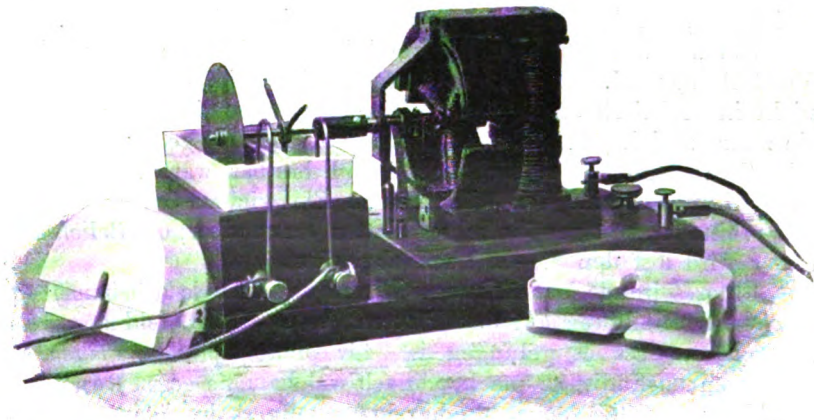
und zwei ganz verschiedene Dinge, welche man auch bei den Untersuchungen vor der Zeit der bezüglichen Gesetzgebung ganz wohl s einander zu halten gewusst hat. Jetzt aber schiene es fast, als o die Verletzten nicht mehr so gut geheilt werden können.

Hoffa (Würzburg) räth bei Röntgen-Untersuchungen die Taschenuhren abzulegen, weil sie magnetisch würden und stehen bleiben.

Herm. Frank (Berlin).

13) Hofmeister (Tübingen). Über einen neuen rotirenden Quecksilberunterbrecher für Röntgen-Strahlen.

Das wesentlich Neue an dem vom Votr. demonstirten, durch 2monatlichen Gebrauch praktisch erprobten Apparat ist zu suchen in der Verwendung eines rotirenden Unterbrechungsstroms, dessen 3 mit Platinspitzen versehene Strahlen durch Quecksilber schlagen und so abwechselnd Stromschluss und -öffnung erzeugen. Der Stern ist auf der (horizontalen) Welle eines kleinen Elektromotors befestigt; das Quecksilber befindet sich in einem Porzellantrog. Der Strom



geht durch den eben austauchenden Strahl des Unterbrechungsstroms in die Achse und durch diese zu einer darauf befestigten Kupferscheibe, welche in einem zweiten Quecksilbertrog läuft, von dem aus die Weiterleitung durch einen eintauchenden Kupferbügel erfolgt. Das Herausspritzen des Quecksilbers ist durch radkastenartige Porzellandeckel verhindert. Da der Apparat ganz ohne Reibung läuft, genügt zum Betrieb ein sehr einfacher kleiner Motor, welcher außerordentlich wenig Strom erfordert, wodurch die Kosten der Herstellung gegenüber den im Handel befindlichen rotirenden Unterbrechern wesentlich herabgesetzt sind. Die Geschwindigkeit lässt sich durch Vorschaltung eines geeigneten Widerstandes zwischen 60 und 3600 Unterbrechungen pro Minute variiren. Die einzelnen Unterbrechungen sind vollkommen scharf und präcis, und beobachtet

man auch bei großen Funkenstrecken nicht die Abnahme der Spannung, über die bei Verwendung von Platinunterbrechern so oft geklagt wird.

Der Unterbrecher sammt Motor wird vom Mechaniker Schun in Tübingen zum Preise von 55 M geliefert. (Selbstbericht.)

14) **M. Levy** (Berlin). Fortschritte im Röntgen'schen Verfahren.

Auf dreierlei Gebieten waren Fortschritte nöthig, um eine Abkürzung der Expositionszeit zu erzielen, die heute etwa das 25fache beträgt: auf dem Gebiet der Röhren, der Verstärkungsschirme und der photographischen Platten.

Die Röhren gestatten eine photographisch etwa 3fach so wirksame Strahlung, so fern sie so hoch evakuiert sind, dass sie starkes Glühen des Platinbleches ohne zu verderben aushalten können. Dies Verfahren ist jedoch nur bei Röhren von 20—25 cm Funkenlänge verwendbar, also bei Induktoren von 20 cm Funkenlänge an. Die anerkennenswerth kurzen Expositionszeiten, welche Herr Dr. Kümmell erzielt hat, beruhen auf der Ausnutzung dieser Erscheinung.

Der zweite Fortschritt liegt auf dem Gebiet der fluorescirenden Verstärkungsschirme; letztere wurden bisher in Europa überhaupt nicht in praktisch brauchbarer Weise hergestellt; in Amerika wurden sie zwar fabricirt, haben aber dort nicht Eingang gefunden, weil sie sehr theuer und dabei nicht genügend haltbar waren. Die neuen Verstärkungsschirme der Allgemeinen Elektrizitäts-Gesellschaft sind in Verbindung mit gewöhnlichen Platten verwendbar; die Belichtungsdauer wird auf den 4.—5. Theil abgekürzt.

Fluorescirende Verstärkungsschirme bedingen jedoch immer eine gewisse Kornbildung auf den Platten; es ist daher wohl der größte Fortschritt, dass es gelungen ist, für photographische Platten ein Verfahren ausfindig zu machen, nach welchem sie gegen Röntgen-Strahlen wesentlich empfindlicher hergestellt werden können als bisher. Das Princip dabei, welches fundamentaler Natur ist, beruht in der Verwendung mehrerer über einander gelagerter lichtempfindlicher Schichten, welche je für sich von den Röntgen-Strahlen belichtet werden und in ihrer Wirkung sich gegenseitig verstärken. Die praktische Herstellung der Platten ist bis jetzt so weit gediehen, dass wir solche mit etwa 4facher Empfindlichkeit herzustellen in der Lage sind; der wesentliche Punkt bei dieser Verbesserung liegt darin, dass eine Verminderung der Schärfe nicht eintritt.

Ich werde jetzt dazu übergehen, eine Brustkorb- und eine Beckenaufnahme eines erwachsenen Menschen von 23 Jahren bei 50 cm Röhrenabstand vorzuführen. Die Expositionszeiten würden im Allgemeinen in diesem Falle bisher zu 12—15 bzw. 24—30 Minuten gewählt worden sein. Ich werde so lange exponiren, wie man vielleicht von Handaufnahmen her bei 20—30 cm Abstand gewohnt ist,

d. h. 30 s
auf etwa
auf die V
stärkungssc
Anwendung
Schicht be
2fache, auf
Diese
kaum erhoff
ich einige n
1) Zeiten
2) Verm
tators;
3) Verm
Körpertheile
tigkeit; sodan
4) Herst
vom lebenden
kommen, un
5) Verwa
Erzielung der
Wir kön
dem Ideal, de
mittels Rönt
ihm auch noc

15) **M. Levy**
innerer Theile
Da die R
die Fläche nu
destens 2 Bild
bestimmen. D
die Aufgabe be
Redner kr
gabe zu lösen.
vorzulegen, we
Praktiker wird,
auszukommen
wesentlich and
graphischen Pl
Fluorescenzsch
Schattenbildern
sich diejenigen,
bequem aufsuch
aber erfordert v

30 Sekunden bzw. 1 Minute. Dies bedeutet eine Abkürzung etwa den 24. Theil; hiervon entfällt auf die Röhren eine 3fache, die Verstärkungsschirme eine 4fache, auf Röhren und Verstärkungsschirme zusammen also eine 12fache Abkürzung. Durch Anwendung einer Platte, welche doppelseitig mit lichtempfindlicher Schicht belegt ist, ergibt sich eine weitere Abkürzung um das 2fache, auf insgesamt das 24fache.

Diese neuesten Fortschritte, welche man bis vor Kurzem wohl kaum erhofft hat, bringen wesentliche Vortheile mit sich, von denen ich einige nur kurz anführen will.

- 1) Zeitersparnis;
- 2) Vermeidung der Ermüdung des Pat. und des Experimentators;
- 3) Vermeidung von Hautentzündungen; bei Aufnahme stärkerer Körpertheile ist dies besonders für die Frauenheilkunde von Wichtigkeit; sodann
- 4) Herstellung von schärferen und detailreichen Bildern, auch vom lebenden Körper, die denen an der Leiche aufgenommenen nahe kommen, und endlich
- 5) Verwendbarkeit kleinerer und darum billigerer Apparäte zur Erzielung der bisherigen Resultate.

Wir können wohl behaupten, dass die neuesten Fortschritte uns dem Ideal, der Moment-Photographie, auch der dicksten Körpertheile mittels Röntgen-Strahlen wesentlich genähert haben, wenn wir von ihm auch noch durch ein schwer überbrückbares Stück getrennt sind.

(Selbstbericht.)

15) **M. Levy-Dorn** (Berlin) spricht über die Methode, die Lage innerer Theile mittels Röntgen-Strahlen zu bestimmen.

Da die Röntgen-Bilder Projektionen auf eine Fläche darstellen, die Fläche nur 2, der Raum aber 3 Dimensionen besitzt, sind mindestens 2 Bilder nöthig, um einen Ort im Raum mit X-Strahlen zu bestimmen. Die Verknüpfung dieser Bilder wie ihre Auswahl bildet die Aufgabe besonderer Methoden.

Redner kritisiert die bisher üblichen Wege, die genannte Aufgabe zu lösen. In jedem einzelnen Falle hat man sich die Frage vorzulegen, welchen Weg man am besten beschreiten wird. Der Praktiker wird, wo es nur irgend angeht, mit dem Fluoreszenzschirm auszukommen suchen. Beim Gebrauch desselben empfehlen sich wesentlich andere Arrangements, als beim Gebrauch der photographischen Platte, — der Natur beider Rechnung tragend: der Fluoreszenzschirm lässt ohne Schwierigkeit eine große Zahl von Schattenbildern in den verschiedensten Stellungen zu, so dass man sich diejenigen, welche am besten für den vorliegenden Zweck passen, bequem aufsuchen kann, jedes Bild auf der photographischen Platte aber erfordert wesentliche Opfer an Zeit und Geld. Hier ist die

Zahl der Bilder nicht belanglos und wird die Zahl 2 ungern überschritten werden.

Ein zweiter Faktor, welcher für die Auswahl der Methode maßgebend ist, besteht in der größeren oder geringeren Ausdehnung des zu untersuchenden Objektes.

Die beiden ersten vom Redner geschilderten Wege, den Ort eines inneren Theiles zu bestimmen, empfehlen sich nur beim Gebrauch des Schirmes. Sie bestehen in Folgendem:

Bei dünneren Objekten, wie die Hand, bringe man den Körpertheil so nahe an das Hittorfsche Rohr heran, dass man den gesuchten Körper (etwa eine abgebrochene Nadel) gut sieht. Nun richte man sein Augenmerk auf die Nadel (— um bei dem Beispiel zu bleiben —) und den nächsten Knochentheil, etwa den 3. Metacarpus, und merke sich, auf welche Weise sich die Lage beider zu einander mit der Bewegung der Hand verschiebt. Wie man sich leicht berechnen kann, muss das Objekt, welches der Strahlenquelle näher liegt, sich anscheinend in demselben Sinne bewegen, wie der bewegte Körpertheil, der entferntere aber in umgekehrter Richtung. Es ist klar, dass sich so leicht entscheiden lässt, ob ein Fremdkörper mehr der Hohlhand oder dem Dorsum manus zu liegt.

Bei voluminöseren Körpertheilen, wie die Brust, muss man genauere Bestimmungen treffen. Redner empfiehlt dabei ein neues Verfahren, welches wieder an dem Beispiel eines Fremdkörpers erläutert sei:

Man führe ein Metallstück an der Körperoberfläche entlang, bis sich das Bild desselben mit demjenigen des Fremdkörpers deckt, befestige es und thue eben dasselbe mit einem zweiten Metallstück an der entgegengesetzten Seite des Körpers. Da die Röntgen-Strahlen geradlinig verlaufen, muss der Fremdkörper auf der Verbindungslinie beider Metallmarken liegen. Nachdem der Pat. die Stellung geändert, bestimme man eine zweite Linie, auf welcher der Fremdkörper sich befindet, in genau derselben Weise wie die erste. Der Schnittpunkt beider Linien ist dann der genaue Ort des gesuchten Objektes. Um diesen in Wirklichkeit festzustellen, führe man um den Körperabschnitt in der Höhe der Metallmarken einen biegsamen Draht aus Blei, ein Zinkrohr, ein Cystometer oder dgl., schmiege ihn der Haut an, nehme ihn ab, ohne seine Form zu ändern, nachdem man die Stellen, wo Metallstücke und Draht zusammentreffen, markirt; lege nun den Draht auf ein Blatt Papier, übertrage seine Form, wie wir es bei den Cystometerkurven thun, bezeichne die Stellen der Metallmarken und ziehe endlich die gedachten Linien. Die beschriebene Konstruktion lässt sich am leichtesten ausführen, wenn Fremdkörper und Metallmarken in ein und derselben Horizontalebene liegen, was man meist ohne Mühe bewerkstelligen kann. Aber auch wenn dies nicht möglich sein sollte, lässt sich die Methode noch gebrauchen.

Der
bei dem
keine be
schrieben
nicht in a
Für s
Redner St
wie viel C
deren entf
lichen wic
Reihe Rönt
Hohlhand, e
heilte Radiu
Auch d
von Bildern

16) Hoffa

H. hebt
für die Erke
lässt sich bei
Grad der Ver
die Torsion d
hervorgehoben
sehr oft in ei
fortsätze. M
kann man ein
ist erstaunt,
Lendenwirbel,
für die Kontro
nahme von gro
selben Pat. sta
aufgenommen,
5 Monate geleg
schwunden, die
gar eine leichte
Sodann wei
fahrens für die
dylitis und Cox
An einer Se
rirten Hüftverre
kennen, dass d
stehen. Es hand
Fälle, und die B
funktionellen Re

Der Vortheil vor dem Exner'schen und anderen Verfahren liegt bei dem geschilderten darin, dass die Rechnung umgangen wird, und keine bestimmten Stellungen von Objekt, Rohr und Schirm vorgeschrieben sind. Es hat dies besonders deswegen Werth, weil man nicht in allen Stellungen sehen kann, worauf es ankommt.

Für schwierigere Fälle in der Praxis und zum Studium empfiehlt Redner Stereoskopbilder. Es kommt fast immer weniger darauf an, wie viel Centimeter oder gar Millimeter ein Objekt von einem anderen entfernt liegt, sondern mehr, wie seine relative Lage zu sämtlichen wichtigen Punkten der Nachbarschaft ist. Es werden eine Reihe Röntgen-Stereoskopbilder demonstriert: Ein Nadelstück in der Hohlhand, ein tuberkulöses Ellbogengelenk, eine mit Dislokation geheilte Radiusfraktur, eine Kyphoskoliose etc.

Auch die oben beschriebenen Methoden werden an der Hand von Bildern und den nächsten Abend am Fluoreszenzschirm erläutert.
(Selbstbericht.)

16) Hoffa (Würzburg). Zur Verwerthung des Röntgen'schen Verfahrens für die Chirurgie.

H. hebt zunächst die Bedeutung des Röntgen'schen Verfahrens für die Erkennung und Behandlung der Deformitäten hervor. So lässt sich bei Röntgen-Photographien von Skoliosen nicht nur der Grad der Verkrümmung scharf und deutlich erkennen, sondern auch die Torsion der Wirbelkörper. Wie schon früher von v. Volkmann hervorgehoben wurde, steht der Grad der skoliotischen Verkrümmung sehr oft in einem großen Missverhältnis zu der Deviation der Dornfortsätze. Mittels Röntgen-Aufnahmen von derartigen Skoliosen kann man ein solches Missverhältnis deutlich wahrnehmen, und man ist erstaunt, die starke Torsion der Wirbelkörper, namentlich der Lendenwirbel, nach der Seite der Konvexität hin zu sehen. Auch für die Kontrollirung des Behandlungserfolges ist die Röntgen-Aufnahme von großem Werth. H. demonstriert 2 Bilder, die von derselben Pat. stammen; das eine wurde vor Anlegung des Verbandes aufgenommen, das andere nachdem der fixirende Verband ungefähr 5 Monate gelegen hatte. Die ursprüngliche Skoliose ist völlig verschwunden, die Wirbelsäule verläuft ganz gerade und zeigt eher sogar eine leichte Krümmung nach der entgegengesetzten Seite.

Sodann weist H. auf die Bedeutung des Röntgen'schen Verfahrens für die Erkennung des Sitzes tuberkulöser Processe bei Spondylitis und Coxitis hin.

An einer Serie von Röntgen-Aufnahmen, die von blutig operirten Hüftverrenkungen gemacht wurden, lässt sich deutlich erkennen, dass die Schenkelköpfe fest in der neugebildeten Pfanne stehen. Es handelt sich sowohl um einseitig als doppelseitig operirte Fälle, und die Bilder stehen in vollem Einklang mit den erreichten funktionellen Resultaten. Hingegen findet sich von 50 Fällen un-

blutig reponirter Hüftgelenksluxationen kein einziger Fall, bei dem der Schenkelkopf dauernd in der Pfanne geblieben wäre, nachdem die fixirenden Verbände einige Monate entfernt waren. Die Röntgen-Photographien lassen deutlich erkennen, dass die Schenkelköpfe nach vorn und oben in die Höhe gerutscht sind, und dass der Schenkelhals sich schließlich nicht frontal, sondern sagittal eingestellt hat. Ferner ist aus den Röntgen-Bildern ersichtlich, woran die Nearthrosenbildung an Stelle der alten Pfanne in der Regel scheitert. Einmal sieht man, dass in der Mehrzahl der Fälle kein oberer Pfannenrand vorhanden ist; das andere Mal, dass selbst nach gelungener Reposition, nachdem der Kopf mit dem bekannten hörbaren Geräusch in die alte Pfanne einschnappte, der Kopf nicht in unmittelbarer Berührung mit der Pfanne steht. H. ist der Ansicht, dass es sich in diesen Fällen um ein stärkeres Ligamentum teres handelt, das sich zwischen Kopf und Pfanne lagert.

Alsdann demonstriert H. die Röntgen-Bilder einer vor 15 Jahren intra partum entstandenen Unterschenkelfraktur. Die Atrophie der Bruchenden ist deutlich erkennbar. Der Fall wurde nach der Sickschen Methode operirt — Einschrauben einer Elfenbeinplatte in das periphere und centrale Fragment. — Die Elfenbeinplatte ist reaktionslos eingeeilt, und aus dem Röntgen-Bild ist die Lage derselben sehr gut wahrnehmbar; Konsolidation ist nicht eingetreten.

Zum Schluss legt H. noch Photographien von Knochen vor, aus denen die innere Architektur derselben deutlich erkennbar ist, und Aufnahmen des Handgelenks in verschiedenen Stellungen, aus denen ersichtlich ist, dass sich nicht nur die erste Reihe der Handwurzelknochen verschiebt, sondern dass bei den einzelnen Bewegungen jeder einzelne Handwurzelknochen in typischer Weise seine Lage verändert.

(Selbstbericht.)

17) Joachimsthal (Berlin). Zur Frage der Bedeutung der Röntgen-Aufnahmen für die Chirurgie und Orthopädie.

Was die Frage der Bedeutung der Röntgen-Bilder für die genaue Erforschung und Messung der Skoliosen anlangt, so stimmt J. im Großen und Ganzen demjenigen zu, was Herr Hoffa aus einander gesetzt hat. Wir empfinden es als einen großen Übelstand bei den bisher üblichen Messvorrichtungen, so vortrefflich dieselben auch sonst konstruirt sind, dass die Kranken während der Dauer der Messung, die beispielsweise bei Zander's Apparat in den Händen eines geübten Arztes 4—5 Minuten, bei dem Schulthess'schen sogar noch länger währt, in merkbarer Weise in sich zusammensinken. Es erscheint demnach nicht wunderbar, dass selbst der gewandteste Beobachter bei 2 direkt nach einander oder an 2 verschiedenen Tagen vorgenommenen Untersuchungen durchaus verschiedene Messbilder erhält.

Auch die Photographie, resp. das von Oehler vorgeschlagene

Verfahren
nicht frei

Diese
ab, dass w
der die M
und ihnen
derselben,
in gleicher
thätigkeit n
rechte Halte

Die Or
Rumpfes wi
eines Faden
ein solches z
kopierte Bild
einer ein für
Platte ein in
erst dann d

J. mach
Bilder ange
zunächst ein
in den Stand
die Erforsch
der einzelnen
lassen. J. h
schon auf d
wägung unt
gewiesen, be
finger bei
nur einmal
war. Die pl
es sich um e
lanx von der
Knochen geh
21jährige Sch
gleich auf be
nur auf de
rend rechts o
eine Thatsach
der seiner Zei

Indem J.
monstrirten P
er noch eine
selben eine ge
Vor der C
und Ringfinger
wünscht, einer

Verfahren der Photographie mit Einschaltung eines Fadennetzes sind nicht frei von diesem Übelstand.

Diesen Schwierigkeiten hilft das Röntgen-Bild nun dadurch ab, dass wir bei seiner Herstellung gewohnt sind, die Kranken in der die Muskelthätigkeit erübrigenden Rückenlage zu durchstrahlen und ihnen so eine Stellung zu geben, die sich bei Wiederbenutzung derselben, ev. besonders hergestellten Lagevorrichtung viel sicherer in gleicher Weise wiederholen und eine Veränderung durch Muskelthätigkeit mit größerer Bestimmtheit ausschließen lässt, als die aufrechte Haltung.

Die Orientierung auf den Röntgen-Bildern des skoliotischen Rumpfes wird nun wesentlich erleichtert durch Einschaltung eines Fadennetzes mit Zahleneintheilung. Man stellt sich ein solches zweckentsprechend dadurch her, dass man auf das fertig kopirte Bild der Verkrümmung vor dem Fixiren desselben noch von einer ein für allemal zu diesem Zweck präparirten lichtempfindlichen Platte ein in Quadratcentimeter eingetheiltes Liniennetz kopirt und erst dann das Bild fixirt (Demonstration).

J. macht sodann noch einige Bemerkungen über die Röntgen-Bilder angeborener Verbildungen. Das Verfahren besitzt hier zunächst eine sehr hohe wissenschaftliche Bedeutung, indem es uns in den Stand setzt, unsere klinischen Beobachtungen in Bezug auf die Erforschung der Gestaltung, Zahl und Artikulationsverhältnisse der einzelnen Knochen mit den rein anatomischen konkurriren zu lassen. J. hatte diese Frage an der Hand einer Reihe von Bildern schon auf der Naturforscher-Versammlung zu Frankfurt einer Erwägung unterzogen und dabei besonders auf eine 27jährige Pat. hingewiesen, bei der die Skiagramme in dem verkürzten Zeigefinger beiderseits 4 Glieder ergaben, ein Befund, der vorher nur einmal — von Leboucq — an der Leiche gemacht worden war. Die plausibelste Erklärung bot ihm damals die Annahme, dass es sich um eine frühzeitige Ablösung der Epiphyse der ersten Phalanx von der Diaphyse mit selbständiger Weiterentwicklung beider Knochen gehandelt habe. J. hatte nun vor Kurzem Gelegenheit, die 21jährige Schwester dieser Pat. zu untersuchen; hier fand sich, obgleich auf beiden Seiten die Zeigefinger gleichmäßig verkürzt waren, nur auf der linken Seite die Vierzahl der Glieder, während rechts die Spaltung der ersten Phalanx ausgeblieben war — eine Thatsache, die bei der gleichen Länge beider Finger wohl mit der seiner Zeit gegebenen Erklärung nicht in Einklang zu bringen ist.

Indem J. in Bezug auf eine Reihe weiterer Details auf die demonstirten Photographien angeborener Anomalien hinweist, bringt er noch eine diesbezügliche Beobachtung kurz zur Sprache, weil derselben eine gewisse praktische Bedeutung innewohnt.

Vor der Operation einer doppelseitigen Syndaktylie des Mittel- und Ringfingers bei einem $\frac{1}{4}$ Jahr alten Kinde erschien es J. erwünscht, einen Einblick in die knöchernen Theile der Hand zu

gewinnen. Da indess die Photographien so kleiner Kinder einmal wegen der Unruhe derselben, weiterhin wegen der großen Ausdehnung der knorpligen Theile schwer zu benutzen sind, so begnügte sich J. mit der Durchforschung der in gleicher Weise verbildeten Hände des Vaters. Hierbei ergab sich nun folgendes eigenthümliche Verhalten: Der 3. Metacarpus spaltete sich an der Grenze seines mittleren und unteren Drittels gabelförmig, und die beiden so entstehenden Zinken artikulirten nun einerseits mit der 1. Phalanx des Mittel-, andererseits mit derjenigen des Ringfingers, mit welcher letzteren noch ein besonderer 4. atrophischer Mittelhandknochen in Verbindung trat. In Berücksichtigung dieses Verhaltens ließ sich bei den analog gestalteten Händen des Kindes eine sonst leicht mögliche Gelenkverletzung vermeiden.

J. demonstirt außerdem eine Reihe von Bildern frischer, gut und fehlerhaft geheilter Brüche. (Selbstbericht.)

18) **F. Krause** (Altona) verzichtet aufs Wort und begnügt sich damit, aus seiner Sammlung eine Anzahl interessanter Röntgen-Aufnahmen herumzugeben, denen so genaue Erklärungen beige-schrieben sind, dass sie ohne Weiteres verständlich werden.

(Selbstbericht.)

19) **Lexer** (Berlin) berichtet über einen Fall, wo die Bestimmung des Sitzes einer im Hals eingeheilten Kugel mittels Röntgen-Strahlen große Schwierigkeiten machte. Die Operation des 13jährigen Schülers, der einen Revolverschuss in die rechte Seite des Halses vor 3 Jahren erhalten hatte, schien, abgesehen von hochgradigen nervösen Allgemeinerscheinungen, geboten wegen der in letzter Zeit immer mehr zunehmenden Schmerzen am Hals, starken Schluck-beschwerden, die ihn verhinderten, feste Speisen zu sich zu nehmen. Eine Röntgen-Aufnahme gelang von vorn nach hinten, die Kugel saß nach dieser in der Höhe des 1. Brustwirbelquerfortsatzes, in gleicher Höhe mit der Einschussöffnung am vorderen Rande des Sternocleido. Bei der Operation, die näher geschildert wird, fand sich weder irgend wo in den Weichtheilen ein Anhaltspunkt für den Schusskanal, noch auch für den Sitz der Kugel nach Bloßlegung des Querfortsatzes und Wegnahme des Tuberculum der 1. Rippe. Erst die später vorgenommene Durchleuchtung des Pat. von den verschiedenen Seiten, wobei jedesmal der Punkt, wo der Schatten der Kugel erschien, auf der Haut mittels eines zwischen Schirm und Pat. gehaltenen Drahtes markirt wurde, ergab, dass sie dicht hinter der Spitze des Querfortsatzes des 1. Brustwirbels liegen müsse, wo sie dann auch, fest im Knochen eingekeilt, gefunden wurde. Die eigen-thümlichen Beschwerden des Pat. sind darauf vollständig geschwunden.

(Selbstbericht.)

20) **San**

S. s.
durchgehe
kiefer star
gezogen,
gewichen,
den Spaltr
laterale TH
Weichtheil
nicht, die
Franz Kö
außerdem
rückgelager
nung durch
Zwischenki
bei den dop
den bekannt
denken. Di
metischer H
knöchernen
minenz des
sondern auc
Seite hin, an
aufgehange
knorplige N
in ziemlich s
spitze gut b
feinen Silber
gelösten late
Punkt des an
durch die kn
in 3 Fällen
Jahren Parts
solch schwieri
überlässt und
entwickelten
spalten soll.
übrigen in Fr
Operation!) gi
wirken kann,
diese statistisc
auf ein eindeut
Hasenschartenk
würde sich am

20) **Samter** (Königsberg). Zur Operation complicirter Hasenscharten.

S. spricht über die Operationen derjenigen Fälle einseitiger durchgehender Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, bei denen der Zwischenkiefer stark schräg nach vorn prominirt, der Nasenflügel flach ausgezogen, die Nasenscheidewand stark nach der gesunden Seite abgewichen, der Spalt nicht nur breit und die Niveaudifferenz zwischen den Spalträndern des Alveolarbogens beträchtlich, sondern auch der laterale Theil der Oberlippe schmal und kurz ist. Die Ablösung der Weichtheile von der knöchernen Unterlage genügt in solchen Fällen nicht, die Vereinigung zu erzielen (wie Victor v. Bruns und Franz König vorübergehend angenommen hatten), sondern es wird außerdem von einem Theil der Operateure der Zwischenkiefer zurückgelagert resp. resecirt, von einem anderen Theil die Entspannung durch Schnitte in die Wange erzielt. Die Operationen am Zwischenkiefer gestalten sich zu einem viel größeren Eingriff, als sie bei den doppelseitigen Fällen darstellen, und erwecken demnach bei den bekannten Mortalitätsverhältnissen der Hasenschartenkinder Bedenken. Die Entspannungsschnitte durch die Wange sind in kosmetischer Hinsicht mangelhaft. Hat man die Weichtheile von der knöchernen Unterlage losgelöst, so erweist sich nicht nur die Prominenz des Zwischenkiefers als ein Hindernis für die Vereinigung, sondern auch die Abweichung der Nasenspitze nach der gesunden Seite hin, an welcher die Nasenflügel wie die Oberlippentheile noch aufgehangen bleiben. Aus diesem Grunde durchtrennte S. die knorplige Nasenscheidewand innerhalb des Vestibulums der Nase in ziemlich senkrechter Richtung nach oben, wodurch sich die Nasenspitze gut beweglich machen ließ; eine Entspannungsnaht mittels feinen Silberdrahtes wurde ferner durch den freien Rand des abgelösten lateralen Nasenflügels einerseits und durch den obersten Punkt des angefrischten medialen Lippenspaltrandes, so wie zugleich durch die knorplige Nasenscheidewand gelegt. Die Heilung erfolgte in 3 Fällen prompt. Gleichzeitig hebt S. hervor (wie schon vor Jahren **Partsch**), dass man die Regulirung der Lippenrothlinie in solch schwierigen Fällen besser einer späteren kleinen Nachoperation überlässt und den lateralen, in diesen schwierigsten Fällen dürtig entwickelten Oberlippentheil nicht noch durch besondere Schnitte spalten soll. Ob das angegebene Verfahren im Verein mit den übrigen in Frage kommenden Faktoren (insbesondere Zeitpunkt der Operation!) günstig auf die Mortalität der Hasenschartenkinder wirken kann, ist nur durch eine größere Statistik zu beweisen. Alle diese statistischen Untersuchungen aber gehen erst dann Aussicht auf ein eindeutiges Resultat, wenn die Mortalität der nichtoperirten Hasenschartenkinder festgestellt sein wird. Dieser letztere Punkt würde sich am besten durch eine Enquete erledigen lassen.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Wolff (Berlin) ist gegen die Reposition des Zwischenkiefers durch vorherige Operation, weil die Oberlippe dadurch zu weit zurücktritt, und weil bei genügender Loslösung die Vereinigung über dem Bügel doch gelingt. Man muss erst die Vereinigung der einen, dann der anderen Seite machen.

Borchard (Posen).

21) **Partsch** (Breslau). Ersatz des Unterkiefers nach Resektion.

Die bisherigen Methoden, die nach Kontinuitätsresektionen des Unterkiefers zurückbleibenden Störungen nach Möglichkeit auszugleichen, besonders die lästige Einwärtsverlagerung der stehen gebliebenen Kieferstücke zu beseitigen, waren zweifacher Art. Entweder begann man die Arbeit nach vollendeter Wundheilung und bestrebte sich, die entstandene Narbe so weit zu dehnen, dass eine Artikulation des verschobenen Stückes ermöglicht wurde (Sauer), oder man suchte durch Prothesen, eingelegt sofort bei der Operation, die Verlagerung zu verhüten und damit die Narbenbildung so vor sich gehen zu lassen, dass ein verlagernder Zug derselben ausgeschaltet wurde. Letztere namentlich von Claude Martin angeregte, von Boenneken und Hahl aufgenommene Idee schien nur durchführbar, wenn vor der Operation vom zahntechnisch hervorragend ausgebildeten Zahnarzt nach einem Abdruck eine Prothese angefertigt war, die im Moment der Operation eingesetzt und während der Heilung getragen wurde. Dieser Weg hatte das Unbequeme, dass der Chirurg auf die Hilfe eines mit besonderer technischer Befähigung begabten Zahnarztes angewiesen war, ferner die Prothese schon vor der Operation angefertigt werden musste, und damit der Chirurg in seinem operativen Vorgehen nicht mehr ganz frei, sondern durch die Rücksicht auf das angefertigte Ersatzstück gebunden war, und endlich die Operation durch die zeitraubende Einpassung des Ersatzstückes ungebührlich verlängert, die Asepsis durch die nothwendigen Manipulationen einer nicht vollkommen chirurgisch geschulten Hilfskraft gefährdet, und endlich gelegentlich der Wundverlauf durch die Einlagerung eines komplicirten, die freie Übersicht beeinträchtigenden, die Antisepsis im Munde behindernden Apparats oft so gestört wurde, dass die nachträgliche Entfernung der Prothese nothwendig wurde.

Mein Bestreben war, den Chirurgen im Moment der Operation unabhängig vom helfenden Zahnarzt zu machen, ohne dabei den Vortheil der Immediatprothese aufzugeben, andererseits dem Zahnarzt nach beendeter Wundheilung den Pat. so zu übergeben, dass er in aller Ruhe und mit Verwerthung alles Restirenden und ohne Beeinträchtigung der Festigkeit der Zähne dem Pat. ein möglichst vollkommen leistungsfähiges Ersatzstück anzufertigen im Stande wäre.

Zu dem Zweck ersetzte ich den komplicirten Ersatzapparat durch Metallschienen, welche ich aus den früher zur Befestigung von komplicirten Frakturen benutzten Hausmann'schen Schienen fertigte, deren Kenntniss ich Herrn Geh. Rath Schede verdanke.

Die
eine Zw
und ge
Befestig
nach Fr
schen G
die Rese
die Masse
gebohrt w
zogen wir
Entsprech
des Kiefer
die Biegung
der Gigli
legte Schn
nahme der
Stück Dra
liegen, mi
ragenden
steckt und
der Kiefers

Der Ve
ist, die Sch
unterhalb, r
lauf erfolgte
Schon am 1
zu sich neh
brauchen.
Schienen di
von den in
nehmen, au
Dr. Riegne
lichen Instit
Schienen Me
nen Zähne fe
in sie die Pr
viel sicherere
zu wechselnde
Stütze findet.
rend die klam
beanspruchen,
dürfte doch d
rirten, jugendl
auf das Tragen
Natürlich
resektionen ode
anwendbar, B

Dieses Material, in beliebiger Länge vorrätig, lässt sich durch eine Zwickzange leicht in der erforderlichen Länge zurecht schneiden und gestattet bei der vorhandenen Durchlöcherung eine sofortige Befestigung mit Draht. Es wird bei der Operation so verfahren, dass nach Freilegung des Tumors von außen durch den nach Kocherschen Grundsätzen geführten Schnitt hinter den Stellen, an welchen die Resektion vorgenommen werden soll, jederseits 2 Löcher durch die Masse des Unterkieferknochens unterhalb des Alveolarfortsatzes gebohrt werden, und durch beide sofort ein Silberdraht so durchgezogen wird, dass seine freien Enden aus dem Knochen herausragen. Entsprechend der Entfernung dieser Bohrlöcher und der Wölbung des Kiefers werden aus den Schienen 2 Bügel geschnitten, welche die Biegung des zu entfernenden Kieferstückes nachahmen. Ist mit der Gigli'schen Säge die Resektion durch vor den Bohrlöchern gelegte Schnitte ausgeführt, der Tumor ausgeschält mit oder ohne Fortnahme der Schleimhaut, werden die Schienen, nachdem sie mit einem Stück Drainrohr so weit überzogen worden, als sie frei im Munde liegen, mit ihren Löchern über die frei aus dem Knochen hervorragenden Enden des durch den Kiefer gezogenen Silberdrahtes gesteckt und durch Zusammendrehen derselben fest auf die Außenfläche der Kieferstücke angepresst.

Der Verlauf des erst operirten Falles zeigte mir, dass es besser ist, die Schleimhaut der Lippe oder Wange mit der des Mundbodens unterhalb, nicht über den Schienen, zu vereinigen. Der Wundverlauf erfolgte in den bisher operirten Fällen ganz reaktionslos und rasch. Schon am Ende der ersten Woche konnten die Pat. feste Speisen zu sich nehmen und die restirenden Kieferstücke zum Kauen gebrauchen. Am Ende der 3. Woche konnte über den liegenden Schienen die endgültige Prothese gearbeitet werden. Es ließ sich von den in guter Stellung befindlichen Stücken gut ein Gipsabdruck nehmen, auf dem die Prothese vorgearbeitet wurde. Herr Zahnarzt Dr. Riegner, Leiter der zahntechnischen Abtheilung des zahnärztlichen Instituts der Universität Breslau, hat zur Befestigung der Schienen Metallkronen gewählt, welche er über die zurückgebliebenen Zähne fertigte, und an denen Metalllösen angebracht werden, um sie die Prothese einzuhängen. Die Kronen gewähren außer der sichereren, und doch vom Pat. leicht zur Reinigung des Stückes wechselnden Befestigung den Zähnen, an welchen die Prothese findet, einen wirksamen Schutz gegen cariöse Zerstörung, während die klammerartigen Befestigungsmittel den Zahn mechanisch so beschaden, dass seine Existenz gefährdet wird. Dieser Schutz ist doch dort besonders werthvoll sein, wo die Pat., wie die operirten jugendliche Individuen und während der Dauer ihres Lebens das Tragen der Prothese angewiesen sind.

Natürlich ist das angegebene Verfahren nur bei Kontinuitäts- oder komplizirten Frakturen mit Splitterung der Knochen anwendbar. Bei Totalresektionen einer ganzen Hälfte des Unter-

kiefers wird man mangels einer Befestigung die schiefe Ebene Sauer's, welche durch den Biss das restirende Stück in die richtige Stellung zwingt, nicht entbehren können.

(Selbstbericht.)

22) **H. Küttner** (Tübingen). Über die Lymphgefäße der Zunge mit Beziehung auf die Verbreitungswege des Zungencarcinoms.

Die beim Mammacarcinom mit den neuen ausgedehnteren Operationsmethoden erreichten besseren Resultate berechtigen zu der Annahme, dass man in der Carcinombehandlung weiter kommen könnte, wenn man den Verbreitungswegen des Carcinoms nachginge, wenn man den Verlauf der Lymphbahnen genaueren Studien unterwürfe und entsprechend den Ergebnissen dieser Untersuchungen durch ausgedehntere Eingriffe zugleich größere Gebiete inficirter Lymphbahnen ausschalten könnte. Von diesem Gesichtspunkt aus hat Redner sich mit den Lymphgefäßen der Zunge beschäftigt. Die Zunge erschien besonders geeignet wegen der ungünstigen Prognose des Zungencarcinoms und wegen der Rolle, die das Drüsenrecidiv bei diesem Leiden spielt. Zur Injektion der bisher noch wenig studirten Lymphgefäße der Zunge wurde das neue vorzügliche Verfahren von Gerota angewandt.

Die Hauptresultate der Untersuchungen sind kurz folgende: Die Lymphgefäße der Zungenoberfläche communiciren alle mit einander, sie führen die Lymphe einer Zungenhälfte zu den beiderseitigen Drüsen ab. Vielleicht lässt sich dies zur Erklärung der Thatsache mit verwerthen, dass man bei einseitigem Zungencarcinom mitunter doppelseitige Metastasen findet, und es wäre in solchen Fällen nicht immer nöthig, ein äußerlich nicht wahrnehmbares Übergreifen des Carcinoms über die Mittellinie anzunehmen.

Der Verlauf der Hauptlymphbahnen ist ein sehr complicirter, sie variiren vielfach, münden aber stets in die submaxillaren und in die tiefen cervicalen Drüsen ein, welche unter dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus auf der Vena jugularis gelegen sind. Die Hauptlymphdrüse der Zunge liegt in Höhe der Carotistheilung, von ihr können noch mehrere in gleicher Höhe oder weiter nach abwärts gelegene Drüsen injicirt sein. Außerdem giebt es aber Lymphgefäße, welche direkt von der Zunge, ja sogar direkt von der Zungenspitze zu den Drüsen am unteren Drittel des Halses hin verlaufen. Diese Bahnen spielen dann eine Rolle, wenn man bei verhältnismäßig kleinen Carcinomen Drüsenmetastasen bis oberhalb der Clavicula beobachtet. Submentale Drüsen hat Redner nie injicirt gefunden, dagegen hat Sappey eine Drüse beschrieben, welche auf dem Mylohyoideus dicht vor dem Zungenbein gelegen ist.

Die praktischen Resultate der genauer mitgetheilten Befunde sind folgende: Die Hauptlymphbahnen haben einen so complicirten

Ve
lic
me
bei
nor
mü.
drüs
seiti
weis
Bahn
giebt,
abwär
Der R
zu mac

23) K.

K.
dem S.
bei Carc
Pharynx
anstande
diesem L
Gleic
die Zeit
hat vom
gischen K
weniger a
Theil der
der Frequ
wie das 2
Pathologie
nauere Ana
fertigt. —
sation des I
sich K. nur
anatomische
Tafelzeichnu
worfen worde
Sitz des Phar
aus dieser ve
topographisch
gende Arten
1) Die n
sind (2 Fälle);

Verlauf und machen zum Theil solche Umwege, dass es nicht möglich erscheint, durch ein geeignetes Operationsverfahren alle oder die meisten Lymphbahnen auszuschalten; dagegen ergibt sich, dass man beim Zungencarcinom eben so wie beim Lippen- und Mammacarcinom typische Drüsenauräumungen vornehmen soll. Ausgeräumt müssen werden die Submaxillar-, Submental- und tiefen Cervicaldrüsen, und zwar die submaxillaren und tiefen cervicalen doppelseitig und die letzteren so weit am Hals herunter, als Drüsen nachweisbar sind. Letzteres muss desswegen stattfinden, weil es direkte Bahnen von der Zunge zu den Drüsen am unteren Drittel des Halses giebt, und weil wegen dieser direkten Bahnen ein Fall mit sehr weit abwärts gehenden Metastasen noch nicht inoperabel zu sein braucht. Der Reichthum der Zunge an Lymphgefäßen ist mit verantwortlich zu machen für die Malignität des Zungencarcinoms.

(Selbstbericht.)

23) Krönlein (Zürich). Über Pharynxcarcinom und Pharynxexstirpation.

K. knüpft an den Vortrag an, welchen B. v. Langenbeck auf dem 8. Kongress 1879 über seine Methode der Pharynxexstirpation bei Carcinom gehalten, und in welchem er die große Seltenheit der Pharynxcarcinome betont hatte. Seither ist diese Ansicht unbeanstandet geblieben und von fast allen Autoren, welche sich mit diesem Leiden befasst haben, immer wiederholt worden.

Gleichwohl muss K. sie als unrichtig erklären, wenigstens für die Zeit und den Ort seiner chirurgischen Wirksamkeit. Denn er hat vom Jahre 1881—1896 in Zürich unter ca. 18000 klinisch-chirurgischen Kranken und unter ca. 900 Carcinomfällen überhaupt nicht weniger als 61 Fälle von Pharynxcarcinom beobachtet und einen Theil derselben operirt. Demnach dürfte das Pharynxcarcinom in der Frequenzskala der Carcinome etwa in gleicher Linie reagieren, wie das Zungencarcinom. Bei den dürftigen Kenntnissen über Pathologie und Therapie des Pharynxcarcinoms erscheint eine genauere Analyse des ihm zu Gebote stehenden Materials K. gerechtfertigt. — Vor Allem bedürfen unsere Kenntnisse über die Lokalisation des Pharynxkrebsses eine Erweiterung. Mit dieser Frage befasst sich K. nun ausführlich; er schildert die normalen topographisch-anatomischen Verhältnisse des Pharynx an der Hand von großen Tafelzeichnungen, welche direkt nach anatomischen Präparaten entworfen worden sind, und bespricht sodann den sehr verschiedenartigen Sitz des Pharynxcarcinoms und das klinische Krankheitsbild, welches aus dieser verschiedenen Lokalisation entspringt. Entsprechend der topographischen Anatomie des Pharynx unterscheidet K. nun folgende Arten von Pharynxcarcinom:

1) Die naso-pharyngealen Carcinome, die sehr selten sind (2 Fälle);

2) die oro-pharyngealen Carcinome, etwa die Hälfte aller Rachenkrebse ausmachend (30 Fälle);

3) die laryngo-pharyngealen Carcinome, welche fast eben so häufig sind wie die oro-pharyngealen Carcinome (29 Fälle).

Während die oro-pharyngealen Carcinome fast immer von der Gegend des Sinus tonsillaris ausgehen, ist der Ausgangspunkt der laryngo-pharyngealen Carcinome ein verschiedener, und je nach diesem theilt K. diese 3. Gruppe wieder ein in die

a. Carcinome der vorderen und seitlichen Pharynxwand (Carcinome des Sinus pyriformis),

b. Carcinome der hinteren und seitlichen Pharynxwand,

c. Carcinome des retrolaryngealen Raumes (circuläre Carcinome des Pharynx).

