



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

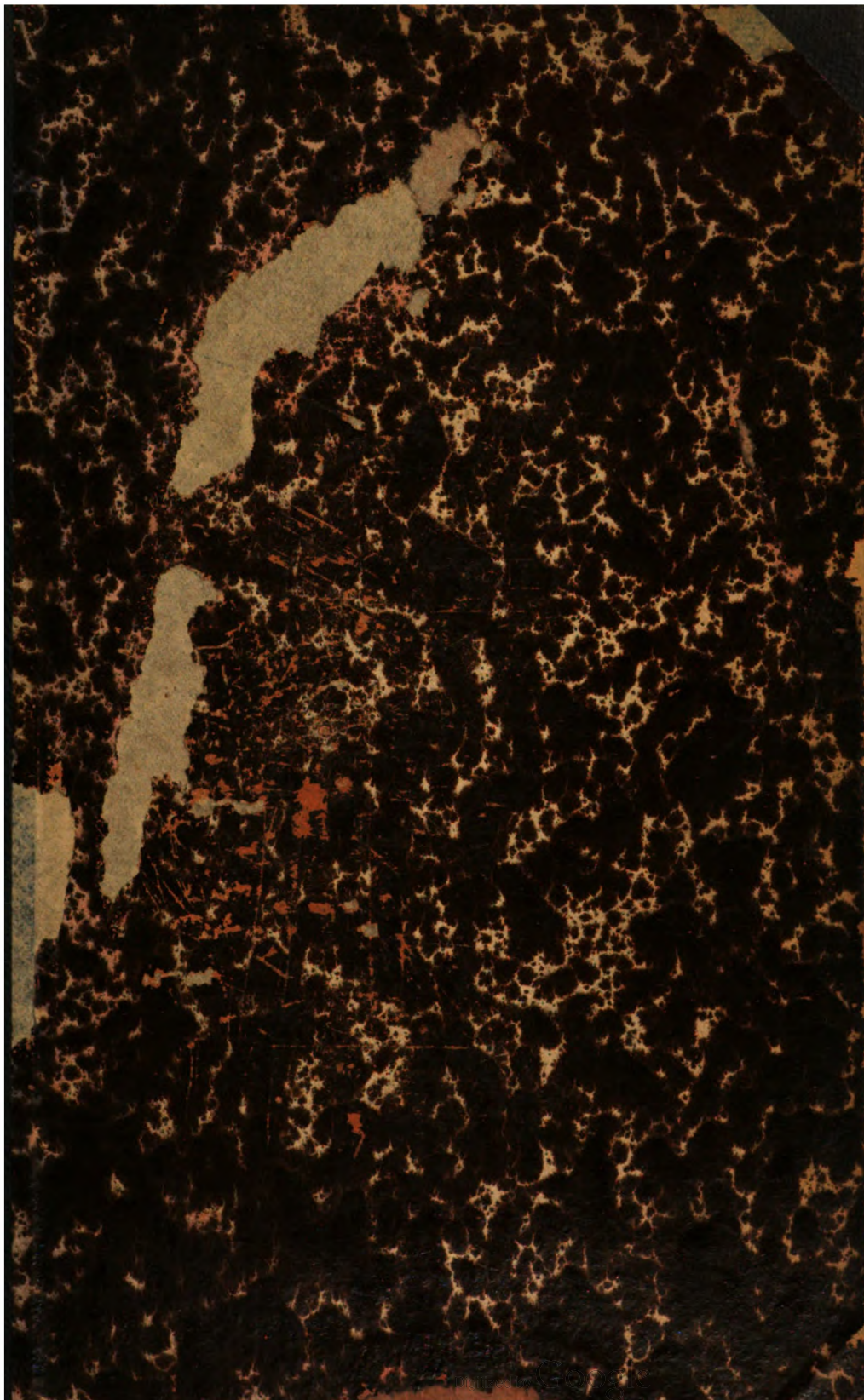
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. 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.



THE LIBRARY



Bio-Medical Library
University of Minnesota

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

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

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 27—52.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1901.

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 27.

Sonnabend, den 6. Juli.

1901.

Inhalt: P. Müller, Zur Topographie des Processus vermiformis. (Original-Mittheilung.)

1) Petersen, Bauchschüsse. — 2) Rose, 3) Villard und Vignard, Appendicitis. —
4) Lauper, Peritonitis tuberculosa. — 5) Koch, 6) Vitrac, 7) Boland, Herniologisches.
— 8) Moynihan, Sanduhrmagen. — 9) Nannotti, Darmausschaltung. — 10) Payr, Ope-
rationen am Dickdarme. — 11) Murphy, Mastdarmexstirpation. — 12) Italia, 13) Beck,
Gallensteine.

Bergmann, Darmblutung nach Reposition incarcerirter Hernien. (Original-Mittheilung.)

14) Jacobelli, Bauchwunden. — 15) Auvray, Darmperforation im Typhus. — 16) v. Cač-
ković, Hämorrhagisches Erbrechen. — 17) Low, Appendicitis. — 18) Kopfstein, 19) Fra-
cassin, 20) Fredet, 21) Demoulin, Herniologisches. — 22) Arnold, Magensarkom. —
23) v. Cačković, Autointoxikation von Seiten des Magens. — 24) Sørensen, Darmtuber-
kulose. — 25) Fisher, Darmsarkom. — 26) Bäumlir, 27) Tixier und Viannay, 28) Bo-
finger, 29) Adam, 30) GÜthgens, 31) Middeldorpt, Ileus. — 32) Barker, Enterektomie.
— 33) Moulton, Mastdarmzerreißung. — 34) Roersch, Mastdarmvorfall. — 35) Nannotti,
Milzexstirpation. — 36) Filippi, Leberresektion. — 37) Beahan, Chirurgische Leiden
in der rechten Bauchseite.

Flockemann, Nachtrag. — 73. Naturforscherversammlung in Hamburg.

Zur Topographie des Processus vermiformis.

Von

Dr. P. Müller in Dresden.

So leicht in der überwiegenden Mehrzahl von Exstirpationen des Wurmfortsatzes das Auffinden desselben ist, so schwierig kann sich andererseits das Suchen nach ihm gestalten, ist er in mehr oder minder große Exsudate, Adhäsionen, Verwachsungen, Schwielen eingebettet und verborgen. In solchen Fällen lassen die gewöhnlichen topographischen Angaben — Einmündung des Dünndarmes oberhalb des Wurmfortsatzes an der linken Seite des Coecum oder Ursprung des Processus unten und medianwärts aus dem Coecum u. a. m. — völlig im Stiche, und lange und mühsam muss der Operateur zum Theil aufs Gerathewohl in Adhäsionen u. dgl. nach dem Wurmfortsatze suchen. In allen Arbeiten über dieses Gebiet werden diese Schwierigkeiten stets besonders hervorgehoben.

Gelegentlich einer durch ausgedehnte Verwachsungen sehr complicirten Appendicitisoperation, die mein früherer Chef, Herr Hofrath Rupprecht, im Diakonissenkrankenhaus zu Dresden ausführte, wurde ich auf eine Lagebeziehung der Abgangsstelle des Processus zu den Tänien des Dickdarmes bezüglich des Coecum aufmerksam, die ich seitdem stets sowohl bei Operationen als auch bei zahlreichen Leichenuntersuchungen bestätigt gefunden habe. Da ich in der mir zugänglichen Litteratur nur bei König und Gegenbaur¹ Angaben hierüber gefunden habe — in den zahlreichen von mir daraufhin durchgesehenen speciellen Arbeiten über die Anatomie und über die Erkrankungen der Appendix habe ich nichts antreffen können — halte ich eine Veröffentlichung dieser Beobachtung in Rücksicht auf ihre große praktische Wichtigkeit für die Orientirung bei schweren Extirpationen des Wurmfortsatzes für angezeigt.

Der Processus vermiformis entspringt dort aus dem Coecum, wo die 3 vom Colon herabsteigenden Tänien sich am Coecum treffen. Die Lage des Tänienschnittpunktes selbst ist dabei keine ganz konstante, bald befindet er sich etwas mehr an der vorderen, bald mehr an der hinteren Wand des Blinddarmes bald näher, bald ferner der Einmündungsstelle des Ileum. Stets aber ist dort, wo die 3 Tänien sich schneiden, die Abgangsstelle der Appendix vom Coecum.

Für die Orientirung am meisten geeignet ist die breite, stark in die Augen tretende, vorn gelegene Taenia libera, während die beiden anderen hinten innen und außen gelegenen Tänien weniger günstig sind. In praxi gestaltet sich die Sache nun so, dass man, falls es sich nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt, dass der Processus in Verwachsungen, Adhäsionen u. dgl. verborgen steckt, die breite Taenia libera aufsucht und, ihr als Richtschnur folgend,

¹ König (Lehrbuch der speciellen Chirurgie Bd. II) sagt: Man sucht den Wurmfortsatz auf, indem man die Einmündung des Ileum findet oder vom Colon aus die Längstänie bis zu dem oft verwachsenen etc. Processus verfolgt. Gegenbaur (Lehrbuch der Anatomie des Menschen 7. Aufl. Bd. II) erwähnt, dass aus dem primitiven Blinddarme 2 Theile hervorgehen, einer, der sich weiter bildet, das definitive Coecum, und einer, welcher in der Ausbildung zurückbleibt, der Processus vermiformis, und fährt fort: »Noch beim Neugeborenen ist er (Proc. vermif.) wenig vom erweiterten Coecum abgegrenzt; später tritt eine einseitige Erweiterung des Coecum auf, und die Appendix geht nicht mehr am Grunde desselben in dieses über, sondern gewinnt eine mehr seitliche der Valv. ileoc. genäherte Insertion. Die Längsmuskelschicht bleibt an ihr kontinuierlich und löst sich erst beim Übergange in das Coecum in die 3 Tänien auf, die also nicht am Grunde des Coecum, sondern an der Anfügstelle der Appendix beginnen.« Dieser Schilderung entsprechen auch die ausgezeichneten Abbildungen des Anatomischen Atlas von Spalteholz, während ich diese Genauigkeit in anderen Atlanten nicht gefunden habe. Nicht unerwähnt möchte ich noch die allerdings viel allgemeinere Bemerkung von Schlange lassen, die er im Bd. III T. 1. des Handbuchs der Chirurgie macht, wo er sagt: »Der beste Wegweiser ist schließlich der an seinen Tänien zu erkennende Dickdarm.« Gewiss, in den leichten Fällen, die Schlange im Auge hat; in complicirteren genügt diese allgemeine Angabe nicht, da ist es vortheilhafter, man folgt dem Laufe der Taenia libera.

sich durch Adhäsionen, Verklebungen, Exsudate, Verwachsungen nach der Appendix durcharbeitet. Man kommt unfehlbar zu ihrer Abgangsstelle vom Typhlon, mögen die Adhäsionen etc. noch so ausgedehnt und mag das Coecum und die Appendix noch so verlagert sein. Und hat man so das proximale Ende des Wurmfortsatzes gefunden und herausgearbeitet, so ist in den meisten Fällen die Entwicklung des übrigen Organs nicht schwierig. Wo dann das freie Ende liegt, ob es nach innen, außen, unten oder hinten oben geschlagen ist, ist dabei ziemlich gleichgültig, da die Hauptschwierigkeit des Auffindens überwunden ist. In besonderen Fällen kann man sich selbstverständlich auch an eine der anderen beiden Tänien halten, doch ist nach meiner Erfahrung die Taenia libera am besten dazu geeignet.

In leichteren Fällen dürfte man zwar auch ohne dies Hilfsmittel den Processus vermiformis finden, doch auch hier muss das Auffinden des Organs durch Beachtung dieses topographischen Merkmals erleichtert werden. Nur in dem Falle könnte es vielleicht versagen, wenn der Wurmfortsatz, durch eitrige Prozesse vom Coecum abgelöst, mit diesem nicht mehr in Zusammenhang steht. Man kommt aber auf diese Weise wenigstens sicher dort hin, wo der Processus zu suchen ist. Ich will noch erwähnen, dass ich selbst in alten, schwierigen Verwachsungen die Taenia libera stets deutlich sichtbar herauspräparieren und sie als Wegweiser nutzen konnte.

1) W. Petersen. Zur Behandlung der Bauchschüsse. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

In der Abhandlung erörtert P. zunächst die Gründe für die unerwartet guten Resultate, zu welchen die konservative Behandlung der Bauchschüsse im südafrikanischen Kriege geführt hat. Ein Theil der Geheilten hatte penetrirende Schüsse ohne Perforation erhalten; in einem anderen war es zu Perforation, umschriebener Abscessbildung und Entleerung des Eiters nach außen oder durch den Darm gekommen; in einer 3. Gruppe hatte sich die Schussöffnung in den Därmen in Folge ihrer Kleinheit durch Vorfall der Schleimhaut spontan und Dank der Leere der Eingeweide ohne erhebliche Infektion des Bauchfelles geschlossen. Es waren also für die Selbstheilung der Bauchschüsse besonders günstige Bedingungen vorhanden, während bei den der Operation unterworfenen Fällen sehr mangelhafte und ungünstige äußere Verhältnisse die schlechteren Erfolge chirurgischen Eingreifens verursacht haben. Im Gegensatze hierzu sind im Frieden die Bedingungen der Operation viel bessere und die der Naturheilung erheblich schlechtere, da die Verletzungen meist durch Geschosse von weit geringerer Durchschlagskraft und oft auch von größerem Kaliber veranlasst werden und mehr oder minder

gefüllte Eingeweide betreffen. Mit Recht weist deshalb auch P. darauf hin, dass die Erfahrungen des südafrikanischen Krieges bezüglich der Behandlung der Bauchschüsse in keiner Weise für unsere Friedensverhältnisse maßgebend sein dürfen, und verlangt bei jedem Bauchschusse im Frieden bei dringendem Verdachte auf Perforation die sofortige Operation und in zweifelhaften Fällen den Probeschnitt, während er die abwartende Behandlung höchstens dann als zulässig erachtet, wenn dauernde sachgemäße Aufsicht vorhanden ist. Gestützt werden diese Forderungen durch die Resultate der Behandlung von 11 Fällen von Bauchschüssen, die in der Heidelberger Klinik seit 1882 aufgenommen waren. 3 derselben sind konservativ behandelt worden; davon kam eine Schussverletzung des Magenfundus davon, während ein Darmschuss und ein Fall von Leber- und Aortaverletzung im Collaps zu Grunde gingen. Von den 8 Operirten wurden 5 (3, 13, 23, 24 und 40 Stunden post trauma laparotomirt) geheilt, starben 3 (1 Böllerschussverletzung und 2 vorher außerhalb der Klinik mit Eis und Opium behandelte und mit Peritonitis aufgenommene); die ersteren 5 wären ohne Operation verloren gewesen.

Kramer (Glogau).

2) E. Rose. Die offene Behandlung der Bauchhöhle bei der Entzündung des Wurmfortsatzes.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. LVII. p. 528; Bd. LVIII. p. 13, p. 231, p. 513; Bd. LIX. p. 113.)

R. legt in 5 über 3 Bände der Zeitschrift verstreuten Artikeln seine Stellungnahme zur chirurgischen Behandlung der Wurmfortsatzentzündung dar. Dieselbe ist, wie schon aus einer Äußerung des Verf. auf dem Chirurgenkongresse von 1899 bekannt war, eine der frühzeitigen Operation günstige, und da R. über ein nicht geringes einschlägiges Material verfügt, das hier wenigstens theilweise ausgewählt in Ausführlichkeit mitgeteilt wird, ist die Arbeit von Wichtigkeit. Doch ist die ganze Art der Darstellung in mancher Hinsicht wenig erquicklich und hinterlässt auch nach eingehender und wiederholter Durchsicht (wenigstens ist dem Ref. es so ergangen) keinen sehr befriedigenden Eindruck.

Abgesehen davon, dass man zum Studium des Berichtes 3 Bände zur Hand nehmen muss, stört, dass R. die neuere Appendicitislitteratur gänzlich ignorirt und bei der Gruppierung des Stoffes eine neue Eintheilung und Nomenklatur der Krankheitsbilder aufstellt, die, wie schon der Titel der Abhandlung, zwar sehr originell, aber auch sehr weitläufig und schwerfällig, trotzdem aber unzuweckmäßig erscheint, da oft in einer Gruppe sehr differente Fälle zusammengestellt werden. Aus diesem Grunde ist der Vergleich von R.'s Principien und Resultaten mit denen anderer Autoren erschwert und unbequem. R. theilt die Krankheitsformen folgendermaßen ein:

1) Die frische heftige Wurmfortsatzentzündung (Appendicitis s. Skolekoiditis vehemens recens). Hier sind Fälle ge-

meint, bei denen es sich nach gewöhnlicher Sprechweise um erste Anfälle akutester Art handelt. Unterabtheilungen: brandige Entzündung mit und ohne Perforation, verschwärende Entzündung, Entzündung in Folge von Eiterung und »Diphtheritis« des Wurmfortsatzes.

2) Die frische bedachtsame Wurmfortsatzentzündung (Skolekoiditis recens lenta), wozu erste Anfälle mit protrahirterem Verlaufe gezählt werden. Unterabtheilungen: a. die frische bedachtsam wachsende Form (Skolekoiditis lente crescens), b. die schnell steigende Form (Skolekoiditis recens lenta candescens), c. die milde Form (Skolekoiditis mitis).

3) Die alte Wurmfortsatzentzündung (Skolekoiditis recrudescens), worunter Beobachtungen zusammengestellt sind, bei denen es sich um spätere, Recidivanfälle handelt. Varietäten: heftige Form ohne Perforation, heftige brandige Form, heftige geschwürige Form, »die bedachtsam schnell steigende« Form(!), die bedachtsam langsam wachsende Form.

4) Die verschleppte Wurmfortsatzentzündung und ihre Folgen (Skolekoiditis tardata). Unter dieser Abtheilung finden sich lauter Fälle mit Fisteln oder Gangrän außerhalb des Processus, meist im Blinddarme, oder auch starker Schwielenbildung.

Die von R. gegebene Krankheitseintheilung beruht also wesentlich auf rein klinischen Unterscheidungsmerkmalen. Als charakteristisch für Gruppe 1 hebt er, außer plötzlichem Beginne, bei leichtem Fieber besonders anhaltendes Erbrechen hervor. Bei Gruppe 2 wird das Späterbrechen hervorgehoben, das neben der Ausbildung örtlicher Erscheinungen als Signal zur Operation dienen soll. Bei den Fällen 1 kann die Operation nicht früh genug vorgenommen werden, am besten in den ersten 3 Tagen, bei den Fällen 2 in der ersten Hälfte der 2. Woche, wenn dann von dem Wurmfortsatzleiden noch irgend etwas nachweisbar ist. Ähnliches gälte bei Gruppe 3, wo am besten jedes Anzeichen, dass die Krankheit nicht erloschen, sondern aufs Neue aufzuflackern droht, den Eingriff indiciren soll. Bei Gruppe 4 geben meist nach geschehener Operation eintretende Kothfisteln Anlass zu weiteren Maßnahmen.

Als für die fraglichen Erkrankungen erforderliche Operationen zählt R. — wieder mit stark absonderlicher Namengebung — auf 1) die einfache Incision, 2) die Amputation, 3) die Exstirpation mit Übernähung (die Typhlorrhaphie), 4) die Amputation des Blinddarmes und 5) die Exairese. Eine einfache Abscessincision hält R. für nur selten ausreichend. Er ist fest überzeugt, dass sich mit oder vor dem Kothabscess Peritonitis bildet. Er will deshalb immer die Bauchhöhle öffnen und nachsehen, ob sie theilhaftig ist. Also großer Schnitt von der Mitte der Lende bis zur Linea alba zwischen Nabel und Symphyse. Därme zurückhalten. Suchen nach dem Wurmfortsatze mit Lösung und Heraushebung des Blinddarmes. Doch werden auch Medianschnitte, linksseitige, so wie hufeisenförmige Querschnitte

unter Umständen gemacht. Des Wurmfortsatzes soll man immer Zwecks Amputation habhaft zu werden suchen. Etwa vorgefundene kleinere Löcher im Blinddarme werden übernäht (»Typhlorrhaphie«), bei ausgedehnterer Blinddarmgangrän wird dieser extirpirt (»Coecumamputation«). Als Exairese, »Ausweidung« des Wurmfortsatzes, wird dessen Entfernung bezeichnet, falls sie starker Verwachsungen wegen nicht typisch glatt, sondern nur unvollkommen mit Zurückbleiben der peritonealen Umhüllung ausführbar war. Hinzuzufügen ist noch, dass bei Bauchfelleiterung die Bauchhöhle stark mit Salzwasser irrigirt zu werden pflegt, und dass die Wunden offen und mit Tampongaze und Drains nachbehandelt werden. R. hebt hervor, dass die allgemeine Peritonitis ohne diffuse Darmverwachsungen heilen kann. Gegen die Opiumbehandlung wird sehr scharf zu Felde gezogen, als häufigste Ursache der Erkrankung die Stuhlverstopfung angesehen.

Über die von R. erzielten durchschnittlichen Resultate ist schlecht ein Urtheil zu finden, da er selbst hierauf nicht näher eingegangen ist, in die Arbeit aber, wie bereits erwähnt, nicht sämtliche Beobachtungen aufgenommen sind. Verf. spricht von ungefähr 100 Fällen von Wurmfortsatzentzündung, bei denen er operirt hat, er giebt aber nur 68 Krankengeschichten. Die letzteren weisen, wie eine vom Ref. angestellte Zählung ergiebt, 32 Heilungen und 36, also etwas über die Hälfte, Todesfälle auf. Die Revision der Krankengeschichten ergab dem Ref., dass die Todesursache meist Peritonitis, und zwar meistens oder immer wohl eine schon zur Zeit der Operation vorhandene war. Andererseits betreffen die geheilten Fälle größtentheils solche, die von allgemeiner Peritonitis frei waren. In allen von R. gemachten Krankheitsgruppen finden sich eben die sonst von den Autoren doch stets thunlichst streng aus einander gehaltenen Fälle abgekapselter Abscesse und weiter verbreiteter Bauchfelleiterung bunt durch einander zusammengestellt, was Ref. nicht für zweckmäßig halten kann. Von der einfachen Appendektomie im anfallsfreien Intervall ist überhaupt nicht die Rede, obwohl einige der geheilten Fälle als solche wohl bezeichnet werden könnten. Im Gegentheil erklärt R. die ganze Lehre von den wiederholten Anfällen der Krankheit für falsch und wartet meist zur Wurmfortsatzentfernung das Verschwinden der wichtigsten Krankheitserscheinungen nicht ab. Andererseits aber überlässt er die »leichten Fälle von frischer, bedachtsamer Wurmfortsatzentzündung« der inneren Therapie, da sie »selbstverständlich« kein Gegenstand der Chirurgie seien.

Trotzdem die Abhandlung mancherlei werthvolle Beobachtungen und Betrachtungen enthält, fordert sie nach dem Gesagten doch vielerorts eine opponirende Kritik heraus. Die sonderbare Nomenklatur und Klassificirung dürfte wenig Aussicht haben, Beifall und allgemeine Aufnahme zu finden. Auch die meist höchst energische Ausführung des Operationsaktes, das regelmäßige primäre Aufsuchen des Wurmfortsatzes, zu welchem ausgedehnte Lösungen von

Netz- und Darmadhäsionen nicht gescheut werden, die häufig absichtlich vorgenommene freie Eröffnung der Bauchhöhle trotz nur vorhandener abgekapselter Abscessbildung wird sicher nicht jeder Fachchirurg, geschweige denn ein auch chirurgisch thätiger praktischer Arzt nachzuahmen sich versucht fühlen. Immerhin ist anzuerkennen, dass R. den Nachweis erbracht hat, dass häufig genug die vom Wurmfortsatz ausgehende Eiterung einer frühzeitigen Operation bedürftig ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

3) Villard et Vignard. Phlébite du membre inférieur gauche et appendicite.

(Revue de chir. 1901. No. 1.)

Das außerordentlich vielgestaltige Bild der Appendicitis mit ihren zahlreichen Fernwirkungen wird um eine Komplikation bereichert: die Thrombose der linken Vena femoralis.

Verff. hatten Gelegenheit, dieses Ereignis 2mal als sehr ernste Theilerscheinung der Appendicitis zu beobachten, und fügen 2 Fälle von Terrier bezw. Poncet hinzu. Die 4 Krankengeschichten sind zum Theil ausführlich mitgetheilt.

Es muss in der That eigenartig erscheinen, dass es fast ausnahmslos die linke Femoralis ist, die von der Thrombose nach Appendicitis betroffen wird. Roux hat in mehreren Fällen von Thrombenbildung ebenfalls dies vorwiegende Befallensein der linken Seite feststellen können.

Die Erklärung hierfür ist nicht leicht zu geben. Eine primäre Allgemeininfektion mit nachträglicher Lokalisation in der Appendix nach der Annahme von Gabuloff, Tripier, Sahli etc. scheint durch dieses Vorkommnis geradezu widerlegt zu werden. Eben so wenig ist ein direkter Zusammenhang anatomischer Natur zu finden. Die meiste Wahrscheinlichkeit hat die Annahme für sich, dass eine von der Appendix ausgehende Allgemeininfektion öfters die auch sonst zur septischen Thrombose prädisponirte Vena femoralis sinistra zuerst trifft.

Christel (Metz).

4) J. Lauper. Beiträge zur Frage der Peritonitis tuberculosa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 281.)

L. veröffentlicht die seit 1884 in der Kocher'schen Klinik und Privatklinik behandelten 22 Fälle. Dieselben werden in Krankengeschichten mitgetheilt, wobei meist eine Skizze des Bauches mit Einzeichnung der Geschwulst- bezw. Exsudatgrenze beigelegt ist. Dann folgt kurze Allgemeinbesprechung.

Von den 22 Kranken waren 16 weiblichen, 6 männlichen Geschlechtes, ein Vorwiegen der Weiber, das auch sonst schon bekannt und mit Wahrscheinlichkeit auf die weibliche innere Genitaltuberkulose zu beziehen ist. Dem Alter nach fallen die meisten Erkrankungen auf die 2. Hälfte des 2. Decenniums, nur 2 Fälle unter

15 Jahren und 2 über 45. Hereditäre Belastung in 40% nachgewiesen. Das Leiden entwickelt sich chronisch-schleichend unter Leibesschwellung, wobei Schmerzen in irgend einer Form nicht zu fehlen pflegen. Gastro-intestinale Störungen, Störungen der Menses und Urinsekretion, Abmagerung etc. bilden den weiteren Verlauf. Fieber kann hinzutreten oder auch fehlen. Die Krankheit ist in gewissem Grade einer Spontanheilung fähig. So nahmen von 8 nicht operirten Fällen 4 einen günstigen Verlauf. Doch ist im Allgemeinen die Laparotomie vorzuziehen, und zwar auch bei den trockenen, adhäsiven Erkrankungsformen. Von Kocher's 14 operirten Kranken genasen bzw. besserten sich 10 = 70%, während 4 = 28% innerhalb eines Jahres gestorben sind. Besonders befriedigend war der Heilungsverlauf bei 3 Kranken, bei denen die Laparotomie die Ausrottung des tuberkulösen Primärherdes, d. h. der tuberkulösen Tuben nebst Ovarien gestattete. Die Laparotomie an sich kann als gefahrlos angesehen werden. Die Rekonvalescenz wird durch gute hygienisch-diätetische Pflege so wie durch antituberkulöse Medikation (Kreosot) befördert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

5) W. Koch (Dorpat). Wann entstehen und was bedeuten Eingeweidebrüche des Rumpfes?

(Virchow's Archiv Bd. CLXIV.)

Wie in seinen früheren Arbeiten, so versucht Verf. auch in dieser den Nachweis zu liefern, dass alle Eingeweidebrüche im und am Becken angeboren seien. Er stützt seine Theorie auf vergleichend anatomische Betrachtungen, indem er sagt, dass die Hernien Theilerscheinungen eines Darmaufrisses sind, dem wir bei gewissen Primaten, sehr viel seltener bei Ursäufern, bzw. den ihnen verwandten Insecti- und Carnivoren begegnen, die ferner gebunden sind an Stellen, an welchen bei niederen Thieren und einzelnen Vertebraten Exkretionslücken, Pori, liegen. Die Thatsache, dass der Descensus testiculorum auch durch den Cruralkanal und direkt zum Darne stattfinden kann, ferner dass ischiadische und obturatorische Brüche mit Ovarien und Uterus als Inhalt, innere Leistenbrüche mit der Blase und Blasenbrüche in die Scheide vorkommen, spricht nach des Verf. Ansicht für seine Theorie. Denn »alle diese Brüche haben Bauchfeltaschen um oder wenigstens neben sich; sie drängen also alle, trotz des inzwischen reicher differenzirten Rumpfes und trotz des vervollständigten Beckens, zum Darne, zum After und zur Vagina eben so hin, wie die Pori der Prämammalien«.

Durch seinen Schüler Harms hat Verf. an 58 Leichen die inguinalen Gruben genauer untersuchen lassen; es fand sich hierbei, dass die Fovea media durchschnittlich am geräumigsten war; crurale, obturatorische und ischiadische Gruben ließen sich, wenn nicht jedes Mal, so doch oft, und zwar genau an den Stellen nachweisen, durch welche sonst die gleichnamigen Eingeweidebrüche hindurchgehen; 14mal fand H. leere Bruchsäcke.

Verf. nimmt danach an, dass die Bruchsäcke in die Periode der Entwicklung gehören; sie werden angeboren und sind von der Bauchpresse vollkommen unabhängig; sie haben aus der Entwicklungsperiode die bleibende Fähigkeit sich erhalten, gegen die Oberfläche kanalförmig auszuwachsen. Als Beweis hierfür wird der Processus vaginalis angeführt, welcher beim Menschen wie beim Thier ausschließlich eine Leistung des Bauchfelles sei und nicht durch irgend welchen äußeren Anstoß bedingt werde. Als Beweis, dass z. B. der Bruchsack der Hernia inguinalis keine Neubildung späterer Zeit wäre, welche mechanisch nach abwärts gedrängt würde, dient dem Verf. die Thatsache, dass derselbe regelmäßig so innig mit dem Samenstrange verwachsen sei, wie dies nur beim angeborenen Bruche vorkomme.

Dass die Bauchpresse auf die Entstehung eines Bruches keinen Einfluss habe, wird an 2 Beispielen von jungen Männern zu erläutern gesucht, die eine Diastase der Mm. recti abdominis haben, bei welchen sich aber trotz starker Wirkung der Bauchpresse keine Hernie ausbildete.

Zum Schlusse geht Verf. noch zur Therapie der Leistenbrüche über, die er auch geändert wissen will, und bespricht schließlich noch kurz die Hernia diaphragmatica. Von dieser sagt er, dass gerade bei ihr sich zeigen lässt, dass der Eingeweidebruch von vorn herein nichts Pathologisches, dem Messer Verfallenes ist. »Denn so wenig wir von den klinischen Verhältnissen der Hernia diaphragmatica wissen, so sicher wissen wir, dass sie krankhafte Erscheinungen durchschnittlich überhaupt nicht, sondern nur ausnahmsweise, gegen Ende des oft langen Lebens macht. Desswegen entdecken die Anatomen, nicht die Kliniker den Bruch, und desswegen ist er, auf wie Verschiedenes er hinweist, zunächst doch zweckmäßig und vernünftig, obschon keine gewöhnliche menschliche Einrichtung, — eine thierische Wiederholung, mit welcher sich leben lässt. Versagt einmal das Getriebe, so darf das, eben so wenig wie die Erkrankung des Dickdarmes im Bruchsacke oder die Erkrankung des spiralig gedrehten und geknickten Coecum ascendens, sofort als Strangulation und als Ileus, im Sinne vollkommener Darmsperrung aufgefasst werden. Denn meistens findet sich nicht dieser Verschluss, sondern nur die übrigens langer Hand vorbereitete Enteritis, welche nicht selten zur Durchblutung und dann zum Brande des Darmes führt.«

Fertig (Göttingen).

6) **J. Vitrac.** Ektokelostomie. *Displacement du sac herniaire, suivi de sa marsupialisation, pour permettre à la fois, dans les hernies infectées, le drainage de la cavité péritonéale et la cure radicale de la hernie.*

(Revue de chir. 1901. No. 1.)

Um in den Fällen von Brucheinklemmung, wo sich in der Bauchhöhle bezw. in der Umgebung der Bruchpforte verdächtiges

Exsudat angesammelt hat, gleichzeitig die Radikaloperation und die Drainage des inficirten Herdes ausführen zu können, hat V. folgendes Verfahren eronnen bezw. in 2 Fällen ausgeführt:

Der Bruchsack wird völlig und ausgiebig frei präparirt; wie nach Barker-Kocher wird sodann zwischen Peritoneum und präperitonealem Gewebe ein Tunnel nach aufwärts mit dem Finger gegraben und über der Fingerkuppe die Bauchwand eingeschnitten. Nach völliger Lösung aller Verwachsungen, Reposition des Inhaltes, Reinigung wird sodann der Bruchsack mittels einer Klemme durch den Tunnel geleitet und mittels einiger Fadenschlingen, die zugleich der nachträglichen Schließung dienen sollen, in der neuen Öffnung festgeheftet; ein Drainrohr wird von hier aus in die Bauchhöhle vorgeschoben und dann die Bruchpforte methodisch verschlossen.

Hält man sich beim Unterminiren genau ans Bauchfell, wird die Verletzung der Epigastrien sicher vermieden. Je nachdem Hernia inguinalis oder cruralis vorliegt, wird man nach außen oder nach innen von der Art. epigast. den Tunnel graben. Die günstigsten Aussichten auf Vermeidung späterer Bauchhernien bietet die Anlage der Drainageöffnung nach außen von der Arterie, weil hier eine mehrfache Decke von Muskeln den Kanal umschließt.

Christel (Metz).

7) Boland. The woollen yarn truss in infantile inguinal hernia.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 7.)

Empfehlung eines Stranges Wolle, der in entsprechender Länge aufgewickelt wird, als Retentionsmittel für angeborene Leistenbrüche kleiner Kinder. Der Strang wird um den Leib, über die ergriffene Leiste, von da unter den gleichseitigen Schenkel durch in der Glutaealfalte nach dem Rücken verlaufend angelegt. Er hält durch seine Elasticität den reponirten Bruch zurück, ist reizlos, billig und überall leicht zu beschaffen.

Trapp (Bückeburg).

8) B. G. A. Moynihan. On hour-glass stomach.

(Lancet 1901. April 27.)

Verf. stellt das erbliche Vorkommen des Sanduhrmagens in Abrede; die diesbezüglichen Fälle aus der Litteratur seien zweifelhaft, was er zu beweisen sucht.

Als Ursache des erworbenen Sanduhrmagens sind besonders anzusehen:

- 1) perigastrische Verwachsungen,
- 2) ein Geschwür mit lokaler Perforation und Verwachsung mit der vorderen Bauchwand,
- 3) ein Geschwür mit folgender Narbenstrangbildung,
- 4) ein Carcinom.

Es wird eine ausführliche Zusammenstellung der Symptome des Sanduhrmagens gegeben; die charakteristischsten, einzeln oder zusammen vorkommend, sind:

1) Scheinbares Verschwinden von Flüssigkeit, die durch die Schlundsonde eingeführt ist, wie wenn sie durch ein Loch abfließe (Wölfler).

2) Nach vollständig reiner Ausspülung des Magens ein plötzlicher Strom schlecht verdauten, in Zersetzung begriffenen Inhaltes (Wölfler).

3) Die auffallende Erweiterung und das Plätschergeräusch im Pylorustheile des Magens nach Aushebern des Inhaltes im kardialen Theile (Jaworski).

4) Beim Einlaufenlassen von Flüssigkeit oder gasförmiger Aufblähung die im linken Epigastrium sichtbare Erweiterung des kardialen Theiles, die allmähliche Abnahme derselben und damit entstehende Erweiterung des Pylorustheiles im rechten Epigastrium (v. Eiselsberg).

5) Ein während dieser Periode hörbares gurrendes Geräusch, in der Mitte des Magens zu auskultiren (v. Eiselsberg).

6) Beim Auffüllen mit Kohlensäure eine bedeutende Zunahme der vorher genau perkutirten Magengrenzen; daneben noch deutlich ein kleinerer Magenabschnitt zu perkutiren, der sich nach links hin verschmälert und an dieser Stelle deutlich die beschriebenen auskultatorischen Zeichen giebt (Verf.).

7) In seltenen Fällen nach Auffüllen mit Kohlensäure Entstehen einer sichtbaren Einschnürung (Schmidt-Monard).

Verf. stellt die in Betracht kommenden Operationsmethoden mit specieller Indikationsstellung zusammen; ferner bringt er eine genaue Tabelle von 32 Fällen aus der Litteratur und 6 eigenen von operirten Sanduhrmagens.

F. Kraemer (Berlin).

9) A. Nannotti. Ricerche sperimentali sulle esclusioni complete ed incomplete del colon.

(Clinica moderna 1901. No. 7.)

Verf. hat in einem Falle von schwerem chronischen Dickdarmkatarrh, der jeder inneren Therapie trotzte und bereits einmal zu Symptomen von Darmverschluss mit peritonitischen Reizerscheinungen geführt hatte, mit gutem Erfolge die Anastomose des Dünndarmes, 15 cm oberhalb der Ileocoecalclappe, mit der Flexura sigmoidea mittels des Murphyknopfes ausgeführt; Behufs vollkommener Ausschaltung des erkrankten Darmes schnürte er noch unterhalb der Anastomose die abführende Dünndarmschlinge mittels Serosanähten zusammen. N. hat nun an Hunden den Einfluss, den die vollständige Ausschaltung des Dickdarmes auf den Organismus ausübt, nachgeprüft. (Er durchtrennte den untersten Ileumabschnitt quer, vernähte den peripheren Stumpf und pflanzte das zuführende Ende in den Mastdarm.) Dabei konstatarie er, dass sich bei den Versuchs-

thieren die anfänglichen unbedeutenden Ernährungsstörungen als bald ausglichen. Verf. ist somit (vielleicht mit zu großem Optimismus, d. Ref.) geneigt, bei verzweifelten Fällen von Enterocolitis, die jeder inneren Therapie trotzen, die vollständige Ausschaltung des Dickdarmes zu empfehlen. A. Most (Breslau).

10) **E. Payr.** Beiträge zur Technik einiger Operationen am Dickdarme.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 254.)

Um nach Amputationen oder Resektionen des Mastdarmes das heruntergeholtte Colon vor dem After zu befestigen, benutzte Nicolaoni einen Silberdrahting (dieses Centralbl. 1897 No. 35), ein Verfahren, das sich bewährt und Nachahmung gefunden hat. P. ersetzte den Drahting durch einen besonders stark konstruirten Murphyknopf. Der männliche Theil desselben wird auf den Darmstumpf applicirt und hindert diesen am Zurückgehen nach oben, die weibliche Hälfte ist in eine zeigefingerdicke Kanüle verlängert, durch welche Defäkation und Injektionen stattfinden können. Dieselbe kann auch noch mit einem Gummirohre versehen werden und lässt sich zwischendurch wasserdicht verstopft halten, so dass Kothverunreinigungen umgehbar sind. Die Methode hat sich wiederholt bewährt, der Knopf fiel nach 7—8 Tagen ab. Dasselbe Instrument hat P. in analoger, nur den anatomischen Wundverhältnissen gemäß abgeänderter Weise bei Kolotomien bzw. Kolostomien 7mal mit befriedigendem Verlaufe angewendet. Der männliche Knopftheil kommt dann in das Darminnere, sei es, dass der Darm quer durchtrennt, sei es, dass er nur seitlich an seiner Konvexität gefenstert war; der weibliche Theil fasst von den Bauchdecken Peritoneum und Fascia transversa. Auch hier wurde die Kanüle desselben zum Kothaustritte benutzt. Die Methode ist einfach, rasch ausführbar, sicher und sauber.

Schließlich publicirt P. einen noch nicht praktisch erprobten Vorschlag zur Herstellung einer plastischen, aus Haut gebauten Verschlusspelotte für einen widernatürlichen After. Es wird über der Gegend des anzulegenden Kunstafters ein 7—8 cm breiter, 15—18 cm langer Hautlappen an einer Schmalseite gestielt, umschnitten und frei gemacht. Er wird sofort »gedoppelt«, so dass ein von beiden Seiten Haut tragender beweglicher Deckel entsteht, welcher später die künstliche Afteröffnung zu schließen bestimmt ist.

Einige Abbildungen zeigen P.'s modificirten Murphyknopf, dessen Applikation am natürlichen Afterringe so wie nach Kolostomie, ferner auch die Schnittführung zu dem geplanten lebendigen Schlussdeckel für Kolostomie. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

11) **J. B. Murphy.** Resection of the rectum per vaginam.

(Philadelphia med. journ. 1901. Februar 23.)

Nach eingehender Würdigung der bisher veröffentlichten Fälle von Mastdarmresektionen durch die Scheide theilt M. 4 Fälle mit, bei denen er mit gutem Erfolge von der Scheide her die carcinomatöse Partie entfernte. An der Hand von Abbildungen geht Verf. dann des näheren auf die Technik ein: Dilatation der Scheide mit breitem Speculum, Vorziehen der Cervix und Eröffnen des hinteren Douglas durch Querschnitt wie bei vaginaler Hysterektomie. Eingeführte Schwämme halten die Eingeweide vom Operationsfelde zurück. Trennung der Mastdarm-Scheidenwand in der Mittellinie von der Eröffnungsstelle im Douglas an bis zum Sphinkter ani einschließlich Abpräpariren der hinteren Scheidenwand von ihren Verbindungen mit dem Mastdarme. Nachdem man auf diese Weise sich den letzteren frei gelegt hat, erfolgt Spaltung desselben vom Sphinkter an bis zum unteren Rande der Geschwulst in der Mittellinie, hierauf quere Durchtrennung des Mastdarmes im Gesunden. Vorziehen des proximalen Endes, Loslösen der kocygealen und postrectalen Verbindung bis zum Promontorium hinauf und Amputation oberhalb der Geschwulst. Vereinigung des sigmoiden und Sphinkterenabschnittes durch Seidennähte; und zwar werden die Nähte von innen nach außen angelegt, die Fäden selbst lang gelassen und zum After herausgeleitet. Es kommen auf diese Weise die Knoten der Fäden an der Innenseite des Darmes zu liegen. In ganz gleicher Weise Schluss des Längsschnittes in der vorderen Mastdarmwand, der Sphinkter wird durch ein paar versenkte Nähte geschlossen. Naht der Bauchhöhle mit Katgut nach Entfernung der Schwämme und exakte Vereinigung des Scheidenlängsschnittes. Einführung eines dicken Gummidrains in den Mastdarm.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

12) **F. E. Italia.** Sulla genesi dei calcoli biliari. Ricerche istologiche, chimiche e sperimentali.

(Polielinico 1901.)

I. bekennt sich auf Grund seiner Untersuchungen bezüglich der Ätiologie der Gallensteine zu den Vertretern der Infektionstheorie. Er hat eine Reihe von Experimenten mit Typhus- und Colikulturen ausgeführt, und zwar sowohl in vitro (mit Ochsen-galle), als auch in einer größeren Anzahl von Thierversuchen an Hunden und Kaninchen. Dabei ist es ihm gelungen, Ausfällungen und — in der Gallenblase der Versuchsthiere — sogar Konkremeute zu erzeugen, welche den Gallensteinen des Menschen analog sind. Die Resultate seiner Untersuchungen lassen sich kurz in Folgendem zusammenfassen: Abgeschwächte Coli- und Typhuskulturen sind im Stande, in der stehenden Galle eine saure Reaktion hervorzurufen, durch welche eine Ausfällung von Cholesterin stattfindet, die sich vermittels des

von der entzündeten Schleimhaut abgesonderten Schleimes zu Konkrementen zusammenkittet, welche makroskopisch, mikroskopisch und chemisch die Eigenschaften der menschlichen Gallensteine zeigen. (Einbringung virulenter Coli- und Typhusbacillen in die Gallenblase des Versuchstieres bewirkt den Tod des letzteren.) Abgestorbene Bacillen und ihre Stoffwechselprodukte sind nicht im Stande, eine derartige Steinbildung zu veranlassen. Eine Gallenstauung ist im Experimente zur Erzeugung von Konkrementen nicht erforderlich. Als Infektionsbahn bezeichnet I. lediglich die Gallenwege; auf diesen würden die Keime in abgeschwächtem Zustande in die Blase gelangen.

A. Most (Breslau).

13) Beck. The representation of biliary calculi by the Röntgen-rays.

(New York med. journ. 1901. März.)

Gallensteine sind durch Röntgenstrahlen nachweisbar bei richtiger Technik. Gemischte und reine Bilirubinkalksteine geben die besten Bilder. Die Hauptsache für ihre Darstellung ist eine richtige Röhre, welche die Weichtheile gut, dagegen festes Gewebe nur gering durchleuchtet. Zur Aufnahme soll der Kranke mit der Lebergegend auf der Platte liegen, die Röhre soll etwas seitlich angebracht sein, dass die Strahlen mit etwa 70° auf die Platte treffen; die Steine werden zwar größer, als sie sind, dargestellt, aber deutlicher. Damit die Gallenblase möglichst nahe an die Platte kommt, werden unter die Schlüsselbeine Kissen gelegt, um den Rumpf etwas anzuheben. Das Bild zeigt nicht nur Steine der Blase, auch die im Gallengange und umliegenden Lebergewebe. Man kann sich vor operativer Behandlung überzeugen, ob letztere nöthig ist. Bei kleinen Steinen soll erst auf medicinischem Wege ihre Entfernung versucht werden. Eine Reproduktion, welche die Steine deutlich zeigt, ist beigefügt.

Trapp (Bückeburg).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus dem Knappschaftsazarette Sulzbach-Saar. Dirig. Arzt Dr. Brauneck.)

Darmblutung nach Reposition incarcerirter Hernien.

Von

Dr. Bergmann, Assistenzarzt.

In letzter Zeit wurde die Aufmerksamkeit von verschiedenen Seiten auf ein bisher anscheinend selten beobachtetes Vorkommnis nach Reposition einer incarcerirten Hernie gelenkt, nämlich auf die hiernach zuweilen auftretende Darmblutung. In umfassender Weise beschäftigt sich mit diesem Thema Preindlberger in der Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 14. Die von ihm beobachteten Fälle entsprechen einem ganz bestimmten Typus, den er als den Typus Schnitzler¹ bezeichnet, da von diesem zuerst derartige Darmblutungen unter einem bestimmten

¹ Schnitzler, Internat. klin. Rundschau 1894. No. 14, ref. nach Preindlberger.

Krankheitsbilde zusammengestellt wurden. Wir hatten im hiesigen Lazarette Gelegenheit, einen dem Schnitzler'schen Krankheitsbilde analogen Fall zu beobachten, und erlaube ich mir, diesen Fall in Kürze mitzutheilen.

Der Bergmann J. S., 33 Jahre alt, der seit mehreren Jahren an einem linksseitigen Leistenbruche litt, glitt am 31. December 1899 während der Arbeit auf einer Schiene aus und fiel mit dem Leibe auf einen Holzstempel. Obwohl er sofort heftige Schmerzen in der linken Leistengegend verspürte, beendete er seine Arbeitsschicht, um dann nach Hause zu gehen. Bald traten Durchfall und Erbrechen unter starker Steigerung der Schmerzen auf, auch bemerkte J. S., dass der vorhandene Leistenbruch sich vergrößert hatte. Vom herbeigerufenen Revierarzte wurde er sogleich ins Lazarett verwiesen, wohin er Nachmittags mit einem Wagen gebracht wurde.

Bei seiner Aufnahme wurde eine linksseitige incarcerirte Hernie festgestellt, deren Durchmesser 22:12 cm betragen. Da Repositionsversuche ohne Erfolg blieben, wurde Abends 6 Uhr zur Herniotomie in Narkose geschritten. Nach Spaltung des Bruchsackes und des einschnürenden Ringes gelang es, die ungefähr 1 m lange vorliegende Dünndarmschlinge zu reponiren. Das Bruchwasser war klar, der Darm dunkelroth, ohne verdächtige Stellen. Der Bruchsack wurde zum Theil abgetragen, die Operation nach Czerny vollendet; die Hautwunde wurde nach Einlegen eines tamponirenden Jodoformgazestreifens geschlossen und ein Verband angelegt. Es wurde sodann eine Eisblase aufgelegt und 20 Tropfen Tinct. opii verabreicht. Abends 10 Uhr trat plötzlich ohne Schmerzen diarrhöische Stuhlentleerung auf, die zum größten Theil aus dünnflüssigem Blute bestand. Es wurde abermals Tinct. opii gegeben, doch trat während der Nacht noch einmal Stuhlentleerung auf, die aber diesmal fast nur aus reinem Blute bestand; diese letztere Blutmenge betrug über $\frac{1}{2}$ Liter. Der Puls blieb trotz des großen Blutverlustes leidlich gut. Am folgenden Tage war das Allgemeinbefinden gut, die Temperatur normal, Erbrechen und Stuhlentleerung traten nicht auf. Es wurden 2mal 10 Tropfen Tinct. opii gegeben. Am 3. Januar 1900 betrug die Morgen-temperatur 38°; es wurde an diesem Tage normaler Stuhl ohne Blutbeimengungen entleert; Abends sank die Temperatur wieder zur Norm ab. Der weitere Verlauf war ein ungestörter; am 21. Januar war die Operationswunde vernarbt; am 31. Januar wurde Pat. geheilt entlassen.

Die von Preindlsberger und Schnitzler mitgetheilten Fälle zeigten folgende mit unserem Falle gemeinsamen Symptome: Es handelte sich um große, verhältnismäßig kurze Zeit incarcerirt gewesene Hernien; die Blutung trat bald nach der Reposition auf (in unserem Falle 4 Stunden). Wir können also unseren Fall dem Schnitzler'schen Typus angliedern.

Auf die für die Darmblutungen gegebenen Erklärungen will ich nicht näher eingehen; dieselben sind von Preindlsberger genauer gewürdigt worden. Ich möchte mich aber der von Letzterem geäußerten Ansicht anschließen, dass die, wie Nicaise² angiebt, zuerst in der Schleimhaut des incarcerirten Darmes sich geltend machenden Ernährungsstörungen die Arterienwandungen so weit schädigen, dass dieselben für den neu andrängenden arteriellen Blutstrom passirbar werden und so eine arterielle Darmblutung entsteht.

14) Jacobelli. Trentadue casi di ferite penetranti curate con l'inter-vento.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

Kurze Mittheilung von 32 Krankengeschichten penetrierender Bauchverletzung, alle operirt mit folgendem Resultate: 10 explorative Laparotomien, alle geheilt; 17 Schnitt- und Stichwunden, 4 gestorben; 4 Schusswunden, 4 gestorben.

² s. Tietze, Archiv für klin. Chirurgie Bd. XLIX, ref. nach Preindlsberger.

Es befinden sich darunter Verletzungen der Lunge, Leber, Mils, der Därme. Letztere und eine Verletzung von Leber und Magen gaben die 4 Todesfälle.

Folgt eine Auseinandersetzung über die Berechtigung der Laparotomie, für die J. in allen Fällen warm eintritt. E. Pagenstecher (Wiesbaden).

15) **Auvray. Traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.**

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. III. No. 1.)

Die 3 einschlägigen Beobachtungen des Verf. betreffen zuerst einen Knaben von 11½ Jahren, bei dem 48 Stunden nach der Perforation laparotomirt wurde. Das Loch saß etwa 10 cm oberhalb der Klappe. Wenige Stunden später starb das Kind.

Im 2. Falle war der Zustand des Kranken bei der Operation so schlecht, dass von der Aufsuchung der Perforationsstelle abgestanden wurde. Bei der Autopsie wurde die Öffnung im Dünndarme 20 cm oberhalb der Klappe gefunden.

Im 3. Falle war Perforationsperitonitis angenommen worden; es hatte sich jedoch um Darmblutung bei schwerer Leberinfektion gehandelt. A. betont, dass die Diagnose der Perforation bei Typhus oft recht schwierig sei, zum großen Nachtheile der operativen Erfolge, welche nur bei frühzeitigster Ausführung des Eingriffes besw. frühestem Erkennen des Sachverhaltes günstige werden können.

Christel (Metz).

16) **M. v. Cačković. Beitrag zur Ätiologie des hämorrhagischen Erbrechens.**

(Liečnički vjestnik 1901. No. 6. [Kroatisch.])

Verf. beobachtete 5 Fälle von hämorrhagischem Erbrechen im Anschlusse an Bauchoperationen mit Peritonitis.

Im 1. Falle handelte es sich um Perforation einer Appendicitis, welche wegen der mächtigen Schwartenbildung für eine Neubildung angesehen wurde, so dass man von der Operation abstand. Am nächsten Tage Collaps, hämorrhagisches Erbrechen und Tod. Im 2. Falle wurde wegen Carcinom des Quercolon eine Ileocolostomie ausgeführt (Operateur Dr. V. Wikerhauser). Am 5. Tage hämorrhagisches Erbrechen, großer Meteorismus und Collaps. Belehrt durch den 1. Fall nahm Verf. eine Perforation an. In der Nacht Tod. Bei der Sektion wurde eine Perforation in der Naht gefunden. Im 3. Falle wurde bei einer brandigen Hernie wegen großer Schwäche und peritonitischer Erscheinungen ein Kunstaftler angelegt. Am 3. Tage hämorrhagisches Erbrechen, am 5. Tod. Bei der Sektion wurde allgemeine Peritonitis gefunden. Im 4. Falle doppelte Incarceration durch Netzstränge, welche reseziert wurden. Am 3. Tage plötzlicher Collaps, hämorrhagisches Erbrechen und Tod. Sero-fibrinöse Peritonitis. Im 5. Falle mit seit 7 Tagen bestehendem Ileus und bestehender Peritonitis wurde eine macerierende Netzadhäsion reseziert. Am nächsten Tage Collaps, hämorrhagisches Erbrechen und Tod. Bei der Sektion wurde in der Tiefe an der Gekröswurzel eine 2. Einklemmung durch einen Netzstrang mit Darmgangrän gefunden. In allen Fällen ergab die Sektion Ekchymosen der Magenschleimhaut, einmal auch ein kleines Geschwür.

Durch diese Fälle findet Verf. seine Annahme bekräftigt, dass allgemeine Stase und Hyperämie in der Bauchhöhle Blutungen in den Magen bedingen könne, und zwar am ehesten bei der perforativen Peritonitis, welche sehr akut, furibund entstehe, wie dies besonders Fall 1 und 2 veranschaulichen. Im Falle 3 war das Blutbrechen nur eine Episode in der Entwicklung der schon bestehenden Peritonitis oder vielleicht nur ein Zeichen der Exacerbation derselben. Im Falle 4 war die Peritonitis nicht so bedeutend, dass sie so große Störungen hätte verursachen müssen; da glaubt Verf., dass auch die Netzunterbindungen dazu beigetragen haben. Im Falle 5 hat das hämorrhagische Erbrechen die schwere Schädigung im Bauchfelle und in den Darmwandungen bedingt.

Auf Grund der obigen Erörterungen kommt v. C. zu folgenden Schlüssen:

1) Hämorrhagisches Erbrechen kann im Verlaufe einer schweren Form von Peritonitis auftreten. Es ist ein positives diagnostisches Zeichen, wenn Verdacht auf eine Perforation in die Bauchhöhle bestehe.

2) Hämorrhagisches Erbrechen bei schwerer Peritonitis ist immer ein prognostisch sehr schlechtes Zeichen, und es tritt gewöhnlich als eins der letzten Symptome auf. (Selbstbericht.)

17) Low. Bacteriological report of one hundred cases of acute appendicitis.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Bakteriologisch untersucht wurden nur Fälle, die weniger als 3 Wochen hindurch klinische Symptome machten. Verf. erörtert besonders das Verhältnis der pyogenen Keime zu den Bakterien der Coligruppe. Während sich in Reinkultur der Streptococcus pyogenes nur in 2%, das Bacterium coli commune in 8% nachweisen ließ, fanden sich beide zusammen in 61%. In Fällen von unter 3 Tagen Dauer wurden der Streptococcus pyogenes in 81%, das Bacterium coli commune in 62%, in solchen von 2 oder 3 Wochen Dauer der Streptococcus in 55%, das Bacterium coli in 87% gefunden.

Verf. zieht den Schluss, dass das Bacterium coli erst als sekundärer Erreger eine Rolle spielt. Von den beiden akuten Fällen, bei denen sich nur das Bacterium coli fand, war der eine eine akute Periappendicitis ohne Eiter. Nur in einem einzigen Falle von typischer eitriger Appendicitis konnte Bacterium coli als einziger Erreger festgestellt werden.

Die Resultate anderer Untersucher, wie z. B. Kelly's, die weit öfter das Bacterium coli als Streptokokken fanden, erklärt Verf. daraus, dass nur Agar und Bouillon, für das Streptokokkenwachstum unzureichende Nährböden, benutzt wurden. Als geeignetsten Nährboden für derartige Untersuchungen fand er ein Blutserum von ca. 0,3% Acidität für Phenolphthaleïn als Indikator.

Läwen (Leipzig).

18) W. Kopfstein. Bericht über 205 Operationen von Hernien.

(Časopis lékařů českých. 1901. No. 5.)

Vom 1. Oktober 1896 bis Ende 1900 operierte K. im Bezirkskrankenhause zu Jungbunzlau (Böhmen) 205 Hernien = 5,9% aller chirurgischen Eingriffe und 2,9% aller Erkrankungen. Die Brüche vertheilten sich folgendermaßen:

eingeklemmte Schenkel- und Leistenbrüche	105,
freie Schenkelbrüche	6,
freie Leistenbrüche	84,
Nabelbrüche	4,
Hernia epigastrica	5,
Bauchwandbruch	1.

Operirt wurden die freien Brüche stets, die eingeklemmten möglichst genau nach Bassini. Die Sterblichkeit betrug bei den eingeklemmten Brüchen durchschnittlich 17,3% (in frischen Fällen nur 12,6%, nach eingetretener Gangrän 50 bis 66,6%); bei den freien Brüchen starb von den Erwachsenen Niemand, von Kindern ein 2 $\frac{1}{2}$ -jähriger Knabe an Schluckpneumonie. Recidiv trat bei Erwachsenen (wegen schwerer körperlicher Arbeit) in 29,1%, bei Kindern in 4,7% der operirten Fälle ein. — Operirt wurde in solchen Fällen, wo der Bruch Beschwerden verursachte; als Kontraindikationen galten: Überschrittenes 50. Lebensjahr, Herzfehler, chronische Lungen-, Leber- und Nierenleiden und bösartige Geschwülste. — Bezüglich des Bruchinhaltes wäre hervorzuheben, dass er 4mal aus Blinddarm und Wurmfortsatz bestand, davon 2mal auf der linken Seite; der Wurmfortsatz war beide Male ungewöhnlich lang.

G. Mühlstein (Prag).

19) Fracassini. Primo caso finora conosciuto che dimostra la possibilità dell' ernia inguinale diretta nella donna.

(Poliolinico 1901. No. 1 u. 2.)

Bei der Radikaloperation des Leistenbruches einer 21jährigen Frau fand sich als Inhalt des Bruches die rechte Tube, und zwar die schlingenförmig angelegene

mittlere Portion, lateral von den Vasa epigastrica und daneben, medial von ihnen, die Blase. Über das Verhältnis des Bruchsackes zu ihr ist nichts Genaueres gesagt; sie scheint außerhalb desselben gelegen zu haben, da man nach Entleerung des Bruchsackes am Blasenbruche noch keine Resistenz gefühlt hatte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

20) P. Fredet. Une pièce de hernie obturatrice.

(Revue de chir. 1901. No. 1.)

Die Hernie war zufälliger Leichenbefund bei einer etwa 40jährigen Frau. Der Bruch ist klein, und es ist nicht bekannt, ob er im Leben Beschwerden gemacht hat. Einige anatomische Einzelheiten sind von Interesse.

Das Orificium internum des Bruchkanales liegt zwischen Art. umbilicalis und Blase. Dieser folgt direkt dem Canalis obturatorius — also 1. Varietät.

Der Bruchsack besteht aus 2 Hüllen: die innere wird vom Peritoneum, die äußere von der Fascia praevesicalis (nicht endopelvina oder pectinea!) gebildet.

Besonderes Interesse verdient die Beziehung des N. obturatorius zur Hernie. An der Außenwand des Kanales verlaufend, wird er vor ihr her geschoben und auf ihr gespannt (il bride la hernie).

Aus diesen anatomischen Verhältnissen ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

Die Hernia obturatoria wird vermöge ihrer Beziehungen zur Fascia praevesicalis die Blase mit sich ziehen. Die hierdurch entstehenden Harnbeschwerden können leicht missgedeutet werden.

Bei operativen Eingriffen muss nach oben und außen die Art. obturatoria berücksichtigt werden.

Der N. obturatorius wird in den Anfangsstadien von der Hernie gespannt und gedehnt, daher Schmerzen und paralytische Störungen im Obturationsgebiete. Diese werden wieder verschwinden können, wenn der Bruch sich vergrößert und seinen Weg am Nerven vorbei genommen hat.

Schließlich kann das durch den Nerven gesetzte Hindernis die Veranlassung geben zur Ausbildung der 2. und 3. Varietät der Hernia obturatoria,

Christel (Metz).

21) Demoulin. Contribution à l'étude des hernies lombaires.

(Congrès des soc. savantes à Nancy 1901. April 9—13.)

Bei dem 55jährigen Pat. trat nach Heben einer schweren Last plötzlich ein Schmerz im Kreuze auf. Nach einigen Tagen Ruhe trat derselbe nur noch bei Rumpfbeugung auf, und Pat. bemerkte eine Geschwulst an der schmerzhaften Stelle. Im oberen Theile der rechten Lendengegend, und zwar in dem von der 12. Rippe und dem äußeren Rande des Sacrolumbalis gebildeten Winkel fand sich eine eigroße, teigige, lappige, zum Theil (unter Knistern) reponible und bei Hustenstößen sich vergrößernde Geschwulst. Bei der Operation fand man ein von der Nierenkapsel ausgehendes Lipom, dessen Stiel einen Aponeurosspalt im Bereiche des Grünfeld-Lesshaft'schen Dreiecks durchsetzte. Mohr (Bielefeld).

22) H. D. Arnold. Report of a case of primary sarcoma of the stomach.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Bei einem 47jährigen Manne, der seit 8 Wochen über Schmerzen im Epigastrium, Appetitlosigkeit und Übelkeit, so wie zunehmende Schwäche, Abmagerung und Stuhlverstopfung klagt, findet sich eine das linke Hypochondrium und Epigastrium einnehmende, von der 7. Rippe in der Axillarlinie bis $1\frac{1}{2}$ Zoll über die Crista iliaca reichende Geschwulst mit harter, höckeriger Oberfläche. Die Laparotomie deckt die anscheinend von der Milz ausgehende Geschwulst auf. Da ein Theil des Dickdarmes in der Gegend der Flexura coli sinistra in die Geschwulst-

masse einbezogen ist, wird mit einer Dünndarmschlinge ein Anus praeternaturalis angelegt. Tod nach 6 Tagen.

Bei der Autopsie entpuppt sich die Geschwulst als ein von der Magenschleimhaut ausgehendes Mischzellensarkom oder Endotheliom, das von der großen Curvatur in der Nähe des Pylorus aus, auf dem Wege der Lymphspalten sich verbreitend, die benachbarten Organe, insbesondere das Colon transversum und das Netz, inficirt hatte.

Verf. betont, dass, wie hier, auch in einer Anzahl der bisher beobachteten Fälle Symptome der Krankheit erst sehr spät auftraten, namentlich dann, wenn die Neubildung von einem Theile der Magenschleimhaut ausging, der fern von Cardia und Pylorus liegt. Er weist darauf hin, dass, auch wenn Symptome einer Magen-erkrankung fehlen und eine Geschwulst sich weit in den Unterleib erstreckt, der Magen der primär ergriffene Theil sein kann. Im Übrigen verweist er auf die Arbeiten von Schlesinger und Dock.

Läwen (Leipzig).

23) M. v. Čačković. Ein Fall von Autointoxikation von Seiten des Magens.

(Liečnički viestnik 1901. No. 6. [Kroatisch.])

Der 48jährige Pat. leidet schon seit 28 Jahren an zunehmenden Stenoseerscheinungen, spült sich schon seit 7 Jahren regelmäßig den Magen aus. Vor 9 Monaten Anfall von Tetanie mit Verwirrtheit. Ähnliche Anfälle traten noch 3—4mal auf.

Die ersten Tage im Krankenhause wurde dem Pat. der Magen nicht ausgespült, und es trat eine sich immer mehr steigende Verwirrtheit auf mit Unruhe, Schlaflosigkeit, Verlorenheit. Bei der nun vorgenommenen Magenauswaschung wurde viel stinkender, fauler Inhalt entleert. Pat. beruhigte sich und wurde wieder ganz normal, nachdem ihm der Magen täglich entleert wurde. Nun führte Verf. die Gastroenterostomie aus. Nachmittags ist Pat. wieder ganz verwirrt und unruhig, beruhigt sich aber auf eine Morphininjektion. Stuhl auf Klysmen. Den nächsten Tag wieder ein gleicher Anfall, welcher eben so mit Morphin erfolgreich bekämpft wurde. Danach glatter Verlauf und sehr rasche Rekonvalescenz.

Die geistige Störung fasst Verf. als Intoxikation durch Resorption der septischen Massen aus dem Magen auf. Er unterscheidet im Verlaufe 2 Perioden, welche wie ein Experiment erscheinen. Dem Pat. wird durch einige Tage der Magen nicht ausgewaschen, worauf sich langsam und allmählich die Verwirrtheit entwickelt. Darauf wird der Magen ausgespült und große Mengen septischer Massen entleert, worauf sich eben so allmählich die geistige Störung verliert. Das 2. Moment ist der Zeitraum nach der Operation, wo durch die Kommunikation plötzlich große Massen in die Cirkulation kommen, worauf sich wieder eine psychische Störung entwickelt, welche nach 2 Tagen verschwindet, nachdem die septischen Gifte ausgeschieden worden.

(Selbstbericht.)

24) J. Sørensen. Über stenosirende Dünndarmtuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 169.)

S. berichtet hier über 3 einschlägige, von E. Hahn (Berlin) mittels Enterostomie behandelte Fälle, über die er bereits in der Berliner Chirurgenvereinigung Vortrag gehalten hat. Wir können auf das diesbezügliche Referat d. Centralbl. 1901 p. 25 verweisen, dem nur noch über den Endausgang von Fall III, der zur Zeit jenes Vortrages noch nicht abgelaufen war, hinzuzufügen ist, dass das Resultat zwar anfänglich gut war, indem die Wunde gut heilte und die subjektiven Beschwerden schwanden. In der 4. Woche nach dem Eingriffe bildete sich indess ein Abscess in der Narbe, der sich zu einer tuberkulösen Darmfistel umgestaltete. Letztere schloss sich nicht wieder, und einige Monate später starb Pat. an Erstickung.

Fall I dagegen ist jetzt seit 6 Jahren gesund, so dass Ausheilung der Darmtuberkulose bei ihm anzunehmen ist. Fall II hat die Operation 12 Monate hinter

sich. Stenosen Symptome nebst Fieber und Nachtschweiß sind verschwunden, die vorhandene Ileocoecalgeschwulst ist kleiner geworden, auch die Lungenerkrankung scheint sich zu bessern.

Die Erfolge zeigen die Leistungsfähigkeit der angewandten Operationsmethode. Von Wichtigkeit ist, bei dem Leiden mit der operativen Hilfe frühzeitig vorzugehen.
Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) T. Fisher. Two cases of sarcoma of the intestine, with secondary infection in one by a gas-forming bacillus.

(Bristol med.-chir. Journ. 1901. März.)

Fall I. 5jähriger, kachektischer Knabe. In der rechten Bauchhälfte eine harte Masse mit unregelmäßiger Oberfläche tastbar; kein Ascites, keinerlei Schmerzhaftigkeit; unter zunehmenden Durchfällen, Fieber, Kachexie erfolgte der Tod 24 Stunden nach einer Operation, welche auf eine Probelaparotomie beschränkt blieb, 5 Wochen nachdem die Geschwulst zuerst bemerkt worden war. Bei der Autopsie fand sich, dass der unterste Theil des Ileum in ca. 50 cm Länge bis dicht oberhalb der Ileocoecalclappe von einer kindskopfgroßen Geschwulst ergriffen war. Auf dem Durchschnitte erschien die Darmlichtung größtentheils, und zwar überall, wo die Geschwulst den ganzen Umfang des Darmes ergriffen hatte, beträchtlich, bis zu 5 cm Durchmesser, erweitert; nur an den Stellen, an welchen nur ein Theil des Darmumfanges ergriffen war, sprang die Geschwulst gegen die Lichtung vor, ohne sie ganz zu verlegen. Eine tiefe, 2markstückgroße Ulceration reichte an einer Stelle bis nahe an den Bauchfellüberzug heran. Metastasen in den Gekrödrüsen, Leber, Nieren. Das subperitoneale Gewebe der in Berührung mit der Geschwulst stehenden Bauchwand war ausgedehnt durch Geschwulstmassen infiltrirt, nach unten zu bis ins kleine Becken, nach oben zu die ganze rechte Hälfte des Zwerchfelles, von hier aus vorderes Mediastinum, Herzbeutel; Metastasen in den Mediastinal- und Bronchialdrüsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Lymphosarkom mit geringer Bindegewebsentwicklung.

Fall II. Bei dem 28jährigen Pat., der zuerst vor 3 Wochen eine enteneigroße Geschwulst in der Ileocoecalgegend bemerkt hatte, traten eine Woche später starke Schmerzen im Bauche, schwere Störung des Allgemeinbefindens, Zahnfleischblutungen, Ikterus, purpuraähnlicher Ausschlag auf. In der Blinddarmgegend eine unbewegliche, harte, nach oben bis zur Darmbeinkante, nach innen bis nahe an die Mittellinie heranreichende Geschwulst. Stuhlgang normal; im weiteren Verlaufe schwere Nasenblutungen, Fieber, Tod 4 Tage nach der Aufnahme. Bei der 12 Stunden später vorgenommenen Sektion fand sich das subkutane Gewebe, besonders am Nacken und Hodensacke, ferner Bauchhöhle und Därme durch Gasansammlungen stark ausgedehnt. Die 2faustgroße Geschwulst hatte den untersten Theil des Blinddarmes in etwa 12 cm Ausdehnung in seinem ganzen Umfange ergriffen, jedoch an der Innenseite in bedeutend größerem Umfange, als an der Außenseite. Die Geschwulst hatte nach dem Verhalten der Darmmuskulatur, welche noch eine Strecke weit in die Geschwulst hinein verfolgt werden konnte, ihren Ausgang von der Subserosa und Submucosa genommen. Der Dünndarm war gleichfalls auf 5 cm Länge in geringem Grade infiltrirt, die Ileocoecalclappe verdickt, aber nicht verlegt. Auf dem Durchschnitte der Geschwulst fanden sich zahlreiche Gascysten verschiedenster Größe, ähnliche Cysten waren in der Leber, den Nieren und besonders in der Milz vorhanden. Sonst keinerlei Metastasen. Aërobe Kulturen aus den Cysten blieben steril. Die mikroskopische Untersuchung ergab Lymphosarkom. Auf den Schnitten lagen die Geschwulstzellen um die Cysten herum dicht zusammengedrängt. Zwischen ihnen fand Verf. in einigen Schnitten Bacillen, welche oft paarweise an einander lagen und von einer nicht gefärbten Kapsel umgeben waren (vielleicht *Bacillus aërogenes capsulatus*). Verf. nimmt an, dass die Geschwulst als *Locus minoris resistentiae* sekundär von diesem Bacillus inficirt wurde, derselbe dann in die Blutbahn gelangte, und die oben erwähnten schweren Erscheinungen hervorrief. Verf. fand 3 ähnliche Fälle in der Litteratur.

Verf. nimmt für die Lymphosarkome des Darmes eine infektiöse Ursache an. Hierfür spricht in seinem 1. Falle die eigenartige, durch Kontaktinfektion hervorgerufene subperitoneale Ausbreitung. Die Neigung der Sarkome, die Darmlichtung eher zu erweitern als zu verengern (im Gegensatze zum Carcinom), fand Verf. noch bei einer ganzen Reihe anderer Fälle angegeben. Er erklärt das durch den Umstand, dass das Sarkom meist von der Submucosa ausgeht und dann mehr nach der Peripherie, als nach der Lichtung zu wächst. Sobald der ganze Umfang des Darmes ergriffen ist, bringt das weitere periphere Wachsthum der Geschwulst (und die sekundäre Schrumpfung) eine Ausweitung der Lichtung hervor. (2 Abbildungen.)
Mohr (Bielefeld).

26) Bäumlcr (Freiburg i/Br.). Über akuten Darmverschluss an der Grenze zwischen Duodenum und Jejunum.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 17.)

Bei einer Rekonvalescentin von Ileotyphus trat plötzlich eine mechanische Störung der Wegsamkeit des Darmes auf. In dem Vordergrund der Erscheinungen stand eine zunehmende Erweiterung des Magens und die rasche Ansammlung von Flüssigkeit in demselben, obwohl die Flüssigkeitszufuhr möglichst beschränkt und die Nahrung vorwiegend durch den Mastdarm zugeführt wurde. Die Autopsie ergab, dass der stark erweiterte und gefüllte Magen den unteren queren Theil des Duodenums gegen die Wirbelsäule abgeplattet, der Zug des ins Becken herabgesunkenen Dünndarmes an seinem Mesenterium die Kompression gerade an der Durchtrittsstelle des Duodenums noch gesteigert und dadurch eine Nekrose der Darmschleimhaut hervorgerufen hatte, deren Entstehung allerdings durch die Anämie und allgemeine Schwäche der Kranken begünstigt worden war.

In einem anderen Falle von akut aufgetretener, sehr beträchtlicher Magenerweiterung mit einem ähnlichen Symptomenkomplexe konnten die Erscheinungen durch Magenausspülung, Knie-Ellbogen- bzw. Bauchlage unter Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr zum Magen rasch wieder rückgängig gemacht werden.

Als begünstigende Ursachen für duodeno-jejunalen Darmverschluss der in Rede stehenden Form bezeichnet B. größere Länge des Dünndarmmesenteriums, Gastro- und Enteroptose, Lage der Duodeno-jejunalgrenze auf der Konvexität der Wirbelsäule, starke Lendenlordose, hochgradige Abmagerung und Schwäche, chronische Magenerweiterung, andauernde horizontale Rückenlage nach Operationen, sehr vollständige Entleerung des Darmes vor einer Operation.

Direkt veranlassende Momente waren in den bis jetzt beobachteten Fällen: Überfüllung des Magens bei bestehender Atonie oder Dilatation, Chloroformnarkose, Operationen an den Gallenwegen und weiblichen Genitalien, Kompression des Thorax durch Anlegung eines Gipskorsettes.
Kramer (Glogau).

27) L. Tixier et C. Viannay. De l'hématémèse dans le cours de l'occlusion intestinale.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 76.)

Ein 44jähriger Landmann bot die Erscheinungen des akuten Darmverschlusses dar und wurde der Laparotomie durch T. unterworfen. Es fanden sich ausgedehnte Verwachsungen in der Ileocoecalgegend, welche die Därme an der freien Bewegung zu hindern schienen; dieselben wurden gelöst, die Bauchhöhle drainirt. Der Zustand besserte sich nicht, sondern zu den anfänglichen Erscheinungen kam noch Erbrechen reichlicher blutiger Massen hinzu, welches in kurzer Zeit zum Tode führte. Bei der Sektion fand man den oberen Theil des Dünndarmes dick mit schwärzlichem Blute angefüllt. Nirgends eine Ulceration, dagegen die gesammte Schleimhaut hochgradig kongestionirt und mit hämorrhagischen Sufusionen durchsetzt.
W. Sachs (Mülhausen i/E.).

- 28) **Bofinger.** Zur Atropinbehandlung des Ileus.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 17.)
- 29) **Adam.** Ein schwerer Obturationsileus, durch Atropin und Oleum olivarium gehoben.
(Ibid.)
- 30) **Güthgens.** Zur Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten.
(Ibid.)
- 31) **Middeldorpf.** Ein Fall von Ileus, mit Atropin behandelt.
(Ibid.)

In den von B. mit Atropin — im 1. Falle am 4. Tage nach Beginn der Ileuserscheinungen — behandelten Fällen war der Verlauf ungünstig; in dem einen Falle lag ein Volvulus des untersten Ileumtheiles, in dem anderen eine eingeklemmte Schenkelhernie (!) vor, die von B. erst am 4. Tage operirt wurde.

A.'s Pat. hatte nach der Schilderung eine schwere Koprostase in einem alten kopfgroßen Hodensackbruche, so dass die im Titel angegebene Behandlung von Erfolg sein konnte; die 3 mg Atropin verursachten indess leichte Vergiftungserscheinungen.

Bei G.'s Pat. bestand neben Meteorismus und Schmerzhaftigkeit des Leibes Obstipation, aber kein Erbrechen. Heilung durch Atropin (0,003 und 0,002) nach Auftreten von Intoxikationsbeschwerden.

Dagegen war in M.'s Fall das Bild des Ileus deutlich ausgesprochen. Guter Erfolg der Atropindarreichung in kleinen Dosen trotz Vergiftungserscheinungen.
Kramer (Glogau).

- 32) **A. E. Barker.** On two cases bearing upon the question of the limitations of enterectomy.

(Lancet 1901. April 27.)

Verf. berichtet über eine Operation, die er an einer 58jährigen, an schwerem Diabetes leidenden Frau wegen Dickdarmkrebs ausführte; die Geschwulst wurde in Zusammenhang mit 12 cm Darm (in kontrahirtem Zustande gemessen) entfernt und Enteroanastomose angelegt. Der Urin zeigte vor der Operation 6,6% Zucker, nach der Operation ging der Zuckergehalt konstant herunter und verschwand nach einigen Wochen vollständig. Abgesehen von einer Stichkanalerterung und einer schnell verschwindenden Kothfistel, durch die sich ein Stückchen nekrotisches Netzgewebe abstieß, war die Heilung günstig.

Auf Grund dieses Falles und auch schon früher vom Verf. gelegentlich gemachter Beobachtungen möchte B. einen Diabetes nicht als absolute Kontraindikation für größere Bauchoperationen ansehen. Obgleich der Diabetes die Vitalität der Gewebe nach mehreren Richtungen hin herabsetzt, scheint er die Indikation zur Operation in derartigen Fällen entgegengesetzt dem bisherigen Brauche zu erweitern.

Ferner berichtet B. über eine 76jährige, schwächliche Frau, die, vor Jahren ovariectomirt, in der Narbe einen sehr großen, eingeklemmten, brandigen Bauchbruch zeigte; er resecirte den Darm in einer Länge von 165 cm und legte Enteroanastomose an; bei der Operation zeigte sich die Bauchhöhle durch massenhafte Uterusfibrome ausgefüllt. Von geringer Bronchitis abgesehen, glatte Rekonvalescenz.

Dann erwähnt B. noch einen anderen von ihm operirten Fall, wo er 92 cm Darm resecirte, anastomosirte und Heilung eintrat. Es handelte sich hier um einen eingeklemmten Schenkelbruch, der 4 Monate vorher operirt war.

B. stellt 29 erfolgreiche Resektionen aus der Litteratur zusammen, wo über 1 m Darm resecirte worden ist, und bespricht kritisch die Grenzen der Resektion.

F. Kraemer (Berlin).

33) **A. B. Moulton.** Rupture of the rectum and hernia of the intestines in an insane man.

(Philadelphia med. journ. 1901. März 16.)

Ein dementer Geisteskranker von 34 Jahren hatte die Gewohnheit, mit den Fingern seinen Mastdarm zu bearbeiten, bis er es zu einem ansehnlichen Vorfalle desselben gebracht hatte. Eines Tages bemerkte der Wärter, dass er wieder einmal nass war, und als er ihn aussog, hingen aus dem After des Pat. ca. 2 Fuß Dünndarm mit Netz. Pat. hatte durch die Finger offenbar selbst die Mastdarmwand perforirt, so dass Dünndarm und Netz vorfallen konnten. 36 Stunden danach Tod.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

34) **Boersch.** Cure radicale du prolapsus du rectum par la recto-coccyxexie.

(Progrès méd. belge 1900. No. 23.)

R. hat obige Operation, die von Gérard-Marchant empfohlen ist, bei einer 26 Jahre alten Dame mit Incontinentia alvi und bei einem 3 $\frac{1}{2}$ Jahre alten Kinde mit bestem Erfolge ausgeführt, nachdem alle anderen Mittel vergeblich versucht worden waren.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

35) **A. Nannotti.** Secondo contributo allo studio delle indicazioni della splenectomia nella splenomegalia malarica.

(Estratto della clinica chirurgica.)

Mailand, **F. Vallardi**, 1901.

N. berichtet über eine größere Reihe von Erfahrungen in der Behandlung der chronischen Milzschwellung nach Malaria. Dabei referirt er über günstige Erfolge mit Chininsalzen, Arsen und Eisen, die er sowohl per os, wie auch subkutan verabfolgte. Den Chirurgen interessiren 9 Splenektomien mit 3 Todesfällen (2 Bronchopneumonien und eine schwere Hämatemesis, wahrscheinlich in Folge venöser Stauung; starke Cyanose der Magenschleimhaut ohne nachweisbare Ulceration oder Verletzung der letzteren). Im Übrigen war N. mit den Endresultaten der Operation zufrieden. Die Splenektomie kommt nach N. lediglich dann in Frage, wenn die Milzschwellung als solche im Vordergrund des klinischen Krankheitsbildes steht, und wenn die Mittel der inneren Medicin erschöpft sind. Die Milzvergrößerung als Symptom, so wie in Komplikation mit allgemeiner Kachexie sind selbstredend aus dem Gebiete der Chirurgie auszuschließen.

A. Most (Breslau).

36) **Filippini.** Sopra due resezioni di tutto il lobo sinistro del fegato per neoplasmii.

(Policlinico 1901. No. 5.)

F. hat 2mal wegen kopfgroßer Geschwülste den ganzen linken Leberlappen reseziert. Das 1. Mal wurde mediane Laparotomie, das 2. Mal ein schräger Schnitt durch den Rectus gemacht. Durch ausgedehnte Trennung des Lig. suspens. hep. ließ sich die Leber mobilisiren und die Geschwulst vorwälzen; dann elastische Umschnürung im Sulcus longitudinalis. Im 1. Falle wurde 2 Finger breit darüber die Geschwulst sofort, im 2. nach 3 Tagen abgeschnitten, die Bauchwunde bis an den Stiel vernäht. Der Stiel stieß sich nekrotisch ab, der Schlauch wurde nach 14 resp. 8 Tagen entfernt; es folgte länger dauernder Gallenfluss. Das 1. Mal wurde Dauerheilung erreicht — es lag ein Cavernom vor; im zweiten, wo es sich wahrscheinlich um primären Leberkrebs handelte, heilte die Wunde, doch starb Pat. nach einigen Monaten an Kachexie.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

37) **A. L. Beahan.** The surgical diagnosis of right-side abdominal diseases.

(Buffalo med. journ. 1901. März.)

Verf. bespricht das genauere die Differentialdiagnose zwischen Affektionen der Gallenblase, der rechten Niere, des rechten Eierstockes und der Tube, des

Wurmfortsatzes. Bei den von ihm beobachteten, differentialdiagnostisch schwierigen Fällen kamen mehrfach Verwechslungen zwischen Wanderniere und Gallenblasenerkrankungen vor, zumal wenn die sehr bewegliche und vergrößerte Gallenblase stark nach unten reichte und Ikterus fehlte. Die Appendicitisdiagnose wurde einige Male dadurch schwierig, dass der hinter dem Blinddarme liegende und mit diesem verwachsene Fortsatz in Folge starker Ausdehnung des Blinddarmes nicht getastet werden konnte. In einigen Fällen begann die Appendicitis äußerst chronisch mit Menstruationsbeschwerden, welche bei jeder Periode immer mehr zunahm, bis schließlich der verdickte und schmerzhaft Wurmfortsatz abgetastet werden konnte.

Mohr (Bielefeld).

Nachtrag.

Bei der Abfassung meines Artikels in No. 21 dieses Centralblattes »Über die Grenzen der Pupillenreaktion gegen Licht in der Chloroformnarkose etc.« ist mir die Monographie von Czempin »Die Technik der Chloroformnarkose für Ärzte und Studierende«, Berlin 1897, Otto Enslin, entgangen. Zu meinem größten Bedauern. Denn in diesem vortrefflichen Werke nimmt Czempin Betreffs des Stadiums der Narkose im Wesentlichen den gleichen Standpunkt ein, wie ich ihn vertreten habe. Er bezeichnet die engste Pupille als Normalpunkt der Narkose. Um die Erweiterung der Pupillen, welche nach diesem Stadium bei beginnendem Erwachen folgt, zu unterscheiden von derjenigen, welche bei noch tieferer Betäubung eintritt, weist Czempin darauf hin, dass in ersterem Falle eine, wenn auch oft geringe, Verengung der Pupillen zu beobachten ist, »wenn man mit der linken Hand den Kopf des Kranken erhebt, so dass er dem Licht voll zugekehrt ist . . . und nun beide oberen Augenlider mit einem schnellen Ruck nach oben zieht«.

Die Arbeit Czempin's ist bei aller Ausführlichkeit kurz gefasst und enthält ein sehr übersichtliches Schema. Sie verdient wesentlich bekannter zu sein, als sie ist. Namentlich sollten Alle, die sich mit Narkosen beschäftigen oder beschäftigen wollen, sie gelesen haben.

Hamburg-Eppendorf, 13. Juni 1901.

Dr. Adolf Flockemann.

73. Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte in Hamburg.

Am Donnerstag, den 26. September, wird im Logenhaus (Welckerstraße) um 2 Uhr Nachmittags eine gemeinsame Sitzung der Abteilungen für innere Medizin, Chirurgie und Dermatologie stattfinden.

In dieser Sitzung werden folgende Vorträge gehalten:

- 1) Grouven (Bonn). Die Röntgentherapie bei Lupus und Scrophuloderm.
- 2) Hahn (Hamburg). Die Röntgentherapie bei Ekzem, Prurigo, Akne und Psoriasis.
- 3) Schiff (Wien). Die Röntgentherapie bei Haarkrankheiten.
- 4) Sjögren (Stockholm). Die Röntgentherapie bei Cancroid. ulcus rodens und Lupus erythematoses.
- 5) Kiendöck (Wien). Technik der Röntgentherapie.
- 6) Schürmayer (Hannover). a. Über Röntgenulcera; b. Forensische Bedeutung der Röntgenverbrennungen.
- 7) Bang (Kopenhagen). Die Finsen-therapie.

Im Anschluss an diese Vorträge wird eine Diskussion stattfinden.

In der Abtheilung für Physik wird Dr. Walter einen Vortrag halten: Über die sogenannte Beugung der Röntgenstrahlen.

In der Abtheilung für Chirurgie: Dr. Albers-Schönberg, Über die Verwendung und den Werth des elektrolytischen Unterbrechers im Röntgeninstitut.

Über event. später noch zur Anmeldung kommende das Röntgenfach berührende Vorträge wird noch berichtet 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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 28.

Sonnabend, den 13. Juli.

1901.

Inhalt: Sprengel, Zur Methodik der Appendicitisoperation. (Original-Mittheilung.)

1) **Zuckerlandl**, Topographische Anatomie. — 2) **Lejars**, Chirurgie der ersten Hilfe. — 3) **Betagh**, Lymphdrüsen. — 4) **Perez**, Influenza. — 5) **Wolff**, Funktion und Form im Organismus. — 6) **Tuffier**, 7) **Bernabé**, Spinalanästhesie. — 8) **Golowin**, Pulsirender Exophthalmus. — 9) **Franke**, Freilegung der Orbita. — 10) **Werkens**, Intrakranielle Komplikationen der Mittelohreiterung. — 11) **Firth**, Unterbindung der Jugularvene. — 12) **Cozzolino**, Ozaena. — 13) **Wolff**, Uranoplastik. — 14) **Escat**, Die Krankheiten des Rachens. — 15) **Barrago-Ciarello**, Anastomose zwischen N. facialis und N. accessorius. — 16) **Grünbaum**, 17) **Deutschländer**, Skoliose. — 18) **Roncall**, Laminektomie. — 19) **Guinon**, Schmerzen bei Lungenleiden.

W. Sachs, Eine seltene Indikation zur sacralen Exstirpation der Gebärmutter. (Original-Mittheilung.)

20) **Weill und Galavardin**, Rheumatische Knoten. — 21) **Galin und Titow**, Weiße Phlegmone. — 22) **Clarke und Lansdown**, Hirnsarkom. — 23) **Barr und Nicoll**, Kleinhirnsabscess. — 24) **Moliné**, Subdurale Abscesse. — 25) **Whitehead**, Augenhöhlenangiom. — 26) **Compalred**, Mal perforant des Mundes. — 27) **Zusch**, 28) **Subbotić**, Noma. — 29) **Noquet**, 30) **Berblinseau**, Geschwulst des Gaumensegels. — 31) **Frohn**, Krup. — 32) **Luc**, Laryngofissur. — 33) **Schiender**, Strumitis. — 34) **Meusel**, Kropfoperation. — 35) **Schlagenhafer**, Sarkom der bronchialen Lymphdrüsen. — 36) **Tuffier und Millan**, Hämothorax. — 37) **Köhn**, Spondylitis typhosa.

Zur Methodik der Appendicitisoperation.

Von

Prof. Dr. Sprengel in Braunschweig.

Die Appendicitisoperation gehörte bis vor Kurzem zu denjenigen chirurgischen Eingriffen, welche mich technisch nicht voll befriedigten. Zwar ist es leicht, eine nicht verwachsene Appendix im Intervalle zu entfernen, aber bei erheblichen festen Verwachsungen und starker Verlagerung der Appendix kann die Operation schon im Intervalle technisch schwierig werden, und die Unbehaglichkeit der Situation steigert sich, wenn man im Anfall operirt und sich nicht darauf beschränkt, den Eiterherd zu entleeren, sondern den Processus selbst entfernen will. Ich habe alle Vorschriften der Autoren mit Sorgfalt befolgt, bin aber das Gefühl der Unsicherheit nicht losgeworden

und habe — bei der Operation im Anfalle — mehrfach den Versuch der Exstirpation des Processus aufgegeben, weil mir die Operation unter Umständen gefährlicher erschien als die Krankheit selbst. So viel ich weiß, haben sich die meisten Operateure bislang in der gleichen Lage befunden. Wenn ich Riedel ausnehme, der uns zuerst gelehrt hat, bei der Operation im Anfalle das Peritoneum nicht übertrieben zu fürchten, und Rehn, der ebenfalls principiell den Wurmfortsatz entfernt, stehen die meisten Autoren noch heute auf dem Standpunkte, dass sie sich im Anfalle auf die Entleerung des Eiterherdes beschränken und den Wurmfortsatz nur dann — und zwar gewöhnlich von der Abscesshöhle aus — wegnehmen, wenn er ohne nennenswerthe Schwierigkeit erreichbar ist.

Für mich hat sich die Situation fast mit einem Schlage geändert, seit ich auf die Appendicitisoperation, sowohl im Intervalle, wie im Anfalle, principiell die Methode der Beckenhochlagerung, und zwar der steilen Beckenhochlagerung anwende. Die Erleichterung, die man sich dadurch verschafft, ist geradezu überraschend; man macht aus einer unsicheren, halb im Dunkeln ausgeführten Operation einen übersichtlichen und technisch fast ohne Schwierigkeit zu beherrschenden Eingriff.

Da ich die Beckenhochlagerung schon in meinen Mittheilungen auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse kurz erwähnt habe, so würde ich mir nicht erlauben, an dieser Stelle die Frage nochmals anzuschneiden, wenn ich nicht für angezeigt hielte, einige Einzelheiten, die sich mir gut bewährt haben, kurz hinzuzufügen.

Ein Mittel, welches vielfach angewandt und sehr geeignet ist, die Appendicitisoperation zu sichern, ist die Verwendung der Tamponade zum Abschlusse des Krankheitsherdes gegen die gesunde Bauchhöhle. Verwendet man die Tamponade im Vereine mit der Beckenhochlagerung, so hat dieselbe nicht bloß den Vortheil, den man meist auf diesem Wege zu erreichen sucht, nämlich den gesunden Theil des Peritoneums vor dem Eindringen septischer Substanzen zu schützen, sondern man kann durch dieselbe, wenn man die Tampons — theils länglich geformte, aus Holzfaserstoff und übergenähter Gaze hergestellte Kissen, theils Gazeschleier — hinlänglich voluminös nimmt und stramm nach allen Seiten, namentlich auch nach dem kleinen Becken hin einstopft, den Krankheitsherd in geradezu idealer Weise isoliren und übersichtlich machen. Die Wurmfortsatzgegend liegt in der hochgestellten Darmbeinschaukel manchmal wie ein anatomisches Präparat vor Augen und kann meist mit Leichtigkeit ausgeräumt werden. Man braucht nicht zu fürchten, dass in den durch Eiterung complicirten Fällen der Eiter wegen der Beckenhochlagerung um so leichter in den nunmehr tiefer stehenden oberen Theil der Bauchhöhle eindringt. Das wird durch die stramme Tamponade mit Sicherheit verhindert.

Ich pflege dabei in folgender Weise zu verfahren. Ich mache in Beckenhochlagerung den Schnitt an der Außenseite des rechten

Rectus. Die Bedenken gegen diesen Schnitt sind mir bekannt und haben mich zeitweise veranlasst, denselben mit der wohl von den meisten Operateuren geübten Schrägincision zu vertauschen; auch die schräge Incision durch den Obliquus externus mit stumpfem Eindringen durch die tiefen Muskelschichten entsprechend der Faserichtung der betreffenden Muskeln habe ich versucht; aber immer bin ich wieder zu der Incision am rechten Rectusrande unter sorgfältiger anatomischer Freilegung desselben und womöglich mit Schonung der Epigastrica zurückgekehrt, weil kein Schnitt eine so freie Übersicht über die fragliche Gegend gewährt und weil keiner eine so mühelose Vergrößerung je nach Lage des Falles gestattet, wie er. Bei der Eröffnung des Peritoneums verfare ich je nach Befund verschieden. Besteht kein palpabler Abscess, sondern entweder überhaupt kein fühlbarer Tumor oder, wie in der Überzahl der Fälle, ein mehr oder weniger großes Infiltrat in der Fossa iliaca, so eröffne ich oberhalb desselben frei die Bauchhöhle und tamponire diese in der geschilderten Weise sorgfältig und fest. Erst dann gehe ich an den Herd. Der Eiter, den ich mit einer einzigen Ausnahme auch bei der Frühoperation in den ersten 2mal 24 Stunden stets gefunden habe, wird, wenn er in kleinem Quantum vorhanden ist, durch Austupfen entfernt, bei größeren Mengen läuft ein Theil über die Wunde ab; er kann aber nicht die Bauchhöhle, sondern nur die Oberfläche der Tampons beschmutzen, die danach ganz oder theilweise ausgewechselt werden, bevor die Operation, die immer die Entfernung des Processus zum Ziele hat, fortgesetzt wird.

Ist nicht bloß ein palpabler Tumor, sondern ein deutlicher Abscess vorhanden, so dringt der untere Theil des Bauchschnittes, der aber auch in diesem Falle den Rectusrand präparatorisch frei legt, in den Abscess ein. Der letztere wird entleert und sorgfältig tamponirt, worauf die Operation mit Eröffnung der gesunden Bauchhöhle, strammer Tamponade derselben, Freilegung und Entfernung des Processus von oben her, in typischer Weise fortgesetzt wird.

Den 3. resp. 4. Theil der Operation bildet die Entfernung der Tampons. Da dieselben sehr fest und stramm gelegt sind, so bedeutet das Herausziehen derselben zugleich ein sorgfältiges Auswischen des dem Krankheitsherde benachbarten Theiles der Peritonealhöhle. Von Ausspülungen mache ich in einfachen, so zu sagen typischen Fällen (obwohl jeder Fall in Einzelheiten variirt) keinen Gebrauch, bei ausgedehnter Peritonitis mit reichlichem flüssigem Exsudat wird man sie vielleicht nicht immer entbehren können.