Überblickt man alle Vorkommnisse, so überrascht die relative Häufigkeit der Pharynxcarcinome, welche vom Sinus tonsillaris, vom Sinus pyriformis und vom Cavum retrolaryngeale ausgehen, und wenn man sich daran erinnert, dass diese 3 Orte eben so viele Stationen des Schlingweges darstellen und Prädilektionsorte für das Verweilen von Fremdkörpern sind, so gewinnt auch für die Ätiologie des Pharynxcarcinoms die besonders von Virchow vertretene Lehre von der Rolle mechanischer, habitueller Reize an Bedeutung. — Alle Pharynxcarcinome sind Plattenepithelkrebse mit äußerst raschem und deletärem Verlauf. Die mittlere Dauer des Verlaufes vom Beginn der ersten subjektiven Symptome bis zum Tode beträgt nach K. bei den oro-pharyngealen Carcinomen nur 7, bei den laryngo-pharyngealen Carcinomen sogar nur 6 Monate, so fern von einer operativen radikalen Therapie abgesehen wird.

In dieser Thatsache liegt die Aufforderung, auch das Pharynxcarcinom, wo immer möglich, durch Operation zu entfernen und so vielleicht das Leben des Kranken zu verlängern oder sogar zu retten. Damit wendet sich K. zum 2. Theil seines Vortrages, zur Exstirpation der Pharynxcarcinome, eine Operation, welche er im Ganzen 29mal ausgeführt hat, nämlich 1mal bei naso-pharyngealem, 19mal bei oro-pharyngealem und 9mal bei laryngo-pharyngealem Carcinom. — Für die Exstirpation des naso-pharyngealen Carcinoms verschaffte sich K. den Zugang zum Pharynx durch die osteoplastische Resektion des Os nasi und Process. nasalis des Oberkiefers nach v. Langenbeck. Für die Exstirpation des oro-pharyngealen und des laryngo-pharyngealen Carcinoms dagegen hat K. eigene Operationsmethoden ausgedacht und vielfach ausgeführt, deren Schilderung er durch Benutzung großer Tafelzeichnungen veranschaulicht. Die Hauptgefahr aller dieser Operationen besteht in dem Hinzutreten der Schluckpneumonie; sie bedingt den größten Theil aller Todesfälle bald nach der Operation, und es muss als eine der wichtigsten Aufgaben erscheinen, dieser fatalen Komplikation möglichst sicher vorzubeugen. K. muss aber, gerade was diese Frage betrifft, auf die Ausführungen

verweisen, welche es
und Pharynxexstirpa-
den Beiträgen zur kl.
wird. Dort wird au-
Die Operationsresult-
wegen Carcinom erz-
Ausgeführt wu-
starben 11 im Anse-
genasen. —

Von den 15 zu
Allein wenn man d
recidiv gewordenen
Krankheitsdauer der
der ersteren Katego
lich 7 Monaten, wel

2 Operierte endlich lebte nach der Operation zweiten (primären) C heute noch, *genau 2* Nach diesen Erfahrungen dass die Pharynxoperation sei.

Diskussion: Klein's nicht für Ex-
sektionen. Vor ringf-
Er erlebte nach einer
jede Ernährung sch-
Rachencarcinomen s
Nerv. laryngeus sup
Er half sich damit,
in den Nerv legte
hütung von Schluck-
ade des Kehlkopfes

24) H. Braun (G
ihre

B. giebt zunächst die anatomischen Verhältnisse in Betracht kommen, und den; ferner über die Bedeutung. Bei dieser Gelegenheit. Bei dieser Gelegenheit und der Erwähnung sollen, Erwähnung nehmen des Zusammenhanges zwischen den verschiedenen hier

verweisen, welche er in einer größeren Arbeit über Pharynxcarcinom und Pharynxexstirpation niedergelegt hat, und welche demnächst in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie, redigiert von Bruns, erscheinen wird. Dort wird auch die ganze Kasuistik mitgeteilt werden. — Die Operationsresultate, welche K. bei seinen Pharynxexstirpationen wegen Carcinom erzielt hat, sind kurz zusammengefasst folgende:

Ausgeführt wurden 29 Pharynxexstirpationen. Davon starben 11 im Anschluss an die Operation, während 18 zunächst genasen. —

Von den 18 zunächst Geheilten bekamen 16 später Recidive. Allein wenn man die ganze Krankheitsdauer dieser operirten und recidiv gewordenen Fälle von Pharynxcarcinom vergleicht mit der Krankheitsdauer der nicht operirten, so ergibt sich für die Kranken der ersteren Kategorie doch ein Lebensgewinn von durchschnittlich 7 Monaten, welchen sie der Operation zu verdanken haben.

2 Operirte endlich sind dauernd geheilt geblieben. Der eine lebte nach der Operation noch 7 Jahre gesund, bis er dann an einem zweiten (primären) Carcinom erkrankte und starb; der andere lebt heute noch, genau 2 Jahre nach der Operation, gesund und kräftig. Nach diesen Erfahrungen hält K. sich zu dem Ausspruch berechtigt, dass die Pharynxexstirpation wegen Carcinom eine wohlberechtigte Operation sei.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Küster (Marburg) hält die Operationen Krönlein's nicht für Exstirpationen des Pharynx, sondern eher für Resektionen. Vor ringförmigen Pharynxresektionen möchte K. warnen. Er erlebte nach einer solchen Operation eine schwere Stenose, die jede Ernährung schließlich unmöglich machte. Von ringförmigen Rachencarcinomen soll man daher lieber die Hände lassen. Den Nerv. laryngeus superior zu schonen, ist K. bisher nie gelungen. Er half sich damit, dass er vor der Durchschneidung Fadenschlingen in den Nerv legte und die Enden nachher vereinigte. Zur Verhütung von Schluckpneumonien empfiehlt K. dringend die Tamponade des Kehlkopfes.

Jaffé (Hamburg).

24) H. Braun (Göttingen). Über die Lumbalpunktion und ihre Bedeutung für die Chirurgie.

B. giebt zunächst einen Überblick über die Technik, dann über die anatomischen Verhältnisse, welche bei der Lumbalpunktion in Betracht kommen, und die durch einige Zeichnungen erläutert werden; ferner über die Untersuchung der erhaltenen Cerebrospinalflüssigkeit. Bei dieser Gelegenheit wird der Ursachen der ergebnislosen Punktion und der Todesfälle, die in Folge der Punktion eintreten sollen, Erwähnung gethan, dabei zur Vorsicht gemahnt in der Annahme des Zusammenhanges zwischen Punktion und Tod, da bei verschiedenen hier in Betracht kommenden Gehirnerkrankungen auch

ohne Punktion plötzlich der Exitus letalis eintreten kann, wofür als Beweis ein Kranker mit Gehirnabscess angeführt wird.

Zur Punktion benutzt B. eine bei Kindern 5, bei Erwachsenen 10 cm lange und etwa 1,3 mm dicke, in Centimeter getheilte, zum bequemeren Halten mit längerem Ansatzstück versehene Hohnadel.

Kurz werden dann die Ergebnisse der Lumbalpunktion bei Cerebrospinalmeningitis, Gehirnabscess, Gehirntumor, Sinusthrombose und die meningitischen Erscheinungen bei Infektionskrankheiten erwähnt, hierauf die Wichtigkeit der auch für den Chirurgen sicheren Diagnose auf Meningitis tuberculosa erörtert und die Ergebnisse der Lumbalpunktion dabei angegeben. B. konnte bei 8 Kranken 6mal Tuberkelbacillen in der durch Punktion erhaltenen Cerebrospinalflüssigkeit nachweisen. Die Ursache für den verschiedenen Ausfall der Untersuchungen durch die verschiedenen Autoren erklärt sich wohl daher, dass manchmal die Tuberkelbacillen in sehr geringer Anzahl in der Flüssigkeit vorhanden sind, und ihr Nachweis dann ein langes Suchen nothwendig macht. Bei genügender Übung und gründlicher Untersuchung werden in den meisten Fällen, in denen man größere Flüssigkeitsmengen erhält, auch Tuberkelbacillen nachzuweisen sein. Ferner geht B. zur Besprechung der eitrigen Meningitis, als besonders wichtig für den Chirurgen, ein und hebt hervor, dass noch sehr wenige Angaben speciell bei dieser Erkrankung vorhanden sind. B. hat bei 8 Kranken mit Hirnhautentzündung die Lumbalpunktion gemacht; die Erkrankung hatte sich an Otitis media mit Cholesteatombildung, an Gehirnabscess, an Schädelverletzungen angeschlossen. 6mal konnten vermehrte polynukleäre Leukocyten allein, oder solche mit Bakterien gemischt, nachgewiesen werden; 2mal wurden jedoch bei ausgedehnter Hirnhautentzündung keine corpuskulären Elemente gefunden. B. glaubt danach annehmen zu müssen, dass nur der positive Nachweis von Leukocyten oder Bakterien für die Diagnose einer Meningitis purulenta verwendet, bei negativem Ergebnis dieselbe nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden könnte. Im Anschluss hieran wirft B. die Frage auf, ob man bei positivem Ergebnis der Punktion aus der Beschaffenheit der Flüssigkeit auf die Ausdehnung der Entzündung einen Schluss ziehen könnte, und zweitens, ob man bei dem Nachweis einer Meningitis von jeder Operation, die etwa durch einen Gehirnabscess oder eine Sinusthrombose indicirt wäre, absehen solle. B. glaubt, dass man einstweilen in denjenigen Fällen, in denen man aus den erst kurz dauernden Erscheinungen auf eine noch circumscripte Meningitis schließen könne, die Operation ausführen solle, wenn sonst die Verhältnisse günstig zu liegen schienen. Weiterhin erwähnt B. noch die Bedeutung blutiger Flüssigkeit, welche durch die Punktion erhalten wird, besonders auch für die Diagnose von Blutergüssen nach Schädelverletzungen; dann die Punktion zur Entfernung von Blutmassen aus dem Wirbelsäulekanal, welche sich dort nach Wirbelsäuleverletzungen ohne nachweisbare Fraktur oder Luxa-

tion
Kilia
auch
kann.
punkt
derselb
bei bes
aber d
kennun
das in
als dies

Di
durch
Flüssig
trat Bes

Br
angefüh

25) W.
nach de

M. H
zur Beha
principi
wäre, un
Methoden

Unter
stammend
welche:

1) das
weniger re
in dieser

2) die
deformen
nähernden
mehr oder
in normale

Solche
nicht im G
selben Erw
Orthopädie
Skoliose no
heute die gee
außerordentl
rigkeiten ver

Chirurgen-Kong

tion ansammeln können, unter Erwähnung der Beobachtungen von Kiliani und Jacoby. Man kann annehmen, dass in solchen Fällen auch ein therapeutischer Erfolg durch die Punktion erzielt werden kann. Bei Besprechung des therapeutischen Werthes der Lumbalpunktion überhaupt spricht sich B. reservirt aus, bis jetzt scheint derselbe ein geringer gewesen zu sein, möglicherweise kann derselbe bei bestimmter Indikationsstellung gesteigert werden. Jedenfalls ist aber die Lumbalpunktion ein wichtiges diagnostisches Mittel zur Erkennung verschiedener Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute, das in Zukunft auch von Chirurgen öfters angewendet werden sollte, als dies seither geschehen ist. (Selbstbericht.)

Diskussion: Garré (Rostock) hat bei Cerebrospinalmeningitis durch Punktion 15 ccm einer blutigen, Pneumokokken haltenden Flüssigkeit, bei Meningitis serosa 60 ccm entleert. Im letzten Falle trat Besserung ein. —

Braun bemerkt, dass er absichtlich nicht die Meningitis serosa angeführt habe, weil er die Affektion für zweifelhaft halte.

Borchard (Posen).

25) W. Schulthess (Zürich). Über Behandlung der Skoliose nach den Grundsätzen der funktionellen Orthopädie mit Demonstration von 2 neuen Apparaten.

M. H.! Ich würde es nicht wagen, Ihnen ein neues Verfahren zur Behandlung der Skoliose vorzulegen, wenn nicht dieser Versuch principiell von den jetzt üblichen Behandlungsmethoden verschieden wäre, und die damit erzielten Resultate gegenüber den mit anderen Methoden erreichten einen entschiedenen Fortschritt ergeben hätten.

Unter funktionelle Orthopädie, einem von dem Anatomen Roux stammenden Ausdruck, rubricire ich alle Behandlungsmethoden, welche:

- 1) das deforme Gelenk oder den deformen Skeletttheil mehr oder weniger redressiren und ihn zur Funktion, d. h. Bewegung, Arbeit, in dieser Stellung zwingen;
- 2) diejenigen Methoden, welche das deforme Gelenk oder den deformen Skeletttheil zu einer normalen oder der der normalen sich nähernden Bewegung veranlassen, anders gesagt durch die Arbeit in mehr oder weniger korrigirte Stellung überführen oder die Bewegung in normale Bahn lenken.

Solche Methoden sind nun keineswegs neu, sie sind, wenn noch nicht im Geiste der oben genannten Grundsätze und nicht von den oben Erwägungen ausgehend, schon längst da und dort in der Orthopädie zur Anwendung gekommen, sie sind aber speciell für die Skoliose noch nicht systematisch durchgeführt. Es fehlten hierzu bis jetzt die geeigneten technischen Hilfsmittel, deren Konstruktion bei der außerordentlichen Beweglichkeit der Wirbelsäule bedeutende Schwierigkeiten verursachte. Zu einem Versuch mit den vor Ihnen stehenden

den redressirenden Bewegungsapparaten veranlassten uns, abgesehen von den immer noch sehr der Verbesserung bedürftigen Resultaten, folgende Gründe:

Fürs erste haben die Arbeiten über den Einfluss der Funktion auf das Wachsthum des Knochens trotz allem Streit, der auf diesem Gebiet noch herrscht, und trotz der vielfach übertriebenen Bedeutung, die man ihm zuschrieb, dem Unbefangenen ergeben, dass normale Knochenform an normale Funktion mehr oder weniger streng gebunden sei, dass auch der Knochen, ähnlich wie jedes andere Organ, mit Steigerung bzw. Abnahme der an ihn gestellten Anforderungen wächst und schwindet. Ferner ist die Muskelthätigkeit besonders durch Zschokke in ihr Recht eingesetzt worden. Die Spannung der Muskeln setzt den Knochen unter gewaltigen Druck, der noch mehr wie der Belastungsdruck Berücksichtigung verdient.

Endlich beweist die Existenz der Berufsdeformitäten zur Genüge die Möglichkeit der Abänderung der Knochenform auf funktionellem Wege.

Nach alledem muss in der Abänderung der Funktion ein mächtiges Mittel zur Korrektur der Deformitäten gesucht werden, auch dann, wenn fehlerhafte Funktion für die Entstehung derselben nicht verantwortlich gemacht werden kann, was sehr häufig der Fall ist.

Nun ist es mehr wie begreiflich, wenn wir speciell bei der Behandlung der Skoliose begierig nach einem solchen Mittel greifen auf einem Gebiet, auf dem ein passives Redressement eben so wie passive Fixation schlechterdings bei manchen Formen nicht möglich ist oder nur durch anderweitige schädliche Nebenwirkungen erkauft werden kann.

Wir sind dabei auf Extension, Reklination und Rotation vermittlems Anfassens der Rippen angewiesen. Jeder Orthopäd weiß aber, dass die Rippen je nach Alter der Pat. und Art der Verkrümmung trügerische und unzuverlässige Hebel sind, und das Herausheben eingesunkener Theile gelingt auf passivem Wege vollends gar nicht. Auf selbstthätigem Wege ist aber ein solches Redressement möglich, wie man z. B. bei solchen skoliotischen Pat. beobachten kann, die genöthigt waren, mit der eingesunkenen Thoraxhälfte zu athmen bei Pleuraerguss der konvexen Seite.

Wir dürfen uns also durch die Einreden Derjenigen nicht stören lassen, welche behaupten, dass die Muskeln am deformen Skelett nur deformirende Arbeit verrichten. Der Satz ist richtig, wenn wir die Arbeit nicht einzurichten, ihr nicht die richtige Bahn anzuweisen im Stande sind. Aber eben darin sollen wir uns versuchen, in dieser Richtung soll die Skoliosentherapie weiter arbeiten.

Die von mir konstruirten Apparate gestatten nun Seitenbiegung und Rotation des Rumpfes unter beliebiger Einstellung der Schultern gegen das Becken und Applikation redressirender Pelotten ver-

mittels Federzuges. S
klination der Wirbel

Der Rumpfbeug
der Pendelapparat.
bar, ist am feststeh
2 parallelen senkre
genannten senkrech
hinter dem Pat. sag
mit verschiebbarem
aufrecht. Die Sch
links vor- und zurü

Der Rotationsa
an einem von den
steigenden Bügeln
stehenden Theil¹.

Die Stellung
Formular notirt w

Der Rumpfb
apparat seit Janu

Ich habe dies
der schweiz. Natu
klinischen Ärztea

Die Erfahrung
welche wir mit S
hofften, auch in v
sionszeit nicht vo
suche zu machen
Gebrauch stehen
struirt, von welc
Anforderungen e

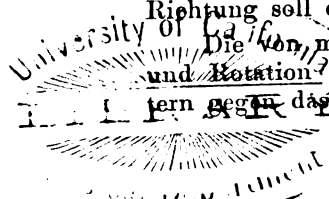
Die Verbess
gleichung eines
aus der letzten

Zudem verv
einige der erreic

Die Tabelle
1) Zeitdauer
in 68% der Fäl
2) Zeitdauer
3) Zeitdauer

Wenn mir a
der Skoliosenbe

1 Die Besch
und in der Zeite
2 Die Besch
3 Ich verwei
unserem Anstalt



mittels Federzuges. Sie werden also der Reflexion, Rotation und Reklination der Wirbelsäule gerecht. Sie werden sitzungsweise benutzt.

Der Rumpfbeugeapparat ist ein auf einem soliden Gestell ruhender Pendelapparat. Die Beckenfixation, in Höhe und Breite verstellbar, ist am feststehenden, die Schulterfixation am beweglichen, aus 2 parallelen senkrechten Säulen bestehenden Theil befestigt. Die genannten senkrechten Stäbe sind in eine Achse eingelassen, welche hinter dem Pat. sagittal gestellt liegt. Das nach unten hängende, mit verschiebbarem Gewicht versehene Pendel hält das ganze System aufrecht. Die Schultern können nach Belieben nach rechts oder links vor- und zurückgeschoben werden.

Der Rotationsapparat ist so konstruirt, dass die Schulterfixation an einem von den über dem Kopfe des Übenden stehenden herabsteigenden Bügeln angebracht ist, die Beckenfixation dagegen am feststehenden Theil¹.

Die Stellungen beider Apparate können auf entsprechendem Formular notirt werden.

Der Rumpfbeugeapparat ist seit Januar 1895, der Rotationsapparat seit Januar 1896 in unserem Institut in Funktion.

Ich habe dieselben im August 1896 der medicinischen Sektion der schweiz. Naturforscherversammlung und im Oktober 1896 dem klinischen Ärztetag vorgezeigt.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine Verbesserung der Resultate, welche wir mit Sicherheit von der Anwendung dieser Apparate erhofften, auch in Wirklichkeit eingetreten ist, obwohl wir die Detorsionszeit nicht vorbeigehen ließen, ohne eingehende praktische Versuche zu machen. Ich habe selbst auch 2 seit dem Jahre 1891 in Gebrauch stehende (s. die Photographie) Detorsionsapparate² konstruirt, von welchen der eine technisch weitaus vollkommener den Anforderungen entspricht, als die in den letzten Jahren beschriebenen.

Die Verbesserung der Resultate sehen Sie deutlich aus der Vergleichung eines unserer Maßbildealbums aus früherer Zeit mit einem aus der letzten Zeit und aus den statistischen Tabellen³.

Zudem verweise ich auf die Kopien von Maßzeichnungen, die einige der erreichten Resultate illustriren.

Die Tabellen ergeben:

1) Zeitdauer der ersten 7 Jahre der Anstaltsthätigkeit: Besserung in 68% der Fälle.

2) Zeitdauer Januar 1891—1894: Besserung in 73% der Fälle.

3) Zeitdauer 1895—1896: Besserung in 84,5% der Fälle.

Wenn mir also keineswegs beifällt zu behaupten, dass das Problem der Skoliosenbehandlung damit gelöst sei, so sind doch die Resultate

¹ Die Beschreibung erfolgt in den Verhandlungen des Chirurgen-Kongresses und in der Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie.

² Die Beschreibung erfolgt in der Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie.

³ Ich verweise auf die Publikation derselben in dem Kongressbericht und in unserem Anstaltsbericht in der Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie.

gegenüber der Detorsionszeit wesentlich bessere geworden. Zugleich ist damit der praktische Beweis erbracht, dass eine sitzungsweise Behandlung bei Skoliosen nicht resultatlos ist, was heut zu Tage in einer Zeit, in der das Skoliosenkorsett noch eine so große Rolle spielt, immerhin bemerkenswerth ist.

(Selbstbericht.)

26) **Hildebrand** (Berlin) berichtet über einen Fall von doppel-seitigem Caput obstipum. Das Kind war in I. SteiBlage geboren ohne wesentliche Kunsthilfe, namentlich ohne Extraktion; nur Expression des Kopfes war gemacht worden. 4 Wochen nach der Geburt wurde bemerkt, dass das Kind den Kopf nach hinten geneigt hielt. Man fand in beiden Mm. sternocleidomastoidei pflaumengroße, sehr derbe, harte Geschwülste. Diese wurden in der chirurgischen Klinik exstirpiert, sie saßen mitten im Muskel, von Muskelfasern umgeben. Mikroskopisch untersucht, bestanden sie im Wesentlichen aus sehr derbem Bindegewebe und atrophischen Muskelfasern; es bestand eine Myositis interstitialis fibrosa. Von Blutpigment fand sich weder makroskopisch noch mikroskopisch irgend etwas. Der Befund war also analog dem, den Köster bei einem sehr ähnlichen einseitigen Caput obstipum eines 4wöchigen Kindes erhoben hat. — Indem H. dann die verschiedenen Erklärungsversuche für das Zustandekommen des Caput obstipum auf seinen Fall anwendet, kommt er sowohl auf Grund des Geburtsvorganges, als des pathologisch-anatomischen Befundes zu dem Schluss, dass die Ursache keine rein traumatische sein kann, wie sie die Geburtsverletzung ist, sondern dass das Trauma bloß die Veranlassung giebt für das Auftreten eines noch unbekannten Krankheitsprocesses, indem er dabei der allerneuesten Hypothese gedenkt, der Kader's, dass Mikroorganismen in kleine Geburtsverletzungen der Muskeln auf dem Blutwege aus dem Darmkanal einwanderten und jene Myositis erzeugten.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Petersen (Kiel) glaubt ebenfalls die Entstehung nicht auf ein Trauma zurückführen zu müssen. Bei der Sektion eines 4 Wochen alten Kindes mit einer Geschwulst im rechten Kopfnicker fand sich der Sternocleidomastoideus in der Weise, wie es Kader beschrieben hat, fibrös entartet, die noch erhaltenen Muskelfasern zum Theil stark geschlängelt, als wenn dieselben kontrahirt wären. Auch er fand nirgends Blutpigment.

Borchard (Posen).

27) **Riedel** (Jena). Über die ins Mittelohr führende Kiemen-gangsfistel und die dieser Fistel entsprechende Kiemen-gangscyste.

Ein im Jahre 1892 mit kleiner Hauteinziehung am rechten Kieferwinkel geborenes Mädchen leidet wiederholt an Erbrechen, verweigert vielfach die Aufnahme von Nahrung, entwickelt sich in

Folge dessen äußerst schleunigen auf un-
jetzt klagt das Kind
es wurde Röthung d
einigen Tagen wieder
Halse rechterseits a
ziehung.

Am 27. Januar
auf einen ca. 1 cm
hinteren Kopf des
Proc. styl. hinaufzo
Fläche des Proc. fo
musste zurückgela

Die Fistel, w
räume hat, ist, v
kleidet. Das Ki
worden.

Eine dieser
reichende Cyste v
sich vollständig
ihre Wand beste
ohne Haare.

28) **Graf** (Ber
kopf-Exstirpa

Die Radik
der v. Bergm
geführt, und
halbseitige un
sektion kleine
Carcinom (m
malignes Enc
von 31—72
Tracheotomie
ein besonde
Wunde und
seits gelegt,
und der tie
Totalexstirp
gesunken.
exstirpatio
gesund un
und 4 Kr
wurde.

Vortr

Folge dessen äußerst mangelhaft. Ostern 1895 traten heftige Erscheinungen auf unter hohem Fieber und excessivem Erbrechen; jetzt klagt das Kind zum ersten Mal über heftige Ohrenscherzen; es wurde Röthung des Trommelfelles nachgewiesen; sie ging nach einigen Tagen wieder zurück. Im Januar 1896 trat Schwellung am Halse rechterseits auf, bald entleerte sich Eiter aus der Hauteinzugung.

Am 27. Januar 1896 wurde letztere aufgeschnitten; man kam auf einen ca. 1 cm im Durchmesser haltenden Strang, der, vor dem hinteren Kopf des Biventer und den großen Gefäßen gelegen, zum Proc. styl. hinaufzog; sehr verdünnt setzte er sich an der vorderen Fläche des Proc. fort bis ins Mittelohr; der oberste Theil des Stranges musste zurückgelassen werden.

Die Fistel, welche weiter abwärts vielfache rundliche Nebenkammern hat, ist, wie diese, überall mit vollständiger Haut ausgekleidet. Das Kind ist seit der Operation vollständig gesund geworden.

Eine dieser Fistel entsprechende, ebenfalls bis zur Schädelbasis reichende Cyste wurde Mitte 1895 (25jähriger Mann) operirt; sie ließ sich vollständig ausschälen, communicirte nicht mit dem Mittelohr; ihre Wand besteht aus mehrschichtigem Epithel ohne Papillen und ohne Haare.

(Selbstbericht.)

28) **Graf (Berlin).** Über dauernde Heilungen nach Kehlkopf-Exstirpation wegen Carcinom, mit Krankenvorstellung.

Die Radikaloperation bösartiger Kehlkopfgeschwülste wurde in der v. Bergmann'schen Klinik seit dem Jahre 1883 48mal ausgeführt, und zwar 20mal als totale Kehlkopfexstirpation, 19mal als halbseitige und ausgedehntere Knorpelresektion, und 9mal als Resektion kleiner Abschnitte des Larynx. Es handelte sich 47mal um Carcinom (meist in Form des Plattenepithelkrebses), 1mal um ein malignes Enchondrom. Es waren 42 Männer und 6 Frauen im Alter von 31—72 Jahren erkrankt. Bei der Operation, der stets die Tracheotomie und die Tamponade der Trachea vorausging, wurde ein besonderer Werth auf möglichst vollkommenen Abschluss von Wunde und Pharynx einerseits und Wunde und Trachea andererseits gelegt, um eine Infektion der Wunde selbst, des Mediastinum und der tieferen Luftwege zu vermeiden. Hierdurch ist bei der Totalexstirpation die Mortalitätsziffer seit dem Jahre 1891 auf 11,1% gesunken. Dauernd geheilt sind 2 Kranke mit totaler Kehlkopfexstirpation (außer diesen ein vor $\frac{3}{4}$ Jahren operirter Pat. bis jetzt gesund und recidivfrei), ferner 4 Kranke, bei denen die halbseitige, und 4 Kranke, bei denen die partielle Exstirpation vorgenommen wurde.

Vortr. stellt von jeder Kategorie 1 Pat. vor.

(Selbstbericht.)

29) **F. König** (Berlin). Ersatz eines großen Trachealdefektes.

K. stellt ein 7jähriges Mädchen vor, welchem im Jahre 1892 wegen Diphtherie eine Intubation gemacht wurde. Das Intubationsrohr wurde erst nach langer Zeit entfernt. Sehr bald nach der Entfernung des Rohres trat Trachealstenose ein, welche zur Ausführung einer Tracheotomie zwang. Nur durch Einführung eines sehr langen substernalen Rohres gelang es, die Respiration frei zu machen.

Versuche das Rohr wegzulassen waren stets von Erstickungserscheinungen gefolgt. Als der Votr. das Kind mit der Klinik (Herbst 1895) übernahm, fand er dasselbe in dem geschilderten Zustand vor.

Heute darf man dasselbe geheilt nennen. Der Fall ist belehrend, weil er illustriert, welche verschiedenen Eingriffe bei derartigen aus Zerstörung von Theilen des trachealen Rohres entsprungenen Trachealstenosen in Frage kommen können.

Es waren zur Restitution des Trachealrohres 4 Operationen nöthig. Die ersten beiden bezweckten die Herstellung eines Stückes des trachealen Rohres; denn die am hängenden Kopf vorgenommene Untersuchung hatte einen ausgedehnten Defekt desselben nachgewiesen. Es fehlte

- 1) Der untere Theil des Kehlkopfs, vor Allem Cartilago cricoidea.
- 2) Das tracheale Rohr bis zum Jugulum.

Die Kanüle hatte in einem Granulationskanal am Hals gesteckt und ragte mit dem unteren Ende in den substernalen Theil der Trachea.

Bei der zuerst am hängenden Kopf vorgenommenen Operation wurde dieser Granulationskanal vom Kehlkopfstreife bis zu dem erhaltenen Theil der Trachea vorsichtig reseziert, der substernale Stumpf der Trachea wurde freigemacht; dann ließ er sich leicht nach oben ziehen und mit dem angefrischten Rest des Kehlkopfs vereinigen.

Nach 2 Monaten fand sich, dass noch ein schmaler Narbenstreif zwischen Kehlkopf und Trachea geblieben war, indem die Naht nicht vollkommen gehalten hatte. Dieser Streif wurde zum 2. Mal reseziert und wiederum genäht. Jetzt gelang die Heilung.

Selbstverständlich war auf der vorderen Seite der Trachea ein Stück aufgeblieben, in welchem die Kanüle steckte. Jetzt handelte es sich darum, nachdem die Durchgängigkeit des Kehlkopfs erwiesen war, den Verschluss dieses Defektes herbeizuführen.

Auch zu diesem Zweck waren 2 Operationen nöthig. Durch die erste wurde nach dem Vorgang von Schimmelbusch ein Haut-Knochenschällappen vom Sternum entnommen und nach oben, die Haut nach innen, umgeschlagen; dieser Lappen, welcher also die Knochenseite nach außen hatte, wurde durch einen Lappen seitlich vom Hals gedeckt.

Aber es blieb doch ein ziemlich großer Defekt. Dieser wurde nach etwa Jahresfrist gedeckt durch einen unten vom Schlüsselbein

entnommen
dieser

Nach 2
bewegungslos
Jede

kommen
stimmen

Die
alte Kehlkopf-
gedeckte
Lappen,
Lappen
konnte
deckt
Haut-
Resektion

30) Rie

Der
scripte h
Laufe vo
Schilddrü
drüse etw
Geschwul

Am
gebrochen
den Mus
mikroskopi
sichere R
des Pat. w
heftige A
Rinne bis
Attacken
an Luftm
Jahres n
tief eingez
muss man
hier nicht
jenige eig
vom Votr.

entnommenen gestielten Haut-Periost-Knochenschällappen. Auch dieser Lappen wurde durch einen seitlichen Lappen gedeckt.

Nach 4 Wochen fiel das Knochenstückchen nekrotisch heraus, aber der Periostlappen genügte zur Bildung einer harten Decke. Nach 2 Monaten konnte die Kanüle wegleiben. Forcirte Hustenbewegungen waren für das Weitwerden der Trachea sehr dienlich.

Jetzt ist die Pat. seit 3 Monaten ohne Rohr. Sie athmet vollkommen gut, aber sie ist stimmlos und spricht mit lauter Flüsterstimme.

(Selbstbericht.)

Diskussion: König jr. (Berlin) stellt 5 Kranke vor, bei denen alte Kehlkopf- und Trachealdefekte, die zu Stenosen geführt hatten, gedeckt worden sind. Die Deckung geschah mit Haut-Periost-Knorpel-lappen, die vom Kehlkopf genommen wurden, oder mit Knochenlappen vom Brustbein. Die Luftröhre wurde ringsum gelockert und konnte dann leicht nach oben gezogen werden. Kleinere Defekte deckt man am besten vom Kehlkopf, größere vom Brustbein mit Haut-Periost-Knochenlappen, event. mit Ausschneidung des Defekts, Resektion und Mobilisirung der Trachea.

Jaffé (Hamburg).

30) Riedel (Jena). Vorstellung eines Kranken mit chronischer Strumitis.

Der 29jährige Pat. bemerkte Anfang Mai 1896 eine circumscribte harte Schwellung rechterseits neben dem Schildknorpel; im Laufe von 4 Wochen erstreckte sie sich über das ganze Gebiet der Schilddrüse, während Pat. früher nie von der Existenz seiner Schilddrüse etwas gewusst hatte. Bald trat Athemnoth ein, obgleich die Geschwulst nicht größer, sondern nur härter wurde.

Am 21. Juli 1896 versuchte man die Operation; sie musste abgebrochen werden, weil der Tumor mit den großen Blutgefäßen und den Muskeln in ganz untrennbarer Weise verwachsen war. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes ergab unsichere Resultate, man fand Spindel- und Rundzellen. Das Befinden des Pat. war zunächst ein leidliches; gegen Weihnachten traten aber heftige Anfälle von Dyspnoe auf; es wurde desshalb eine Art von Rinne bis auf die Trachea gegraben; danach hörten die schweren Attacken von Athemnoth auf, doch leidet der Kranke nach wie vor an Luftmangel. Gewachsen ist die Geschwulst seit Juli vorigen Jahres nicht mehr, sie ist eher kleiner geworden, die Narben sind tief eingezogen. Wenn der Fall auch noch nicht abgelaufen ist, so muss man doch nach dem klinischen Verlauf annehmen, dass es sich hier nicht um Neubildung im engeren Sinne, sondern um diejenige eigenthümliche Form von Strumitis chronica handelt, die vom Votr. im letzten Jahre beschrieben wurde.

(Selbstbericht.)

31) **L. Rehn** (Frankfurt a/M.). Über penetrirende Herz-
wunden und Herznaht.

Verf. hat sich, veranlasst durch einen Fall aus seiner Praxis, außerordentlich eingehend mit vorliegendem Thema beschäftigt. Von großem Interesse und besonderer Wichtigkeit für die Herzchirurgie sind die sehr exakten pathologisch-anatomischen Untersuchungen von His, Krehl und Romberg, die nachgewiesen haben, dass nicht die Herzganglien die motorischen Centren für die Herzbewegung darstellen, sondern dass der Herzmuskel selbst der automatische und regulatorische Motor ist, während die vom Sympathicus stammenden Ganglien rein sensibler Natur sind (His).

Angeregt durch seinen glücklich verlaufenen Fall von Herzverletzung hat Verf. durch seinen Assistenten Bode im physiologischen Institut zu Greifswald (Landois) zahlreiche Versuche am Thier (Kaninchen) ausführen lassen, welche folgende Resultate hatten:

Leichte Berührungen bleiben ohne Einfluss auf die Herzthätigkeit. Stärker einwirkende stumpfe Gewalt bewirkt Arrhythmie. Das Anstechen des Herzmuskels ruft meist einen momentanen Stillstand des Herzens hervor, dem eine beschleunigte und arrhythmische Aktion folgt. Kleine Wunden klaffen wenig, größere immer, in welcher Richtung auch die Muskelfasern getroffen werden. Die primäre Blutung ist systolischer Art und am heftigsten aus Vorhofsverletzungen, welche am Thier immer letal endigten. Die mittelgroßen Verletzungen des rechten Ventrikels bluten stärker als die des linken. Bei kleineren Wunden steht die Blutung nach gewisser Zeit spontan, eine Thatsache, die Verf. weniger auf Gerinnselebildung, als auf eine Accommodationsfähigkeit des Muskels zu beziehen geneigt ist. —

Der Frage der Herznaht sind auch italienische Chirurgen (del Vecchio, Salomoni) näher getreten, die perforirende Wunden am Hundeherzen mit Erfolg genäht haben, während Farino einen Pat., dessen linke Herzkammer er nähte, an einer interkurrenten Krankheit verlor.

Der erste Effekt einer penetrirenden Herzverletzung besteht im Shock, dem ein schnelles Sinken des Blutdruckes durch mangelhafte Füllung im arteriellen und Stauung im venösen Apparat folgt. Daraus resultirt eine Anämie der Centralorgane und vielleicht auch eine mangelhafte Ernährung des Herzmuskels selbst. Daher das plötzliche Zusammenstürzen eines derartig Verletzten, die Ohnmacht, die Cyanose, der Lufthunger und der schlechte, unregelmäßige und frequente Puls.

Dann folgt das Stadium der Accommodation, in dem die Blutung steht.

Die nunmehr zu fürchtende und in fast allen Krankenberichten erwähnte sekundäre Blutung hält Verf. auf Grund seiner Beobachtung für eine diastolische.

Als
Faktor
Komplik
kann; b
öffnet.
Wie
Neben d
1) D
2) D
3) D
4) D
Fällen vo
5) D
der Vorsic
6) Di
7) eve
Auch
Fällen die
soll man
lassen.
Recht
in vollkomm
besteht. Di
Venaesektion
zweifelhaft,
experiment
Herzmuskels
schließen.
Gegen d
Incision des I
nimmt Verf.
tung den in
lungen über
zutreten. Be
der Flüssigkei
ziemlich dicht
führungen von
die perkutane
und empfiehlt
und sehr flach
völligen Entlee
tender Blutung
Anschluss an
Herzens und de
Bei tempor.
Rippe nahe der
kommt die Vord

Als weiterer, die Herzaktion und den Kreislauf schädigender Faktor wirkt die pralle Füllung des Herzbeutels, wozu als letzte Komplikation noch die Verletzung der Pleura und Lunge kommen kann; besonders erstere ist in den meisten Herzverletzungen eröffnet.

Wie steht es nun mit der exakten Diagnose der Herzverletzung? Neben den obigen Ausführungen haben wir folgende Anhaltspunkte:

- 1) Den Shock.
- 2) Die Lage der äußeren Wunde.
- 3) Die Form des verletzenden Instruments.
- 4) Die eventuelle Pulsation der äußeren Wunde, die in vielen Fällen von ausschlaggebender Bedeutung sein kann.
- 5) Die Sondirung des Wundkanals, welche Verf. bei hinreichender Vorsicht zur Feststellung der Richtung für zulässig erklärt.
- 6) Die Symptome des Hämoperikards und
- 7) eventuell die des Hämothorax.

Auch wenn nicht alle Punkte gegeben sind, wird man in vielen Fällen die Diagnose sichern können; in allen zweifelhaften Fällen soll man die Möglichkeit einer Herzverletzung nicht außer Acht lassen.

Recht schwierig erweist sich die Therapie, welche hauptsächlich in vollkommenster Ruhe, Eisblase und eventuell Kampherinjektionen besteht. Die seit langer Zeit als blutstillendes Mittel empfohlene Venaesektion verwirft Verf. und bezeichnet dasselbe als mindestens zweifelhaft, weil nicht bewiesen, vielleicht sogar durch das Thierexperiment widerlegt, das ja den Glauben an die Fähigkeit des Herzmuskels nahe gelegt hat, die Wunde durch Kontraktion zu verschließen.

Gegen die sog. Herztamponade hat Rose die Punktion resp. Incision des Perikards empfohlen. Bei der Besprechung dieses Punktes nimmt Verf. Gelegenheit, ebenfalls auf Grund mehrfacher Beobachtung den in vielen Lehrbüchern ausgesprochenen irrigen Vorstellungen über die Lage des Herzens bei gefülltem Herzbeutel entgegenzutreten. Beim Hämoperikard wird jedenfalls das Herz nicht von der Flüssigkeit nach hinten gedrängt, sondern liegt der Brustwand ziemlich dicht an (eine Wahrnehmung, die sich auch mit den Ausführungen von Riedel deckt. D. Ref.). Daraus ergibt sich, dass die perkutane Punktion des Herzbeutels ein gefährlicher Eingriff ist, und empfiehlt deshalb der Verf. die Freilegung des Herzbeutels und sehr flache Einführung der Nadel, eventuell die Drainage zur völligen Entleerung des Inhalts. Bei Gerinnselebildung und anhaltender Blutung empfiehlt er dringend die Incision und kommt im Anschluss an diese Frage auf die Technik der Freilegung des Herzens und der Herznaht.

Bei temporärer Resektion der 5. und eventuell noch 4. linken Rippe nahe der Mammillarlinie und Aufklappen im Sternalgelenk kommt die Vorderwand des rechten und ein großer Theil des linken

Ventrikels zu Gesicht; durch Resektion der 3. und 4. rechten Rippe und eventuell eines Stückes vom Brustbein ist dem rechten Vorhof beizukommen. Die Ablösung des Perikards von der Pleura ist sehr wohl möglich. Bei Hämothorax empfiehlt Verf. breite Eröffnung, welche bei Hämoperikard zur Hintanhaltung der Schaumbildung dringend nothwendig ist. Die Ausführung der Herznaht kann durch kräftiges Anziehen des Perikards sehr erleichtert werden, weil dadurch das Herz mehr nach vorn zu liegen kommt. Der rechte Ventrikel muss in der Diastole, der linke in der Systole genäht werden. Durch zeitweilige Fixirung des Herzens an der ersten Fadenschlinge wird die Fortführung der Naht leichter.

Diesen Ausführungen lässt Verf. die sehr interessante Kranken- und Operationsgeschichte folgen:

Der 22 Jahre alte Gärtner J. erhielt am 7. September einen Stich in die linke Brust, worauf er sofort bewusstlos zusammenbrach. Nach längerer Ohnmacht wurde er mit blutüberströmten Kleidern, leichenblass, in schwerem Collaps und nach Athem ringend ins städtische Krankenhaus eingeliefert. Es fand sich eine nur 1½ cm breite Wunde im 4. linken Interkostalraum, welche nicht blutete, und, von den Allgemeinsymptomen abgesehen, eine nach rechts verbreiterte Herzdämpfung.

Nach anfänglicher, durch Excitantien aller Art unterstützter Besserung verschlechterte sich der Zustand von Stunde zu Stunde, insbesondere machten eine mit wachsender Dämpfung in der linken Pleurahöhle zunehmende Dyspnoë, welche 76 per Minute betrug, und eine mit Verbreiterung der Herzdämpfung einhergehende Verschlechterung des Pulses einen operativen Eingriff dringend nothwendig.

Nach temporärer Resektion der 5. linken Rippe nahe der Mamillarlinie und Entleerung der reichlichen Blutansammlung im Thorax kam eine kleine Öffnung im Herzbeutel zu Gesicht, aus welcher sich venöses Blut ergoss. Die angesetzten Klemmen rissen aus, und erst nach breiter Incision konnte der Herzbeutel an Klemmen in das Wundniveau gezogen werden. Nunmehr lag das Herz in großer Ausdehnung frei, und man konnte in der Diastole, welche etwas länger zu dauern schien als die Systole, eine ca. 1½ cm breite und ziemlich stark blutende Wunde in der Mitte des rechten Ventrikels erkennen. Durch 3 Knopfnähte (Seide) wurde die Wunde geschlossen und die Blutung zum sofortigen Stillstand gebracht.

Als besonders interessant verdient noch erwähnt zu werden, dass das Auflegen des Fingers zur Stillung der Blutung vom Herzen gut vertragen wurde, während jeder Nadelstich und das zeitweilige Anziehen an der 1. Fadenschlinge jedes Mal einen momentanen Stillstand auszulösen schienen. Ferner fielen die ungemein heftigen Exkursionen des Herzens auf, welche neben der Rollbewegung noch in einer rein seitlichen Verschiebung von links nach rechts bestanden, so dass der rechte Ventrikel während der Systole vollständig unter

dem Sternum ver-
dehnung zu Ges-
Exkursionsbreite
beutel möglich.

Die Heilun-
Seiten des Pneum-
glücklichen Verla-
konnte.

Diskussion
behandeln gehab-
die Brust geschos-
vom Sternum. I-
im Herzbeutel,
10 Tagen verriet-
in der Herzgege-
delte. Nach Re-
Herzbeutel. De-
fluss zu verschaff-
unter der heftig-
zu gelangen. D-
und wusste nicht
kard arbeite. E-
nach der Herzbe-
Bild furchtbar.
wurde der Herz-
schäumte. Einer-
möglich, man k-
herbeizuführen
ein; bei der Se-

Rehn (Fran-
wohl bekannt,
men. Wird de-
fort weg.

Riedel (Je-
macht!

Rieder (Be-
verletzung des H-
trat diese Schau-
ein Exsudat, we-
war eröffnet, es

Körte (Be-
Thoraxwand au-
Herz. Heilung
Perikardialbeute-
starben. Im 3.

dem Sternum verschwand, und der linke Ventrikel in großer Ausdehnung zu Gesicht kam. Nach Ansicht des Verf. ist eine derartige Exkursionsbreite des Herzens nur in einem so ausgedehnten Herzbeutel möglich.

Die Heilung nahm nach mannigfachen Komplikationen von Seiten des Pneumothorax und einer lange dauernden Eiterung einen glücklichen Verlauf, so dass der Pat. völlig geheilt entlassen werden konnte.

Kratzenstein (Frankfurt a/M.).

Diskussion: Riedel (Jena) hat vor 3 Jahren einen Mann zu behandeln gehabt, welcher unter 5 Revolverschüssen 2mal sich in die Brust geschossen hatte. Eine Öffnung lag 2 Finger breit links vom Sternum. Dyspnoë und steigender Erguss im Brustraum, nicht im Herzbeutel, zwangen zum hinteren Emphyemsnchnitt. Nach 10 Tagen verriethen plötzlich hohes Fieber, Dyspnoë und Schmerz in der Herzgegend, dass es sich um eine Herzbeutelverletzung handelte. Nach Resektion mehrerer Rippen zeigte sich das Loch im Herzbeutel. Der letztere musste weiter eröffnet werden, um Abfluss zu verschaffen, aber nun begann eine ungeheure Schwierigkeit, unter der heftigsten Pulsation des Herzens ins Lumen des Beutels zu gelangen. Derselbe war stark verdickt, immer tiefer kam man und wusste nicht, ob man bereits im Herzfleisch oder noch im Perikard arbeite. Endlich entleerte sich sanguinolente Flüssigkeit, wonach der Herzbeutelschnitt erweitert wurde. Aber jetzt wurde das Bild furchtbar. Unter der stürmisch aufgeregten Herzthätigkeit wurde der Herzbeutelinhalt zu Gischt geschlagen, welcher herausschäumte. Einen Drain liegen zu lassen, war bei diesem Aufruhr unmöglich, man konnte höchstens durch Tamponade eine Verklebung herbeizuführen suchen. Indess trat nach einigen Tagen der Tod ein; bei der Sektion fand sich im Herzbeutel das Projektil.

Rehn (Frankfurt): Diese Luftaspiration ist aus den Experimenten wohl bekannt, sie kann nur bei negativem Druck zu Stande kommen. Wird der Pleuraraum eröffnet, fällt diese Schwierigkeit sofort weg.

Riedel (Jena): Der Emphyemsnchnitt war ja schon lange gemacht!

Rieder (Bonn) hat bei einem jungen Mädchen eine Schussverletzung des Herzbeutels behandelt. Bei der Eröffnung desselben trat diese Schaumbildung nicht ein. Nach Tamponirung bildete sich ein Exsudat, welches durch Drainage abgeleitet wurde. Die Pleura war eröffnet, es trat Heilung ein.

Körte (Berlin) sah nach einem Schrotschuss, welcher die linke Thoraxwand aufgerissen hatte, in dem großen Loch das pulsirende Herz. Heilung nach Tamponade. Im Ganzen ist von ihm 3mal der Perikardialbeutel eröffnet worden, 2 Emphyemfälle durch Osteomyelitis starben. Im 3. Falle schien eine kolossale Herzdämpfung über-

wiegend durch einen Erguss bedingt. Nach der Eröffnung zeigte sich aber als hauptsächlichste Ursache die kolossale Herzvergrößerung; als Exsudat entleerte sich nur ca. $\frac{1}{2}$ Liter Flüssigkeit. Bei der Punktion bestand eine große Schwierigkeit, nicht in das Herz zu gelangen; in den beiden anderen Fällen bot die Drainage keine Schwierigkeit.

Bardenheuer (Köln) hat einen ähnlichen Fall wie Riedel erlebt. Wegen des heftigen Erbrechens bestand die Vermuthung einer Diaphragmaverletzung. Die Pleura wurde eröffnet, aber nichts gefunden. Erst bei der Sektion fand sich das Geschoss in der rechten Vorkammer. Dieser Pat. hat damit 14 Tage gelebt!

Sendler (Magdeburg) hat einen Herzschuss mit Heilung ausgehen sehen. Zunächst war ein Hämopericardium ohne pleuritischen Erguss vorhanden. Der Zustand wurde so bedrohlich, dass man an eine Operation denken musste; mittlerweile war der Verletzte in so schlimme Verfassung gerathen, dass dieselbe unthunlich erschien. Indessen die Blutung stand, der am 1. Tage in der Carotis nicht fühlbare Puls wurde besser, es trat auch ohne Operation Genesung ein. Zur Feststellung der Wundbeschaffenheit wird der Gebrauch der Sonde nicht zu vermeiden sein. Bezüglich der Nachbehandlung ist wichtig, dass auch nach Anfangs gutem Verlauf noch spät Tod eintreten kann, wie man in der Litteratur findet. So ist ein Soldat nach monatelangem gutem Verlauf doch plötzlich todt umgefallen. Die Prognose ist also immer vorsichtig zu stellen.

Lauenstein (Hamburg): Um das richtige Bild des Verlaufes einer Herzverletzung zu erhalten, müssen möglichst vielfältige Erfahrungen zusammengestellt werden. Er selbst kennt 7—8 Schussverletzungen mit Einschuss in der Herzgegend, von denen 4—5 genesen sind, und deren Krankengeschichten in den Mittheilungen der Hamburger Staatskrankenanstalten publicirt sind. Man muss wissen, dass manche Fälle unter exspektativem Verhalten heilen, und dass desswegen eine Operation nur unter bestimmten individuellen Umständen angezeigt ist.

Herm. Frank (Berlin).

32) W. Körte (Berlin). Weiterer Bericht über die chirurgische Behandlung der diffusen Bauchfellentzündung.

Vom Juni 1890 bis 31. März 1897 wurden behandelt 99 Fälle von allgemeiner Peritonitis, bedingt durch Erkrankung innerer Organe.

Peritonitis nach Verletzungen, gangränösen Hernien und inneren Einklemmungen sind nicht mit eingerechnet, weil bei diesen die Indikation zu chirurgischem Eingreifen feststeht.

Puerperale Septhämie, carcinomatöse, tuberkulöse und chronische Peritonitis sind ebenfalls gesondert zu betrachten.

71 Fälle	operirt:	25 geheilt = 35,2%,	46 gestorben
28 „ nicht „	6 „	= 21,4%,	22 „

Es wurden von denen der Allgeme (alle gestorben), 2) bar war, und wo d ohne Eingriff zulie

Ein Vergleich ist daher nicht zul Die Diagnos zu stellen.

Die circumsc denen mit weit ve Es sind hier nur s nischen Ersche oder später bei de

Verwechslu Fehlen von Darm Wahrscheinlich wiegenden all nicht zur Operati

Geeignet für jauchig-eitrige Peritonitis. Der

Entleerung Infektion.

Entlastung der Darmthätigk Bereits erfo werden.

Der Eingr angreifend zu weggeschafft wi Austupfen. An

Verschluss und hoher Darm nügend, falls di griff erreichbar

Mehrfach mehr angelegt.

Für die Na Kräftezustan venöse Kochsal

Magenau Darmaus

Opium is Nicht selte

progradienten f Zuweilen e

Es wurden von der Operation ausgeschlossen 1) solche, bei denen der Allgemeinzustand keine Hoffnung auf Herstellung zuließ (alle gestorben), 2) solche, bei denen kein eitriges Exsudat nachweisbar war, und wo das Allgemeinbefinden die Möglichkeit der Heilung ohne Eingriff zuließ (darunter die 6 Geheilten).

Ein Vergleich der Resultate bei den Operirten und Nichtoperirten ist daher nicht zulässig.

Die Diagnose ist nach den bekannten klinischen Symptomen zu stellen.

Die circumscripten abgesackten Peritonitiden sind von denen mit weit verbreiteter diffuser Entzündung zu unterscheiden. Es sind hier nur solche Fälle zusammengestellt, bei denen die klinischen Erscheinungen und der Befund bei der Operation oder später bei der Sektion eine diffuse Entzündung ergaben.

Verwechslung mit Ileus: Diffuse Druckempfindlichkeit und Fehlen von Darmbewegungen oder Darmgeräuschen spricht mit Wahrscheinlichkeit für Peritonitis. Peritonitiden mit überwiegenden allgemeinen Intoxikationserscheinungen sind nicht zur Operation geeignet.

Geeignet für chirurgisches Eingreifen ist dagegen: die jauchig-eitrige, die rein eitrige, serös- oder fibrinös-eitrige Peritonitis. Der nächste Zweck der Operation ist:

Entleerung des Exsudates und damit Hinderung weiterer Infektion.

Entlastung der Bauchhöhle von hohem Druck, Freimachen der Darmthätigkeit, Cirkulation und Athmung.

Bereits erfolgte Infektion kann nicht mehr direkt beeinflusst werden.

Der Eingriff ist möglichst schnell und möglichst wenig angreifend zu machen. Hauptsache ist, dass das eitrige Exsudat weggeschafft wird, durch Spülen mit heißem sterilem Wasser oder Austupfen. Anwendung von Antiseptica ist zu widerrathen.

Verschluss der Perforationsöffnung ist nothwendig bei Magen- und hoher Darmperforation, sonst ist Drainage und Tamponade genügend, falls die kranke Stelle nicht leicht und ohne weiteren Eingriff erreichbar ist.

Mehrfache Gegenincisionen wurden in letzter Zeit nicht mehr angelegt.

Für die Nachbehandlung ist von Wichtigkeit: Hebung des Kräftezustandes (subkutan Analeptica, Rectaleingießungen, intravenöse Kochsalzinfusion);

Magenausspülungen,

Darmausspülungen.

Opium ist nicht weiter zu geben, nur bei Schmerzen Morphinum.

Nicht selten sind weitere Incisionen nöthig, besonders bei der progredienten fibrinös-eitrigen Form.

Zuweilen entstehen Kothfisteln (Wasserbad).

Bauchbrüche in der Narbe kommen vor.

Übersicht über die operirten Fälle von Peritonitis.

Das Exsudat war bei den meisten Fällen (41) ein eitrig-jauchiges (geheilt 10, gestorben 31), bei 22 Fällen eitrig bezw. serös-eitrig (geheilt 10, gestorben 12), bei 5 fibrinös-eitrig (geheilt 2, gestorben 3), 2mal Mischformen (2 geheilt). Bei 1 Pat., welcher geheilt wurde, fand sich neben diffuser Entzündung und eitrigem Belag der Serosa wenig flüssiges Exsudat. Der Kranke bot sehr schwere, sich steigende Erscheinungen von Peritonitis dar, genas nach der Operation.

Bakteriologische Untersuchung wies in der Regel ein Gemisch von Bakterien nach, Kokken und Darmbacillen, besonders *Bact. coli*.

Ausgangspunkt war:

Perforation des Wurmfortsatzes 34 (geheilt 13, gestorben 21). 3mal wurde bei den Geheilten der Wurmfortsatz primär extirpirt, 3mal in späterer Zeit. Bei den tödlich endenden Fällen wurde 4mal der Processus vermiformis extirpirt.

Perforation des Magens oder Duodenums 6 Fälle (1 geheilt, 5 gestorben); sämtliche Fälle kamen zu spät zur Operation, über 24 Stunden bis mehrere Tage post. perforat., in sehr schwerem Zustande. Diagnose wegen Perforation ließ sich nicht stellen. Eine Kranke heilte unter Tamponade und multiplen Incisionen, es lag fibrinös-eitrige Peritonitis vor, bei den anderen bestand eitriges Exsudat von fadem Geruch, 1mal war freies Gas in der Bauchhöhle. Die Perforationen wurden nicht aufgefunden. Der Sitz des Geschwüres wurde bei der Sektion 3mal an der Vorderwand, 2mal an der Hinterwand des Magens gefunden; bei 2 Fällen multiple Geschwüre.

Wichtigkeit der Diagnose, Aufsuchen der Perforation und Naht derselben.

Darmperforation war 6mal die Ursache, die Kranken kamen alle zu spät in Behandlung, es waren stets über 24 Stunden seit der Perforation verstrichen (6 gestorben). 4 Fälle von eitriger Peritonitis nach Reposition von Hernien ohne Darmverletzung gelangten nach der Operation zur Heilung. In dem Exsudat fanden sich 3mal Kokken und *Bact. coli*.

Von den weiblichen Genitalien ging die Peritonitis in 14 Fällen aus (3 geheilt, 11 gestorben). Meist war Pyosalpinx die Ursache, 2mal Ovarialabscess, 1mal Uterusruptur (artificiell). Die Erkrankung schloss sich 4mal an vorausgegangenen Abort an.

In einem Falle war Gallenblasenentzündung die Ursache (gestorben).

Bei 6 Kranken (4 geheilt, 2 gestorben) ließ sich die Ursache für die Bauchfellentzündung nicht mit Sicherheit feststellen.

Exsudat
Einzelne
Beste
fektion
Se
man b
lassen
sichten
Re
nämlich
Peritonit
Bei
Prognose
Perforati
öffnung
suchen, l
Die
zündung

Disk
Upsala si
mit allge
Duodenal
5 Pat. mi
oder wen
Für e
tiden ist e
haften Pro
drücke >dr
Man muss
unterhalb
eine Periton
Centrum de
höhle. Es
Processes zw
auf Grund d
fährlicher ist
um die Dünn
Bei der
des Magens
erster Reihe
und dessen M
werden rasch
dadurch die L
nums kann at

Die Prognose der Operation bei der diffusen Peritonitis mit Exsudat ist keine absolut schlechte, wenngleich die Prognose im Einzelfalle schwer zu stellen ist. Alter, Kräftezustand, Dauer des Bestehens der Krankheit und der Grad der bereits eingetretenen Infektion sind von Wichtigkeit.

Sobald ein eitriges Exsudat nachgewiesen werden kann, soll man bei noch leidlichem Allgemeinbefinden versuchen, durch Ablassen desselben die Peritonitis zum Stehen zu bringen, da die Aus-sichten ohnedies sehr schlechte sind.

Relativ am besten ist die Prognose bei der häufigsten Form, nämlich bei der vom Wurmfortsatz ausgehenden allgemeinen Peritonitis.

Bei den gröberen Perforationen der Eingeweide ist die Prognose des Eingreifens davon abhängig, ob die Pat. bald nach der Perforation zur Behandlung kommen. Die Naht der Perforations-öffnung ist beim Magen und Duodenum auf jeden Fall zu ver-suchen, beim Darm nur dann, wenn sie leicht zu finden ist.

Die Peritonitiden, welche ohne größere Perforation von Ent-zündungen der Eingeweide aus entstehen, sind prognostisch günstiger.
(Selbstbericht.)

Diskussion: Lennander: In der chirurgischen Klinik in Upsala sind während der Jahre 1890—1897 operirt worden 11 Pat. mit allgemeiner oder begrenzter Peritonitis, die in 4 Fällen von Duodenalgeschwüren, in 7 von Magengeschwüren ausging. Von 5 Pat. mit begrenzter Peritonitis sind 3 genesen, von 6 mit mehr oder weniger allgemeiner Peritonitis 1.

Für eine zweckentsprechende Behandlung der akuten Peritoni-tiden ist es in erster Reihe nothwendig, die Ausbreitung des krank-haften Processes bestimmen zu können. Sicher werden die Aus-drücke »diffuse« und »allgemeine« Peritonitis viel gemissbraucht. Man muss unterscheiden zwischen einer Peritonitis oberhalb und unterhalb des Colon transversum, so wie in Bezug auf die letztere eine Peritonitis zwischen den Dünndarmschlingen, so zu sagen im Centrum der Bauchhöhle, und einer in der Peripherie der Bauch-höhle. Es ist klar, dass eine Ausbreitung des inflammatorischen Processes zwischen den Dünndarmschlingen und deren Mesenterium auf Grund der unendlich viel größeren Resorptionsfläche viel ge-fährlicher ist, als eine Ausbreitung in der Peripherie der Bauchhöhle um die Dünndärme herum.

Bei der Perforation des Duodenums wie des allernächsten Theiles des Magens fließt der Inhalt, wenn er nicht allzu reichlich ist, in erster Reihe in die Furche zwischen Leber und Colon transversum und dessen Mesocolon. Das Colon transversum und das Omentum werden rasch mit der vorderen Bauchwand verlöthet und schützen dadurch die Dünndärme. Der Inhalt des Magens oder des Duode-nums kann auf diese Weise theils nach oben zwischen Leber und

Zwerchfell steigen, theils, der äußeren Seite des Colon ascendens und des Coecum folgend, hinab in die Fossa iliaca dextra und in das kleine Becken und von hier aus längs der Flexura sigmoidea in die Höhe steigen in die Fossa iliaca sinistra.

Man kann also eine Ausbreitung des purulenten Processes oberhalb des Colon transversum in der Peripherie um die Dünndärme herum erhalten. Dieses Verhalten wurde in 4 von unseren Fällen beobachtet.

Eine Ausbreitung der Peritonitis in der rechten Bauchhälfte oder in dieser und im kleinen Becken, während die linke Bauchhälfte frei ist, spricht desshalb bis zu einem gewissen Grade für Duodenalgeschwür.

Sobald das Geschwür in der Nähe der kleinen Curvatur oder der Cardia liegt, dürfte der linke subphrenische Raum in seiner ganzen Ausdehnung inficirt werden, oder er muss wenigstens als inficirt betrachtet und behandelt werden.

Die Hauptaufgabe bei der Behandlung einer mehr diffusen Perforationsperitonitis muss es sein, das Loch im Magen-Darmkanal zu schließen und dann diejenigen Theile des Peritoneums zu behandeln, die inficirt sind, das übrige Peritoneum aber in Ruhe zu lassen. Die Behandlung geschieht durch Austrocknung oder Ausspülung mit Kochsalzlösung, je nach der Individualität des Falles. Die Theile des Peritoneums, in denen sich erfahrungsgemäß der Eiter anzusammeln pflegt, werden drainirt.

Von den 7 Perforationen, die angetroffen wurden, konnten 6 vollständig, 1 konnte nur unvollständig zusammengenäht werden. In diesem letzteren Falle wurde es nothwendig, die Wunde durch Tamponade von der Bauchhöhle abzusperren. Merkwürdig genug genas dieser Pat., der 48 Stunden nach erfolgtem Durchbruch operirt wurde, und bei dem die ganze Bauchhöhle mit einem dünnen, grauen, geruchlosen Exsudat gefüllt war. Es fanden sich hier keine Adhärenzen. Die Bauchhöhle wurde ausgespült von 6 verschiedenen Bauchschnitten aus und außer durch die Tamponade um die Wunde drainirt durch ein Drainrohr zwischen dem linken Leberlappen und dem Diaphragma, eins zwischen dem Magen und dem Diaphragma, je eins in jeder Lumbalgegend und je eins in jeder Fossa iliaca, so wie durch eins oberhalb der Symphyse. In einem anderen Falle von ganz gleicher, vollständig diffuser Peritonitis wurde 26 Stunden nach geschehener Perforation operirt. Die Pat. starb nach 2 Monaten und 3 Wochen an purulenter Perikarditis in Zusammenhang mit einer ganz kleinen subphrenischen Eiterhöhle genau unter dem Perikardium. Möglicherweise hätte diese Pat. durch eine gleich sorgfältige Drainage des linken subphrenischen Raumes, wie im vorigen Falle, gerettet werden können.

Mit unseren gegenwärtigen Hilfsmitteln darf man nicht warten, bis der sog. Shock vorüber ist. Es kommt nämlich vor, dass der Perforationsschokk direkt in den Shock übergeht, der auf Sepsis und

T
ist
sei
sch

erö
kur
heu
wen
enter
werd

L
Oper
wollen
tionen
hande
früher
der H
Gastr
W
beschrä
beim M
geführt
nach L
sogenan
fistel B
Jejunum
Was
so haben
diese Op
mehr un
kommend
wenigsten
der Kaus
aber irrig
Therapie
viele Fälle
Wir r
tion des
gleichwerth
des Pyloru
ziehen sich
früher ber

20 Indikat
No. 15.
21 A. a. O.
Chirurgen-Kong

Talma²⁰ und Doyen²¹, dass der Pyloruskrampf dabei das Primäre ist, hat nach unseren Beobachtungen viel für sich, da nach Beseitigung der Pylorusenge in der That das ganze Symptomenbild schwindet.

Es ist indessen nicht unsere Sache, diese theoretische Frage zu erörtern. Unsere Erfahrungen sind auch noch zu spärlich und zu kurzdauernd, um hier den Ausschlag zu geben. Wir wollen uns heute damit begnügen, zu konstatiren, dass in der That durch relativ wenig gefährliche Eingriffe, wie die Pyloroplastik und Gastroenterostomie, alle Erscheinungen des Ulcus zum Schwinden gebracht werden können.

M. H.! Wir wollen uns nun mit der Frage beschäftigen, welche Operationsmethode für die einzelnen Fälle zu wählen sei. Wir wollen bei dieser Gelegenheit gleichzeitig die Technik der Operationen besprechen. Da es sich hier zumeist um bekannte Dinge handelt, darf ich mich jetzt etwas kürzer fassen. Wie Sie aus den früher angeführten statistischen Tabellen ersehen, kommen hier in der Hauptsache 3 Operationen in Frage: die Resektion, die Gastroenterostomie und die Pyloroplastik.

Wir wollen uns auch auf die Besprechung dieser 3 Operationen beschränken und von anderen operativen Eingriffen absehen, die beim Magengeschwür und seinen Komplikationen gelegentlich ausgeführt wurden. Dahin gehören z. B. die Divulsion des Pylorus nach Loreta, die Verkleinerung des dilatirten Magens durch die sogenannte Gastroplicatio nach Bircher, die Anlegung einer Magen-fistel Behufs lokaler Behandlung des Ulcus, die Anlegung einer Jejunumfistel Behufs Ausschaltung des Magens.

Was nun die Resektion des Pylorus resp. Magens betrifft, so haben Sie schon aus der vorangehenden Darstellung ersehen, dass diese Operation beim Magengeschwür von den Chirurgen allmählich mehr und mehr verlassen worden ist. Sie ist unter den drei in Frage kommenden Eingriffen der gefährlichste und giebt zweifellos am wenigsten Garantie für radikale Heilung, weil sie an und für sich der Kausalindikation am wenigsten Rechnung trägt. Nun wäre es aber irrig, anzunehmen, dass die Resektion in der chirurgischen Therapie des Ulcus mit der Zeit vollständig verschwinden wird. Für viele Fälle wird sie immer noch ihre Indikation behalten.

Wir müssen hier zwischen den verschiedenen Arten der Resektion des Pylorus und Magens unterscheiden, die durchaus nicht gleichwerthig sind. Zunächst die cirkuläre Resektion im Bereich des Pylorus oder des Corpus ventriculi. Auf diese Operation beziehen sich vorwiegend die ungünstigen Erfahrungen, über die ich früher berichtet habe. Die cirkuläre Resektion wird bei Ulcus mit

²⁰ Indikationen zur Magenoperation. Berliner klin. Wochenschrift 1895.

No. 15.

²¹ A. a. O.

Chirurgen-Kongress 1897.

Recht vollständig verlassen, mit Ausnahme eines einzigen Falles: beim Verdacht auf Carcinom. Die Fälle, in welchen klinisch ein *Ulcus ventriculi* diagnosticirt wird, während sich bei der Operation oder durch den späteren Verlauf ein Carcinom des Magens herausstellt, sind nicht übermäßig selten. Mir selbst ist dies bisher 5mal begegnet. 2mal wurde das vermeintliche *Ulcus* reseziert, und die mikroskopische Untersuchung ergab alsbald Carcinom. Ein 3. Mal ließ die mikroskopische Untersuchung des excidirten Tumors die Diagnose in suspenso, der weitere Verlauf machte es indess sehr wahrscheinlich, dass ein Carcinom vorgelegen habe. 2mal habe ich, in der Meinung, ein offenes *Ulcus ventriculi* vor mir zu haben, die Gastroenterostomie ausgeführt. Auch hier ließ der weitere Verlauf keinen Zweifel darüber aufkommen, dass ein Carcinom vorgelegen hat. Wir werden also in allen verdächtigen Fällen die Resektion ausführen, so fern sie technisch möglich ist.

Der cirkulären Resektion des Magens ist die Resektion kleiner Stücke der Magenwand entgegenzustellen. Sie wird vielfach als partielle bezeichnet, was aber unrichtig ist, da ja auch die cirkuläre Magenresektion fast ausnahmslos eine partielle ist. Ich bezeichne diese Resektion, je nachdem nur ein Segment der Magenwand oder ein größeres keilförmiges Stück, also ein Sektor, reseziert wird, als segmentäre und sektoräre Resektion. Es braucht nicht erst hervorgehoben zu werden, dass die segmentäre oder sektoräre Magenresektion einen ungleich geringfügigeren Eingriff darstellt als die cirkuläre. Trotzdem halte ich sie nicht für die Normaloperation, da sie der schon vielfach erwähnten Kausalindikation nicht entspricht. Durch diese Operation kann wohl das *Ulcus* extirpirt werden, aber die Entleerung des Magens in den Darm wird dadurch nicht beeinflusst. Dazu kommt, dass auch die segmentäre und sektoräre Resektion des Magens für die meisten Fälle von *Ulcus* technisch recht schwierig ist; dies gilt namentlich für die an der kleinen Curvatur in der Nähe der Cardia und in der hinteren Wand gelegenen Geschwüre. Wir werden aus diesem Grunde die einfache Excision des Geschwürs nur unter besonders günstigen Verhältnissen oder aus besonders triftigen Gründen vornehmen. So wird ein kleines Geschwür an der vorderen Magenwand sich sehr leicht excidiren lassen; die Excision ist hier auch deshalb angezeigt, weil diese Geschwüre bekanntlich besonders leicht zur Perforation führen. Wenn wir eine Verwachsung des Geschwürsgrundes mit der vorderen Bauchwand oder mit Nachbarorganen des Magens antreffen, so wird auch hier häufig eine Excision desselben nicht zu umgehen sein. Es wird von den sonstigen Umständen, insbesondere dem Verhalten des Pylorus, abhängen, ob wir der Excision des Geschwürs noch die Gastroenterostomie oder die Pyloroplastik hinzufügen. Für Fälle von bedeutender Pylorusenge ist jedenfalls eine Kombination von Excision und einer der zwei eben genannten Operationen ins Auge zu fassen. Die Kombination der Pyloroplastik mit der Excision des

Ul
ste
geg
sitz
vere

lich
Pyl
Die
den
Zweck
des M
ist, dar
technis
gebührt
Pylorop
Somit
offenem
große Z
leicht u
Wandun
des Pylor
indikatio
tion genü
Bauchwa
absolut.
wenn die
Ulcus un
nachgiebig
enterostom

In Be
erwähnen,
Weise gesc
in der Pyl
Duodenalwa
vereinigt wi
Magen und
vorhandenen
schen Magen
Operation al
Es ist k
stomie in so
male physiolo
Praxis in die
Die Gast
Ausführung u
wie die Pylor

Ulcus wird bei offenen Geschwüren in der Pylorusgegend am häufigsten indicirt sein. Ich selbst bin mehrere Male mit Erfolg so vorgegangen, dass ich nach Spaltung der Magenwand das am Pylorus sitzende Ulcus excidirte, die Wunde von der Schleimhautseite aus vereinigte und dann die Pyloroplastik anschloss.

Es konkurriren somit für das offene Magengeschwür hauptsächlich 2 Methoden mit einander: die Gastroenterostomie und die Pyloroplastik. Welche von den beiden verdient den Vorzug? Die Frage ist heute noch nicht entschieden zu beantworten. Nach den bisherigen Erfahrungen scheinen beide in gleicher Weise den Zweck zu erfüllen, das ist eine rasche und vollständige Entleerung des Mageninhalts in den Darm zu ermöglichen. Wenn dies richtig ist, dann müssen wir derjenigen Operation den Vorzug geben, welche technisch leichter und ungefährlicher ist, und in dieser Beziehung gebührt ohne Zweifel der Pyloroplastik der Vorzug. Indessen ist die Pyloroplastik, wie schon früher erwähnt, nicht für alle Fälle geeignet. Somit bleibt, wenn wir selbst dieselbe zur Normaloperation bei offenem Ulcus erheben wollten, für die Gastroenterostomie noch eine große Zahl von Fällen reservirt. Die Pyloroplastik ist nur dann leicht und sicher ausführbar, wenn der Pylorus frei beweglich, seine Wandungen weich und nachgiebig sind. Leichte, lockere Adhäsionen des Pylorus mit der Umgebung geben an und für sich keine Kontraindikation; meist lassen sie sich leicht lösen und der Pylorus zur Operation genügend mobil machen. Feste Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand, der Leber, dem Pankreas kontraindiciren die Operation absolut. Eben so wenig darf die Pyloroplastik ausgeführt werden, wenn die Magenwand in der Nachbarschaft des Pylorus durch das Ulcus und die umgebende entzündliche Infiltration indurirt und unachgiebig geworden ist. Für diese Fälle kann nur die Gastroenterostomie in Frage kommen.

In Bezug auf die Technik der Pyloroplastik muss ich besonders erwähnen, dass die Erweiterung des Pylorus in möglichst ausgiebiger Weise geschehen soll, namentlich wenn sich ein noch frisches Ulcus in der Pylorusgegend befindet. Ich spalte die vordere Magen- resp. Duodenalwand auf eine Länge von 5—6 cm; wenn dieser Spalt quer vereinigt wird, so entsteht eine so weite Kommunikation zwischen Magen und Duodenum, dass dieselbe ganz unabhängig von dem noch vorhandenen Rest der Pylorusöffnung ausreicht, die Verbindung zwischen Magen und Duodenum herzustellen. Es entsteht durch die Operation also eine echte Gastroduodenostomie.

Es ist klar, dass die Pyloroplastik gegenüber der Gastroenterostomie in so fern das rationellere Verfahren ist, als sie wieder normale physiologische Verhältnisse herstellt. In wie weit dies für die Praxis in die Wagschale fällt, werden wir gleich sehen.

Die Gastroenterostomie ist zweifellos jene Operation, deren Ausführung ungleich seltener auf technische Schwierigkeiten stößt, wie die Pyloroplastik. Es ist deshalb verständlich, dass manche

Operateure dieser den Vorzug geben und sie als Normaloperation beim *Ulcus ventriculi* ansehen. Allein die Gastroenterostomie ist, wenn sie auch technisch kaum schwieriger als die Pyloroplastik ist, in Bezug auf den funktionellen Erfolg nicht so sicher. Da die Sache für uns von großer praktischer Bedeutung ist, so muss ich auf sie hier etwas näher eingehen.

Es ist Ihnen Allen wohl bekannt, dass, seitdem Wölfler zuerst die Gastroenterostomie ausgeführt hat, eine Reihe von Modifikationen und neuen Methoden dieser Operation angegeben worden sind; ihre Zahl übersteigt heute sicher 2 Dutzend. Wir können schon daraus den Schluss ziehen, dass allen diesen Methoden und Modifikationen ein gewisser Mangel anhaftet. Wir wollen von verschiedenen technischen Unvollkommenheiten, wie der Unsicherheit der Naht, der Anheftung einer unpassenden Darmschlinge und anderen absehen und nur jenen üblen Zufall besprechen, der sich, so viel ich weiß, bei jeder Methode der Gastroenterostomie ereignen kann: die Entwicklung eines *Circulus vitiosus* zwischen Magen und zuführender Jejunumschlinge. Der Mageninhalt entleert sich nicht, wie gewünscht wird, in das abführende Darmstück, sondern in den zuführenden Darmschenkel, ins Duodenum. Der zuführende Darm regurgitirt seinen Inhalt wieder in den Magen, und dieser kann sich nur durch den Ösophagus nach außen entleeren. Es stellt sich unstillbares Erbrechen ein, der Operirte geht im Verlauf von 5—14 Tagen an Inanition zu Grunde. Bei der Sektion findet man in derartigen Fällen den Magen, das Duodenum und den an den Magen angehefteten zuführenden Schenkel des Jejunums kolossal ausgedehnt; der abführende Schenkel ist leer, zwischen dem zu- und abführenden bildet sich eine Art Sporn, der das Hindernis für den Abfluss des Mageninhalts in den abführenden Darm zu bilden scheint. Gerade die Verhinderung dieser Spornbildung haben fast alle Modifikationen der Gastroenterostomie zum Ziel, aber keine, wie es scheint, mit ganz sicherem Erfolg. Über die Ursache der Spornbildung und des *Circulus vitiosus* ist schon wiederholt diskutiert worden. Nach meiner Überzeugung ist hier die Spornbildung nicht die Hauptsache. Wahrscheinlich ist sie nur eine Folge des *Circulus vitiosus*; der eigentliche Grund derselben ist in den meisten Fällen ein Missverhältnis zwischen den motorischen Kräften des Magens und der beiden angehefteten Darmstücke. Wenn in der Regel nach der Gastroenterostomie die Verhältnisse sich so reguliren, dass sowohl der Magen als auch der zuführende Darmschenkel seinen Inhalt in das abführende Darmstück entleeren, so setzt dies voraus, dass beide muskulären Hohlorgane sich kräftig genug kontrahiren, um einer Stauung und einem Regurgitiren von Flüssigkeiten Widerstand zu leisten. Ist aber der Magen und — was häufig kombinirt ist — auch der Darm atonisch, so werden sie so lange Flüssigkeiten aufnehmen, als es ihre Elasticität überhaupt zulässt. Eine so hochgradige Atonie, dass von vorn herein weder der Magen noch der zuführende Darmschenkel

si
G
he
wa
let
Sp
ers

wir
dies
vent
stend
liegt
dieser
Erfah
nannt
eines
Fällen
konnte
Es wu
10 cm
angeleg
den Da
Aushill
Braun
Mittel,
gegangen
anastom
genöthi
führen,
tionen z
Aus
Vorzügli
liche Op
ventricul
Ich möch
geschwür
wählen,
nisch sich
rigkeiten
Magen so
Braun-J
M. H
uen wesen
2 Eine
ausführliche
zur Chirurgie

sich kontrahirt, ist wohl selten. Es genügt aber schon ein mäßiger Grad davon, um eine starke Füllung des zuführenden Darmschenkels herbeizuführen. Ist dies aber einmal der Fall, so wird die Scheidewand zwischen zu- und abführendem Darm immer mehr gegen den letzteren herangedrängt. Dadurch bildet sich immer stärker jener Sporn aus, der den Zugang zum abführenden Schenkel immer mehr erschwert und ihn zuletzt vollständig verlegt²².

Diese Betrachtung ist für uns deshalb von Wichtigkeit, weil wir wissen müssen, dass die motorische Schwäche des Magens zu dieser Spornbildung disponirt, und da bekanntlich gerade beim Ulcus ventriculi und seinen Folgezuständen, insbesondere der Pylorusstenose, eine motorische Insuffizienz des Magens nicht selten ist, liegt gerade hier die Gefahr einer Spornbildung vor. Jeder auf diesem Gebiet erfahrene Chirurg hat in dieser Richtung traurige Erfahrungen gemacht. Ich selbst habe mehrere Operirte an der genannten Spornbildung verloren, darunter auch einen, der wegen eines stenosirenden Magengeschwürs operirt worden war. In 2 anderen Fällen, in denen sich ebenfalls unstillbares Erbrechen einstellte, konnten die Kranken durch eine 2. Laparotomie gerettet werden. Es wurde hier zwischen dem zu- und abführenden Schenkel, etwa 10 cm von der Anheftungsstelle entfernt, eine kleine Enteroanastomose angelegt, durch welche sich der Inhalt des stark geblähten zuführenden Darms unmittelbar in den abführenden entleeren konnte. Dieses Aushilfsmittel ist zuerst von Lauenstein vorgeschlagen, dann von Braun und Jaboulay ausgeführt worden. Es ist das einzig sichere Mittel, den Circulus vitiosus zu verhindern. Es ist gewiss zu weit gegangen, in allen Fällen an die Gastroenterostomie die Enteroanastomose in der beschriebenen Weise anzuschließen. Ist man aber genöthigt, bei ausgesprochener Magenatonie die Operation auszuführen, so empfiehlt es sich sicher, von vorn herein die zwei Operationen zu kombiniren.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass die Gastroenterostomie, so Vorzügliches sie auch in der Regel leistet, doch keine ganz verlässliche Operation ist; das ist für mich Grund genug, sie für das Ulcus ventriculi erst an die 2. Stelle neben die Pyloroplastik zu stellen. Ich möchte demnach folgenden Satz aufstellen: Hat man beim Magengeschwür zwischen der Pyloroplastik und der Gastroenterostomie zu wählen, so ist die erstere vorzuziehen, vorausgesetzt, dass sie technisch sicher auszuführen ist. Nur wo die Pyloroplastik auf Schwierigkeiten stößt, ist die Gastroenterostomie am Platz. Bei atonischem Magen soll diese von vorn herein mit der Enteroanastomose nach Braun-Jaboulay kombinirt werden.

M. H.! Wiewohl das offene, nicht komplicirte Magengeschwür den wesentlichsten Gegenstand unserer Besprechung bildet, kann ich

²² Eine eingehende Darstellung dieses Gegenstandes wird demnächst eine ausführliche Arbeit meines Assistenten, Herrn Dr. Chlumsky, in den Beiträgen zur Chirurgie bringen.

es doch nicht unterlassen, auch auf die Komplikationen desselben einzugehen, so weit sie auf die Indikation und Wahl des operativen Verfahrens von Einfluss sind. Auf diesem Gebiet lag ja bis vor Kurzem fast ausschließlich das Feld unserer Thätigkeit, und auch in Zukunft werden wir, wie ich glaube, weit häufiger bei den Komplikationen des Magengeschwürs einzugreifen Gelegenheit haben als bei dem einfachen offenen Geschwür. Denn nach den Mittheilungen des Herrn v. Leube so wie anderer innerer Kliniker ist wohl zu erwarten, dass die innere Therapie dem Chirurgen nur eine beschränkte Zahl nicht komplicirter Fälle überlassen wird.

Diejenige Komplikation, bei welcher bisher am häufigsten und mit den schönsten Erfolgen operirt wurde, ist bekanntlich die narbige Pylorusstenose. Die Ansichten über die Berechtigung und Indikationsstellung der Operation sind, wie ja auch Herr v. Leube hervorgehoben hat, heute so geklärt, dass ich es unterlassen kann, näher darauf einzugehen. Auch in Bezug auf die Technik bei der narbigen Pylorusstenose ist heute kaum mehr etwas Neues zu sagen. Auch hier werden, wie beim offenen Magengeschwür, hauptsächlich die Gastroenterostomie und die Pyloroplastik mit einander konkurriren. In Bezug auf die Auswahl der Operation gilt dasselbe wie beim Magengeschwür. Erwähnen möchte ich nur, dass in Bezug auf Indikationsstellung die narbige Stenose in der Continuität des Magens, der sogenannte Sanduhrmagen, genau so zu behandeln ist, wie die narbige Pylorusstenose. An Operationstechnik stehen uns hier zur Verfügung die Gastropplastik — das Analogon der Pyloroplastik — und die Gastroanastomose nach dem Vorgang von Wölfler, d. h. die Verbindung der 2 Magenhälften durch eine breite Kommunikationsöffnung. Welches von den beiden Verfahren anzuwenden ist, hängt von den Verhältnissen des einzelnen Falles ab. Sie bewirken hier beide dasselbe, und durch beide Methoden ist schon eine größere Anzahl von Sanduhrmagen mit Erfolg geheilt worden.

Eine andere Komplikation, welche einen operativen Eingriff indicirt, ist die Verwachsung des Geschwürsgrundes mit der Bauchwand und den umliegenden Nachbargebieten des Magens. Wir müssen hier aber 2 Arten von Verwachsung aus einander halten: 1) die lockere Verlöthung, die nur in so fern Störungen veranlassen kann, als ein bestimmter Abschnitt des Magens seine Beweglichkeit verliert und in Folge dessen Zerrungen bei verschiedenen Füllungszuständen ausgesetzt sein kann. Derartige Verwachsungen sind meist die Folge einer chronischen, durchaus gutartigen Perigastritis. Es ist nicht zu bezweifeln, dass in manchen Fällen durch diese Adhäsionen, auf die meines Wissens zuerst Lauenstein nachdrücklich aufmerksam gemacht hat, hochgradige gastralgische Erscheinungen hervorgerufen werden können, ähnlich wie bei der Hernia epigastrica. Es ist aber die Diagnose in diesen Fällen recht schwierig; nach meiner Erfahrung sind diese Fälle von den einfachen idiopathischen Kardi-

alg
für
Ka
aus
zab
Mag
lasse
Aus
erzeu
That
diese
mit e
rechtig
Ich se
der Py
nachzu
gebung
90° in
heftigst
wurden.
Repositio
Beschwe
Viel
jene Fälle
Bauchwa
vordringt
cien und
leicht für
in diesen
Geschwul
typischen
durch die
Bewegung
cher Weise
in einem j
Operation
Resektion
Der Defekt
in der Rege
her, so viel
worden; eine
kann nur d
weiterer Aus
schwert ist.
Fälle dieser

²³ Wiener k

en schwer zu unterscheiden, und das um so mehr, als wir auch die meisten dieser Fälle annehmen müssen, dass es sich um Gastralgien handelt, die durch die bestehenden Verwachsungen nur gelöst werden. Es wäre sonst nicht zu verstehen, warum nach reichen Magenoperationen, die sicher festere Verlöthungen der Magenwand mit der Bauchwand wenigstens für einige Zeit zurücklassen, keine Spur von Schmerzen auftritt, während in einzelnen Ausnahmefällen ganz lockere Verwachsungen so schwere Gastralgien erzeugen. Da aber durch die Erfahrung festgestellt ist, dass in der That durch die Lösung dieser Verwachsungen — v. Hacker hat diese kleine Operation Gastrolysis genannt — alle Beschwerden mit einem Schlag beseitigt werden können, so müssen wir die Berechtigung der Operation für gewisse hartnäckige Fälle anerkennen. Ich selbst habe vor Kurzem einen jüngeren Mann operirt, bei dem der Pylorustheil des Magens, ohne dass deutliche Spuren eines Ulcus nachzuweisen waren, durch lockere Verwachsungen mit der Umgebung so nach oben zu verlagert war, dass er gewissermaßen um 90° in der Längsachse gedreht erschien. Pat. hatte seit Jahren die heftigsten Gastralgien, die vergeblich mit inneren Mitteln behandelt wurden. Nach der Lösung der erwähnten Adhäsionen und nach der Reposition des Magens in seine normale Lage verschwanden alle Beschwerden mit einem Schlag.

Viel leichter zu beurtheilen, aber schwieriger zu operiren sind jene Fälle von Verwachsung des Geschwürsgrundes mit der vorderen Bauchwand, bei denen das Geschwür allmählich in die Bauchwand vordringt und hier in Folge der entzündlichen Infiltration der Fascien und Muskellagen derbe unbewegliche Tumoren erzeugt, die leicht für eine Neubildung gehalten werden können. Vielfach wird in diesen Fällen desshalb auch die irrige Diagnose auf eine echte Geschwulst gestellt. In den meisten Fällen bestehen neben den typischen Ulcussymptomen außerordentlich heftige Schmerzen, die durch die Berührung des Pseudotumors gesteigert werden. Alle Bewegungen und Verschiebungen der Bauchdecken steigern in gleicher Weise die Beschwerden, so dass die Kranken sich in der That in einem jammervollen Zustand befinden. Für diese Fälle ist die Operation zweifellos strikte indicirt. Die Operation besteht in der Resektion des Ulcus sammt der infiltrirten Partie der Bauchwand. Der Defekt in der Magenwand wird durch die Naht geschlossen; in der Regel kann der Magen selbst versenkt werden. Es sind bisher, so viel ich weiß, 8 Fälle dieser Art, alle mit Glück, operirt worden; einen davon habe ich vor 6 Jahren operirt. Die Operation kann nur dann Schwierigkeiten bieten, wenn die Magenwand in weiterer Ausdehnung starr infiltrirt und dadurch die Magennaht erschwert ist. Vor Kurzem hat Brenner²³ zwei besonders schwierige Fälle dieser Art mit Erfolg operirt. Das eine Mal erstreckten sich

²³ Wiener klin. Wochenschrift 1896. No. 48.

e Verwachsungen bis auf die Leber und das Pankreas. Brenner
ß in diesem Falle den Grund des Geschwürs am Pankreas zurück
und tamponirte es nach Schluss des Magendefekts mit Jodoform-
ze. Es erfolgte Heilung. Eine erschöpfende Darstellung der Fälle
eser Art vom chirurgischen Standpunkt findet sich in der schon
tirten Arbeit von Hofmeister.

Die verhängnisvollste Komplikation des Magengeschwürs ist
sicherlich die Perforation in die freie Bauchhöhle. Die Chancen
ner Spontanheilung sind hier so geringe, dass schon aus diesem
runde jeder innere Kliniker die Hilfe des Chirurgen anrufen wird,
bald nur die ersten Erscheinungen der Perforationsperitonitis sich
merkbar machen. Ich habe zum ersten Male im Jahre 1880, noch
s Assistent der Billroth'schen Klinik, den Versuch gemacht, eine
erforirte Ulcusnarbe an der kleinen Curvatur durch die Naht zu
schließen. Pat. starb 3 Stunden nach der Operation an Collaps.
eit dieser Zeit ist der Versuch immer häufiger wiederholt worden,
nächst immer mit ungünstigem Ausgang, bis es im Jahre 1892
eusner²⁴ gelang, den Pat. durch die Operation zu retten. Seit
ieser Zeit häufen sich die günstigen Erfolge immer mehr und mehr,
nd heute können wir schon auf eine stattliche Zahl von gelunge-
en Operationen zurückblicken, wie Ihnen die vorliegende Tabelle
eigt, so dass wir heute an der Berechtigung der Operation nicht
mehr zweifeln können. Über die operative Behandlung des per-

Tabelle IV.

Die bisher publicirten Operationen bei Ulcus ventriculi perforatum.