Zum Schlusse vereinige ich die Bauchdecken in mindestens 3 Schichten durch Seidennähte. Die Naht ist, von den seltenen Ausnahmefällen abgesehen, in denen sich kein Eiter findet, eine partielle. Die Stelle des Infiltrates, das Lager des Wurmfortsatzes, wird durch einen festen Mikulicz'schen Tampon ausgefüllt, der meist durch den unteren, selten durch einen höheren Abschnitt des Bauchschnittes nach außen geleitet wird. In ganz schweren Fällen

mit ausgedehnter, event. nicht mehr lokalisirter Eiterung verzichte ich ganz auf die primäre Vereinigung. Ich lege durch beide Seiten des Bauchschnittes feste Seidennahtschlingen, tamponire, gewöhnlich mit mehreren Mikulicz'schen Tampons und halte über denselben durch angelegte Schieber die Seidenschlingen vereinigt.

Schließlich soll bemerkt werden, dass ich auch bei der Operation im Anfalle ausnahmslos Gummihandschuhe verwende. Es kann bei derselben nicht ausbleiben, dass die Hand des Operateurs mit putriden Stoffen in Berührung kommt; seit ich weiß (cf. die in meiner Abtheilung ausgeführten Untersuchungen von Dr. Dettmer, Langenbeck's Archiv Bd. LXII p. 384), dass die Gummihandschuhe durch Abspülen in sterilem Wasser schon in kurzer Zeit auch nach Berühren mit septischem Materiale keimfrei gemacht werden können, möchte ich auf die dadurch gewährte Sicherheit nicht mehr verzichten.

Es ist mir nicht bekannt, ob in ähnlicher Weise, wie vorstehend beschrieben, auch andere Chirurgen operiren; von denen, die ich fragte, hatte nur Kollege Müller-Aachen von der Beckenhochlagerung Gebrauch gemacht; in der Litteratur finde ich nichts darüber erwähnt. Für mich bedeutet diese Veränderung, im Verein mit den übrigen Einzelheiten, einen so großen Fortschritt, dass ich nur im Vertrauen hierauf die principielle Frühoperation vorzuschlagen gewagt habe.

Auf letztere hier einzugehen ist nicht meine Absicht. Erwähnen will ich, dass, seit ich die auf dem Chirurgenkongresse vorgetragene Indikation stelle (December 1900), auf meiner Abtheilung (mit wenigen Ausnahmen von mir selbst) ausgeführt sind:

7 Operationen im Intervalle	= Mortalität	0%
9 > in den ersten 2mal 24 Stunden	= >	0%
13 > in späteren Stadien	= >	30%
		(4 Todesfälle).

1) **E. Zuckerkandl.** Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 2. Heft: Brust, 48 Figuren; 3. Heft: Bauch, 95 Figuren mit erläuterndem Texte.

Wien, Braumüller, 1900 u. 1901.

Das günstige Urtheil, das über das 1. Heft dieses Atlases ausgesprochen werden konnte, gilt vollständig auch für diese 2 folgenden Lieferungen: Autor und Verleger sind bemüht gewesen, das Beste zu geben. Was hier besonders interessirt, ist, dass speciell der Chirurg für sein operatives Handeln gute Orientirungsbilder findet, wobei sich Fensterschnitte, die in schrittweisem Vorgehen in die Tiefe die Aufeinanderfolge der getroffenen Organe in klaren Bildern wiedergeben, mit Sagittal-, Frontal- und Horizontalsägeschnitten vereinigen, um ein plastisches Bild vom Situs der getroffenen Theile zu gewähren. Je häufiger man die Bilder studirt, um so sicherer orientirt man sich in ihnen, namentlich auch weil keins zu vielerlei in Zeichnung oder Benennung giebt.

Speziell möchte Ref. hinweisen auf die Behandlung der Subclavicular- und Achselgegend, auf die genaue Wiedergabe des Verhältnisses der Brusthöhlenwandungen zu den im Thorax gelegenen und der Mediastina mit den von ihnen eingeschlossenen Organen. Weiterhin auf die Darstellung der Lage des Magens an sich und im Verhältnis zu der Umgebung, wie sie in der neuesten Zeit festgestellt worden, die genaue Berücksichtigung der Lage der wenig beweglichen Abschnitte des Darmkanals, darunter vor Allem einerseits des Duodenums, andererseits des Blinddarmes und seines Wurmfortsatzes, der Bauchfelltaschen, nicht minder aber auch der großen Drüsen und ihrer Ausführungsgänge. Eine ganz besondere Aufmerksamkeit schenkt Verf. dem Pankreas und seiner Einfügung in die Umgebung. In Lieferung 3 finden auch Anomalien der Gestalt und Lagerung der Organe häufiger als in den vorhergehenden Berücksichtigung: so solche der Bursa omentalis, des Recessus duodeno-jejunalis, des Duodenums, des Blinddarmes und seines Anhanges, des Dickdarmes, der Nieren (Lageanomalie, Hufeisenniere, Kuchenniere, linksseitige Doppelniere, doppelter Harnleiter).

Die Ausführung der farbigen Holzschnitte ist tadellos.

Richter (Breslau).

2) **F. Lejars.** *Traité de chirurgie d'urgence.* 3. édit. revue et augmentée.

Paris, Masson, 1901.

Innerhalb noch nicht 2 Jahren 3 Auflagen, dabei Steigerung des Buchumfanges von 751 Seiten auf 1045 und der Abbildungen von 482 auf 751, das beweist, dass das Werk sich viele Freunde erworben hat, und dass der Autor bemüht ist, durch die Neubearbeitung der früheren Auflagen, durch Erweiterung des ganzen Themas — hier und da selbst über die Grenzen hinaus, die der Titel erwarten lässt — und durch fleißige Einfügungen neuer therapeutischer Verfahren den Bedürfnissen der Ärzte immer vollständiger nachzukommen. Auch die Wünsche, die im vorigen Jahre in diesem Blatte in Bezug auf Aufnahme erster Hilfeleistungen bei Verletzten und bei Verbrannten geäußert wurden, haben Berücksichtigung gefunden.

Richter (Breslau).

3) **Betagh.** *Sulla presenza del tessuto cellulo-adiposo nelle glandole linfatiche.*

(Polielinico 1901. No. 4.)

Lymphatisches und Fettgewebe stammen beide aus dem Mesenchym. In den Lymphdrüsen findet sich sehr häufig Fettgewebe eingeschlossen. Entweder umgibt es ringsum das eigentliche Drüsengewebe und ist dann am Hilus der Drüse am stärksten vorhanden; oder umgekehrt es ist als Kern oder als mehrfache Inseln in das Drüsengewebe eingesprengt. In diesem Falle lässt sich aber immer

ein Zusammenhang mit dem Fette des Hilus nachweisen. Diese Befunde lassen sich an kranken wie normalen Drüsen erheben. Es handelt sich nicht um eine Degeneration, eine Lipomatose der Drüsen oder umgekehrt um Regeneration von Drüsengewebe in Fett, wie man solche Befunde viel gedeutet hat. Dem entspricht der Mangel an karyokinetischen Figuren.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

4) G. Perez. Die Influenza in chirurgischer Beziehung.

(Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 1—69.)

Die aus dem Institute für klinische Chirurgie in Rom (Prof. Durante) hervorgegangene Arbeit trägt zwar aus der in ausgedehnter Weise herangezogenen Litteratur der Influenza (Verzeichnis von 207 Nummern) auch die chirurgischen Komplikationen dieser Krankheit zusammen, bringt aber als eigenen Beitrag zur Sache, nicht entsprechend ihrem Titel, Berichte über Infektionsversuche an Kaninchen, die die Pathogenität der Influenzabacillen prüfen sollten. Kulturen der letzteren in Agar, so wie in Bouillon mit Blutzusatz wurden zunächst in das Unterhautzellgewebe, die Venen, die Luftröhre und Bauchhöhle injicirt. Hiernach traten lediglich toxische Erscheinungen auf, Hyperthermie, Dyspnoë, beträchtliche Muskeler schlaffung etc., welche entweder nach verschieden langer Zeit verschwanden oder, falls die gegebene Dosis zu hoch war, zum toxischen Tode führten. Um wirkliche Infektionen bezw. ein Weitergedeihen der Influenzabacillen im Lebenden herbeizuführen, bedurfte P. in seinen Experimenten einer künstlichen Verminderung der Widerstandsfähigkeit der Organe. Die dies anstrebende Versuchsanordnung bestand darin, dass entweder der injicirten Bacillenkultur ein feines Pulver von Thier- bezw. Pflanzenkohle, auch Lycopodium oder konzentrierte Milchsäurelösung zugesetzt wurde, oder es wurden dem Versuchsthiere außer der Bacillenkulturinjektion ein Knochenbruch bezw. eine Kontusion beigebracht, oder endlich wurde das Versuchsthiere durch eine vorgängige Injektion mit Toxinen, die durch Filtration menschlicher Dejektionen gewonnen waren, in seiner normalen Vitalität herabgesetzt. P. hat auf diesem Wege mannigfache Herd-erkrankungen wesentlich entzündlich-eitriger Art erzielt, die ausschließlich auf Influenzabacillenentwicklung beruhten, als Haut- und Wundabscesse, Myositiden, pneumonische Herde, Pleuritiden. Auf 2 Tafeln werden 5 gut ausgeführte Abbildungen mikroskopischer Präparate gegeben, die von Leichentheilen der Versuchsthiere gewonnen sind.

(Das Studium der fleißigen und anerkennenswerthen Arbeit wird durch die sehr häufig fehlerhafte, den Ausländer verrathende Sprache gestört. Sie hätte vor ihrem Erscheinen in einer »deutschen« Zeitschrift entsprechend nachgesehen werden müssen.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

5) **J. Wolff.** Über die Wechselbeziehungen zwischen der Form und der Funktion der einzelnen Gebilde des Organismus.

(Vortrag, gehalten in der zweiten allgemeinen Sitzung der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Aachen am 21. September 1900.)

Leipzig, F. C. V. Vogel, 1900.

W. spricht auf der vorjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, deren erste Sitzung dem Rückblicke auf die Entwicklung der Naturwissenschaften und der Medicin im 19. Jahrhundert gewidmet war, nochmals über die Wechselbeziehungen zwischen der Form und der Funktion der einzelnen Gebilde. Er referirt kurz über seine bekannten Forschungen über das Gesetz der Transformation der Knochen, wobei er Röntgenbilder der früheren Fournierblätter demonstriert, da diese die Architekturverhältnisse noch deutlicher als die Fournierblätter zur Anschauung bringen.

Außerdem fügt er noch Röntgenbilder bei, welche den Knochen lebender, mit Deformitäten behafteter Individuen entnommen worden sind, und zum Vergleiche damit Röntgenbilder, welche längere Zeit später, nach der durch unblutiges Redressement bewirkten Heilung der Deformität wiederum denselben Knochen derselben Individuen entnommen wurden. Er kommt hierbei zu seinen bekannten Schlussfolgerungen über die bisherigen Irrthümer in der Behandlung der Deformitäten.

Die übrigen Gebilde des Organismus verhalten sich in der Beziehung zwischen Form und Funktion analog den Knochen, wie die Arbeiten des Anatomen Roux gezeigt haben. W. meint, dass auf dem letzteren Gebiete sich dem Forscher noch ein lohnendes Arbeitsfeld bietet.

Zum Schlusse weist der Autor darauf hin, dass sich das Gesetz der Transformation der Knochen, wie er bereits 1884 und 1892 betont hat, als ein wichtiger Baustein zur Vollendung des Gebäudes der Descendenzlehre erwiesen habe, und er fasst die Ergebnisse seiner Forschungen nochmals in einigen kurzen Sätzen zusammen.

Drehmann (Breslau).

6) **Tuffier.** L'analgésie cocainique par voie rachidienne.

(Presse méd. 1901. No. 33.)

T. wahrt zuerst dem Amerikaner Corning die Priorität, die Anästhesirung durch Einwirkung auf das Rückenmark erfunden zu haben. Sodann tritt er mit großem Enthusiasmus für die Cocainisirung des Markes ein. Misserfolg schiebt er auf mangelhafte Technik. T. benutzt 2%iges nach Arnaud vorher in geschlossenem Kolben auf 120° C. erhitzt gewesenes Cocain, macht die Punktion im Sitzen und spritzt sehr langsam ein. Im Übrigen weicht sein genau beschriebenes Vorgehen nicht wesentlich von dem in Deutschland üblichen ab. Ein Irrthum ist es, wenn T. annimmt, dass von Bier ein Trokar

zur Lumbalpunktion benutzt würde. Dieser Irrthum macht es auch erklärlich, dass T. sagt: »Wenn ich der Technik unseres Greifswalder Kollegen hätte folgen müssen, würde ich niemals gewagt haben, auf dem Wege durch das Rückgrat zu anästhesiren, und ich verstehe, wenn Bier sagt: »dass mit einem bis jetzt noch dunklen und ungewissen Verfahren die Injektionsanästhesie geringere Sicherheit gewährt als die gewöhnlichen Anästhesien«. T. sucht sodann die Statistik von Réclus, welcher für die Cocainisirung 6 Todesfälle auf 2000 Anästhesien berechnet, zu entkräften, indem er nachweist, dass wenigstens mehrere Pat. an ihrem Grundeiden und nicht an Cocain gestorben sind. Er rechnet für die Äthernarkose aus den Zahlen Schultze's (4919 Äthernarkosen: 9 tödliche Ätherpneumonien) eine Mortalität von $2\frac{0}{100}$ heraus.

Sein eigenes Verfahren hält T. für ungefährlich und meint, dasselbe sei der Allgemeinnarkose weit vorzuziehen.

Bertelsmann (Hamburg).

7) **G. Bernabei.** Anestesia midollare chirurgica con iniezioni sottoaracnoidee lombari di cocaïna.

(Arte med. 1901. No. 1.)

B. hat 12mal die Bier'sche Anästhesie mit dem besten Erfolge angewandt und ist so ein begeisterter Anhänger dieser Methode geworden, ja er hofft sogar in seinem Enthusiasmus, vermittels der Lumbalinjektion mannigfach therapeutisch einwirken zu können. Um stets frische und sterile Lösung zur Lumbalanästhesie zur Hand zu haben, hält er sich zwei zugeschmolzene Glaskolben vorrätig, den einen mit sterilem Wasser oder Kochsalzlösung gefüllt, den anderen mit der entsprechenden Menge Cocain, welches 5 bis 6mal auf 80° C. erhitzt worden war (Tuffier). Vor dem Gebrauche wird nochmals das Wasser gekocht und demselben das Cocain beigemischt. Seine Erfolge waren bei diesem Vorgehen, wie gesagt, gute.

A. Most (Breslau).

8) **S. J. Golowin.** Operative Behandlung des pulsirenden Exophthalmus.

(Chirurgia Bd. VI. p. 434—456. [Russisch.])

G. kommt an der Hand zweier von ihm operirter Fälle, deren interessante Krankengeschichten er giebt, zu folgenden Schlussätzen:

Es ist nothwendig, in jedem Falle von Exophthalmus pulsans die Behandlung zu individualisiren. In Fällen mit bedeutenden Hirnsymptomen soll die Unterbindung der Carotis communis, bei Fehlen derselben die Operation von der Augenhöhle aus gemacht werden, und zwar die Unterbindung der Ven. ophthalm. meist mit zeitweiliger Resektion der äußeren Knochenwand. Mit letzterer ist jedes Mal zu beginnen, so wie nur ein Verdacht auf bösartige Geschwulst besteht. Die Unterbindung der Ven. ophthalm. ist auch an-

zuwenden, wenn die Unterbindung der Carotis nicht zum Ziele geführt hat, oder das Leiden nach derselben wiederkehrt.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

9) **F. Franke.** Eine neue Methode der osteoplastischen Freilegung der Orbita.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 192.)

Da F. bei Operation einer retrobulbären Geschwulst, welche medial saß, mit der Krönlein'schen Temporärresektion der Orbitalaußenwand keine genügende Zugänglichkeit des Operationsfeldes erzielte, hat er an Leichen das Eindringen in die Augenhöhle von oben her versucht und von der Bildung eines Haut-Knochenlappens vom oberen Orbitalrande, der nach unten geschlagen wird, eine gute Wirkung gesehen. Der Schnitt soll oben quer dicht an der oberen Grenze der Augenbraue geführt und an seinen beiden Seitenenden hakenförmig nach unten verlängert werden. Er trifft auf den Knochen $\frac{3}{4}$ —1 cm oberhalb seines freien Randes. Dieser wird dann mit einem breiten Meißel schräg nach unten durchschlagen und der entstandene Haut-Knochenlappen nach unten umgeklappt etc. Die umgekehrte Schnittführung unterhalb der Augenbraue mit nachfolgender Lappenumklappung nach oben hat weniger befriedigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

10) **W. Merckens.** Über intracranielle Komplikationen der Mittelohreiterung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 70.)

M. veröffentlicht aus dem Berliner Moabiter Krankenhaus (Sonnenburg) eine Reihe interessanter einschlägiger Fälle, die einer gründlichen epikritischen Durchsprechung, namentlich in diagnostischer, dann aber auch in therapeutisch-operativer Hinsicht unterzogen werden. Die Diagnostik der fraglichen Leiden bedarf, um das Ergebnis der Arbeit vorwegzunehmen, noch der Verbesserung, und nur bei gesicherten Diagnosen sind Regeln für operative Maßregeln aufzustellen.

»In unsicheren Fällen muss zwischen Operiren und Nichtoperiren ein Mittelweg gefunden werden; und dieser besteht darin, dass man schrittweise vorgeht. Schon die Paracentese des Trommelfelles kann unter Umständen die bedrohlichsten Symptome prompt beseitigen. Besteht eine Eiterretention im Warzenfortsatze, so ist er aufzumeißeln und nach anatomischen Veränderungen zu suchen, die auf tiefer liegende Prozesse schließen lassen. Finden sich keine, so soll man den Erfolg der Operation zunächst abwarten, bei eintretender Verschlimmerung aber die Dura resp. den Sinus freilegen. Findet man immer noch keinen Eiter und keine genügende Anhaltspunkte zur Erklärung der Symptome, auch nicht an der Innenseite der Dura,

dann schreite man zur Punktion resp. Incision des Gehirns und schließlich zur Punktion des Seitenventrikels.«

Über die gegebene Kasuistik sei Folgendes kurz angemerkt: Fall 1, Jahre-lange chronische Otitis, die nach einer Basisfraktur sich verschlimmert und binnen 2½ Monaten durch Meningitis zum Tode führt. Die Warzenfortsatzaufmeißelung hatte keinen Eiter gefunden und keinen Nutzen gehabt. Hieran schließen sich 2 Fälle, in denen Schädelbrüche Ohreiterungen, die vorher nicht bestanden, zur Folge hatten. Nämlich: Fall 2, + an consecutiver Meningitis, trotzdem ein Empyem des Processus geöffnet war. Und Fall 3; dieser genas, nachdem ebenfalls eine Warzenfortsatzeiterung geöffnet und ein gelöster Schädelbruchsplitter entfernt war. Fall 4, Warzenfortsatzempyem, Meningitis, Abscess und Erweichung des Hirns. + trotz mehrfacher Operation. Fall 5, linksseitige Otitis nach Influenza. Warzenfortsatzempyem, extraduraler und schließlich auch cerebraler Schläfen-lappenabscess, sämtlich der Reihe nach operativ versorgt. Trotzdem +. Es kamen klinisch interessante Sprachstörungen zur Beobachtung. Fall 6, besonders interessant. 29jähriger Schutzmann. Otitis, Warzenfortsatzeiterung, Sinusphlebitis, Pyämie mit multiplen Metastasen (Vereiterung eines Auges, eines Knies und Wadenabscess). Trotzdem geheilt und wieder dienstfähig geworden. Die Behandlung bestand bezüglich des Ohrleidens in der Warzenfortsatztrepanation und Freilegung des Sinus. Ebenfalls sehr lehrreich ist der letzte 7., auch glücklich geendete Fall. 38jähriger Pat. mit linksseitiger Ohraffektion. Es kamen allgemeine Drucksymptome mit Krämpfen und Parästhesien, eine Parese der rechten Hand, so wie Sprachstörungen zur Beobachtung. Die Behandlung bestand in Aufmeißelung des eitergefüllten Processus, Revision der abgelösten Dura; Probe-punktionen im Schläfenlappen hatten nichts ergeben. Man muss eine vorübergehende leichtere Affektion des Gehirns annehmen, am wahrscheinlichsten eine einfache lediglich seröse Meningitis, entstanden entweder als Folge kollateraler Hyperämie oder lokaler toxischer Wirkung von Seiten der aurikulären Eiterungsvorgänge.

Aus der einschlägigen Litteratur sind 60 Abhandlungen herangezogen, die zum Schlusse der Arbeit aufgezählt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

11) J. L. Firth. On the question of the advisability of ligaturing the jugular vein in the treatment of sigmoid-sinus thrombosis.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. März.)

Nach den Erfahrungen des Verf. kommen bei alleiniger Antrotomie ohne Ausräumung des thrombosirten und inficirten Sinus und ohne Unterbindung der Jugularis einzelne Pat. selbst bei ausgesprochener Pyämie durch. Eben so war der Ausgang in manchen Fällen, in welchen nur die Ausräumung des Sinus vorgenommen wurde, günstig. Immerhin ist bei dieser Behandlung der Erfolg meist sehr zweifelhaft. Die Operation sollte, wenn die Unterbindung der Jugularis nothwendig erscheint, immer mit der Freilegung der Vene beginnen, um eine Infektion der Halswunde zu verhüten. Hierauf wird (nach vorheriger Antrotomie) der Sinus freigelegt und, falls er inficirt erscheint, nun zunächst die Jugularis unterbunden; erst dann wird der Sinus eröffnet. Die Unterbindung der Vene ist unnöthig: 1) wenn der gesammte inficirte Sinusinhalt aus der Öffnung

im Sinus entfernt werden kann, 2) wenn die Lichtung der Vene durch feste Thromben verschlossen ist und die Infektion derselben durch Ausräumung des Sinus verhütet werden kann.

Zur Klärung der Frage zieht Verf. folgenden Fall heran:

Pat. litt früher an Otorrhoe; die jetzige Erkrankung beginnt akut mit Schmerzen im rechten Ohre, schweren Kopfschmerzen, Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber. Kein Ausfluss aus dem Ohre, Trommelfell nicht vorhanden, Warzenfortsatz nicht geschwollen, nicht druckschmerzhaft. Die Antrotomie ergibt Vereiterung der tieferen Mastoidzellen und des Antrums. Freilegung des Sinus, wobei zunächst ein extraduraler Abscess eröffnet wird, breite Eröffnung des gelblich verfärbten Sinus und Ausräumung eines central vereiterten Thrombus in ca. 4 cm Ausdehnung, bis von beiden Richtungen her freie Blutung auftritt. Stillung derselben durch feste Tamponade. Zunächst glatter Verlauf; dann entsteht unter Temperatursteigerung eine Schwellung unter dem obersten Theile des Sternocleido-mastoideus, welche nach dem Kieferwinkel zu sich entwickelt. Nach einer Woche spontaner Rückgang der Schwellung zugleich mit reichlicher Eiterung aus der Schädelöffnung. Bei Druck auf die Schwellung erfolgt Eiterentleerung aus der Schädelöffnung (Perforation des Warzenfortsatzes an der inneren unteren Fläche oder ganz in der Nähe desselben). Weiterhin glatter Verlauf und Heilung.

Auf Grund mehrerer ähnlich behandelte Fälle aus der Litteratur, welche kurz mitgeteilt werden, hält Verf. die Jugularisunterbindung für unnöthig in Fällen, welche operirt werden, ehe es zu embolischen Abscessen gekommen ist, wenn nach Ausräumung des Sinus eine freie Blutung von beiden Enden her erfolgt, oder gesund aussehende Thromben den Sinus an beiden Enden oder wenigstens am Jugularisende verschließen.

Mohr (Bielefeld).

12) V. Cozzolino. Etude bactériologique sur l'ozone.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1899. No. 7.)

C. hat bei 42 Fällen wahrer Ozaena die vorhandenen Bakterien studirt. Er fand in allen Fällen den *Bacillus mucosus ozaenae* von Loewenberg-Abel. Bei 28 Fällen wurde der *Pseudodiphtheriebacillus* mikroskopisch, nur in 7 Fällen davon auch durch Kultur nachgewiesen. Ferner in 9 Fällen *Staphylococcus aureus*, in je 7 Fällen *Staphylococcus albus* und *Bacillus pyocyaneus*; dann in Einzelfällen *Sarcina*, *Subtilis*, *Megatherium*, *Streptokokken*. Einmal wurden auch Tuberkelbacillen gefunden bei einer Pat., die mit einem Phthisiker verkehrt hatte. C. giebt eine genaue Beschreibung seiner Kulturen, stellte weiterhin Versuche zur Abtödtung des *Bacillus mucosus* mit verschiedenen Antiseptics an. Dabei erwiesen sich die meisten in der möglichen Desinfektionszeit von 10—15 Minuten recht wenig wirksam, was C. auf die Schleimhülle des *Bacillus* zurückführt. In 9 Serien untersuchte C. den aus je einem Ozaenafalle kultivirten *Bacillus mucosus* auf seine Pathogenität: er erwies sich bei Meerschweinchen, Kaninchen und weißen Mäusen pathogen. Einimpfungen von Kulturen, die direkt aus den Krusten gewonnen waren, führten den Tod nicht herbei, wohl aber stark entzündliche Erscheinungen; nach wiederholtem Durchgange durch den Thier-

körper stieg die Virulenz der Bacillen aber bedeutend. Bei Aufenthalt im Blutserum nahm die Virulenz ab. In der Nase gab die Einimpfung des Bacillus nach Abkratzung der Schleimhaut bei Meer-schweinchen und Kaninchen kein Resultat. Die von Ozaenafällen kultivirten Pseudodiphtheriebacillen zeigten keinerlei Pathogenität. Demnach glaubt C. die Versuche zur Behandlung von Ozaena mittels Diphtherieserum als absolut haltlos und unbegründet hinstellen zu können. 12 Fälle von Ozaena, die er mit diesem Serum behandelte, zeigten keine wesentliche Besserung, nur während der Dauer der Injektionen Hyperämie, Schwellung, stärkere Sekretion der Schleimhaut, Abnahme des üblen Geruches, in den Krusten sehr wenige Bacilli mucosi, dagegen viele Pseudodiphtheriebacillen. Das Resultat dieser Behandlung unterscheidet sich also nicht von dem des Jodkali, der Einspritzungen mit physiologischer Kochsalzlösung etc.

Toxine konnte C. aus den Kulturen des Bacillus nicht gewinnen. Die histologische Untersuchung ergab in den verschiedenen Stadien der Ozaena verschiedene Resultate: in den beiden früheren Stadien zeigt sich bereits eine Verdünnung und beginnende Erosion an den Muschelknochen, während die Schleimhaut wenig verändert ist, eigentlich nur Infiltration mit Leukocyten und Degenerationserscheinungen an den Schleimdrüsen aufweist. Mit dem Fortschreiten der Krankheit stärkere Schrumpfung der infiltrirten Schleimhautpartie, zunehmende Verkümmern der Gefäße, Zugrundegehen des Flimmerepithels, das durch Plattenepithel ersetzt wird. Der Muschelknochen wird in diesem letzten Stadium so stark atrophisch, dass von ihm am Lebenden keine Präparate mehr gewonnen werden können. C. schließt aus allediesem, dass der primäre, der Ozaena zu Grunde liegende Process die Atrophie des Knochens der mittleren (Siebbein-) Muschel darstellt. Die untere (Maxillar-) Muschel nimmt später und unvollständiger an der Atrophie Theil. Die Atrophie wäre zurückzuführen auf eine Ernährungsstörung, die C. als angeborene Anlage ansieht. Auf dem Boden dieser Atrophie und der darauf beruhenden Sekretionsstörung siedelt sich der Bacillus mucosus an und verursacht durch seine Produkte den specifischen Gestank.

Kümmel (Breslau).

13) J. Wolff. Über frühzeitige Operation der angeborenen Gaumenspalten.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 301. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1901.)

In dem in der »Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins« gehaltenen Vortrage (s. Ref. p. 746 dieses Centralbl. 1900) bestätigt W. unter Vorführung einer Reihe operirter Kinder und gestützt auf umfangreiche Tabellen seiner Fälle aufs Neue den Werth der frühen Gaumennaht nach der von ihm angewandten mehrzeitigen Methode. Gegenüber den von deutschen und französischen Chirurgen erhobenen Einwänden zeigt er, dass die Schwierigkeiten der Opera-

tion bei zarten Kindern erheblich geringere — größere Blutersparnis und leichtere Ablösung des *Involucrum palati duri* — seien, als bei älteren Individuen, dass sich die Aussichten auf das glückliche Gelingen der frühzeitigen Operation gebessert haben, die Gefahren derselben bei Kindern, die das erste Lebenshalbjahr hinter sich haben, minimale (= 3,4% Mortalität), bei denen von 2—6 Monaten nicht bedeutende (10,5%) und jedenfalls gegenüber den nicht operirten mit Gaumenspalte geborenen Kindern wesentlich geringer seien. Außerdem bringe die geglückte Operation den Kindern die allergrößten Vortheile, indem sie eine direkt lebensrettende Wirkung ausübe, die spätere Sprache der Kranken zu einer normalen mache und auch die späteren psychischen Verhältnisse derselben auf günstigste beeinflusse. Bei keinem der Operirten hat W. eine mangelhafte Oberkiefer- und Gesichtsentwicklung als Folge des frühzeitigen Spaltverschlusses beobachten können. Alle diese Erfolge des letzteren sind nach Verf. sowohl bei den nicht durchgehenden Spalten, als auch bei ein- oder doppelseitig durchgehenden Lippen- und Gaumenspalten erreichbar.

Kramer (Glogau).

14) E. Escat. *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx.*

(Paris 1901.)

In einem stattlichen Bande von 576 Seiten Großoktav hat Verf., von dem eine ganze Reihe Einzelmittheilungen über die in dem Buche besprochenen Krankheiten früher erschienen sind, eine zusammenhängende Darstellung der Erkrankungen des Epi-, Meso- und Hypopharynx gegeben. Er hat damit thatsächlich eine Lücke in der Litteratur ausgefüllt, da merkwürdigerweise bisher eine solche Darstellung ausführlicherer Art in der deutschen und, so weit dem Ref. bekannt ist, auch in der fremdländischen Litteratur fehlt. Am besten weggekommen sind in dieser Darstellung die entzündlichen Erkrankungen, speciell die akuten und chronischen Anginen; diese sind mit großer Sorgfalt classificirt, wobei die allgemeine Neigung der französischen Kliniker zum Schematisiren allerdings sehr stark hervortritt. Der Behandlung der einzelnen Anginaformen ist ein sehr breiter Raum gewährt, das Klinische, Pathologisch-Anatomische und Bakteriologische so wie die Differentialdiagnose aber gleichfalls ausführlich behandelt. Auch die Diphtherie ist ausführlich besprochen. Die chronischen Veränderungen im Rachen sind von den akuten vollständig getrennt behandelt, was die Übersicht bei den Oberflächen-erkrankungen etwas erschwert; unter ihnen nimmt die Darstellung der Syphilis in ihren verschiedenen Stadien gegenüber der Tuberkulose einen auffallend breiten Raum ein. Das Sklerom findet keine Erwähnung; bei der Seltenheit der Erkrankung in der Heimat des Verf. ist das nicht sehr verwunderlich, aber entschieden eine Lücke. Von den Geschwülsten finden die des Epipharynx, und

unter ihnen die Nasen-Rachenfibrome eine besonders ausführliche Besprechung, doch ist die eigentliche chirurgische Behandlung, die Voroperationen, sehr kurz abgemacht. Das Letztere gilt auch für die im Übrigen ausführlich behandelten bösartigen Geschwülste der Mandelgegend und des Gaumensegels. Der letzte Abschnitt des Buches behandelt die Nervenerkrankungen des Rachens und die Missbildungen desselben. Hier sind auch die verschiedenen Formen der Gaumenspalten besprochen und deren Behandlung durch Operation und Prothese in Kürze dargestellt. Von den 150 Abbildungen stellt ein sehr großer Theil Instrumente dar, die anderen sind offenbar alle nach Federzeichnungen wiedergegeben und haben den etwas schematischen Charakter von solchen, sind aber größtentheils recht instruktiv, zum Theil ausgezeichnet. Ein Vorwort von Subet Barbon geht dem vortrefflich ausgestatteten Buche voraus.

Kümmel (Breslau).

15) **Barrago-Ciarello.** La sutura dell' accessorio di Villis col facciale, nella paralisi del facciale.

(Polielinico 1901. No. 3.)

Faure und Furet (s. Centralblatt 1898 p. 1172) haben eine Methode angegeben, zur Heilung von Facialislähmungen, besonders nach Verletzungen im knöchernen Verlaufe, eine Anastomose des centralen Stückes mit dem Accessorius herzustellen. Der von dem Autor operirte Fall scheint resultatlos geblieben zu sein. B.-C. hat an Hunden experimentell festgestellt, dass in der That sich nach Durchschneidung des Facialis so eine neue Nervenleitung ermöglichen lässt.

Bei 2 Hunden wurde der Facialis am Foramen styloideum durchschnitten und mit dem am Sternocleido-mastoideus abgeschnittenen und nach oben geschlagenen Accessorius vereinigt.

Nach der Operation trat komplette Facialislähmung ein; es bildete sich Entartungsreaktion aus. Nach etwa 4 Monaten begann die Funktion sich wieder herzustellen und war nach 6 fast hergestellt. Die Entartungsreaktion ging zurück. Es blieb eine leichte Muskelatrophie.

Bei einem 3. Hunde wurde der Facialis mit dem durchschnittenen Vagus vereinigt. Auch hier trat nach anfänglicher Lähmung später die Funktion wieder auf, der Nerv wurde in der Wunde frei gelegt. Fixirung des Vagus central ergab Continuation im Facialisgebiete. Die Sektion zeigte die Nerven gut verwachsen. (Mikroskopische Untersuchung vorbehalten.)

Autor bespricht, wie eine derartige Funktionsübertragung zu Stande kommen könne. Er glaubt, dass vorhandene Associationsfasern der Centren hier eintreten, und durch eine Schulung und Übung des Willens allmählich gelernt werde, auf dem neuen Wege die Peripherie wieder richtig zu innerviren.

Nach Allem, vorbehaltlich der Verschiedenheit zwischen Hund und Mensch, glaubt Autor diese Methode empfehlen zu dürfen für frische Lähmungen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

16) **R. Grünbaum.** »Ikonometrie«. Fine neue Methode der Skoliosenzeichnung und -Messung.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Verf. stellte im Institute von Bum und Herz in Wien auf Anregung des Letztgenannten Versuche an, um eine einfache Methode ausfindig zu machen, mittels welcher sich die Kontouren eines Körpers auf eine Zeichenfläche zum Nachzeichnen projiciren lassen. Die Methode wird bezeichnet als »Ikonometrie« (εἰκων, das Bild). Als »Ikonometer« benutzte Verf. die Camera lucida von Wollaston und den Dikopter von Epper. Letzterer eignet sich gut als Zeichenapparat für Skoliosen, wie zwei Kontourbilder beweisen können. (Bezugsquelle: G. J. Pabst, Nürnberg, Preis: 15 *M.*) Im Nachtrage giebt Verf. an, dass zu ikonometrischen Aufnahmen auch eine gewöhnliche Reflexcamera der Photographen zu verwenden sei.

J. Biedinger (Würzburg).

17) **C. Deutschländer.** Die Behandlung der schweren Skoliose.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Nach einigen Betrachtungen über die pathologische Anatomie der Skoliose, denen die Beschreibung zweier Präparate zu Grunde liegt, und über die Behandlung der schweren Skoliosenformen im Allgemeinen kommt Verf. zur Ansicht, dass sich eine sichere Dauerredression zur Zeit nur durch einen Gipsverband, den man in redressirter Stellung anlegt, erreichen lässt. Verf. schildert alsdann das Verfahren, das er in der Greifswalder chirurgischen Klinik zur Anwendung bringt. Die Eingipsung nimmt er im Hoffa-Barwellschen Sitzrahmen vor, in welchem das Becken und die Oberschenkel mittels eines Gurtes an den Sitz fixirt werden und die Extension am Kopfe durch eine aus Cambricbinden improvisirte Kopfschwebe ausgeübt wird. Der Gipsverband erstreckt sich vom Kopfe bis zum Becken. Rumpf und Hals werden mit Watte gut gepolstert. Die Redression des Rippenbuckels während des Erhärtens des Verbandes geschieht entweder durch die Hände eines Assistenten oder durch eine Pelotte, die mittels eines Flaschenzuges fest angezogen wird. Nach 2 Tagen, während welcher Pat. unter Fortsetzung der Extension flach liegen muss, wird der Verband am Kopftheile und an den Schultern ausgeschnitten. Er bleibt 8—12 Wochen liegen. Zu frühzeitiges Aufstehen ohne Verband ist zu vermeiden. Nach Pausen von 2 bis 3 Monaten wird event. ein zweiter und dritter Verband angelegt. Die Nachbehandlung erstreckt sich auf die sonst üblichen Maßregeln. Hinsichtlich des Endresultates soll man sich nach Angabe des Verf. keinen allzu großen Erwartungen hingeben. Besserung sei aber zu erwarten.

J. Biedinger (Würzburg).

18) **Roncali.** Proposta di un nuovo metodo di laminectomia temporanea e descrizione di nuovi istrumenti all' uopo ideali.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

R. schlägt eine osteoplastische Resektion der hinteren Wirbelbögen vor. Der von einem Längsschnitte gebildete Lappen, oben und unten adärent, soll seitlich verlagert werden. Um die Bögen ohne Verletzung der Wurzeln und des Markes trennen zu können, hat R. eigne Instrumente konstruirt: Einen »Laminoklast«, eine Knochenzange, die die Bögen durch Schraubenkraft durchschneidet. Wo dieselben zu nahe an einander liegen, um die schneidenden Branchen des Instrumentes ansetzen zu können, werden durch eine Knochenzange oder mit Bohrer und Fraise Löcher geschaffen. Eine eigene Fassung hebt den Lappen zur Seite. Die Instrumente sind erst an der Leiche erprobt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

19) **L. Guinon.** Le point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires aiguës.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1901. p. 167.)

Verf. weist darauf hin, dass die Schmerzen bei Erkrankung der Lungen etc. bei Kindern in den Unterleib, ja mitunter in die Fossa iliaca dextra verlegt werden. Er zeigt, dass bei einem 13jährigen Mädchen die Diagnose zwischen centraler Pneumonie und Appendicitis bis zur Krise schwanken konnte. Er empfiehlt, den größeren Werth auf die »défense musculaire«, weniger auf den Schmerzpunkt zu legen, und bewahrte sich so vor Irrthum. **Göppert** (Kattowitz).

Kleinere Mittheilungen.

Eine seltene Indikation zur sacralen Exstirpation der Gebärmutter.

Von

W. Sachs in Mülhausen i/E.

Wenn auch die sacrale Methode der Uterusexstirpation sich keinen gleichberechtigten Platz neben der vaginalen und abdominalen erringen kann¹, so wird sie doch nie gänzlich verlassen werden, da sie für gewisse Fälle von unschätzbarem Werthe ist.

Als Indikationen für die sacrale Methode sind von den Begründern derselben wie von den späteren Autoren, welche modificirend und erweiternd eingriffen, im großen Ganzen folgende aufgestellt worden: 1) Große Enge der Vagina. 2) Übergreifen des Carcinoms auf die Vagina und Parametrien. 3) Zu umfangreiche Geschwulst, wenn dieselbe die Vagina nicht passiren kann. 4) Fixation der Gebärmutter, wenn noch Aussicht vorhanden ist, in nicht degenerirtem Gewebe zu operiren.

In einem Falle von Carcinoma cervicis, der mir von meinem Bruder Dr. A. Sachs zur Totalexstirpation überwiesen wurde und in welchem die sacrale Methode

¹ S. die diesjährigen Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Gießen.

als der einzig gangbare Weg erschien, lag keine der eben erwähnten Indikationen vor; vielmehr litt die 50jährige Pat. an einer so hochgradigen Ankylose beider Hüftgelenke in Adduktions- und leichter Flexionsstellung, dass der vaginale Zugang unmöglich war. Aus dem Status praesens seien folgende Angaben hervorgehoben: Bei aufrechter Stellung der Frau ist die maximale Spreizung der Beine so gering, dass in einer Entfernung von 12 cm vom Introitus vaginae die Entfernung der Innenfläche der Schenkel nur 6 cm beträgt. Der touchirende Finger muss von hinten her über den Damm eingeführt werden. Die Hüftgegenden sind beiderseits außerordentlich verbreitert, so dass, besonders rechts, zwischen den Trochanteren und den Darmbeinen förmliche Höcker zu Stande kommen, welche durch den außerordentlichen Fettreichtum dieser Gegenden noch besonders vergrößert werden. Dasselbe gilt beiderseits von der Glutäalregion, deren enormer Panniculus die Zugänglichkeit zum Operationsgebiete (i. e. zum sacralen) beeinträchtigt, zumal die Fettwülste bei der behinderten Flexion im Hüftgelenke nicht abgeflacht werden können. Der Gang der Kranken ist ein äußerst schlechter; sie läuft immer Gefahr, über ihre eignen Beine zu stolpern, da durch die fixirte Adduktion der Oberschenkel die Kniee beim Vorwärtsschreiten an einander stoßen. Im Zimmer hält sich Pat. an den Möbeln an, um sich fortzubewegen; bei Wendungen nach rechts oder links bedarf sie besonderer Vorsicht, um nicht zu fallen.

Das zur Ankylose der Hüftgelenke führende Leiden bei der sonst gut genährten und gesund aussehenden Frau ist eine seit etwa 15 Jahren langsam in fortschreitender Entwicklung begriffene Arthritis deformans, die zu erheblichen Verdickungen der Pfannen sowohl wie der Gelenkköpfe und zu beträchtlichem Hinaufrutschen der Trochanteren geführt haben mag.

Dass bei diesem Zustande, der ein Spreizen der Beine und die normale Steinschnittlage verbot, an den vaginalen Weg nicht zu denken war, ist einleuchtend. Gegen die abdominale Methode sprach, außer dem Bedenken der größeren Mortalität, in unserem Falle die sehr tiefe Fixation der Gebärmutter und der Umstand, dass jede Vöroperation von der Scheide aus unmöglich war. Desshalb war auch an die Schuchardt'sche Modifikation² nicht zu denken.

Aber auch für die sacrale Exstirpation lagen begreiflicherweise die Verhältnisse nicht so einfach wie unter normalen Bedingungen. Denn einmal konnte bei der Steifigkeit des ganzen Körpers die Pat. nur schwer in Seitenlage erhalten werden, und dann ließen sich die glutäalen Fettwülste durch die Unmöglichkeit der ventralen Oberschenkelflexion so wenig abflachen, dass das Operationsfeld sich in großer Tiefe verlor.

In Bezug auf die Operationstechnik, die in den letzten Jahren mehrfach diskutiert wurde und die in unserem Falle nichts Neues darbot, verweise ich auf die Arbeiten und Vorträge von Hochenegg³, Herzfeld⁴, Wiedow⁵, Goldmann⁶, Czerny⁷, Steinthal⁸, Rydygier⁹, Abel¹⁰, Schede¹¹ u. v. A. Es hieße nur längst Bekanntes wiederholen, wollte ich die Vorzüge des bekannten erprobten

² Centralblatt für Chirurgie 1893. p. 1121.

³ Wiener klin. Wochenschrift 1888. No. 19; 1889. No. 9 und 1893. No. 41.

⁴ Allg. Wiener med. Zeitung 1888. No. 34 und Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1893.

⁵ Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 10.

⁶ Beiträge zur klin. Chirurgie von Bruns Bd. VII. p. 469.

⁷ Beiträge zur klin. Chirurgie von Bruns Bd. VII. p. 477 und Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1893.

⁸ Württemb. ärztl. Korrespondenzblatt 1892. p. 249. — Archiv für klin. Chirurgie 1893. p. 275. — Deutsche med. Wochenschrift 1893. No. 21 und Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1893.

⁹ Przeglad lekarski 1892. No. 51 nach V. H. 1892.

¹⁰ Centralblatt für Gynäkologie 1893. p. 450.

¹¹ S. Ref. Centralblatt für Chirurgie 1893. p. 152.

Operationsverfahrens noch einmal hervorheben. Wer sich an die Vorschriften der genannten Autoren hält, kann bei etwas topographischer Orientierungsfähigkeit und bei unkomplizierten Fällen diese Operation ausführen, auch wenn er sie nie an der Leiche oder am Lebenden gesehen hat. Für wichtig halte ich eine umsichtige und ausdauernde Assistenz.

Die körperliche Missgestaltung unserer Pat. hatte noch einige Schwierigkeiten in der Nachbehandlungsperiode zur Folge. Die normale Rückenlage mit leicht erhöhtem Becken war nicht durchführbar, da die Kranke bei der Unbeweglichkeit der Hüftgelenke diese Position nicht lange aushielt, Bauchlage war gänzlich unmöglich. So blieb nur noch die Seitenlage übrig, an welche die Pat. aus gesunden Tagen gewöhnt war. Trotzdem dieselbe so häufig wie möglich gewechselt wurde, trotzdem durch Luftkissen der Druck auf die Trochanteren möglichst vermieden wurde, bildete sich doch ein handtellergroßer Karbunkel auf dem linken Trochanter aus, der in Verbindung mit einer Infektion der äußeren Wunde (das Peritoneum blieb gänzlich verschont) die Rekonvaleszenz in die Länge zog. Sonst waren die Folgen der Operation, die vor 6½ Monaten ausgeführt wurde, sehr günstige. Die Narbe ist schmerzlos, Funktionsstörungen von Seiten der Blase und des Mastdarmes bestehen nicht, das Allgemeinbefinden ist sehr gut, Recidiv noch nicht vorhanden.

20) **E. Weill et Galavardin.** Nodosités rhumatismales périostiques et tendineuses avec examen histologique, mort subite par myocardite interstitielle aiguë. — Chorée de Sydenham etc.

(Rev. mens. des malad. de l'enfance 1901. April.)

Die 7jährige Pat. war seit 2 Monaten mit zunehmenden Schmerzen der Extremitätenmuskulatur erkrankt. Seit 3 Wochen tägliche Anfälle von Schmerzen und Kontrakturen in oberer und unterer Extremität. Bei der Aufnahme fanden sich kleine Knötchen längs der Sehnen der Extensoren und Flexoren an der Hand und dem benachbarten Theile des Vorderarmes, ferner Knötchen auf den Sehnen um beide Knöchel und auf diesen selbst. Temperatur 38. Endokarditis und Chorea. Anfälle von Dyspnoë, denen das Kind am 7. Tage der klinischen Behandlung erliegt. Die Sektion ergab ausgedehnte Myocarditis interstitialis in herdförmiger Anordnung, außerdem Endocarditis valvulae mitralis. Die Knoten an den Sehnen liegen denselben unmittelbar auf und bestehen aus mit jungen Zellen infiltrirtem Bindegewebe. Die Knoten auf dem Periost gehören der äußeren lockeren Schicht desselben an; sie bestehen aus einer sulzigen Masse. Im mikroskopischen Bilde zeigt das Bindegewebe einige über einander liegende Hohlräume, die mit amorpher oder fibrillär angeordneter Zwischensubstanz ausgefüllt sind. Die Zwischensubstanz wird ohne völlige Begründung als Fibrin angesprochen. Diese letztere Struktur ist bisher noch nicht beobachtet worden.

Das Krankheitsbild wird als ein im Bindegewebe, nicht in der Serosa verlaufender Rheumatismus aufgefasst.

F. Göppert (Kattowitz).

21) **Galin und Titow.** Fall einer weißen Phlegmone.

(Chirurgia Bd. VI. p. 579. [Russisch].)