Jahr	Anzahl	Geheilt	Gestorben	Mortalität %
1885 bis inkl. 1893 . .	35	1	34	97,15
1894 bis inkl. 1896 . .	68	32	36	52,94
Zusammen	103	33	70	67,96

perirten Magengeschwürs hat sich schon eine umfangreiche Litteratur
angesammelt. Das Wissenswerthe darüber finden Sie in dem be-
annten Aufsatz von Pariser²⁵ und neuerdings in der inhaltreichen
Arbeit von Weir und Foote²⁶. Indem ich Sie auf die genannten
arbeiten verweise, möchte ich nur die wichtigsten Momente hervor-
eben, die auf Prognose und Technik der Operation Bezug nehmen.
Die bisherigen Erfahrungen haben erwiesen, dass von zwei Um-

²⁴ Der Fall ist von Kriege in der Berliner klin. Wochenschrift 1892 No. 49
und 50 beschrieben.

²⁵ Zur Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirenden Ulcus ventriculi.
Deutsche med. Wochenschrift 1895. No. 28 u. 29.

²⁶ The surgical treatment of round ulcer of the stomach and its sequelae.
Med. news, New York 1896, April 25 and May 2.

ständen
ob der
Zustand
spät nach
gewiss bei
fällen selb
forationsöf
wenn wir
werden. Im
Arzt nur die
auf Perforat
sondern die
Was den Zeitp
Statistiken die
wenn man inn
foration operir
dieser Erfahrung
ersten Anzeichen
zu verständigen
sobald die Diag
verlangen, dass
absolut sicher ge
Diagnose: Perfor
aber für alle Fäl
griff. Dem Rath
ersten Shock ab
beipflichten. We
oder etwas mehr
Zeit der Beobach
müssen, um die
gnose allzu lange
schwindet, halte
allzu oft vorkomm
unmittelbar in der
In technischer
foration des Mager
perforirenden Mag
vorderen Magenwar
zugänglich. Liegt
Nähe der Cardia
allerdings die Auffi
selbst unmöglich
öffentlich worden
findung des perf
sind einige dieser
zwar hat zweifell
Peritonealabschnitt

tänden die Chancen der Operation wesentlich abhängen: 1) davon, ob der Magen zur Zeit der Perforation sich in leerem oder gefülltem Zustand befunden hat, und 2) ob die Operation frühzeitig oder erst spät nach eingetretener Perforation ausgeführt wird. Es ist Ihnen gewiss bekannt, dass bei leerem Magen es in seltenen Ausnahmefällen selbst ohne Operation zum spontanen Verschluss der Perforationsöffnung kommen kann. Um so günstiger sind die Aussichten, wenn wir in einem derartigen Falle rechtzeitig zur Operation gerufen werden. In praktischer Beziehung ließe sich daraus für den inneren Arzt nur die Regel ableiten, einem Ulcuskranken, bei dem Verdacht auf Perforation besteht, per os absolut keine Nahrung zu geben, sondern die Ernährung ausschließlich per rectum zu bewerkstelligen. Was den Zeitpunkt der Operation betrifft, so sind nach den bisherigen Statistiken die Aussichten auf Heilung ungefähr 4mal so günstig, wenn man innerhalb der ersten 12 Stunden nach eingetretener Perforation operiert, als bei den später ausgeführten Operationen. Aus dieser Erfahrung erwächst für jeden Arzt die Pflicht, sobald die ersten Anzeichen der Perforation vorhanden sind, sofort einen Chirurgen zu verständigen, damit die Operation unverzüglich stattfinden kann, sobald die Diagnose gesichert ist. Der Chirurg darf natürlich nicht verlangen, dass die Diagnose auf Perforation eines Magengeschwürs absolut sicher gestellt ist; häufig wird man nur ganz allgemein die Diagnose: Perforationsperitonitis stellen können. Diese Diagnose ist aber für alle Fälle schon Indikation genug zu einem operativen Eingriff. Dem Rath des Herrn v. Leube, bei Magenperforationen den ersten Shock abzuwarten, möchte ich nur mit einer gewissen Reserve beipflichten. Wenn es sich nur um einen Verzug von einer Stunde oder etwas mehr handelt, ist dagegen nichts einzuwenden; so viel Zeit der Beobachtung wird ohnehin auch jeder Arzt sich reserviren müssen, um die Diagnose festzustellen. Aber bei festgestellter Diagnose allzu lange zu warten, bis etwa der Collaps vollständig verschwindet, halte ich doch nicht für unbedenklich. Es könnte da allzu oft vorkommen, dass der dem ersten Shock folgende Collaps unmittelbar in den die Agone einleitenden übergeht.

In technischer Beziehung liegen die Verhältnisse bei der Perforation des Magengeschwürs meist sehr günstig. Die Mehrzahl der perforirenden Magengeschwüre, etwa 80%, liegen im Bereich der vorderen Magenwand. Sie sind somit leicht aufzufinden und leicht zugänglich. Liegt das Geschwür an einer entlegenen Stelle, in der Nähe der Cardia oder gar an der hinteren Magenwand, so kann allerdings die Auffindung bedeutende Schwierigkeiten machen, häufig selbst unmöglich werden. Es ist auch eine Reihe von Fällen veröffentlicht worden, in denen unter diesen Verhältnissen die Auffindung des perforirten Geschwürs nicht gelungen ist. Trotzdem sind einige dieser Fälle durch die Laparotomie geheilt worden, und zwar hat zweifellos die Eröffnung und Tampondrainage des inficirten Peritonealabschnitts hier lebensrettend gewirkt.

Damit kommen wir auch auf die Frage zu sprechen, was wir mit dem perforirten Geschwür vornehmen sollen. Eine Excision desselben scheint nach den vorliegenden Erfahrungen nicht nothwendig zu sein. Es kommt nur darauf an, dass das vorhandene Loch im Magen durch die Naht geschlossen wird. Ist die Excision leicht möglich, so wird man sie ausführen; wenn nicht, begnüge man sich damit, durch eine mehrfache Reihe von Serosanähten die Lücke zu verschließen. In manchen Fällen ist dies aber nicht möglich, und zwar entweder wegen der schweren Zugänglichkeit des Geschwürs, oder aber, weil die Geschwürsränder und deren Umgebung stark infiltrirt sind. In diesem Falle kann man versuchen, die Lücke mit einem Stück Netz zu übernähen oder aber dieselbe durch einen nach außen geleiteten Jodoformgazebeutel zu verschließen. Dass in dieser Weise auch Heilungen zu Stande gekommen sind, habe ich schon erwähnt. Im Übrigen fällt die chirurgische Behandlung der Magenperforation mit der der Perforationsperitonitis überhaupt zusammen.

Wir haben uns bisher nur mit der akuten Perforation des Magengeschwürs in die freie Peritonealhöhle beschäftigt. Es giebt aber bekanntlich noch eine zweite Form der vom Magengeschwür ausgehenden Peritonitis, die in subakuter oder chronischer Form als Perigastritis beginnt. Eine vielleicht gerinfügige Lücke im Geschwürsgrund ist ursprünglich durch Verklebung mit den Nachbarorganen gedeckt. Allmählich geben dieselben aber nach und es kommt zu einer fibrinöseitigen, progredienten Peritonitis, die zunächst die unmittelbare Umgebung des Magens betrifft, dann aber sich immer weiter ausbreitet und schließlich den ganzen subphrenischen Abschnitt der Peritonealhöhle einnehmen kann. Bekanntlich verdankt ein Theil der subphrenischen Abscesse einer derartigen Perigastritis ihren Ursprung. Bisher wurden aber nur die ausgebildeten subphrenischen Abscesse einer chirurgischen Behandlung unterworfen; da aber viele Pat. dieses relativ günstige Endstadium der eitrigen Perigastritis nicht erleben, sondern früher an allgemeiner Peritonitis oder unter pyämischen Erscheinungen zu Grunde gehen, so muss man doch daran denken, in einem früheren Stadium der eitrigen Perigastritis operativ beizukommen. Die Verhältnisse liegen hier aber in jeder Richtung recht schwierig. Vor Allem ist die Diagnose nicht leicht, da der Process sich zum größten Theil in der Zwerchfellkuppel abspielt und weder der Palpation noch der Perkussion deutliche Anhaltspunkte bietet. Der Entschluss zur Operation wird auch noch dadurch erschwert, dass zweifellos die leichteren Formen dieser Fälle spontan heilen, ferner dadurch, dass bei bestehenden Verklebungen und bei ungünstiger Lage des Geschwürs — z. B. an der hinteren Magenwand — die Orientirung für den Operateur außerordentlich schwierig ist. Ich glaube indessen, dass hier ein dankbares Feld für die weitere Entwicklung der chirurgischen Ulcusterapie vorliegt.

schw
die
kein
jene
wir
aus
eintri
kann.
tödl
aufzus
anderer
Es wur
in den
2 Fäll
worden:
Beide M
war es
kleinen
Geschwür
das ist n
noch 3ma
lag in de
2 Fäll
die Umge
oder Ums
gnügte m
Thermoka
48 Stunde
in ähnliche
schwierigke
das Magen
handlung g
zu einer leb
neren, wie
superior, in
Pankreassub
Coeliaca. In
bloßlegen w
menen Kran
die Excision
stechung auc
geben, dass d
zweite Schwi
schwer geling

77 Mitgetheil

Die vierte, vielleicht häufigste Komplikation des Magengeschwürs, die zu einem chirurgischen Eingriff auffordern kann, ist die Blutung. Selbstverständlich werden leichte Blutungen noch keine Indikation zum Eingreifen abgeben. Es kann sich nur um jene Blutungen handeln, die das Leben gefährden, und hier müssen wir zwei Arten aus einander halten: ein Mal jene, in welchen aus einem größeren arteriellen Ast eine so profuse Blutung eintritt, dass der Kranke an akuter Anämie zu Grunde gehen kann. Bekanntlich enden etwa 5% der Ulcussfälle durch Verblutung tödlich. Das Bestreben, auf operativem Wege das blutende Gefäß aufzusuchen und es zu unterbinden oder zu umstechen, wie bei jeder anderen Blutung, ist daher von vorn herein durchaus gerechtfertigt. Es wurde auch zu wiederholten Malen bisher dieser Versuch gemacht, in den meisten Fällen aber ohne den gewünschten Erfolg. Nur in 2 Fällen dieser Art ist meines Wissens bisher mit Erfolg operiert worden: den einen Fall hat Roux²⁷, den anderen habe ich operiert. Beide Male wurde das blutende Gefäß gefunden. In meinem Falle war es die Arteria coronaria superior, die durch ein kleines, an der kleinen Curvatur sitzendes Geschwür arrodirt war. Ich excidirte das Geschwür und vernähte den Defekt. Pat. ist bis zum heutigen Tage, das ist mehr als 3 Jahre, gesund. Auser diesem 1 Falle habe ich noch 3mal bei akuten Blutungen den Magen eröffnet. Das Geschwür lag in der Gegend des Pylorus in der hinteren Wand und griff in 2 Fällen auf die Pankreassubstanz über. Der Geschwürsgrund und die Umgebung waren so starr infiltrirt, dass von einer Unterbindung oder Umstechung des Gefäßes nicht die Rede sein konnte. Ich begnügte mich mit der Kauterisation des Geschwürsgrundes mit dem Thermokauter. Die Kranken gingen im Verlauf der nächsten 24 bis 48 Stunden im Collaps zu Grunde. Eben so wenig Erfolg hatten in ähnlichen Fällen Billroth und andere Operateure. Die Hauptschwierigkeit bei den akuten, profusen Blutungen liegt darin, dass das Magengeschwür meist sehr ungünstig für die chirurgische Behandlung gelegen ist. Es ist ja immer nur eine größere Arterie, die zu einer lebensgefährlichen Blutung führen kann, und zwar in selteneren, wie in den zuerst erwähnten Fällen die Arteria coronaria superior, in der weitaus größeren Zahl der Fälle eine der in der Pankreassubstanz verlaufenden größeren Arterien, also ein Ast der Coeliaca. In diesen Fällen unterziehen wir, wenn wir das Geschwür bloßlegen wollen, den schon ohnehin aufs äußerste heruntergekommenen Kranken einer sehr eingreifenden Operation und können, da die Excision des Ulcus unmöglich und die Unterbindung oder Umstechung auch nur schwer möglich ist, kaum eine Garantie dafür geben, dass die Blutungen nun sich nicht mehr wiederholen. Eine zweite Schwierigkeit liegt nun darin, dass es oft außerordentlich schwer gelingt, das Ulcus, wenn es nicht gerade die eben erwähnte

²⁷ Mitgetheilt auf dem französischen Chirurgenkongress 1893.

Damit kommen wir auch auf die Frage zu sprechen, was wir mit dem perforirten Geschwür vornehmen sollen. Eine Excision desselben scheint nach den vorliegenden Erfahrungen nicht nothwendig zu sein. Es kommt nur darauf an, dass das vorhandene Loch im Magen durch die Naht geschlossen wird. Ist die Excision leicht möglich, so wird man sie ausführen; wenn nicht, begnüge man sich damit, durch eine mehrfache Reihe von Serosanähten die Lücke zu verschließen. In manchen Fällen ist dies aber nicht möglich, und zwar entweder wegen der schweren Zugänglichkeit des Geschwürs, oder aber, weil die Geschwürsränder und deren Umgebung stark infiltrirt sind. In diesem Falle kann man versuchen, die Lücke mit einem Stück Netz zu übernähen oder aber dieselbe durch einen nach außen geleiteten Jodoformgazebeutel zu verschließen. Dass in dieser Weise auch Heilungen zu Stande gekommen sind, habe ich schon erwähnt. Im Übrigen fällt die chirurgische Behandlung der Magenperforation mit der der Perforationsperitonitis überhaupt zusammen.

Wir haben uns bisher nur mit der akuten Perforation des Magengeschwürs in die freie Peritonealhöhle beschäftigt. Es giebt aber bekanntlich noch eine zweite Form der vom Magengeschwür ausgehenden Peritonitis, die in subakuter oder chronischer Form als Perigastritis beginnt. Eine vielleicht gerinfügige Lücke im Geschwürsgrund ist ursprünglich durch Verklebung mit den Nachbarorganen gedeckt. Allmählich geben dieselben aber nach und es kommt zu einer fibrinöseitigen, progredienten Peritonitis, die zunächst die unmittelbare Umgebung des Magens betrifft, dann aber sich immer weiter ausbreitet und schließlich den ganzen subphrenischen Abschnitt der Peritonealhöhle einnehmen kann. Bekanntlich verdankt ein Theil der subphrenischen Abscesse einer derartigen Perigastritis ihren Ursprung. Bisher wurden aber nur die ausgebildeten subphrenischen Abscesse einer chirurgischen Behandlung unterworfen; da aber viele Pat. dieses relativ günstige Endstadium der eitrigen Perigastritis nicht erleben, sondern früher an allgemeiner Peritonitis oder unter pyämischen Erscheinungen zu Grunde gehen, so muss man doch daran denken, in einem früheren Stadium der eitrigen Perigastritis operativ beizukommen. Die Verhältnisse liegen hier aber in jeder Richtung recht schwierig. Vor Allem ist die Diagnose nicht leicht, da der Process sich zum größten Theil in der Zwerchfellkuppel abspielt und weder der Palpation noch der Perkussion deutliche Anhaltspunkte bietet. Der Entschluss zur Operation wird auch noch dadurch erschwert, dass zweifellos die leichteren Formen dieser Fälle spontan heilen, ferner dadurch, dass bei bestehenden Verklebungen und bei ungünstiger Lage des Geschwürs — z. B. an der hinteren Magenwand — die Orientirung für den Operateur außerordentlich schwierig ist. Ich glaube indessen, dass hier ein dankbares Feld für die weitere Entwicklung der chirurgischen Ulcusterapie vorliegt.

Die vierte, vielleicht häufigste Komplikation des Magengeschwürs, die zu einem chirurgischen Eingriff auffordern kann, ist die Blutung. Selbstverständlich werden leichte Blutungen noch keine Indikation zum Eingreifen abgeben. Es kann sich nur um jene Blutungen handeln, die das Leben gefährden, und hier müssen wir zwei Arten aus einander halten: ein Mal jene, in welchen aus einem größeren arteriellen Ast eine so profuse Blutung eintritt, dass der Kranke an akuter Anämie zu Grunde gehen kann. Bekanntlich enden etwa 5% der Ulcusfälle durch Verblutung tödlich. Das Bestreben, auf operativem Wege das blutende Gefäß aufzusuchen und es zu unterbinden oder zu umstechen, wie bei jeder anderen Blutung, ist daher von vorn herein durchaus gerechtfertigt. Es wurde auch zu wiederholten Malen bisher dieser Versuch gemacht, in den meisten Fällen aber ohne den gewünschten Erfolg. Nur in 2 Fällen dieser Art ist meines Wissens bisher mit Erfolg operiert worden: den einen Fall hat Roux²⁷, den anderen habe ich operiert. Beide Male wurde das blutende Gefäß gefunden. In meinem Falle war es die Arteria coronaria superior, die durch ein kleines, an der kleinen Curvatur sitzendes Geschwür arrodirt war. Ich excidirte das Geschwür und vernähte den Defekt. Pat. ist bis zum heutigen Tage, das ist mehr als 3 Jahre, gesund. Auser diesem 1 Falle habe ich noch 3mal bei akuten Blutungen den Magen eröffnet. Das Geschwür lag in der Gegend des Pylorus in der hinteren Wand und griff in 2 Fällen auf die Pankreassubstanz über. Der Geschwürsgrund und die Umgebung waren so starr infiltrirt, dass von einer Unterbindung oder Umstechung des Gefäßes nicht die Rede sein konnte. Ich begnügte mich mit der Kauterisation des Geschwürsgrundes mit dem Thermokauter. Die Kranken gingen im Verlauf der nächsten 24 bis 48 Stunden im Collaps zu Grunde. Eben so wenig Erfolg hatten in ähnlichen Fällen Billroth und andere Operateure. Die Hauptschwierigkeit bei den akuten, profusen Blutungen liegt darin, dass das Magengeschwür meist sehr ungünstig für die chirurgische Behandlung gelegen ist. Es ist ja immer nur eine größere Arterie, die zu einer lebensgefährlichen Blutung führen kann, und zwar in selteneren, wie in den zuerst erwähnten Fällen die Arteria coronaria superior, in der weitaus größeren Zahl der Fälle eine der in der Pankreassubstanz verlaufenden größeren Arterien, also ein Ast der Coeliaca. In diesen Fällen unterziehen wir, wenn wir das Geschwür bloßlegen wollen, den schon ohnehin aufs äußerste heruntergekommenen Kranken einer sehr eingreifenden Operation und können, da die Excision des Ulcus unmöglich und die Unterbindung oder Umstechung auch nur schwer möglich ist, kaum eine Garantie dafür geben, dass die Blutungen nun sich nicht mehr wiederholen. Eine zweite Schwierigkeit liegt nun darin, dass es oft außerordentlich schwer gelingt, das Ulcus, wenn es nicht gerade die eben erwähnte

²⁷ Mitgetheilt auf dem französischen Chirurgenkongress 1893.

Beschaffenheit besitzt, aufzufinden. Es sind eine Reihe von Fällen beschrieben, in welchen es bei der Operation am Lebenden absolut nicht gelang, das Geschwür zu finden, und selbst bei der später vorgenommenen Obduktion machte es die größte Mühe, dasselbe zur Ansicht zu bringen. Solche Fälle erwähnen Eiselsberg²⁸, Hirsch²⁹ und Weir-Foote³⁰. Es handelt sich dann meist um ganz kleine, oft jahrelang bestehende, in Vernarbung befindliche Geschwüre, die an der kleinen Curvatur, zumal hoch oben in der Cardiagegend sitzen.

In der Praxis bieten diese Fälle noch in einer anderen Richtung eine große Schwierigkeit: es lässt sich nie bestimmen, ob eine akute Magenblutung im einzelnen Falle das Leben wirklich so bedroht, dass der Versuch, ihr chirurgisch beizukommen, gerechtfertigt ist. Man wird daher immer abwarten, ob unter dem Einfluss einer regelrechten Behandlung nicht die Blutung sistiert, und erst aus einer zweiten oder dritten Blutung die Berechtigung zum Eingriff ableiten. Dann ist aber meist der Pat. so heruntergekommen, dass der Chirurg wenig Neigung haben wird, an dem »verlorenen Falle« noch einen zweifelhaften Versuch zu machen, und das um so weniger, als ja bekanntermaßen auch solche aufgegebenen Fälle mitunter genesen. Es wird also die Indikation immer nur eine relative sein.

Trotz der besprochenen Schwierigkeiten wird der Chirurg diese Fälle aber nicht ganz von der Hand weisen dürfen. Man muss nur immer bedenken, dass 5% der Ulcuspatienten an der Blutung zu Grunde gehen. Wir haben auf so vielen anderen, noch schwierigeren Gebieten durch die Erfahrung gelernt, die bestehenden Hindernisse zu überwinden; hoffentlich wird es uns auch hier mit der Zeit gelingen.

Ganz anders liegen jene Fälle, in welchen es nicht eine einmalige profuse Blutung, sondern häufig wiederholte, wochenlang und monatelang andauernde kleine Blutverluste sind, die den Kranken immer mehr herunterbringen und ihn in jenen Zustand der chronischen Anämie versetzen, die schließlich irreparabel ist. Ich stimme in dieser Richtung ganz mit Herrn v. Leube überein, dass diese Fälle ein sehr dankbares Feld für die operative Behandlung geben. Hier besteht in der That eine absolute Indikation, Alles zu unternehmen, was die Heilung herbeiführen kann. Gelingt es nicht, durch eine interne Behandlung das Geschwür zu heilen, so ist eine chirurgische Behandlung indicirt. Wie bei jedem offenen Geschwür, das chirurgisch behandelt werden soll, wird man auch hier von der Excision des Geschwürs meist absehen und entweder die Gastroenterostomie oder die Pyloroplastik ausführen. 2 Fälle

²⁸ Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXXIX. p. 834.

²⁹ Zur Kasuistik und Therapie der lebensgefährlichen Magenblutungen. Berliner klin. Wochenschrift 1896. p. 847.

³⁰ A. a. O.

dies
ente

Sach
keit
der
setzu
und
aber a
zu op
absolu
wande
geholf
ihren S
Chirurg
können,
Unterlas
Eingriff.

Wer
differenti
Frage ko

1) D
dieser Ev
wurde.
sondern b
Ulcus ode
nach Hau
schon früh
lautete un
der Chirurg
herein geg
nicht weite

2) Nich
erscheinung
Pylorussten
wege vorge
blase kann
steinen oder
circumscrip
klebungen m
Colon transv
Tumoren ent
Wenn dabei
für gastralgi
Fällen häufig

dieser Art sind mit Erfolg von Küster in Marburg durch die Gastroenterostomie behandelt worden.

Ich kann die Darstellung nicht schließen, ohne noch eine wichtige Sache zu besprechen, nämlich die diagnostischen Schwierigkeiten und die Konsequenzen, die sich für den Chirurgen während der Operation daraus ergeben. Wir sind bisher von der Voraussetzung ausgegangen, dass die Diagnose auf Ulcus sicher gestellt sei, und für die meisten Fälle wird dies zutreffen. Der Chirurg kann aber auch in die Lage kommen, in diagnostisch zweifelhaften Fällen zu operiren. Gerade Pat., bei denen die Diagnose auf Ulcus nicht absolut sicher steht, bringen oft den Arzt zur Verzweiflung. Sie wandern oft von einem Spezialisten zum andern; wenn ihnen nicht geholfen wird, so drängen sie schließlich zur Operation, um von ihren Schmerzen und sonstigen Beschwerden befreit zu werden. Der Chirurg muss darüber orientirt sein, welche Möglichkeiten vorliegen können, und wie er sich ihnen gegenüber zu verhalten hat. Eine Unterlassung kann hier eben so viel schaden als ein überflüssiger Eingriff.

Wenn wir der Reihe nach die Erkrankungen durchgehen, die differentialdiagnostisch beim Ulcus und seinen Komplikationen in Frage kommen, so sind das folgende:

1) Das Carcinom. Ich habe schon früher erwähnt, dass mit dieser Eventualität häufiger zu rechnen ist, als vielfach angenommen wurde. Es kommen dabei nicht allein primäre Magencarcinome, sondern besonders auch jene Fälle in Betracht, bei welchen aus dem Ulcus oder der Ulcusnarbe ein Carcinom wird, ein Vorkommnis, das nach Hauser für 6% sämtlicher Ulcusfälle zutrifft. Ich habe schon früher erwähnt, dass ich 5mal, wo die Diagnose zweifelhaft lautete und sich mehr dem Ulcus zuneigte, ein Carcinom fand. Wie der Chirurg sich in solchen Fällen zu verhalten habe, ist von vorn herein gegeben. Ich brauche mich daher mit dieser Eventualität nicht weiter zu beschäftigen.

2) Nicht übermäßig selten sind die Fälle, in welchen Ulcusercheinungen, namentlich Gastralgien, und selbst Erscheinungen von Pylorusstenose durch Affektionen der Gallenblase und der Gallenwege vorgetäuscht werden. Der Ductus cysticus oder die Gallenblase kann in Folge von eingekeilten oder perforirenden Gallensteinen oder anderen entzündlichen Processen zu einer chronischen circumscribten Peritonitis führen. Diese führt zu Verwachsungen, Verklebungen mit den Nachbargebilden, der Leber, dem Duodenum, dem Colon transversum und selbst dem Magen. Es können dadurch Tumoren entstehen, die als Intumescenzen des Magens imponiren. Wenn dabei Ikterus fehlt, so können die vorhandenen Schmerzen für gastralgische gehalten werden, zumal der Magen selbst in solchen Fällen häufig in Folge von Zerrung und Kompression leicht mit be-

theiligt ist. Es kann das Duodenum oder selbst der Pylorus so stark komprimirt werden, dass das Bild der Pylorusstenose entsteht. Ja, es kann selbst vorkommen, dass ein in das Duodenum oder den Pylorus perforirter Gallenstein die Obturation bewerkstelligt und einen Tumor vortäuscht. Einen Fall dieser Art habe ich noch in Königsberg operirt. Es war die Pylorusgegend von einem fast hühnereigroßen, derben Tumor eingenommen, der mit der ganzen Umgebung fest verwachsen war. Für mich lag ein nicht exstirpirbarer Pylorustumor vor, und ich war schon daran, mich mit der Gastroenterostomie zu begnügen. Glücklicherweise versäumte ich es nicht, von einer kleinen Incision durch die vordere Magenwand aus den Pylorusring von innen her zu palpieren. Ich fand einen taubeneigroßen Gallenstein fest im Pylorus eingekeilt; offenbar war er von der Gallenblase aus dahin perforirt. Durch die Extraktion des Gallensteines wurde vollständige und dauernde Heilung erzielt. Außerdem habe ich noch 2 Fälle operirt, in denen eine Pylorusstenose, resp. gastralgische Erscheinungen durch Cholelithiasis und Pericholecystitis hervorgerufen waren. Beide Male war das Duodenum resp. der Pylorus durch die stark vergrößerte und adhärente Gallenblase komprimirt. In einem Falle wurden durch die Entfernung der Gallensteine alle Beschwerden gehoben, in einem anderen Falle wagte ich es wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Pat. nicht, die durch zahlreiche Verwachsungen technisch schwierige Cholecystotomie auszuführen. Es wurde zunächst die Gastroenterostomie ausgeführt und nach mehreren Monaten, als sich die Pat. vollständig erholt hatte, die Cholecystotomie vorgenommen. Pat. ist bis zum heutigen Tage, 2 Jahre nach der Operation, vollkommen gesund. Ähnliche Fälle sind auch anderen Chirurgen gelegentlich vorgekommen. Tuffier und Marchais³¹ haben vor Kurzem 19 einschlägige Fälle aus der chirurgischen Litteratur zusammengestellt.

3) Ich habe schon früher erwähnt, dass Adhäsionen des Magens mit der vorderen Bauchwand gelegentlich hochgradige Beschwerden hervorrufen können. Ob durch die Lösung des Magens von der vorderen Bauchwand der Fall erledigt ist, wird nicht jedes Mal leicht zu entscheiden sein. Jedenfalls wird man gut thun, daneben noch genau auf ein etwa vorhandenes frisches Ulcus zu untersuchen. Ich habe aber früher einen Fall erwähnt, in welchem bei Verdacht auf Ulcus derartige lockere Adhäsionen gelöst wurden; dies allein hatte ein vollständiges Verschwinden der Symptome zur Folge.

Nicht vergessen darf man, dass gelegentlich eine Hernia epigastrica hochgradige Magenbeschwerden hervorrufen kann. Man wird in jedem Falle von unklaren Gastralgien nach einer solchen suchen müssen. Die Bedeutung dieses Leidens ist allgemein an-

erkannt, und v
Poliklinik eine
fahrungen darübe
dass neben einer
Dies habe ich 2
sein der Hernia
voll. Es war e
Ulcus in die frei
eine kleine Herni
haft war. Die v
anfanglich auf ei
eilte mich dessha
Stunden, bis die
So kam es, dass
zur Operation sc
wurden die seit
Hernia epigastric
Linea alba ein
Theil durch die
Operation ausfü
Hernie war, son
das Loch der L
mich nun, weiter
es fand sich in
wurde durch die

4) Gelegent
absoluter Sicher
auch in den
Sicherheit mög
Analogie des U
Entlastung und
viel ich weiß, i
geführt worden
Ulcus duodeni
muss der Opera
ren Falle denke

5) Am sch
facher Gastr
welchen die K
asthenie über
pepsie, Aufstol
Magengegend,
finden sich hi

³¹ Des rétrécissements du pylore d'origine hépatique. Revue de chir. 1897. No. 2.

³² Über Ver
besonders durch
der Medicin und

kannt, und vor Kurzem hat Kuttner³² aus der Ewald'schen Poliklinik eine ausführliche Zusammenstellung der bisherigen Erfahrungen darüber gegeben. Noch wichtiger ist es, daran zu denken, dass neben einer Hernia epigastrica noch ein Ulcus bestehen kann. Dies habe ich 2mal gesehen, und das eine Mal war das Vorhandensein der Hernia epigastrica für den Pat. wahrscheinlich verhängnisvoll. Es war ein in der vorderen Magenwand gelegenes kleines Ulcus in die freie Bauchhöhle perforirt; daneben bestand aber noch eine kleine Hernia epigastrica, die bei Druck außerordentlich schmerzhaft war. Die vorhandenen peritonealen Reizerscheinungen wurden anfänglich auf eine Incarceration der Netzhernie bezogen. Ich beeilte mich deshalb nicht mit der Operation, sondern wartete einige Stunden, bis die Diagnose: Ulcusperforation immer evidenter wurde. So kam es, dass ich anstatt 3 erst 7 Stunden nach der Perforation zur Operation schritt. Pat. starb nach 8 Tagen. Ein zweites Mal wurden die seit Jahren bestehenden Magenbeschwerden auch auf eine Hernia epigastrica bezogen. Es lag an der typischen Stelle in der Linea alba ein etwa mandelgroßes Fettklumpchen vor, das sich zum Theil durch die Lücke der Linea alba reponiren ließ. Als ich die Operation ausführte, stellte sich heraus, dass es keine eigentliche Hernie war, sondern dass nur ein präperitonealer Fettklumpen durch das Loch der Linea alba nach außen getreten war. Dies veranlasste mich nun, weiter zu gehen und die Wege gründlich zu untersuchen; es fand sich in der That ein Ulcus an der kleinen Curvatur. Pat. wurde durch die Pyloroplastik geheilt.

4) Gelegentlich kann auch ein Duodenalgeschwür nicht mit absoluter Sicherheit vom Magengeschwür unterschieden werden, wenn auch in den meisten Fällen die Differentialdiagnose mit einiger Sicherheit möglich ist. Es liegt nahe, beim Ulcus duodeni nach Analogie des Ulcus ventriculi durch die Gastroenterostomie eine Art Entlastung und Ausschaltung vorzunehmen. Die Operation ist, so viel ich weiß, bei Ulcus duodeni schon einige Male mit Erfolg ausgeführt worden. Selbstverständlich würde die Pyloroplastik beim Ulcus duodeni nicht den geringsten Nutzen bringen. In so fern also muss der Operateur an diese Möglichkeit in jedem nicht ganz sicheren Falle denken.

5) Am schwierigsten ist die Verwechslung eines Ulcus mit einfacher Gastralgie. Jeder erfahrene Arzt kennt jene Fälle, in welchen die Kranken unter dem Bild einer ausgesprochenen Neurasthenie über Magenbeschwerden klagen. Heftige Schmerzen, Dyspepsie, Aufstoßen und selbst Erbrechen, Druckempfindlichkeit der Magengegend, Abmagerung, kurzum eine Reihe von Symptomen finden sich hier häufig vergesellschaftet, wie wir sie auch beim Ulcus

³² Über Verdauungsstörungen, verursacht durch verschiedene Bruchformen, besonders durch Hernien der Linea alba. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. I. p. 661.

ventriculi finden. Der Magen kann dabei auch einen hohen Grad von Atonie und motorischer Insuffizienz zeigen. Die Differentialdiagnose ist hier häufig um so schwieriger, als bekanntlich jeder Mensch, der längere Zeit am Magen leidet, nach und nach neurasthenisch wird, und so kommt es, dass bei einfacher Neurasthenie ein Ulcus angenommen werden kann, oder umgekehrt ein Kranker mit einem Ulcus, das aber keine ausgesprochenen zweifellosen Symptome darbietet, für einen einfachen Neurastheniker gehalten wird. Fälle beider Art sind mir schon vorgekommen. Man muss sich nur hüten, bei reinen Magen-neurosen um jeden Preis etwas Gründliches unternehmen zu wollen. Ich habe schon früher erwähnt, dass gerade in solchen Fällen bei vorhandener Magenatonie die Gastroenterostomie bedenkliche Folgen haben kann, indem der dort beschriebene Circulus vitiosus entstehen, und die Kranken in Folge unstillbaren Erbrechens an Inanition zu Grunde gehen können.

In diesen zweifelhaften Fällen wird ja die Operation immer zunächst nur eine diagnostische Incision sein. Findet man nun keine greifbaren Veränderungen, namentlich keine deutliche Verengung des Pylorus, und sprechen auch sonst keine zwingenden Gründe für ein Ulcus, so begnüge man sich mit der Incision und schließe bald wieder die Bauchhöhle. Man kann auch in solchen Fällen mitunter einen wunderbaren Erfolg erleben. Vor Kurzem sah ich bei einem Pat. dieser Art nach der einfachen diagnostischen Incision alle Beschwerden sofort schwinden. Ich fand mit Ausnahme einer mäßigen Gastrektasie absolut nichts Abnormes. Einige Fälle von Schwinden der Magensymptome nach einfacher Probeincision sind auch von anderen Autoren beschrieben worden. Wie viel hier die Suggestion, wie viel die nach der Laparotomie dem Magen auferlegte Ruhekur zur Heilung beiträgt, lässt sich schwer entscheiden. Solche Beobachtungen sind geeignet, in uns Zweifel zu erregen, ob in allen Fällen von glänzenden Heilungen durch die Gastrolisis und andere Operationen bei nicht genau diagnosticirten Magenkrankheiten — ich erinnere an die früher erwähnten Erfahrungen von Doyen und Carle — in der That die Operation die Heilung bewirkt hat. Jedenfalls mahnen sie uns in zweifelhaften Fällen zur größten Vorsicht, wollen wir uns nicht selbst täuschen und den Pat. Schaden zufügen.

M. H.! Ich bin am Schluss meiner Darstellung. Wir dürfen mit Befriedigung auf das zurückblicken, was die Chirurgie bisher beim Ulcus ventriculi oder, richtiger gesagt, bei den schweren und lebensgefährlichen Komplikationen dieses Leidens geleistet hat. Ohne Zweifel werden auf diesem Gebiet die Resultate mit der Zeit noch besser werden. Wir haben aber durch unsere jüngsten Erfahrungen auch eine neue Grundlage gewonnen, um dem nicht complicirten Magengeschwür in einer rationellen und dabei wenig eingreifenden Weise beizukommen. Es ist, wie ich schon wiederholt betont habe, gewiss nicht zu fürchten, dass der internen Therapie durch unsere

Bestrebungen Eintrag tritt die Chirurgie in nur ergänzen wollen

Es wird die Au und chirurgischen T unsere Erfahrungen aufzustellen. Ich g v. Leube zu befind Sätze ausspreche.

Die chirurgisch Magengeschwürs ist

1) Erscheinung oder indirekt bedro rung, beginnende ei

2) wenn eine k nere Behandlung ke der Kranke somit d Dyspepsie in der A einträchtigt ist. Di hier unter Umständen

Diese Sätze sin Indikation für den Mal das Für und V fahrung des berath Wagschale fallen, nen Chirurgen. A müthigen Zusamm wie hier.

Diskussion tungen. Im 1. J Operation. Das C und wurde kaute Pat. zu Grunde. lienalis. Im 2. F zu Grunde. Das bei akuten größ die eher bei hau indicirt ist. Ei begriffenen Ule handelt K. eine triculi mit Erf

Loebker mangelnde Ko Ektasie vorkon Chirurgen-Kongres

Bestrebungen Eintrag geschieht; nur wo diese nicht zum Ziel führt, tritt die Chirurgie in ihre Rechte. Also nicht verdrängen, sondern nur ergänzen wollen wir hier die interne Medicin.

Es wird die Aufgabe der Zukunft sein, die Gebiete der inneren und chirurgischen Therapie hier näher abzugrenzen. Zur Zeit sind unsere Erfahrungen noch immer zu spärlich, um bestimmte Regeln aufzustellen. Ich glaube mich aber im Einverständnis mit Herrn v. Leube zu befinden, wenn ich folgende ganz allgemein gehaltene Sätze ausspreche.

Die chirurgische Behandlung des offenen, nicht complicirten Magengeschwürs ist dann ins Auge zu fassen, wenn

1) Erscheinungen auftreten, die das Leben des Kranken direkt oder indirekt bedrohen (häufige Blutungen, zunehmende Abmagerung, beginnende eitrige Perigastritis, Verdacht auf Carcinom),

2) wenn eine konsequente, eventuell wiederholte kurmäßige innere Behandlung keinen oder nur kurzdauernden Erfolg giebt und der Kranke somit durch schwere Störungen: Schmerzen, Erbrechen, Dyspepsie in der Arbeitsfähigkeit oder dem Lebensgenuss schwer beeinträchtigt ist. Die äußeren Lebensverhältnisse des Kranken können hier unter Umständen mitbestimmen.

Diese Sätze sind sehr dehnbar und geben noch keine präzise Indikation für den konkreten Fall. In der Praxis werden wir jedes Mal das Für und Wider genau erwägen müssen; die persönliche Erfahrung des berathenden inneren Arztes wird hier eben so in die Wagschale fallen, wie das persönliche Können des zu Rathe gezogenen Chirurgen. Auf keinem Gebiet bedürfen wir so sehr des einmüthigen Zusammenwirkens des inneren Mediciners und Chirurgen wie hier.

(Original.)

Diskussion: Körte (Berlin) berichtet über 2 Fälle mit Blutungen. Im 1. Falle war eine unstillbare Blutung Indikation zur Operation. Das Geschwür saß hinten am Magen neben dem Pankreas und wurde kauterisirt. 8 Tage lang stand die Blutung, dann ging Pat. zu Grunde. Bei der Sektion fand sich eine Arrosion der Art. lienalis. Im 2. Falle ging Pat. ohne Operation an der Magenblutung zu Grunde. Das Ulcus saß hier tief unter der Leber. K. empfiehlt, bei akuten größeren Blutungen mit der Operation zurückzuhalten, die eher bei häufigen kleineren Blutungen, die nicht aufhören wollen, indicirt ist. Einmal konnte K. die Resektion eines in Perforation begriffenen Ulcus machen; der Fall wurde geheilt. Zur Zeit behandelt K. einen operirten subphrenischen Abscess nach Ulcus ventriculi mit Erfolg.

Loebker (Bochum) erklärt manche unstillbare Blutung durch mangelnde Kontraktilität der Magenwände, wie sie bei Atonie und Ektasie vorkommt. In Fällen, wie dem erstgenannten von Körte,

ventriculi finden. Der Magen kann dabei auch einen hohen Grad von Atonie und motorischer Insuffizienz zeigen. Die Differentialdiagnose ist hier häufig um so schwieriger, als bekanntlich jeder Mensch, der längere Zeit am Magen leidet, nach und nach neurasthenisch wird, und so kommt es, dass bei einfacher Neurasthenie ein Ulcus angenommen werden kann, oder umgekehrt ein Kranker mit einem Ulcus, das aber keine ausgesprochenen zweifellosen Symptome darbietet, für einen einfachen Neurastheniker gehalten wird. Fälle beider Art sind mir schon vorgekommen. Man muss sich nur hüten, bei reinen Magen-neurosen um jeden Preis etwas Gründliches unternehmen zu wollen. Ich habe schon früher erwähnt, dass gerade in solchen Fällen bei vorhandener Magenatonie die Gastroenterostomie bedenkliche Folgen haben kann, indem der dort beschriebene Circulus vitiosus entstehen, und die Kranken in Folge unstillbaren Erbrechens an Inanition zu Grunde gehen können.

In diesen zweifelhaften Fällen wird ja die Operation immer zunächst nur eine diagnostische Incision sein. Findet man nun keine greifbaren Veränderungen, namentlich keine deutliche Verengung des Pylorus, und sprechen auch sonst keine zwingenden Gründe für ein Ulcus, so begnüge man sich mit der Incision und schließe bald wieder die Bauchhöhle. Man kann auch in solchen Fällen mitunter einen wunderbaren Erfolg erleben. Vor Kurzem sah ich bei einem Pat. dieser Art nach der einfachen diagnostischen Incision alle Beschwerden sofort schwinden. Ich fand mit Ausnahme einer mäßigen Gastrektasie absolut nichts Abnormes. Einige Fälle von Schwinden der Magensymptome nach einfacher Probeincision sind auch von anderen Autoren beschrieben worden. Wie viel hier die Suggestion, wie viel die nach der Laparotomie dem Magen auferlegte Ruhekur zur Heilung beiträgt, lässt sich schwer entscheiden. Solche Beobachtungen sind geeignet, in uns Zweifel zu erregen, ob in allen Fällen von glänzenden Heilungen durch die Gastrolisis und andere Operationen bei nicht genau diagnosticirten Magenkrankheiten — ich erinnere an die früher erwähnten Erfahrungen von Doyen und Carle — in der That die Operation die Heilung bewirkt hat. Jedenfalls mahnen sie uns in zweifelhaften Fällen zur größten Vorsicht, wollen wir uns nicht selbst täuschen und den Pat. Schaden zufügen.

M. H.! Ich bin am Schluss meiner Darstellung. Wir dürfen mit Befriedigung auf das zurückblicken, was die Chirurgie bisher beim Ulcus ventriculi oder, richtiger gesagt, bei den schweren und lebensgefährlichen Komplikationen dieses Leidens geleistet hat. Ohne Zweifel werden auf diesem Gebiet die Resultate mit der Zeit noch besser werden. Wir haben aber durch unsere jüngsten Erfahrungen auch eine neue Grundlage gewonnen, um dem nicht complicirten Magengeschwür in einer rationellen und dabei wenig eingreifenden Weise beizukommen. Es ist, wie ich schon wiederholt betont habe, gewiss nicht zu fürchten, dass der internen Therapie durch unsere

Bestrebungen tritt die Chirurgie nur ergänzen

Es wird und chirurgische unsere Erfahrungen aufzustellen. v. Leube zu Sätze ausspre

Die chirurgische Magengeschwür

1) Erscheint oder indirekt, beginnend

2) wenn neuere Behandlung der Kranke so Dyspepsie in einträchtigt ist hier unter Un

Diese Säureindikation für Mal das Für fahrung des Wagschale fa nen Chirurgie müthigen Zu wie hier.

Diskussionen. In Operation. I und wurde Pat. zu Gru lienalis. Im zu Grunde. bei akuten die eher be indicirt ist. begriffenen handelt K. triculi mit

Loeb mangelnde Ektasie von Chirurgen-K

Bestrebungen Eintrag geschieht; nur wo diese nicht zum Ziel führt, tritt die Chirurgie in ihre Rechte. Also nicht verdrängen, sondern nur ergänzen wollen wir hier die interne Medicin.

Es wird die Aufgabe der Zukunft sein, die Gebiete der inneren und chirurgischen Therapie hier näher abzugrenzen. Zur Zeit sind unsere Erfahrungen noch immer zu spärlich, um bestimmte Regeln aufzustellen. Ich glaube mich aber im Einverständnis mit Herrn v. Leube zu befinden, wenn ich folgende ganz allgemein gehaltene Sätze ausspreche.

Die chirurgische Behandlung des offenen, nicht complicirten Magengeschwürs ist dann ins Auge zu fassen, wenn

1) Erscheinungen auftreten, die das Leben des Kranken direkt oder indirekt bedrohen (häufige Blutungen, zunehmende Abmagerung, beginnende eitrige Perigastritis, Verdacht auf Carcinom),

2) wenn eine konsequente, eventuell wiederholte kurmäßige innere Behandlung keinen oder nur kurzdauernden Erfolg giebt und der Kranke somit durch schwere Störungen: Schmerzen, Erbrechen, Dyspepsie in der Arbeitsfähigkeit oder dem Lebensgenuss schwer beeinträchtigt ist. Die äußeren Lebensverhältnisse des Kranken können hier unter Umständen mitbestimmen.

Diese Sätze sind sehr dehnbar und geben noch keine präzise Indikation für den konkreten Fall. In der Praxis werden wir jedes Mal das Für und Wider genau erwägen müssen; die persönliche Erfahrung des beratenden inneren Arztes wird hier eben so in die Wagschale fallen, wie das persönliche Können des zu Rathe gezogenen Chirurgen. Auf keinem Gebiet bedürfen wir so sehr des einmüthigen Zusammenwirkens des inneren Mediciners und Chirurgen wie hier.

(Original.)

Diskussion: Körte (Berlin) berichtet über 2 Fälle mit Blutungen. Im 1. Falle war eine unstillbare Blutung Indikation zur Operation. Das Geschwür saß hinten am Magen neben dem Pankreas und wurde kauterisirt. 8 Tage lang stand die Blutung, dann ging Pat. zu Grunde. Bei der Sektion fand sich eine Arrosion der Art. lienalis. Im 2. Falle ging Pat. ohne Operation an der Magenblutung zu Grunde. Das Ulcus saß hier tief unter der Leber. K. empfiehlt, bei akuten größeren Blutungen mit der Operation zurückzuhalten, die eher bei häufigen kleineren Blutungen, die nicht aufhören wollen, indicirt ist. Einmal konnte K. die Resektion eines in Perforation begriffenen Ulcus machen; der Fall wurde geheilt. Zur Zeit behandelt K. einen operirten subphrenischen Abscess nach Ulcus ventriculi mit Erfolg.

Loebker (Bochum) erklärt manche unstillbare Blutung durch mangelnde Kontraktilität der Magenwände, wie sie bei Atonie und Ektasie vorkommt. In Fällen, wie dem erstgenannten von Körte,

würde L. nach temporärer Okklusion des Pylorus und Duodenum die Resektion des Ulcus machen.

Alsberg (Hamburg) operirte einen Fall, in dem die kleine Curvatur mit dem unteren Leberlappen verwachsen war. Er schloss das Geschwür durch tiefe Nähte und legte darüber eine doppelte Serosanaht an. Heilung seit 5 Monaten.

Rosenheim (Berlin) unterscheidet das einfache vom complicirten Geschwür, letzteres mit Carcinom, Verwachsungen und Ektasien kombinirt. Die complicirten Geschwüre, besonders bei notorischer Insufficienz des Magens, weist R. in letzter Zeit häufiger als früher den Chirurgen zur Operation zu. Natürlich muss die übliche interne Behandlung, besonders auch nach v. Leube's Vorschriften, vorangegangen sein.

Braun (Göttingen) weist darauf hin, dass bei Verwachsungen während der Operation der Magen an einer nicht beabsichtigten Stelle eröffnet werden kann. In einem solchen Falle konnte B. wegen Brüchigkeit der Magenwandung die Rissstelle nicht wieder vernähen und half sich damit, dass er ein Stück Netz darauf legte und es annähte. Es erfolgte Heilung.

Jaffé (Hamburg).

35) **F. Franke** (Braunschweig). Demonstration eines großen stenosirenden Adenoms des Magens nebst Bemerkungen über zweizeitige Magendarmoperationen.

F. demonstrirt ein den Pylorus fast ganz verschließendes großes, etwa $\frac{1}{3}$ des Magens ringsum mit mächtigen Wucherungen besetzendes, reines, nach den bisherigen Untersuchungen vielleicht aber eben krebsig zu entarten beginnendes Adenom, erwähnt dessen seltenes Vorkommen und bespricht kurz die klinischen Erscheinungen, die denen eines kürzlich von Boas veröffentlichten ähnlichen Falles völlig gleichen und darin bestanden, dass über 1 Jahr lang bestehende leichte Magenbeschwerden (ohne Erbrechen) schließlich zu hochgradiger Abmagerung, aber nicht zu eigentlicher Kachexie geführt hatten, dass ferner freie Salzsäure stets fehlte, Milchsäure dagegen stets vorhanden war. Darauf hin stellte er die Behauptung von Ekehorn, dass nicht stetes Fehlen der Salzsäure, wohl aber regelmäßiges Vorhandensein von freier Milchsäure charakteristisch für Magencarcinom sei, als unrichtig hin. Sodann erwähnt er, dass er die Geschwulst durch zwei durch einen Zwischenraum von 6 Wochen getrennte Operationen, erst Gastroenterostomie, dann Resektion, mit glücklichem Erfolg entfernt habe, und fordert mit Rücksicht auf die noch sehr ungünstigen Erfolge der Pylorusresektion, die nach einer für das Jahr 1894 von Heilmann gemachten Zusammenstellung aller

in den
Sterblich
rig ersch
den Fal
2 Zeite
Eiselsb
resektion
führte, ab
ziehend, c
Zwischenr
Enteroanas

36) **G. Ma**
de

In der
April d. J.
Anastomosis
nach Hack
bezw. des C
allein.

Die 35
ektomie) w
Pfortnerster
griff nur ku
mediären K
Grunde, 23
Fälle wur
Operation
trollirt wer
saßen entwe
verlassen.
Bei 15 von
8 Fällen wur
sich Störung
in den Mag
der Gastroer
mosestelle, 1
klemmte M
blieben in F
zurück, die
legten Dem
Die Kn
waren indici
Natur (Chole
(Cholecystoe
Knopf saß g

Heilanstalten Preußens ausgeführten Operationen noch eine Heiligkeit von 58% zeigt, dazu auf, von nun an in jedem schwierigen oder einen stark geschwächten Kranken betreffende Fälle von vorzunehmender Pylorusresektion die Operation in sich vorzunehmen. Zugleich rät er, dem Vorschlag von Berg's folgend, auch in allen schwierigeren Fällen von Darm- oder Darmausschaltung, u. A. sich auf 2 von ihm ausgeführte, aber unglücklich verlaufene Fälle von Darmausschaltung bedacht, diese Operationen auch in 2 oder 3 durch einen längeren Zwischenraum getrennten Zeiten vorzunehmen und dabei mit der Jejunostomie zu beginnen.

(Selbstbericht.)

5) **G. Marwedel** (Heidelberg). Klinische Erfahrungen über den Werth des Murphy'schen Darmknopfes.

In der Heidelberger chirurgischen Klinik wurden bis Ende April d. J. im Ganzen 55 Operationen mit dem Murphy'schen Anastomosis-Button ausgeführt, und zwar 35 Gastroenterostomien (31 nach Hacker, 4 nach Wölfler), 3 Vereinigungen der Gallenblase bezw. des Choledochus mit dem Darm, und 17 Operationen am Darm allein.

Die 35 Gastroenterostomien (darunter 2 kombinirt mit Pylor-ektomie) waren 6mal durch narbige, 29mal durch carcinomatöse Pförtnerstenose bedingt. Von den 35 Pat. überstanden 12 den Eingriff nur kurze Zeit und gingen im Laufe der 1.—3. Woche an intermediären Krankheiten, besonders Bronchitiden und Pneumonien, zu Grunde, 23 konnten geheilt entlassen werden. In keinem einzigen Falle wurde von dem Knopf direkt ein übler Ausgang der Operation verursacht. In den Fällen, die durch Sektion kontrollirt werden konnten, wurde nie Peritonitis beobachtet, die Knöpfe saßen entweder noch fest oder hatten bereits den Magen oder Darm verlassen. Nie fand sich bei der Autopsie der Knopf im Magen. Bei 15 von den 23 Genesenen wurde der Knopfabgang eruiert, in 8 Fällen wurde er nicht bemerkt; in keinem der letzteren Fälle zeigten sich Störungen, die darauf hätten hindeuten können, dass der Button in den Magen gefallen sei. Einmal entwickelte sich $\frac{1}{2}$ Jahr nach der Gastroenterostomie ein nahezu absoluter Verschluss der Anastomosestelle, und zwar dadurch bedingt, dass der Knopf die eingeklemmte Magendarmpartie nicht vollständig nekrotisirt hatte; es blieben in Folge dessen kleine wandständige polypöse Excrescenzen zurück, die ventilartig das Lumen der geschrumpften Öffnung verlegten (Demonstration).

Die Knopfoperationen bei Erkrankungen der Gallenwege waren indicirt durch Choledochusverschluss, und zwar 1mal narbiger Natur (Cholecystoenterostomie; geheilt), 1mal carcinomatöser Natur (Cholecystoenterostomie; † nach 5 Tagen an allgemeiner Kachexie, Knopf saß gut), und 1mal wiederum narbiger (?) Art (Verschluss

des Choledochus dicht über der Einmündungsstelle ins Duodenum; sekundäre sackartige Dilatation des Ganges; Choledochoduodenostomie, Heilung. Knopfabgang?).

17 Darmoperationen, und zwar

6 Operationen bei Darmgangrän, 5mal mit Resektion, 1mal nach Helferich mit Verlagerung der brandigen Partie und Knopf-anastomose im Bereich des gesunden Darmes behandelt. Davon 3 todt, bei denen zur Zeit der Operation schon diffuse Peritonitis bestand; die übrigen 3 genasen, Knöpfe gingen glatt ab.

Von 8 Anastomosen bei widernatürlichem After (1mal), bei narbiger Stenose des Coecums (1mal), bei malignem Tumor (3mal), bei Tuberkulose des Coecums oder Colons (3mal) hatten 7 einen günstigen Verlauf, Knöpfe gingen alle ab; nur 1 Fall starb, und zwar an Perforationsperitonitis, herrührend von der Stelle einer Lembert-schen Verstärkungsknopfnaht, die durch zu starke Spannung die Darmwand zwischen Naht und Knopf zur Nekrose gebracht hatte.

Von 3 Resektionen des Coecums (1mal end-to-end appr. wegen Tuberkulose, 1mal end-to-end appr. wegen Sarkom †, 1mal end-to-side appr. wegen Carcinom †) sind 2 ebenfalls an Perforationsperitonitis zu Grunde gegangen. Hier war beide Male die Knopfmethode am ungünstigen Ausgang Schuld; im ersteren Falle war die Einpflanzung der einen Knopfhälfte in das centrale, stark erweiterte Lumen des verdickten Ileums technisch so schwierig, dass die Adaptation der beiden Knopfhälften eine inexakte war und am 3. Tage zur Perforation führte, im zweiten Falle (end-to-side) war es in Folge Kothobturation des Knopfes zu einer Kothstauung im Blindsack des Colons und zu sekundärer Perforation des durch die Naht verschlossenen Blindsackendes gekommen.

Die beiden letzten Fälle zeigen, dass der Murphy-Knopf für direkte Vereinigung resezierter Darmenden (end-to-end) am Dickdarm jedenfalls nicht geeignet ist, so dass man hier wohl besser thut, zur alten Nahtmethode zurückzukehren, wenn man nicht die seitliche Vereinigung nach Braun (oder ev. von Frey) vorzieht; aber auch bei einfachen Anastomosen im Bereich des Colons muss man immer wenigstens die Gefahr der Kothverstopfung des Knopflumens gewärtigen.

Für operative Eingriffe am Magen und Dünndarm aber verdient der Button volle Beachtung. Die Vorzüge, die er anderen Methoden gegenüber gewährt, liegen in der großen Zeitersparnis, die er ermöglicht, und der Einfachheit seiner Applikation. Letztere muss allerdings geübt werden.

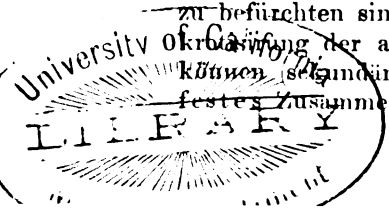
Die bisherigen Erfahrungen lehren, dass Störungen durch den Knopf auf seiner Wanderung (Stenose, Ileus) durch den Darm weniger zu befürchten sind. Die Nachtheile, die durch unvollständige Nekrose der abgeklemmten Darmwandpartien (s. oben) entstehen können, sekundäre Verengung der Anastomose, lassen sich durch festes Zusammenpressen der Knopfhälften wohl verhüten. Wie die

Brenta
engerun
Seltenh
Wü
den Vo
bindet.
Fortschr
Beze
Einhalten
Verstärk
lassen.
angelegt v
Man
vielfach in
ins Detail
sind. (De

Disk
licher Ana
kaun, w
der Knopf

37) L. B
Therapie
sch

Die G
in den letz
behandelt v
tischen Gri
subakutem
dären Ileus
Um m
Jahren die
nend unüb
tionelle
durch eine
durch eine
kann. Ab
der Darm
Nebenbefu
schlusses.
Pneumonie
stenose des
fort mit Eri



Brentano'sche Statistik beweist, gehören solche nachträgliche Verengerungen der Anastomosenöffnungen immerhin zu den großen Seltenheiten.

Wünschenswerth bleibt die Erfindung eines Knopfes, der mit den Vorzügen des **Murphy'schen** noch die Resorbirbarkeit verbindet. Die **Chaput'sche** Erfindung bedeutet jedenfalls keinen Fortschritt.

Bezüglich der Technik der Operation empfiehlt sich ein striktes Einhalten der von **Murphy** gegebenen Regeln, insbesondere sind Verstärkungsnähte um den Knopf als unnöthig wegzulassen. Wo dennoch ausnahmsweise eine Knopfnäht zur Sicherung angelegt wird, darf sie nicht zu dicht am Knopf sitzen.

Man hüte sich vor schlechten Knopffabrikaten, wie sie leider vielfach im Handel sind, und wende nur solche Buttons an, die bis ins Detail genau nach dem Muster der Originalbuttons gearbeitet sind. (Demonstration guter und schlechter Knöpfe.)

(Selbstbericht.)

Diskussion: **Heidenhain** (Greifswald) betont, dass bei seitlicher Anastomose der Knopf den Weg für den Koth ganz versperren kann, wodurch Ileus bedingt werden kann. Bessere Resultate giebt der Knopf bei Endanastomosen.

Jaffé (Hamburg).

37) **L. Heidenhain** (Worms). Beiträge zur Pathologie und Therapie des akuten Darmverschlusses. (Aus der chirurgischen Klinik zu Greifswald, Prof. Helferich.)

I. Allgemeines.

Die Grundlage zu meinen Ausführungen bilden 33 Fälle, welche in den letzten 6½ Jahren in der Greifswalder chirurgischen Klinik behandelt wurden. Eingeschlossen in die Betrachtung sind aus praktischen Gründen die Fälle chronischer Darmstenose mit akutem oder subakutem Ausgang; ausgeschlossen ist primäre Peritonitis mit sekundären Ileussympomen.

Um mit dem Neuen zu beginnen, so haben wir in den letzten Jahren die Erfahrung gemacht, dass ein vollkommener und anscheinend unüberwindlicher Darmverschluss durch eine einfache funktionelle Störung der Fortbewegung des Darminhalts, und zwar durch eine spastische oder tonische Kontraktur großer Darmabschnitte, durch einen anscheinenden wahren Enterospasmus bedingt sein kann. Abnorme, die Passage des Darminhalts störende Kontraktion der Darmwand sahen wir zum ersten Mal vor einigen Jahren als Nebenbefund bei einer Enterostomie wegen tiefen Dickdarmverschlusses. Die Sektion des nach einigen Tagen an hypostatischer Pneumonie verstorbenen Kranken zeigte eine hochgelegene Narbenstenose des Rectums. Bei der Operation dieses Falles trat mir sofort mit Eröffnung des Leibes eine ad maximum geblähte Dünndarm-

schlinge entgegen, welche unmittelbar in einen größeren, vollkommen leeren und kontrahierten Darmabschnitt überging, ohne dass an der Grenze der beiden irgend ein Hindernis bestanden hätte; Peritonitis bestand nicht.

Der nächste wichtigere Fall betrifft einen 30jährigen kräftigen Arbeiter, der 2 Tage vorher bei Beginn der Arbeit nach dem Mittagessen urplötzlich mit heftigen Leibschmerzen und Erbrechen, Verhaltung von Stuhl und Winden erkrankt war. Der Untersuchungsbefund war fast negativ, bis darauf, dass sich durch das Rectum leere und hart kontrahierte Dünndarmschlingen im kleinen Becken fühlen ließen. Ich vermuthete eine Dünndarmeinklemmung. Nach Eröffnung der Bauchhöhle drängte sich von rechts her eine geblähte Dickdarmschlinge in den Weg. Ich schob sie bei Seite, holte die leeren Dünndarmschlingen aus dem Becken herauf und ging an diesen aufwärts. Sie waren leer und kontrahiert, wie man sie abwärts von einer Einklemmung findet. Allmählich kamen schlaffe, wenig gefüllte Schlingen, und nach einigen Minuten war ich am Beginn des Jejunums angelangt, ohne dass sich ein Hindernis gezeigt hätte. Die oberste Dünndarmschlinge war schlaff gefüllt, das Colon transversum stark gebläht. Nun holte ich aus der rechten Unterbauchseite die geblähte Dickdarmschlinge, welche mir bei Beginn der Operation in den Weg gekommen war, hervor und entwickelte einen Volvulus des S. romanum. Detorsion, Entleerung der Schlinge durch Darmrohr, Annäherung derselben an die Bauchwand, Schluss der Bauchwunde. Vor der Operation hatte der Kranke bei einer Rektaltemperatur von $38,5^{\circ}$ einen Puls von nur 51 aufgewiesen, dabei über starke Kopfschmerzen geklagt. Nach der Operation blieb der Puls bei normaler Temperatur dauernd zwischen 52 und 54. Dazu klagte der Kranke über Leibschmerzen bei einem so guten Allgemeinbefinden, dass an Peritonitis nicht zu denken war. Weder durch Ricinusöl, noch durch Glycerinklysma, noch durch Eingießung ließ sich Stuhlgang erzielen. Auch Winde gingen nicht ab. Dieser Zustand dauerte 48 Stunden, bis ich in dem Verdacht, dass es sich um einen Enterospasmus handeln könnte, eine Morphinuminjektion von 0,015 machen ließ. Darauf erfolgte baldigst Stuhlgang und unter andauerndem Gebrauch größerer Opiumdosen ein reichlicher Stuhl nach dem andern. Der Kranke ist geheilt entlassen.

Durch diese Beobachtung wurde uns die Erklärung geliefert für eine Pseudoperitonitis ohne Befund, welche uns vor einem Jahre manches Kopfzerbrechen gemacht hatte. Ein 30jähriger, früher stets gesunder Fischer war am 17. Februar 1896 mit Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Verhaltung von Stuhl und Winden erkrankt. Der Zustand hielt an. Am 5. Erkrankungstage wurde er mit einem Puls von 64, normaler Temperatur und negativem Befunde am Bauch in die innere Klinik aufgenommen und daselbst sehr energisch mit hohen Eingießungen behandelt. Wegen fortdauernden Darmverschlusses

mit an-
verlegt
anschei-
Inneren
sich), ei-
dem Ge-
weise h-
nach 31
Peritonit-
gesund.

Ähn-
Eine 60j-
erkrankt
schmerzen
noch nicht
muthet.

leer und
darmschlin-
ist entschei-
verschluss
sehr selten
Eingießun-
diagnostisch

Die 3
dass in F-
kommenen
Natur ist.
befund
abschnitte
rischer. I
Reiz, in c
Falle viel
Kontraktu-
andere w
tungen.

Auffa-
falle. Ei-
doch etwa
mit akute
Puls hat,
der Erkr-
reizung m
Kranken.
setzte, wi
Schlüsse c
Es ha-
ferne Anal

haltendem Erbrechen wurde er am 9. Tage in unsere Klinik und von Prof. Helferich sofort operirt. Der Befund war nennend negativ. Der Dünndarm war völlig leer; in seinem Lumen an einer Stelle ein Spulwurm deutlich zu tasten (er bewegte sich in Hindernis nicht zu finden. Schluss der Bauchwunde mit Drahtsefühl einer unnützen und vergeblichen Operation. Seltsamerweise hörte jetzt das Erbrechen auf, allein Stuhlgang trat erst am 3 1/2 Tagen, und zwar spontan ein. Opium war nicht gegeben. Peritonitis bestand sicher nicht. Der Kranke ist heute blühend und.

Ähnlich unserem Volvulusfall ist eine Beobachtung von Miller. Eine 60jährige Frau, seit Jahren an Gebrauch von Opium gewöhnt, erkrankte plötzlich nach einer Anstrengung mit Erbrechen, Leibschmerzen, Tenesmus, Darmverschluss. In das Rectum lässt sich noch nicht 1/2 Liter Wasser eingießen. Dickdarmverschluss vermuthet. Laparotomie nach 2 Tagen. Das S. romanum fand sich leer und spastisch kontrahirt; oberhalb Einklemmung einer Dünndarmschlinge unter einem Netzstrang. Lösung, Heilung. Der Fall ist entschieden ungewöhnlich. Denn wenn auch bei einem Darmverschluss der abführende Theil immer leer ist, so ist doch wohl nur sehr selten eine solche Kontraktur des Dickdarmes vorhanden, dass Eingießungen unmöglich sind. Werden doch solche differentialdiagnostisch verwendet.

Die 3 letzten Krankengeschichten scheinen mir klar zu beweisen, dass in Folge irgend welcher Reizzustände im Unterleib ein vollkommener Darmverschluss entstehen kann, der rein funktioneller Natur ist. In den berichteten Fällen hat es sich dem Operationsbefund nach um einen Enterospasmus eines größeren Darmabschnittes gehandelt. Der Vorgang ist wahrscheinlich ein reflektorischer. In unserem ersten Falle hat der durch den Volvulus gesetzte Reiz, in dem Miller'schen die Dünndarmeinklemmung, im zweiten Falle vielleicht der Spulwurm die Veranlassung zu der reflektorischen Kontraktur der Darmmuskulatur gegeben. Wenigstens sehe ich keine andere wahrscheinliche Erklärung dieser merkwürdigen Beobachtungen.

Auffallend war die niedrige Pulsfrequenz in unserem Volvulusfalle. Ein Puls von 51 bei einer Rectaltemperatur von 38,5° ist doch etwas durchaus Ungewöhnliches, zumal bei einem Menschen mit akutem Darmverschluss, der doch im Allgemeinen einen erhöhten Puls hat, und dieser niedrige Puls hielt während der ganzen Dauer der Erkrankung an. Die Vermuthung, dass eine reflektorische Vagusreizung im Spiele sei, ist naheliegend. Dass gerade bei diesem Kranken am Ende der Operation die Athmung für kurze Zeit aussetzte, will ich als einen Zufall betrachten und keine gewagten Schlüsse daraus ziehen.

Es haben diese Beobachtungen eine gewisse und gar nicht allzu ferne Analogie mit denen Körte's und Israël's über die Einklem-

mung von Gallensteinen im Darmkanal. Sie sahen vollkommenen Verschluss des Dünndarmes, Körte einmal sogar einen des Dickdarmes durch einen verhältnismäßig kleinen Stein, welcher an sich die Darmlichtung nicht gut verlegen konnte. Die Darmwandung war fest um den Stein kontrahirt und der Stein dadurch festgehalten.

Fälle von anscheinend rein funktionellem, zum Theil gewiss reflektorisch entstandenem Darmverschluss finden sich in der Litteratur nicht allzu selten berichtet. Selbst wenn man die mitgetheilten Beobachtungen sehr kritisch betrachtet, so bleiben doch eine Anzahl von ihnen übrig, welche mit aller Wahrscheinlichkeit vollkommene Analoga der eben mitgetheilten sind und geeignet, die Hypothese von der funktionellen Natur mancher Fälle von Darmverschluss zu stützen. Vor Allem gehören hierher die seltenen, aber gut beglaubigten Fälle eines typischen »Ileus« in Folge von Torsion des Stieles eines Ovarialtumors oder von Einklemmung eines Leistenhოდens. Von allen weiteren Beispielen aus der Litteratur will ich hier nur 2 Befunde erwähnen, welche zeigen, dass ein funktioneller Darmverschluss auch durch Darmlähmung auf zur Zeit gänzlich räthselhafte Weise zu Stande kommen kann. Riedel exstirpirte einer 40jährigen Dame wegen jahrelanger enormer Blutungen aus dem Uterus in Folge von Oophoritis chronica die Adnexe. Sie bekam am 3. Tage nach der Operation Ileus und starb am 5. Tage. »Die Obduktion ergab,« sagt Riedel, »dass eine Dünndarmschlinge beim Übergang über die Linea innominata ins kleine Becken lediglich durch Auflagerung auf den harten Knochen so verlegt war, dass kein Inhalt mehr passiren konnte; oberhalb der Linea inn. war sie extrem dilatirt, unterhalb derselben vollständig zusammengesunken; keine Spur von Peritonitis war vorhanden; Darmschlinge vollständig frei beweglich.« Da der Tod erst am 5. Tage nach der Operation erfolgte, so wäre, meine ich, eine Peritonitis als Ursache des Ileus durchaus nicht zu übersehen gewesen. Abknickung eines normalen Darmes über dem knöchernen Rande des kleinen Beckens erscheint mir aber unmöglich. Warum treten denn solche Abknickungen nicht öfter ein? Man ist fast gedrängt anzunehmen, dass es sich um einen Spasmus des leeren oder eine Lähmung des gefüllten Darmabschnittes gehandelt habe, welche irgendwie durch die Operation ausgelöst wurden. Dass paralytische Zustände des Darmes auf völlig unbegreifliche Weise eintreten können, zeigte eine Beobachtung von Keen. Eine 45jährige Frau, Mutter mehrerer Kinder, erkrankt unter Unbesinnlichkeit mit Delirien an einem vollkommenen Darmverschluss mit überaus heftigem Erbrechen. Hohe Eingießungen erfolglos. Durch mehrere Tage hindurch ist nichts von Darmbewegungen zu hören. Bei der Operation am 6. Tage der Erkrankung findet sich eine gewaltige Blähung des gesammten Dickdarmes, während die untere Hälfte des Dünndarmes leer und kontrahirt, seine obere Hälfte schlaff gefüllt ist. Ein mechanisches Hindernis ist weder am

Dünndarm
roman
Gas an
keit ab
führten
Bauche
Am 6.
Die Kra
Hie
tionell
den du
verberg
Kapitel
von Cur
zu entne
Heilung
über die
überhaupt
stammen
samstes
dass man
gehandelt
welcher
Unter un
In dem e
spastische
Mann er
Stuhlgang
folgender
Blähungen
völliger
Schmerze
Puls von
blieb nie
gutes All
weniger S
Abend die
war am A
38,9°. Au
in der fo
erfolgte e
Heilung
gesund, u
wie mir s
etwas erl
sich auch
spasmus g

darm noch am Dickdarm vorhanden. Am Colon asc. und Sigmoidum wird eingeschnitten und dadurch eine gewaltige Menge aus dem Darm entleert, während nur wenige Tropfen Flüssigkeitsabfluss: der Dickdarm und die untere Hälfte des Dünndarmes enthalten keinen Fäkalinhalt. Naht der Darmwunden, Schluss des Abdomens. Einige Tage lag die Kranke zwischen Leben und Sterben. Am 6. Tage bewirkte ein Abführmittel enorm stinkende Durchfälle. Die Kranke ist genesen und war nach 6 Monaten blühend gesund.

Hiernach entsteht die Frage, wie viele Fälle einer funktionellen Störung des Laufes der Darmcontenta sich unter Umständen durch innere Therapie geheilt werden können. Wir kommen damit auf eins der dunkelsten Kapitel der Pathologie des Ileus zu sprechen. Den Mittheilungen von Curschmann auf dem Kongress für innere Medicin 1889 ist zu entnehmen, dass von 155 innerlich behandelten Ileusfällen 52 zur Heilung gelangten, also ein Drittel. Außer den nackten Zahlen ist überhaupt nicht eine einzige aus der Feder eines internen Mediciners stammende Statistik habe auffinden können, in welcher er sein gesamtes Material sammt Krankengeschichten mitgetheilt hätte, so dass man sich ein Urtheil bilden könnte, um was für Fälle es sich gehandelt hat. Kaum mehr giebt die Statistik von Goltdammer, welcher 15 von 50 mit Opium behandelten Kranken genesen sah. Unter unseren 33 Kranken sind 3, welche ohne Operation genesen. In dem einen dieser Fälle hat es sich vielleicht um einen enterospastischen Darmverschluss gehandelt. Der 59jährige, früher gesunde Mann erkrankte etwa eine Viertelstunde nach einem festen Stuhlgang mit überaus heftigen Schmerzen im Leibe und nachfolgendem Erbrechen, Übelkeit, Singultus, Verhaltung von Stuhl und Blähungen. Aufnahme in die Klinik erfolgte sofort. Befund bei völliger Verhaltung von Stuhl und Winden, Übelkeit, Singultus und Schmerzen in der linken Lendengegend negativ. Auffällig war ein Puls von 52 und 54 bei 37,6° Achseltemperatur. Der Puls blieb niedrig. Der Zustand blieb derselbe durch 2 Tage. Am 3. Tage gutes Allgemeinbefinden bei geringeren Schmerzen im Leibe und weniger Singultus; dabei war der Puls auf 72 heraufgegangen. Am Abend dieses Tages auf einen Einlauf eine mäßige Entleerung. Doch war am Abend der Puls wieder 60 bei einer Achseltemperatur von 38,0°. Auch am nächsten Tage ging nur einmal ein Flatus ab; erst in der folgenden Nacht, nach 5tägiger Dauer der Stuhlverhaltung, erfolgte ein reichlicher spontaner Stuhl, und darauf trat ungestörte Heilung ein. Das ist jetzt ein Jahr her: der Kranke ist dauernd gesund, und sein Puls beträgt durchschnittlich 72—76 in der Minute, wie mir sein Hausarzt berichtete. Die starke Pulsverlangsamung bei etwas erhöhter Temperatur lässt die Vermuthung auftauchen, dass es sich auch in diesem Falle um einen Darmverschluss durch Enterospasmus gehandelt habe. Für die Annahme einer Invagination lag

gar kein Anhalt vor. Die Ähnlichkeit dieses mit den vorhergehenden Fällen ist doch eine zu merkwürdige.

Suche ich vom Standpunkt meiner eigenen, freilich beschränkten Erfahrung und einer sorgfältigen Verfolgung der Litteratur die Frage zu beantworten, was für Formen von akutem Darmverschluss unter innerer Behandlung zur Heilung gelangen können, so komme ich zu folgenden Ergebnissen. Von einfachen Koprostasen sehe ich ab; allein das ist wohl gewiss, dass unter diesem Bild vielfach Fälle von tiefen Strikturen sich verstecken, Carcinome, Narbenstrikturen oder äußere Kompression des Colons durch alte peritonitische Stränge, wie ich letzteres in einem sehr charakteristischen Falle gesehen habe. Demnächst sind innerlicher Behandlung zugänglich die zahlreichen Fälle unvollkommener Stenosen des Dünndarmes durch alte peritonitische Processe, cirkuläre Umschnürung, winklige Abknickung und multiple Verwachsungen benachbarter Schlingen unter einander. Derartige Hindernisse sind ungemein häufig: bei 30 Operationen haben wir sie 7mal gesehen. Die Vorgeschichte des Kranken kann völlig negativ sein. Er hat nicht eine Krankheit durchgemacht, welche den Verdacht auf eine Enterostenose aufkommen ließe. Trotzdem findet man bei der Operation eine fast vollkommene Verlegung der Darmlichtung, so dass es räthselhaft erscheint, wie bis dahin der Lauf des Darminhalts ein ungestörter sein konnte. Rosenbach und Nothnagel haben dargethan, dass eine kompensatorische Hypertrophie der Muskulatur des zuführenden Darmtheiles dieses Wunder zu Wege bringt. Wenn aus irgend einem Grunde plötzlich eine Insufficienz des zuführenden Theiles eintritt oder eine Verlegung der Stenose durch Ingesta, so entsteht das Bild des akuten Darmverschlusses. So weit ich sehe, ist dieses häufig von dem Symptomenkomplex einer inneren Einklemmung nicht zu unterscheiden. Der plötzliche Beginn, das frühzeitig einsetzende Erbrechen, die andauernden heftigen Kolikschmerzen kehren in beiden Bildern wieder. Dass eine einzige gründliche Magenausspülung in solchen Fällen die überfüllte zuführende Schlinge zu entleeren vermag, und dass nun bei sorgfältiger Diät Genesung eintreten kann, ist nicht zu bezweifeln.

Demnächst sind Verlegungen des Darmes durch Gallensteine und andere Fremdkörper innerer Therapie zugänglich. Körte hat darauf aufmerksam gemacht, dass Gallensteineinklemmung vielfach unter dem Bild eines akuten, mit Darmläsion einhergehenden Ileus verläuft, so dass die Diagnose auf innere Einklemmung oder Achsendrehung gestellt wird. Auch hier zeigt sich wieder, dass aus der Plötzlichkeit des Auftretens und der Heftigkeit der Erscheinungen ein sicherer Schluss auf die Natur des Hindernisses nicht zu ziehen ist, dass manches für eine innere Einklemmung angesehen werden kann, was keine solche ist.

Dass in seltenen Fällen einmal eine Invagination durch Einblasung von Luft oder hohe Eingießung gehoben wird, ist bekannt,

eben so aber, dass bei Weitem die meisten Fälle von Darmschiebungen dem Chirurgen übergeben werden mussten oder gestorben sind. Dass ein Volvulus des S romanum von 180° gelegentlich im allerersten Stadium der Erkrankung durch eine hohe Eingießung oder Lufteinblasung gehoben werden kann, will ich zugeben. Ich habe einen beweisenden Fall gesehen (recidivirender Darmverschluss, Operation, Heilung). Ist aber die Umdrehung eine vollkommene, 270—360°, so kann bei einer Eingießung unmöglich Wasser in die abgeschlossene Schlinge eindringen; denn der Abschluss an der Umdrehungsstelle ist ein vollkommener. Wer öfter bei Operationen die Umdrehungsstelle unter den Fingern gehabt hat, ist hiervon fest überzeugt. Überdies wird eine Drehung der Schlinge durchaus unmöglich mit dem Augenblick, wo Aufblähung der Schlinge eintritt. Dieselbe liegt dann so fest im Leibe fixirt, dass es auch bei der Operation unmöglich ist, sie zu drehen, wenn man sie nicht völlig aus dem Bauchraum entwickelt; und solche Blähung tritt schon früh ein; ich habe einen Volvulus der Flexur nach 48 Stunden zur Operation bekommen: eine Zurückdrehung desselben durch Eingießungen wäre gänzlich unmöglich gewesen.

Danach bleibt von allen Möglichkeiten eines akuten Darmverschlusses nur noch die innere Einklemmung irgend welcher Art übrig. Dass eine solche durch innere Therapie zur Heilung kommen könne, erscheint mir völlig unglaublich, wenn auch diese Meinung von hervorragenden Medicinern wie Chirurgen ausgesprochen worden ist. Mir ist nicht bekannt, dass je spontane Lösung einer äußeren Einklemmung gesehen wurde. Warum soll ein so seltsames Ereignis gerade bei inneren Einklemmungen sich des öfteren ereignen? Kommt es wirklich vor, so ist es doch gewiss sehr selten, und diese seltenen Ereignisse können keinen erheblichen Bruchtheil jenes Drittels aller Fälle von akutem Darmverschluss bilden, das ohne Operation zur Genesung kommt.

Fragen wir nun, was sind es für Fälle gewesen, welche bei zuwartendem Verhalten genasen, so sind wir bisher auf reine Hypothesen angewiesen, wenigstens für die größte Mehrzahl der Beobachtungen; denn nach Ablauf der Erkrankung bleibt die Ursache derselben gewöhnlich dunkel. Eine Möglichkeit, dass wir in der Erkenntnis einen Schritt vorwärts thun, ist nur dann gegeben, wenn interne Kliniker mit einem großen Material Nachforschungen darüber anstellen, was im Laufe der Zeit aus den Kranken geworden ist, die sie geheilt entließen. Dann wird sich herausstellen, dass in vielen Fällen die Heilung nicht von Dauer gewesen ist, dass die Kranken in einem zweiten oder dritten Anfall zu Grunde gingen; hier und da wird sich auch die eigentliche Grundkrankheit ermitteln lassen. Es wird sich vermuthlich zeigen, dass anatomische Veränderungen, welche einen blutigen Eingriff nothwendig machen, häufiger sind, als die inneren Kliniker bisher glauben. Vielleicht bekommen wir damit auch einen Anhalt

gar kein Anhalt vor. Die Ähnlichkeit dieses mit den vorhergehenden Fällen ist doch eine zu merkwürdige.

Suche ich vom Standpunkt meiner eigenen, freilich beschränkten Erfahrung und einer sorgfältigen Verfolgung der Litteratur die Frage zu beantworten, was für Formen von akutem Darmverschluss unter innerer Behandlung zur Heilung gelangen können, so komme ich zu folgenden Ergebnissen. Von einfachen Koprostasen sehe ich ab; allein das ist wohl gewiss, dass unter diesem Bild vielfach Fälle von tiefen Strikturen sich verstecken, Carcinome, Narbenstrikturen oder äußere Kompression des Colons durch alte peritonitische Stränge, wie ich letzteres in einem sehr charakteristischen Falle gesehen habe. Demnächst sind innerlicher Behandlung zugänglich die zahlreichen Fälle unvollkommener Stenosen des Dünndarmes durch alte peritonitische Processe, cirkuläre Umschnürung, winklige Abknickung und multiple Verwachsungen benachbarter Schlingen unter einander. Derartige Hindernisse sind ungemein häufig: bei 30 Operationen haben wir sie 7mal gesehen. Die Vorgeschichte des Kranken kann völlig negativ sein. Er hat nicht eine Krankheit durchgemacht, welche den Verdacht auf eine Enterostenose aufkommen ließe. Trotzdem findet man bei der Operation eine fast vollkommene Verlegung der Darmlichtung, so dass es räthselhaft erscheint, wie bis dahin der Lauf des Darminhalts ein ungestörter sein konnte. Rosenbach und Nothnagel haben dargethan, dass eine kompensatorische Hypertrophie der Muskulatur des zuführenden Darmtheiles dieses Wunder zu Wege bringt. Wenn aus irgend einem Grunde plötzlich eine Insufficienz des zuführenden Theiles eintritt oder eine Verlegung der Stenose durch Ingesta, so entsteht das Bild des akuten Darmverschlusses. So weit ich sehe, ist dieses häufig von dem Symptomenkomplex einer inneren Einklemmung nicht zu unterscheiden. Der plötzliche Beginn, das frühzeitig einsetzende Erbrechen, die andauernden heftigen Kolikschmerzen kehren in beiden Bildern wieder. Dass eine einzige gründliche Magenausspülung in solchen Fällen die überfüllte zuführende Schlinge zu entleeren vermag, und dass nun bei sorgfältiger Diät Genesung eintreten kann, ist nicht zu bezweifeln.

Demnächst sind Verlegungen des Darmes durch Gallensteine und andere Fremdkörper innerer Therapie zugänglich. Körte hat darauf aufmerksam gemacht, dass Gallensteineinklemmung vielfach unter dem Bild eines akuten, mit Darmläsion einhergehenden Ileus verläuft, so dass die Diagnose auf innere Einklemmung oder Achsendrehung gestellt wird. Auch hier zeigt sich wieder, dass aus der Plötzlichkeit des Auftretens und der Heftigkeit der Erscheinungen ein sicherer Schluss auf die Natur des Hindernisses nicht zu ziehen ist, dass manches für eine innere Einklemmung angesehen werden kann, was keine solche ist.

Dass in seltenen Fällen einmal eine Invagination durch Einblasung von Luft oder hohe Eingießung gehoben wird, ist bekannt,

eben
schieb
storber
lich im
gießung
Ich ha
schluss,
kommen
Wasser
an der
rationen
hiervon
durchaus
Schling
es auch
sie nicht
tritt sch
48 Stund
durch Ei

Dan
schlusses
übrig. D
könne, e
von herv
ist. Mir
Einklem
gerade be
es wirkli
Ereigniss
Fälle vo
Genesun

Frag
bei zuw
reine Hy
der Beob
Ursache
in der Er
wenn in
forschun
den Kra
wird sich
Dauer ge
Anfall zu
liche Gru
zeigen, da
griff noth
bisher gla

so aber, dass bei Weitem die meisten Fälle von Darmeinblungen dem Chirurgen übergeben werden mussten oder gegeben sind. Dass ein Volvulus des S. romanum von 180° gelegentlich im allerersten Stadium der Erkrankung durch eine hohe Eingiebung oder Lufteinblasung gehoben werden kann, will ich zugeben. Ich habe einen beweisenden Fall gesehen (recidivirender Darmverschluss, Operation, Heilung). Ist aber die Umdrehung eine vollkommene, $270-360^\circ$, so kann bei einer Eingiebung unmöglich Wasser in die abgeschlossene Schlinge eindringen; denn der Abschluss an der Umdrehungsstelle ist ein vollkommener. Wer öfter bei Operationen die Umdrehungsstelle unter den Fingern gehabt hat, ist hiervon fest überzeugt. Überdies wird eine Drehung der Schlinge durchaus unmöglich mit dem Augenblick, wo Aufblähung der Schlinge eintritt. Dieselbe liegt dann so fest im Leibe fixirt, dass es auch bei der Operation unmöglich ist, sie zu drehen, wenn man sie nicht völlig aus dem Bauchraum entwickelt; und solche Blähung tritt schon früh ein; ich habe einen Volvulus der Flexur nach 48 Stunden zur Operation bekommen: eine Zurückdrehung desselben durch Eingießungen wäre gänzlich unmöglich gewesen.

Danach bleibt von allen Möglichkeiten eines akuten Darmverschlusses nur noch die innere Einklemmung irgend welcher Art übrig. Dass eine solche durch innere Therapie zur Heilung kommen könne, erscheint mir völlig unglaublich, wenn auch diese Meinung von hervorragenden Medicinern wie Chirurgen ausgesprochen worden ist. Mir ist nicht bekannt, dass je spontane Lösung einer äußeren Einklemmung gesehen wurde. Warum soll ein so seltsames Ereignis gerade bei inneren Einklemmungen sich des öfteren ereignen? Kommt es wirklich vor, so ist es doch gewiss sehr selten, und diese seltenen Ereignisse können keinen erheblichen Bruchtheil jenes Drittels aller Fälle von akutem Darmverschluss bilden, das ohne Operation zur Genesung kommt.

Fragen wir nun, was sind es für Fälle gewesen, welche bei zuwartendem Verhalten genesen, so sind wir bisher auf reine Hypothesen angewiesen, wenigstens für die größte Mehrzahl der Beobachtungen; denn nach Ablauf der Erkrankung bleibt die Ursache derselben gewöhnlich dunkel. Eine Möglichkeit, dass wir in der Erkenntnis einen Schritt vorwärts thun, ist nur dann gegeben, wenn interne Kliniker mit einem großen Material Nachforschungen darüber anstellen, was im Laufe der Zeit aus den Kranken geworden ist, die sie geheilt entließen. Dann wird sich herausstellen, dass in vielen Fällen die Heilung nicht von Dauer gewesen ist, dass die Kranken in einem zweiten oder dritten Anfall zu Grunde gingen; hier und da wird sich auch die eigentliche Grundkrankheit ermitteln lassen. Es wird sich vermuthlich zeigen, dass anatomische Veränderungen, welche einen blutigen Eingriff nothwendig machen, häufiger sind, als die inneren Kliniker bisher glauben. Vielleicht bekommen wir damit auch einen Anhalt

dafür, wie häufig Fälle von rein funktionellem Darmverschluss sind. Ich erhoffe von solchen Nachforschungen einen wesentlichen Fortschritt unserer diagnostischen Kenntnisse, auch eine Besserung der noch unsicheren therapeutischen Indikationen.

II. Bemerkungen zur operativen Therapie.

Der knapp zugemessenen Zeit halber will ich von den Indikationen zur Operation nicht reden. Ein paar Worte verdient die Narkose. Wir haben sie meist mit Chloroform begonnen und mit Äther fortgesetzt. Im Allgemeinen wurde das Narkoticum nur während der ersten Stadien der Operation verabreicht. Nach Auffindung des Hindernisses kann man gewöhnlich die Narkose aufhören lassen, ohne eine Störung davon zu haben. Erst mit Beginn der Bauchnaht wird es manchmal nöthig, noch einige Tropfen verabreichen zu lassen, um Pressen und Spannen zu verhüten.

Fast ausnahmslos sind wir darauf ausgegangen, das Hindernis zu finden. In einer Anzahl unserer Fälle war der Ort desselben schon vorher vor Eröffnung des Leibes so sicher bestimmt, dass es nach derselben nur eines Griffes bedurfte, um es zu finden, so in 4 unserer 6 Fälle von Volvulus des S romanum, eben so in den 6 Fällen tiefer Darmstriktur, in 4 von 6 Fällen innerer Einklemmung, so wie in 3 von 7 Fällen von Abknickung des Dünndarmes. Weiß man nichts über den Sitz des Hindernisses, so soll man zuerst die Bruchpforten von innen abtasten. Wir haben 2mal äußere Brüche gefunden in Fällen, in denen von außen nichts zu erkennen war (interstitieller Leistenbruch und sehr kleiner Schenkelbruch, beide bei Frauen). Im Allgemeinen ist auf die Abtastung der Bauchhöhle im Dunklen nicht viel Werth zu legen. Findet man bei blindem Abtasten das Hindernis wirklich, so ist das ein glücklicher Zufall. Gewöhnlich wird der Rath gegeben, man solle zunächst nach dem Dickdarm tasten, um festzustellen, ob derselbe leer oder gefüllt sei. Nach meiner Erfahrung ist im Dunkeln, ohne Mitwirkung der Augen, gefüllter Dünndarm von gefülltem Dickdarm nicht sicher zu unterscheiden. Anders steht es mit leerem und kontrahirtem Dünndarm. Das Gefühl, welches dieser bietet, ist in der That ganz charakteristisch. Meist ist dieser auch leicht zu finden: bei einem Dünndarmverschluss liegen gewöhnlich leere Schlingen in der Tiefe des kleinen Beckens. Vom Medianschnitt aus, bei Füllung des Dünndarmes, an den Seiten des Leibes den leeren Dickdarm zu tasten, ist schwer, doch möglich.