Verff. beschreiben einen sehr seltenen Fall, in welchem der Eiter genau so weiß wie Milch aussah. Der Fall betraf einen 21jährigen Soldaten von athletischer Körperkonstitution. Seit etwa einem Monate hatte er eine schmerzhafte Anschwellung in der linken Achselhöhle. Am linken Handteller finden sich Kratzwunden, doch bestreitet Pat., dass dieselben mit seinem Leiden im Zusammenhange stehen. In der Achselhöhle fühlt man eine Geschwulst, welche den Pectoralisrand und den äußeren Theil dieses Muskels in derber Infiltration nach vorn drängt. Die Haut darüber unverändert. Temperatur 38°. Nach 3 Tagen deutliche Fluktuation. Ein Einschnitt in Chloroformnarkose entleert etwa 2 Esslöffel voll hellgelben Eiters. Dieselbe Farbe hat das zum Theil nekrotische Bindegewebe. Ausschaben der zerfallenen Drüsen, Gegenöffnung, Tamponade mit Subli-

matgaze. Am Abend 40°, jedoch besseres Allgemeinbefinden. Abfall der Temperatur bis abendliche Steigerungen auf 38,5°, guter Appetit durch die nächsten 3 Tage. Bei dem Verbandwechsel am 4. Tage bot die Wundhöhle ein außerordentlich auffallendes Bild: Ihre Wände waren von einem Belag überzogen, welcher von blendend weißer Farbe war. Auch das spärliche Wundsekret sieht genau so wie Milch aus. Jodoformbehandlung, Tamponade mit Jodoformgaze. An diesem Tage war die Temperatur noch normal, eben so am nächsten; dann ging sie wieder in die Höhe, und es trat ein Erysipelas dazu. Im Urin viel Eiweiß. Der Kranke starb 13 Tage nach dem Auftreten des weißen Eiters und 7 Wochen nach dem ersten Auftreten der Schmerzen in der Achselhöhle. Die Sektion (Prof. Wyssokowitsch mit seinem Assistenten Titow) ergab eine ganze Reihe schwerer Veränderungen, unter welchen eine fast allgemeine amyloide Entartung die auffallendste war. Milz doppelt so groß als normal. Nieren doppelt vergrößert. Serös-eitrige Pleuritis und Peritonitis. Colitis purulenta. Auch bei der Sektion fällt die durchaus weiße Farbe des Eiters und der Wundhöhlenwände auf. G. und T. halten es für vollständig ausgeschlossen, dass es sich in ihrem Falle etwa um Eröffnung von Lymphgefäßen mit Lymphorrhoe gehandelt haben könnte. Ließ man die weiße Flüssigkeit sich absetzen, so bildete sich ein weißer Niederschlag und darüber eine helle, durchscheinende Schicht. Das Mikroskop zeigte massenhafte Eiterkörperchen.

Die bakteriologische Untersuchung (Dr. Neschtschadimenko) lenkte die Aufmerksamkeit auf das massenhafte Vorhandensein von Streptokokken, die für Tiere nicht pathogen waren.

Über die Ätiologie dieser Phlegmone sprechen sich die Autoren vorsichtig aus, neigen aber dazu, dass dieselbe vielleicht auf eine besondere Abart von Streptokokken zurückgeführt werden könnte.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

22) J. M. Clarke and B. S. P. Lansdown. A case of sarcoma of the brain removed by operation.

(Brit. med. journ. 1901. April 13.)

Das Bemerkenswerthe in diesem Falle ist der gänzliche Mangel aller Herdsymptome. Der Kranke, ein 26jähriger Mann, wies als hauptsächlichste Symptome auf: außerordentlich starke Kopfschmerzen, Schmerzen im linken Auge, Ober- und Unterkiefer, Verlust des Sehvermögens. Gelegentlich traten Schwindel und Gähnkrämpfe auf, auch Anfälle von momentaner Bewusstseinsstörung; daneben ging eine allmähliche Abnahme der Gedächtniskraft einher. Irgend welche Lähmungserscheinungen, abgesehen von einer leichten Parese des M. rectus externus sin., lagen nicht vor. Als Behufs Linderung der Symptome, namentlich um die fortschreitende Erblindung aufzuhalten, eine palliative Trepanation in Erwägung gezogen wurde, fand sich auf der linken Seite des Schädels über der unteren hinteren Partie des Os parietale eine Zone, über welcher der Perkussionsschall sich verändert zeigte. Auf dieses Symptom hin wurde der Schädel an der fraglichen Stelle eröffnet, und es fand sich dicht unterhalb der Dura eine eingekapselte Geschwulst, deren Entfernung leicht gelang.

Der Kranke überstand die Operation gut, indessen blieben starke Kopfschmerzen bestehen, und nach ein paar Wochen war an dem Vorhandensein eines Recidivs nicht mehr zu zweifeln. Es wurde deshalb die Schädelhöhle nochmals im Bereiche der alten Operationswunde eröffnet, und es fand sich eine große Geschwulst, welche sich gut gegen die umgebende Partie abgrenzen ließ. Die Auslösung gelang verhältnismäßig leicht, allerdings musste dabei der Tumor zerstückelt werden.

Nach der 2. Operation war der Kranke erheblich kollabirt, indessen hob sich das Allgemeinbefinden schnell. Dagegen war das Verständnis für das, was die Umgebung sprach, verloren gegangen. Der Muskelsinn für die rechte Hand schien stark beeinträchtigt zu sein. Eben so war eine gewisse Schwerfälligkeit der Ausdrucksweise zu bemerken, Pat. war unfähig, einen Satz zu vollenden, und zeigte

Erscheinungen von Paraphasie. Nach einigen Tagen waren rechter Arm und rechtes Bein gelähmt.

Nach einigen Monaten, während derer sich der Kranke gut erholt hatte, waren die Lähmungen zurückgegangen. Die Sprachstörungen gingen zurück, nur musste sich Pat. hier und da auf gewisse Worte besinnen. Schließlich schwanden auch diese Erscheinungen, und es blieben noch zurück eine rechtsseitige Hemianopsie und Beschränkung des Sehvermögens für die untere Hälfte beider Retinae, ferner eine leichte Störung der Koordination im Bereiche des rechten Armes.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarkom.

Weiss (Düsseldorf).

23) T. Barr and J. H. Nicoll. Cerebellar abscess successfully treated by operation.

(Brit. med. journ. 1901. Februar 16.)

Es handelt sich um einen 26jährigen Mann, welcher seit 10 Jahren an eitrigem Ohrenflusse und Taubheit linkerseits litt. Bei der ersten Untersuchung klagte der Kranke über Schmerzen im Ohre so wie im ganzen Kopfe, dergleichen über Schwindelgefühl. Es bestand eine deutliche, wenn auch nicht völlige Lähmung des N. facialis. Eine Woche später war die Gegend des Proc. mastoideus so wie das hintere Halsdreieck druckempfindlich, und der Kranke zeigte Neigung zum Erbrechen. Zunächst wurde die Höhle des Proc. mastoideus eröffnet und das in dichtem, sklerosirtem Knochen gelegene, mit Eiter und Granulationen ausgefüllte Antrum ausgeräumt; dabei wurde der Sinus frei gelegt; derselbe erwies sich als gesund.

Trotz der Operation verschlimmerten sich die Symptome. Der Kranke wurde apathisch und benommen. Es trat Nystagmus auf, die linke Pupille war zeitweise weiter als die rechte und reagierte nur träge auf Lichteinfall.

Am 3. Tage nach der Operation war Pat. nahezu komatös. Die linke Pupille war nahezu doppelt so groß wie die rechte und reagierte sehr langsam. Die Facialisparese war sehr deutlich.

In Anbetracht der bedrohlichen Erscheinungen wurde die erste Operationsöffnung erweitert, hauptsächlich nach hinten in der Gegend des Sinus und nach oben nach dem Boden der mittleren Schädelgrube zu. Es zeigten sich nirgends krankhafte Veränderungen, abgesehen von der Sklerose des Knochens. Sodann wurde eine Trepanationsöffnung über dem Schläfenlappen angelegt; die Dura wölbte sich etwas vor und nach Incision derselben die Gehirnrinde. Der Schläfenlappen wurde nach verschiedenen Richtungen hin punktiert, indessen ohne Erfolg. Schließlich wurde noch das Kleinhirn frei gelegt. Es zeigte sich, dass diese Gehirnpartie unter ziemlich erheblichem Drucke stand. $\frac{1}{2}$ Zoll unterhalb der Oberfläche [der Hirnrinde fand sich denn auch ein Abscess. Die Höhle wurde ausgespült und drainirt. Es trat rapide Besserung ein. Nach 6 Wochen hatte der Kranke weiter keine Erscheinungen, als dass sich aus dem Mittelohre und der Drainageöffnung des Hirnabscesses geringe Mengen übelriechenden Eiters entleerten.

N. legte deshalb nochmals das Kleinhirn frei, und zwar durch die hintere Wand des Felsenbeines von der alten Operationsöffnung im Proc. mastoideus aus. Die Abscesshöhle wurde dann auch von hier aus drainirt. Die Sekretion nahm nun schnell ab, und die Eiterhöhle schloss sich bald. Einige Monate später entleerte sich noch ein Sequester aus dem Mittelohre. Danach trat völlige Heilung ein. Die Facialislähmung schwand vollständig. Nach über 2 Jahre sind keine Erscheinungen mehr aufgetreten.

Weiss (Düsseldorf).

24) J. Molinié. Deux abcès sous-dure-mériens dont un gazeux ouverts au cours d'une trépanation mastoïdienne.

(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1900. No. 28.)

Eine so häufige intrakranielle Komplikation der Mittelohreiterung der extraduralen Abscess ist, so enorm selten ist derselbe gasaltig. Im vorliegenden Falle

bestanden denn auch ungemein schwere Allgemeinerscheinungen. Es fanden sich bei dem 8jährigen Mädchen 2 getrennte Abscesse der mittleren Schädelgrube; aus dem einen entleerten sich bei der Operation zahlreiche Gasblasen. Glatte Heilung. Verf. konnte in der Litteratur keinen gashaltigen extraduralen Abscess ermitteln.
F. Alexander (Straßburg i/E.).

25) A. L. Whitehead. Case of cavernous angioma of the orbit.

(Brit. med. journ. 1901. April 13.)

Es handelt sich um einen 51jährigen Mann, welcher an einer seit 10 Jahren allmählich immer stärker werdenden Vortreibung des rechten Auges litt. Diese war so stark geworden, dass die Lider nicht mehr völlig geschlossen werden konnten; in der unteren Hälfte der Hornhaut bestand ein Geschwür. Die Pupille war erweitert, die Beweglichkeit des Augapfels nahezu vollständig aufgehoben. Oberhalb des Auges schimmerte durch die Conjunctiva eine blau-schwarze, gelappte Geschwulst durch. Die Sehschärfe betrug $\frac{6}{60}$, der Augenhintergrund war normal. Schmerzen hatten nur in der letzten Zeit bestanden; sie waren wahrscheinlich auf das Hinsutreten des Hornhautgeschwürs zu beziehen.

Behufs Entfernung der Geschwulst wurde der Canthus externus bis zum Rande der Orbita, die Conjunctiva bis zum Rande der Cornea durchtrennt. Nach Durchtrennung des M. rectus externus konnte die Geschwulst aus der Augenhöhle hervorgezogen und entfernt werden. Die Stümpfe des M. rectus wurden vernäht, die Wunden der Conjunctiva und des Canthus externus geschlossen.

Die Sehschärfe hob sich auf $\frac{6}{9}$, die Beweglichkeit des Auges stellte sich wieder her.

Die Geschwulst war 5,4 cm lang, ihre größte Breite betrug 3,7 cm; sie bestand aus 3 Lappen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein kavernoöses Angiom.
Weiss (Düsseldorf).

26) Compaired. Un cas de mal perforant de la bouche.

(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1900. No. 15.)

Verf. berichtet über einen 27jährigen Mann, der seit einem Jahre über Ausfall der Zähne und Schmerzen im Munde klagt. Weder Lues, noch Tuberkulose, noch Tabes sind bei dem Pat. nachweisbar. Es findet sich außer starkem Gestanke und zahlreichen Geschwürsbildungen am Zahnfleische eine 2 : 3,5 cm messende Perforation oberhalb des 1. Prämolaren. Verf. ist geneigt, diesen Zustand in Analogie mit der nicht spezifischen Perforation der Nasenscheidewand zu setzen; in Folge größter Vernachlässigung der Mundpflege bietet diese Gegend mehr denn je zahlreichen Mikroben, thermischen Einflüssen etc. einen Angriffspunkt.
F. Alexander (Straßburg i/E.).

27) O. Zusch (Heidelberg). Ein Fall von Noma mit ausgedehnter Soorbildung in hohem Alter.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

Bei dem 66jährigen, mit hochgradiger Arteriosklerose behafteten und an septischen Erscheinungen zu Grunde gegangenen Pat. war der nomatöse Process, begünstigt durch die schwere Stomatomykose und durch den Druck der gegenüberstehenden Molarsähne auf die Wangenschleimhaut, wahrscheinlich auf die durch die Arteriosklerose bedingte lokale Cirkulationsstörung zurückzuführen. Für eine parasitäre Genese im Sinne einer spezifischen Nomainfektion ergab die mikro- und bakterioskopische Untersuchung keine Anhaltspunkte.
Kramer (Glogau).

28) V. Subbotić. Ein Fall von Wangenplastik nach Noma.

(Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 1901. No. 2. [Serbisch.])

Vor 11 Jahren führte S. wegen großen Defektes nach Noma eine Plastik nach Bardenheuer aus. Ein Hautlappen aus der Stirn mit gegen die Mundhöhle gekehrter Epidermisfläché, ein zweiter aus der Haut des Halses, Epidermis nach

außen gekehrt. Unmittelbarer Erfolg vollständig. Nach 10 Jahren kam der nun 18jährige Pat. wieder zu S. Jetzt bestand vollkommenes Ankylostoma, leichtes Ektropium des unteren Lides und etwas verkleinerte und verzogene Mundöffnung. Verf. führte die Resektion des Unterkiefers nach Esmarch aus, korrigierte das Ektropium und erweiterte plastisch die Mundöffnung.

Bei diesem Falle soll besonders hervorgehoben werden, dass sich die in die Mundhöhle gekehrte Epidermis im Laufe der 10 Jahre gar nicht geändert hat, sondern vollkommen ihren epidermoidalen Charakter beibehalten, nicht den einer Schleimhaut angenommen hat. Mit der Pubertät begannen sogar Härchen auf derselben zu wachsen, welche den Pat. sehr belästigten, die er aber wegen der Unmöglichkeit des Mundöffnens nicht entfernen konnte.

v. Čačković (Agram).

29) **Noquet.** Un cas de tumeur du voile du palais.

(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1900. No. 29.)

Verf. beobachtete bei einem 3 Monate alten Kinde, das an Erstickenfällen litt, eine Geschwulst des Gaumensegels. Dieselbe hatte eine ziemlich glatte Oberfläche und war von rother Farbe, die Konsistenz war derb. Nach Abbindung des Stieles wurde dieser mit einer scharfen Zange abgetragen. Einige Tage später stieß sich der Stielrest ab. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibromyxom. Vollkommenes Schwinden der Beschwerden. Zusammenstellung von Fällen von Gaumensegeltumoren.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

30) **Berbineau.** Sur un cas de tumeur maligne du voile du palais.

(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1899. No. 44.)

Ein 75jähriger Klempner leidet seit 6 Monaten an geringen Schluckbeschwerden. Es findet sich am Zäpfchen eine auf beide Gaumenbögen übergreifende Neubildung von derber Konsistenz und leicht geschwüriger Oberfläche. Nach Abtragung derselben blieb noch während der nächsten 3 Monate eine leicht näselnde Sprache zurück. Im Übrigen erfolgte glatte Heilung, die noch 2½ Jahre nach der Operation bestand. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Epitheliom handelt. Verf. hebt die Seltenheit primärer Epitheliome dieser Gegend hervor.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

31) **C. Froin.** Traitement du croup.

(Presse médicale. 1901. No. 30.)

F. beschreibt ein von ihm neu konstruiertes Instrumentarium, welches die Technik der Intubation verbessern soll. Die Vorzüge sind: Erleichterung der Einführung, Erschwerung der Ausstoßung der Tube. Ein über die Lichtung geführter Bügel verhindert, dass diese plötzlich durch eine große Membran verschlossen wird.

Sodann beschreibt F. ein tenotomähnliches Messer zur Ausführung der Nothtracheotomie in einem Tempo und Pincetten zur weiten Offenhaltung der gesetzten Wunde. Genaue Beschreibung und Abbildungen sind im Original nachzulesen.

Bertelsmann (Hamburg).

32) **Luc.** Deux cas de néoplasmes intra-laryngiens opérés par laryngo-fissure.

(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1900. No. 24.)

Im 1. Falle handelte es sich um einen 51jährigen Mann; derselbe litt an schweren Respirationsstörungen und hochgradiger Aphonie. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte eine Neubildung an der vorderen Kommissur. Nachdem die Probeexcision bei der histologischen Untersuchung eine epitheliale Geschwulst ergeben, wurde die Laryngofissur und Exstirpation mit folgender Kauterisation der Insertionsstelle ausgeführt. Glatte Heilung; 8 Monate nach der Operation kontrollirt: freie Athmung, heisere Stimme.

Im 2. Falle handelte es sich um ein 3jähriges Kind mit multiplen Papillomen bei schwerer Respirations- und Phonationsstörung. Hier blieb eine geringe Störung der Athmung zurück; die Stimme war 9 Monate nach der Operation noch ziemlich heiser.

F. Alexander (Straßburg i/E.).

33) **Schlender.** Über Strumitis nach Pneumonie im Anschlusse an einen Fall von Strumitis mit Mischinfektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 272.)

Bericht einer Beobachtung aus Hahn's Abtheilung im Berliner Friedrichshain-Hospitale. 52jähriger, mit Kropf behafteter Mann erkrankt an Pneumonie. Protrahirter Verlauf derselben mit Schmerzhaftwerden des Kropfes. Nach 15 Tagen wird in diesem durch Punktion Eiter nachgewiesen und ein Abscess eröffnet. Es folgen Schüttelfröste, Albuminurie, Herzschwäche mit abnormen Herzgeräuschen. Tod am 21. Tage. Sektionsbefund: Maligne Endokarditis der Aortenklappen. Im Abscesseiter waren Fränkel'sche Diplokokken und Streptokokken gefunden worden. Mikroskopisch fanden sich zahlreiche Venenthrombosen im Kropfgebiete. Beobachtungen von metastatischer Strumitis nach Pneumonie, und durch deren spezifische Kokken bewirkt, liegen bereits in mehrfacher Zahl vor (Honsell). Im vorliegenden Falle war die Kropfentzündung sehr intensiv, durch nekrotischen Zerfall des ganzen Organes gekennzeichnet. Ungewöhnlich ist, dass die Strumitis weiterhin eine allgemeine Sepsis bewirkte, die übrigens hier nicht auffallen kann, da es sich um eine Mischinfektion mit Pneumo- und Streptokokken gleichzeitig handelte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **E. Meusel (Gotha).** Wie ist der Drüsenrest zu gestalten, den man bei Kropfoperationen zurücklassen muss?

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

Zur Erreichung eines in kosmetischer Hinsicht befriedigenden Resultates pflegt M. das Drüsengewebe horizontal abzutragen, so dass ein flacher, nur an der Hinterseite mit Kapsel überzogener Schilddrüsenrest zurückbleibt. Schwierigkeiten mit der Blutstillung hat M. dabei nie gehabt, Nekrose nicht beobachtet.

Kramer (Glogau).

35) **Schlagenhauser.** Zwei Fälle von Lymphosarkom der bronchialen Lymphdrüsen mit sekundärer Lympho-Sarkomatose des Ösophagus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIV. p. 147.)

Beide Geschwülste nahmen ihren Ausgangspunkt von hochgradig anthrakotischen Drüsen. Die Speiseröhre zeigte in ausgedehntem Maße eine diffuse Geschwulst-infiltration ihrer verschiedenen Schichten, ähnlich wie bei der Lymphosarkomatose des Dünndarmes. Zu einer Striktur des Ösophagus war es nicht gekommen, eher zu einer Erweiterung des Rohres. Bei einer Pat. waren vorübergehende Stenoseerscheinungen aufgetreten. In beiden Fällen hatte sich schließlich ein lymphosarkomatöses Geschwür gebildet, dessen Entstehung bei der Einwirkung chemischer und mechanischer Reize auf die Neubildung verständlich erscheint. Die 71jährige Frau starb in Folge Verblutung aus der arrodirtten Aorta descendens. Bei dem 2. Pat., einem 60jährigen Manne, waren fühlbare Metastasen im Darne vorhanden.

Fertig (Göttingen).

36) **T. Tuffier et G. Milian.** Contribution à l'étude physiologique de l'hémothorax.

(Revue de chir. 1901. No. 4.)

Die anregende Arbeit bekämpft die alte Anschauung, wonach beim Hämorthorax das in den Pleuraraum ergossene Blut gerinne.

Verf. stellten ihre Versuche an bei einem Syphilitiker, welcher sich mit kleinkalibrigem Revolver durch die Brust geschossen hatte. Der Verlauf des nach dem Trauma sich entwickelnden Hämorthorax ist charakterisirt durch gleich-

mäßiges Ansteigen der Flüssigkeitsmenge bis zum 21. Tage, zuletzt unter ziemlich hohen Temperaturen, ohne dass je im Exsudate Bakterien gefunden wurden.

Zur Prüfung des Exsudates wurden am 16., 21., 32., 38. und 44. Tage je eine aseptische Probeaspiration vorgenommen und die erhaltene Flüssigkeit nach 3 Gesichtspunkten untersucht:

- 1) nach äußerem Aussehen,
- 2) Gerinnbarkeit,
- 3) Gehalt an morphologischen Bestandtheilen.

Als überraschendste Thatsache ergab sich dabei, dass nicht nur keine Gerinnung stattgefunden haben konnte, sondern dass die Gerinnungsfähigkeit an der Luft sogar vermindert war. Eine Auflösung und Auslaugung der rothen Blutkörperchen fand zu keiner Zeit statt; dagegen ergab die regelmäßige Zählung, dass eine beständig, zum Theil rapid fortschreitende Aufnahme der rothen Blutkörperchen in die Lymphbahnen stattgefunden haben müsse.

Hiermit stehe das Anwachsen der Flüssigkeitsmenge bis zum 21. Tage in Zusammenhang. Sie beruhte nicht, wie man vermuthen könnte, auf fortdauernder Blutung, sondern auf einer aktiven Transsudation. Verf. meinen, dass so durch Verdünnung des Blutes und Vergrößerung der resorbirenden Fläche der Wiedereintritt der Blutkörperchen in die Blutbahnen erleichtert werden sollte, und berechnen, dass vom 16.—33. Tage etwa 705277 rothe Blutkörperchen pro Sekunde in den Kreislauf zurückgelangen.

Es wird weiteren Beobachtungen vorbehalten bleiben, festzustellen, ob in allen Fällen die gleiche Verdünnung des Exsudates durch Exsudation der Pleuren zu Stande kommt, und ob hier nicht Anomalien (Syphilis) des Cirkulationsapparates mitspielten.

Die vorgeschlagene Therapie, nach dem 15. Tage zu aspiriren, würde mit den Untersuchungsergebnissen der Verf. nicht völlig harmoniren, weil die ganze Masse der noch brauchbaren Blutkörperchen so entfernt würde, besonders da ihrer Ansicht nach für die Beurtheilung, ob Eiterung zu befürchten sei oder nicht, in dem Verhältnisse der vielkernigen Leukocyten zu den einkernigen Lymphocyten ein werthvolles Kriterium gegeben ist: bleiben die letzteren in der Mehrzahl, bzw. verschwinden die ersteren, so ist Eiterung nicht zu erwarten.

Christel (Mets).

37) A. Kühn. Über Spondylitis typhosa. (Aus der Rostocker med. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Unter Mittheilung der Krankengeschichten der bisher beschriebenen Fälle von posttyphöser Wirbelerkrankung und eines in der Rostocker Klinik beobachteten Falles bespricht K. genauer das klinische Bild der Krankheit, das bei dem 18jährigen Pat. Verf.s mancherlei Abweichungen darbot. Die den Beginn der Spondylitis — am 30. fieberfreien Tage nach dem Typhus — einleitenden subjektiven Beschwerden in Gestalt von spontanen Schmerzen und Druckempfindlichkeit der linken Lendengegend waren zunächst sehr vager Natur und ließen keinen sicheren Schluss auf den Ort der Erkrankung zu. Erst spät stellten sich deutliche Druckempfindlichkeit einzelner Dornfortsätze der unteren Lendenwirbel und eine geringe diffuse Schwellung — unter erneutem Fieber — und schließlich — 3¼ Monate nach dem ersten Erscheinen der verdächtigen Schmerzen — Vorragen der letzten Lendenwirbel und eine deutliche Lendenkyphose ein, die nach 1½ Monate allmählich zurückging und keine Funktionsstörungen hinterließ. Das Bild hatte mancherlei Ähnlichkeiten mit der tuberkulösen Spondylarthroace.

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 29. Sonnabend, den 20. Juli. 1901.

Inhalt: C. Hofmann, Die Beleuchtung und Besichtigung der Speiseröhre mittels
Ösophagoskops von der Cardia aus; retrograde Ösophagoskopie. (Original-Mittheilung.)

1) Enderlen und Hess, Antiperistaltik. — 2) Lennander, 3) Loison, Peritonitis. —
4) Perondi, Zur Anatomie von Blinddarm und Wurmfortsatz. — 5) Lanz, Amputation
des Wurmfortsatzes. — 6) Alessandri, Blasenbruch. — 7) Bocks, 8) Kelling, Magen-
chirurgie. — 9) Petit, Zuschnürung des Duodenums. — 10) Vogel, Mastdarmkrebs. —
11) Lund, Pankreatitis.

12) Schütz, 13) Quadflieg, 14) Tautou, Speiseröhrenleiden. — 15) v. Noorden, Nabel-
geschwulst. — 16) Adrian, 17) Vervaeck, 18) Brutzer, 19) Mintz, 20) Umber, Appen-
dicitis. — 21) Quadflieg, Hernia ovarica inguinalis. — 22) Angus, 23) Horrocks, 24) Maun-
sell, Magengeschwür. — 25) Hämlig, 26) Groves, Ileus. — 27) Clairmont, Kothfistel und
widernatürlicher After. — 28) Morton, Zur Chirurgie des Dickdarmes. — 29) Lorenz,
Mastdarmgeschwülste. — 30) Subbotić, 31) Seefisch, 32) Ostermeier, Pankreasleiden. —
33) Marsh und Mousarrat, Netzkystom. — 34) Lexer, Retroperitoneales Lipom.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Herrn Prof. Witzel im
Marienhospital zu Bonn.)

Die Beleuchtung und Besichtigung der Speiseröhre mittels Ösophagoskops von der Cardia aus; retrograde Ösophagoskopie.

Von

Dr. C. Hofmann.

Obwohl die ersten Anfänge der heutigen Ösophagoskopie ziemlich
weit zurückliegen und mit dem Namen Kussmaul's, wie unlängst
Killian¹ mitgetheilt hat, verknüpft sind, so hat es doch ziemlich
lange gedauert, bis die Untersuchungsmethode — in erster Linie
durch die Bemühungen von v. Mikulicz — systematische Ausbildung
und Anwendung erfahren hat. Weitere Verdienste um die praktische
Förderung der Ösophagoskopie haben sich dann vor Allem v. Hacker,
Rosenheim, Störk und Kelling, letztere Beide durch die Ver-

¹ Killian, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1901.

suche mit ihren gegliederten Instrumenten, erworben. Trotzdem nun die Methode der Untersuchung und das Instrumentarium Dank der fortgesetzten Arbeit der genannten Autoren heute schon zu einer gewissen Vollkommenheit gelangt sind, so hat die Ösophagoskopie doch noch lange nicht diejenige Würdigung und Werthschätzung gefunden, die ihr nach ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung unbedingt zukommt. Es mag dies mit daran liegen, dass die Technik der Ösophagoskopie eine gewisse manuelle Gewandtheit vor Allem auch in der Handhabung ähnlicher Instrumente — Urethroskop, Cystoskop — voraussetzt, wenn sie sofort in befriedigender Weise gelingen soll, und andererseits heute die Möglichkeit, die Methode in technisch vollendeter Weise ausgeführt zu sehen, nur an wenigen Orten gegeben ist. Gerade der letzte Punkt scheint mir der wesentlichste zu sein, da wohl nichts überzeugender als die Ausführung einer derartigen Untersuchungsmethode in technisch vollkommener Weise bei direkter Anschauung wirkt. Dieser Anschauungsunterricht, um mal so zu sagen, kann durch kein theoretisches Studium ganz ersetzt werden. Von der Richtigkeit dieser Ansicht habe ich mich überzeugt, als es mir vor längerer Zeit vergönnt war, durch die überaus dankenswerthe Liebenswürdigkeit des Herrn Geh.-Rath v. Mikulicz in seiner Klinik die Ösophagoskopie ausüben zu sehen; gleichermaßen hatte ich auch Gelegenheit, Herrn Prof. Rosenheim ösophagoskopieren zu sehen, und ich muss sagen, dass ich von der allgemeinen Durchführbarkeit und der Brauchbarkeit der Ösophagoskopie vollständig überzeugt worden bin.

Seither haben wir die Speiseröhrebesichtigung in allen passenden Fällen vorgenommen. Wir haben vor Allem beispielsweise die Kontrolle unserer Carcinomdiagnosen durch das Mikroskop — die Stückchen zur Untersuchung werden mittels Ösophagoscops durch eine geeignete Zange dem Tumor entnommen — sehr schätzen gelernt; denn erst jetzt sind wir eigentlich berechtigt, den Angehörigen des Pat. das Leiden mit Sicherheit zu prognosticiren.

So viel über die Ösophagoskopie im Allgemeinen. Jüngst bin ich in einem Falle in einer Weise zu Werke gegangen, die vielleicht geeignet ist, unserem Gesichtssinne das Innere der Speiseröhre und vor Allem den cardialen Theil derselben noch mehr zu erschließen. Ich glaube, dass der eingeschlagene Weg in geeigneten Fällen eine Erweiterung unserer diagnostischen Hilfsmittel darstellt.

Bei einem Pat., der vor 2 Jahren einen kleinen Nagel verschluckt hatte und im Anschluss daran an allmählich zunehmenden dysphagischen Beschwerden erkrankt war, hatte Herr Prof. Witzel seine Magenfistel nicht in der gewöhnlichen Richtung von rechts nach links, sondern in der Direktion auf die Cardia zu in der Absicht angelegt, von der Fistel aus später retrograd die Striktur zu erweitern. Es gelang auch, wie bereits in einem früheren Falle, nach 14 Tagen gleich beim ersten Versuche, ohne weiteres eine weiche Sonde von der Ernährungsfistel aus in den Ösophagus einzuschieben und das

direkt über der Cardia gelegene Hindernis zu passiren. In dieser Weise konnte später erfolgreich dilatirt werden und sei hiermit diese kleine Modifikation der Gastrostomose warm empfohlen.

Selbstredend wurde der Pat. auch Ösophagoskopirt, aber der gewonnene Aufschluss war kein recht befriedigender, da außer dem Rande einer narbigen granulirenden Stelle, welche die Sonde retrograd gut passiren, vom Munde aus dagegen sie nicht vorbeiließ, nichts Deutliches gesehen werden konnte. Ich kam dann auf die Idee, das Ösophagoskop von der Magenfistel aus durch die Cardia in den Ösophagus einzuführen, und schon der erste Versuch gelang überraschend leicht; das Instrument glitt etwa 25 cm tief in den Ösophagus hinein und fand hier entsprechend den anatomischen Verhältnissen einen natürlichen Widerstand. Unangenehm war nur die erregte Herzaktion, die sich der Spitze des eingeführten Instrumentes durch Fortleitung mittheilte und nun zu ziemlich ausgiebigen Bewegungen des vorragenden Theiles des Ösophagoskops führte. Als sich der etwas ängstliche Pat. durch Zureden beruhigt hatte, konnte eine Besichtigung der Speiseröhre gut vorgenommen, die narbige Stelle und vor Allem sehr gut die Cardia und der dem Magen zugekehrte Theil in einer Weise besichtigt werden, wie dies bei der Einführung des Instrumentes vom Munde aus nicht möglich ist. Bei dem gleichzeitigen Verschieben einer Sonde vom Munde aus konnte unschwer festgestellt werden, dass dieselbe oberhalb der narbig granulirenden Stelle eine divertikelartige Ausstülpung vorwölbte und in ihr stecken blieb. Diese kombinirte Untersuchung erscheint mir überhaupt geeignet, in derartig zweifelhaften Fällen genügenden Aufschluss zu geben⁴.

Ausführen lässt sich die Untersuchung, welche man wohl passend als retrograde Ösophagoskopie bezeichnet, in allen den Fällen, in welchen die Gastrostomose so wie so gemacht werden muss; vor Allem auch dann, wenn die Gastrostomose als Voroperation vorausgeschickt wird, wie sie Witzel² schon öfters gemacht hat und wie sie auch jüngst noch von Helferich³ empfohlen worden ist. Natürlich lässt sich nur der untere Theil des Ösophagus durch die retrograde Ösophagoskopie besichtigen, dann aber sehr gut die Cardia und auch die Magenwandung selbst. Vielleicht ist der angegebene Weg überhaupt zur systematischen Ableuchtung des Mageninnern vortheilhaft zu beschreiten.

² Cf. Hofmann, Über das Sackdivertikel des Ösophagus etc. Deutsche med. Wochenschrift 1899. No. 31.

³ Helferich, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LV. p. 410.

⁴ Anmerkung. Vielleicht wird man auch die Untersuchung weiter ergänzend derartig vorgehen können, dass man das Ösophagoskop vom Munde aus und die Sonde vom Magen her einführt.

1) **Enderlen und Hess.** Über Antiperistaltik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 240.)

Die Arbeit beginnt mit einer Zusammenstellung der einschlägigen physiologischen und experimentell-pathologischen Litteratur und bringt insbesondere auch einen Bericht über die Versuche von Kirstein, welcher Hunden Dünndarmschlingen verkehrt einschaltete, und über die diesbezüglichen Nachprüfungen, die Edmunds und Ballance, Mall, Kelling und Mühsam angestellt haben. Hierauf folgt der Bericht über eigene an Hunden vorgenommene Versuche. Es wurden sowohl totale wie partielle Umdrehungen vorgenommen. Der Verlauf bei den Thieren war nicht immer gleich, doch blieben einige Hunde sowohl bei der totalen wie bei den partiellen Umdrehungen ganz frei von abnormen Erscheinungen, insbesondere von Erbrechen, und bei guter Ernährung. Genaue Stoffwechseluntersuchungen bei ihnen ergaben keine Abweichung von der Norm. Man muss daher annehmen, dass in den umgedrehten Därmen eine regelmäßige Antiperistaltik stattgefunden hat, zumal sich oberhalb der oberen Naht (dem Anfangsende der Darmumkehrung) weder Dilatation noch Muscularishypertrophie entwickelt hatten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

2) **K. J. Lennander.** Akute (eitrige) Peritonitis.

(Upsala Läkarefören. Förhand. N. F. Bd. VI. Hft 4 u. 5.)

In dieser Arbeit berücksichtigt Verf. zunächst die Wege, auf welchen die Ausbreitung einer Infektion in der Bauchhöhle stattfindet, und geht dann etwas näher auf das noch im Werden befindliche Kapitel von der Sensibilität der verschiedenen Gegenden der Bauchhöhle ein.

In der Besprechung der Ätiologie betont Verf., dass die Mikroben des Darmkanals schon bei einer Cirkulationsänderung oder bei einer — makroskopisch — gelinden Enteritis in die Darmwand eindringen, sich in den Lymphspalten vermehren und von dort theils ins Blut, theils in die Lymphbahnen der Subserosa gelangen können: Lymphangitis, Peritonitis. Die weitere Entwicklung der Infektion — der Lymphangitis im Peritoneum — beruht, wie immer, auf dem Verhältnisse zwischen der Virulenz der Mikroben und jenen Kräften, welche zusammen die sog. individuelle Widerstandsfähigkeit ausmachen. Als besonders wichtig betrachtet Verf. die bakteriologische Untersuchung des Harns; denn — auf die Untersuchungen Kraft's und Pavlowsky's gestützt — hält er es für wahrscheinlich, dass man im Harn den oder die pathogenen Mikroben wiederfinden dürfte.

In der Eintheilung der Peritonitiden schließt L. sich dem v. Mikulicz'schen Eintheilungsprincip an und unterscheidet folgende 3 Hauptformen: 1) Umschriebene, d. h. vollständig eingekapselte Infektion (= einfächerige, mehrfächerige oder multiple intraperitoneale Abscesse); 2) eingekapselte, sich aber ausbreitende Infektion (= fortschreitende, fibrinös-eitrige Peritonitis, d. h. einfächerige, mehrfächerige oder vielfache intraperitoneale Abscesse, welche in Aus-

breitung begriffen sind); 3) diffus sich ausbreitende Infektion (= Peritonitis, wo entweder keine begrenzenden Verklebungen vorhanden sind, oder wo die Serosa auch an den Außenseiten der Adhärenzen ungefähr dieselbe Gefäßinjektion oder dasselbe, obschon dünnere Exsudate aufweist wie zwischen den Adhärenzen. »Fort-schreitende Peritonitis« v. Burckhardt's).

Die Symptome betreffend erwähnt Verf., dass der Unterschied zwischen Rectal- und Axillartemperatur nicht selten erheblich größer als gewöhnlich ist; nach seiner Meinung beruht die relativ zu niedrige Axillartemperatur meist auf einer allgemeinen Cirkulationsstörung mit herabgesetzter Hauttemperatur.

Bei der Behandlung der akuten eitrigen Peritonitis sind folgende Hauptpunkte besonders anzuführen. Alle Formen sog. intraperitonealer Abscesse, sie mögen völlig eingekapselt oder noch in Ausbreitung begriffen sein, sind zu eröffnen und zu drainiren; dabei darf die umgebende gesunde Serosa nicht inficirt werden, muss andererseits am niedrigsten Punkte drainirt werden. Diffus sich ausbreitende Infektionen werden operirt: 1) wenn bei einer Peritonitis zu entleerende Exsudate vorhanden sind, 2) beim Anfange jeder Perforations- und traumatischen Peritonitis, wo man hoffen kann, die Infektionsquelle (Wurmfortsatz, Magengeschwür etc.) zu entfernen oder zu neutralisiren und das ganze inficirte Peritonealgebiet mittels Tamponade im Rahmen einer adhäsiven Peritonitis zu begrenzen.

Für die Narkose empfiehlt Verf. ein etwas umständlicheres Verfahren, als die meisten Operateure bisher angewandt haben. Der Schnitt durch die Haut und wenn möglich auch durch die Aponeurose ist mit subkutaner Verabreichung von $\frac{3}{4}$ bis 1 cg Morphium und lokaler Anästhesie zu machen. Dann Äther- bzw. Chloroformnarkose für die Eröffnung des Bauchfelles und für die Untersuchung des Bauches. Während einer Resektion, Anlegung einer Darmnaht o. dgl. werden Äther bzw. Chloroform entfernt. Für das Zurechtlegen der Därme und das Einführen der Tamponade und der Drainage wieder Verabreichung von Äther (Chloroform.)

Die Prophylaxe der diffusen (eitrigen) Peritonitis geschieht am besten durch operatives Eingreifen — während des freien Intervalles — bei Leiden des Wurmfortsatzes, eitergefüllten Tuben, rebellischen Magengeschwüren, Darmstenosen, Gallenblasenkrankheiten u. dgl. Die präperforativen Stadien der Infektion und der Entzündung der Serosa muss man kennen zu lernen suchen, um durch eine unmittelbar einsetzende und konsequent durchgeführte rationelle medicische Behandlung einem Durchbruche vorzubeugen.

Für die Nachbehandlung, die vom Verf. in bekannter, sehr intensiver Weise geleitet wird, empfiehlt er besonders Infusionen von Kochsalzlösungen. Sie werden, wenn die Herzthätigkeit gut ist, subkutan verabreicht, sonst intravenös. In nicht operirten Fällen werden die Toxine dadurch verdünnt; in operirten und mit Drainage behandelten befördern sie in hohem Grade das Wegführen derselben.

Hansson (Cimbrishamn).

4) **E. Loison.** Du traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse consécutive à la perforation typhoïdique de l'intestin grêle.

(Revue de chir. 1901. No. 2.)

Verf. setzt zunächst die Statistik von Manger fort (Thèse de Paris 1901 No. 561) und vermehrt sie um etwa 12 Fälle, während er andererseits die Fälle von Perforation des Dickdarmes ausschaltet. So stellt sich sein Material auf 90 operativ behandelte Perforationen des Dünndarmes im Anschlusse an Typhus, von denen 74 mit negativem, 16 mit positivem Erfolge operirt wurden.

Um einen solchen hat L. selbst die Statistik vermehrt und die Krankengeschichte genauer mitgeteilt; sie zeigt, welche Mühe besonders die Nachbehandlung der Laparotomirten noch beansprucht, wenn man ihr gefährdetes Leben retten will.

Die weitere Besprechung lehrt etwa Folgendes:

Es besteht zunächst ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Perforationen des Dick- und des Dünndarmes im Verlaufe des Typhus. Jene haben die Neigung sich abzukapseln, während diese fast alle tödlich verlaufen durch schnelle Verallgemeinerung der Peritonitis.

Will man hiergegen operativ vorgehen, so wird man die Operation mit einiger Aussicht auf Erfolg innerhalb 24 Stunden nach erfolgter Perforation ausführen müssen. Vor 6 Stunden wird der Eingriff selten möglich sein, schon deshalb weil meist die beginnende Peritonitis nicht eher mit Sicherheit diagnosticirt werden kann.

Ist die Diagnose gestellt, so wird man ohne Verzug zur Laparotomie in der Mittellinie schreiten; man halte sich an das Colon bzw. die Einmündung des Ileum. Von hier aus wird der Darm nach aufwärts abgesucht; denn meist bilden sich die Perforationen in den letzten 50 cm des Ileum. Doch muss — wenn hier eine Öffnung gefunden und vernäht wurde — auch der übrige Darm abgesucht werden unter beständigem vorsichtigen Spülen und Tupfen; in etwa 167 Fällen waren 29mal 2 bis selbst 25 Löcher im Darne vorhanden.

Nach exaktem Verschlusse folgt Spülung und Drainage der Bauchhöhle. L. vollzog dieselbe in der Weise, dass in die oberen und unteren Wundwinkel (die Wunde wird entweder ganz offen gelassen oder mäßig verkleinert) Jodoformgaze in mehrfachen Lagen tief eingeschoben wurde; auf die Nahtstelle selbst kam eine 3. Lage Jodoformgaze, die ein Drainrohr umhüllte.

Gegen die operative Behandlung der Perforationsperitonitis bei Typhus hat man Mehreres angewendet:

1) Die Schwierigkeit der Diagnose kann erheblich sein; zu spätes Erkennen vereitelt den Erfolg; meist jedoch wird ein Zeitraum von 6 Stunden die Sachlage klären. Treten die alarmirenden Erscheinungen durch Einengung des Processes zurück, so wird nach einigen Tagen interner Behandlung der heilende Eingriff noch recht-

zeitig vorgenommen werden können. Bei dekrepiden Kranken, deren Körper kaum noch auf die Perforation reagiert, kommt die Verzögerung der Diagnose nicht in Betracht. Sie würden doch nicht Gegenstand operativer Behandlung sein.

2) Das Gleiche gilt, wenn bei sehr heruntergekommenen Kranken (Perforation im Recidiv z. B.) die Diagnose frühzeitig gestellt wird, und sie keine Aussicht bieten, die Operation und die anschließende weitere Abzehrung durch den fortdauernden Typhus zu überstehen.

3) Können die technischen Schwierigkeiten erheblich sein; man findet keine Perforationsöffnung (sie kann völlig fehlen!), oder ihre Umgebung ist in so ungünstigem Zustande, dass keine Naht durchgeführt werden kann; hier würde dann event. Resektion in Frage kommen, was natürlich die Prognose des Eingriffes wesentlich trüben könnte.

Oder es bestehen mehrere Perforationsöffnungen, bezw. es erfolgt nach glücklich verlaufener erster Operation ein weiterer Durchbruch. Dem ist entgegen zu halten, dass man in etwa 82% der Fälle nur eine Öffnung finden wird. Folgt schließlich der Operation eine zweite Perforation, so gelangt sie entweder direkt an die Oberfläche oder tritt in eine drainirte Bauchhöhle und kann auf diese Weise ganz ohne Nachtheil verlaufen.

Christel (Mets).

4) Perondi. Ricerche anatomiche sul cieco e sulla sua appendice.

(Policlinico 1901. No. 3.)

Zusammenstellung der verschiedenen Varietäten am Blinddarme und Wurmfortsatze bezüglich Lage, Größe, Form, Peritonealüberzug nebst Falten und Gruben. Eigene Untersuchungen an 48 Leichen. Mittheilung der erhaltenen Zahlen, die bei dem relativ kleinen Material doch wohl auch nur bedingte Gültigkeit haben dürften. Doch wurden die meisten bisher beschriebenen Varietäten ebenfalls beobachtet, u. A. ein in einer Fossa ileo-appendicularis liegender Wurmfortsatz.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

5) O. Lanz (Bonn). Zur Technik der Amputation des Wurmfortsatzes.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 21.)

L. empfiehlt für die Abtragung des Wurmfortsatzes die »Quetschmethode mit nachfolgender Unterbindung des bloßen, durch die Angiotripsie zusammengeschweißten, von Schleimhaut vollständig befreiten Serosazipfels und Lembert'scher Sicherung«. Auf Grund reicher Erfahrungen hält er das Verfahren für eine eben so einfache, wie exakte Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes, mit der er niemals ein Missgeschick erlebt hat.

Kramer (Glogau).

6) **Alessandri.** L'ernia della vescica con speciale riguardo allo suo pathogenesi.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

Die ausführliche Arbeit von 61 Seiten behandelt die Brüche der Blase hauptsächlich nach der Seite ihrer Entstehung. Es wird eine kritische Besprechung der verschiedenen Theorien gegeben, welche zum Schlusse kommt, dass keine alleinige Geltung hat. Die Ätiologie dieser Bruchform ist eine verschiedene. Es giebt primäre Blasenbrüche und sekundäre, d. h. an einen Darm- oder Netzbruch sich anschließende.

Primärer Natur sind sicher die rein extraperitonealen Brüche, bei denen eine Ausstülpung des Bauchfelles fehlt. Zu ihrer Entstehung gehört eine verminderte Resistenz der Bauchwand und eine Ausdehnung und Verdünnung der Blasenwände. Ein prävesikales Lipom kann begünstigend wirken, hat aber nicht die ausschließliche, z. B. von Monod und Delagenière ihm zugeschriebene Bedeutung.

Viel wichtiger sind angeborene Divertikel und Formanomalien der Blase und Formveränderungen in Folge von Strikturen, so wie Verwachsung der Blasenwand mit dem Bauchfelle.

Dieselbe Ätiologie besitzen die paraperitonealen Brüche, bei denen zuerst die Blase im Bruche erschien. Neben der Blase bildet sich dann eine Bauchfelltasche, in welche später Eingeweide treten. Diese Sätze sucht Verf. durch Leichenexperimente zu stützen, in welchen er die Beziehungen der verschieden stark ausgedehnten Blase zu den Bruchpforten studirte.

Es giebt auch sekundäre paraperitoneale Blasenbrüche; wo die Blase allmählich durch den Zug des Bruchsackes in den Bereich der Bruchpforten gebracht wurde.

Die rein intraperitonealen Brüche sind selten; zu ihrem Zustandekommen gehört große Beweglichkeit der Blase, Verwachsungen mit Netz.

4 Fälle der chirurgischen Klinik in Rom werden mitgetheilt, 2 sekundäre paraperitoneale Schenkelbrüche, 2 extraperitoneale inguinale, darunter einer doppelseitig. E. Pagenstecher (Wiesbaden).

7) **D. B. Bocks.** Maagchirurgie naar anleiding van de womoogoperatieen, die Prof. v. Eiselsberg von 12. März 1896 tot 25. Februar 1899 deed.

Harlem, de Erven F. Bohn, 40 Abbildungen.

In diesem Buche behandelt B. in ausführlicher und interessanter Weise die Magenoperationen, welche v. Eiselsberg von 1896 bis 1899 in Königsberg ausgeführt hat.

Das Buch ist in 3 Theile eingetheilt. Im 1. Theile werden die verschiedenen Krankheiten besprochen, welche einen operativen Eingriff am Magen indiciren können, und welche Operation bei

einer bestimmten Krankheit angezeigt erscheint. So empfiehlt B., bei peptischen Geschwüren den ganzen Pylorus zu reseciren, weil dadurch die Heilung vollständig wird und die Folgezustände, wie Perforation, Verblutung und Carcinombildung, vermieden werden. Auch ist diese Operation nicht viel eingreifender als die Gastroenterostomie. In 2 Fällen, in welchen v. Eiselsberg die Gastroenterostomie machte, wurden starke Magenblutungen beobachtet, in 3 Fällen perforirte das Geschwür nach der Stelle der Gastroenterostomie hin, und in 2 Fällen heilten die Geschwüre nach der Gastroenterostomie nicht.