Falls sich bei der Eröffnung des Peritoneums stark gefüllte Dünndarmschlingen in die Wunde drängen, ist es ganz zweckmäßig, nach dem Vorschlag von Greig Smith die stärkst geblähte Schlinge austreten zu lassen. Man sieht dann gelegentlich, dass der eine Schenkel der Schlinge sich schnell aus der Bauchhöhle entwickelt, während der andere in derselben fixirt bleibt. Zieht man nun diesen letzteren an, so kommt man öfter sofort auf das Hindernis. Der

Kun
zu li
zum
wenn
darm
und
Dunk
loren.
ist ung
schling
gleitet,
der Ra
fort üb
einer le
lich gle
ist. Es
ist jüng
auch R
langem
Be
darmes
Darm i
Schling
man r
handelt
Hinder
Hinder
vollständ
blähten
das Hi
kommen
sind ger
Ein
Därme.
zum Ein
kleinere
warm, v
Abkühl
kalt, oh
Abkühl
wendun
dauernd
früher.
Tücher
selben
Tücher
Sodann

Handgriff rechnet damit, dass die stärkst gefüllte Schlinge oben auf liegen pflegt und entweder die eingeklemmte selbst ist, oder die Hindernis führende. Missglückt dieser Handgriff, so ist man, wenn der Dickdarm leer ist, darauf angewiesen, entweder den Dünnsystematisch abzusuchen oder den Bauchschnitt zu vergrößern nach Kümmell zu eventiren. Mit längerer Sucherei im Dickdarm ohne systematisches Vorgehen haben wir stets nur Zeit verloren. Eine Absuchung des Dünndarmes bei wenig gefülltem Leibe ist ungemein schnell gemacht, wenn man von einer beliebigen Darmschlinge ausgeht, an deren Mesenterium zur Radix mesenterii hinabgleitet, an dieser nach links und aufwärts (kopfwärts) geht und von der Radix dann wieder zum Darm zurückkehrt. Man ist damit sofort über die Verlaufsrichtung des Darmes orientirt. Ob man von einer leeren oder einer gefüllten Schlinge ausgeht, dürfte sich schließlich gleich bleiben, wenngleich das erstere natürlich das bequemere ist. Es wird durch dies Verfahren Raum und Zeit gewonnen. Es ist jüngst von einem amerikanischen oder englischen Autor empfohlen; auch Rehn bedient sich nach einer mündlichen Mittheilung seit langem desselben.

Bei geringer Füllung des Leibes geht die Absuchung des Dünndarmes mit genügender Schnelligkeit vor sich. Anders wenn der Darm überfüllt ist. Dann macht die Reposition der hervorgezogenen Schlingen, welche immer wieder hervorquellen, oft solche Mühe, dass man recht viel Zeit verlieren kann und den Darm unnütz misshandelt. In solchen Fällen haben wir, wenn wir nicht schnell zum Hindernis gelangten, nach Kümmell eventirt und haben damit das Hindernis schnell gefunden. Nicht immer ist die Eventration eine vollständige gewesen. Schnelles Auspacken der vorliegenden geblähten und die Übersicht störenden Schlingen kann genügen, um das Hindernis zu finden. Bei 2 erwachsenen Kranken haben wir vollkommen eventirt, bei einem 10jährigen Mädchen etwa 1 m. Alle 3 sind genesen. Bei Erwachsenen haben wir 1 m Darm häufig ausgepackt.

Einiger Worte bedarf wohl noch die Behandlung verlagelter Därme. Wir haben seit Jahren zur Einhüllung der Intestina und zum Einstopfen in den Bauchraum trockene sterile Handtücher und kleinere Leinentücher, auch Mullkompressen verwendet, und zwar warm, wie sie aus dem strömenden Dampf kamen — nach kurzer Abkühlung — oder sogar, falls frische Tücher nicht zu haben waren, kalt, ohne irgend welchen Nachtheil davon gesehen zu haben. Die Abkühlung der Intestina war entschieden geringer, als bei der Verwendung nasser Tücher, und die Kranken kamen auch nach langdauernden Operationen weniger verfallen vom Operationstisch, wie früher. Wir fürchten durchaus nicht, dass durch die trockenen Tücher eine Austrocknung des Peritoneums, eine Schädigung desselben und darum Adhäsionsbildung eintrete. Meist werden die Tücher bald etwas feucht, weil der Darm durch Ascites nass ist. Sodann umgeben ja die Tücher nicht die einzelnen Schlingen fest,

sondern sie bilden nur eine verhältnismäßig weite Hülle, welche den Wärmeverlust durch Strahlung einigermaßen hindert. Trockene Tücher, die man in den Bauchraum einstopft, haben sogar den Vortheil, dass sie der Bauchhöhle eine nicht unbedeutliche Menge des Ascites entziehen, der ja meist vorhanden ist.

Über die Behandlung des gefundenen Hindernisses zu sprechen, wäre in unserer Gesellschaft nicht am Platze. Nur eine Bemerkung über die Behandlung von Dünndarmstenosen möchte ich nicht unterdrücken. Öfter ist eine Lösung der Stenose nicht möglich und Anlegung einer Enteroanastomose der einzige Ausweg. Bei sehr verfallenen Kranken wird man zunächst eine Enterostomie oberhalb anlegen müssen und die Beseitigung des Hindernisses auf eine zweite Operation verschieben. Allein dadurch können große Schwierigkeiten entstehen. Die stark geblähten und entzündeten zuführenden Schlingen können schon innerhalb 14 Tagen so feste Verwachsungen unter einander und mit den anliegenden Schlingen eingehen, dass eine Trennung derselben fast unmöglich ist. In einem Falle von Carcinom des S. romanum mit Ileus machte ich zunächst die Enterostomie und holte nach 2 Wochen, als der Kranke sich einigermaßen erholt hatte, die Exstirpation des Krebses nach. Es war unendlich schwierig, die zahlreichen, schon sehr festen Verwachsungen zu lösen, und der Erfolg einer sehr mühevollen Operation war, dass die Darmnaht nicht ganz hielt, und eine örtliche Eiterung sich entwickelte, an welcher der Kranke ohne Peritonitis oder sonstige ernste Komplikation zu Grunde ging.

Gestatten es also die Verhältnisse, so ist es besser, die Enteroanastomose sofort auszuführen. Den Murphyknopf darf man bei derselben nicht verwenden. Wir haben es 2mal gethan, thun es aber nicht wieder, da der Knopf für mehrere Tage die Passage des Darminhalts vollkommen hinderte. Nicht einmal Winde gingen ab. Dass beide Kranken mit dem Leben davon gekommen sind, verdanken sie wohl nur dem Umstand, dass vor Anlegung der Enteroanastomose der zuführende Darm durch einen Einschnitt gründlich entleert worden war. Ich komme damit auf den Punkt, der mir bei der Behandlung des akuten Darmverschlusses fast der wichtigste zu sein scheint. Ich bin der festen Überzeugung, dass die größte Mehrzahl der Leute, welche an einem Darmverschluss zu Grunde gehen, nicht stirbt an primärer Peritonitis, sondern an der Überfüllung der Därme und deren Folgen. Diese wirkt wohl auf doppelte Weise. Einmal entsteht durch die Resorption der stagnirenden und faulenden Inhaltsmassen eine Vergiftung, eine Toxinämie. Ein großer Theil des schweren Bildes allgemeinen Verfalles mag auf diese zurückzuführen sein. Zum zweiten wird durch die Überfüllung der Därme die Herzarbeit aufs schwerste geschädigt. In dieser Auffassung bestärken mich Versuche von Jürgensen. Dieser berichtet, dass er bei sehr kräftigen Hunden dadurch Drucksteigerung in der Bauchhöhle herbeiführte, dass er durch eine gut eingefügte Ka-

nüle L
höhle
Stunde
aus de
noch tr
> Was i
tritt, wi
lich sich
nicht de
in den k
Füllung
und mögl
vernäht r
auch die
kose sch
brochen v
unserer au
kung des
leeren sic
der Leib
oft meine
nach lan
welchen
Darmsero
einer nor
lange noc
wir täglich
muth. sub
naten 13
rettbare I
Bei
leerung
necessitas,
wendige
gefahr ist
Kranken,
und zwar
fast morib
Erkrankun
Darmfunkt
Störung g
lichen Ver
man mit di
Schlinge s
höhle un
der erste S
um die Dä

Luft eintrieb und den Druck dieser Luft innerhalb der Bauch-
e auf einer Höhe von 10—20 mm Hg hielt. Nach etlichen
den war der Druck in den Arterien so gering geworden, dass
der Cruralis das Blut nicht mehr herauspritzte, sondern nur
tropfenweise ausfloss. Dieses arterielle Blut war dunkelschwarz.
s im Versuch bei hohem Druck innerhalb einiger Stunden ein-
wird, wenn tagelang Meteorismus besteht, beim Menschen ähn-
n sich ereignen können.« Doch in praktischen Dingen entscheidet
cht der Glaube, sondern Erfahrung und Versuch allein. Wir sind
n den letzten anderthalb Jahren so vorgegangen, dass wir bei starker
Füllung der Därme dieselben schon auf dem Operationstisch von Gas
und möglichst großen Inhaltsmengen entleerten: der Einschnitt wurde
vernäht und der Darm reponirt. Außerdem erhielten alle Kranken,
auch die eben genannten, sofort nach dem Erwachen aus der Nar-
kose schwarzen Kaffee mit Ricinusöl. Dass das Abführmittel er-
brochen wurde, ist uns nicht begegnet, wahrscheinlich eine Folge
unserer ausgiebigen Magenausspülungen vor der Operation. Die Wir-
kung des Abführmittels ist eine ausgezeichnete. In der Regel ent-
leeren sich massenhafte, oft aashaft stinkende Stühle, und damit wird
der Leib weich, das Allgemeinbefinden gut. Der glatte Verlauf ist
oft meine Verwunderung gewesen. Die Operirten machten selbst
nach lange dauernden und schwierigen Eingriffen, in Fällen, in
welchen eine mächtige Dehnung des Darmes, starke Injektion der
Darmserosa, großer blutiger Ascites bestanden hatte, den Eindruck
einer normalen Wöchnerin oder einer glücklich Ovariectomirten. So
lange noch etwas Flatulenz bestand und die Stühle stanken, haben
wir täglich Emulsio ricinosa brauchen lassen, öfter 1—2 Gaben Bis-
muth. subnit. täglich hinzugefügt. Es sind so in den letzten 18 Mo-
naten 13 Kranke behandelt, von denen 4 gestorben sind, alles un-
rettbare Fälle, worüber später das Nähere.

er-
al bei
um e
sage des
grünen ab
veränderte
normales
lich entz
wir bei der Be-
tätigste zu sein
größte Mehrzahl
unde gehen, mit
Füllung der Därme
te Weise. Einmal
und faulenden In-
e. Ein großer Teil
s auf diese zurück-
e Überfüllung der
geschädigt. In diese
genesen. Dieser be-
durch Drucksteigerung
eine gut eingefügte

Bei starker Füllung sehen wir die Eröffnung und Ent-
leerung des Darmes inter operationem nicht mehr als dira-
necessitas, nicht als einen gefährlichen, sondern als einen noth-
wendigen und lebensrettenden Eingriff an. Die Infektions-
gefahr ist heut zu Tage nur noch eine sehr geringe. Von den 6
Kranken, bei welchen wir so verfahren sind, sind nur 2 gestorben,
und zwar ein Mann, welcher mit einem Volvulus des S romanum
fast moribund zur Operation kam, und ein zweiter mit der gleichen
Erkrankung am 14. Tage durch Lungenentzündung bei normaler
Darmfunktion und gesundem Bauchfell; die anderen 4 sind ohne
Störung genesen. Das Heil der Kranken beruht auf der größtmög-
lichen Verschwendung aseptischer Tücher und sterilen Mulls. Spart
man mit diesen nicht, so ist es leicht, die Umgebung der zu eröffnenden
Schlinge so sicher abzugrenzen, dass eine Verunreinigung der Bauch-
höhle unmöglich ist. Man muss sich einige Zeit nehmen und, wenn
der erste Strom abgeflossen ist, den Leib noch komprimiren lassen,
um die Därme möglichst zu entleeren. Eine gröbere Besudlung der

eröffneten Schlinge mit Koth ist uns nie passiert. Der Darminhalt läuft unschädlich Anfangs in kontinuierlichem Strom, später tröpfelnd ab. Die kleine Darmwunde wird durch doppelreihige Naht, deren erste fortlaufend, geschlossen. Wir haben die genähte Schlinge stets versenkt und nie einen Schaden davon gesehen. Die Naht hat auch in den Fällen, in welchen unmittelbar nachher ein Abführmittel gegeben wurde, tadellos gehalten.

In welchen Fällen man den Darm auf dem Tisch entleeren soll, in welchen anderen ein Abführmittel unmittelbar nach dem Erwachen aus der Narkose zu geben genügt, ist schwer anzugeben. Je schwerer der Fall, je schlechter das Allgemeinbefinden, je stärker die Injektion und Entzündung der stark geblähten Därme, desto nothwendiger ist die schleunige Entleerung durch Einschnitt. Sehen wir von der Allgemeinvergiftung und der Schwächung der Herzkraft durch die andauernde Überfüllung der Därme ab, so glaube ich, dass die schleunige Entleerung der Därme in vielen Fällen das einzige Mittel ist, die drohende Darmlähmung aufzuhalten und die Möglichkeit zur Erholung der motorischen Funktion des Darmes zu schaffen. Erholt sich diese, so ist die Gefahr, dass sich eine Peritonitis entwickle, nach meiner Auffassung eine bedeutend geringere geworden. Die allgemeine Bauchfellentzündung, an welcher nicht nur die Kranken mit einer Einklemmung, sondern auch die mit einer Enterostenose zu Grunde gehen, ist doch sicherlich die Folge des Durchwanderns zahlreicher Darmbakterien durch die Wandung der geblähten und entzündeten Schlingen. Dauert der Verschluss längere Zeit an, so ist der Ascites oft sehr bedeutend. Diese stagnirende Flüssigkeit ist ein recht bedenklicher Bauchhöhleninhalt. Wird sie in Folge des Wiedererwachens einer regelrechten Darmthätigkeit bald aufgesogen und fortgeschafft, so können wohl etliche Bakterien, welche schon die Darmwandung durchdrangen oder bei der Operation in die Bauchhöhle gelangten, unschädlich bleiben. Hält eine ungenügende Darmthätigkeit auch nach der Operation noch an, wird desshalb der Ascites nicht aufgesogen, so bildet er die Brutstätte, in welcher sich die Bakterien ansiedeln und vermehren. Peritonitis ist die Folge. Durch unsere sonstigen Erfahrungen über die Bedeutung stagnirender Flüssigkeiten im Bauchraum für die Entstehung von Peritonitis und durch die allgemeine Annahme, dass die Aufsaugung von Flüssigkeiten aus der Bauchhöhle wesentlich von einer regelrechten Darmthätigkeit abhängt, ist, wie ich meine, jene Annahme gut gestützt.

Die Ergebnisse unserer 30 Operationen sind folgende:

Dünndarmstrikturen durch Bänder und winklige Abknickung behandelt 7, geheilt 4.

Volvulus des S. romanum 6, geheilt 4 (1 fast moribund eingeliefert, 1 nach 14 Tagen an Pneumonie gestorben).

Incarcerationen 6, geheilt 4.

Invagination des Dickdarmes 1 (kleines Kind, sterbend eingeliefert).

Ente
Darm
Tiefe
der nacht
Summ
Bevor
zwingen s
geheilt od
Operations
Operation
geheilt. D
mit Dickd
darmeinkle
14 Tagen
der Operir
meidbare.
vulus flexu
darmstenos
1mal Lähm
sition einer
geschildert

38) H. K
parats vo
divertikel

Im ers
welche zur
Bei der L
eine Theil
eigentliche
einer Rettu
Passagestör
starb 3 Tag
schwerer e
Duodenum
dickes Dün
Darmlumen
geführt hat
als erste B
In der
wegen Ileu
rativen Hi
laparotomie
Sektion far
Chirurgen-Ko

Enterospasmus 1, geheilt.

Darmlähmung 3, geheilt 1.

Tiefe Dickdarmstriktur 6, alle gestorben, 2 allerdings erst nach nachträglichen Resektion des Krebses zu Grunde gegangen.

Summa behandelt 30, geheilt 14.

Bevor wir die Entleerung der Därme in jedem Falle zu erlangen suchten, haben wir operirt 17 Kranke und 5 von diesen heilt oder 29,4%. Seit wir übermäßig geblähte Därme auf dem Operationstisch entleeren und alle Kranken unmittelbar nach der Operation abführen lassen, haben wir operirt 13 und von diesen 9 geheilt. Die Todesfälle ereigneten sich bei 2 fast sterbenden Kranken mit Dickdarmkrebs nach Enterostomie, bei einer brandigen Dünndarmeinklemmung und bei einem Volvulus des S romanum nach 14 Tagen durch Pneumonie. Wir haben also in letzter Zeit 69,2% der Operirten zur Heilung gebracht. Die Todesfälle waren unvermeidbare. Bei den genesenen 9 Kranken fand sich 3mal ein Volvulus flexurae sigmoideae, 2mal eine Incarceration, 2mal eine Dünndarmstenose, 1mal Dickdarmstenose mit chronischer Darmatonie, 1mal Lähmung des Dünndarmes mit Volvulus von 180° nach Reposition einer Hernie. Danach glaube ich weitere Versuche mit dem geschilderten Verfahren dringend empfehlen zu können.

(Original.)

38) **H. Küttner** (Tübingen). I. Demonstration eines Präparats von Darmstenose durch ein eingestülptes Dünndarmdivertikel. II. Demonstration eines Präparats von vielfachen carcinomatösen Strikturen.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 49 Jahre alte Frau, welche zum 2. Male mit schweren Ileuserscheinungen erkrankt war. Bei der Laparotomie fand sich beginnende eitrige Peritonitis, der eine Theil des Dünndarms war gebläht, der andere kollabirt, das eigentliche Hindernis konnte nicht entdeckt werden. Der Versuch einer Rettung durch Austupfen des Exsudats und Beseitigung der Passagestörung mit inkompleter Darmausschaltung misslang, Pat. starb 3 Tage später im Collaps. Bei der Sektion fand sich außer schwerer eitriger Peritonitis 90 cm unterhalb des Überganges vom Duodenum ins Jejunum ein 7 cm langes und mehr als daumendickes Dünndarmdivertikel, welches handschuhfingerförmig in das Darmlumen umgestülpt war und mechanisch den Verschluss herbeigeführt hatte. Ein analoger Fall ist von Ewald mitgetheilt worden, als erste Beobachtung dieser Art.

In dem zweiten Falle wurde bei einem 63 Jahre alten Herrn wegen Ileus laparotomirt, wobei sich die Unmöglichkeit einer operativen Hilfe herausstellte. Der Pat. ging 9 Tage nach der Probepaparotomie an dem Fortbestehen des Ileus zu Grunde. Bei der Sektion fand sich ein primäres Cylinderzellencarcinom der Flexur,

welches zu ausgedehnter Drüseninfektion im Mesenterium und zu allgemeiner Peritonealcarcinose geführt hatte. Die Serosametastasen hatten am Darm einen ausgesprochen schrumpfenden Charakter, sie führten zu massenhaften partiellen Einschnürungen und bei Anwesenheit mehrerer strikturirender Knoten im gleichen Durchmesser zu ringförmigen Stenosen. Gezählt wurden am Dünndarm 150 schrumpfende Einzelknoten, und cirkuläre Strikturen bestanden im Ganzen nicht weniger als 22, 18 am Dünndarm, 4 am Dickdarm, von denen die engste gerade für eine mittelstarke Sonde durchgängig war. Außer den 22 Stenosen war die Kothpassage noch behindert durch zahlreiche Abknickungen des Darmrohrs, hervorgerufen durch die massenhaften partiellen Einschnürungen. Vielfache carcinomatöse Strikturen sind selten, sie können bedingt sein durch multiple primäre Carcinombildung oder durch schrumpfende Serosametastasen. Ein Fall von derart multipler Stenosenbildung durch Carcinom, wie der mitgetheilte, konnte in der Litteratur nicht gefunden werden.

(Selbstbericht.)

39) Rieder (Bonn). Über Pathologie und Therapie der Mastdarmstrikturen.

R. hat eine größere Anzahl Mastdarmstrikturen, die theils von syphilitischen, theils nichtsyphilitischen Individuen stammten, histologisch untersucht. Besonders genau werden die gefundenen Gefäßveränderungen beschrieben. In diesen Gefäßveränderungen ist nach seiner Ansicht ein differentialdiagnostisches Moment gegeben gegenüber den anderweitig verursachten Verengerungen. Zur Darstellung der Gefäße benutzte R. eine noch nicht publicirte neue Methode Weigert's zur Darstellung elastischer Fasern.

Auf Grund seiner mikroskopischen Präparate, die demonstirt werden, ist R. zu der Überzeugung gekommen, dass die »syphilitische Mastdarmstriktur auf dem Blutwege zu Stande kommt, und dass anatomische örtliche Differenzen zwischen Mann und Weib das so häufigere Auftreten dieser Processe beim Weibe bedingen«.

Als Therapie empfiehlt Vortragender die möglichst frühzeitige Totalexstirpation des erkrankten Mastdarms und berichtet über nahezu 50% Dauerheilung in seinen Fällen.

(Selbstbericht.)

40) Sonnenburg. Beiträge zur operativen Behandlung hochsitzender Mastdarmstrikturen.

S. empfiehlt zur operativen Beseitigung hochsitzender Mastdarmstrikturen folgendes Verfahren.

1) Bei sehr ausgedehnten syphilitischen (resp. gonorrhoeischen) Strikturen, bei denen wegen des hohen Sitzes und der Ausbreitung man von der sonst empfehlenswerthen Resektion des Mastdarmes Abstand nehmen muss, wird in der Seitenlage wie bei Exstirpation

des Mastdarmes w
Knochens so viel vo
die kallöse Striktur
Verletzung des Bauc
sungen ausgeschlossen
Länge von außen r
hinein gespalten, ab
ponirte Wunde heilt
den gesunde Darmth
sich nach Jahren no
Behandlung mit B
wachung zur Verme
ihrer Umgebung nö
Mitte der Narbe g
heilen. Diese vom
ration machte S. be
blieb jahrelang gut
Fällen.

2) Bei hochsitz
in der Gegend de
Basis des Kreuzbe
wegen seines Leid
worden war, so ve
Resektion des Kro
mes die Exstirpat
Folge Durchtrenn
vorn her konnte
und beweglich g
ponade der Bauc
cirt, und von hi
oberhalb des Spl
vorgezogen (duru
Carcinom außer
dem Anus der D
fernt wurden ca
Die Operation
Pat., der vorge

Diskuss
an der Flexur
nur mit dem
hat, weil dabe
daraus entsteh
kommen lasse
lagerung bleib
schwer ist, un

des Mastdarmes wegen Geschwulstbildung nach Freilegung des Knochens so viel vom Steißbein und Kreuzbein weggenommen, bis die kallöse Striktur nebst der infiltrirten Umgebung freiliegt. Eine Verletzung des Bauchfelles ist in Folge der hochgehenden Verwachsungen ausgeschlossen. Dann wird die Striktur in ihrer ganzen Länge von außen nach innen bis in das Lumen des Mastdarmes hinein gespalten, aber mit Schonung des Sphinkters. Die tamponirte Wunde heilt langsam in Monaten aus, durch Narbenzug werden gesunde Darmtheile nach abwärts gezogen, und das Lumen zeigt sich nach Jahren noch gut. Doch ist eine nachträgliche und lange Behandlung mit Bougies zu empfehlen und eine genaue Überwachung zur Vermeidung syphilitischer Recidive in der Narbe und ihrer Umgebung nöthig. Die im Anfang restirenden, meist in der Mitte der Narbe gelegenen Fisteln pflegen nach Monaten auszuhellen. Diese vom Redner als Rectotomia externa bezeichnete Operation machte S. bereits vor 6 Jahren; das Lumen des Mastdarmes blieb jahrelang gut; seitdem übt er sie methodisch in geeigneten Fällen.

2) Bei hochsitzenden, ringförmigen, carcinomatösen Strikturen in der Gegend des rectalen Endes der Flexura sigmoidea an der Basis des Kreuzbeines ist S. bei einem Kranken, bei dem bereits wegen seines Leidens in der rechten Seite die Colotomie gemacht worden war, so verfahren, dass er durch gleichzeitige Laparotomie, Resektion des Kreuzbeines und Herunterziehen des erkrankten Darmes die Exstirpation der Striktur mit Erfolg ausführen konnte. In Folge Durchtrennung des parietalen Blattes des Peritoneums von vorn her konnte der fest am Kreuzbein haftende Tumor gelockert und beweglich gemacht werden. Dann wurde nach vorläufiger Tamponade der Bauchhöhle in Seitenlage das Steiß- und Kreuzbein reseziert, und von hinten her der Mastdarm bis zur Striktur freigelegt, oberhalb des Sphinkters durchschnitten und durch denselben so weit vorgezogen (durch allmähliches Nachhelfen vom Bauch aus), bis das Carcinom außerhalb des Sphincter ani lag. Schließlich wurde vor dem Anus der Darm abgeschnitten, das centrale Ende befestigt. Entfernt wurden ca. 22 cm Darm. Gute, wenn auch langsame Heilung. Die Operation wurde vor 14 Monaten (Februar 1896) gemacht. Der Pat., der vorgestellt wird, befindet sich im besten Wohlbefinden.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Trendelenburg (Leipzig) ist gegen ein Sarkom an der Flexur ähnlich auf dem Wege der Laparotomie vorgegangen, nur mit dem Unterschied, dass er die Knochenresektion vermieden hat, weil dabei prima intentio des Darmes sehr selten ist, und die daraus entstehenden Folgen keine Freude an dem Erfolg mehr aufkommen lassen. Die Resektion in der Bauchhöhle bei Beckenhochlagerung bleibt immer ein gefährliches Unternehmen, weil die Naht schwer ist, und es doch vom Zufall abhängt, ob eine Peritonitis ver-

mieden wird. Wenn auch der 1. Fall gut abließ, so macht er es doch in neuerer Zeit anders. Bei nicht fettem Körper, wo gut abgeführt werden kann, und der Tumortheil des Darmes noch leicht beweglich ist, wird bei Beckenhochlagerung der Peritonealüberzug des Tumors durchschnitten, der Tumor isolirt, was bis zum Levator ani-Ansatz stumpf gelingen kann. Dann wird der Pat. in die gewöhnliche Steinschnittlage gebracht, der Assistent drängt von oben durch Invagination das abgelöste Stück herunter, während der Operateur von unten her nachhilft, bis die ganze Partie als Prolaps so weit aus dem After heraustritt, dass die Resektion nunmehr ohne Gefährdung des Peritonealraumes glatt erfolgen kann. Die Ablösung des Peritoneums genügt, um den Darm beweglich zu machen, zur Herbeiführung des Prolapses muss die Mastdarmmuskulatur etwas eingeschnitten werden. Die Bauchhöhle wird nach Schluss der Operation, wenn der Darm wieder zurückgebracht ist, am besten ausgestopft erhalten; bildet sich hier eine Fistel, so sind die Heilungsbedingungen für eine solche am Bauche besser, als am Rücken.

Küster (Marburg): Das Verfahren Trendelenburg's stellt eine wesentliche Bereicherung unserer Operationstechnik dar, aber man muss das alte Verfahren doch in Schutz nehmen. Trendelenburg spricht von der geringen Freude wegen des Anus praeternaturalis. Diesen kann man aber vermeiden, wenn nicht das Recidiv zu früh komme. In den meisten Fällen geht die hintere Wand auf, und es entsteht eine lippenförmige Fistel. Dazu darf es nicht kommen. Man muss bei Zeiten mittels Silberdraht einen Abschluss herbeiführen, bevor die Verbindung der Mastdarmwand mit der äußeren Bedeckung eintritt. Ist eine solche doch da, so führt Anfrischung zum Ziel.

Sonnenburg (Berlin): Die beschriebene Operation bei diesem Carcinoma gelatinosum ist doch anders ausgeführt, wie die Trendelenburg'sche, da nicht auf dem Wege der Invagination der Tumor herausgebracht, sondern derselbe abgetrennt und dann erst durchgezogen worden ist. Die Heilung geschah durch Tamponade der Bauchhöhle.

Herm. Frank (Berlin).

Hofmeister (Tübingen): Dasselbe Verfahren, welches Herr Geheimrath Trendelenburg eben beschrieben, habe auch ich in 2 Fällen angewandt, nur mit dem Unterschied, dass ich nicht den abdominalen, sondern den sacralen resp. parasacralen Weg wählte. Das erste Mal, bei einem Manne, ließ sich das obere Darmende trotz ausgiebiger Incision des Mesocolons nicht genügend herunterführen; das zweite Mal, bei einer Frau, ging es sehr leicht. Anstatt die Resektionsenden zu vernähen, führte ich ein starrwandiges Gummirohr in den herausgestülpten Darm ein und band denselben (im Gesunden) mit einem starken Seidenfaden ab. Vor der Ligatur wurde die Neubildung abgeschnitten. (Selbstbericht.)

41) Prutz (König)
des Sphincter

Das von Gers
den Mastdarm ange
Sphinkters ist wie a
thoden bisher nur ve
es in der Königsbe
Amputation bezw. t
geübt worden, und
sacralis nach Hoch
sekundär wegen I
erzielten Resultate,
berechtigen zu eine
fachsten Ersatz f
auch in Frage zur
mit Cirkulärnaht
lung einer großen
Es wird eine
Drehung des Mast
Schleimhaut darst

Diskussion
Narbe die Afterö
weil eine Eversio
Falle einen befrie
theilweise erhalte
Mastdarm löste

Rehn (Fra
von der Vagina
Mastdarm. Er
noch weiter zu
werden. —

Gersuny
dass zuweilen
nicht erfolgt.
gut. Er schlä
des Mastdarme
zu fixiren. —

Frank
darmstriktur
gewandt. —

Küster
der Sekundär
nur die vord

rutz (Königsberg i. Pr.). Über Versuche zum Ersatz des Sphincter ani nach dem Gersuny'schen Princip.

Es von Gersuny zunächst für die Urethra, dann auch für Mastdarm angegebene Verfahren der Drehung zum Ersatz des Sphincters ist wie alle anderen zum genannten Zweck erdachten Methoden bisher nur vereinzelt angewandt worden. Seit Februar 1896 ist an der Königsberger Klinik in allen dazu geeigneten Fällen von Amputation bezw. totaler Exstirpation des Mastdarms systematisch Gebrauch gemacht worden, und zwar in Verbindung mit der Anlegung des Anus praeternaturalis nach Hochenegg. 7mal wurde die Drehung primär, 2mal sekundär wegen Inkontinenz nach Amputatio recti ausgeführt. Die besten Resultate, die durch Nachuntersuchungen sichergestellt sind, berechtigen zu einer Empfehlung des Verfahrens, das den einfachsten Ersatz für den Sphincter darstellt. Es kommt vor Allem auch in Frage zur Beseitigung der Inkontinenz, die nach Resektion mit Cirkulärnaht in Folge Aufgehens der letzteren und Entwicklung einer großen Fistel bezw. eines Anus praeternaturalis auftritt.

Es wird eine Zeichnung demonstriert, die eine 5 Wochen alte Drehung des Mastdarmstumpfes mit stark entwickelter Faltung der Schleimhaut darstellt (Suicidium der Pat.). (Selbstbericht.)

Diskussion: Riedel (Jena) glaubt, dass wegen des Zuges der Narbe die Afteröffnung nicht schlussfähig gehalten werden kann, weil eine Eversion des Darmes erfolgt, und hat desshalb in einem Falle einen befriedigenden Erfolg dadurch erzielt, dass er bei noch theilweise erhaltenem Sphinkter den an der äußeren Haut befestigten Mastdarm löste und in die Höhe schlüpfen ließ.

Rehn (Frankfurt) operirte ein Carcinoma recti mit einem Schnitt von der Vagina aus, verengerte den Levator ani und torquirte den Mastdarm. Erfolg gut. Vielleicht könnten Theile des Levators noch weiter zur Sphinkterenbildung in ähnlichen Fällen verwandt werden. —

Gersuny (Wien) hebt als Schattenseite seiner Methode hervor, dass zuweilen die primäre Heilung der Naht an der äußeren Haut nicht erfolgt. Trotzdem blieb in einem Falle die Schlussfähigkeit gut. Er schlägt desshalb vor, um stets sicher zu gehen, die Falten des Mastdarmes durch einige kleine Nähte in ihrer Lage zu einander zu fixiren. —

Frank (Braunschweig) hat nach Entfernung syphilitischer Mastdarmstrikturen ebenfalls mit Erfolg die Gersuny'sche Methode angewandt. —

Küster (Marburg) weist wiederum auf die Leistungsfähigkeit der Sekundärnaht mit Silber hin in Fällen, in denen bei Resektion nur die vordere Wandnaht gehalten hat.

Borchard (Posen).

42) **W. Müller** (Aachen). Demonstration zur Leberchirurgie.

Votr. nimmt Bezug auf die Diskussion über Lebertumoren-Operationen des Kongresses 1893 und bemerkt, dass die Pat., über welche er seiner Zeit berichtete, bis heute (7 Jahre nach der Operation eines enormen Cystadenoms) gesund sei.

Er demonstriert das durch Operation gewonnene Präparat eines großen Angiosarkoms des rechten Leberlappens von einer jungen Frau. Die Diagnose schwankte zwischen Netz-, Mesenterial- oder Lebertumor. Bei der Operation präsentirte sich der Tumor, der sehr beweglich war, als breitgestielter (maligner?) Lebertumor. Die Operation gestaltete sich sehr einfach, die Blutung war so gut wie Null, was Votr. der in Anwendung gebrachten Technik zuschreiben möchte. Die Lebersubstanz wurde nämlich im gesund erscheinenden Gewebe mittels einer etwas spitzen Kornzange, die mit einem langen, in der Mitte gefassten Jodoformgazestreifen armirt war, durchstoßen, der Streifen in der Mitte durchschnitten und nun rasch nach beiden Seiten, je die Hälfte des Stieles umfassend, umgeschnürt. Die Abtragung erfolgte scharf ohne Blutung. Dauer der Operation kaum mehr als $\frac{1}{4}$ Stunde. Der umschnürte Theil des Leberstumpfes wurde in der Wunde fixirt mit einigen Suturen, die Wunde selber so weit verkleinert, dass die umschnürte Partie des Stumpfes nicht mehr zurückschlüpfen konnte. Nach glattem Verlauf trat auffallende Erholung ein unter Gewichtszunahme. Nach 7 Monaten Metastasen, dann Recidiv und im 8. Monat Exitus.

Ferner Demonstration der Leber und einer Niere von einer Pat., bei welcher Votr. die Diagnose auf Cystadenom der Leber leicht stellen konnte. Enorm großes Konvolut von Cysten, wesentlich dem rechten Leberlappen angehörend, bis zum Becken herabreichend. Beträchtliche Beschwerden seit 1 Jahre, während der Tumor 6 Jahre sicher schon bestand. Behufs Verkleinerung des Tumors Excision eines großen Keiles und Fixation der Wundränder an die Bauchwunde. Entleerung zahlreicher Cysten durch Schnitt. Nachsickern seröser Flüssigkeit. Auch diese Kranke ertrug die Operation zunächst gut. Am 11. Tage plötzlicher Exitus unter den Symptomen einer Lungenembolie.

Die nur unvollkommen mögliche Sektion ergab eine stark vergrößerte Cystenleber, beide Nieren ebenfalls ganz von Cysten durchsetzt, die wie die Lebercysten einschichtiges niederes kubisches Epithel tragen. Es handelt sich nach Ansicht des Votr. um die seltene Form von diffusum Cystadenom, einer wahrscheinlich kongenital angelegten Geschwulstform. Votr. glaubt, dass man in solchen Fällen auch weiter gehen könne, als im vorliegenden Falle geschehen, da man auch große Leberabschnitte — wenn man nur die Blutung beherrscht — abtragen kann.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Israel (Berlin) sah in einem Falle nach einer polycystischen Lebergeschwulst Cysten in der Niere sich entwickeln,

in einem zwe
in der Niere
jenseits der 3

43) **Helferich**

H. beginnt
ihm zu erstatt
digung der in
Operationen a
ist die erste C
das Verfahren
geführt worde
ordentlich ung
Chirurgen, we

H. streift
neueren Opera
los ein Gesch
Kastration die
mentell an H
folge; besonde
Mangels der C
halbseitig klei
Art verfügt m
oder doppelse
schlechtsdrüse
vielmehr sog
Auch hat So
beim Ochsen
schieden verh

Neben di
halten der so
fahrungen üb
hypertrophisch
liegt eine sta
148 Fällen d
Todesfälle zähl
Operation die
vorigen Herbs
der Prostata,
der Hälfte ei
die Wiederhe
funden. In

Eine and
deferens ist k
sind 3 gestor

in einem zweiten Falle umgekehrt Cysten in der Leber nach Cysten in der Niere entstehen. In beiden Fällen handelte es sich um Pat. jenseits der 30—40 Jahre.

Borchard (Posen).

43) Helferich. Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie.

H. beginnt mit der Bemerkung, dass es sich bei diesem von ihm zu erstattenden Referat in der Hauptsache wohl um eine Würdigung der in den letzten Jahren für dieses Leiden vorgeschlagenen Operationen an den Sexualorganen handle. Genau vor 4 Jahren ist die erste Operation von dem Norweger Ramm vollzogen worden; das Verfahren ist seitdem in allen Theilen der civilisirten Welt ausgeführt worden; seine Beurtheilung ist jedoch noch eine außerordentlich ungleiche: neben warmen Fürsprechern finden sich solche Chirurgen, welche die in Frage stehenden Eingriffe völlig ablehnen.

H. streift in Kürze die zur wissenschaftlichen Begründung der neueren Operationen gegebenen Grundlagen: die Prostata ist zweifellos ein Geschlechtsorgan. Man hat Berichte, dass nach doppelter Kastration die Prostata klein gefunden wurde; ferner, dass experimentell an Hunden der Kastration eine Verkleinerung der Prostata folge; besonders auch, dass in einer Anzahl von Fällen einseitigen Mangels der Geschlechtsdrüsen und des Vas deferens die Prostata halbseitig klein gefunden wurde. Neben sicheren Befunden dieser Art verfügt man aber auch über andere, in welchen bei einseitigem oder doppelseitigem Verlust oder angeborenem Mangel der Geschlechtsdrüsen nicht nur eine Verkleinerung der Prostata ausblieb, vielmehr sogar eine typische Prostatahypertrophie sich entwickelte. Auch hat Socin kürzlich dargelegt, dass die Größe der Prostata beim Ochsen und beim Stier sich keineswegs in gleicher Weise verschieden verhalten.

Neben diesen Angaben, welche sich auf das einschlägige Verhalten der sonst gesunden Prostata beziehen, müssen natürlich Erfahrungen über den Einfluss der neuen Operationen an der kranken, hypertrophischen Prostata in den Vordergrund gestellt werden. Es liegt eine statistische Bearbeitung von Bruns vor, welcher unter 148 Fällen doppelseitiger Kastration bei Prostatahypertrophie 23 Todesfälle zählt: von 93 Fällen ist jedoch berichtet, dass nach dieser Operation die Prostata bei 83% verkleinert sei. Socin hat im vorigen Herbst 175 Fälle zusammengestellt und bei $\frac{4}{5}$ eine Atrophie der Prostata, bei $\frac{3}{4}$ die Rückkehr der Kontraktilität der Blase, bei der Hälfte einen Nachlass oder die Heilung der Cystitis, bei 45% die Wiederherstellung beinahe normaler Verhältnisse verzeichnet gefunden. In 13,5% war der Tod eingetreten.

Eine andere Statistik über die Erfolge einer Resektion des Vas deferens ist kürzlich von Köhler mitgetheilt worden: von 70 Fällen sind 3 gestorben, 36 geheilt, 16 gebessert, 15 ungebessert geblieben.

H. verzichtet darauf, die statistischen Angaben zu vermehren; die verwertheten Fälle sind so ungleich und in so verschiedener Weise enthusiastisch oder kritisch absprechend mitgetheilt, dass eine Summirung derselben in irgend welcher Weise keinen größeren Werth bietet als die bisher veröffentlichten Zahlen.

Zur Beurtheilung der praktischen Resultate darf man nicht vergessen, dass bei Pat., welche mit Prostatahypertrophie behaftet sind, gelegentlich auffallende Besserung ohne jede Behandlung beobachtet wird. Als unerlässlich muss für jede verwerthbare Beobachtung verlangt werden, dass eine längere Beobachtungszeit der Operation vorangehe. Die Prostata muss vom Rectum aus, wenn möglich mit bimanueller Untersuchung, palpirt werden. Ihre Länge, d. h. die Länge des prostatistischen Theiles der Urethra, ist mit einer geeigneten Sonde festzustellen. Die Steinsonde kann über mancherlei Auskunft geben, aber eine entscheidende Untersuchung ist nur mit Benutzung des Cystoskops möglich. Der Residualharn muss in längerer Periode beobachtet und in seiner durchschnittlichen Größe festgestellt werden, bevor ein operativer Eingriff vorgenommen werden darf.

Von der Kastration, welche von Ramm und White eingeführt wurde, werden gute, zum Theil glänzende Erfolge berichtet. Eine geringe Besserung der Blasenfunktion, eine Erleichterung des Katheterismus, eventuell auch der Lithotripsie, rangirt unter den weniger vollkommenen Erfolgen der Operation. Es scheint, dass gelegentlich nach der Kastration nur eine ungleichmäßige Atrophie der Prostata bemerkt wurde (Bousquet). Auch über eine verspätete Wirkung der Operation wird berichtet (Pilger, nach 12 Monaten).

Die einseitige Kastration hat sich als ein unsicheres und fast immer ungenügendes Mittel erwiesen. Wenn es auch als sicher gelten kann, dass eine weiche, vergrößerte Prostata, d. h. eine solche mit mehr glandulärer als bindegewebiger Hypertrophie, eine erheblichere Verkleinerung und somit wohl auch der betreffende Pat. eine erheblichere Verminderung der Blasenstörungen erfahren könne, so ist doch der Erfolg der Operation auch heute trotz der großen Zahl der bisher gemachten und veröffentlichten Operationen noch keineswegs vorherzusagen. Sehr schwerwiegend ist die Thatsache, dass in einer nicht unerheblichen Anzahl dieser Fälle eine mehr oder weniger tiefgehende psychische Störung der Kastration folgte. Von französischen Chirurgen ist mit Rücksicht auf die nach Verlust der Testikel eintretende psychische Depression eine Prothese testiculaire unter Benutzung von Silber, Seide oder Gummi vorgeschlagen worden. Wenn kürzlich auf dem ersten Kongress französischer Urologen die Kastration ganz besonders bei weicher Prostata und dann, wenn Pat. nicht weit über die Periode des Geschlechtslebens hinaus vorgerückt ist, als indicirt erachtet wurde, so dürfte gerade das letztere Moment sehr gegen die Vornahme der Kastration sprechen.

Von Er-
dung oder d
nicht allen Fä
Gangrän des
hat Ref. solch

Die wichti
von dem Vas
Erfahrung, wä
führt hat. Die
subkutane Durc
der durchschnit
des peripheren
dem Nebenhode
der Wirkung so
nöthig erscheine
nicht verzeichne
und Madelung
den eigenen Fä
Besserung (Kath
deren Fällen ke
diese Operation
bis dahin in Fo
Epididymitis zu

Von weitere
injektionen zu d
die Darreichung
Hervorzuhe
wie sie auch ge
wie die Kastrat
nach Ductusres
besseres Resulta

Die positiv
tikern stehen pr
kannten Lehre
Guyon, welchen
stellt hat, bei
erscheinung der
Weiterentwicklun
Vorstellungen ge
hypertrophie giel
giebt. Mag man
lern stellen wie
los, dass die Fäll
hypertrophie zu l
sondern schon ko
mindesten hande
Folge einer Rete

Von Ersatzoperationen sind zu nennen die Durchschneidung oder die einfache Ligatur des Samenstranges. Dass nicht allen Fällen von völliger Durchschneidung des Samenstranges Gangrän des Hodens folgt, ist sicher. Burckhardt in Stuttgart hat Ref. solche Erfahrungen persönlich mitgeteilt.

Die wichtigste Ersatzoperation ist die Resektion eines Stückes von dem Vas deferens. Über diese Operation hat H. eine größere Erfahrung, während er nur 3 Kastrationen bei Prostatikern ausgeführt hat. Die Evulsion (von Büngner) ist nicht zu empfehlen, die subkutane Durchschneidung ist unsicher, die Ligatur oder die Ätzung der durchschnittenen Enden (Isnardi) ist unnöthig. Die Resektion des peripheren Stückes in der Länge von 8 cm mit Abreißen von dem Nebenhoden, wie sie H. beschrieben hat, ist so einfach und in der Wirkung so sicher, dass complicirende »Verbesserungen« nicht nöthig erscheinen. H. verfügt über bis dahin in der Litteratur noch nicht verzeichnete, im Ganzen günstige Erfahrungen von Viertel und Madelung. Als Erfolg ergibt sich aus den bekannten und den eigenen Fällen des Ref. in einigen Fällen Heilung, in anderen Besserung (Katheterismus erleichtert, Lithotripsie ermöglicht), in anderen Fällen keine Besserung. Besonders zu erwähnen ist, dass diese Operation sich als günstig erwiesen hat bei Prostatikern, welche bis dahin in Folge des häufigen Katheterismus vielfach an eitriger Epididymitis zu leiden hatten.

Von weiteren Ersatzmethoden verdienen die empfohlenen Cocaininjektionen zu dem Zweck, den Hoden zur Atrophie zu bringen, und die Darreichung von Prostatatabletten kaum eine Erwähnung.

Hervorzuheben ist, dass die Resektion des Vas deferens, oder wie sie auch genannt wird, die Ductusresektion, wohl dasselbe leistet, wie die Kastration. H. hat in 2 Fällen von ungenügender Wirkung nach Ductusresektion die Kastration ausgeführt, jedoch ohne ein besseres Resultat zu erzielen.

Die positiven Erfolge dieser sexualen Operationen an Prostatikern stehen praktisch und theoretisch im Widerstreit mit der bekannten Lehre des ausgezeichneten französischen Specialchirurgen Guyon, welcher bekanntlich die Lehre vom Prostatismus aufgestellt hat, bei welchem die Prostatahypertrophie nur als Theilerscheinung der gesammten Erkrankung eine Rolle spielt. Die Weiterentwicklung dieser Lehre hat zu den scheinbar paradoxen Vorstellungen geführt, dass es einen Prostatismus ohne Prostatahypertrophie giebt, und dass es auch einen Prostatismus der Frau giebt. Mag man sich zu dieser Lehre von Guyon und seinen Schülern stellen wie man will, vom praktischen Standpunkt ist es zweifellos, dass die Fälle, welche wir unter dem Titel Prostatismus, Prostatahypertrophie zu behandeln bekommen, sehr häufig keine einfachen, sondern schon complicirte Krankheitszustände darbieten. Zum mindesten handelt es sich schon um eine Dehnung der Blase in Folge einer Retention des Urins. An der Blase ist Muskeldegene-

ration, Trabekelbildung fast immer vorhanden, ebenfalls Cystitis in verschiedenen Graden, manchmal von diphtheritischem, brandigem Charakter. Auch Divertikelbildung der Blase ist bei Prostatikern, wie Ref. glaubt, häufiger vorhanden, als gewöhnlich angenommen wird. Auch Steinbildung spielt eine große Rolle in der Blase der Prostatiker. Endlich sind es die Produkte gut gemeinter Eingriffe, welche oft genug als falsche Wege mit manchmal heftiger und länger andauernder Blutung vorkommen. Eine besonders gefährliche Komplikation ist die ascendirende Infektion, welche bei längerer Behandlung von Prostatikern wohl nie ausbleibt und schließlich zu schweren Veränderungen in der Niere führt. Der Zustand der Harnblase ist also von größter Bedeutung für die Krankheitserscheinungen und den Verlauf bei den Prostatikern. Eine kräftige Muskulatur ist günstig und wohl im Stande, beginnende Prostatabeschwerden wenigstens eine Zeit lang auszugleichen.

Von anderen, früher schon geübten Behandlungsmethoden sind verschiedene, mehr oder weniger eingreifende, zu nennen, welche sich in der Hauptsache gegen die Harnretention und deren Folgen wenden. Zunächst der regelmäßige Katheterismus. Es ist ganz zweifellos, dass in vielen und selbst schweren Fällen von Prostatahypertrophie durch ein regelmäßiges aseptisches und kunstgerechtes Katheterisiren schwere Veränderungen vermieden werden und die Kranken eine sehr befriedigende Erleichterung genießen können. Allein in der Mehrzahl der Fälle führt ein solches Katheterleben, das schließlich immer der Pat. selbst dazu kommt, den Katheterismus auszuführen, zu schwerer Cystitis und großen subjektiven Beschwerden.

Ein verschieden beurtheiltes Mittel ist die Kapillarpunktion mit Aspiration des Harns aus der gefüllten Blase, wenn der Katheterismus misslingt. Von den Gegnern dieser Operation wird die Gefahr einer Harninfiltration und einer Bauchfellverletzung hervorgehoben: beides nicht mit vollem Recht, wenn der kleine Eingriff vorsichtig und kunstgerecht ausgeführt wird. Die Gefahr der Harninfiltration tritt nur ein, wenn Punktionsnadeln stärkeren Kalibers benutzt werden, und wenn bei neuer übermäßiger Anfüllung der Blase deren Wandung maximal gedehnt und die kleine verklebte Punktionsöffnung wieder geöffnet wird. Der Nutzen der Kapillarpunktion besteht in dem sofortigen Erfolg, in der Möglichkeit häufiger, selbst täglich mehrmaliger und längere Zeit fortgesetzter Wiederholung, und in dem Umstand, dass der Kranke nach dem kleinen Eingriff in keiner Weise gestört wird. Anders ist dies mit dem Blasenschnitt oberhalb der Symphyse oder der Urethrotomia externa. Dabei handelt es sich um eingreifendere Operationen, die kaum ohne Narkose auszuführen sind. Diese Eingriffe sind indicirt, wenn falsche Wege bestehen und der Katheterismus nicht gelingt, bei heftiger Blutung aus Harnröhre oder Blase, bei schwerer Cystitis und zersetztem Urin, und endlich, wenn die Harnröhre sehr lange impermeabel bleibt. Besonders im letzteren Falle ist vortheilhaft die

Bildung ein-
fahren von
statikern ge-

Es hat
Prostatiker
doch zu bes-
der Sectio a
hinein vorra
Man hat au
namentlich a
von Dittel
an den größ
auf diese W
größer, je is
ragte, der d
scheinen des
besserten Ins
namentlich r
stehende und
dung einer P
an frühere M
Freudenber
Methode beh
führt. Ref.

Einen e
Verfahren ei
int. in dem
Prostata nur
Atrophie ge
logischen St
theilten Erf
wegen zu g
Haben

Theil einen
Sinne eines
werden, die
eine Berecht
worten, allei
sexuale Ope
d. h. also in
berechtigt is
lange aus.
Blase nach
akuter Harn
Hilfen, welc
beiführen kö
in den schw

Bildung einer schrägen Fistel oberhalb der Symphyse nach dem Verfahren von Witzel, welche namentlich von Wiesinger an Prostatikern geprüft und warm empfohlen ist.

Es hat nicht an Versuchen gefehlt, das schwere Leiden der Prostatiker durch Eingriffe an der Prostata selbst zu heben oder doch zu bessern. Man hat von der Urethrotomia externa aus, von der Sectio alta aus Stücke der Prostata, welche in das Blaseninnere hinein vorragten, entfernt, namentlich Theile des mittleren Lappens. Man hat auch von einem perinealen Schnitt aus Stücke der Prostata, namentlich aus deren Seitenlappen, entfernt (laterale Prostatektomie von Dittel). Wir haben Alle solche Eingriffe vollzogen und uns an den größeren oder geringeren Erfolgen gefreut, aber sehr viel ist auf diese Weise nicht erreicht worden. Der Erfolg war um so größer, je isolirter ein einzelner Theil der Prostata vergrößert vorragte, der dann entfernt werden konnte. Sehr beachtenswerth erscheinen desshalb die seit Jahren unausgesetzt und mit immer verbesserten Instrumenten erzielten Erfolge von Bottini. Derselbe hat namentlich mit Benutzung seines galvanokaustischen Incisors vorstehende und verengende Theile der Prostata zerstört oder mit Bildung einer Rinne durchgebrannt. Noch kürzlich hat im Anschluss an frühere Mittheilungen von Czerny, Kümmell und Anderen Freudenberg Bottini's Erfolge und mehrere eigene, nach gleicher Methode behandelte Fälle, welche erheblich gebessert waren, vorgeführt. Ref. hält dieses Verfahren für sehr beachtenswerth.

Einen eigenartigen Standpunkt nimmt das von Bier geübte Verfahren ein. Derselbe vollführt die Ligatur der Aa. iliaca int. in dem Sinne, dass dadurch die von dieser Arterie versorgte Prostata nur mehr spärlich mit arteriellem Blut versorgt und zur Atrophie gebracht werde. Das Verfahren ist vom allgemeinen pathologischen Standpunkt recht interessant, aber nach den bisher mitgetheilten Erfolgen des Autors und von W. Meyer für die Prostata wegen zu großer Gefährlichkeit nicht geeignet.

Haben neben allen diesen genannten Eingriffen, welche zum Theil einen rein palliativen Charakter tragen, zum Theil aber im Sinne eines Radikaleingriffes an der Prostata selbst vorgenommen werden, die Anfangs erwähnten Operationen an den Sexualorganen eine Berechtigung? Ich bin geneigt, diese Frage mit Ja zu beantworten, allein mit Einschränkungen, welche dahin gehen, dass eine sexuelle Operation nur in schweren Fällen von Prostatahypertrophie, d. h. also in fortgeschrittenen und complicirten Fällen dieses Leidens, berechtigt ist. Mit gehöriger Pflege und Katheterismus kommt man lange aus. Häufig stellt sich eine gewisse Leistungsfähigkeit der Blase nach einem ersten und selbst nach einem zweiten Anfall von akuter Harnretention wieder ein. An Stelle der Eingriffe und kleinen Hilfen, welche eine Depletion der Prostata und ihrer Umgebung herbeiführen können, ist eine sexuelle Operation nicht gestattet. Selbst in den schweren Fällen ist der Erfolg der sexualen Operation un-

sicher und deshalb diese Operation nur im Sinne eines Versuches dann auszuführen, wenn unerträgliche und anderweit kaum zu überwindende Beschwerden den Pat. dazu drängen, diese Hilfe zu erbitten.

Habe ich die Erfolge der Kastration und ihrer Ersatzoperationen auch ziemlich gering und unsicher geschildert, so halte ich es doch für übertrieben, diese Eingriffe völlig zu verwerfen. Denn einmal sind unter den Erfolgen dieser Operationen so viele Fälle mit mehr oder minder günstigem Ausgang geschildert, wie sie sonst bei dem schweren und in einer gewissen stetigen Zunahme befindlichen Leiden der Prostatiker mit anderen Methoden bis dahin nicht erreicht worden sind; andererseits sind von absolut zuverlässigen und kritischen Beobachtern einzelne Fälle beschrieben worden, die ganz besonders schwer waren, bei welchen sogar nach einem 9—11- und 12jährigen Katheterleben schwerster Art im Anschluss an die Kastration noch eine ungeahnte und hochbefriedigende Verbesserung eintrat. Hierher gehören auch die Fälle, bei welchen der Verschluss von suprapubischen Fisteln etc. (Fälle von Ramm, Madelung, Rose, Chevalier) noch eingetreten ist.

Nach alledem würde, selbst wenn wir den theoretischen Standpunkt Guyon's theilen würden, dessen Satz einer Einschränkung bedürfen, dass es eine Radikalbehandlung für Prostatiker nicht gebe. Es giebt wohl eine Radikalbehandlung, und neben den direkten Eingriffen an der Prostata mögen in gewissen schweren Fällen auch Operationen an den Sexualorganen in Zukunft berechtigt sein!

(Selbstbericht.)

Diskussion: Socin (Basel) hält die sexualen Operationen bei Prostatahypertrophie noch immer für ein zweifelhaftes Mittel, das zu viel ohne Kritik angewendet werde. Die Prostatahypertrophie ist in 80% der Fälle keine Krankheit, sondern nur ein anatomischer Befund. Zur Krankheit machen sie erst die Harnbeschwerden, deren Hauptsitz die Blase ist. Dann hat man es nicht mehr mit der Prostatahypertrophie, sondern mit Prostatikern zu thun. Guyon's »prostatisme« erkennt S. jedoch nicht an. Man darf nicht eher operiren, als bis man eine genaue Diagnose gemacht hat; hierzu ist cystoskopische Untersuchung stets erforderlich. Wenn die Blase noch gut funktioniert, keine Cystitis vorhanden ist, fehlen die Beschwerden. Diese entstehen erst durch Residualharn, dessen Entleerung allein in mehr als der Hälfte aller Fälle genügt, um Erleichterung zu schaffen. Allerdings können Recidive öfters vorkommen. Bei Hypertrophie des mittleren Lappens allein ist derselbe durch Sectio alta zu entfernen, was sehr gute Resultate giebt. Ist die Blase, sind bezw. auch die Nieren sekundär verändert, so genügt häufig auch noch ein regelmäßiger Katheterismus. Sonst empfiehlt sich die Prostatektomie von oben oder unten.

Die na
vielen Fäl
Die gleich
der Prosta
durch Ent
durch Mas
eine verkle
Ochsen ist
Samenblase
Selbst mik
Unterschie

Pfeil-
Urinretenti
die Bouton
machte, ei

Bier
iliac. int.
allgemein
neale Ope
Schwierig
schlechter
lungen be
B. ha
neal, 9m
ration. I
Misserfol

Sch
psychisc
der Vas
nach de
sah S. r

44) Bo

M.
zulegen.
behande
übrigen
In
seitige
einen S
Resekti
Vo
gerechn

Die nach der Kastration beobachteten guten Resultate wären in vielen Fällen wohl auch auf andere Weise zu erreichen gewesen. Die gleich nach der Operation beobachtete angebliche »Atrophie« der Prostata ist keine Atrophie, sondern nur Depletion der Drüse durch Entleerung der Venen. Dasselbe Resultat lässt sich auch durch Massage erreichen. Bei Sektionen von Kastrirten ist niemals eine verkleinerte Prostata gefunden worden. Auch beim Stier und Ochsen ist die Prostata fast gleich groß (Abbildung), während die Samenblasen und das Vas deferens des Stieres viel größer erscheinen. Selbst mikroskopisch lässt sich an der Prostata dieser Thiere kein Unterschied auffinden. —

Pfeil-Schneider (Schönebeck) hält die Blasenpunktion bei Urinretention für verkehrt; man soll, wenn man nicht durchkommt, die Boutonnüre machen. Er erlebte nach einer Punktion, die er machte, eine Harninfiltration mit letalem Ausgang. —

Bier (Kiel) bespricht die von ihm empfohlene Ligatur der Aa. iliac. int. bei Prostatikern. Die Operation ist schwierig und nicht allgemein zu empfehlen. B. hat die früher angegebene extraperitoneale Operation verlassen und macht sie jetzt transperitoneal. Die Schwierigkeiten der Operation bei Prostatikern beruhen auf dem schlechten Vertragen der Narkose und den häufigen Fettansammlungen bei diesen Kranken.

B. hat die Operation bis jetzt 11mal gemacht, 2mal extraperitoneal, 9mal intraperitoneal. Davon starben 3 direkt nach der Operation. Die Erfolge sind nicht sehr ermuthigend; 1 Fall gab direkten Misserfolg. —

Schede (Bonn) betont die nach der Kastration beobachteten psychischen Depressionsstörungen, die schon nach einfacher Ligatur der Vasa deferentia auftreten können. Dieselben erinnern an die nach der Kropfexstirpation beobachteten Zustände. In einem Falle sah S. nach Spermininjektionen Heilung eintreten.

Jaffé (Hamburg).

44) **Borelius** (Karlskrona). Behandlung der Prostatahypertrophie.

M. H.! Ich erlaube mir, Ihnen eine Statistik aus Schweden vorzulegen. Die Statistik umfasst im Ganzen 102 mit Genitaloperationen behandelte Fälle. Von diesen sind 19 von mir selbst behandelt, die übrigen sind mir von schwedischen Kollegen mitgetheilt worden.

In 50 Fällen ist vollständige Kastration gemacht, in 46 doppelseitige Resektion vom Vas deferens, und in 6 Fällen ist an der einen Seite Testisexstirpation, an der anderen Seite Vas deferens-Resektion gemacht.

Von den 50 mit Kastration behandelten Fällen muss einer abgerechnet werden, da es sich bei der Sektion zeigte, dass es sich

um ein Carcinom der Prostata handelte. In den übrigen 49 Fällen war das Resultat folgendes: 9 sind nach der Operation gestorben, freilich nicht in Folge der Operation, aber doch kurze Zeit nach der Operation. Der gewöhnlichste Sektionsfund war Pyelonephritis. In 7 Fällen war das Resultat gleich Null. In 4 Fällen kann das Resultat nicht beurtheilt werden, muss als unsicher bezeichnet werden. In den übrigen 29 Fällen ist eine Besserung nach der Operation eingetreten. Von diesen 29 waren 14 ganz unkomplizierte akute Retentionen; 4 waren mit leichter Cystitis komplizierte akute Retentionen. 5 Fälle waren chronische Retentionen, einige davon mit schweren Komplikationen; 2 Fälle waren chronische Retentionen mit Inkontinenz. In 4 Fällen handelte es sich um Dysurie und schwere Tenesmen ohne vollständige Retention. In all diesen Fällen ist eine mehr oder weniger deutliche Verbesserung der Symptome eingetreten.

Eine Verkleinerung der Prostata nach der Operation wurde in 29 Fällen konstatiert; in 13 Fällen konnte dies nicht konstatiert werden; in 7 Fällen ist nichts davon angegeben. Eine Komplikation mit Cystitis ist in 25 Fällen beschrieben. In 12 Fällen wurde die Cystitis gebessert, in 10 Fällen nicht gebessert, in 3 Fällen ist nichts davon angegeben. In einem Falle wurde ein vorübergehender maniakalischer Zustand nach der Operation beobachtet.

In 46 Fällen ist doppelseitige Resektion oder Ligatur vom Vas deferens gemacht. Von diesen Fällen muss einer abgerechnet werden, da es sich bei der Sektion zeigte, dass es sich um Tuberkulose der Prostata handelte. Das Resultat in den übrigen 45 Fällen war folgendes: 10 sind nach der Operation gestorben. In 7 Fällen kein Erfolg; in 28 Fällen ist eine mehr oder weniger deutliche Verbesserung eingetreten. Von diesen waren 22 Fälle unkomplizierte akute Retentionen; 4 Fälle waren chronische Retentionen; in 2 Fällen handelte es sich um Dysurie und Tenesmen ohne vollständige Retention. Eine Verkleinerung der Prostata nach der Operation wurde in 10 Fällen konstatiert; in 20 Fällen konnte eine Verkleinerung nicht konstatiert werden; in 6 Fällen ist nichts davon angegeben. Eine Komplikation mit Cystitis ist in 23 Fällen beschrieben. In 10 Fällen wurde die Cystitis gebessert, in 13 Fällen nicht gebessert. Zu bemerken ist, dass in 2 Fällen ein Recidiv von akuter Retention resp. 3 und 12 Monate nach der Operation beobachtet ist.

In 3 Fällen, in welchen Vas deferens-Resektion ohne Erfolg gemacht war, wurde einige Wochen später Kastration gemacht. In allen 3 Fällen war auch diese Operation ohne Erfolg.

In 6 Fällen ist an der einen Seite Testisextirpation, an der anderen Seite Vas deferens-Resektion gemacht. Das Resultat war folgendes: in 3 Fällen Besserung; in 2 Fällen keine Besserung; in einem Falle Tod. Die 3 gebesserten Fälle waren alle unkomplizierte akute Retentionen.

Die Resultate im Ganzen sind also: 60 gebessert, 16 nicht gebessert, 4 unsichere Resultate, 20 gestorben.

In 5 v
logischen I

Die R
ration bew
negativ be
dass man v
atrophische

Wenn
Besserung
tionen war
bessert wor
als sehr b
17 Fällen e
fallender

Es sch
gehen, dass
ciren lernen

45) A. Fr
dikalbeha

Die ger
Erfinder au
welche sich
zum ersten
Chirurgie b
lichen Sch
Instrumenta
Abneigung
riren — w
geholfen —
Launois-C
beschwerden
rie, nachde
bereits der
erfolgen b
werden m

Das In
abgesehen v
Bottini'sch
terisator
welcher ein
dernden Pro
prompter
von Bottin
lichen und
Platinmesser

In 5 von den gestorbenen Fällen habe ich die Prostata im pathologischen Institut in Upsala histologisch untersucht.

Die Resultate dieser Untersuchung bezüglich einer vor der Operation bewirkten mikroskopisch nachweisbaren Atrophie müssen als negativ bezeichnet werden, wenn Rücksicht darauf genommen wird, dass man wohl immer in der hypertrophischen und senilen Prostata atrophische Veränderungen von bedeutender Ausdehnung trifft.

Wenn man bedenkt, dass von den 60 Fällen, in denen eine Besserung nach der Operation eintrat, 43 unkomplizierte Retentionen waren, die wahrscheinlich eben so gut ohne Operation gebessert worden wären, so muss man wohl die Resultate im Ganzen als sehr bescheiden bezeichnen. Doch es giebt unter den übrigen 17 Fällen einige, in welchen der Erfolg der Operation ein ganz auffallender ist.

Es scheint mir, unsere Bestrebungen müssen in der Richtung gehen, dass wir diese vereinzelt Fälle zu kennen und zu diagnostizieren lernen suchen.

(Selbstbericht.)

45) **A. Freudenberg** (Berlin). Zur galvanokaustischen Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini.

Die geringe Beachtung, welche die seit 22 Jahren von ihrem Erfinder ausgeübte Bottini'sche Operation bisher gefunden, und welche sich am deutlichsten dadurch manifestirt, dass dieselbe heute zum ersten Male auf einem Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie besprochen wird, erklärt sich wohl 1) aus der anfänglichen Schwierigkeit der Beschaffung und Unvollkommenheit des Instrumentariums, insbesondere der Elektrizitätsquelle, 2) aus der Abneigung der Chirurgen, ohne Information durch das Auge zu operiren — welchem Umstande inzwischen durch die Cystoskopie abgeholfen —, 3) — last not least — durch die lange Zeit herrschende Launois-Guyon'sche Theorie der Entstehung der senilen Harnbeschwerden. Es muss energisch betont werden, dass diese Theorie, nachdem ihr durch die anatomischen Untersuchungen Casper's bereits der Boden entzogen ist, nach den operativen Heilerfolgen bei der Prostatahypertrophie gänzlich aufgegeben werden muss.

Das Instrumentarium der Bottini'schen Operation besteht — abgesehen von der Elektrizitätsquelle, als welche ich die größere Bottini'sche Akkumulatorenbatterie benutzt habe — aus dem »Kauterisator«, welcher eine Zerstörung, und dem »Incisor«, welcher eine galvanokaustische Spaltung der den Urinabfluss hindernden Prostatapartien bewirken soll. Der Incisor ist wegen seines prompteren und besseren Effektes jetzt das ausschließliche von Bottini angewendete Instrument. Es besteht aus einem männlichen und weiblichen Arme, von denen der erstere das 1½ cm hohe Platinmesser trägt, welches durch die Drehung einer archimedischen

Schraube aus der Nische des weiblichen Schnabels heraustritt. Eine am Schaft vorhandene Skala gestattet, den Weg des Messers bis auf Millimeter genau abzulesen. Wichtig ist bei beiden Instrumenten die seit 1882 angebrachte Kühlvorrichtung, da nur diese ein exaktes und vor Nebenverletzungen gesichertes Operiren garantirt.

Vorausgeschickt sollte der Operation möglichst eine cystoskopische Untersuchung werden. Narkose ist nicht erforderlich, da eine einfache Cocainisirung genügt, und selbst ohne diese die Schmerzen nur äußerst gering sind. Operirt wird bei leerer Blase. Es ist zweckmäßig, mehrere Spaltungen in verschiedenen Richtungen vorzunehmen. — Ich selbst habe stets 3 gemacht, eine nach hinten, eine nach vorn, eine nach der Richtung der größten seitlichen Prominenz. Die Dauer der Operation beträgt $1\frac{1}{2}$ —5 Minuten.

Die Beschwerden der Pat. bei und nach der Operation sind ganz unbedeutend. Temperatursteigerung meist nicht vorhanden, Blutung in der Regel nicht nennenswerth. Aufstehen können die Pat. häufig schon nach 1 oder 2 Tagen, zum Zweck der Urinentleerung sofort. — Die Wirkung tritt beim Incisor meist fast unmittelbar nach der Operation ein, nur selten ist eine 2. Sitzung erforderlich. Natürlich gewinnt die Blase nur allmählich ihre volle Fähigkeit zur Urinentleerung wieder.

Was die Erfolge betrifft, so konnte Bottini bereits 1890 über 57 Fälle mit 43 Erfolgen (= $75\frac{1}{2}\%$) berichten und 2 Todesfällen, die aber noch auf Instrumente ohne Wasserkühlung und anscheinend nicht auf den Incisor fallen. Seitdem ist, in Folge der Verbesserungen in Instrumentarium und Technik, in weiteren 23 Fällen seiner Klinik kein Todesfall und kein wirklicher Misserfolg vorgekommen.

Nachprüfungen liegen vor von Bruce Clark und Kümmell für den Kauterisator, von Czerny und mir für den Incisor. Bruce Clark sah nur einmal einen Erfolg, wahrscheinlich weil er eine zu geringe Stromstärke anwendete, Kümmell und Czerny haben sich Beide günstig über die Operation geäußert.

Ich selbst habe bisher 5 Fälle (vgl. Berliner klin. Wochenschrift 1897 No. 15) operirt, deren Alter zwischen 63 und 81 Jahren schwankte. 3 davon litten seit Monaten an kompletter Urinretention, die beiden anderen an quälender Häufigkeit des Urindranges (60—70mal in 24 Stunden). Von den 3 ersteren fing einer 10 resp. 4 Tage (2 Sitzungen!), die beiden anderen 3 und 4 Stunden nach der Operation wieder an selbständig zu uriniren. Alle sind den Katheter zum Zweck der Urinentleerung los geworden. — Bei der 2. Gruppe sank die Miktionshäufigkeit auf 5—8- und 8—10mal in 24 Stunden. Allgemeinbefinden Aller wesentlich gehoben. Gewichtszunahme von $28\frac{1}{2}$ Pfd. in 3 Monaten (der 81jährige!), 8 Pfd. in 5 Wochen, 9 Pfd. in 5 Wochen! Ich bin mit Czerny der Ansicht, »dass die Bottini'sche Operation mehr Beachtung verdient, als sie bisher gefunden zu haben scheint«.

(Selbstbericht.)

46) Posner

Unsere U
wie hoch die
Katheterismus
Hatte man so
mit Bakterien
führen wir u
mit Cystitis d
und wie gro
ihnen?

Zunächst
gekauften Ka
Resultaten fr
frei sind, aber
Entzündungse

Dagegen
leidende Pat.
— speciell Ba
nach Gebrauch
sondern auch
vorwiegend üb
— bis 14tägig
einem einen
lichkeit angev
gefunden wur

Es ergie
der täglichen
gebrauchte K
thoden — m
immer ausreic
keimfrei zu m
Untersuchung
organismen g
vollkommen z
nach Anwend
bestehen.

47) Dührssen

mitsammt d

Die vor
des Votr. M
unteren Sche
außerdem no
Chirurgen-Kong

46) **Posner und E. Frank** (Berlin). Zur Frage der Blaseninfektion durch den Katheter.

Unsere Untersuchungen sollten beitragen zur Klärung der Frage, wie hoch die Gefahr etwa zu veranschlagen ist, die einer Blase durch Katheterismus mit ungenügend desinficirten Instrumenten droht. Hatte man sonst experimentirt, indem man die Katheter künstlich mit Bakterien beschickte und nun ihre Infektionskraft prüfte, so verfahren wir umgekehrt, indem wir fragten: wie weit sind bei Pat. mit Cystitis die gebrauchten Katheter als Infektionsträger anzusehen, und wie groß ist die etwaige Resistenz der Infektionskeime an ihnen?

Zunächst zeigten uns Kontrollversuche an ungebrauchten, neu gekauften Kathetern verschiedener Art in Übereinstimmung mit den Resultaten früherer Autoren, dass diese zwar natürlich nicht keimfrei sind, aber doch nur harmlose Luftbakterien — keine specifischen Entzündungserreger — enthalten.

Dagegen gelang es uns, bei Instrumenten, welche an Cystitis leidende Pat. benutzen, aus Harn und Katheter identische Bakterien — speciell *Bacterium coli* — zu züchten; und zwar nicht bloß kurz nach Gebrauch des Katheters, was ja wenig bemerkenswerth wäre, sondern auch sonst nach Anwendung der in der Praxis noch immer vorwiegend üblichen Reinigungsmethoden, wie auch nach längerem — bis 14tägigem Liegenlassen. Insbesondere erwähnen wir, dass in einem einen Kollegen betreffenden Falle, in dem skrupulöse Reinlichkeit angewandt wurde, trotzdem virulente Colibacillen am Katheter gefunden wurden.

Es ergibt sich aus unseren, unmittelbar auf die Vorkommnisse der täglichen Praxis begründeten Versuchen, dass in der That der gebrauchte Katheter ein Infektionsträger ist; dass die üblichen Methoden — mechanische Reinigung, Karbol etc. — wenigstens nicht immer ausreichen, um die durch den Gebrauch inficirten Instrumente keimfrei zu machen. Was nach Schimmelbusch's grundlegenden Untersuchungen bei künstlicher Beschickung des Katheters mit Mikroorganismen gelingt, trifft doch für die Verhältnisse der Praxis nicht vollkommen zu, und es blieb daher die immer wiederholte Forderung nach Anwendung noch wirksamerer Desinfektionsmethoden zu Recht bestehen.

(Selbstbericht.)

47) **Dührssen** (Berlin). Demonstration eines 10 kg schweren, mitsammt den tuberkulösen Tuben durch vaginale Laparotomie entfernten Ovarialkystoms.

Die vorgezeigte Geschwulst gehört zu den größten, die durch des Votr. Methode, nämlich die Eröffnung der Bauchhöhle vom unteren Scheidengewölbe aus, entfernt worden sind. Dieser Fall ist außerdem noch durch die gleichzeitige Entfernung der tuberkulösen

Tube interessant. Der Uterus und das 2. gesunde Ovarium wurden zurückgelassen, um der 24jährigen Pat. die Menstruation zu erhalten.

Die Pat. war 3 Monate vor der Operation schon so herabgekommen, dass der behandelnde Arzt nur die Punktion wagen zu dürfen glaubte. Dieselbe entleerte 8 Liter Flüssigkeit. Allmählich erreichte der Leib aber wieder den Umfang wie bei einer Hochschwangeren, die obere Grenze des Tumors fand der Votr. am Rippenrand, sein unteres Segment ließ sich in das vordere Scheidengewölbe herabdrücken.

Nach Eröffnung des letzteren wurde der Tumor mit einem Spiegel sichtbar gemacht, gefasst und angestochen. Durch successives Herabziehen und Anstechen weiterer Hohlräume wurden mindestens 10 Liter Flüssigkeit entleert und die Geschwulst so verkleinert, dass sie bis vor die Vulva gezogen und unterhalb der erkrankten Tube abgebunden und abgetragen werden konnte.

Sodann wurde die andere Tube vorgeholt und nach Unterbindung ihres Mesenteriums abgetragen. Der retrovertirte und fixirte Uterus wurde aus seinen Verwachsungen befreit und vaginofixirt.

Die Pat. konnte 14 Tage nach der Operation geheilt entlassen werden. Der Fall beweist, dass die vaginale Laparotomie auch bei großen Geschwülsten durchzusetzen ist. Ihre Vortheile vor der ventralen Laparotomie bestehen anerkanntermaßen in der geringeren Operationsgefahr, dem Wegfall des Shocks der ventralen Laparotomie, den geringeren postoperativen Beschwerden, der rascheren Heilung und rascheren Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und — last not least — in der Vermeidung der Bauchnarbe mit ihren möglichen nachtheiligen Folgen.

Auch die psychische Einwirkung der Operation ist eine günstige, in so fern sie für die Pat. nicht das Schreckhafte darbietet wie eine ventrale Laparotomie. Demgemäß hat sich auch die Pat. des Votr., welche die von anderer Seite vorgeschlagene ventrale Laparotomie verweigert hatte, der vaginalen Laparotomie gern unterzogen.

(Selbstbericht.)

48) Hadra (Berlin). Operative Heilung eines Falles von atypischem Morbus Addisonii durch Exstirpation einer tuberkulösen Nebenniere.

H. demonstirt den schon Juli 1896 in der Berliner chirurgischen Vereinigung vorgestellten Fall wegen Bestandes der Heilung und seiner principiellen Bedeutung für die Pathologie des Addison.

55jährige, äußerst kachektische, hochgradigste Prostration darbietende, von 98 auf 70 Pfd. abgemagerte, seit einigen Jahren schon magenleidende Frau (Kardialgien, Erbrechen etc.). Sommer 1895 Tumor der Magengegend konstatirt, an H. Oktober 1895 als Magen-carcinom zur Operation geschickt.

In der Magengegend nahe der Mittellinie ca. kleinapfelgroße, verschiebbliche, höckrige, druckempfindliche Geschwulst, auf Druck

typische Schm
Salzsäurereakt
leer. Nieren

Diagno
Leberlappen
durch Omentu
lich, sitzt auf
auf Aneurysm
geschlossen.

Ligierung ein
Ungestör
rismus ohne
gangen. Sän
96, von 69 b
Influenza-An

Makro-
Oestreich
niere (cf. g
schrift für
Morbus Addi

Lage des
Nebenniere ü
fell und Pan
Bei Tum
denken.

Fehlende
den, Fleine
ev. vor Entw
Pathogn
welche in n
bei typischer

Schwier
scheidung d
erkrankt se
solaris), Un
vertragen, l
wichtigen E

Bei Lei
extraperiton
Leichen, we
das ganze K
moren muss
nicht schwi

typische Schmerzen. Tumor verschwindet bei Aufblähung des Magens, Salzsäurereaktion normal, Magen 1½ Stunde nach Probefrühstück leer. Nieren und Herz frei, Cat. ap. pulm. sin.

Diagnose: Retroperitonealer Tumor. Laparotomie. Linker Leberlappen nach oben geklappt, Magen nach unten gezogen. Tumor durch Omentum minus freigelegt, schimmert weißlich und gelbbraunlich, sitzt auf und links von Aorta, pulsirt enorm, so dass Verdacht auf Aneurysma, der aber durch 3 sehr feine Probepunktionen ausgeschlossen. Enukleation unter 8 cm langer Freilegung der Aorta, Ligation eines kleinen Gefäßstieles.

Ungestörte Rekonvaleszenz, nur am 2. Tage hochgradiger Meteorismus ohne Peritonitis (Sympathicuslähmung), spontan zurückgegangen. Sämtliche Beschwerden beseitigt. Körpergewicht bis Juli 96, von 69 bis 87 Pfd., Wohlbefinden hält an, zur Zeit nach einem Influenza-Anfall 78 Pfd.

Makro- und mikroskopische Untersuchung des Tumors durch Oestreich ergab eine schwer käsige tuberkulös degenerierte Nebenniere (cf. genauere mikroskopische Details bei Oestreich, Zeitschrift für klin. Medizin Bd. XXXI Hft. 1 u. 2), der daraufhin Morbus Addisonii trotz fehlender Hautverfärbung konstatierte.

Lage des Tumors stimmt topographisch-anatomisch mit der linken Nebenniere überein, die nach Jössel (topogr. Anat.) zwischen Zwerchfell und Pankreas, vor sich den Magen, liegt.

Bei Tumoren dieser Gegend ist daher an die Nebenniere zu denken.

Fehlende Bronzefärbung schließt Addison nicht aus (v. Kahlen, Fleiner, Hutchinson). Es sind dies atypische Fälle, welche ev. vor Entwicklung des vollen Krankheitsbildes sterben.

Pathognomonisch sind die Veränderungen der Nebennieren, welche in neuerer Zeit bei genauerer mikroskopischer Untersuchung bei typischem Addison nicht vermisst werden.

Schwierigkeit der Diagnose vor Eintritt der Bronzefärbung, Entscheidung der Frage, ob beide resp. welche von beiden Nebennieren erkrankt sei, eventuelles Ergriffensein der Nervencentren (Plexus solaris), Unkenntnis, ob Menschen Entfernung beider Nebennieren vertragen, lässt bisher intendierte Bestätigung dieser, daher theoretisch wichtigen Einzelbeobachtung schon hoffen.

Bei Leichenversuchen ließ sich mit dem v. Bergmann'schen extraperitonealen Schrägschnitt die Nebenniere selbst abgemagerter Leichen, wenn die Niere mit ihrer Fettkapsel nach unten luxirt und das ganze Fett am oberen Pol extirpiert wird, entfernen. Bei Tumoren muss es daher leichter sein. Per laparotomiam war es auch nicht schwierig.

(Selbstbericht.)

49) **Immelmann** (Berlin). Demonstration des Frank'schen Apparates zum Anlegen eines Verbandes ohne Assistenz bei Radiusfrakturen.

Der Apparat, der von Dr. Rudolf Frank in Wien konstruiert ist, soll beim Anlegen eines Verbandes bei Radiusfrakturen die notwendigen 2 Assistenten, nämlich den einen zur Extension und den anderen zur Kontraextension, ersetzen.

Das Olekranon stützt sich auf eine kurze Schiene, während der Oberarm gegen eine von letzterer rechtwinklig abgebogene Schiene mittels Riemen fixirt wird. Am Endglied des Daumens greift ein sogenannter Mädchenfänger (Rohrgeflecht) an, von welchem eine Schnur über eine Rolle läuft; ein Gewicht von 5 kg bewirkt die Extension. Die übrigen 4 Finger umfasst eine Klammer, von der ein Stiel ausgeht, dessen Ende mittels eines Kugelgelenks in einem Gewicht von ebenfalls ca. 5 kg spielt. Durch Verschiebung des letzteren lässt sich die Hand in die gewünschte Flexion bringen. Die Anwendung des Apparates ergibt sich von selbst.

Die Reposition der Fragmente ist wegen des gleichmäßigen Zuges wenig schmerzhaft. Der Pat. bleibt bis zum völligen Erhärten des Verbandes im Apparat. Durch Röntgen-Durchleuchtung vor und nach Anlegen des Gipsverbandes, und zwar während der Pat. am Apparat befestigt ist, überzeugt man sich, ob die Reposition eine gelungene ist.

(Selbstbericht.)

50) **Bardenheuer** (Köln). Exarticulatio femoris im Sacroiliacalgelenk.

B. bespricht den in No. 7 dieses Blattes veröffentlichten Fall der Exarticulation des Beines in dem Sacroiliacalgelenk; er hatte gehofft, die Pat., die vor annähernd 3 Monaten operirt worden ist, vorstellen zu können. Leider machte sie im letzten Augenblick Schwierigkeiten, und war B. nur in der Lage, Photographien von ihr zu zeigen. Die Operation, welche an der 46jährigen Pat. wegen einer seit dem ersten Lebensjahre bestehenden tuberkulösen Coxitis und sekundären Eiterungen des Os ileum vorgenommen wurde, bestand in der präliminären Unterbindung der Arteria iliaca externa und interna und gleich nachgeschickten Enukleation des Beines sammt des Os ileum. B. hielt bei der großen Schwäche der Pat., bei dem starken Albumingehalt des Urins ($\frac{1}{2}\%$), bei der bestehenden Vergrößerung der Leber (speckige Entartung?) es für die erste Aufgabe der Operation, kein Blut zu verlieren, was er durch die vorausgeschickte Unterbindung der Art. iliac. ext. und int. erreichte. Die eigentliche Operation, die Entfernung des Beines und des Os ileum, war nachher relativ leicht auszuführen; ferner legte B. einen großen Werth auf die Nichtverletzung des Diaphragmas des kleinen Beckens und auf die Bildung zweier seitlicher Lappen, eines äußeren, die

Muskeln: Glu
inneren, die
des Beines e

Nach de
schonte Faso
mit der tiefe
flächlichen S
Fascia lata i
denjenigen d

Hierdur
Eingeweide
hindert.

Es hat
aus der Photo
im ärztlichen
dem Fehlen

Die Pat.
Die Prothese
und kranke l
über die Sch
unten konvex
in der Höhe
Bein. Die V
lide. Die bei

ist ein außer
2 Stöcken he
Stock zu geh
Albumingeha
er auch bis
gekräftigt.
gekehrt. Di

B. bespr
tion und gl
Fällen, wo
wegen eines
Beckens die
nach einer v
die andauern
diese Indikat
antreten; c.
Osteomyelitis
wo wegen d
Unterleibsdri
Aussicht auf
wegen ihrer

Die Ope
uns nicht, de

Muskeln: Glutaei und die Fascia lata an der äußeren Seite, und eines inneren, die Adduktoren und die Fascia lata an der inneren Seite des Beines einschließenden Lappens.

Nach der vollendeten Operation vernähte er die möglichst geschonte Fascia iliaca mit der Fascia pelvis, den Stumpf des Psoas mit der tieferen Schicht der Adduktoren, die Glutaei mit der oberflächlichen Schicht der Adduktoren, die Fascia lata ext. mit der Fascia lata int. und die Hautwundränder des äußeren Lappens mit denjenigen des inneren.

Hierdurch ward ein fester Wall gegen die stark andrängenden Eingeweide gebildet und die Entstehung eines Bauchbruches verhindert.

Es hat sich bei der Pat. kein Bruch entwickelt, wie man auch aus der Photographie erkennen kann; die Pat. ward am 26. April 1897 im ärztlichen Verein zu Köln vorgestellt, und konnte Jeder sich von dem Fehlen des Bruches überzeugen.

Die Pat. kann mit einer passenden Prothese gut herumgehen. Die Prothese besteht aus 2 ledernen Kapseln, welche das gesunde und kranke Becken umgreifen; dieselben werden durch 2 Gurte, die über die Schulter gehen, getragen. An der festen ledernen, nach unten konvexen linken Kapsel artikuliert um eine Querachse, welche in der Höhe des Hüftgelenks der anderen Seite liegt, ein künstliches Bein. Die Verbindung desselben mit der Kapsel ist eine recht solide. Die beiden Kapseln sind durch Schnüre vereinigt. Der Gang ist ein äußerst sicherer, und konnte Pat. schon am 3. Tage mit 2 Stöcken herumgehen, am 1. Mai vermochte sie schon mit einem Stock zu gehen; sie hat seit dem 1. Mai das Hospital verlassen. Der Albumingehalt des Urins ist zeitweilig auf 0 gefallen, zeitweilig stieg er auch bis auf $\frac{1}{2}\%$. Pat. hat sich sehr erholt und fühlt sich sehr gekräftigt. Die Leber ist ad normam bezüglich ihrer Größe zurückgekehrt. Die Fisteln waren bei der Entlassung geschlossen.

B. bespricht hieran anschließend die Indikation für die Operation und glaubt, dass dieselbe ihre Berechtigung finde a. in den Fällen, wo nach der vorausgeschickten Exartikulation des Beines wegen eines starrwandigen Psoasabscesses oder Caries tuberc. des Beckens die Eiterung dauernd bestehen bleibt, b. in den Fällen, wo nach einer vorausgeschickten Resektion aus gleichen Gründen durch die andauernde Eiterung die Kräfte des Kranken konsumiert werden; diese Indikation dürfte vielleicht nicht selten an den Chirurgen herantreten; c. primär ist die Operation indicirt in den Fällen von Osteomyelitis oder Tuberkulosis des Hüftgelenks oder des Os ileum, wo wegen der großen Schwäche, oder der speckigen Entartung der Unterleibsdrüsen, oder wegen des Alters die Resektion nicht mehr Aussicht auf Heilung gewährt; d. bei Geschwülsten des Beckens, die wegen ihrer Größe die Resektion des Beckens nicht mehr gestatten.

Die Operation ist ja eine große, eingreifende, indess wir scheuen uns nicht, den halben Thorax zu entfernen oder den halben Schulter-

gürtel nebst Arm zu enukleiren, und retten hierbei, wenn auch nicht stets, so doch manchmal das Leben; wesshalb sollen wir nicht auch in solchen Fällen, wo dem Träger mit Sicherheit der Tod bevorsteht, ihm die Möglichkeit geben, durch Unterziehung einer großen, sagen wir auch gefährlichen Operation sich das Leben zu erhalten.

In unserem Falle hat die Operation entschieden viel geleistet, sie hat der Pat., welche mit Sicherheit dem Tod innerhalb kurzer Zeit entgegensah, die Gesundheit vielleicht auf lange Zeit wiedergegeben; Pat., welche niemals mehr das Bett verlassen haben würde, erfreut sich jetzt eines dauernden Wohlbefindens und befindet sich in der fast gleichen Lage, wie eine Hüftgelenk-Exartikulierte.

Die Technik der Operation v. No. 7 dieser Zeitschrift.

(Selbstbericht.)

51) Hofmeister (Tübingen). Über Coxa vara auf Grund von Röntgen-Aufnahmen.