Bei Stenosen des Pylorus will v. Eiselsberg die Resektion machen, die Pyloroplastik nur in jenen Fällen, in welchen die Narbe schmal ist, und die Gastroenterostomie nur dann, wenn die Resektion nicht möglich ist.

Beim Sanduhrmagen empfiehlt v. Eiselsberg ebenfalls die Resektion, die Gastroanastomose nur dann, wenn die Brücke zwischen beiden Magentheilen hoch ist, nie Gastroplastik, weil diese zu Recidiven führt.

Bei Carcinomen und Sarkomen des Magens wenn möglich Resektion.

Im 2. Theile beschreibt Verf. die Narkose (principiell Chloroform), die Desinfektion (gewöhnlich Fürbringer) und Nahtmethoden. Von letzteren am liebsten die fortlaufende Naht; Murphyknopf so selten als möglich. Sodann beschreibt er an der Hand zahlreicher Abbildungen 22 Operationsmethoden. Als Methode der Pylorusresektion wurde immer die von Billroth als I angegebene benutzt, Billroth II nur dann, wenn durch Billroth I nicht Alles hätte weggenommen werden können. Bei den 53 Gastroenterostomien starben nur 2 Pat. in Folge von Cirkulationsstörungen; es hatte sich in beiden Fällen eine Klappe gebildet, welche das zuführende und abführende Rohr verstopft hatte, so dass die Bildung einer Enteroanastomose nach Jaboulay-Braun nichts genützt hätte. D. empfiehlt die Methode v. Hacker.

Im 3. Theile werden die Krankengeschichten der Pat. gegeben und eine Operationstabelle, in welcher die Operationen und deren Resultate wiedergegeben werden.

In die Details der fleißigen Arbeit näher einzugehen, verbietet der Raum.

Wölfler (Prag).

8) Kelling (Dresden). Zur Chirurgie der chronischen, nicht malignen Magenleiden.

(Archiv für Verdauungskrankheiten 1900.)

K. bespricht das Magengeschwür mit seinen Komplikationen und die Gastropse. Durch Vergleich der Funktion des normalen Magens mit der des erkrankten und des operirten will er dem internen Arzte, »auch dem Chirurgen gegenüber«, einen festen Stand-

punkt verschaffen helfen, von dem aus sich dieser ein Urtheil über die Indikation für eine bestimmte Operation zu bilden vermag.

Theil 1: »Die Innervation des Magens und deren Verhalten bei den Erkrankungen«.

Aus diesem, dem ausführlicheren Abschnitte der Arbeit sei Folgendes mitgetheilt:

Das elektive Vermögen des Pylorus beruht in seinem Tonus, der auch von großen Fremdkörpern überwunden werden kann (Eröffnung des Pylorus), die den Längsmuskeln eine Angriffsfläche bieten. Klinisch tritt dies hervor bei der Gastritis chronica mucipara, wo die Speisen nicht mehr von der Plica praepylorica zurückgehalten, bezw. in den Fundus zurückgebracht werden, weil bei dem Katarrh eine reflektorische Erregung von der Magenschleimhaut aus nicht mehr stattfindet (Pawlow). Der in den Pylorustheil gelangende, unverdaute Speisebrei vermehrt die Arbeit der Muskulatur, die in Folge dessen hypertrophirt, bis zur Stenose (bei Hinzutreten einer sklerosirenden Entzündung).

Da die dilatatorisch auf die Pylorusschließmuskeln (Vergleich mit der Harnblase!) wirkende Längsmuskulatur auf das Duodenum übergeht mit Insertion an dessen unbeweglichen vertikalen Ast, so folgt hieraus, dass eine winklige Fixation des Pylorus (Geschwür mit Perigastritis, Verwachsungen bei Cholelithiasis etc.) seine Eröffnung erschwert. Ebenfalls mangelhafte Funktion des Pylorustheiles, der sich nicht mehr ausgiebig kontrahirt, und zwar in Folge von Überdehnung, bedingt Gastropiose mit Atonie. In beiden Fällen ist Pyloroplastik kontraindicirt.

Geschwüre in gastropototisch-atonischem Magen geben für die interne Therapie schlechte Aussichten, da wegen der langsamen Entleerung die peptische Wirkung des Mageninhaltes auf das Geschwür verlängert wird.

Bei Betrachtung des Zusammenhanges zwischen Geschwür und Pylorospasmus beruft sich u. A. K. auf 2 von ihm operirte Fälle, um — im gewissen Gegensatze zu Kausch und v. Mikulicz — darzuthun, dass dem Kontraktionszustande unzweifelhaft schwere motorische Störungen zu Grunde liegen können, ohne dass man später eine anatomische Stenose findet, wenigstens bei Sitz des Geschwüres direkt im Bereiche des Pylorusschließmuskels. Hier können submuköse Blutungen, entzündliche Schwellungen in der Umgebung des Geschwürs, die sich später zurückbilden, Stenose hervorrufen. K. glaubt sogar ein diagnostisch wichtiges Moment konstruiren zu dürfen: interkurrent auftretende Stagnation bei Erscheinungen von Magengeschwür lässt auf den Sitz im Pylorus selbst schließen. Eine Pyloroplastik soll den Nutzen haben, dass bei der durch sie geschaffenen größeren Circumferenz die Schwellungszustände des Geschwürs weniger ausmachen!

Dass der Verlust der Schleimhaut am Pylorus an und für sich noch keine funktionelle Stenose durch Spasmus bedinge, zeigt weiter

das Verätzungsgeschwür (Säure, Lauge), wo die Stenose am Pylorus, wie auch an der Cardia, nicht sofort, sondern erst bei der Narbenschrumpfung eintritt.

Aus den folgenden Ausführungen, die eingehend die Innervationszustände des Magens, namentlich beim Geschwür berücksichtigen, dürften u. A. Bemerkungen interessiren, wie die, dass, freilich selten, Geschwürsnarben Beschwerden von neuralgischem Charakter bedingen, die event. Exstirpation nothwendig machen, weiter, dass die Hernia epigastrica einen der Geschwürsbildung günstigen Reizzustand des Magens (durch Irradiation, Hemmung der Motilität und Anämie) erzeugen könne (Beobachtungen von v. Mikulicz, Berg).

Den Hauptfaktor für Geschwürsbildung bei Chlorotischen sieht K. in einem Gefäßkrampfe, hervorgerufen durch einen Reizzustand der sympathischen Nerven.

In der Besprechung der Indikation für Pyloroplastik schließt sich K. Schnitzler an, der bei hysterischen Pat. Symptome von Pylorusstenose in Folge Spasmus pylori beobachtete bzw. beseitigte; dagegen verwirft er gegenüber Ewald die Gastroenterostomie als Mittel gegen das rebellische Erbrechen der Hysterischen.

Der 2. Theil der Arbeit behandelt die mechanischen Verhältnisse des Magens und deren Störungen.

Die Wichtigkeit des bereits früher von K. aufgestellten Satzes, dass der Magen des normalen Menschen auf den Darmschlingen, wie auf Kissen ruhe, für die Beurtheilung der Magenarbeit wird von Neuem ausführlich dargethan. Der Magen entleert sich durch seine Kontraktionen; sind diese nicht mehr möglich (z. B. bei akuter Lähmung des Magens, bei Infiltration der Magenwand durch ausgedehntes Carcinom), so entleert sich der Magen überhaupt nicht in den Darm, sondern umgekehrt dieser, da kräftiger, in den Magen (event. nach Gastroenterostomie!). Dasselbe kann der Fall sein, wenn die Wandungen zu schwach sind, in Folge hochgradiger Erschlaffung, z. B. bei erheblicher Dilatation des Magens. Die Faltenbildung nach Bircher ist im Stande, die Muskelarbeit zu verbessern.

Gastroptose mit Atonie: Die Bedeutung der Lageanomalie für die Funktion des Magens wird ausführlich besprochen. Die Lage des Magens ist eine Folge der Raumverhältnisse in der Bauchhöhle. Demnach tritt eine Verlagerung nach unten ein aus 2 Gründen: einmal, wenn oben in der Bauchhöhle, zwischen den Rippenbögen, zu wenig Platz ist (Korsett, lange, schmale Thoraxform), zweitens, wenn unten in der Bauchhöhle zu viel Platz wird, so dass der Magen seine natürliche Stütze an den Darmschlingen verliert. Das Letztere tritt ein durch Erweiterung der Bauchwand (wiederholte Schwangerschaften, Hernien) und Verminderung des Inhaltes der Bauchhöhle (Fettschwund, Leerheit des Darmes, z. B. bei Pylorusverengerung). Auch eine Erschlaffung der Bauchwand auf nervöser Basis will K. nicht bezweifeln, dagegen weist er die Behauptung der nervösen »Erschlaffung der Aufhängebänder« zurück.

Die motorische Funktion des Magens wird bei der Gastropiose erschwert: 1) durch die ungenügende Unterstützung des Magens durch die Darmschlingen, 2) durch die Erweiterung und Erschlaffung der Muskulatur des Magens, 3) durch die Knickung des Pylorustheiles gegen das Duodenum.

Was die Therapie der Gastropiose anbetrifft, so hält K. mit einer Faltenbildung des Magens oder seiner Hochnähung das Übel für nicht beseitigt. Führen interne Maßnahmen nicht zum Ziele, so ist der Magen durch eine Gastroenterostomie »zu einer Durchgangspassage der Speisen zu machen«, die Magenverdauung nach Möglichkeit durch eine Dünndarmverdauung zu ersetzen. Theoretisch wäre die Gastroenterostomie nach Roux hierzu am geeignetsten.

Bei dem Sanduhrmagen, dessen Symptome kurz besprochen werden, hält K. es für angezeigt, wenn der Cardiatheil erheblich größer ist als der des Pylorus, nach dem Vorgange v. Eiselsberg's die Gastroenterostomie auszuführen.

Zum Schlusse der gewiss bemerkenswerthen Arbeit wird auf die allgemeinen und speciellen Gefahren der verschiedenen besprochenen Methoden hingewiesen. Die Dauerresultate lassen sich im Allgemeinen als recht gut bezeichnen; eine strengere Indikationsstellung ist aber am Platze.

Gross (Jena).

9) Petit. De l'étranglement du duodenum au niveau de la racine du mésentère.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1901.

P. glaubt in der ungenügenden Funktion des Treitz'schen Muskels, der mangelhaft entwickelt sein oder sogar fehlen kann, ein wichtiges ätiologisches Moment für das Zustandekommen der »Zuschnürung« des Duodenums zu erblicken. Der »4. Abschnitt« (Pars ascendens), ungenügend oder überhaupt nicht fixirt, könne sich dann an seiner Ursprungsstelle, der Gabel zwischen den Vasa mesenterica superiora (Radix mesenterica) und der Aorta (»Compas aorto-mésentérique«), abbiegen. Durch Untersuchungen an 50 Leichen orientirte er sich über das Verhalten des M. suspensorius duodeni; 10mal glaubt er dessen mangelhafte Entwicklung nachgewiesen zu haben.

Für die »retroperitoneale Kompression« bringt er 2 beachtenswerthe Beispiele (Hämatome, eins durch Schussverletzung, Beobachtungen von Campenon, Philippe); weiter berichtet er im historischen Theile seiner Arbeit und in dem Kapitel der Pathogenese über bereits publicirte Fälle aus der französischen Litteratur, wo Aortenaneurysma, Geschwülste, Wirbeltuberkulose von hinten her Verschluss des Duodenums bewirkten.

Von deutschen Autoren geschieht eigentlich nur Kundrat's Erwähnung, dessen 3 Beobachtungen ausführlich wiedergegeben werden (die am Schlusse der Arbeit angefügte Zusammenstellung

bringt 8 Beobachtungen, unter diesen 1 eigene P.'s mit zufälligem Sektionsbefund); weiter werden citirt Boas, Cahn, Balster, Hochhaus und Rembold.

Gross (Jena).

10) K. Vogel. Zur Statistik und Therapie des Rectumcarcinoms.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 313.)

Die Arbeit veröffentlicht die einschlägigen Operationserfahrungen, die Schede seit seiner Wirksamkeit in Bonn gesammelt hat. Während der statistische Werth der Mittheilungen dadurch etwas beeinträchtigt wird, dass ziemlich viele Operationen noch jüngeren Datums und deshalb zur Beurtheilung des Endresultates hinsichtlich Recidivirung ungenügend brauchbar sind, erhält die Arbeit in technischer Beziehung in so weit besonderes Interesse, als wir hier erfahren, dass Schede bei den sacralen Mastdarmkrebsoperationen seinem Verfahren der präliminaren Kunstafteranlage treu geblieben ist, und als sowohl die Ausführungsart der letzteren, so wie die Technik des Wiederverschlusses des Bauchafters detaillirt beschrieben wird.

Schede verfährt bezüglich des Operationsmodus beim Mastdarmkrebs eklektisch. Nur die hochsitzenden Krebse, zumal die beim Manne, werden sacral angegangen, während die tiefer sitzenden und die Mehrzahl der Krebse beim Weibe von unten her vorgenommen werden. Als sacrale Operationen werden nur diejenigen verrechnet, bei denen wirklich Kreuzbeintheile resecirt wurden; betrifft die Knochenentfernung nur das Steißbein, so zählt die Operation zu den »perinealen« im weiteren Sinne, und werden letzteren auch die beim Weib mittels vaginaler Schnitte nach Rehn und Schuchardt ausgeführten Eingriffe zugerechnet.

Was die besonders interessirenden Sacraloperationen betrifft, so resecirt Schede nach Rydygier temporär. Der Weichtheil-Knochenlappen ist nie gangränös geworden, zuweilen vorgekommene Blutungen aus der Sacralis media waren unschwer zu stillen. Das Bauchfell wurde stets geöffnet, nach erfolgter Herabholung der Flexur aber durch Annähen an diese wieder geschlossen. Erst hiernach Entwicklung der Neubildung. Stößt diese, wie zuweilen der Fall, an der Vorderwand auf Schwierigkeiten, so wird der Darm zuerst oberhalb der Geschwulst zwischen Jodoformgazeligaturen quer durchtrennt und sein unteres Fragment abwärts geschlagen etc. Die Kolostomie geschieht wie folgt: Laparotomie durch ca. 12—15 cm langen Schnitt in der Linea alba lateralis sinistra etwa in Nabelhöhe. Cirkuläre lippenförmige Vereinigung des Peritoneum parietale mit der Haut. Vorziehen des Anfangstheiles des Colon descendens in Form einer Schlinge in die Wunde und Einnähen daselbst durch fortlaufende Katgutnaht, die die Bauchdecken ganz durchgreift, am Darne jedoch nur Serosa und Muscularis fasst. Darauf wird meist der Darm sofort quer geöffnet; die freien Ränder werden nach außen umgeklappt und mit Seidenknopfnähten nach dem Rande der Wunde

hin fixirt. Auf die Knoten der letzteren, lang abgeschnittenen Seidenknopfnähte wird ein Röllchen Jodoformgaze aufgelegt und auf diesem die Fäden nochmals geknüpft. Die Gaze wird nach 5—6 Tagen entfernt. Es erfolgte stets Einheilung des Darmes ohne Peritonitis, bisweilen jedoch unter Unterhautfettnekrose. Die Geschwulstoperation geschah meist ca. 14 Tage nach der Kunstafteranlage, nachdem durch Spülung der Darmtheil unterhalb des Kunstafters gut gereinigt worden. Der Schluss des letzteren wurde theils bald nach Heilung der Darmresektionsnaht, bald später, wenn auch die sacrale Wunde sich ganz geschlossen hatte, zu einer dem Pat. passenden Zeit vorgenommen. Dabei wird der After in der Haut umschnitten und mobilisirt; dann werden entweder die zurückgeklappten Darmränder gelöst, angefrischt und mit doppelter Naht vernäht oder eine vollständige Resektion der eingenähten Darmschlinge gemacht. Die Bauchdeckennaht macht Schede, wie er das früher beschrieben, mit versenkten Silberdrahtfäden, welche eine bedeutende Spannung überwinden können und wobei am meisten auf eine gute Zusammenfügung der Fascie zu achten ist. Auch in Schede's Material ist ein Insufficientwerden der Mastdarmresektionsnaht nicht selten, wobei es sich oft um Gangrän am oberen Darmende handelt. Entstehen hierdurch größere Darmdefekte oder waren solche von vornherein bei der Resektion nicht zu vermeiden, so dass zwischen oberem und unterem Darmtheile eine beträchtliche Lücke verbleibt, so gab, was von Interesse ist, das Einlegen eines etwa fingerdicken Darmrohres vom natürlichen zum künstlichen After heraus schönen Erfolg. Hierdurch ward der Darm entfaltet, die Granulation wuchs dem Rohre entlang, die Schleimhautbedeckung folgte nach, die Stümpfe einander nähernd, so dass schließlich noch Darmsekundärnaht möglich ward.

Wir geben noch kurz die nöthigen Zahlen:

Gesamtzahl der Fälle 61, wovon 35 Männer, 26 Frauen

Operabel waren 25 (71,4%), 23 » (88,46%).

Gesamtdurchschnittsalter: 55,5 Jahr, doch lag das Durchschnittsalter der Männer fast 10 Jahr höher als das der Frauen. Das Durchschnittsalter der operablen Frauen lag 11 Jahr höher als das der inoperablen, ein Beweis für die größere Bösartigkeit des Carcinoms in jüngeren Jahren.

Perineale Operationen: 26 Pat. mit 31 Operationen (5 Recidivoperationen).

Operationsmortalität: 7 = 22,58%.

3 Jahr und länger recidivfrei sind von 21 die Operation überstehenden Kranken 3 = 12,5%, über 1 Jahr recidivfrei 10 = 41,66%.

Sacrale Operationen: 22 Fälle.

Operationsmortalität: 10 = 45,45%.

Die Hälfte der Todesfälle kommt auf postoperativen Collaps. 3 Jahr und länger recidivfrei sind von 12 überlebenden Kranken 3 = 25%, länger als 2 Jahr 5 = 41,66%. Im gesammten Operations-

material (32 überlebende Fälle) trat 13mal (in 36%) Recidiv ein. Was die Kontinenz betrifft, so ist diese in 52% durchaus befriedigend (am besten durchschnittlich bei den Sacraloperationen), mangelhaft in 48%.

Schließlich ist noch zu bemerken, das bei 13 inoperablen Kranken 10mal die Kolostomie als Palliativoperation stattfand.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

11) Lund. Acute hemorrhagic pancreatitis; its surgical treatment; with report of six cases.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1900.)

Die klinischen Erscheinungen der Pankreasentzündung fasst Fitz, der auch zuerst die pathologisch-anatomische Eintheilung in die hämorrhagische, eitrige und gangränöse Form gab, folgendermaßen zusammen: plötzlich auftretender, schwerer, oft heftiger epigastrischer Schmerz ohne einleuchtenden Grund, meist gefolgt von Übelkeit, Erbrechen, Empfindlichkeit und tympanitischer Schwellung des Epigastriums, Prostration, häufige Collapse, niedriges Fieber und schwacher Puls, in der Regel hartnäckige Verstopfung, zuweilen aber auch Diarrhöen.

Eine absolut sichere Diagnose der Erkrankung hält Verf. für unmöglich. Aus den von ihm beobachteten Fällen glaubt er aber folgende Momente differentialdiagnostisch verwerthen zu können. Beim perforirten Magengeschwüre ist der epigastrische Schmerz viel intensiver als bei der Pankreatitis. Geringer Schmerz bei tiefem Eindrücken der Bauchwand spreche für Pankreatitis, starker bei leichtem Drucke für perforirendes Magenulcus. Auf Pankreatitentzündung weise eine hinter dem tympanitischen Schall gebenden Magen befindliche Geschwulst hin. Endlich sollen bei Pankreatitis die epigastrischen Muskelkrämpfe nicht so ausgeprägt sein, wie beim perforirten Magengeschwüre.

In 4 der berichteten Fälle fanden sich Gallensteine in der Gallenblase und den Gallengängen. Möglicherweise spielten sie eine ätiologische Rolle dadurch, dass sie zu einer Verstopfung des Wirsung'schen Ganges oder einer Arrosion der Wand des Ductus choledochus communis mit nachfolgender Infektion des Pankreas-kopfes führten.

Die Ansicht Flexner's, der die auch in vorliegenden Fällen stets gefundene Fettnekrose der Wirkung des auf irgend eine Weise aus den Gängen tretenden fettspaltenden Pankreasferments zuschiebt, hält Verf. nicht immer für zutreffend. In 2 seiner Fälle fanden sich bei fast normalem Pankreas Bezirke von Fettnekrose, die, von der Peripherie ausgehend, sich um die Acini erstreckten. Der Pankreasgang und seine Äste waren dabei völlig unversehrt.

Während Fitz vor 10 Jahren die Aufgabe der Chirurgen in der Drainage des parapankreatischen Abscesses, der dem hämorrhagischen

Processe folgt und oft von Fettnekrose begleitet ist, sah, redet Verf. der Frühoperation das Wort. Auf Nekrose und Abstoßung des Pankreas mit Abscessbildung zu warten, hält er nicht für richtig. In einem der beobachteten Fälle war schon 2 Wochen nach Einsetzen der Krankheitserscheinungen das ganze Pankreas nekrotisch, und Bezirke von Fettnekrose zogen sich durch den ganzen Bauch. Durch frühzeitige Operation wird die zur Nekrose des Drüsengewebes führende primäre Blutung gestillt. Weitere Fett- und Drüsennekrose wird durch Gazetamponade und gehörige Drainage hintangehalten. Endlich ist der Allgemeinzustand der Kranken beim frühen Eingriffe besser.

Bezüglich der Technik empfiehlt Verf., mit dem Medianschnitte über dem Nabel zu beginnen. Durch das Ligamentum gastro-hepaticum gelangt man rasch in die Bursa omentalis. Nun folgt Entfernung der geronnenen Blut- und Fettmassen, Stillung der Blutung durch Gazetamponade, ohne nach Blutpunkten zu suchen. Reichen die Blutmassen und die Abscesshöhle bis in die untere Lendengegend, dann empfiehlt sich der Lendenschnitt und gehörige Drainage. Letztere Maßnahme ist jedenfalls der wichtigste Theil der Operation. Eine ausgiebige Drainage vom Medianschnitte aus ist in derartigen Fällen nicht möglich. Weisen Symptome über der Basis der linken Pleurahöhle auf Bildung von Eitertaschen über der Milz, dann ist der subphrenische Raum nach Resektion der 10. oder 11. Rippe in der hinteren Axillarlinie zu drainiren. Hierdurch wird eine Zwerchfellperforation vermieden.

Läwen (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

12) **R. Schütz** (Wiesbaden). Weiterer Beitrag zur Kenntniss der gutartigen, unter dem Bilde der Stenose verlaufenden Erkrankungen des Ösophagus.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 15.)

Während sich in einem früheren Falle des Verf. die Symptome einer Ösophagusstenose auf Grund einer durch die Sektion erwiesenen Erschlaffung und Erweiterung des unteren Speiseröhrenendes bei Carcinoma ventriculi entwickelt hatten, scheinen dieselben in dem neuen Falle — Gefühl eines schmerzhaften Druckes und Widerstandes beim Schlucken, insbesondere fester Bissen, als ob diese stecken blieben, bei Fehlen von Regurgitation und bei regelmäßig freier Durchgängigkeit der Speiseröhre für dicke Sonden und Nachweis einer Magenaffektion — durch eine Ösophagitis bedingt gewesen zu sein. Das rasche Verschwinden der Beschwerden nach Einführung des Magenschlauches und intra-ösophagealer Faradisation lässt jedoch auch an eine Atonie als Ursache denken. Eine endoskopische Untersuchung der Speiseröhre ist nicht vorgenommen worden.

Kramer (Glogau).

13) **Quadflieg**. Entfernung eines künstlichen Gebisses durch Gastrotomie aus dem Ösophagus.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Das Gebiss saß in dem (aus dem Mariahilf-Krankenhaus zu Aachen berichteten) Falle, durch Röntgenstrahlen, so wie durch die Sonde nicht deutlich

nachweisbar, im unteren Theile und an der hinteren Wand der Speiseröhre oberhalb der Cardia, die Lichtung frei lassend. Die Entfernung von der Gastrotomie-wunde aus war schwierig und ging mit starker Blutung einher. Wegen der Verletzungen der Cardia legte Q. eine Magenfistel an, die später wieder operativ geschlossen wurde.
Kramer (Glogau).

14) Tauton. Perforation de l'oesophage par sabre-baïonnette introduit dans ce conduit. Perforation de la plèvre droite. Pneumothorax. Mort.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Ann. LXXV. T. II. No. 10.)

Bei seinen Übungen im Säbelschluken hatte sich ein Soldat die Spitze eines Bajonnettes rechts durch die Speiseröhre gestoßen; zuerst wenig Erscheinungen; dann nach einer Mahlzeit starke Schmerzen, die seine Überführung ins Lazarett nöthig machten. Die hier vorgenommene Pleurotomie entleerte reichlich Luft und säuerlich riechende Speisereste, hinderte jedoch nicht den schnellen Verfall und Tod.

Die durch selbsteingeführte Instrumente erzeugten Verletzungen des Ösophagus sind nicht häufig. T. hat aus der Litteratur 5 Fälle gesammelt, die kurz referirt werden; sie endeten sämmtlich mit dem Tode.
Christel (Metz).

15) W. v. Noorden. Ein Schweißdrüsenadenom mit Sitz im Nabel und ein Beitrag zu den Nabelgeschwülsten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 215.)

Die studirte Geschwulst stammt von einer kinderlosen, 38jährigen Frau, die seit 2 Monaten eine wenig empfindliche Unebenheit mitten in der Nabelgrube bemerkt hatte. Sie war erbsengroß, halbkugelig, etwas uneben, ziemlich stark pigmentirt, weshalb Verdacht auf Melanom gehegt wurde. Operation mittels ovalärer Nabelexcision, Heilung per secundam. N. giebt eine sehr eingehende mikroskopische Beschreibung, erläutert durch mehrere Figuren, so wie ausführliche pathologische Durchsprechung mit weitgehender Litteraturbenutzung (Verzeichnis von 61 Nummern). Er betrachtet durch seinen Fall das Vorkommen eines wahren gutartigen Schweißdrüsenadenoms, speciell am Nabel, für bewiesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

16) Adrian. Die Appendicitis als Folge einer Allgemeinerkrankung. Klinisches und Experimentelles.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4. u. 5.)

Nach Rekapitulation der Litteratur über diese jetzt viel ventilirte Frage giebt A. aus der medicinischen Klinik zu Straßburg zunächst 7 Fälle, in denen rheumatische Erscheinungen theils dem Appendicitisanfalle vorausgingen, theils demselben folgten, eine Angina dem perityphlitischen Anfalle vorherging, oder durch die Perityphlitis ein Gichtanfall ausgelöst wurde. Am bemerkenswerthesten ist ein Fall, der mit Influenta begann und zu einem periappendikulären Abscess führte; in dessen Eiter ließen sich sicher Influenta bacillen nachweisen.

A. hat sodann am Wurmfortsatze des Kaninchens zahlreiche Experimente angestellt über die Entstehung der Appendicitis. Lokale Eingriffe trugen wenig zur Lösung der Frage bei, dagegen wurde durch Infektionsversuche erwiesen, dass der Wurmfortsatz bei den verschiedensten Infektionen von der Blutbahn aus im Verhältnis zu der übrigen Schleimhaut des Darmes eine besondere Prädispositionsstelle für die Lokalisation von der Blutbahn her ausgelöster und entzündlicher Prozesse ist.
Haeckel (Stettin).

17) Vervaeck. Appendicite chez l'enfant.

(Soc. belge d'anatomie pathol. 1901. No. 3, 5.)

Bei dem 7jährigen Kinde traten nach einem Schläge gegen die linke seitliche Bauchhälfte die Symptome einer traumatischen Peritonitis auf; bei der Laparo-

tomie fand sich eine eitrige, besonders entsprechend der Verletzungsstelle ausgeprägte Peritonitis, deren Ausgangspunkt nicht gefunden wurde. Tod nach kurzer Zeit. Die Autopsie ergab eine Perforation des in alte Verwachsungen eingebetteten Wurmfortsatzes als Ausgangspunkt der Peritonitis.

Mohr (Bielefeld).

18) Brutser. Über Perityphlitis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1901. No. 1.)

B. giebt eine Übersicht über die Resultate der Behandlung von 123 Fällen von Perityphlitis, die in den Jahren 1894 bis 1900 in der chirurgischen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses unter A. v. Bergmann behandelt wurden.

30 Fälle davon betreffen die chronische Form der Appendicitis, die sämtlich im freien Intervalle operirt wurden. Nur 1 Todesfall war zu beklagen, betreffend einen 65jährigen Mann, der am 6. Tage nach der Operation an akuter gelber Leberatrophie starb.

93 Fälle akuter Appendicitis kamen zur Behandlung. Davon heilten 24 bei exspektativer Behandlung des ersten Anfalles.

11mal bestand bei der Aufnahme diffuse Peritonitis. 7 wurden operirt; sie starben sämtlich; die übrigen 4 waren so elend, dass eine Operation nicht mehr indicirt war; sie gingen rapid zu Grunde.

20mal handelte es sich um progredient-herdweise Peritonitis; Alle wurden operirt; 11 starben.

In 36 Fällen bestand ein einfacher perityphlitischer Abscess, der eröffnet wurde. 3 starben an Pneumonie oder Leberabscess. Die Heilung wurde 6mal durch Bildung von Kothfisteln verzögert; meist schlossen sie sich spontan; in 2 Fällen mussten sie operativ beseitigt werden.

Haeckel (Stettin).

19) Mints. Akute gelbe Leberatrophie als Komplikation von Epi-typhlitis, zugleich ein Beitrag zur Frage der postoperativen Magen-Duodenalblutungen.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Ein 40jähriger Mann, starker Säufer, wird am 11. Tage der Erkrankung an Appendicitis operirt, ein großer Abscess eröffnet, der Wurmfortsatz entfernt. Er bekommt danach mehrtägiges Bluterbrechen, schweren Ikterus, rechtsseitige Lähmung und stirbt am 7. Tage nach der Operation. Die Autopsie ergiebt akute gelbe Atrophie der Leber, deren Parenchym Bacterium coli enthält; Erosionen im Duodenum und entlang der kleinen Kurvatur des Magens, entsprechend denen sich zahlreiche obliterirte Arterienlichtungen und prall bis zum Bilde der globulären Stase gefüllte Venen vorfinden.

Beachtung verdient dieser Fall, weil er als neue Folgeerkrankung der Appendicitis die akute gelbe Leberatrophie kennen lehrt und somit eine erneute Mahnung gegen die konservative Behandlung bei der Appendicitis liefert. Er ist ferner für die Lehre von der akuten gelben Leberatrophie von Bedeutung, in so fern zu den Krankheiten, in deren Gefolge sie sich einstellt: Osteomyelitis, Erysipel, Typhus, Recurrens, Puerperalfieber, Sepsämie, sich nun auch die Appendicitis gesellt. Die Ulcerationen im Magen und Duodenum sind aufzufassen als sept-hämische auf einem von vornherein weniger widerstandsfähigen Boden entstandene Geschwüre.

Haeckel (Stettin).

20) Umber. Pyopneumothorax subphrenicus (v. Leyden) auf perityphlitischer Basis ohne Perforation.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem 44jährigen Arbeiter entwickelte sich in der rechten Bauchseite ein mächtiger, gashaltiger Abscess, der vom Poupart'schen Bande bis zum Zwerchfelle reichte, letzteres bis zur 3. Rippe empordrängend; die Leber war von der vorderen Bauchwand ab nach hinten geschoben. Eröffnung des Abscesses mit Resektion von 2 je 6 cm langen Rippenstücken; 2 Liter stinkenden Eiters entleert; am Darne

keine Perforationsstelle zu finden. In der vor der Operation gesunden Pleurahöhle entwickelt sich ein Empyem, das noch 2malige Operation nöthig machte. Danach völlige Heilung. Ursache der Gasbildung war ein Stäbchen, halb so groß wie das *Bacterium coli commune*, sonst demselben sehr ähnlich, das als *Paracolibacillus aërogenes* bezeichnet werden könnte. Es ist anzunehmen, dass es ohne Perforation der Darmwandung aus dem Darne in die Bauchhöhle eingewandert ist.

An sich sind die Fälle von subphrenischem Pyo- und Pyopneumothorax selten, nur 80 sind publicirt. Von diesen können 8 von Processen des Blinddarmgebietes abgeleitet werden; von ihnen sind nur 7 mit dem Leben davongekommen: einer heilte spontan durch Durchbruch in die Lungen, der andere durch Operation, er wurde aber nicht lufthaltig. Somit stellt der beschriebene Fall die erste Beobachtung eines von Perityphlitis ausgehenden subphrenischen Pyopneumothorax dar, der durch Operation zur Heilung geführt ist. **Haackel** (Stettin).

21) Quadfiög. Zur Kasuistik der *Hernia ovarica inguinalis*.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

Q. berichtet aus dem Marienhilfskrankenhause zu Aachen über 3 Fälle von Eierstocksbrüchen, und zwar zwei angeborene bei 2—4 Monate alten Kindern und eine erworbene bei einer schwangeren Frau. Alle 3 Fälle kamen zur Operation; im 1. Falle war der Eierstock verwachsen und cystisch degenerirt, im 2. Falle in Folge von Stieldrehung brandig, so dass die Exstirpation beide Male nothwendig war; im 3. Falle fanden sich Eierstock und Eileiter stark geschwollen und ließen sich reponiren. Die Diagnose wurde in 2 der Fälle erst bei der Operation gestellt; die Brüche waren schmerzhaft. Heilung bei allen 3 Pat.

Kramer (Glogau).

22) H. B. Angus. Ulcer of stomach. Acute haematemesis. Gastrotoomy.

(Brit. med. journ. 1901. März 23.)

Bei einem 19jährigen Mädchen, welches schon seit einem Jahre an Magenbeschwerden gelitten hatte, trat plötzlich eine gewaltige Magenblutung ein. In Anbetracht des gefährdenden Zustandes wurde sofort nach Einlieferung ins Krankenhaus die Laparotomie ausgeführt. Die Abtastung der Magenwände ergab eine verdickte Stelle an der hinteren Fläche. Mittels eines Schnittes durch die hintere Magenwand wurde ein blutendes Geschwür frei gelegt. Die Stillung der Blutung erfolgte auf die Weise, dass eine Tabaksbeutelnaht um den Geschwürsgrund geführt und fest geknotet wurde. Die Kranke genas; nur wurde die Heilung durch eine beiderseitige Thrombose der Vena saphena verzögert.

Weiss (Düsseldorf).

23) W. H. Horrocks. Perforated ulcer of the stomach.

(Brit. med. journ. 1901. März 23.)

Ein weiterer Fall von erfolgreicher Operation bei Perforation eines Magengeschwürs. Die Operation fand 5½ Stunden nach dem Unfälle statt. Die ganze Bauchhöhle war mit halbverdaulichem Mageninhalt verunreinigt. Die Perforation hatte ihren Sitz an der vorderen Magenwand nahe der Cardia.

Weiss (Düsseldorf).

24) B. C. B. Maunsell. Some practical points in the diagnosis and operative treatment of perforated gastric ulcer.

(Brit. med. journ. 1901. März 23.)

M. theilt 4 Krankengeschichten von Perforation eines Magengeschwürs mit; 3 der Kranken gingen zu Grunde. Die Zeit der Operation war 11, 30, 19 und 12½ Stunden nach stattgehabter Perforation. Pat. I starb 10 Tage nach der Operation an Pneumonie. Bei der Sektion fand sich keine Peritonitis. Pat. II starb 3 Stunden nach der Operation. Pat. III ging am 5. Tage nach der Operation su

Grunde; die Sektion ergab Peritonitis. Pat. IV genas. Die Perforation saß alle Mal an der vorderen Wand. Das angewandte Verfahren bestand in Naht der Perforation. Nur bei Pat. III wurde in Anbetracht einer gleichzeitig bestehenden Pylorusstenose die Pyloroplastik ausgeführt. Das Geschwür, das ganz in der Nähe des Pylorus saß, fiel in den Bereich des Schnittes. Weiss (Düsseldorf).

25) **Hämig.** Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus, durch Atropin behoben. (Aus der Züricher chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Bei dem 59jährigen Pat. wurde nach lumbaler Entfernung der rechten krebigen Niere, wobei das Bauchfell eröffnet, das Colon ascendens weithin abgelöst und die Nierengefäße nahe ihrem Abgange unterbunden werden mußten, ca. am 7. Tage Erscheinungen aufgetreten, die auf einen dynamischen Ileus hinwiesen, eine erneute Operation in Folge von Collapszufällen des Pat. ausschlossen. Eine Einspritzung von 3 mg Atropin (außer Ol. camphor.) führte zwar zu schweren Vergiftungserscheinungen, aber auch zum Schwinden der Ileussympptome mit schließlichem Ausgange in Heilung. Kramer (Glogau).

26) **E. H. Groves.** Case of extreme stenosis of the small intestine in an infant.

(Brit. med. journ. 1901. März 23.)

Es handelt sich um ein 20 Monate altes Kind. Dasselbe war, so lange es an der Brust genährt wurde, bis zum Alter von ca. 1 Jahr, völlig gesund. Nach der Entwöhnung fing es an abzumagern und sohrte sehr viel. Der Zustand wurde immer schlimmer. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus war das Kind hochgradig abgemagert. Der Leib war stark, gleichmäßig ausgedehnt und hatte in Nabelhöhe einen Umfang von 25 Zoll. Durch die außerordentlich dünnen Bauchdecken hindurch waren häufig Darmsehlingen zu sehen. Bei Kontraktion derselben ließ sich ein lautes, gurgelndes Geräusch hören. Dem Kinde entstanden dadurch augenscheinlich Schmerzen.

Unter vorsichtiger Ernährung schien es sich etwas zu erholen. Nach einigen Tagen verschlimmerte sich indessen der Zustand, und ehe noch die Zustimmung der Eltern zur Laparotomie — es wurde an eine chronische Abklemmung des Darmes durch einen Strang gedacht — erlangt war, ging das Kind zu Grunde.

Bei der Sektion fanden sich einige außerordentlich stark ausgedehnte Dünndarmsehlingen. 39 Zoll vom Blinddarme und 55 Zoll vom Pylorus entfernt fand sich eine harte Struktur der Darmwand, welche kaum für eine Sonde sich als durchgängig erwies. Oberhalb der Striktur hatte sich eine Menge Speisereste angesammelt. Die übrigen Darmpartien waren normal.

G. sieht die Striktur als eine angeborene an. Weiss (Düsseldorf).

27) **P. Clairmont.** Kasuistischer Beitrag zur Radikaloperation der Kothfistel und des Anus praeternaturalis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Die Arbeit enthält einen kritischen Bericht über die operativen Resultate, welche bei 29 Fällen von Kothfistel, bezw. widernatürlichem After in der Klinik von v. Eiselsberg in Königsberg i/Pr. erzielt wurden. Die Krankengeschichten selbst sind ausführlich beigelegt und in 7 Gruppen eingetheilt nach ätiologischen Gesichtspunkten. Neben angeborener Kothfistel finden wir eine Reihe solcher, die nach Brucheinklemmung entstanden sind, ferner solche nach Appendicitis, Tuberkulose, Typhus, Parametritis und Darmgeschwulst. Dazu kommen noch 3 Fälle mit unbestimmter Ätiologie, ein äußerst reichhaltiges und interessantes Material, dessen Studium bei dem Interesse, das die Bauchchirurgie heute in so hervorragendem Maße bevorsugt, sehr lehrreich ist.

Ein principieller Unterschied zwischen den Operationen bei Kothfistel und denen beim widernatürlichen After besteht nicht; die Übergänge zwischen beiden sind ja auch sehr zahlreich. Am häufigsten fand sich die äußere Fistelöffnung in

der Leistengegend. Die innere Fistel lag in 21 Fällen im Dünndarme, wahrscheinlich im untersten Theile desselben. Die Diagnose, meist ohne Schwierigkeit zu stellen, wurde in Zweifelsfällen durch Verabreichung von Kohle durch den Mund gesichert, einmal auch mittels Erweiterung der Fistel durch einen Laminariastift.

Indikation zur Operation bildeten mannigfache Ursachen, so Tuberkulose, Darmgeschwulst, schlechter Ernährungszustand und Abmagerung der Pat.; wo letztere fehlte, häufig ein nicht zu beseitigendes Eksem und der Kothgeruch. Für den operativen Eingriff ist von Wichtigkeit die Zeit, die seit Entstehung der Kothfistel verflossen ist, da der abführende Schenkel allmählich kollabiren, ja sich schließen kann.

Bei der Operation selbst wurde nach der üblichen Darmentleerung und Desinfektion die mit Jodoformgase tamponirte Fistel umschnitten und die Ränder über der Gase vernäht, was allerdings bei den späteren Fällen unterlassen wurde, bei denen man sich mit der Tamponade begnügte. Die Eröffnung der Bauchhöhle selbst fand bald an der Stelle der Fistel statt, bald fern von derselben, je nachdem der die Fistel enthaltende Darmtheil reseziert oder ausgeschaltet werden sollte. Eine bestimmte Indikation zur Wahl einer dieser beiden Methoden besteht nicht. Bei den 29 Fällen wurden 18 Darmwandresektionen, 4 Keilexcisionen, 13 Darmresektionen vorgenommen. Bei totalen Resektionen wurde hauptsächlich die cirkuläre Naht angewandt, 2mal auch der Murphyknopf.

In den meisten Fällen gelingt es, die Fistel durch Resektion zu schließen; für die totale Ausschaltung bleiben nur jene wenigen Fälle, bei denen außerordentlich zahlreiche Verwachsungen jene unmöglich machen. Die äußere Fistelöffnung heilt nach allen Methoden der Ausschaltung rasch und sicher aus. Ausschabung oder Excision der Fistel ist nicht nothwendig. Nach Eversion des Schleimhauttrichters oder bloßer Jodoformgasetamponade mit Höllesteinzinkung verodet die Schleimhaut schnell. Bei Verschluss der Bauchdecken wurde die Einlegung eines Jodoformgastreifens zur Drainage bevorzugt.

Was die Resultate anlangt, so stehen 23 Fälle von Heilungen 4 Todesfällen und 2 vergeblichen Eingriffen gegenüber. Doch kommt von den Todesfällen nur einer direkt auf Rechnung der Operation durch diffuse eitrige Peritonitis im Anschlusse an den Eingriff.

Den Schluss der Arbeit bilden einige Erörterungen über die Bedeutung der Anlegung eines Kunststafers bei brandigen eingeklemmten Brüchen, speciell im Anschlusse an die Empfehlung Hofmeister's, in solchen Fällen die primäre Darmresektion vorzuziehen und die Anlegung eines künstlichen Afters zu vermeiden. Die Ansicht v. Eiselsberg's geht dahin, dass es ein Normalverfahren für diese Fälle nicht giebt. Der lokale und allgemeine Befund bestimmen die Wahl der Methode. Ohne besondere Kontraindikation soll man nicht auf die allgemeine Narkose zu Gunsten der Lokalanästhesie verzichten. Die Darmresektion ist nur bei relativ gutem Kräftezustande und klarer Übersicht über die Darmschlingen vorzunehmen; bei lokaler Anästhesie ist sie zu vermeiden. Bei lokaler Anästhesie und eben so in allgemeiner Narkose bei unzuverlässigem Aussehen der Darmschlingen ist ein Kunststafter anzulegen.

Das Letztere geschieht in der Weise, dass das Mesenterium der brandigen Schlinge hervorgezogen und ein Gasestreifen durch dasselbe hindurchgesteckt wird. Nach Tamponade des Bruchsackes und der Wunde wird durch Incision der Darm eröffnet, was man bei Darmwandbrüchen etc. auch später erst mittels Paquelin thun kann. Dann wird ein Darmrohr eingeführt und in ein Glasgefäß mit einem Gummischlauche hineingeführt. Da die Aussichten, die Kothfistel operativ zu schließen, nach den beschriebenen Resultaten so günstige sind, besteht keine Kontraindikation, einen Kunststafter bei eingeklemmten Brüchen, wenn nöthig, anzulegen.

Die Anlegung der Dupuytren'schen Darmschere in der Modifikation von v. Mikulicz hat nur für den Dickdarm Bedeutung, da dessen Naht eine unsichere ist. Für alle übrigen Fälle empfiehlt Verf. die Radikaloperation durch Darmwand- oder Darmresektion als die ideale Methode.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

28) C. A. Morton. A clinical lecture on some cases illustrating the surgery of the large intestine.

(Brit. med. journ. 1901. April 13.)

Erwähnenswerth aus der vorliegenden Publikation sind die Ausführungen M.'s über Ventrofixation der Flexura sigmoidea bei Mastdarmvorfall. Verf. giebt geschichtliche Daten der Operation und theilt einen weiteren Fall mit. M. hat die Operation so gestaltet, dass er von einem dem Lig. Pouparti parallelen Schnitte — die Muskulatur wird entsprechend ihrem Faserverlaufe durchtrennt — die Bauchhöhle eröffnet, den Mastdarm in die Höhe zieht, eine Falte aus dem Mesorectum bildet und letztere mit dem Peritoneum parietale vernäht.

Die Heilung verlief glatt, doch war der Dauererfolg kein idealer, da nach ca. 1 Jahr ein leichtes Recidiv konstatiert werden konnte. Weiss (Düsseldorf).

29) H. Lorenz. Unsere Erfolge bei der Radikalbehandlung bösartiger Mastdarmgeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 4.)

Durch die Anregung der Vorträge von Rehn und Krönlein auf dem vorletzten Chirurgenkongresse sind schon eine Reihe statistischer Mittheilungen über die Erfolge der einzelnen Methoden der Radikalbehandlung des Mastdarmkrebses zur Publikation gekommen, denen sich auch die vorliegende Arbeit anschließt, welcher das beträchtliche Material der Albert'schen Klinik in Wien zu Grunde gelegt ist, im Ganzen 331 einschlägige Fälle, eine Zahl, die gewiss kaum von einer anderen Klinik erreicht sein dürfte.

Was die Indikationen anlangt, unter welchen die Radikaloperation vorgenommen wurde, so galt starke Fixation im Becken, ausgedehnte Verwachsung mit Kreuzbein, Harnröhre oder Harnblase als Kontraindikation. Erreichbarkeit der oberen Grenze galt nicht als unumgänglich erforderlich, Verwachsungen mit dem weiblichen Geschlechtsapparate hinderten den Eingriff nicht. Die palliative Operation, die Kolostomie, wurde nur in den dringendsten Fällen gemacht, wo die Schmerzen unerträglich wurden. Trotzdem erreichte die Zahl dieser Operation eine Höhe von 115 solcher Eingriffe. Sie wurde 3mal so häufig bei Männern wie bei Frauen vorgenommen. Viele Kranke erholten sich danach außerordentlich.

Eine allzu lange Vorbereitungscur war nicht üblich. L. hält sie für einen Zeitverlust, und Hochenegg kommt ohne besondere Vorbereitung und ohne nachträgliche Opiumgaben aus. Die präliminare Kolostomie ward selten gemacht.

Als Voroperation wurde abgesehen von wenigen Fällen, in welchen die perineale Methode, temporäre Resektionen des Kreuzbeines und der vaginale Weg gewählt worden waren, die dauernde Resektion des Kreuz- und Steißbeines oder nur des letzteren als Normalverfahren gehandhabt. Darum werden nur die Erfolge dieser Methode geprüft, welche an 133 Pat. ausgeübt wurde, die zwischen 20 und 78 Jahre alt waren. In linker Seitenlage wurde der Hochenegg'sche rechtskonvexe Bogenschnitt ausgeführt, der nach unten den After umkreiste. In gleichem Bogen wurde, wo nöthig, d. i. in 91 Fällen, das Kreuzbein durchtrennt, nicht über das 3. und 4. Sacralloch hinaus, immer nur so weit, als die Lage des Falles es erforderte.