Votr. hat die von ihm auf dem Kongress von 1894 ausgesprochene Vermuthung, dass die Coxa vara gar nicht so selten sei, als man bis dahin annahm, seither bestätigt gefunden, hat er doch seit jener Zeit in der Bruns'schen Klinik unter 16 000 Pat. nicht weniger als 40 neue Fälle der fraglichen Krankheit beobachtet.

Die Aufnahme von 7 sicher diagnosticirten und 3 verdächtigen Fällen mit Hilfe des Röntgen'schen Verfahrens hat beachtenswerthe Resultate geliefert. In den 3 letzten Fällen wurde die Vermuthung einer Coxa vara nicht bestätigt (es handelte sich vielmehr 1mal um kretinistische Deformation des oberen Femurendes, 1mal um Subluxation nach oben und 1mal um Deformation des Kopfes, wahrscheinlich als Produkt einer abgelaufenen Coxitis). Bei 7 Pat. wurde die angenommene Schenkelhalsverbiegung erwiesen, im 7. Falle handelte es sich um die Kontrolle einer Theilresektion nach Kraske.

Während im Einzelnen die Form des verbogenen Schenkelhalses von Fall zu Fall beträchtlich variirt, hat sich als gemeinsames Characteristicum ergeben die Verkürzung und Einrollung des unteren Schenkelhalsrandes, welche so hohe Grade erreichen kann, dass der untere Rand des Kopfes die Pfanne verlässt und sich pilzhutartig über den Hals überstülpt, so dass er dem Trochanter minor bis zur Berührung genähert sein kann.

Nicht nur für die Diagnose der Coxa vara liefert die Röntgen-Photographie werthvolle Anhaltspunkte, auch für die Frage, ob und wie man operiren soll, ist sie von weittragender Bedeutung, indem das Röntgen-Bild den anatomischen Effekt der geplanten Operation annähernd vorausberechnen lässt.

Der Keilresektion nach Kraske, welche a priori als das rationellste Verfahren erscheint, kann Votr. auf Grund seiner Aufnahmen nicht das Wort reden. In einigen seiner Fälle lässt das Röntgen-

Bild sie ganz
des Schenkel
zweckmäßig,
nicht beseiti
hinzufigt.
lineäre Oste
durch Erzeu
Halses und
Streckung d
der oberen.
lineäre Oste
nur deren
läuft, eine
Büdinger

Die K
einmal ein
tomie sich
steif geblieb
gelenks, we
machte. D
nachwies, n
hohem Grad
rung des K
sektion konn
haltspunkte
fälle besch
operativen
auf ca. 80
bei schwere
schwerden
tion sich a

Disku
bei Coxa v
viel verspre
Keilexcision
vorher hoch
Pat. hinkt

Der 2.
kapsel und
schieben g
schwer he
flächen so
tat war hi
1 1/2—2 cm
progressiv,
günstiger v

Bild sie ganz unmöglich erscheinen, wegen zu starker Verkürzung des Schenkelhalses in toto; in anderen Fällen erscheint sie nicht zweckmäßig, weil sie die Verkürzung des unteren Schenkelhalsrandes nicht beseitigt, sondern derselben nur eine Verkürzung des oberen hinzufügt. Rationeller erscheint unter diesem Gesichtspunkt die lineäre Osteotomie des Schenkelhalses nach Büdinger, welche durch Erzeugung einer klaffenden Spalte an der Unterseite des Halses und Ausfüllung derselben mit Knochenneubildung zu einer Streckung der unteren Schenkelhalspartie führt, ohne Verkürzung der oberen. Derselbe Effekt wird übrigens auch erreicht durch eine lineäre Osteotomie unterhalb des großen Trochanter, wenn nur deren innerer Theil oberhalb des Trochanter minor verläuft, eine Operationsmethode, welche dem Vortr. gegenüber der Büdinger'schen gewisse Vorzüge zu besitzen scheint.

Die Kraske'sche Operation hat in der Bruns'schen Klinik einmal ein gutes Resultat gegeben, das aber durch lineäre Osteotomie sich auch hätte erreichen lassen, da die vorher steife Hüfte steif geblieben ist. Ein 2. Mal kam es zur Vereiterung des Hüftgelenks, welche die nachträgliche Entfernung des Kopfes nöthig machte. Die Gefahr der Gelenkeröffnung besteht, wie Kraske nachwies, nicht an der vorderen oberen Seite, dagegen ist sie in hohem Grade gegeben hinten unten in Folge der starken Annäherung des Kopfes an den Trochanter minor. Zu Gunsten der Resektion konnte Vortr. aus seinen neuen Untersuchungen keine Anhaltspunkte gewinnen, möchte sie also nach wie vor auf Ausnahmefälle beschränkt wissen. — Überhaupt ist die Indikation zum operativen Eingreifen mit Reserve zu stellen, da nach den nunmehr auf ca. 80 Fälle sich erstreckenden Erfahrungen des Vortr. selbst bei schweren Formen der Verkrümmung im Laufe der Zeit die Beschwerden spontan verschwinden, und eine zufriedenstellende Funktion sich ausbilden kann.

(Selbstbericht.)

Diskussion: Nasse (Berlin): Unsere operativen Erfahrungen bei Coxa vara lauten nicht günstig. Der 1. Fall erschien allerdings viel versprechend. Der Hals war lang, nicht torquirt. Nach der Keilexcision war die Außenrotation etwas schwer ausgleichbar. Die vorher hochgradige Bewegungsstörung ist erheblich gebessert. Der Pat. hinkt noch, kann aber jetzt längere Zeit gehen und arbeiten.

Der 2. Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, bei welchem Gelenkkapsel und Periost ohne Eröffnung des Gelenkes nicht zurückzuschieben gelang. Hals torquirt, Innenrotation leicht, Außenrotation schwer herzustellen. Nach der Keilexcision waren die Knochenflächen so glatt, dass sie leicht von einander abglitten. Das Resultat war hier sehr schlecht; starkes Hinken, die Verkürzung von $1\frac{1}{2}$ —2 cm jetzt über $3\frac{1}{2}$ cm vermehrt. Die Verschlechterung ist progressiv, die Bewegungen sind beschränkter geworden. Noch ungünstiger verlief der 3. Fall mit Coxa vara duplex mit links fixirtem,

rechts stark in der Bewegung gehemmtem Gelenk. Bei der Operation auf der linken Seite zeigt sich der Hals stark konvex, stark torquirt. Die Knochenflächen nach der Keilexcision konnten nicht an einander gelegt werden. Die Folge der sehr complicirten Operation war nach 4 Tagen Eiterung, Lungenembolie, Tod. Im Präparat fanden sich frei im Gelenk liegende Meißelstücke, der Knochen sehr hart und spröde, anders wie es Kraske beschrieben. Auf der rechten Seite zeigte das mit Kapsel aufbewahrte Präparat eine starke Torsion des Halses, welcher hinten unten kaum noch vorhanden war, die Kapsel zwischen Trochanter minor und Kopf eingeklemmt.

Hier wäre eine extraartikuläre Excision gar nicht möglich gewesen, und auch die richtige Keilgestalt hätte sich kaum bilden lassen. Außerdem bestand bei demselben Pat. Cubitus valgus und Genu valgum. Das Präparat des 4. Falles wurde durch Resektion erhalten. Der Hals wegen der hochgradigen Torsion wiederum kaum angedeutet. Auch hier wäre eine extraartikuläre Osteotomie nicht möglich gewesen. An der Sägefläche war keine Spur von Rachitis zu erkennen. Der 5. Fall zeigte Innenrotation. Von der vorderen Seite her bei der starken Konkavität des Halses heranzukommen, war sehr schwer, man musste versuchen, von hinten her den Knochen zu erreichen. Dabei wurde das Gelenk eröffnet, dessen Synovialis mit Wucherungen, wie bei Arthritis deformans, bedeckt war. Außenrotation herzustellen gelang nur unter weitem Klaffen der Knochenfläche. Indess gelang eine Konsolidation in guter Stellung bei geringer Verkürzung. Das funktionelle Resultat ist heute, da man mit einer sekundären Verschlechterung wie im Falle II rechnen muss, noch nicht zu übersehen. — Aus all diesen Erfahrungen geht hervor, dass man bei nicht starker Verkürzung und Torsion mit Erfolg eine Keilexcision machen kann, doch ist eine lineäre vorzuziehen. Soll aber überhaupt operirt werden? Bei kurzem, torquirtem Hals muss das Gelenk eröffnet werden; ist die Öffnung nur klein, so kann eine lineäre Osteotomie versucht werden. Die Befürchtung einer sekundären Verschlechterung macht den Erfolg der Operation aber immer zweifelhaft. Bei hochgradigen Verbiegungen ist die Resektion jedenfalls vorzuziehen wegen der Sicherheit des Erfolges. Bei der Osteotomia subtrochanterica muss man damit rechnen, dass eine Verkürzung durch die andere ersetzt wird; ob die Schmerzen dabei verschwinden, ist noch unbekannt.

Demonstration eines Kindes mit Schenkelhalsverbiegung, von welcher es zweifelhaft ist, ob Rachitis oder kongenitale Verkrümmung zu Grunde liegt.

Herm. Frank (Berlin).

52) Thiem (Cottbus). Schenkelhalsbruch mit Verlängerung des Beines (Coxa valga traumatica).

Th. stellt einen Mann vor, welchem vor 3½ Jahren ein 4 Ctr. schweres Ölfass an die rechte Hüfte gerollt ist und ihn gegen eine

Wand gequet
was Pat. dad
beugt hält. S
dem linken
Gang ist sta
Beckens im
untere Bruch
Bein verläng
mann-Berli
zeigte jedoch
tung des ob
schenkelscha
einen mehr
nahezu eine
des Obersch
welchem de
spreizung d
Bein und B
als Coxa v
seiner Entst
werden müs
Dadurch
der Luft gel
entsprechend
wirkliche V
erfährt.

Diskur
haft. Bezü
Warnung v
einem Kin
wegen der
hältnisse k
lichkeit wa
ruhte auf
Fußes. A
Bildern na
so ist eine

Thie
ihn unters
lichkeit ei
hatte. In
photograph

Wand gequetscht hat. Das rechte Bein ist danach länger geworden, was Pat. dadurch ausgleicht, dass er es im Knie und der Hüfte gebeugt hält. Streckt er das Bein in diesen Gelenken, so kann er mit dem linken den Fußboden nur mit den Zehenspitzen berühren. Der Gang ist stark hinkend. Th. dachte erst an einen Querbruch des Beckens im Hüftbeinausschnitt, bei denen in seltenen Fällen das untere Bruchstück nach unten verschoben ist und das entsprechende Bein verlängert erscheint. Ein vom Elektrotechniker Herrn Hirschmann-Berlin in des Votr. Gegenwart angefertigtes Röntgogramm zeigte jedoch, dass es sich um einen Schenkelhalsbruch mit Aufrichtung des oberen Bruchstückes handelte, wodurch der zwischen Oberschenkelschaft und -Hals gewöhnlich 140° betragende Winkel in einen mehr flachen umgewandelt wird, so dass Kopf, Hals und Schaft nahezu eine gerade Linie bilden. Diese Veränderung in der Gestalt des Oberschenkels bringt auch eine Änderung des Winkels, in welchem derselbe zum Becken steht, mit sich. Es entsteht eine Ab spreizung des Beines mit einem nach außen offenen Winkel zwischen Bein und Becken, ein Zustand, der entsprechend dem umgekehrten, als Coxa vara bezeichneten Verhalten, als Coxa valga und nach seiner Entstehungsweise als Coxa valga traumatica bezeichnet werden müsste.

Dadurch, dass das abgespreizte Bein natürlich nicht dauernd in der Luft gehalten, sondern zu Boden geführt wird, entsteht auf der entsprechenden Seite auch eine geringe Beckensenkung, wodurch die wirkliche Verlängerung des Beines noch eine scheinbare Zunahme erfährt.

(Selbstbericht.)

Diskussion: König (Berlin): Die Verlängerung ist unzweifelhaft. Bezüglich der Röntgen-Bilder von Hüftdeformitäten ist eine Warnung vor Schlüssen aus einmaliger Aufnahme am Platze. Bei einem Kinde mit kongenitaler Hüftluxation erschien die Prognose wegen der kolossalen Halsverkürzung — die darunter liegenden Verhältnisse kamen nicht recht zum Vorschein — desolat. In Wirklichkeit war eine solche aber nicht vorhanden, die Verkürzung beruhte auf optischer Täuschung; sie verschwand bei Innenrotation des Fußes. Auf die Rotationsstellung des Fußes kommt es bei solchen Bildern natürlich an. Was den vorliegenden Fall weiterhin betrifft, so ist eine Übertreibung der Beschwerden sehr wahrscheinlich.

Herm. Frank (Berlin).

Thiem: Der Mann übertreibt, und das ist auch von Allen, die ihn untersucht haben, betont worden. Er hat aber trotzdem in Wirklichkeit einen sehr schlechten Gang, den er vor dem Unfall nicht hatte. Im Übrigen ist derselbe mehrfach (3mal) nach Röntgen photographirt worden, immer mit demselben Ergebnis.

(Selbstbericht.)

rechts stark in der Bewegung gehemmtem Gelenk. Bei der Operation auf der linken Seite zeigt sich der Hals stark konvex, stark torquirt. Die Knochenflächen nach der Keilexcision konnten nicht an einander gelegt werden. Die Folge der sehr complicirten Operation war nach 4 Tagen Eiterung, Lungenembolie, Tod. Im Präparat fanden sich frei im Gelenk liegende Meißelstücke, der Knochen sehr hart und spröde, anders wie es Kraske beschrieben. Auf der rechten Seite zeigte das mit Kapsel aufbewahrte Präparat eine starke Torsion des Halses, welcher hinten unten kaum noch vorhanden war, die Kapsel zwischen Trochanter minor und Kopf eingeklemmt.

Hier wäre eine extraartikuläre Excision gar nicht möglich gewesen, und auch die richtige Keilgestalt hätte sich kaum bilden lassen. Außerdem bestand bei demselben Pat. Cubitus valgus und Genu valgum. Das Präparat des 4. Falles wurde durch Resektion erhalten. Der Hals wegen der hochgradigen Torsion wiederum kaum angedeutet. Auch hier wäre eine extraartikuläre Osteotomie nicht möglich gewesen. An der Sägefläche war keine Spur von Rachitis zu erkennen. Der 5. Fall zeigte Innenrotation. Von der vorderen Seite her bei der starken Konkavität des Halses heranzukommen, war sehr schwer, man musste versuchen, von hinten her den Knochen zu erreichen. Dabei wurde das Gelenk eröffnet, dessen Synovialis mit Wucherungen, wie bei Arthritis deformans, bedeckt war. Außenrotation herzustellen gelang nur unter weitem Klaffen der Knochenfläche. Indess gelang eine Konsolidation in guter Stellung bei geringer Verkürzung. Das funktionelle Resultat ist heute, da man mit einer sekundären Verschlechterung wie im Falle II rechnen muss, noch nicht zu übersehen. — Aus all diesen Erfahrungen geht hervor, dass man bei nicht starker Verkürzung und Torsion mit Erfolg eine Keilexcision machen kann, doch ist eine lineäre vorzuziehen. Soll aber überhaupt operirt werden? Bei kurzem, torquirtem Hals muss das Gelenk eröffnet werden; ist die Öffnung nur klein, so kann eine lineäre Osteotomie versucht werden. Die Befürchtung einer sekundären Verschlechterung macht den Erfolg der Operation aber immer zweifelhaft. Bei hochgradigen Verbiegungen ist die Resektion jedenfalls vorzuziehen wegen der Sicherheit des Erfolges. Bei der Osteotomia subtrochanterica muss man damit rechnen, dass eine Verkürzung durch die andere ersetzt wird; ob die Schmerzen dabei verschwinden, ist noch unbekannt.

Demonstration eines Kindes mit Schenkelhalsverbiegung, von welcher es zweifelhaft ist, ob Rachitis oder kongenitale Verkrümmung zu Grunde liegt.

Herm. Frank (Berlin).

52) **Thiem** (Cottbus). Schenkelhalsbruch mit Verlängerung des Beines (Coxa valga traumatica).

Th. stellt einen Mann vor, welchem vor 3½ Jahren ein 4 Ctr. schweres Ölfass an die rechte Hüfte gerollt ist und ihn gegen eine

Wand gequert
was Pat. dad
beugt hält. S
dem linken
Gang ist sta
Beckens im
untere Bruch
Bein verläng
mann-Berlin
zeigte jedoch
tung des ober
schenkelscha
einen mehr f
nahezu eine
des Obersch
welchem der
spreizung de
Bein und B
als Coxa va
seiner Entst
werden müs

Dadurch
der Luft geh
entsprechend
wirkliche V
erfährt.

Disku
haft. Bezü
Warnung v
einem Kind
wegen der
hältnisse ka
lichkeit wa
ruhte auf d
Fußes. Au
Bildern nat
so ist eine

Thier
ihn unters
lichkeit ei
hatte. Im
photograph

Wand gequetscht hat. Das rechte Bein ist danach länger geworden, was Pat. dadurch ausgleicht, dass er es im Knie und der Hüfte gebeugt hält. Streckt er das Bein in diesen Gelenken, so kann er mit dem linken den Fußboden nur mit den Zehenspitzen berühren. Der Gang ist stark hinkend. Th. dachte erst an einen Querbruch des Beckens im Hüftbeinausschnitt, bei denen in seltenen Fällen das untere Bruchstück nach unten verschoben ist und das entsprechende Bein verlängert erscheint. Ein vom Elektrotechniker Herrn Hirschmann-Berlin in des Votr. Gegenwart angefertigtes Röntgogramm zeigte jedoch, dass es sich um einen Schenkelhalsbruch mit Aufrichtung des oberen Bruchstückes handelte, wodurch der zwischen Oberschenkelschaft und -Hals gewöhnlich 140° betragende Winkel in einen mehr flachen umgewandelt wird, so dass Kopf, Hals und Schaft nahezu eine gerade Linie bilden. Diese Veränderung in der Gestalt des Oberschenkels bringt auch eine Änderung des Winkels, in welchem derselbe zum Becken steht, mit sich. Es entsteht eine Ab spreizung des Beines mit einem nach außen offenen Winkel zwischen Bein und Becken, ein Zustand, der entsprechend dem umgekehrten, als Coxa vara bezeichneten Verhalten, als Coxa valga und nach seiner Entstehungsweise als Coxa valga traumatica bezeichnet werden müsste.

Dadurch, dass das abgespreizte Bein natürlich nicht dauernd in der Luft gehalten, sondern zu Boden geführt wird, entsteht auf der entsprechenden Seite auch eine geringe Beckensenkung, wodurch die wirkliche Verlängerung des Beines noch eine scheinbare Zunahme erfährt.

(Selbstbericht.)

Diskussion: König (Berlin): Die Verlängerung ist unzweifelhaft. Bezüglich der Röntgen-Bilder von Hüftdeformitäten ist eine Warnung vor Schlüssen aus einmaliger Aufnahme am Platze. Bei einem Kinde mit kongenitaler Hüftluxation erschien die Prognose wegen der kolossalen Halsverkürzung — die darunter liegenden Verhältnisse kamen nicht recht zum Vorschein — desolat. In Wirklichkeit war eine solche aber nicht vorhanden, die Verkürzung beruhte auf optischer Täuschung; sie verschwand bei Innenrotation des Fußes. Auf die Rotationsstellung des Fußes kommt es bei solchen Bildern natürlich an. Was den vorliegenden Fall weiterhin betrifft, so ist eine Übertreibung der Beschwerden sehr wahrscheinlich.

Herrn. Frank (Berlin).

Thiem: Der Mann übertreibt, und das ist auch von Allen, die ihn untersucht haben, betont worden. Er hat aber trotzdem in Wirklichkeit einen sehr schlechten Gang, den er vor dem Unfall nicht hatte. Im Übrigen ist derselbe mehrfach (3mal) nach Röntgen photographirt worden, immer mit demselben Ergebnis.

(Selbstbericht.)

53) **L. Heusner** (Barmen). Über subkutane Naht der Kniescheibenbrüche.

Die subkutanen Methoden für die Naht der Kniescheibenbrüche sind hervorgegangen aus dem Bestreben, die Gefahren der offenen Nahtmethode möglichst zu umgehen. Denn trotz der schönen Erfolge, welche manche Chirurgen — ich nenne bloß Lister und Phelps in England und Amerika, Trendelenburg in Deutschland, Championnière und Crikxs in Frankreich und Belgien — mit der offenen Naht erzielten, sind doch auch heute noch so manche Misserfolge zu verzeichnen, wesshalb die auf weniger gefährliche Behandlungsweisen gerichteten Bestrebungen noch immer Berechtigung haben.

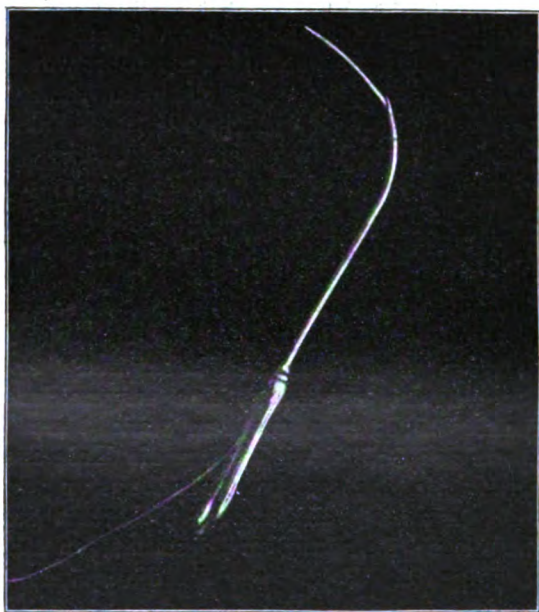
Die Vorläufer des subkutanen Verfahrens waren die perkutanen Nahtmethoden Volkmann's und Kocher's. Volkmann zog die Bruchstücke mit Hilfe je eines oberhalb und unterhalb durch Haut und Sehne geführten Seidenfadens zusammen, verknüpfte die entsprechenden Enden auf der Haut, legte dann einen Gipsverband an und entfernte die Fäden durch eine Öffnung des Verbandes nach einigen Tagen. Er benutzte die Fäden also bloß zur ersten Annäherung der Bruchstücke und zur soliden Anlegung des Gipsverbandes. Kocher zog einen doppelten Silberdraht von unten nach oben unter den Bruchstücken durch und schloss die Enden auf der Haut, resp. einem zum Schutz aufgelegten Gazeballen zusammen, worauf ein Gipsverband angelegt wurde. Nach 1—2 Tagen wurden die Drähte fester angezogen und nach 15—17 Tagen ganz entfernt. Die Schwäche dieser Methoden besteht darin, dass die Fäden zum Theil außen auf der Haut liegen, wodurch Stichkanalleitungen von der Oberfläche in die Tiefe geleitet werden können.

Die erste ganz subkutane Methode rührt her von Ceci, welcher die Bruchstücke durch die Haut von oben nach unten und wieder von unten nach oben in gekreuzter Richtung durchbohrt und mit Hilfe des geöhrten Bohrers einen Silberdraht einlegt, der vom Ende eines Bohrkanals zum Anfang des anderen subkutan geführt wird und als versenkte Naht dauernd liegen bleibt. Ceci hat bis 1891 5 Fälle frischer Kniescheibenbrüche mit gutem Erfolg nach seiner neuen Methode operirt. Er glaubt, dass dieselbe auch bei veralteten Fällen benutzt werden könne, indem durch den Anreiz des liegenbleibenden Drahtes auch ohne Anfrischung neuer Callus sich bilde. Ich habe die Methode an der Leiche versucht und gefunden, dass es ziemliche Mühe macht, den langen und dünnen Bohrer durch die schwer fixirbaren Bruchstücke durchzutreiben. Mit der Umständlichkeit und Dauer der Operation wächst aber auch ihre Gefahr, besonders da die Bohrkanäle mit dem Gelenk communiciren. Es hat sodann Barker in London die Kocher'sche Methode weiter ausgebildet, indem er den unter den Bruchstücken durchgeführten Faden nicht auf der Haut schloss, sondern subkutan vom oberen Rande der

Kniescheibe
liegen ließ.
gutem Resu
Seiten des
Seidenfaden
immerhin,
Ziel verfolg
wünsche, u
Volkmann
subkutan e
welcher ob

fasst. Ich
anwendet,
dass Butc
er bei friso
legte. Zur
tigen Trok
(vgl. d. Al
von außen
bei man n
Die konka
und es ge
und gegen
ohne das (

Kniescheibe zum unteren hinleitete und als versenkte Naht dauernd liegen ließ. Er hat bis zum Jahre 1892 5 Fälle mit zum Theil recht gutem Resultat auf diese Weise behandelt. Reizerscheinungen von Seiten des Gelenks wurden nicht beobachtet, selbst wenn statt eines Seidenfadens Silberdraht genommen wurde. Besser wäre es aber immerhin, wenn man das Gelenk ganz vermeiden könnte, und dieses Ziel verfolgt die Methode, welche ich Ihnen heute zu demonstrieren wünsche, und welche man als eine Weiterentwicklung der Idee Volkmann's bezeichnen kann. Das Verfahren besteht darin, dass subkutan ein dicker Silberdraht cirkulär um die Patella geführt wird, welcher oben die Sehne des Quadriceps, unten die Patellarsehne mit-



fasst. Ich habe geglaubt der Erste zu sein, welcher das Verfahren anwendet, mich aber beim Zusammenstellen der Litteratur überzeugt, dass Butcher in Birkenhead bereits ähnlich zu Werke ging, indem er bei frischen Brüchen einen Seidenfaden cirkulär um die Patella legte. Zum Durchführen des Drahtes bediene ich mich einer kräftigen Trokarnadel mit festem Griff und etwas gekrümmter Spitze (vgl. d. Abbild.). Man stößt die Nadel über dem oberen Bruchstück von außen nach innen durch Haut und Quadricepssehne durch, wobei man möglichst nahe am oberen Rande der Patella vorbeigeht. Die konkave Seite der Krümmung wird dem Knochen zugekehrt, und es gelingt dann leicht, die Sehne, welche hier 3—4 cm breit und gegen $\frac{3}{4}$ cm dick ist, in ihrer ganzen Breite zu durchsetzen, ohne das Gelenk zu berühren.

Jetzt wird der Draht von der Spitze her in die Röhre eingeschoben und nun letztere aus der Wunde herausgezogen, während der Draht allein zurückbleibt. Hierauf geht man mit der Nadel einen Schritt weiter, führt sie subkutan von unten nach oben am inneren Rande der Kniescheibe hin und zu demselben Ausstichpunkt wie das vorige Mal heraus.

Das aus der Stichwunde neben dem Trokar vorstehende Drahtende wird dann wieder in die Spitze der Nadel eingeschoben, letztere zurückgezogen und der Draht so in 4 Etappen zum ersten Einstichpunkt hingeleitet, wo beide Enden scharf angezogen, zusammengedreht, abgeschnitten und versenkt werden. Zum Abrunden und Niederdrücken der Schlusstelle bediene ich mich eines mit Griff versehenen Stahlstäbchens, welches an seinem freien Ende eine napfförmige, mit Feilenrippen ausgekleidete Vertiefung hat. Die kleine Operation kann in 10 Minuten bequem ausgeführt werden und hinterlässt auf der Haut nur die 4 unbedeutenden Punktionsöffnungen. Das Einziehen der Drahtwindungen in die Stichöffnungen erfordert einige Aufmerksamkeit, weil sich gern Verknotungen bilden; auch soll man die Nadel nicht zu tief einstechen, damit das Gelenk nicht eröffnet wird. Dass letzteres sehr wohl möglich ist, sehen Sie an diesen beiden Kniescheiben einer Leiche, welche ich vor der Herausnahme mit einem Draht umsäumt habe.

Der Silberdraht, dessen ich mich zur Naht der Kniescheibe bediene, stammt von Herrn Instrumentenmacher Eschbaum in Bonn und besitzt in Folge einer besonderen Behandlung (er wird gegläht und dann sehr langsam abgekühlt) eine ausgezeichnete Weichheit und Biegsamkeit. Bildet man aus dem stark 1 mm dicken Draht eine Schlinge von der Größe, wie sie um die Kniescheibe zu liegen kommt, so zerreißt dieselbe erst bei einer Belastung von ca. 90 Pfd. Dieser Draht gewährt also vollkommene Sicherheit gegen die sonst immerhin nicht seltene Refraktur und gestattet den sehr frühzeitigen Beginn von Übungen des Beins, was für die spätere Beweglichkeit von Bedeutung ist.

Ich habe bei einem unserer Pat. einen Versuch mit Aluminiumdraht gemacht, welcher ebenfalls schön weich und biegsam ist und noch eine andere schätzbare Eigenschaft besitzt: er wird nämlich im Gewebe langsam aufgelöst und in essigsäure Thonerde verwandelt.

Ich reiche Ihnen hier ein Stückchen Aluminiumdraht herum, welches ich nach 6 Wochen aus dem Bein des Pat. wieder entfernt habe, weil es zu oberflächlich gelegt war und gegen die Haut drückte. Beim Vergleich mit einer unbenutzten Probe derselben Sorte bemerken Sie, dass das gebrauchte Stückchen dünn und rauh geworden ist; es hat an Gewicht über die Hälfte verloren. Allein der Aluminiumdraht reißt beim Zusammendrehen leicht ab; auch ist er bei gleicher Dicke $\frac{1}{3}$ schwächer als Silberdraht, wesshalb wir zu letzterem, der einem Auflösungsprocess nicht unterliegt, zurückkehrten. Unsere von vorn herein sehr solide Vereinigung der Bruchstücke ge-

stattet uns
letzter Zeit
brachten Pa
tiger Gumm
angebrachte
Schulter la
umhergehen
sche Widers
Unterschenk

Gummizüge
weite so all
mit Eifer u
Ich ges
vorzustellen
Methode be
1) Chr
 $\frac{1}{2}$ Jahre ein

stattet uns auch eine besondere Art der Nachbehandlung, die ich in letzter Zeit angewendet habe, und die Sie an einem unserer mitgebrachten Pat. in Anwendung sehen können (vgl. Abbild.). Ein kräftiger Gummizügel wird von einer am hinteren Ende des Stiefels angebrachten Schleife zu einem um Brust und gegenüberliegende Schulter laufenden Gürtel hinaufgespannt, und der Pat. muss nun umhergehen. Bei jedem Niedersetzen des Fußes muss der elastische Widerstand des Gummizügels durch kraftvolle Streckung des Unterschenkels überwunden werden; beim Aufheben zieht der



Gummizügel das Knie bis zur Leistungsgrenze krumm, die Flexionsweite so allmählich erweiternd. Die Kranken betreiben diese Übung mit Eifer und Liebhaberei und machen dabei rasche Fortschritte. —

Ich gestatte mir nunmehr, Ihnen 3 Pat. mit Kniescheibenbruch vorzustellen, welche ich im letzten Halbjahr nach der beschriebenen Methode behandelt habe.

1) Christian Thauer, Steinbrecher, 49 Jahre alt, erlitt vor $\frac{1}{2}$ Jahre einen Querbruch der rechten Kniescheibe, der, zuerst nicht

klaffend, durch einen Fehltritt vom Trottoir 14 Tage später in einen weit klaffenden Bruch verwandelt wurde. 2 Tage nach der Aufnahme Punktion des Blutergusses und Umlegung eines Silberdrahtes um die Bruchstücke; darüber Gipsverband, welcher nach 14 Tagen entfernt wird. Seit etwa 1 Monat hat Thauer seine schwere Arbeit als Steinbrecher wieder aufgenommen. Er kann aktiv das Knie bis zu einem Winkel von 110° beugen und den Unterschenkel vollkommen und mit großer Kraft strecken, mit dem beschädigten Bein voran auf einen Stuhl steigen und sicher die Treppe hinauf- und heruntergehen. Die Kniescheibe ist fest zusammengeheilt, nach allen Seiten verschieblich und erscheint in allen Dimensionen etwas verbreitert. Auf der Vorderfläche fühlt man eine quer verlaufende Grube, indem die Bruchstücke etwas über die Unterfläche gebogen liegen und daher die äußeren Bruchkanten aus einander klaffen.

2) Richard Reinertz, Kutscher, 41 Jahre alt, erlitt vor 4 Monaten einen Querbruch der rechten Patella, indem ihm ein Pferd auf das Knie trat. Am Tage nach der Verletzung Punktion des Blutergusses und Umlegen eines Aluminiumdrahtes unter kräftigem Zusammenschieben der stark klaffenden Bruchstücke. 2 Tage später stellte sich Delirium ein, das gegen eine Woche anhielt. Bei der Revision 9 Tage nach der Verletzung zeigt es sich, dass der Draht nicht gehalten hat, und von Neuem ein starker Bluterguss ins Gelenk aufgetreten ist. Daher abermalige Punktion und Umlegen eines Aluminiumdrahtes, welcher jedoch beim Zudrehen der Enden abreißt und durch einen Silberdraht ersetzt wird. 6 Wochen nach der Aufnahme wird das vorgezeigte Stückchen des zuerst gelegten Aluminiumdrahtes aus bereits erwähnten Gründen herausgenommen, wobei an zwei verschiedenen Stellen neben der Kniescheibe eingeschnitten wird. An beiden Stellen fanden sich zwischen dem Draht und dem Rande der Kniescheibe Krümel und Plättchen neugebildeter Knochensubstanz im Gewebe eingebettet. Diese Neubildung von Knochensubstanz, welche nach Crikxs auch in vielen Fällen offener Knochennaht beobachtet wird und hier gern eine Verbreiterung der Kniescheibe in querer Richtung zur Folge hat, muss als eine Folge des Reizes, welchen der Draht ausübt, betrachtet werden.

Gegenwärtig kann Reinertz sein Knie bis zum Winkel von 100° beugen und vollkommen gerade strecken, die Treppe sicher herabsteigen und das Experiment des Stuhlsteigens mühelos ausführen. Die Kniescheibe ist fest verheilt, auch seitlich gut verschieblich und nach allen Richtungen etwas vergrößert. Ihre beiden Bruchstücke erscheinen etwas über die Unterfläche gebeugt und an der Vorderkante etwas klaffend, wie im vorigen Falle.

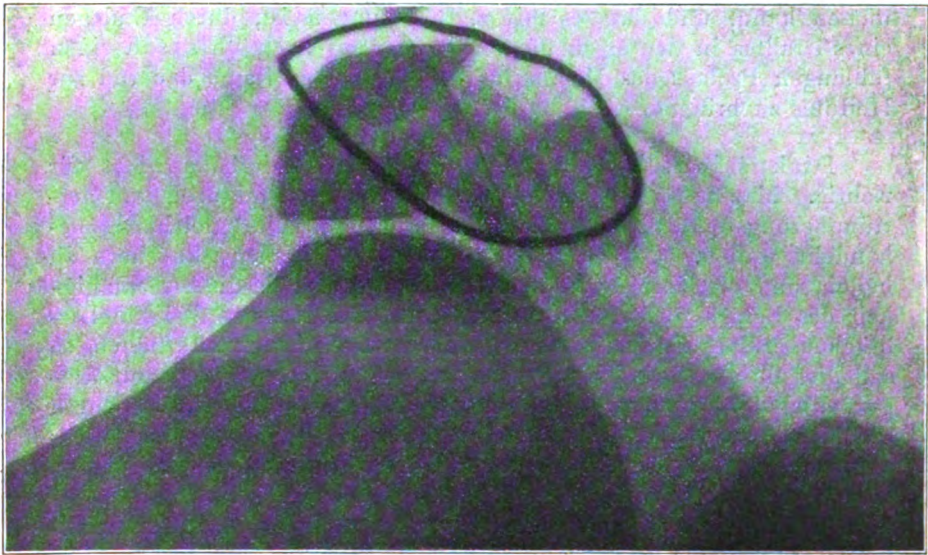
3) Karl Maikranz, 53 Jahre, Fabrikarbeiter, erlitt vor 11 Wochen einen Sternbruch der rechten Kniescheibe, mit erheblichem Spalt, aber geringem Bluterguss. Am Tage nach der Verletzung Umlegen eines Silberdrahtes, wodurch die Bruchstücke sofort vollkommen fixirt

werden. 4
umher; 12
verband ent
Verletzung
cher Sie die
einigung er
Beugestellun
Schenkelkn
kanten der
in keinem u
Interposition
kanten, we
hindernis kn
welches die



in Betracht
ringerer Ge
letzungen u
werden, d
morschen l
gern ausre
Hypertroph
so wird n
sondere Sc
die veralte
stücke, Re
nun vor 1
Anwendun

werden. 4 Tage später steht Pat. schon auf und geht mit Stöcken umher; 12 Tage nach der Operation wird der leichte Fixationsverband entfernt. Ich reiche Ihnen hier eine 6 Wochen nach der Verletzung aufgenommene Röntgen-Photographie herum, aus welcher Sie die Lage des Drahtes und die beginnende knöcherne Vereinigung ersehen können, gleichzeitig aber auch hier eine leichte Beugstellung der oberen und unteren Bruchstücke gegen die Schenkelknorren bemerken. Praktisch hat diese Neigung zum Aufkanten der Fragmente, die allen indirekten Nahtmethoden eigen ist, in keinem unserer Fälle irgend welche Störung veranlasst. Auch die Interposition der präpatellaren Fascienfetzen zwischen die Bruchkanten, welche nach Macewen, König und Hoffa das Haupthindernis knöcherner Vereinigung bildet, dürfte bei einem Verfahren, welches die Knochenbildung in fast übermäßiger Weise anregt, kaum



in Betracht kommen. Dagegen hat die Methode, abgesehen von geringerer Gefährlichkeit, vor der offenen Naht den Vortheil, dass Verletzungen und Verlöthungen am präpatellaren Schleimbeutel vermieden werden, dass Refrakturen unmöglich sind, und dass auch bei den morschen Kniescheiben alter Leute, wo die direkten Knochennähte gern ausreißen, eine sichere Vereinigung geschafft wird. Sollte die Hypertrophie der Kniescheibe durch ihr Übermaß unbequem werden, so wird man den Draht nach einiger Zeit herausnehmen. Besondere Schwierigkeiten bereiten bekanntlich auch bei offener Naht die veralteten Kniescheibenbrüche wegen Atrophie der Knochenstücke, Retraktion und Fixation des oberen Fragments. Ich habe nun vor 14 Tagen auch in einem solchen Falle unsere Methode in Anwendung gebracht. Um die starke Verkürzung des Quadriceps zu

überwinden, legte ich an verschiedenen Stellen 3 lange Eisendrähte mit Hilfe unserer Nadel quer durch den Muskel, drehte die Enden beiderseits um eine Rolle und zog sie mit aller Kraft nach abwärts, wobei es mir gelang, die 3—4 Querfinger klaffenden Bruchstücke einander bis auf 1 Querfinger zu nähern. Pat. stand bereits am 5. Tage nach der Operation auf und geht jetzt mit einem biegsamen Verband aus Filz und Stahlstäbchen, der eine leichte Bewegung des Knies gestattet, mühelos umher. Ich kann natürlich über den schließlichen Erfolg noch nichts berichten; wir wissen aber, dass selbst Trennungen von mehr als 2 cm keine erhebliche Beeinträchtigung der Funktion bedingen, wenn eine feste fibröse Zwischenmasse sich ausbildet, was von dem Reiz des liegenbleibenden Drahtes, der an sich schon einen guten Halt bietet, wohl zu erhoffen ist.

Ich gestatte mir schließlich noch zu bemerken, dass man die Trokarnadel selbstverständlich auch an anderen Körpertheilen benutzen kann, und dass es mir z. B. gelungen ist, durch Einlegen eines Drahtes in den erschlafften Sphincter ani nach Thiersch einen fußlangen Prolaps des Mastdarms bei einer alten Dame dauernd zur Heilung zu bringen.

(Selbstbericht.)

Diskussion: König (Berlin) hält H.'s Methode nicht für richtig. Man muss bei Kniescheibenbrüchen Rissfrakturen und Zertrümmerungsfrakturen unterscheiden und nicht alle gleichartig behandeln wollen. Nicht jede Patellarfraktur braucht knöchern zu heilen, und die Kranken können trotzdem gehen, da die Streckfähigkeit des Beines nicht beeinträchtigt ist. Die Massage bei Patellarbrüchen erklärt K. für Unsinn. Will man die Fragmente nähern, so soll dies durch offene Naht geschehen, wobei K. jetzt stets nur Katgut, nicht Draht verwendet. Er macht einen Bogenschnitt durch die Haut, drückt das Blut aus dem Gelenk, ohne dasselbe auszuwaschen, näht die Fragmente, ev. nach Entfernung loser Splitter, zusammen und vereinigt den Gelenksack wieder. Keine Drainage! Den bei H.'s Methode entstehenden starken Callus hält K. für schädlich, da derselbe die Funktion des Gelenks stören kann. Die Patella braucht keinen Callus.

Jaffé (Hamburg).

54) **W. Müller** (Aachen). Zur Osteoplastik (Krankenvorstellung).

Vorstellung eines Pat., an welchem Votr. 5 Jahre zuvor eine Pseudarthrosenoperation so ausgeführt hatte, dass außer der Implantation des unteren Fibulafragments in das obere Tibiafragment (Hahn) zur Sicherung des Erfolges ein Hautperiost-Knochenlappen von der Gegend des oberen Tibiafragments brückenartig auf beide Fragmente der Tibia gelagert und so fixirt wurde. Nicht weil im vorliegenden Falle vollkommene Konsolidation eingetreten ist, sondern weil der osteoplastische Lappen sich nach einigen Jahren fast

ums Doppelte verdickt und verbreitert zeigte, erfolgt die Vorstellung des Pat. Die Grenzen des ursprünglichen Lappens sind noch deutlich erkennbar an den Schnittlinien. Jetzt ist der Lappen in dieser kosmetisch fast störenden Weise verdickt (Dem.). Votr. hält diese Thatsache für die Frage der Leistungsfähigkeit der osteoplastischen Lappen an funktionirenden Theilen für wesentlich und fragt, ob auch Andere dieselbe Beobachtung gemacht haben?

(Selbstbericht.)

Diskussion: Sprengel (Braunschweig) berichtet über einen Fall akuter Osteomyelitis mit Verlust fast der ganzen Tibia. Er pflanzte die Fibula in den Defekt ein. Die Konsolidation war gut, doch wurde das Wachsthum nicht beeinflusst. Jaffé (Hamburg).

55) **Freiherr v. Eiselsberg** (Königsberg i/Pr.). Über die Heilung größerer Tibiadefekte durch Autoplastik.

Die typische Operation der Pseudarthrose ist die Resektion und Naht. Bei großen Defekten der Tibia wird die Verkürzung des Fußes zu beträchtlich, daher man bei erhaltener Fibula dieselbe in die Tibia verpflanzt hat (Hahn) oder durch Homöo- oder Heteroplastik den Defekt ersetzte.

v. E. hat nun das Müller'sche Verfahren der Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens in 2 Fällen von größeren Defekten der Tibia mit vortrefflichem Erfolge angewandt.

Im 1. Falle handelte es sich um einen großen Defekt, der nach Exstirpation eines Rundzellensarkoms der Tibia zurückgeblieben war, im 2. Falle war der Defekt nach komplizirter Fraktur entstanden. Das eine Mal betrug der Defekt 12, das andere Mal 9 cm. An der Tibia selbst wurde ein Haut-Periost-Knochenlappen geschnitten, der Hautstiel um 180° gedreht und eingenäht.

Beide Mal wurde die transplantierte Knochenspeiche durch Funktion stärker.

56) **F. Franke** (Braunschweig). Demonstration eines durch Sehnenüberpflanzung geheilten Falles von cerebraler Kinderlähmung (bezw. spastisch-paralytischem Klumpfuß).

F. stellt den einen der Kranken (Herm. Döring) vor, die er vor über 2 Jahren operirt und über die er im 52. Band des v. Langenbeck'schen Archivs berichtet hat. Er hofft, dass durch diese Vorführung, die den außerordentlich guten Erfolg der Operation zeigt, und die von ihm gemachten Mittheilungen über ähnliche und zum Theil noch günstigere Ergebnisse (ein Mädchen läuft wieder Schlittschuh!!) diese neuere Behandlungsart der paralytischen Deformitäten mehr in Übung kommt als bisher, und rechnet darauf,

dass in der Behandlung der paralytischen Deformitäten ein vollständiger Umschwung zu Gunsten jenes Verfahrens eintritt.

Bezüglich der Indikation zur Operation, des Ganges derselben, der für jeden einzelnen Fall vorher ganz sorgfältig erwogen und gewissermaßen berechnet werden muss, der Technik, Nachbehandlung und Prognose, der dabei auftauchenden wissenschaftlichen Fragen und der Litteratur verweist er auf seine und namentlich die neuere Arbeit von Drobnik in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIII.

Schließlich theilt er noch mit, dass er einen Fall von Radialislähmung durch eine ähnliche Behandlungsweise wesentlich gebessert hat, und dass er hofft, ihn im Herbst auf der Naturforscherversammlung vorstellen zu können.

(Selbstbericht.)



ein voll-

derselben,

und ge-

andlung

Fragen

neuere

urgie

llis-

ert

r-

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MED

FOR REFERENCE

NOT TO BE TAKEN FROM THE ROOM

PRO
DNG

CAT. NO. 23 012

PRINTED
IN
U.S.A.

2801

University of California Medical School Library