Im direkten Anschlusse an die Operation gingen ca. 13% der Kranken zu Grunde, das sind 17, von denen 5 nicht an Wundinfektion, sondern an Herzschwäche und Collaps starben. Dass die Kreuzbeinresektion keine wesentlich größeren Wundkomplikationen schafft, glaubt L. daraus schließen zu dürfen, dass von den nur mit Steißbeinresektion Behandelten über 7%, von den mit Resektion des Kreuzbeines Operirten knapp 10% starben.

Die Eröffnung des Bauchfelles wurde nicht als gefährlich erachtet und stets vorgenommen, wo eine bessere Mobilisirung des Darmes erreicht werden sollte.

Was die Versorgung des Darmes nach der Exstirpation des Krebses betrifft, so ist das beste Verfahren die Hochenegg'sche Durchsichmethode. Die geringe Gefährlichkeit, die sie besitzt, ist daneben nur noch der Anlegung eines sacralen

Aftern eigen. Alle anderen Arten der Naht, die cirkuläre, partielle Naht in der Wunde, die Invaginationsmethode, sind gefährlicher, aber wegen Unbeweglichkeit des proximalen Mastdarmstückes nicht immer zu vermeiden. Die Wundhöhle wird nie ganz geschlossen und immer ergiebig drainirt. Die Nachbehandlung der Operirten ist eine sehr schwierige. Von ihrer Vollkommenheit hängt die Rettung manches gefährdeten Menschenlebens ab.

Die besten funktionellen Resultate bezüglich der Kontinenz giebt die Durchziehungsmethode, danach kommen erst die Resektionen mit Naht. Misserfolge bis zu völliger Inkontinenz kommen aber bei allen Methoden vor, am wenigsten allerdings bei den erstgenannten.

Was endlich die endgültigen Resultate betrifft, so kann hier Verf. 100 Fälle in Betracht ziehen. Von diesen starben 11 im Anschlusse an den Eingriff. Weiterhin starben 17 während des ersten Jahres, 13 während des 2., 9 im 3. und 5 im 4. Jahre an Recidiven.

Die Zahl der Dauerheilungen beiffert sich auf 16%. Heute leben im Ganzen von den Operirten noch 13, und swar $3\frac{1}{2}$ — $13\frac{3}{4}$ Jahre nach der Radikaloperation. Die Recidive führten selten zu neuen Stenoseerscheinungen. Recidivoperationen wurden im Ganzen 10mal ausgeführt, nur 1mal mit dauerndem Erfolge.

Eine Besserung der Resultate ist für die Exstirpation des Mastdarmcarcinoms nur durch Besserung der Frühdiagnose zu erwarten. Die frühzeitige Digitaluntersuchung darf nicht, wie das heute noch geschieht, so oft versäumt werden. L. sieht die sacralen Methoden für leistungsfähiger an wie die perinealen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

30) V. Subbotić. Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Pankreascysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 197.)

S. operirte im Landeskrankenhaus in Belgrad eine 27jährige Pat. mit tödlichem Ausgange, das Sektionspräparat wurde in Wien genauer untersucht. Die Kranke hatte 2 Jahre vor der Aufnahme einen Sturz nebst heftiger Kontusion unter dem linken Rippenbogen erlitten, wonach Schmerzen daselbst und bald auch eine Geschwulst auftraten. Schmerzen, neuerdings sehr stark, nöthigten zum Krankenhauseintritte, die Geschwulst war zuletzt kindskopfgroß, fluktuirte, war in der Quere etwas verschieblich, machte auch etwas Athembewegungen. Ihre Lage war, wie Luftaufblasungen darthaten, zwischen Magen und Colon. Laparotomie, Punktion der Cyste mit Entleerung von $1\frac{1}{2}$ Liter hämorrhagischer Flüssigkeit. Einseitige Einnähung in die Wunde. Tod an Peritonitis in Folge von Durchschneiden einer Naht. Das Sektionspräparat zeigte starke Verwachsung der Cyste mit der Magenhinterwand. Cystenwand 3—4 mm dick, stellenweise lamellär gebaut. Mikroskopisch finden sich in der Drüse die Merkmale chronischer indurirender Entzündung. Der Ductus pancreaticus ist von der Papille aus nur eine kurze Strecke weit sondirbar, und enthält der Pankreaskopf 2 Höhlen, nuss- bzw taubeneigroß, von fibrösem Gewebe umgrenzt, mit eingedicktem, schleimigem, bzw reisähnlichem Inhalte. Die große Cyste liegt zwischen Magenhinterwand und Vorderwand des Pankreasschwanzes. Das Parenchym des letzteren steht durch 2 Fisteln, welche sondirbar sind, mit dem Innern der Cyste in Verbindung. Die letztere entwickelte sich also aus cystisch erweiterten Drüsengängen des Pankreasschwanzes. Eine chronisch indurirende Pankreatitis ist als Grundkrankheit anzusehen. Sie führte zur Bildung von Retentionscysten. Wiederholte Hämorrhagien bewirkten schließlich die Wandverdickung der Cyste und ihre Verwachsungen mit der Nachbarschaft.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

31) G. Seefisch. Mittheilung über Pankreascysten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 153.)

Die Mittheilung betrifft 4 von Hahn im Berliner Friedrichshain-Krankenhaus beobachtete Fälle, sämmtlich geheilt, und swar 3 durch Operation. Da S. hierüber in der Berliner Chirurgen-Vereinigung Vortrag gehalten hat, verweisen wir

auf das diesbezügliche Referat in d. Centralblatt 1901 p. 26, wo das Kasuistische genügend wiedergegeben ist¹. Hervorzuheben ist, dass alle 4 Fälle gut diagnostizierbar waren. Den Krankengeschichten folgt eine kurze Allgemeinbesprechung, die sich im Wesentlichen an Körte's bekanntes Werk über die chirurgischen Pankreaskrankheiten anlehnt und die nach Erscheinen des letzteren ziemlich reichlich publicirten neuen einschlägigen Arbeiten und Beobachtungen mit Berücksichtigung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **P. Ostermeier** (München). Beitrag zur multiplen Fettgewebsnekrose. (Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 14.)

Der mitgetheilte Fall hat mit den bisher bekannt gewordenen Beobachtungen der Krankheit die Übereinstimmung im klinischen Verlaufe — plötzliches Eintreten schwerster Symptome inmitten bester subjektiver Gesundheit, heftige spontane Schmerzen im Epigastrium, Vortäuschung einer inneren Einklemmung, rascher tödlicher Ausgang — gemein, unterscheidet sich aber von jenen dadurch, dass es in ihm ohne Zerfallsherd im oder um das Pankreas und bei Bestehen nur kleiner, spärlicher Fettgewebsnekrosen zu einer eitrigen Peritonitis kam. O. nimmt für deren Entstehung eine Komplikation mit Sepsis an, die wahrscheinlich auf dem Wege der Lymphbahnen vom Darne aus erfolgt war; die fibrinös-eitrigen Auflagerungen auf der Serosa fanden sich auf den Nekroseherden.

Kramer (Glogau).

33) **N. P. Marsh and K. Mousarrat**. A case of multilocular cystoma of the omentum.

(Brit. med. journ. 1901. März 2.)

Es handelt sich um ein ca. 2jähriges Kind, welches wegen einer beträchtlichen Auftreibung des Leibes in Behandlung kam. Anfänglich wurde das Leiden als Peritonitis tuberculosa angesehen. Der Bauch wurde verschiedentlich punktiert, wobei sich eine stark roth bis braun gefärbte Flüssigkeit entleerte. Bei der schließlich vorgenommenen Laparotomie fand sich ein dünnwandiger Cystensack, dessen Oberfläche ein reichliches Gefäßnetz aufwies. Der Sack war in der Fossa iliaca verwachsen und wies einen breiten Stiel auf, welcher von dem Ansatz des Netzes an die große Curvatur des Magens gebildet wurde. Verwachsungen und Stiel wurden abgebunden und der Sack entfernt. Das Kind genas.

Der Sack bestand aus einer großen und einer Reihe von kleineren Cysten. Der Inhalt der letzteren war klar, serös, derjenige der letzteren jedoch stark blutig gefärbt. Das Colon transversum lag hinter der Cyste und hatte einen mit dem großen Netze nicht zusammenhängenden Bauchfellübersug. **Weiss** (Düsseldorf).

34) **Lexer**. Entfernung eines großen retroperitonealen Lipoms mit Ausgang in Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Bei dem 54jährigen Pat. machte es den Eindruck, als wenn es sich um bösartige Neubildung handle. Die Neubildungen erwiesen sich jedoch bei der Laparotomie als Lipome. Es wurden Geschwülste im Gesamtgewichte von 10,5 kg entfernt. Alle Geschwülste konnten nicht entfernt werden. Als Ausgangspunkt der multiplen Neubildung musste das retroperitoneale Bindegewebe angesehen werden, während das Beckenbindegewebe vollkommen frei war. **Borchard** (Posen).

¹ Nur sind hier mehrere sinnstörende Druckfehler zu berichtigen: p. 27 Z. 10 lies »Ritte« statt »Risse«, Z. 14 »Hämothorax« statt »Hämarthros«, Z. 15 »allmähliches« statt »allnächtliches«, Z. 21 »Magenwand« statt »Geschwulst«.

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,
XXX. Kongress,
abgehalten vom 10.—13. April 1901
im Langenbeck-Hause.

Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1901. No. 29.

Inhalt.

- Allgemeine Pathologie und Therapie:** 1) Reinbach, Wundgranulationen. — 2) Hägler, Ligaturelterungen. — 3) Petersen, 4) Sjöbring, Krebs. — 5) Ehrhardt, Zerstörung von Geschwulstresten in der Wunde. — 6) Goldmann, Keloid. — 7) Levy-Dorn, Schutz gegen Röntgenstrahlen. — 8) Fränkel, 9) v. Bruns, 10) Honsell, Zur Wundbehandlung. — 11) v. Mikulicz, 12) Wohlgemuth, 13) Braun, 14) Kröneln, 15) Kohlhardt, 16) Bier, Zur allgemeinen und zur Lokalanästhesierung. — 17) Schjörning, 18) Kröneln, 19) Ringel, Schussverletzungen. — 20) Ziemssen, Nachbehandlung von Invaliden und Unfallverletzten an Badeorten.
- Kopf und Gesicht:** 21) Reger, Schädelschüsse. — 22) Tilmann, Hirndruck. — 23) Merkenz, Hirnkomplikationen von Otitis. — 24) Barth, Meningitis. — 25) Heldenbain, 26) Kröneln, Hirngeschwülste. — 27) Kröneln, Hirntuberkel. — 28) Krause, Intracranelle Trigeminesresektionen. — 29) Küster, Rhinoplastik. — 30) v. Eiselsberg, Uranoplastik. — 31) Hildebrand, Kieferverrenkung.
- Wirbelsäule, Hals und Brust:** 32) Braun, Resektion des N. sympathicus. — 33) Katzenstein, Spina bifida. — 34) Kocher, 35) Kraske, Kropfoperationen. — 36) Werckmeister, Kehlkopfexstirpation. — 37) Heldenbain, Lungenresektion. — 38) Sarfert, Operative Behandlung der Lungenschwindsucht. — 39) Gottstein, Probeexcision auf Ösophagoskopischem Wege. — 40) v. Hacker, Periösophageale und mediastinale Phlegmone.
- Bauchhöhle und Bauchorgane:** 41) Henle, Laparotomie und Pneumonie. — 42) Santer, Zur Peritonealtamponade. — 43) Rehn, 44) Rotter, 45) Mühsam, 46) Sprengel, 47) Riess, Appendicitis. — 48) Kelling, Akute Magendilatation. — 49) Borchard, Gastrotomie. — 50) Schmidt, Hyperemesis lactentium. — 51) Kelling, Magenresektion. — 52) Ahrens, Fötale Inklusion im Mesocolon ascendens. — 53) Franke, Exstirpation des Pankreas.
- Harn- und Geschlechtsorgane:** 54) Bessel-Hagen, Plastik an Glied- und Hodensack. — 55) Goldmann, Prostatahypertrophie. — 56) Löwenhardt, Blasengeschwülste. — 57) Küster, 58) Casper, 59) Kummell, 60) Albers-Schönberg, 61) Braatz, Zur Nierenchirurgie. — 62) Baumgarten, 63) v. Bruns, 64) v. Büchner, 65) Payr, 66) Simon, 67) König, Hodentuberkulose. — 68) Jordan, 69) Schuchardt, 70) Döderlein, 71) Dührssen, Gebärmutterkrebs.
- Gliedmaßen:** 72) Wilms, Epiphysenentwicklung. — 73) Sudeck, Vorzeitige Epiphysenverknöcherung. — 74) Kayser, Schulterblatthochstand. — 75) Hofmeister, 76) Hildebrand, Schulterverrenkung. — 77) Rotter, Humerusresektion. — 78) Sudeck, Vorderarmverrenkung. — 79) Wolff, Ellbogenresektion. — 80) Wolff, Ellbogenankylose. — 81) Joachimsthal, Angeborene Hüftverrenkung. — 82) Payr, Veraltete Hüftverrenkung. — 83) Reichard, Coxa valga. — 84) v. Mangoldt, Hüftgelenkentzündung. — 85) Wilms, Hygrom der Bursa trochanterica. — 86) Schuchardt, Epiphysenlösung am Femur. — 87) Wolff, Kniescheibenbrüche. — 88) Cramer, Verwachsung der Kniescheibe. — 89) Heusner, Kniekontraktur. — 90) Bunge, Amputationsstümpfe. — 91) Küster, Osteoplastische Exartikulation der Fußwurzel.

1) Reinbach (Breslau). Zur Histologie menschlicher Wundgranulationen. (Mit Demonstrationen.)

Die in der Breslauer chirurgischen Klinik angestellten Untersuchungen betreffen die Frage, ob den verschiedenen Typen von klinisch kranken (schlechten) Wundgranulationen auch in pathologisch-anatomischer Beziehung Differenzen gegenüber den reinen, klinisch guten Wundgranulationen entsprechen.

Vortr. berührt unter Hinweis auf seine ausführliche Publikation in Ziegler's Beiträgen nur kurz einige Punkte aus der allgemeinen Lehre von der Granulationsbildung (nämlich Bindegewebsbildung, sekretorische Funktion der Endothelien, Schicksale der emigrierten Leukocyten) und beschränkt sich darauf, auf die specielle Frage übergehend, den Bau einer der wichtigsten Formen kranker Wundgranulationen, nämlich der »Sequestergranulationen«, an der Hand von Abbildungen zu besprechen und die Beziehungen zu den normalen Granulationen zu erläutern.

Diese Klasse kranker Granulationen ist histologisch ausgezeichnet durch ein außerordentliches Überwiegen des flüssigen entzündlichen Exsudates über das celluläre, ferner durch das Vorhandensein mehrerer Schichten, in welche der Querschnitt solcher Granulationen zerfällt (im Gegensatze zur Norm, wo eine Schichtenbildung fehlt), vor Allem durch den Mangel einer Bindegewebsbildung, welche niemals erfolgt. Die spärlichen überhaupt gebildeten Fibroblasten sind dem Untergange geweiht. Das Ziel einer normalen Granulationsbildung wird also nicht erreicht. Dieser eigentümliche Bau ist mit Rücksicht auf das Bestreben des Organismus, den in der Tiefe befindlichen Fremdkörper (Sequester) zu eliminiren (Ausstoßung aus der Fistelöffnung), als ungemein zweckmäßig zu bezeichnen.

Unverkennbar besteht eine enge Beziehung zwischen Sequester (im weitesten Sinne) und Bau der Granulationen, welche ihren Charakter sofort nach der Entfernung des ersteren ändern und zur Norm übergehen.

Vortr. bespricht noch kurz unter wiederholtem Hinweise auf die ausführliche Darstellung den Bau gewisser Formen von oberflächlich kranken menschlichen Wundgranulationen. (Selbstbericht.)

2) C. Hägler (Basel). Über Ligatureiterungen.

Zwei Formen von nachträglicher Fadenausstoßung lassen sich klinisch ziemlich scharf unterscheiden: Bei der ersten Form zeigen bald nach dem Eingriffe Fieber und entzündliche Infiltration der Operationsstelle an, dass eine Infektion der Wunde erfolgt ist. Bei der anderen Form erfolgt eine Wundheilung ohne Fieber und lokale

entzündliche Reaktion, und nach Monaten oder Jahr und Tag öffnet sich eine Fistel, aus der einzelne oder ein großer Theil der versenkten Fäden ausgestoßen werden. Pathologisch ist der Unterschied nur ein gradueller: die Fäden waren inficirt, im ersten Falle möglicherweise von der Wunde aus, im letzteren Falle gelangten sie inficirt in die Wunde. Nach den Untersuchungen des Vortr. sind die ausgestoßenen Fäden nie steril.

Die Ausstoßung nach einer Operation, der ein fieber- und entzündungsloser Heilverlauf gefolgt ist, kann unter Umständen erst nach Jahren eintreten. Der Vortr. erwähnt Fälle von Fadenausstoßung nach 2 und 5 Jahren. Dass die Fäden inficirt waren, beweisen Schnittpräparate (Demonstration), wobei die Fäden vor der Ausstoßung mit der wegen Verdickung excidirten Narbe mikroskopisch untersucht wurden: zwischen den Fasern waren unzählige Keime eingelagert, während dieselben im umgebenden Gewebe fehlten.

Wie der Vortr. schon früher gezeigt hat, disponiren die im Dampfe sterilisirten Seidenfäden eher zu solchen Komplikationen als die mit einem Antisepticum imprägnirten. Aber auch bei den letzteren werden solche Vorkommnisse mit Sicherheit nicht vermieden, weil der Quecksilbergehalt der Sublimatseide, z. B. der innerhalb von 5 bis 10 Tagen in der Wunde extrahirt wird, die Keime, die sich am Faden finden, nicht abzutöden im Stande ist, sondern nur deren Entwicklung verhindert; falls es sich um ein bedeutendes oder sehr kräftiges Keimmaterial handelt, so wird sich dasselbe nach dieser Zeit zwischen den Einzelfasern weiter entwickeln können.

Die einzige Methode, die über diese Verhältnisse sicheren Aufschluss geben kann, ist die Untersuchung der Fäden mit mikroskopischen Schnitten. An der Hand derselben referirt der Vortr. kurz über Versuche, bei welchen er inficirte Seidenfäden im Thierkörper oder sterile Fäden in Abscesshöhlen des Menschen versenkte oder in Eiter bei Bruttemperatur hielt und nach verschiedenen Zeiträumen durch mikroskopische Querschnitte untersuchte. Im Faden, der im Dampfe sterilisirt wurde, vermehren sich die Keime nach dem Fadeninnern zu event. schon nach 48 Stunden, während beim Sublimatfaden sie auf die Oberfläche beschränkt bleiben, bis der Hg-Gehalt des Fadens erschöpft ist.

Die ähnlichen Untersuchungen mit Katgut brachten einige Überraschungen. Katgut wird bisher immer mit Misstrauen betrachtet, weil die Sterilisation Schwierigkeiten bietet und man glaubte, dass das Material — im Körper versenkt — einen guten Nährboden für Keime abgebe. Eine chronisch eiterregende Wirkung des sterilen Katguts, die praktisch in Frage kommt, giebt es nach den Untersuchungen des Vortr. nicht.

Die Schnitte durch Katgutfäden, die derselben Untersuchungsmethode unterworfen wurden wie die Seidenfäden, ergaben nun, dass auch im Katgut, das kein Antisepticum enthält, die Keime sich nicht in der Katgutsubstanz vermehren, sondern nur dort gegen das Faden-

innere zu sich fortpflanzen, wo sich Schrunden im Cylinder gebildet haben (durch Detorsion oder Resorption).

Die Gefahr für die Wundkomplifikationen wächst also mit der Zahl der versenkten Fäden, in so fern dieselben imbibirbar sind. — Das idealste Material, das Silkwormgut, lässt sich leider seiner Sprödigkeit wegen zu feinen Ligaturen nicht verwenden; dasselbe ist der Fall für die verschiedenen Drahtarten. Die bisher empfohlenen Imprägnationsmittel für Seide und Zwirn (Guttapertscha, Kollodium, Kollodin) bringen nach den Untersuchungen des Vortr. keinen Vortheil, da diese Imprägnationsstoffe sich beim Trocknen (Verdunsten des Lösungsmittels) kontrahiren, und deshalb nicht der Faden als Ganzes, sondern meist nur die einzelne Faser imprägnirt ist. Ein einheitlicher kompakter Cylinder lässt sich mit Wachs oder Paraffin darstellen, wenn die Fäden in der reinen Substanz dieser Materialien in der Wärme gehalten und nachher mit einem sterilen warmen Tuche abgewischt werden. (Selbstbericht.)

3) W. Petersen (Heidelberg). Über Aufbau, Wachsthum und Histogenese der Hautcarcinome.

P. hat versucht, das Plattenmodellirungsverfahren der Embryologen (nach Born und Strasser) auf das Studium der Hautcarcinome anzuwenden. Der Tumor wird in Serienschritte zerlegt; die Schnitte werden, nach dem Zeichenprisma vergrößert, auf Wachstafeln aufgezeichnet und die ausgeschnittenen Wachstafeln zusammengesetzt. Die Dicke der Wachstafeln muss gleich sein dem Produkte von Schnittdicke und Vergrößerung. Auf diese Weise entsteht ein durchaus naturgetreues, vergrößertes, plastisches Nachbild des Carcinoms.

P. demonstriert 4 Modelle von Hautcarcinomen mit den dazu gehörigen Serien von Zeichnungen und Photographien und empfiehlt die weitere Anwendung der Methode aus folgenden Gründen:

1) Die Methode liefert außerordentlich instruktive Unterrichtsmodelle.

2) Sie vermag beizutragen zur Lösung noch strittiger Fragen der Morphologie und der Histogenese der Carcinome.

In dieser Beziehung glaubt P. aus seinen bisherigen Erfahrungen zunächst bezüglich der Hautcarcinome folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1) Mit Rücksicht auf den Ausgangspunkt und das Wachsthum der Carcinome lassen sich 2 Formen unterscheiden:

a. das unacentrische Carcinom; — die Epithelwucherung beginnt an einer einzigen Stelle und greift von hier zerstörend auf die ganze Umgebung, so auch auf das Nachbar epithel über. Dabei können leicht mikroskopische Bilder entstehen, die eine aktive Wucherung dieses nur passiv zerstörten Nachbar epithels vortäuschen.

b. das multicentrische Carcinom; dasselbe entsteht und wächst von verschiedenen Stellen aus; die verschiedenen Epithelmassen verschmelzen gewöhnlich sekundär mit einander.

Die Trennung dieser beiden Carcinomformen, die sich rein mikroskopisch nur schwer durchführen lässt, kann durch das Plattenmodellverfahren leicht gelingen.

2) Die von je einem Centrum ausgehenden Epithelmassen des Carcinoms bilden meist einen einheitlichen Stamm, der nach allen Seiten hin Äste, Zapfen und Kolben entsendet.

Die Epithelhaufen der sog. »Krebsalveolen« sind in ihrer großen Mehrzahl die Querschnitte dieser Ausläufer. Abgeschlossene Alveolen, d. h. rings von Bindegewebe umgebene echte Epithelinseln, sind selten; es giebt sichere Carcinome, in denen sie vollkommen fehlen.

Die Diskontinuität des Epithelwachstums gehört also nicht unbedingt zum Begriffe des Carcinoms.

3) Zum Studium der Histogenese sind neben kleinen, beginnenden Carcinomen auch die Randpartien größerer Tumoren geeignet, vorausgesetzt, dass sich einwandfrei, am besten durch das Plattenmodell die Unabhängigkeit der carcinomatösen Randwucherungen von dem Haupttumor nachweisen lässt.

4) Das Studium solcher selbständigen Randwucherungen lieferte den zwingenden Beweis, dass das Epithel primär ohne vorhergehende Veränderung des Bindegewebes, carcinomatös entarten und ohne vorherige »Absprengung«, ohne »Lösung aus dem Verbande des Organismus« kontinuierlich in die Tiefe wuchern kann.

(Selbstbericht).

Diskussion.

Gussenbauer (Wien). Das Verfahren von Petersen erläutert nur grobe makroskopische Verhältnisse, nicht aber feinere histogenetische Vorgänge. Es ist grundsätzlich verkehrt, sich erst ein Schema anzufertigen und daran dann die Natur studieren zu wollen. Übrigens seien unicentrische und multicentrische Wachstumsformen längst bekannte, schon von Virchow aufgestellte Begriffe.

Hansemann (Berlin) hält die Plattenmodelle Petersen's nicht für Schemata, sondern für wirkliche Rekonstruktionen der natürlichen Verhältnisse. Dass jedes Carcinom zunächst diskontinuierlich wachsen kann (Ribbert), sei jedenfalls durch die Plattenmodelle erwiesen.

O. Israel (Charlottenburg) hat das Bedürfnis für solche Modelle schon früher betont.

v. Kahliden (Freiburg i/Br.). Das primäre Wachstum beim Carcinom geht vom Epithel aus. In den meisten Fällen wächst der Krebs multicentrisch.

Heidenhain (Worms) hält die Ribbert'sche Ansicht beim Mammacarcinom nach seinen Erfahrungen nicht für richtig. Das Carcinom geht vom Epithel, nicht vom Bindegewebe aus. H. hält das Mammacarcinom prognostisch für den ungünstigsten aller Krebse.

Gussenbauer (Wien) vertheidigt seine Ansicht über den nur schematischen Werth der Plattenmethode, speciell in Bezug auf die Frage, woher das Carcinom entsteht.

Petersen (Heidelberg). Schlusswort.

Jaffé (Hamburg).

4) N. Sjöbring (Lund). Über Krebsparasiten.

Mit Hinweis auf die bei der Demonstration vorgelegten Präparate von einer etwa 3 Wochen alten Kultur aus einem recidivirenden Mammacarcinome erörtert der Votr. den Entwicklungsgang und die sonstigen Eigenthümlichkeiten der bezüglichen Mikroorganismen, die unter den näher bekannten Protozoën mit den Amöbosporidien die größte Übereinstimmung aufweisen. Nur findet keine Encystirung vor der Sporenbildung statt, und es erscheinen keine Sichelkeime, sondern die Sporen werden nackt gebildet und haben das Aussehen kleiner, breit ovaler Blasen. Die Dauerformationen sind die aus dem Geschwulstgewebe längst bekannten konoïden Kugeln und Gebilde, die durch eine homogenisirende Umwandlung der Schmarotzer, die in fast jedem ihrer Entwicklungsstadien einsetzen kann, entstehen.

In dem Systeme müssen diese Mikroorganismen ihren Platz bei den Rhizopoden (Foraminiferen) finden, unter denen sie als eine besondere Unterklasse: die Pimelodea (von $\pi\mu\epsilon\lambda\eta$ = das Fett) einzutragen sind. Mit den Amöbosporidien, wie auch mit den Myxo(mikro)sporidien sind sie dabei nahe verwandt.

Präparate von 2 unzweifelhaften epithelialen Impfgeschwülsten von der Haut weißer Mäuse wurden vorgelegt. Impfungen an Kaninchen und Meerschweinchen schlugen bisher immer fehl.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Israel (Berlin). In den aufgestellten Präparaten handle es sich nicht um Reinkulturen, sondern um aseptisch aufbewahrte Gewebstückchen; Epithelien, Fettkugeln und Fettkrystalle seien wohl zu sehen, aber nichts, was überzeugende Ähnlichkeit hätte mit Amöben.

Jürgens (Berlin) spricht sich in gleichem Sinne aus. Auch eine Epithelproliferation könne er nicht bestätigen.

Christel (Mets).

5) Ehrhardt (Königsberg). Über Zerstörung von Geschwulstresten in der Wunde durch heißes Wasser.

Nach unseren heutigen Anschauungen über die Exstirpation bösartiger Neubildungen muss es unser Bestreben sein, die Geschwulst

unter gleichzeitiger Ausräumung der regionären Lymphdrüsen weit im Gesunden zu excidiren. Eine Anzahl von Fällen setzt jedoch diesem Verfahren unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen; noch immer müssen einzelne Geschwulstexstirpationen durch das Morcellément ausgeführt werden. Die Gefahr der Implantationsrecidive ist hierbei sehr groß. Die Möglichkeit einer Verpflanzung von Tumorelementen in die frische Wunde liegt ebenfalls vor, wenn die Geschwulst bei der Operation angerissen wird.

Für diese Fälle, in welchen eine Implantation von Geschwulstkeimen befürchtet wird, scheint das siedende Wasser ein empfehlenswerthes Hilfsmittel zu sein, um die etwa zurückbleibenden implantirten Geschwulstkeime abzutöden. Experimentelle Untersuchungen zeigten, dass das Verfahren gegenüber der Anwendung chemischer Ätzmittel oder des Paquelins bemerkenswerthe Vortheile bietet. Es hindert die *Prima intentio* nicht, es gestattet, die Wundhöhle gleichmäßig bis in ihre feinsten Spalten oberflächlich zu verschorfen. Die Koagulation reicht bei den sonst wohl angewendeten chemischen Ätzmitteln, Sublimat, Chlorzink, viel tiefer.

Die Anwendung geschieht in der Weise, dass etwa 25 ccm siedendes Wasser in die Wunde gegossen und etwa nach 1 Minute ausgetupft werden. Empfehlenswerth ist der Gebrauch elektrischer Kochapparate und von Schöpfgefäßen mit langem Stiel.

Nachtheile, z. B. bei der Nachbarschaft größerer Gefäße, haben wir nicht beobachtet, die experimentell übergossenen Gefäße beim Thiere thrombosirten nicht.

Die Anwendbarkeit der Methode hat enge Grenzen, sie setzt voraus, dass radikal operirt worden ist, sie ist nicht im Stande, größere zurückbleibende Geschwulstreste zu zerstören. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Urstein (Warschau). Ich möchte mir erlauben, mit wenigen Worten auf ein Verfahren hinzuweisen, das sich in therapeutischer Hinsicht beim Carcinom gut bewähren könnte. Ich meine die von Finsen zum 1. Male wissenschaftlich begründete, auf solider, fester Basis fußende Lichttherapie. Zwar gehört das Carcinom nicht zu denjenigen Erkrankungen, an denen man schadlos herumexperimentiren darf; denn hier heißt es, so bald man die Krankheit erkannt hat, sie auch sofort mit dem Messer beseitigen; aber es giebt doch Fälle genug, in denen die Operation unterlassen werden muss, wo wir also lediglich auf ein palliatives Verfahren angewiesen sind. Und eben in diesen Fällen könnte man z. B. statt des Glüheisens oder Chlorzinks die Lichtstrahlen versuchen. Sollte es sich zeigen, dass die Finsen'sche Behandlungsmethode das Carcinom beeinflusst, dann hätten wir darin nicht nur ein werthvolles differentiell-diagnostisches Merkmal, sondern auch eine Förderung unserer Kenntnisse über die Ätiologie so mancher Krankheiten. Dann würde auch die Lehre vom parasitären Ursprunge des Krebses einen mächtigen Schritt vorwärts

kommen. Man darf zwar den Thatsachen nicht vorausseilen, allein die vielen Erfolge, die man heute schon beim Lupus vulgaris und anderen Hautaffektionen erzielt, sind so ermuthigend, dass sie zu weiteren Experimenten bei anderen Erkrankungen herausfordern, und in erster Linie gilt das für die oberflächlichen metastatischen bezw. primären Haut- oder Schleimhautcarcinome. Diese Fälle könnten, da sie — ähnlich wie der Lupus — oberflächlich, lokal, vielleicht auch parasitär sind, geradezu als Prüfstein für die Werthschätzung der Finsen'schen Behandlungsmethode dienen. Auch bei der Hoden- und Nebenhodentuberkulose, zumal bei kleinen Kindern, ist diese Therapie eines Versuches werth. (Selbstbericht.)

6) **Goldmann.** Pathogenese und Behandlung des Keloids.

Unter den zahlreichen Autoren, die seit Alibert über das Keloid und die hypertrophische Narbe gearbeitet haben, besteht noch immer keine Einigkeit über die Pathogenese, anatomische Stellung und Behandlung dieser Gebilde. Der Versuch, einen anatomisch-histologischen Unterschied zwischen dem Keloid und der hypertrophischen Narbe festzulegen, muss bisher als gescheitert betrachtet werden. Übereinstimmend wird von der Mehrzahl der Forscher betont, dass diese Bildungen im Corium ihre Ursprungsstätte haben, dass das Keloid aus starren, verdickten, stark collagenhaltigen Bündeln besteht, dass in seinem Bereiche elastische Fasern und markhaltige Nerven fehlen, und dass eine chirurgische Behandlung des Keloids aussichtslos sei. An einem reichlichen Material von Keloiden und hypertrophischen Narben verschiedenster Provenienz und in den verschiedensten Entwicklungsstadien hat der Votr., unter Anwendung vervollkommener histologischer Methoden, seine Untersuchungen angestellt.

Als das wesentlichste Moment beim Zustandekommen dieser Bindegewebshyperplasien des Coriums betrachtet er die primäre Schädigung, welche das elastische Gerüst der Haut erfährt. Diese Schädigung kann eine rein traumatische (subkutane oder offene Verletzung), eine akut entzündliche infektiöser Natur (Aknepustel, Furunkel, Variola etc.), eine chronisch entzündliche (tuberkulöse, Syphilis, Lepra etc.) oder eine chemische (Verbrennung, Verätzung, gewisse Pigmente wie in dem berühmten Falle von Welander) sein.

Die verschiedenartigen ätiologischen Momente bedingen gleichartig eine Schädigung der elastischen Fasern derart, dass ihre Regeneration im geschädigten Gewebsbezirke ausbleibt. Beim Keloid erfolgt die Schädigung in der Pars reticularis, bei der hypertrophischen Narbe in der Pars papillaris der Cutis. Dem entsprechend findet man beim Keloid einen dauernden Schwund von elastischen Fasern in der retikulären Cutisschicht, bei der hypertrophischen Narbe in der Papillarschicht. In späteren Entwicklungsstadien des Keloids ist eine ausgiebige Regeneration von elastischen

Fasern in der Papillarschicht wieder eingetreten, während jede Spur von Regeneration in der tieferen Cutislage fehlt.

Die verschiedenartige Lokalisation der Schädigung innerhalb der Cutis lässt sich auch an anderen Merkmalen erkennen. In Keloiden fehlen Haare und Hautdrüsen, in hypertrophischen Narben können sie unverändert sein. Die Matrikularschicht dieser Organe hat in dem einen Falle Noth gelitten, in dem anderen nicht. In Keloiden hat der Votr. markhaltige Nervenfasern in sehr charakteristischer Anordnung angetroffen. Der Votr. vergleicht das Keloid an der Haut mit dem Aneurysma der Arterie, was seine Ätiologie und Entwicklung betrifft. Unna und seine Schüler haben nachgewiesen, dass das elastische Gewebe das Stützgerüst der Haut darstellt. Seine Schädigung vermindert die Widerstandsfähigkeit der Haut. Durch die Schädigung dieser Zwischensubstanz (Weigert) wird das physiologische Gleichgewicht der Haut aufgehoben; sie regt zur kompensatorischen Bindegewebswucherung an. Die besondere Art des Bindegewebes beim Keloid erklärt sich aus seiner gesteigerten funktionellen Arbeitsleistung.

Als Behandlungsmethode für Keloide empfiehlt der Votr. ihre Excision und die Transplantation des dadurch entstehenden Defektes nach Thiersch. Er hat sich von dem Erfolge dieser Behandlungsmethode mehrfach überzeugen können da, wo anderweitige chirurgische und auch sonstige Behandlungsmethoden erfolglos geblieben waren. Ob die Transplantation auf den granulirenden Defekt gleich günstig wirkt, kann der Votr. noch nicht angeben.

Die Gründe, die ihn bestimmt haben, diese Behandlungsmethode zuerst anzuwenden, wird er in einer in den Beiträgen zur Chirurgie erscheinenden ausführlichen Arbeit erörtern. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Lauenstein (Hamburg) hat eine experimentelle Erfahrung machen können an einem Seemann mit ausgedehntem Keloid nach Verbrennung. Er machte 6—8 cm lange Einschnitte der Hautspannung entsprechend von verschiedener Tiefe. Die oberflächlichen, nur Epithel und Cutis durchdringenden heilten ohne, die bis ins Unterhautbindegewebe reichenden wiederum mit Keloidentwicklung.

Sendler (Magdeburg) unterstützt Goldmann's Ausführungen. Bei Keloid auf Impfnarben hat ihm die einfache Ausschneidung Recidiv ergeben. Erst die Ausschneidung mit nachfolgender Transplantation brachte Heilung. Christel (Mets).

7) Levy-Dorn (Berlin). Der Schutz des Untersuchers gegen Röntgenstrahlen.

Die Thatsache, dass die Röntgenstrahlen unter Umständen Schaden herbeiführen können, wird heute kaum von Jemand ernstlich in Zweifel gezogen werden können. Dagegen ist die genauere

Ursache dafür noch nicht sicher festgestellt. Es ist nicht einmal ausgemacht, ob die Strahlen selbst oder nicht vielmehr Nebenerscheinungen, welche beim Betriebe der Röntgenröhren auftreten, zu beschuldigen sind. Um meine Ansicht kurz anzuführen, so muss ich sagen, dass wahrscheinlich beide, X-Strahlen sowohl als sie begleitende Energieformen, wie elektrische Ausstrahlungen, eine Rolle dabei spielen.

Wie dem auch sei, jedenfalls dürfen wir, so lange der Sachverhalt noch nicht aufgeklärt ist, unsere Maßregeln zum Schutz gegen Röntgenstrahlen nur auf empirischer Grundlage aufbauen. Ich habe nun auf dem Chirurgenkongresse 1898 bereits eine Schutzvorrichtung beschrieben, der im Wesentlichen 2 Gesichtspunkte zu Grunde liegen: 1) Die Strahlen werden, so weit sie nicht gerade zum Entwerfen des Bildes gebraucht werden, mittels dicker Bleiblenden zurückgehalten. 2) Die Strahlen, welche bei der Untersuchung mit dem Fluoreszenzschirm den Beobachter nach dem Durchgange durch den Schirm nur wenig geschwächt treffen würden, werden durch eine Spiegelglasscheibe aufgefangen, welche den Fluoreszenzstrahlen keinen wesentlichen Widerstand leistet, den Röntgenstrahlen aber den Durchgang wesentlich erschwert. Es sind seitdem eine Reihe Schutzapparate angegeben worden, welche mehr oder weniger nach denselben Grundsätzen gebaut sind. Sie haben alle den Fehler, dass ihr Gebrauch wegen der Schwere der benutzten Metalle ein umständlicher ist. Die Erfahrungen bei der Röntgotherapie haben uns jedoch gelehrt, dass wenige Blätter Stanniol schon ausreichen, einen weitgehenden Schutz gegen die X-Strahlen zu gewähren. Mit Berücksichtigung dieser Erfahrung hat Redner einige einfache Apparate von der Firma Reiniger, Gebhart & Schall zusammenstellen lassen, welche er demonstriert:

1) Ein Schutzrahmen für den Fluoreszenzschirm ist so eingerichtet, dass er leicht vom Untersucher gehalten werden kann. Der Schirm kann ohne Mühe hineingelegt und herausgenommen werden.

2) Ein Schutzrouleau ermöglicht bei dem an einem Stativ befestigten Schirme, bequem hinter der Schutzwand zu arbeiten. Der Schirm wird in das Rouleau hineingesetzt. Dies selbst wickelt sich beim Aufziehen unten um so viel ab, als es um die obere Walze herumgeht. Beim Herunterlassen findet das Umgekehrte statt. Es kann also in der Metallwand während des Verstellens des Rouleau nie eine Lücke zwischen Beobachter und Röntgenrohr entstehen.

Der Fluoreszenzschirm ist bei der ersten wie zweiten Vorrichtung mit einer Spiegelglasscheibe bedeckt.

3) Ein Lampenhalter mit Schutzmanschette dient dazu, die Regulation des Rohres durch Erhitzen während des Betriebes ungefährlich zu machen.

(Selbstbericht.)

8) **A. Fränkel** (Wien). Über Wundbehandlung nach Operationen wegen lokaler Tuberkulose.

Ein Bedürfnis nach Wundheilmitteln stellt sich bei den heutigen auf prophylaktischer Grundlage aufgebauten Wundbehandlungsmethoden erst dann ein, wenn Störungen des Verlaufes eintreten, entweder im Sinne septischer Infektion, oder wenn die reparatorischen Vorgänge in den Wunden aus irgend einem Grunde ausbleiben. Für die septische Infektion bildet bis auf Weiteres noch immer das beste Wundheilmittel das chirurgische Messer.

Eine besondere Stellung nehmen die Wunden nach Operationen wegen lokaler Tuberkulose ein, weil es sich hierbei oft um starrwandige Wundhöhlen handelt, nach den Operationen häufig Reste kranken Gewebes zurückbleiben oder unter einem ungünstigen Allgemeinzustande die Regenerationskraft der wunden Gewebe leidet.

Auch nach den operativen Eingriffen besteht die therapeutische Aufgabe eben so wie bei der konservativen Behandlung namentlich in der Herbeiführung demarkirender Proliferationsvorgänge. Diesem Bestreben entsprachen auch die bisher üblichen therapeutischen Verfahren, mögen nun hierbei chemische, thermische oder mechanische Maßnahmen in Anwendung gezogen worden sein.

Die ätiologische Therapie, sei es in Form der Antiseptica oder des Tuberkulins, hat den Erwartungen nicht entsprochen. Von den dieser Gruppe beigezählten Mitteln hat sich nur das Jodoform bewährt, von dem wir heute wissen, dass es im bakteriologischen Sinne des Wortes ein Antisepticum nicht ist. Die bisherigen Studien über die histologischen Wirkungen des Jodoforms gipfeln noch immer in der Annahme, dass dem Mittel spezifische Wirkungen auf das Gewebe zukämen, die als lokale Jodwirkungen aufgefasst werden. Dagegen spricht die verhältnismäßig außerordentlich geringe Menge von nachweisbarem Jod im Urin und in den Organen, die große Beständigkeit des Mittels, seine Schwerlöslichkeit in den Geweben und endlich die evidente Verschiedenheit der Symptome der Jodoformintoxikation vom Jodismus. Endlich der Umstand, dass die seit Jahren übliche Anwendung von durch hohe Hitzegrade sterilisirtem Jodoform ein Verfahren darstellt, das alles Jod aus den Präparaten verflüchtigt, mithin überhaupt kein freies Jod in Aktion treten lässt.

F. hat vergleichende histologische Untersuchungen durchgeführt, welche einerseits jodoformirte Wunden betrafen, andererseits Wunden, die mit schwer löslichen indifferenten Pulvern (Knochenkohle, Pflanzenkohle, Samen *lycopodii*) behandelt wurden. Letztere in sterilem oder nicht sterilem Zustande. Diese Untersuchungen ergaben, dass die histologischen Bilder an den jodoformirten Geweben sich vollständig mit jenen decken, die an den mit nicht sterilen indifferenten Pulvern behandelten zu beobachten waren. Sterile indifferente Pulver wirken auf die wunden Gewebe lediglich im Sinne der Anregung fibroplastischer Proliferationsvorgänge an den fixen Zellen. Hier wie dort ist

das eigentlich Wesentliche die Fremdkörperwirkung des in die Gewebe eingeheilten Pulvers, das, wenn es in sterilem Zustande verwendet wird, die dem Jodoform zukommenden entzündlichen Begleiterscheinungen vermissen lässt. Um die Jodoformkrystalle lagern sich direkt Fremdkörperriesenzellen an, in gleicher Weise wie um die eingeheilten Kohlenpartikel.

Sowohl die entzündlichen Wirkungen des Jodoforms auf das Gewebe, als auch dessen fibroplastische Wirkungen lassen sich gut mit den günstigen Wirkungen in Einklang bringen, die das Mittel auf inficirte, namentlich tuberkulöse Gewebe aufweist. Aber eine spezifische Wirkung des Jodoforms ist darin nicht gelegen. Seine Wirkung setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: 1) der entzündungserregenden; diese wird durch die wechselnde Art der mit dem Jodoform eingebrachten Bakterien bewirkt; 2) der fibroplastischen, welche der mechanischen Wirkung des Pulvers als solchem zukommt. Für die Therapie der lokalen Tuberkulose kommt vor Allem die letztere in Betracht. Diese aber lässt sich in voller Reinheit durch andere, ungiftige, indifferente Pulver ersetzen.

F. hat auf Grund dieser theoretischen Vorarbeiten bei der Wundbehandlung nach Operationen wegen lokaler Tuberkulose das Jodoform durch *Carbo ossium purissimum sterilisatus* ersetzt und das letztere Mittel besonders deshalb gewählt, weil es schon seit Alters her sich als Wundheilmittel bewährt hat, weil ferner die Knochensalze der Knochenkohle zur Festigung des neugebildeten Narbengewebes beitragen könnten, und endlich auf Grund der Befunde bei Lungenanthrakose, die vielfach als ausgeheilte Tuberkulose gedeutet werden. Angewendet wurde die Knochenkohle entweder in Glycerinemulsion, oder als reines Pulver, mit welchem nach vorheriger sorgfältiger Blutstillung die Wundflächen verrieben wurden, oder endlich als lockere Knochenkohlen-Gazetamponade.

Die auf diese Weise erzielten Resultate sind jenen bei Jodoformanwendung gleichwerthig. Am günstigsten gestaltete sich der Verlauf nach Operationen wegen geschlossenen, von unveränderter Haut bedeckten kalten Abscessen und Knochen- und Gelenktuberkulose, wo nach vollständiger Ausräumung des tuberkulösen Gewebes und Karbonisirung der ganzen Wundfläche eine dichte Hautnaht angelegt werden konnte. In solchen Fällen war fast durchaus fieberloser Verlauf und *prima intentio* zu beobachten. Eben so verliefen auch jene Fälle durchaus günstig, wo von vorn herein wegen ausgedehnter Miterkrankung der Haut auf die Naht verzichtet wurde und mit Tamponade mit steriler Kohlengaze behandelt wurde. Ungünstigeren Verlauf wiesen nur jene Fälle auf, wo die Hautnaht unter starker Spannung angelegt wurde, die Nähte in Folge dessen sekundär durchschnitten und aufgingen. Diese Gruppe zeigte auch öfters fieberhaften Verlauf. Die Recidive halten sich bei dieser Behandlungsart in denselben Grenzen, wie bei der Jodoformtherapie.

F. demonstirt das histologische Bild der Innenwand eines kalten Abscesses, der mit Injektion von Kohlenglycerin vorbehandelt war und bei dem nach 14 Tagen die Haut gespalten und ein Stück der Abscesswand zum Zwecke der histologischen Untersuchung excidirt wurde. Der hierbei erhobene Befund deckt sich vollkommen mit jenen, die von v. Bruns und Nauwerk seiner Zeit bei jodoformirten kalten Abscessen vermerkt wurden. Die pyogene Membran erscheint durch ein reich vascularisirtes Granulationsgewebe ersetzt, in welchem die Kohlenpartikel eingeheilt erscheinen.

Die hauptsächlichliche Voraussetzung der geschilderten Behandlung ist die Anwendung eines vollkommen reinen Präparates der Knochenkohle und deren sorgfältigste Sterilisation unmittelbar vor dem Gebrauche. F. sieht in den günstigen Ergebnissen der praktischen Durchführung der Ausnützung von indifferenten, sterilen Fremdkörperreizen bei der Wundbehandlung nach Operationen wegen lokaler Tuberkulose eine Bestätigung der durch die histologischen Untersuchungen gewonnenen Anschauung, dass das eigentlich Wirksame der Jodoformwirkung keine spezifische, keine chemische Wirkung darstelle, sondern dass hierbei dem mechanischen Momente und dem Einflusse des Pulvers als solchem auf das Gewebe die Hauptrolle zufalle. Durch die hierbei hervorgerufene Gewebsproliferation kommen auch indirekt baktericide Einflüsse in Betracht.

(Selbstbericht.)

9) v. Bruns (Tübingen). Über die Anwendung reiner Karbolsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen.

Wenn unsere Maßnahmen, um Operationswunden aseptisch anzulegen, zu einem gewissen Abschlusse gekommen sind, so lässt dagegen unsere Behandlung inficirter Wunden an Sicherheit noch viel zu wünschen übrig. Die Zeiten sind vorüber, in denen man alles Heil von dem Überschwemmen mit antiseptischen Lösungen erwartete; sie kamen in Misskredit, weil sie die Gefahr der Vergiftung mit sich bringen, wie Karbol und Sublimat, und weil sie thatsächlich in Berührung mit den eiweißreichen Sekreten und Geweben des Körpers ihre Wirksamkeit einbüßen, wie Sublimat, essigsäure Thonerde u. A. Man überzeugte sich, dass es überhaupt mit keinem Desinfektionsmittel gelingt, eine septische Wunde aseptisch zu machen, und man fand bei einer Vergleichung der Wirksamkeit der aseptischen und antiseptischen Behandlung inficirter Wunden, dass beide gleich viel oder gleich wenig leisten.

So legen wir denn den Hauptwerth auf die physikalische Wirkung unserer Maßnahmen; vielfach wird ja auf die Antiseptica ganz verzichtet und zur Irrigation und zum feuchten Verbands nur sterile Kochsalzlösung benutzt.

Aber wir sollten doch auf die chemische Desinfektion nicht verzichten und immer wieder nach einem Verfahren suchen, das

keimtödtend wirkt, ohne zu schaden. In dieser Richtung habe ich in letzter Zeit wieder Versuche angestellt, welche einen günstigen Erfolg versprechen, wenn sie auch noch nicht abgeschlossen sind.

Es handelt sich um die Desinfektion mit reiner Karbolsäure. Das mag großes Bedenken erregen, namentlich wenn man sich aus der Zeit der Lister'schen Karbolantiseptis erinnert an die zahllosen Fälle von Karbolekzem, von Karbolintoxikation, von Karbolmarasmus und an die Fälle von Karbolgangrän. Und das Alles wurde durch den Gebrauch verdünnter Lösungen verschuldet, wie viel schlimmer wird dann die konzentrierteste Lösung, die 96%ige Karbolsäure wirken, sollte man meinen. Diese Befürchtung ist zuerst widerlegt durch das Lewis'sche Verfahren der Hydrocelebehandlung mittels Injektion von reiner Karbolsäure in den Sack der zarten Scheidenhaut des Hodens: das Verfahren bewirkt niemals Intoxikation und zeichnet sich durch geringe Reaktion und absolute Schmerzlosigkeit aus. Neuerdings hat Phelps die Wundbehandlung mit reiner Karbolsäure für die Eröffnung tuberkulöser Abscesse und Gelenke, namentlich des Hüftgelenkes geübt und auf Grund glänzender Erfolge empfohlen. Das Gelenk wird breit eröffnet, ausgeschabt oder resecirt und dann mit reiner Karbolsäure gefüllt, die nach 1 Minute mittels absoluten Alkohols ausgewaschen wird. Phelps erklärt den Alkohol geradezu als Antidot gegen die Ätzwirkung der Karbolsäure.

Durch diese Vorgänge war die Anwendbarkeit reiner Karbolsäure in Wunden nachgewiesen worden. Aber es mussten natürlich erst eine Reihe von Fragen auf experimentellem Wege beantwortet werden, ehe wir an die praktische Anwendung des Verfahrens gingen. Die Experimente wurden von Herrn Dr. Honsell angestellt, der selbst über die Ergebnisse berichten wird. Ich will nur anführen, dass die Karbolsäure in konzentrierter Lösung sich relativ weniger toxisch zeigt, als in verdünnter, dass die Tiefenwirkung bei kurzer Einwirkung nur eine geringe ist und dass die baktericide Wirkung der reinen Karbolsäure die des Sublimats in eiweißhaltigen Medien weit übertrifft.

Unter diesen Voraussetzungen schien mir nun die Anwendung des Phelps'schen Verfahrens gerade bei septischen und Eiterungsprocessen von größtem Werthe. Wir haben es in mehr als 80 Fällen von inficirten Wunden, Phlegmonen, Gelenkvereiterungen etc. angewandt. Nach vorgängiger Spaltung, event. Ausschabung oder Excision der Wunde wird zunächst die umgebende Haut zum Schutze gegen die überfließende Karbolsäure mit absolutem Alkohol benetzt, dann wird die Wunde mit einem in reine Karbolsäure getauchten Gazetupfer gründlich ausgewischt und sofort mit absolutem Alkohol ausgespült. Die Menge der verwendeten Karbolsäure richtet sich nach der Größe der Wunde, aber mehr als 2—6 g wurde selbst bei den größten Wunden nicht verwendet, also dieselbe Menge, welche ungestraft in den Hydrocelesack eingespritzt und sogar darin belassen wird.

Wie diese Karbolätzung selbst nicht besonders schmerzhaft ist, so dass man sie im Nothfalle ohne Narkose vornehmen kann, ist auch der Nachschmerz bei frisch angelegten Incisionen auffallend gering. Besonders bemerkenswerth ist aber die geringe Sekretion unter dem ersten Verbande, so dass dieser meist 2—4—6 Tage lang liegen bleiben kann, wo wir sonst schon nach 12—24 Stunden hatten regelmäßig wechseln müssen. Beispielsweise blieb bei einer Hüftgelenksresektion wegen schwerer akuter puerperaler Vereiterung mit ausgedehnter periartikulärer Eiterung der 1. Verband 4 Tage liegen, während die Temperatur sich annähernd normal hielt.

Schon hieraus geht hervor, dass die einmalige Karbolätzung den Zustand septischer Wunden günstig beeinflusst. Der Verlauf gestaltet sich in der That einfacher und glatter, als man ihn sonst zu beobachten gewohnt ist. Dabei ist niemals eine örtliche Schädigung, niemals eine Spur von Vergiftungserscheinungen, nicht einmal Karbolurin zur Beobachtung gekommen.

Der Erfolg beruht offenbar darauf, dass die Karbolsäure zu den wenigen Antisepticis gehört, deren keimtödtende Kraft durch die Sekrete und Gewebe des Körpers nicht abgeschwächt wird. Die reine Karbolsäure vernichtet mit Sicherheit die Bakterien auf der Oberfläche und wohl auch in den oberflächlichsten Schichten der Wunde. Außerdem bewirkt die oberflächliche Verschorfung eine Reaktion der tieferen Schichten, welche die Demarkation und Abstoßung der septisch infiltrirten Theile, also den Reinigungsprocess der Wunde unterstützt.

Nach alledem stehe ich nicht an, die Anwendung der reinen Karbolsäure in kleiner Menge und auf die Dauer einer Minute beschränkt mit unmittelbarer Auswaschung durch absoluten Alkohol als ein Mittel zu empfehlen, das unsere bewährten mechanischen Maßnahmen bei septischen Wunden und Eiterungsprocessen wirksam unterstützt.

(Selbstbericht.)

10) Honsell. Zur Desinfektion septischer Wunden.

Anknüpfend an den v. Bruns'schen Vortrag referirt H. über eine Reihe von experimentellen Untersuchungen über das Phelps'sche Verfahren, dessen eventuelle Gefährlichkeit, so wie die Art und Weise seiner Wirkung. Es ergab sich, dass von der Karbolverätzung septischer Wunden keine schädlichen Nebenwirkungen zu befürchten sind, wenn — bei Erwachsenen — eine Gesamtdosis von 6 g reinen Karbols nicht überschritten, wenn ferner das Agens nach 1 Minute durch Abspülen wieder entfernt wird. Zum Abspülen erwies sich absoluter Alkohol als vortheilhafter denn wässrige Spülmittel, weil durch den Alkohol das Karbol zuverlässiger aus der Wunde entfernt werden kann. Die günstigen Erfolge, die mittels des Phelps'schen Verfahrens erzielt wurden, dürften wesentlich auf die antiseptische Kraft der reinen Karbolsäure zu beziehen sein; reines Karbol wird

durch Gewebe und Sekrete nicht paralytirt und wirkt daher in Wunden wie überhaupt in eiweißhaltigen Medien weit energischer als unser Desinfektionsmittel $\kappa\alpha\tau'\acute{\epsilon}\xi\omicron\chi\eta\gamma\eta\nu$, das Sublimat. Nach den angestellten Thierversuchen ist ferner auch eine gewisse Dauerwirkung anzunehmen. Verwendung soll das Phelps'sche Verfahren nur als Unterstützungsmittel der weit wichtigeren mechanischen Desinfektion finden, und es soll ferner nicht bei allen eitrigten Wunden gebraucht werden, sondern nur bei sehr schweren septischen Vereiterungen, z. B. bei Gangrän des Wundbezirkes und anderen ähnlichen Fällen, bei denen man sich sonst des Chlorzinks oder des Glüheisens zu bedienen pflegt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Küster (Marburg) empfiehlt von Neuem das Ferrum candens gegen inficirte Wunden, nicht den Thermokauter, sondern das alte Glüheisen. Kein Mittel sei geeigneter zur Bekämpfung beginnender Sepsis. Vor reiner Karbolsäure möchte K. warnen, wie er dies schon seit 1875 ständig gethan.

König (Berlin) betont, dass wir in der Heilung schwerer septischer Prozesse gegen früher doch erheblich weiter gekommen sind. K. hat die alte Technik der möglichst freien Bloßlegung inficirter Wunden nie verlassen und hält sie für das beste Mittel zur Bekämpfung der Sepsis. Die Bakterien sind Dunkelthiere; daher muss alles von ihnen inficirte Gewebe frei gelegt werden. Als chemisches Desinficiens bevorzugt K. das Chlorzink.

In der Behandlung der lokalen Tuberkulose liegt der Hauptfortschritt in der totalen Entfernung alles erkrankten Gewebes; Knochen und Abscess müssen extirpirt werden, wie eine bösartige Geschwulst. Das Jodoform spielt hierbei nach K. eine Nebenrolle. Wo nicht alles Erkrankte fortgenommen werden kann, da hilft auch kein Jodoform. Jaffé (Hamburg).

11) J. v. Mikulicz (Breslau). Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indikationen.

v. M. weist zunächst darauf hin, dass seit der Gurlt'schen Narkosenstatistik die Sachlage sich wesentlich verändert habe: nicht mehr, welches Inhalationsnarkoticum anzuwenden sei, sei heute die Hauptfrage, sondern in welchen Fällen man die Inhalationsnarkose durch die lokale Anästhesie ersetzen könne. Nachdem jetzt die leidenschaftliche Parteinahme für und wider einer ruhigeren Auffassung Platz gemacht habe, könne man suchen objektiv eine Grenze festzustellen. Nachdem Redner die verschiedenen Methoden der lokalen Anästhesie: Erfrierung, Cocainisirung der Schleimhäute, subkutane Cocaininjektion, besonders nach Oberst und Hackenbruch, Schleich'sche Infiltrationsanästhesie und die Bier'sche Rückenmarkscocainisirung einer Kritik unterzogen hat, kommt er zu dem

Schlusse, dass für größere operative Eingriffe nur die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie als Ersatzmittel der Narkose in Frage käme. Für Operationen an Fingern, Zehen und am Penis sei die Oberst'sche Methode die beste. Bezüglich der Bier'schen Rückenmarks-cocainisirung müsse man noch weitere Erfahrungen abwarten; v. M. sei bisher von dem Verfahren sehr befriedigt. Es eigne sich aber noch nicht für den praktischen Arzt wegen der unberechenbaren Zufälle während und nach der Injektion.

Wie weit könne nun die Schleich'sche Anästhesie die Allgemeinnarkose ersetzen?

v. M. scheidet in dieser Hinsicht die Operationen in 3 Gruppen:

1) solche, die unbedingt unter Lokalanästhesie ausgeführt werden sollten, z. B. Exstirpationen kleinerer, namentlich gutartiger Geschwülste, Tracheotomie, Gastrostomie u. A.;

2) solche, die die Narkose unbedingt erfordern: große Operationen am Kopfe, die Mehrzahl der Laparotomien, Operationen am Becken; die meisten Operationen zur Entfernung größerer maligner Geschwülste, insbesondere auch des Mammacarcinoms;

3) zweifelhafte Operationen. Dazu rechnet v. M. einen Theil der Magen-Darmoperationen, die Strumaresektion, die Operation der freien und eingeklemmten Hernie. Bei letzterer operirt v. M. in der Regel unter lokaler Anästhesie.

v. M. theilt mit, dass in der Breslauer chirurgischen Klinik und Poliklinik in den letzten 5 Jahren auf 5765 Inhalationsnarkosen 2649 Infiltrationsanästhesien kamen; von den im aseptischen Operationssaale ausgeführten 3414 größeren Operationen entfielen auf 3059 Allgemeinnarkosen 355 Infiltrationsanästhesien, sämmtlich nach Schleich. Eine vom Redner unter den schlesischen Ärzten veranstaltete Sammelforschung ergab: von 785 Ärzten (die Narkose ausgeführt haben) haben 783 98539 Inhalationsnarkosen ausgeführt, nur 466 die Lokalanästhesie verwendet, davon nur 205 die Schleich'sche, im Ganzen 11692mal.

Die Vorzüge der Lokalanästhesie seien: 1) Die Vermeidung der direkten Gefahr der Narkose. 2) Die Vermeidung der Spätfolgen: diese seien die Schädigungen, die das Narkoticum, namentlich das Chloroform, auf Herz, Leber und Nieren ausübe. Die postoperativen Pneumonien, die er früher auf die Inhalationsnarkose bezogen habe, scheinen jedoch dieser nicht so sehr zur Last zu fallen, wie er früher geglaubt habe, sie treten nach Operationen unter Schleich'scher Anästhesie eben so häufig auf als nach Operationen in Allgemeinnarkose. In der Breslauer chirurgischen Klinik kam in den letzten 5 Jahren auf 1007 in Inhalationsnarkose ausgeführte Strumaoperationen und Laparotomien eine Pneumoniemorbidity von 7,5%, Mortalität von 3,4%, auf 273 unter Lokalanästhesie ausgeführte eine Pneumoniemorbidity von 12,8%, Mortalität von 4,8%. Die höhere Morbidity und Mortalität an Pneumonie nach der Schleich'schen Anästhesie sei in diesem Falle gewiss nicht der Schleich'schen

Methode, sondern der Operation oder dem Leiden als solchem zur Last zu legen; denn naturgemäß sei bei Pat. mit schlechtem Allgemeinzustande, namentlich bei Magen-Darmoperationen, von der Allgemeinnarkose möglichst abgesehen worden; die Fälle seien also von Hause aus die ungünstigeren gewesen.

Andererseits könne die lokale Anästhesie bei leicht erregbaren Menschen auch Nachteile (Chok in Folge von Schmerz, psychischer Erregung) haben; man werde daher bei der Frage, ob Allgemeinnarkose oder Lokalanästhesie, neben dem körperlichen auch den psychischen Zustand der Kranken berücksichtigen müssen. Die Inhalationsnarkose sei und bleibe somit für die Mehrzahl der Operationen vorläufig unentbehrlich.

So lange man nun eine Allgemeinnarkose brauche, müsse man danach streben, dieselbe möglichst ungefährlich zu gestalten. Die Gurlt'sche Statistik habe ergeben, dass bei Äther die Zahl der Todesfälle eine geringere sei als bei Chloroform. Wenn sich trotz dieser Erfahrung der Äther nicht allgemeinen Eingang verschafft habe, so liege das hauptsächlich an der Technik, d. h. an der bisher meist geübten Erstickungsmethode mit der Juillard'schen Maske, die die Kontrolle der Narkose erschwerte. Man müsse also die Technik ändern.

Doch auch das Chloroform an sich sei vielleicht nicht so gefährlich, wie es scheine. Redner hat in seiner Sammelforschung 54 Todesfälle auf 87530 Chloroformnarkosen gesammelt; es entfällt also auf 1683 Narkosen 1 Todesfall¹ (gegen 1:2075 in der Gurlt'schen Statistik). Von diesen 54 Fällen sind 7mal die genaueren Verhältnisse nicht angegeben; in 3 Fällen blieb es zweifelhaft, ob die Narkose oder das Grundleiden den Tod herbeigeführt hat; in 4 weiteren Fällen ist der Tod die Folge von Zwischenfällen, die von der Narkose unabhängig waren, gewesen; in den übrig bleibenden 40 Fällen wäre die Narkose 25mal durch Lokalanästhesie ersetzbar gewesen, in 32 von 44 Fällen habe er die Überzeugung, dass die Technik der Narkose keine ganz einwandfreie war, dass namentlich im Anfange »überdosirt« worden sei. Nur 4mal könne man mit Sicherheit das Chloroform als solches, d. h. ohne dass die Technik oder Indikationsstellung der Narkose in irgend einer Weise anfechtbar gewesen wäre, für den üblen Ausgang verantwortlich machen.

v. M. hält für die wichtigsten Faktoren zur Verminderung der Gefahren der Inhalationsnarkose:

1) Möglichste Einschränkung der Inhalationsnarkose, namentlich auch zum Zwecke einer einfachen Untersuchung.

2) Sorgfältige Beachtung etwa bestehender Kontraindikationen (Herzmuskelveränderungen, septische Zustände); die letztere Kontraindikation werde immer noch zu wenig berücksichtigt.

¹ 2 Todesfälle (Hosp.) sind hier nicht eingerechnet, weil nicht die Zahl der ausgeführten Narkosen angegeben ist.

3) Sorgfältige Technik der Narkose. Complicirte Apparate zur Zuleitung des Narkoticum sind unzweckmäßig wegen der großen individuellen Verschiedenheiten.

4) Äther ist im Allgemeinen dem Chloroform vorzuziehen, aber nicht als Erstickungsnarkose.

v. M. narkotisiert in der letzten Zeit im Wesentlichen nach dem von Hoffmann gemachten Vorschlage, indem er 1 Stunde vorher 0,01 Morphinum subkutan injicirt und dann die Äthernarkose zunächst mit der Schimmelbusch'schen Maske beginnen lässt. Nur bei Männern, zumal Potatoren, für die die durch diese Maske verabreichte Äthermenge zu gering ist, wird für eine Zeit die Juillard'sche Maske gebraucht; diese wird aber wieder durch die Schimmelbusch'sche ersetzt, sobald eine genügend tiefe Narkose eingetreten ist. Der Äther ist bei derartiger vorsichtiger Dosirung zweifellos weniger gefährlich als das Chloroform, vor Allem, weil die unmittelbare Gefahr, wie auch die Statistiken ergeben, geringer ist. Der experimentell festgestellte Grund dafür ist, dass beim Äther die Narkotisirungszone viel breiter ist, als beim Chloroform, d. h. der Unterschied zwischen der narkotisirenden und der tödlichen Dosis ist beim Äther ungleich größer als beim Chloroform. Es sind aber auch die Folgezustände der Narkose, namentlich Veränderungen des Herzmuskels, der Leber und der Nieren beim Äther ungleich geringfügiger. Selbstverständlich müssen bei beiden Inhalationsmethoden die bekannten Kontraindikationen — beim Äther Affektionen der Luftwege, beim Chloroform des Cirkulationsapparates — berücksichtigt werden.

v. M. hebt noch hervor, dass für kurzdauernde Narkosen das Bromäthyl sich als wenig gefährliches Mittel empfiehlt, jedoch auch nur mit der Schimmelbusch'schen Maske, nicht etwa mit einem luftdicht abschließenden Korbe oder Helme angewendet.

In jedem Falle müsse das Inhalationsmittel der Individualität entsprechend vorsichtig dosirt und nicht nach einer bestimmten Schablone narkotisiert werden.

5) Die Inhalationsnarkose werde wesentlich erleichtert und weniger gefährlich durch die Kombination mit Morphinum, event. mit lokaler Anästhesie (z. B. bei größeren Operationen am Larynx).

6) Nicht immer sei eine tiefe Narkose bis zum Erlöschen der Reflexe nothwendig; häufig, namentlich bei Kindern und Frauen, zumal bei kurzdauernden Operationen, komme man mit Halbnarkose aus.

7) Bei jeder Art der Narkose, auch bei der Äthernarkose, müsse Athmung und Puls ununterbrochen kontrollirt werden. Bei den geringsten bedrohlichen Erscheinungen solle sofort die künstliche Athmung ausgeführt werden. (Selbstbericht.)

12) **H. Wohlgemuth** (Berlin). Über eine neue Sauerstoff-Chloroformnarkose.

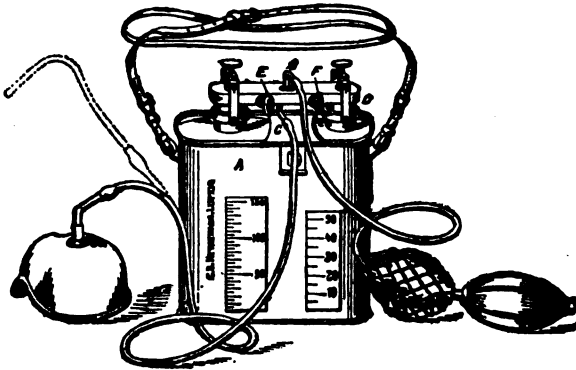
W. demonstirte einen Apparat, dessen Wesen darin besteht, dass aus einem Cylinder mit komprimirtem Sauerstoff unter regulirbarem Drucke Luft ausströmt, die durch einen am Cylinder selbst angebrachten, automatisch und regulirbar tropfenden Chloroformapparat streicht und dieses Chloroform, indem es sich innig mit demselben mischt, gasförmig in die geschlossene, nur mit einem Expirationsventil versehene Maske leitet. Die zahlreichen Versuche, die W. in der v. Bergmann'schen Klinik und im jüdischen Krankenhause bei Herrn Prof. Israel etc. gemacht hat, haben in Bezug auf das Aussehen der Pat., Puls, Athmung, schnellstes Erwachen, den Mangel jeglicher Cyanose oder irgend welcher toxischen Nachwirkungen derartig auffallend günstige Resultate geliefert, dass W. den Eindruck hat, dass bei der Sauerstoff-Chloroformnarkose eine Asphyxie oder gar eine Athmungs- oder Herzlähmung nicht eintritt. Der Chloroformverbrauch ist bei seiner Methode ein äußerst geringer, so dass bei großen Operationen, Laparotomien, Nierenexstirpationen etc., in einer Stunde nur 7—18 g Chloroform gebraucht wurden. Auffällig war die Pulsfrequenz, die bei jungen und alten Individuen, bei schwer anämischen wie bei fettleibigen, arteriosklerotischen wie bei herzkranken Individuen fast konstant 60 Schläge betrug. Ein kleiner Puls wurde unter der Narkose voll und blieb es bis zum Ende derselben. Das Erwachen erfolgte schnell wie aus einem Schlafe, in den meisten Fällen noch auf dem Operationstische, mit völlig klarem Bewusstsein. Erbrechen nur in 20% aller Fälle, mit Einschluss aller poliklinischen Nichtvorbereiteten, erfolgte höchstens 1—2mal beim ersten Erwachen. Kopfschmerzen und Katzenjammer traten nie auf. Auch bei kleinsten Kindern wurde nie eine Spur von Cyanose beobachtet. Die Narkose war allen Pat. eine angenehme. Seine Erfahrungen erstrecken sich auf 181 Fälle. (Selbstbericht.)

13) **H. Braun** (Leipzig). Über Mischnarkosen. Demonstration eines Apparates zur Äther-Chloroformnarkose.

Bei rationeller Verwendung von Äther-Chloroformdampfgemengen können die Vortheile beider Mittel benutzt, ihre Nachtheile aber auf ein geringeres Maß reducirt werden, als es mit einem von ihnen allein möglich ist. Als Grundlage der Mischnarkose ist die Äthernarkose anzusehen. Denn das Chloroform verursacht, in größeren Mengen gebraucht, protoplasmatische Degenerationen in Leber, Herz und Nieren, deren Folgen wir nicht übersehen können; dem Äther geht diese Eigenschaft ab. Der Chloroformverbrauch ist daher auf das eben nöthige Maß zu beschränken.

Die bekannten üblen Nebenwirkungen des Äthers von Seiten der Athmungsorgane während und nach der Narkose entstehen nur,

wenn die Konzentration der Ätherdämpfe in der Athmungsluft eine individuell variable Größe übersteigt. Verdünnte Ätherdämpfe machen diese Nebenwirkungen nicht. Sie sind deshalb allein zur Narkotisirung zu verwenden und reichen hierzu bei wenig widerstandsfähigen Individuen, so wie zur Unterhaltung einer bereits eingeleiteten Narkose auch aus. Reichen sie nicht aus, so ist nicht ihre Konzentration zu steigern, sondern es ist ihnen nach Bedarf Chloroformdampf beizufügen. Die nöthigen Chloroformmengen sind großen individuellen Schwankungen unterworfen. Um also die Vortheile der Mischnarkose ganz ausnutzen zu können, bedarf man einer Vorrichtung, welche gestattet, einer Maske bald reine verdünnte Ätherdämpfe, bald nach Belieben zu verändernde Mischungen von Äther- und Chloroformdämpfen, event. auch reine Chloroformdämpfe zuzuführen. Dies wird erreicht durch eine einfache Modifikation des Junker'schen Chloroformapparates (s. Abbildung).



Derselbe besitzt eine größere Flasche für Äther, eine kleinere für Chloroform; der mit Hilfe eines Doppelgebläses der Maske zuzuleitende Luftstrom kann nach Belieben durch den Äther oder durch das Chloroform oder durch beide geschickt und durch 2 Hähne (E, F) regulirt werden. Man beginnt die Narkose in der Regel mit Äther-Chloroformdampfmischungen und narkotisirt nach Eintritt des Toleranzstadiums mit Äther allein weiter. Erfolgt eine unerwünschte Abflachung der Narkose, so wird während einiger Athemzüge wieder Chloroform eingeschaltet. Bei sehr widerstandsfähigen Individuen braucht man bisweilen zur Einleitung der Narkose reines Chloroform, bei wenig widerstandsfähigen Personen kann dasselbe oft ganz entbehrt werden. Die erhaltenen Narkosen zeichnen sich aus durch das Fehlen von Störungen der Herzthätigkeit und der Athmung, insbesondere auch der sog. Äthersymptome, durch das schnelle Erwachen der Kranken nach der Narkose und durch die geringen Nachwirkungen derselben: Erbrechen erfolgt auch nach langen Narkosen nur ausnahmsweise. (Der Apparat ist zum Preise von 46 Mark von C. G. Heynemann, Leipzig, Thomasring 1 zu beziehen.)

(Selbstbericht.)

14) Krönlein. Über totale Oberkieferresektion wegen maligner Geschwülste und Inhalationsnarkose.

K. macht aufmerksam auf die sonderbare Erscheinung, dass die unmittelbaren Resultate der totalen Oberkieferresektion, seitdem diese Operation in die Chirurgie eingeführt worden ist, d. h. seit ca. 70 Jahren, im Ganzen keine deutliche Besserung erfahren haben, dass die unmittelbare Mortalität der Operation sogar in früheren Zeiten bei verschiedenen Operateuren eine geringere war als sie es bei einzelnen modernen Chirurgen heute ist. Er belegt diese Behauptung durch eine statistische Tabelle, welche größere Beobachtungsreihen bekannter Chirurgen der letzten 70 Jahre (seit Dieffenbach) enthält, und findet die Erklärung für diese Thatsache in der Ein- und Durchführung der Inhalationsnarkose auch bei dieser Operation. Wie immer auch die Chirurgie versucht hat, die Gefahren der Inhalationsnarkose gerade bei der Oberkieferresektion zu vermindern oder gar zu beseitigen — es muss festgestellt werden, dass es auch heute noch kein Verfahren der Narkose giebt, welches allgemein befriedigt und dieses Ziel zu erreichen im Stande ist. — Nur eine Einschränkung der Inhalationsnarkose bei dieser Operation, und zwar in so engegezogene Grenzen, dass eigentlich nur noch von einer suggestiven Wirkung, von einer Scheinnarkose gesprochen werden kann, vermag die große Gefahr bei der Oberkieferresektion zu vermindern, vielleicht sogar ganz zu heben; diese Gefahr besteht in der Aspirationspneumonie und, wenn auch seltener, in der plötzlichen Suffokation durch Überschwemmung der großen Luftwege mit Blut während der Operation. K. zeigt dies genauer durch die Analyse der Todesursachen bei den Oberkieferresektionen einzelner moderner Chirurgen, deren Material in genügender Ausführlichkeit mitgeteilt ist (König und Küster).

Die Folgerung, welche K. aus diesen Erfahrungen gezogen und welcher er seit 20 Jahren bei allen seinen Oberkieferresektionen Rechnung getragen hat, ist die, dass die Inhalationsnarkose bei der Oberkieferresektion am besten entweder ganz unterlassen oder aber nur für die ersten Hautschnitte, mehr pro suggestione, angewandt werde. Die Operation ist sehr wohl so durchzuführen, und die Gefahren derselben werden damit wesentlich vermindert. K. beweist dies mit seinen eigenen Erfahrungen. Dieselben umfassen 35 totale, wegen Carcinom und Sarkom ausgeführte Oberkieferresektionen. Von den Operirten starb in Folge der Operation ein einziger, und dieser an einer eitrigen Basalmeningitis, nachdem bei der Resektion die Schädelbasis durch das verjauchende Carcinom als bereits perforirt nachgewiesen worden war. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Rydygier (Lemberg) kann als gewesener Assistent Ried's die Vermuthung Krönlein's bestätigen, dass Ried seine vorzüglichen Re-

sultate bei der Oberkieferresektion zum größten Theil wirklich dem Umstande verdankte, dass er nur in halber oder vielmehr Viertelnarkose operirte. Außerdem hat er niemals die präventive Tracheotomie ausgeführt. Diesen Grundsätzen getreu verfährt R. eben so in seiner Klinik und hat bei einer nicht unerheblichen Zahl von Oberkieferresektionen eben so gute Resultate aufzuweisen. (Selbstbericht.)

Riedel (Jena) hat bei Oberkieferresektionen mit der Trendelenburg'schen Kanüle schlechte Erfahrungen gemacht, die Narkose jedoch beibehalten. Die Durchschneidung des Knochens macht R. möglichst rasch in der Roser'schen hängenden Kopflage. Er hält die Aspirationsgefahr für größer, als die Gefahren der Blutung. Die Wunde wird nachher tamponirt. R. hat keinen Todesfall bei diesem Verfahren erlebt. Übrigens operirt R. auch seine Hasenscharten bei hängendem Kopfe.

Gussenbauer (Wien) wendet bei Oberkieferresektion stets die Narkose bei stark nach vornüber geneigtem Kopfe des Pat. an.

Jaffé (Hamburg).

15) Kohlhardt (Halle a/S.). Über Entgiftung des Cocains im thierischen Körper.

Votr. berichtet über das Resultat von Thierexperimenten, welche er über Entgiftung des Cocains anstellte. Er schnürte Kaninchen eine vordere Extremität vermittels eines Gummischlauches so fest ab, dass ein Abfluss von Blut und Gewebsflüssigkeit centralwärts ausgeschlossen schien, injicirte in die abgeschnürte Extremität für die betreffenden Thiere von $4\frac{3}{4}$ — $5\frac{1}{2}$ Pfund Gewicht tödliche Dosen von Cocain (0,2—0,4) und fand, dass die nach Lösung des Schlauches auftretenden Vergiftungserscheinungen verschieden waren, je nachdem der Schlauch längere oder kürzere Zeit gelegen hatte. Löste man ihn nach $\frac{1}{4}$ Stunde, so traten die schwersten Vergiftungserscheinungen mit tödlichem Ausgange ein; dieselben nahmen an Intensität und Dauer entsprechend ab (und führten nicht zum Tode), wenn der Schlauch $\frac{1}{2}$ —1 Stunde gelegen hatte; sie waren ganz minimal oder überhaupt nicht vorhanden, wenn der Schlauch erst nach 1 Stunde und längerer Zeit gelöst wurde. Die Frage, wie der Vorgang dieser Entgiftung zu denken ist, ob das Gift durch das lebende Protoplasma gebunden wird, ob es in eine andere Verbindung übergeführt wird oder ob es durch eine ganz allmähliche Resorption unter gleichzeitiger Ausscheidung unschädlich gemacht wird, lässt er offen, da seine Untersuchungen darüber noch nicht abgeschlossen sind. (Selbstbericht.)

16) Bier. Weitere Erfahrungen über Rückenmarksanästhesie.

B. schildert das Verfahren der Rückenmarksanästhesie und die Erscheinungen, welche dabei auftreten. Es wird vermittels der Quincke'schen Lumbalpunktion Cocain oder eine der verwandten

Mittel in den Lumbalsack eingespritzt. Mit Dosen von 0,005 bis 0,02 g Cocain gelingt es, sehr vollkommene Analgesie der unteren Körperteile hervorzubringen, so dass man selbst Hüftgelenksexartikulationen, blutige Dehnung des Nerv. ischiadicus, Amputationen an den Beinen etc. schmerzlos darunter ausführen kann. Die Analgesie tritt nach 1—15 Minuten ein und dauert 30 Minuten bis 2 Stunden. Bei kleinen Dosen des Mittels tritt bloß Analgesie ein, bei großen dagegen verschwindet auch die Tastempfindung, Wärme- und Kältegefühl. Leider hat dies in so weit ganz herrlich wirkende Mittel seine großen Schattenseiten. Sehr häufig treten einige Zeit nach der Operation unangenehme Erscheinungen auf. Vor Allem Kopfschmerzen heftigster Art, die tagelang dauern können, Erbrechen, Schwindel, Übelbefinden, Appetit- und Schlaflosigkeit, mehrere Tage andauerndes Schwächegefühl, Schüttelfrost, Temperatursteigerung. Das Schlimmste aber ist, dass auch während der Operation sehr bedenkliche Übelstände bemerkt werden. Man beobachtete Collaps, unwillkürlichen Abgang von Stuhl, ja es sind zweifellos Todesfälle durch Cocain unter den etwa 1200 Operationen, welche unter Rückenmarksanästhesie ausgeführt sind, vorgekommen.

Deshalb ist das Verfahren durchaus noch nicht für die allgemeine Praxis reif, und es ist höchst bedauerlich und verhängnisvoll, dass man von anderer Seite die Sache so dargestellt hat, als sei es verhältnismäßig harmlos. So wie es in den bisher operirten Fällen angewandt ist, ist es mindestens so gefährlich wie die Allgemeinarkose, vielleicht noch viel gefährlicher und in seinen Folgen unangenehmer.

Deshalb sollen wir das Verfahren erst vervollkommen, bevor wir es für die allgemeine Praxis empfehlen.

Die Versuche sind nach drei Richtungen hin von B. bereits angestellt.

1) hat er versucht, das giftige Cocain durch verwandte weniger giftige Mittel zu ersetzen. Dabei hat sich bei Thierversuchen zur Evidenz gezeigt, dass im Allgemeinen gefährliche Giftdosis und wirksame analgesirende Dosis in einem gewissen Verhältnisse zu einander stehen, und zwar so, dass man bei weniger giftigen Mitteln auch größere Mengen zur wirksamen Anästhesie nöthig hat, als beim Cocain;

2) hat B. versucht, die giftigen Stoffe vom Gehirn abzuhalten, denn die gefährlichen und unangenehmen Erscheinungen, welche auftreten, müssen ihrer ganzen Natur nach abhängig sein von einer Wirkung der im Liquor cerebrospinalis emporsteigenden Gifte auf Gehirn und verlängertes Mark.

Das Abhalten des Giftes vom Gehirn gelingt bis zu einem gewissen Grade durch das künstliche Hervorrufen einer Stauungshyperämie des Gehirns. Durch das Blut wird der Liquor cerebrospinalis aus dem Schädel verdrängt. Die Hyperämie wird hervorgehoben durch ein nur mäßig stark um den Hals gelegtes Gummiband. Dasselbe muss eine deutliche Hyperämie des Gesichts verursachen,

darf dagegen niemals erhebliche Beschwerden machen. Es wird sofort nach der Einspritzung umgelegt und bleibt noch 2 Stunden nach derselben liegen. Ausgeschlossen sind Kranke, welche an Arteriosklerose leiden.

Bei diesem Verfahren sind die unangenehmen Folgeerscheinungen viel geringer. B. hat statt des Cocains dabei β -Eucain verwandt. Beim Erwachsenen genügen zu einer brauchbaren Anästhesie 0,015 bis 0,02 g für Operationen am Damme, After und an den Unterschenkeln, 0,02—0,03 g bei Operationen am Oberschenkel, Becken und in der Leistengegend.

3) hat B. versucht, durch starke Verdünnungen die anästhesirenden Mittel weniger giftig zu gestalten, da Reclus bewiesen hat, dass dieselbe Dose Cocain, in konzentrierter Lösung angewandt, giftiger ist als in verdünnter. Er hat stets in Verbindung mit der beschriebenen Kopfstauung 0,005—0,008 g Cocain in 5—8 ccm Wasser oder Kochsalzlösung (0,001 Cocain auf 1 ccm Wasser) eingespritzt, nachdem vorher die gleiche Menge Liquor cerebrospinalis abgelassen war. Auf diese Weise gelingt es, sehr hoch hinauf gehende Analgesien (bis in die Arme hinein) hervorzurufen. Aber diese dünnen Lösungen bewirken in der großen Mehrzahl der Fälle unangenehme Nacherscheinungen, wenn auch nicht erheblicher Art, ein Beweis dafür, dass nicht die absolute Menge der giftigen Droge, sondern das Hinaufsteigen der letzteren nach dem Gehirn hin die unangenehmen Nacherscheinungen hervorruft. Die sehr verdünnten Lösungen geringer Mengen der Anästhetica sind nur bei sehr verständigen Kranken zu gebrauchen, da sie nur die Schmerzempfindung aufheben, während Tastempfindung, Wärme- und Kältegefühl vollständig erhalten bleiben. Der Kranke merkt also Alles, was mit ihm geschieht. Dadurch sind der Brauchbarkeit dieses Verfahrens verhältnismäßig enge Grenzen gezogen. B. ist der Ansicht, dass die Rückenmarksanästhesie noch gänzlich unfertig ist und der Vervollkommnung bedarf; er warnt sehr davor, das Verfahren für ungefährlich zu halten. Es sind noch mannigfache Versuche nothwendig, dasselbe zu verbessern, und die Erfahrungen sollten mit großer Vorsicht gesammelt werden. Trotzdem glaubt B., dass das Verfahren eine Zukunft hat. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Schwarz (Agram) will seine im »Centralblatt für Chirurgie« erfolgte Mittheilung über seine Erfahrungen in Bezug auf die Anwendung der medullären Tropicocainanalgesie ergänzen, da er nun über 44 Fälle dieser Art verfügt. Bei Anwendung einer Dose von 0,04, in den höheren Partien von 0,05 Tropicocain erzielte er nach Ablauf von 10, noch sicherer von 15 Minuten eine vollständige, den ganzen Bereich der unteren Extremitäten umfassende Analgesie. Er konnte unter absoluter Schmerzlosigkeit Operationen am Fußskelett, Amputationen und Nekrotomien am Unter- und Oberschenkel, Kniegelenksresektionen, eine äußere Urethrotomie, Excisionen von

Hämorrhoiden und Operationen von Anal fisteln vornehmen. Bei Operationen in der Leistenengegend ist zuweilen nur eine bedeutende Hypalgesie erzielbar. Die Steigerung der Dose auf 0,06 und 0,07 war nach seinen bisherigen Erfahrungen nicht im Stande, eine Verschiebung der Grenzlinie des analgetischen unteren Körperbereiches nach oben zu bewirken. In einem Falle konnte er mit 0,05 Tropicocain eine Ventrofixatio uteri unter kompletter Analgesie ausführen. Der Analgesierungseffekt bei Anwendung der erwähnten Dosen von Tropicocain ist also im Großen und Ganzen eben so wunderbar wie bei der üblichen Dosen Cocain, nur reicht bei Cocainanwendung die Grenzlinie des schmerzlosen Bezirkes etwas höher hinauf, bis zur Nabellinie oder noch höher. Vergleicht man dagegen die Nebeneffekte bei Cocain- und Tropicocainanwendung, so ergeben sich sehr bedeutende Differenzen. Das etwa 20—30 Minuten nach der spinalen Cocaininjektion sich so häufig einstellende nauseose Stadium wurde nach Tropicocainanwendung niemals beobachtet. Erbrechen, nach Cocainanwendung bekanntlich so häufig, kam 2mal zur Beobachtung, darunter 1mal nach der Operation einer angewachsenen Netzhernie, wobei es zur Resektion eines Stückes Omentum kam. In diesem letzteren Falle hat also wahrscheinlich nicht das Tropicocain, sondern der peritoneale Eingriff das Erbrechen veranlasst. Unter den 44 Fällen trat 4mal Kopfschmerz auf, der nach Cocainanwendung nur ganz ausnahmsweise ausbleibt. Die toxischen Nebenwirkungen des Tropicocain sind also in der erwähnten Anwendungsweise gleich Null. Nach dem Nadelstiche, mit dem das Tropicocain injicirt wird, können also eingreifende Operationen in ausgedehnten Körperbezirken vollständig schmerzlos ausgeführt werden, ohne dass die Pat. während oder nach der Operation irgend welche Störung des Allgemeinbefindens erleiden.

(Selbstbericht.)

Kader (Krakau) hat 65mal die Lumbalpunktion theils mit Cocain, theils mit Tropicocain ausgeführt. Er sah danach weder Temperatursteigerungen noch Kopfschmerzen. Er operirt in sitzender Stellung des Pat. und lässt $1\frac{1}{2}$ mal so viel Cerebrospinalflüssigkeit ab, als er injicirt. Die Injektion geschieht bei hängender Lage. Als Antidot erwies sich Kampher am wirksamsten. Jaffé (Hamburg).

17) Schjörning (Berlin). Die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen.

Eine genaue Bekanntschaft mit den Wunden, welche die kommenden Feldzüge bieten werden, ist für die Ärzte, die der Armee ins Feld zu folgen berufen sind, dringend erforderlich. Die Vervollkommnungen der Waffentechnik — Einführung der Mantelgeschosse bei der Infanterie und der neuen schnellfeuernden Geschütze bei der Artillerie — haben der Kriegschirurgie neue, bedeutsame Aufgaben zugeführt. Nach einer kurzen Beschreibung der Shrapnells,

deren hauptsächlich wirksamer Bestandtheil die 300 bzw. 500 je 10 g schweren Hartbleifüllkugeln sind, die im Momente der Explosion des Geschosses nach Art der Strahlen einer in Rotation befindlichen Wasserbrause kegelförmig nach vorn geschleudert werden, betonte Votr., dass Zahl und Art der entstehenden Verletzungen in erster Linie mit abhängig sind von der Sprengweite, d. h. dem wahren Abstände des Sprengpunktes vom Ziele, und der Sprenghöhe, d. h. dem Abstände des genannten Punktes von der Erdoberfläche. Die größte und wirksamste Anzahl von Verletzungen wurde bei einer Kombination kleiner oder mittlerer Sprengweiten (bis 120 m) mit eben solchen Sprenghöhen (bis 8 m) beobachtet. Sowohl hinsichtlich der vorkommenden Geschossdeformationen, des Steckenbleibens derartiger Kugeln und des Mithineinreißen von Fremdkörpern, namentlich Tuch- und Kleiderfetzen, in die Wunde, als auch hinsichtlich des ganzen Charakters von Shrapnellwunden verdient die Ähnlichkeit mit den gleichen Verhältnissen bei den früheren Infanteriebleigeschossen Hervorhebung. Hierher gehört vor Allem die beträchtliche Größe von Hautein- und -ausschussöffnung, so wie die Weite der Weichtheilschusskanäle, Umstände, die den Eintritt von Infektionen begünstigen. Daher auch die verhältnismäßige Häufigkeit von Empyemen nach Lungenshrapnellschüssen und Hirnabscessen nach Schädelshrapnellverletzungen, Thatsachen, von denen aus Südafrika berichtet wird. Für den Grad der Zerstörung an Herz, Magen, Darm, Blase ist der Füllungszustand der betreffenden Organe mitverantwortlich. An den Knochen, und zwar sowohl den Epi- und Diaphysen der Röhren-, wie den spongiösen und glatten Knochen, pflegt der Splitterbruch die Regel zu bilden, an ihnen markiren sich auch am deutlichsten die durch die verschiedenen Sprengweiten und -höhen bedingten Unterschiede.

Die Granaten vermögen erstens in toto durch die sog. »Luftstreifschüsse«, dann durch den im Momente der Explosion entstehenden Luftdruck so wie die Giftigkeit ihrer Sprengladung und die Rauchentwicklung ihrer Phosphorladung verderbenbringend zu wirken. Ihre Hauptwirkung aber entfalten sie durch die Sprengstücke ihres Mantels, deren verschiedene Form und Größe eine völlige Atypie von Verletzungen der verschiedenen Körpergewebe und -organe verursachen. Neben Zertrümmerungen und Abreibungen ganzer Körpertheile, die vermutlich durch Chok zu sofortigem Tode führen werden, finden sich durch kleinste Sprengstücke hervorgerufene harmlose Weichtheilverletzungen bzw.- verbrennungen. Splitter von 2—6 g können lebensgefährliche Durchbohrungen großer Körperhöhlen zur Folge haben, während Splitter unter 1,0 g von der Feldhaubitzengranate in Folge ihrer enormen Endgeschwindigkeit (etwa 1000 m) noch Frakturen selbst großer Röhrenknochen verursachen können. Jedoch tritt eine ausgedehnte Wirkung solcher Splitter nur dann ein, wenn die Granate dicht über oder vor dem Ziele krepirt.

Betreffs der Handfeuerwaffen hob Votr. die wesentliche Übereinstimmung der Versuchsergebnisse der Medicinalabtheilung mit den Erfahrungen der jüngsten Feldzüge hervor, konstatierte die durch den südafrikanischen Feldzug auf beiden Seiten statistisch erhärtete Thatsache von der Zunahme der Todesfälle auf dem Schlachtfelde gegen frühere Kriege und warnte im Anschlusse daran vor einer Überschätzung der Humanität der Mantelgeschosse, während er andererseits mit berechtigter Genugthuung hervorheben konnte, dass die in den damaligen Veröffentlichungen der Medicinalabtheilung gemachte Voraussage: »alle Verwundeten, die noch lebend vom Schlachtfelde in ärztliche Behandlung kommen, würden günstigere Aussichten auf Heilung haben wie früher« — durch den Ernstfall vollinhaltlich bestätigt wurde. Die durch den südafrikanischen Feldzug besonders lebhaft diskutierte Frage nach Behandlung der Bauchschüsse wünscht Votr. im Hinblick auf die hohe Mortalitätsziffer bei konservativem Vorgehen (nach Sthamer 70—75%) dahin beantwortet, dass bei vorhandener Indikation zur Operation innerhalb der ersten 12 bis 14 Stunden operirt werden soll, falls die äußeren Verhältnisse es einigermaßen gestatten und ein nochmaliger Transport des Verwundeten nicht erforderlich ist.

Mit einem Hinweise auf die erst kürzlich erfolgte Bewilligung bedeutender Mittel zur Ausrüstung unserer Kriegerformationen mit neuen Instrumentarien, Verbandmitteln und Röntgenapparaten und die darin ausgesprochene Fürsorge für die Verwundeten und mit dem Ausdrucke der Zuversicht auf die chirurgische Kunst und die ärztliche Organisation bei der Armee im Ernstfalle schloss der Vortrag.

(Selbstbericht.)

18) Krönlein (Zürich). Gepaarte Projektile.

K. legt dem Kongresse 3 merkwürdige Präparate vor, welche er als »gepaarte Projektile« oder »Geschossparlinge« bezeichnet. Sie sind auf einem Militärschießplatze in Herisau (Schweiz) unter vielen Centnern anderer Projektile aufgefunden und von Dr. P. Wiesmann in Herisau der Sammlung der chirurgischen Klinik in Zürich geschenkt worden. Je 2 Bleiprojektile des Vetterli-, resp. des Rubin-gewehres sind kreuzweise zusammengeschweißt und bilden so ein unzertrennliches Ganze. Ähnliche Beobachtungen scheinen bis jetzt nicht gemacht worden zu sein. — K. erörtert im Anschlusse an diese Demonstration kurz die Frage, wo, d. h. an welchem Punkte der Flugbahnen diese Projektile sich getroffen haben mögen und wie, d. h. durch welchen physikalischen Process die Vereinigung der Projektile erfolgte. Eben so berichtet er über das Wenige, was die Litteratur über nicht gleiche, aber doch ähnliche Beobachtungen enthält.

(Selbstbericht.)

19) Ringel (Hamburg). Erfahrungen über Schussverletzungen im südafrikanischen Kriege.

R. berichtet kurz über seine in Afrika gemachten Erfahrungen betreffend die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen. Das Interesse wurde fast ausschließlich in Anspruch genommen von der Wirkung der kleinkalibrigen Geschosse, einerseits weil dieselben hier zum 1. Male in größerem Maßstabe zur Anwendung kamen, andererseits weil die übrigen Verletzungen im südafrikanischen Kriege gegen diejenigen durch kleinkalibrige Mantelgeschosse numerisch vollkommen in den Hintergrund traten.

Bei den einfachen Weichtheilschüssen sehen wir kleine Ein- und Ausschussöffnungen, deren Durchmesser meist unter Kalibergröße ist. Die Blutung ist in der Regel außerordentlich gering; auch da wo größere Gefäße verletzt sind, kann durch die Elasticität der Haut, welche einen schnellen Schluss der Schussöffnung bewirkt, dem Blute der Austritt verlegt werden. Es kommt dann zur Bildung großer Hämatome, in einzelnen Fällen eines Aneurysma spurium. Die Weichtheilschüsse sind a priori klinisch als aseptische Wunden zu betrachten und zu behandeln. Dem zufolge ist die Heilung meist eine schnelle und unkomplizierte. Tritt Eiterung ein, so ist dieselbe stets sekundär veranlasst, und zwar entweder durch unzweckmäßige Behandlung — Sondirung, Tamponade des Schusskanals etc. —, oder durch anderweitige Infektion der Schussöffnungen durch die Kleidung oder Hände des Verletzten.

Die Verletzungen der Knochen durch kleinkalibrige Mantelgeschosse richtet sich in erster Linie nach der Art der Knochen selbst. Die glatten Knochen werden in der Regel lochförmig glatt durchschlagen; dasselbe tritt gewöhnlich bei den großen Gelenken und den Epiphysen der langen Röhrenknochen ein. Bei den Diaphysen der letzteren kommen einfache Querbrüche bei Streifschüssen der Knochen vor. Meist werden die Diaphysen jedoch in ausgedehntem Maße zersplittert. Die Zahl der Splitter nimmt mit der Entfernung, aus welcher das Projektil kommt, ab, die Größe der einzelnen Splitter zu. Bei Schüssen der letzten Art sieht man bisweilen eine oder mehrere zerfetzte Ausschussöffnungen, die entweder von mitgerissenen Knochensplittern oder dem beim Aufschlagen auf den Knochen zersprengten Projektil herrühren. Häufiger findet man jedoch, dass auch bei ausgedehnten Splitterfrakturen der Röhrenknochen eine kleine glatte Ein- und Ausschussöffnung vorhanden ist. Derartige Schussfrakturen können wir klinisch als subkutane Frakturen ansehen und behandeln. Der Wundverlauf ist eben so wie bei den Weichtheilschüssen reaktionslos. Konsolidation tritt wie bei anderen Komminutivfrakturen ein, so weit die Knochenfragmente mit ihrem Periost in Zusammenhang geblieben sind.

Die Zahl der Schädelschussverletzungen hat sich zweifellos durch die moderne Gefechtstaktik vermehrt. Der kleinere Theil von diesen

wird jedoch Gegenstand ärztlicher Beobachtung und Behandlung, da die Mehrzahl schon auf dem Schlachtfelde letal endigt. Bei den zur Behandlung gekommenen finden wir im Wesentlichen das bestätigt, was sich durch die Friedens-Schießversuche ergeben hat.

Eine auffallend günstige Prognose geben, falls nicht größere Gefäße getroffen sind, die Schussverletzungen der Lungen. Hämoptoe und Hämatothorax bestand in allen Fällen, bildeten sich jedoch schnell zurück. Von den 17 von uns behandelten Pat. mit Lungenverletzung starb keiner, Einzelne waren nach 8 Tagen bereits wieder felddienstfähig. Nicht selten hatten diese Pat., nachdem sie den Schuss durch die Lunge erhalten hatten, noch mehr oder minder große Strecken zu Pferde oder zu Fuße zurückgelegt.

Einen vollkommenen Wechsel unserer Anschauungen haben die in Südafrika gemachten Erfahrungen bei Verletzungen der Bauchhöhle durch kleinkalibrige Mantelgeschosse hervorgerufen, in so fern mehrfach konstatiert werden konnte, das sichere Darmperforationen spontan heilten. Von englischer Seite (McCormac, Treves) wurde sogar die Lehre aufgestellt, dass die exspektativ behandelten Fälle heilten, die laparotomierten stürben. Wird eine stark geblähte Darmschlinge von einem Geschosse durchbohrt, so kommt es wohl immer zu ausgedehnten Zerreißen. Dagegen kann eine leere oder mäßig gefüllte Schlinge von dem Projektil lochartig durchbohrt werden. In Folge von Kontraktion der Darmmuscularis kommt es zum Verschlusse der Darmöffnung, der durch Fibrinauflagerung noch unterstützt wird. Ein derartiger Befund fand sich bei einer vom Redner wegen Bauchschuss ausgeführten Laparotomie. Es wird hierdurch die Möglichkeit einer Spontanheilung auch theoretisch vollkommen bestätigt. In künftigen Kriegen wird man bei der Frage, ob ein Bauchschuss operiert werden soll oder nicht, ganz abgesehen von den obwaltenden äußeren Umständen, die Fälle streng individualisieren müssen. So wird man bei innerer Blutung oder dann, wenn sich der Austritt von Darminhalt in die Bauchhöhle nachweisen lässt, zur Laparotomie schreiten, da dann nur von dieser die Erhaltung des Lebens zu erwarten ist; in Fällen dagegen, wo eine Verletzung des Magen-Darmkanals nur aus der Schussrichtung angenommen werden kann, wird man von einem operativen Eingriffe Abstand nehmen. Das diese Grundsätze für die Friedenspraxis keine Anwendung finden, ist ja mit Recht neuerdings von Petersen an dem Material der Heidelberger Klinik wiederum erwiesen.

Der Eindruck, den die Wirkung der kleinkalibrigen Mantelgeschosse hervorruft, ist, wenn man bei Geschossen überhaupt diesen Ausdruck anwenden darf, der, dass es sich um ein humanes Geschoss handelt, in so fern als, abgesehen von den sofort Getödteten, in den meisten Fällen Heilung erfolgt, und zwar ohne Verlust von Körperteilen oder dauernde Funktionsstörungen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Tilmann (Greifswald) hat die Präparate des Army med. Museum zu Washington zu studieren Gelegenheit gehabt, vor Allem die Extremitätenverletzungen durch Weichbleigeschosse, so weit sie Amputationen zur Folge hatten. Die Knochenverletzungen waren nicht so erheblich wie die mit modernen Geschossen erzeugten, die Splitter größer und mit dem Periost besser im Zusammenhange. Die zahlreichen sekundären Amputationen, welche nöthig wurden — 740 gegen 140 primäre — waren meist bedingt durch verhältnismäßig große Weichtheilverletzungen am Ausschusse, welche nachträgliche Infektion begünstigten.

Peters (Heidelberg) verwahrt sich gegen den Vorwurf Ringel's, dass er die deutschen Kollegen des freiwilligen Sanitätskorps in Transvaal verdächtigt hätte, sie wollten ihre Erfahrungen vom Kriege ohne Weiteres auf die Bauchwunden in der Friedenspraxis übertragen. Lediglich dem paradox klingenden Ausspruche McCormac's gegenüber, welcher verwirrend wirke, habe er geglaubt, betonen zu müssen, dass im Frieden die möglichst frühzeitige Laparotomie bei perforirenden Bauchschüssen das Normalverfahren sei.

Christel (Metz).

Reger (Danzig). Es ist die Rede gewesen von der Humanität des Geschosses. Wie Sie vielleicht wissen werden, bin ich gerade derjenige gewesen, der diesen Standpunkt vertreten hat. Ich habe damals die ersten Versuche gemacht (1883 und 1885), bin sogar der geistige Urheber der Stahlmantelgeschosse, deren Einführung in das deutsche Heer eng mit meinen diesbezüglichen vergleichenden Versuchen zusammenhängt, und glaube desswegen kompetent zu sein, über diese Frage etwas zu äußern. Ich kann heute nur darauf hinweisen, was ich als Korreferent über die Frage der kirurgischen Bedeutung der neuen Feuerwaffen auf dem Chirurgenkongresse im Jahre 1892 hier in jener denkwürdigen Sitzung bei Einweihung des Langenbeck-Hauses¹⁾ dargelegt habe, dass wir durch das kleinkalibrige Mantelgeschoss eine ganz außerordentliche Herabsetzung der Schwere der Verwundungen bekommen würden.

Es ist alles das eingetroffen: Die Kriege haben das bestätigt, was ich damals gesagt habe. Es ist eine sehr beträchtliche Herabsetzung der Schwere der Verletzungen eingetreten, es ist der hydraulische oder der hydrodynamische Druck² bei Weitem nicht in der

¹ Sitzungsbericht des XXI. Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 18. Juni 1892.

² Hydraulisch oder hydrodynamisch! Es ist über diese Worte ein großer Streit entstanden, der eigentlich einen Streit um Kaisers Bart bedeutet. Selbstverständlich ist nicht das reine Princip der hydraulischen Presse anwendbar auf die bez. Schussverletzungen, selbstverständlich handelt es sich um Fortleitung eines mächtigen Stoßes auf den flüssigen Inhalt von gefüllten Kapseln, aber in Wirklichkeit lassen sich beide Vorgänge gar nicht genau trennen; einestheils ist die Raumbewegung unter allen Umständen unleugbar vorhanden, eben so die durch die Inkompressibilität und Labilität der Wassertheilchen bedingte Fortleitung des

Größe vorhanden, wie bei den früheren sich leicht deformirenden Geschossen. Wir haben bei den Weichtheilen eine außerordentlich geringfügige Wirkung, eine außerordentlich für die Heilung günstige Beschaffenheit; wir haben bei den Verletzungen der Lungen, des Bauches eine wesentliche Abschwächung gegen früher; wir haben dies beim Schädel, wir haben es bei den Gelenken und auch beim Knochen zu konstatiren. Ich betone hier jedoch ausdrücklich, dass wir dennoch selbstverständlich, sofern die Markhöhle des Knochens getroffen wird, auch eine Wirkung aus dem Innern des Knochens heraus durch Vermittlung des Markes bekommen. Wenn auch in dem Werke der Medicinalabtheilung bezw. in den Werken des Herrn v. Bruns das Vorhandensein dieser Wirkung von innen heraus als nicht vorhanden abgeleugnet wird — jedenfalls nur als Folge ihrer nicht voll beweiskräftigen Schießversuche auf Leichen bezw. Leichentheile —, so halte ich die Resultate meiner früheren diesbezüglichen Versuche unbedingt aufrecht. Und der Beweis für die Richtigkeit meiner Ansicht liegt, glaube ich, jetzt vor in dem Werke von Küttner, welcher p. 37³ ausdrücklich bei Gelegenheit der Besprechung der Schusswirkung auf Knochen betont, dass sich mehrfach Anzeichen einer vom Knochen nach vorn rückwirkenden Gewalt ergeben haben mit Vorfinden von Knochensplintern in der Einschussstrecke. Gefunden wurde dies nicht nur bei Epiphysenschüssen, sondern es wird auch in mindestens 3 Fällen von Diabzw. Metaphysenschüssen konstatirt, dass eine Zertrümmerung nicht bloß hinter dem Knochen, sondern auch schon mindestens im Bereiche des Knochens vorhanden ist, wobei die Einschussstrecke sofort in eine große Zertrümmerungshöhle führte, deren Wandungen zum Theil so fest eingetriebene große Knochensplinter zeigten, dass es schwierig war, dieselben mit dem Elevatorium zu lockern. Also, ich konstatire hiermit, es ist ein Druck von innen heraus⁴, und zwar durch das Mark, vorhanden. Das

entstehenden Druckes nach allen Seiten; andererseits findet auch namentlich in der Schussrichtung ein keilförmig wirkender Stoß statt. Es ist ein kombinirter Vorgang, dessen genaue Differenzirung in allen Einzelheiten überaus schwierig ist und schließlich auch nur theoretisches Interesse hat. Die Hauptsache bleibt, dass wir wissen, dass die beregte Wirkung eben nur durch den Gehalt an Wasser bezw. Flüssigkeit bewirkt wird und sich richtet nach den lebendigen Kräften, dem Querschnitt, der Belastung des Geschosses einerseits und dem Wassergehalte der Gewebe und dem Inhalte und der Beschaffenheit der Kapseln andererseits.

³ Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege 1899/1900. Von Dr. H. Küttner. Tübingen, 1900.

⁴ Dass dieser Vorgang nichts mit dem Vorgange beim Beschuss frei hängender Glasscheiben zu thun hat, wie sie von V. Boys, Dr. Majorano-Cantabiano und Dr. Fontane gefunden wurden — cf. R. Köhler, Die modernen Kriegswaffen. Berlin, 1900. p. 554 ff. — will ich erwähnen; jedoch mache ich auf die Versuche von C. Kranz und K. R. Koch, Über die explosionsartige Wirkung moderner Infantriegeschosse (Annalen der Physik 4. Folge, Bd. III, Hft. 2, p. 247 ff.) aufmerksam, durch welche der Vorgang des Druckes nach dem Einschusse zu auf das deutlichste illustriert wird.

ist eine sehr wichtige Sache, die ich betonen musste. Wir haben eine kolossale Veränderung in den Schussverletzungen gegenüber den früheren, und zwar durch das nicht deformirende Mantelgeschoss. Nehmen wir aber einem Geschosse seinen Mantel von der Spitze durch Abschneiden (Dum-Dum), machen wir ein Loch hinein (Hohlspitzengeschoss) oder verringern wir die Widerstandskraft der Spitze entweder durch Verdünnung des Mantels daselbst oder durch Benutzung eines weniger festen Metalls, als Stahl, so muss der Mantel je nach den stärkeren Widerständen natürlich mehr oder weniger leicht reißen, und wir haben folglich gleich schwere, bezw. sogar schwerere Verletzungen, wie wir sie früher mit dem weichen, nicht durch festen Mantel geschützten Bleigeschosse gehabt haben. Das ist die unausbleibliche Folge; und zwar muss dies um so mehr geschehen, je größere treibende Kraft wir angewandt haben. Wir werden deshalb auch bei gleich treibender oder sogar noch erhöhter lebendiger Kraft bei einem Geschosse mit geringerem Kaliber in Folge des Überganges eines größeren Theils der lebendigen Kraft des Geschosses auf das kleinere Volumen (nach dem Gesetze der reciproken Rückwirkung), wenn wir den Mantel an der Spitze verletzen, bezw. weniger widerstandsfähig machen, unbedingt noch stärkere Druckwirkungen, bezw. noch stärkere Verletzungen bekommen als bei dem an Kaliber größeren Mantelgeschoss, welches ebenfalls an der Spitze geschwächt ist. Deshalb meine ich, dass wir bei etwaiger Einführung eines Geschosses von noch kleinerem Kaliber den Mantel an der Spitze so stark machen müssen, dass er unbedingt auch ›hält‹, sonst bekommen wir bei harten Widerständen auch schwere Verletzungen.

Dieses ›Halten‹ des Mantels ist bei den stärkeren Widerständen die unerlässliche Grundbedingung sowohl für das Zustandekommen humanerer Verwundungen, als auch für Erhöhung der Durchschlagskraft. Beide Effekte sind unzertrennlich verbunden: wer das Eine will, muss das Andere mit in den Kauf nehmen. (Selbstbericht.)

Küster (Marburg) erinnert daran, dass er bereits im Jahre 1876 den Antrag auf Beschaffung von Hartbleigeschossen gestellt habe.

Christel (Metz).

20) Ziemssen (Wiesbaden). Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

Meine Herren! Sie werden sich vielleicht wundern, dass ich Balneologisches in die Chirurgie bringe. In diesem Unterfangen befinde ich mich jedoch in der allerbesten Gesellschaft. Der Stifter, langjährige Präsident und Ehrenpräsident dieses Kongresses v. Langenbeck hat wiederholt über Bäderwirkung in der Chirurgie geschrieben, und ein anderer Stifter, langjähriger 1. Schriftführer und Ehrenmitglied, Gurlt, erwähnt in seinem großen Sammelwerke ›End-

resultate der Gelenksresektionen« Badekuren nicht weniger als 100 und einige 90mal. Also legitimirt dürfte ich sein.

Nun scheint es allerdings, als wenn die Nachbehandlung Verletzter mehr und mehr den chirurgischen Händen entgleitet und dem Zuge der Zeit folgend Specialisten zufällt. Haben uns doch z. B. die Neurologen sogar mit einer neuen Krankheit überholt, den traumatischen Neurosen, die uns Chirurgen trotz des Massenmaterials der Kriege von 1864, 1866, 1870/71 unbekannt geblieben waren, so oft wir auch eine Neuritis in Folge von Schussverletzungen, speciell eine Neuritis ascendens beobachten konnten. Mir persönlich — ich weiß nicht, wie Sie darüber denken — macht es zwar den Eindruck, als wenn die traumatischen Neurosen weniger dem Trauma, also dem Unfalle, als dem Unfallgesetze ihre Entstehung verdanken, und ich glaube, dass dieses Leiden sich seltener zeigen würde, wenn die Nachbehandlung wieder ganz den Chirurgen überlassen bliebe.

Ganz ähnlich liegt die Sache bei Indikationsstellung und Anwendung von Badekuren. Was ich hierüber sagen möchte, ist in gedrängter Kürze Folgendes:

Erfahrungen, die sich auf Hunderte von Jahren erstrecken, im letzten Jahrhundert sogar den Bau eigener Militärkürhäuser veranlassten, und die uns jedes Frühjahr durch Badebroschüren stets neu in Erinnerung gebracht werden, führen alljährlich Verletzte in größter Zahl in die Badeorte. Hierbei wird aber meistentheils ganz übersehen, dass inzwischen, speciell im Laufe der letzten 20—30 Jahre durch die allgemeine Benutzung der Antiseptik der Zustand der Verletzten sich ganz wesentlich verändert hat. Zustände, wie sie in den 60er und Anfang der 70er Jahre noch die Regel bildeten, ausgedehnte Phlegmonen mit tief gehenden Eiterungen, Verjauchungen, Fistelbildungen etc. etc., kommen jetzt wohl kaum noch zur Beobachtung, und sollten sie wirklich einmal durch besondere Ungunst der Verhältnisse sich efinden, also z. B. nach einer großen Schlacht, bei der die schnell anschwellende Zahl der Verletzten selbst die Kräfte unseres Sanitätskorps überstiege, so wird doch immer, sobald die Verletzten überhaupt in ärztliche Hände gelangen, die erste Hilfe in der Anwendung der Antiseptik bestehen müssen. Ich bin vielleicht der einzige Arzt, der, allerdings bereits im Jahre 1868 durch Lister selbst in die Antiseptik eingeweiht, den Versuch gemacht hat, Antiseptik mit Badekuren zu verbinden. Ich überzeugte mich aber bald, dass es viel rationeller ist, erst die Heilung der Wunde, resp. das Schwinden der Entzündung durch Antiseptik zu erzwingen, bevor man zu Badekuren schreitet.

Wie die Verhältnisse nun heut zu Tage liegen, meine Herren, trage ich kein Bedenken, ja in Anbetracht der großen Opfer, die der Staat, die die Unfallversicherungsgesellschaften und die Privatwohlthätigkeit für diese Zwecke bringen, im Interesse der Verletzten selbst und schließlich nicht zum wenigsten zur Verhütung kollegialer Differenzen halte ich es sogar für Pflicht, es einmal offen auszu-

sprechen und zur Diskussion zu stellen, dass einfache Vollbäder wohl eine angenehme und zweckmäßige Unterstützung anderer lokaler oder allgemeiner Eingriffe bilden, aber als einfache Vollbäder für sich allein, wie sie ja wenigstens an den Kurorten nur verordnet und genommen werden, und sei es an welchem Badeorte man will, einen wesentlichen, bleibenden Nutzen gar nicht oder nur äußerst langsam bringen und bringen können. Dass dies so ist, lehrt die tägliche Erfahrung, es lehrt aber auch eine einfache chirurgische Erwägung der Ursachen, die die Beschwerden der Verletzten im subakuten und chronischen Stadium auslösen.

Diese Beschwerden können im subakuten Stadium doch nur auf zweierlei Ursachen beruhen:

1) auf ausgebliebener oder ungenügender Wiederherstellung der Kontinuität getrennter Gewebe, resp. auf mangelhafter Reposition dislocirter Theile. Es liegt auf der Hand, dass Bäder hierauf einen Einfluss direkt nicht und indirekt nur in so fern ausüben können, als sie der 2. Ursache genügen, nämlich

2) mangelhafter Resorption des bei der Verletzung ausgetretenen Blutes und des später gebildeten Infiltrates, das ja nach seiner Lage Störungen der verschiedensten Art hervorrufen kann.

Hierzu kommen dann im chronischen Stadium noch die Folgen andauernder Störung der Innervation und Blutcirculation, also außer der Atrophie hauptsächlich die Neigung zu rheumatischen und gichtischen Ausscheidungen.

Untersucht man nun einen solchen Kranken vor und nach dem Bade, so findet man allerdings, dass die vor dem Bade bemerkte Schwellung, Härte etc. nach dem Bade sich weicher, nachgiebiger, elastischer anfühlt, dass auch die Schmerzen geringer und die Bewegungen freier geworden sind. Aber diese Wirkung ist leider meistens nicht andauernd, nach einigen Stunden und nun gar erst nach Wochen findet sich der alte Zustand von Neuem.

Dieser Umstand wird auch einzelnen älteren Ärzten bekannt gewesen sein. Ich fand wenigstens Mitte der 60er Jahre an zwei Kurorten eine Modifikation des Bades, die diesem Umstande Rechnung tragen kann. Dies ist die warme Dusche mit Massage im warmen Bade. Ein geübter Duscheur steigt zu dem Kranken ins warme Bad und lässt die warme Dusche unter gleichzeitiger Massage spielen. In Wiesbaden, wo ich diese Methode vor ungefähr 25 Jahren einführte, habe ich in so fern noch eine Verbesserung erzielt, als es gelang, den Druck der Dusche verschieden stark, also von 1—7 Atmosphären zu erhöhen. Ich kann Ihnen diese Methode sehr empfehlen. Was die Unterstützung des Bades durch lokale und allgemeine Eingriffe leistet, konnte ich u. A. bei einigen recht hartnäckigen Fällen von chronischer Perityphlitis beobachten, die in den letzten Jahren mit Vorliebe in die Bäder zu kommen scheinen. Als Unfallverletzung dokumentirten sie sich dadurch, dass die Betreffenden, Kavalleristen, den Schmerz zuerst und auch später zu Pferde, beim

Prellen des Pferdes empfunden hatten, und zwar einige Zeit nach Tische, also bei gefülltem Darne. Die Betreffenden hatten alle schon verschiedene Kuren, theils operative, theils Badekuren durchgemacht und standen jetzt vor dem Abschiede. Es gelang, sie ihrem Berufe zu erhalten.

Wollen Sie also, meine Herren, bei Verordnung von Badekuren den Verletzten nicht nur eine angenehme Erholung oder gleichsam eine Gratifikation für erlittene Schmerzen und langes Krankenlager, sondern wirklichen Nutzen verschaffen, so empfiehlt es sich, dass die Verletzten neben den Vollbädern gleichzeitig auch einer lokalen resp. allgemeinen Behandlung unterworfen werden, wie sie im Einzelfalle dem chirurgischen Befunde entspricht. Wie Sie sehen, habe ich eine Besprechung der Frage vermieden, ob die chemische Zusammensetzung einzelner Quellen diesen oder jenen Badeort für solche Kuren mehr geeignet erscheinen lässt. Diese Frage ist von Bedeutung, sobald es sich um Resorption gichtischer oder rheumatischer Niederschläge handelt, fällt dann aber mit Behandlung dieser Krankheiten selbst zusammen. Ihre Besprechung würde die mir heute gegebene Zeit überschreiten.

(Selbstbericht.)

21) Reger (Danzig). Die Krönlein'schen Schädelschüsse.

Von Prof. Krönlein (Zürich) sind in den letzten Jahren (s. Verhandlungen des Chirurgenkongresses 1899. II p. 19 ff. und Beiträge zur klinischen Chirurgie, Redaktion Prof. Dr. Bruns, Band XXIX. Hft. 1) 7 Hirn-Schädelschüsse mit dem Schweizer Ordonnanz-Vetterli-Gewehr Mod. 1899 (3 Züge, Kaliber 7,5 mm, Geschoss Hartblei mit vernickelter Stahlkappe, Anfangsgeschwindigkeit 600 m) mit Vollladung aus nächster Nähe — darunter 6 Selbstmorde bzw. Versuche — veröffentlicht, welche zum Theil hochinteressant sind. Zwei derselben (No. 3 und 4) bieten kein wesentliches Interesse, da sie gewohnte Bilder lieferten, d. h. der voll getroffene Schädel ist aus einander gerissen, das Hirn größtentheils in Brei zermatscht und zum Theil in die Umgebung herausgespritzt. Eine starke Wirkung nach vorn ist bei ihnen zu konstatiren.

Dagegen bieten die übrigen 5 Schüsse durchaus hiervon abweichende ungewohnte Bilder, so dass die von Krönlein ihnen mit Bezug auf die jetzt herrschende hydrodynamische Theorie gegebene Bezeichnung: »theoriwidrig« zuzukommen scheint; denn die Verletzung des Gehirns an und für sich war eine verhältnismäßig geringe, es war nicht ein Zermalmen desselben eingetreten durch die Fortschleuderung der getroffenen Hirntheile.

Bei einer Gruppe (No. 2 und 7) ist eine Genesung des Verletzten, wenigstens eine relative (der eine ist blind, der andere halb blödsinnig) eingetreten, und bei der anderen ist bei stärkster Zertrümmerung des Schädels das Großhirn fast in toto und an der Basis mehr oder weniger leicht verletzt und ebenfalls das Klein-

hirn zum Theil unverletzt aus der Schädelkapsel herausgeschleudert und neben dem Todten liegend gefunden worden, Fälle, für welche Krönlein den passenden Namen »Eventration« des Gehirns vorschlägt.

Beide Fälle der ersten Gruppe, für welche zuerst von einzelnen Erklärern eine abgebrochene Ladung als Ursache bezichtigt wurde, haben das Gemeinsame, dass das Gehirn nur in einem ganz kleinen Segment des, bezw. der Stirnlappen getroffen ist. Solche Schüsse können nur eine mäßige Druckwirkung ausüben, wie dies die bisherigen Versuche dargethan haben, aber immerhin musste sie weit größer sein, als es hier der Fall war. Denn in dem Falle 2 soll kaum eine allgemeine Wirkung eingetreten gewesen sein, indem angeblich sogar das Bewusstsein gar nicht getrübt gewesen sein soll. Wenn schon dies wohl als sicher bewiesen nicht angenommen zu werden braucht, da tiefe Ohnmachten dem Betreffenden gar nicht zum Bewusstsein kommen und, wenn schon, die später eingetretene Erblindung des nicht getroffenen rechten Auges möglicherweise auf einen Insult durch den Schuss zurückzuführen sein dürfte, so entspricht doch diese verhältnismäßig geringfügige Funktionsstörung sicher keiner weitgehenden Zerstörung und Allgemeinwirkung im Gehirn.

Und das Gleiche gilt von dem Schusse No. 7, wo allerdings neben Bewusstlosigkeit noch rechtsseitige Parese und Aphasie bestand: Nimmermehr hätten die letzteren heilen können, wenn die genau bekannten nur ca 8 cm von dem Schusskanal entfernten Hirnpartien an der Sylvi'schen Grube in erheblicher Weise verletzt worden wären.

Desswegen müssen wir noch ein weiteres — physiologisches — Moment zur Erklärung derselben heranziehen, und das ist das Verhalten des intracraniellen Druckes zur Zeit des Schusses. Wenn dieser — entsprechend dem Drucke in den Gefäßen — bei gewöhnlicher Athmung nur um einige Millimeter schwankt, ist bei tiefster Inspiration (Experiment beim Hunde) ein negativer Druck bis zu 50 mm vorhanden; umgekehrt wird er sich steigern im positiven Sinne, wenn bei tiefster Ausathmung, bezw. Anhalten des Athems eine Stauung im Schädel eintritt. Das Sinken des intracraniellen Druckes muss eine Abschwächung der Schusswirkung bezüglich des hydraulischen Druckes hervorrufen, die Steigerung des ersteren dagegen auch die Wirkung des letzteren erhöhen. In beiden Fällen liegt Selbstmordversuch in bequemster Lage vor: Die Leute haben Alles vorher genau überlegt und gerichtet, es bedarf nur des Abdrückens; da kommt wohl noch unwillkürlich der letzte Gedanke, noch einmal tief Luft, dann Schuss! Der intracranielle Druck ist somit stark vermindert und die Wirkung des Schusses zumal bei dem tangentialen Treffen des Gehirns deswegen abgeschwächt.

Bei der 2. Gruppe der Fälle (No. 1, 5 und 6), bei denen also das Gehirn fast unverletzt aus dem Schädel herausgeschleudert war, handelt es sich um 2 Selbstmörder und 1 Unglücksfall — Schuss

beim Scheibenschießen auf 8 m Entfernung —. Zwei haben das Gemeinsame, dass sie quer von einer Seite des Kopfes in der Nähe des Ohres durch den Schädel gingen, der erste von links nach rechts, der zweite von rechts nach links. Sie haben offenbar die Felsenbeine getroffen, bezw. sind ganz in der Nähe derselben durch den Schädel in horizontaler Richtung hindurchgegangen. Der dritte Schuss — in den Mund — ist durch die Schädelbasis, bezw. an der Spitze des linken Felsenbeines eingedrungen und schräg nach oben hinten gegangen. Hier sind nun die anatomischen Verhältnisse sehr zu berücksichtigen: Stets ist die Gegend der Hirnbasis getroffen, und hier haben wir die großen Gefäße, hier sind die Sinus sigmoidei mit dem Bulbus der Vena jugularis, hier sind die Sinus petros. sup. und inf., hier sind anschließend die Sinus transversus und Sinus rectus, hier haben wir ferner in den Felsenbeinen die mit Flüssigkeiten gefüllten Aquaedukte und Vestibula, die mit den Subarachnoidalräumen in Verbindung stehen, hier ist ferner der 4. Ventrikel. In dieser reichen Flüssigkeitsmenge muss nun bei Schüssen ein überaus starker hydraulischer, bezw. hydraulisch-hydrodynamischer Druck — stets kombinierte Wirkung — ausgelöst werden, der sich naturgemäß in der reinen Flüssigkeit etwas rascher fortleitet, als in dem feuchten Gewebe des Gehirns selbst, und so muss auch durch die Verbindung mit dem Sinus longitud. sup. und infer. eine Zerreißen, bezw. Abreißen der Dura mit Zelt und Sichel, eine Rissplatzung des Schädels besonders auch in der Pfeilnaht zeitlich etwas eher eintreten, so dass es dem von unten her gehobenen Gehirn nun leicht wird, die bereits zertrümmerte Schädelkapsel aus einander zu pressen und so ohne größere Verletzung den Schädel zu verlassen. In allen 3 Fällen ist sicher die Besonderheit der anatomischen Verhältnisse von ausschlaggebender Bedeutung, wahrscheinlich aber hat auch in 2 Fällen die durch die unbequeme Lage bei Ausführung des Selbstmordes, bezw. im 3. Falle bei dem Unglücksfalle eine durch zufällige tiefe Inspiration bedingte Erhöhung des intrakraniellen Druckes die Wirkung noch vermehrt. Die Annahme einer Wirkung durch Pulvergase — wie sie Tilmann in dem einen Falle, eben so wie in einem weiteren von ihm selbst veröffentlichten Falle von Eventration des Gehirns annimmt —, ist nicht statthaft.

Solche Schusswirkungen konnten aber nur eintreten unter Voraussetzung des Lebens, des kreisenden Blutes und der physiologischen Verhältnisse des intrakraniellen Druckes: Leichenversuche, namentlich solche mit abgeschnittenen Köpfen sind deshalb nicht beweiskräftig und vollwerthig für die bei der Erforschung der Mechanik der Schussverletzungen zu erörternden Fragen. (Selbstbericht.)

22) **Tilmann** (Greifswald). Zur Frage des Hirndruckes.

T. stellte Versuche an Hunden an, um festzustellen, wie groß die Raumbeschränkung im Schädel sein müsse, dass primäre Symptome von Hirndruck, die man meist als Hirnreizung bezeichnen kann, auftreten. Er fand, dass bei der Erzeugung initialer Hirndrucksymptome das spezifische Gewicht des zur Hervorbringung der Raumbeschränkung gewählten Materials, so wie die Lage des Kopfes des Versuchstieres eine Rolle spielen.

Bei einer Lagerung des Kopfes des Versuchstieres derart, dass die Schädeldecke nach unten lag, traten die ersten Hirnsymptome nach Einführung von 4,0 ccm in einem zwischen Dura und Hirn gebrachten Gummiballon auf. Es war dabei gleichgültig, ob man Wasser, Benzin (spezifisches Gewicht 0,65), Glycerin (spezifisches Gewicht 1,26), Chloroform (spezifisches Gewicht 1,40) oder Quecksilber (spezifisches Gewicht 13,5) nahm. Hier kam also nur die Raumbeschränkung in Betracht. Lagert man das Thier so, dass die Schädeldecke nach oben sieht, dann traten bei Wasser und Benzin ebenfalls nach Einführung von 4,0 ccm Flüssigkeit die ersten Abwehrbewegungen des Thieres auf, bei Glycerin und Chloroform dagegen schon bei Einführung von 2,0—2,5 ccm, bei Quecksilber schon bei 1,0 ccm.

T. erläutert dann die Konsequenzen dieser Thatsache für die intra- und extraduralen Hämatome, Hirntumoren, Schädelimpressionen und Depressionen.

(Selbstbericht.)

23) **Merkens** (Berlin). Encephalitis des Schläfenlappens, so wie andere Hirnkomplikationen nach Otitis.

Votr. bespricht zunächst die Differentialdiagnose des otitischen Schläfenlappenabscesses gegenüber der eitrigen Meningitis und hebt die Hauptpunkte hervor.

Für Meningitis spricht:

- 1) hohes Fieber mit Pulsbeschleunigung,
- 2) Reizerscheinungen,
- 3) stürmischer Verlauf mit raschem, sprungweisem Wechsel der Symptome.

Dagegen haben wir beim Schläfenlappenabscess, wenn er überhaupt deutliche Hirnsymptome macht, zu erwarten:

- 1) eine annähernd normale Temperatur mit Pulsverlangsamung,
- 2) Lähmungen,
- 3) einen mehr schleichenden Verlauf.

Dazu kommen beim linksseitigen Abscess noch Sprachstörungen hinzu.

Die einzelnen Punkte werden näher ausgeführt.

M. geht dann über zur Schläfenlappenencephalitis nach Otitis. Die Encephalitis kann unter ganz ähnlichen Symptomen ver-

laufen wie der Abscess. Bericht über einen Fall aus dem Krankenhause Moabit. Die Symptome waren derartig, dass man zwischen Meningitis und Schläfenlappenabscess schwankte. Für Abscess sprach namentlich die charakteristische Störung der Sprache. Bei der Operation fand sich ein kleiner extraduraler Abscess. Trotz mehrfacher Punktion und Incision des Schläfenlappens wird im Gehirn kein Eiterherd gefunden, Heilung. M. ist der Ansicht, dass es sich in diesem Falle möglicherweise um eine rein toxische Einwirkung gehandelt hat. Gegen Einwanderung von Bakterien sprach seiner Ansicht nach das schnelle und vollkommene Zurückgehen der Symptome. (Der Pat. ist später an einer schweren Nephritis zu Grunde gegangen.)

M. stellt dann noch einen Fall vor von operativ behandelter Epilepsie. Der Mann erlitt im Jahre 1894 einen complicirten Schädelbruch an der linken Seite der Stirn. Im Anschlusse an diese Fraktur entwickelte sich ein Hirnabscess, der nach Trepanation entleert wurde. Dann ging es dem Pat. einige Jahre lang gut. Nachdem seit dem Jahre 1897 ab und zu Kopfschmerzen aufgetreten waren, begannen im Jahre 1899 epileptische Anfälle. Diese waren allgemeiner Natur und gingen einher mit vollständigem Schwund des Bewusstseins. Er wurde in einem trostlosen Zustand ins Moabiter Krankenhaus gebracht. Dort wurden in 24 Stunden 50 Anfälle und darüber gezählt. Operation am 15 Juni. Geh.-Rath Sonnenburg entfernte an der Stelle der alten Verletzung eine thalergröße Knochenscheibe. Das Centrum dieser Knochenscheibe bildete Narbengewebe, das mit der Dura und der Gehirnoberfläche verwachsen war. Am Tage nach der Operation hatte der Pat. noch 2 leichte Anfälle, dann ist er von Anfällen vollkommen verschont geblieben. Der Pat. sieht blühend aus. Starke Pulsation bezeichnet die Stelle, wo der Knochen fehlt.

(Selbstbericht.)

24) Barth (Danzig). Operative Behandlung der eitrigen Meningitis.

Dass die operative Behandlung der eitrigen Meningitis nicht so aussichtslos ist, wie nach den bisherigen Erfahrungen angenommen wurde, dürfte folgender von B. dem Kongresse vorgestellter Fall beweisen.

Der 20jährige Jüngling erhielt am 24. November 1900 einen Messerstich in den Rücken, brach zusammen und wurde nach dem Krankenhause gebracht. Hier wurde eine 1 cm lange, in die Muskulatur reichende Stichwunde rechts neben den Dornfortsätzen der Wirbelsäule in der Höhe des unteren Scapularwinkels festgestellt, gereinigt und verbunden. Dass eine Verletzung des Rückenmarkes vorlag, entging der Beobachtung während der ersten Tage. Der Kranke klagte zwar über Schmerzen im Rücken und über eine Schwäche im linken Beine, aber er konnte dasselbe doch bewegen, und Sensibilitätsstörungen wurden bei einer oberflächlichen Untersuchung im

Bette, welche sich nur auf die Vorderseite des Körpers erstreckte, nicht gefunden. Blase und Mastdarm waren frei. Nun stellte sich nach 7 Tagen Fieber ein, und eine Revision der Wunde ergab, dass dieselbe nicht aseptisch war. Sie wurde geöffnet und erweitert, aber unter hohen Temperaturen entwickelten sich jetzt zweifellose meningitische Erscheinungen: heftiger Kopfschmerz, Unruhe, Erbrechen, enorme Schmerzen im Rücken, Nackenstarre bis zu ausgesprochenem Opisthotonus. B. machte deshalb am 11. Tage nach der Verletzung eine Lumbalpunktion und bekam unter hohem intraduralen Drucke eine trübe Flüssigkeit, welche reichlich Eiterzellen und Staphylokokken enthielt. Die sofort angeschlossene Laminektomie im Bereiche der Stichverletzung legte einen extraduralen Abscess im Wirbelkanale frei und zeigte, dass der Stich von rechts unten schräg nach links oben zwischen 8. und 9. Wirbelbogen eingedrungen war und die Dura in Ausdehnung eines halben Centimeters verletzt hatte. Aus dem Duraschlitz quoll trübe Cerebrospinalflüssigkeit. Derselbe wurde in der Längsrichtung auf etwa 3 cm erweitert und mit Jodoformmull tamponirt. Nach diesem Eingriffe ließen Kopfschmerz und Nackenstarre wesentlich nach, und die Temperatur fiel vorübergehend ab, um am folgenden Tage unter schweren Allgemeinerscheinungen von Neuem anzusteigen. Da eine Eiterverhaltung in der Wunde bis in den Wirbelkanal hinein nicht bestand, so musste die Ursache des Fiebers in einer intraduralen Eiterung vermuthet werden, und es wurde deshalb 2 Tage nach der Operation von Neuem eine Lumbalpunktion ausgeführt, die in der That einen Tropfen dicken Eiters zu Tage förderte. B. entschloss sich deshalb, sofort noch eine zweite Laminektomie im Bereiche des 2. und 3. Lumbalwirbels zu machen, um den Duralsack von hier aus zu drainiren. Als die Dura gespalten war, drängten sich unter hohem Drucke die Stränge der Cauda equina in die Wunde, zwischen denen man stumpf eingehen musste, um auf den Eiter zu kommen. Derselbe quoll jetzt in reichlicher Menge — es mochten einige Esslöffel voll sein — heraus, und durch vorsichtiges Einschieben zweier langer dünner Gummidrainen nach oben und nach unten wurde für eine möglichst ausgiebige Drainage des Duralsackes gesorgt. Unter täglichen Ausspülungen entfieberte jetzt der Pat. prompt, die Eiterung ließ schnell nach, und nach 7 Tagen konnten die Drains entfernt werden.

Die Freude über den Erfolg war allerdings zunächst keine ganz reine. Im Anschlusse an die letzte Operation trat eine Lähmung beider Beine, der Blase und des Mastdarmes auf, trotz aller Vorsicht, mit der die Cauda equina behandelt worden war. Zum Glück nur vorübergehend, wenigstens haben sich die schwersten Erscheinungen dieser Läsion allmählich zurückgebildet. Pat. geht jetzt ganz flott und bewegt auch seine Wirbelsäule nach allen Richtungen frei, wiewohl die Fortnahme so vieler Wirbelbögen für den Halt der Wirbelsäule nicht ohne Folgen geblieben ist. Pat. hat einen nicht unerheblichen Gibbus oberhalb der lumbalen Laminektomie. Von Läh-

mungserscheinungen weist er heute noch auf eine geringe Schwäche des linken Beines und eine Anästhesie an der Rückseite des rechten Beines, so wie eine streifenförmige Anaesthesia dolorosa der linken Lumbal-Bauchgegend als Folge der Stichverletzung der linken Rückenmarkshälfte im Bereiche des 8. Brustwirbels, also eine Brown-Sé-*quard'sche* Lähmung beschränkten Umfanges, und eine geringe Schwäche des Detrusor vesicae, so wie eine angedeutete reithosenförmige Anästhesie als Folgen der Läsion der Cauda equina.

Vortr. will selbstverständlich keine weitgehenden Schlussfolgerungen aus diesem Einzelerfolge für die Behandlung der eitrigen Meningitis ziehen; vielleicht lagen hier die Verhältnisse für die Drainage des Duralsackes besonders günstig. So viel kann aber füglich nach den klinischen Erscheinungen nicht bestritten werden, dass die entzündlichen Erscheinungen, wenigstens vor der ersten Operation, nicht auf den unteren Abschnitt der Rückenmarkshäute beschränkt waren, sondern hoch hinauf reichten: die Nackenstarre, der heftige Kopfschmerz und das Erbrechen lassen daran keinen Zweifel. Natürlich liegen die Verhältnisse bei einer primären Infektion der cerebralen Meningen aus bekannten Gründen wesentlich ungünstiger. Immerhin dürfte vielleicht auch hier häufiger, als es bisher geschehen ist, ein Versuch zur operativen Freilegung des Eiterherdes gewagt werden können, um so mehr, als uns die Lumbalpunktion in den meisten Fällen frühzeitig ein Urtheil über die Art der Entzündung gestattet. Ohne die diagnostische Lumbalpunktion wäre wohl auch der vorgestellte Pat. dem Schicksal seiner Leidensgenossen verfallen, die bisher sämmtlich, sobald eine Meningitis zur Rückenmarksverletzung hinzutrat, derselben erlagen.

(Selbstbericht.)

25) L. Heidenhain (Worms). Über Exstirpation von Hirntumoren.

Die Zeit gestattete nicht mehr als einen knappen Bericht über die nachfolgenden 4 Beobachtungen. Die beiden ersten Kranken wurden vorgestellt. Wegen Bemerkungen über die Technik muss auf die Verhandlungen und v. Langenbeck's Archiv verwiesen werden.

1) Z., Kaufmann, jetzt 32 Jahre alt. Exstirpation eines walnussgroßen Solitär tuberkels aus dem rechten Paracentralläppchen am 10. Oktober 1898. Erkrankung begann April 1897 mit lähmungsartiger Schwäche des linken Fußes, Morgens beim Aufstehen bemerkt. Wenige Tage darauf Anfall Jackson'scher Epilepsie, beginnend in den Zehen des linken Fußes. Im Laufe von 1½ Jahr folgten der Reihe nach Parästhesien im linken Beine, vollkommene Lähmung der linken Zehen, totale Lähmung des linken Beines, Herabsetzung der Kraft der linken Hand, klonische Zuckungen im Gebiete des ganzen linken Armes, zuerst in großen Zwischenräumen, später fast

kontinuierlich andauernd, so wie vereinzelt Erbreechen Morgens nüchtern. Kopfschmerzen, Schwindel und Pulsverlangsamung fehlten. Leichte doppelseitige Stauungspapille wurde erst kurz vor der Operation im Krankenhause nachgewiesen. Anfang September 1898 setzte eine schwere hallucinatorische Paranoia mit Verfolgungsideen ein. Die geistige Erkrankung trübte das Bild. Allein trotz des Fehlens fast aller Allgemeinerscheinungen des Hirndruckes konnte man nach der Entwicklung des Leidens eine Lokalerkrankung im Bereiche des Beinentrums annehmen. Da der Kranke etliche Jahre vorher an eiternden Halsdrüsen operirt worden war, so dachten wir an einen Hirntuberkel. Derselbe fand sich an der diagnosticirten Stelle und ließ sich leicht ausschälen. Heilung ohne Störung. Die Wahnideen verschwanden fast mit dem Tage der Operation. Herr Z. hat ein Cigarrengeschäft gegründet, leitet es allein ohne Unterstützung, arbeitet täglich 13 Stunden. Die motorischen und sensorischen Funktionen des linken Armes sind normal. Der linke Fuß ist gelähmt geblieben; trotzdem ist der Gang gut und ausdauernd. Patellarreflex links stark erhöht. Trotz fast andauernden Bromgebrauches sind seit der Entlassung 4—5 halbseitige Krampfanfälle mit einem Bewusstseinsverlust von 3—4 Minuten Dauer eingetreten, der letzte im August 1900, und zwischen diesen 6—7 kleine Anfälle von Zuckungen in der linken Schulter, begleitet von einem Gefühle von Schwäche ohne Bewusstseinsverlust. Diese kleinen Anfälle sind immer geringfügiger geworden, so dass der Kranke durch sie kaum in seiner Thätigkeit gestört worden ist.

2) G., 52 Jahre alt, Exstirpation eines cystischen, im Wesentlichen subcortical gelegenen Sarkoms aus dem rechten Armcentrum am 27. August 1900. Der Kranke litt seit vielen Jahren an starken Kopfschmerzen, welche häufig überaus heftig auftraten. Wann dieselben zuerst begonnen haben, konnte er sich nicht entsinnen. Im Mai 1900 sehr starke Kopfschmerzen, Parästhesien und Anästhesie im Gebiete der linken Hand: der Kranke verlor Gegenstände aus der Hand, ohne es zu merken. In ziemlich schneller Folge entwickelte sich unter andauernden Kopfschmerzen und sehr starken Schwindelanfällen zunächst eine leichte Hemmung einzelner Bewegungen der linken Hand, dann Verlust des Muskelgeföhles im linken Arme, vollkommener Verlust der stereognostischen Fähigkeit der linken Hand — der Kranke konnte mit geschlossenen Augen eine Kugel nicht von einem Würfel unterscheiden —, eine immer deutlicher werdende Anästhesie auch für Berührung im Gebiete der linken Hand und des linken Vorderarmes, eine schnell zunehmende Lähmung des linken Facialis, zunehmende Schwäche des ganzen linken Armes, geringe motorische Schwäche des linken Beines und schließlich eine doppelseitige, sehr starke Stauungspapille. Die letztere nahm unter unseren Augen schnell zu und war links sehr viel stärker ausgeprägt, als rechts: links fanden sich Blutungen, rechts nicht. Die gesammte

Entwicklung des Leidens leitete auf das Armcentrum. Da Reizungserscheinungen Seitens der Rinde nicht oder nur in Gestalt vereinzelter Muskelzuckungen beobachtet waren, so ließ sich wesentlich subcorticaler Sitz annehmen. Da Druckpuls dauernd fehlte, wurde cystischer Tumor vermuthet. Weitere Erwägungen leiteten auf die hintere Centralwindung. Dort fand sich bei der Operation ein hühnereigroßes, cystisches Sarkom, im Wesentlichen subcortical gelegen. Eine thaler-große veränderte Stelle der Hirnrinde bildete den oberen Pol des Tumors und wurde mit fortgenommen. Die Ausschälung des Tumors gelang rein unter Mitnahme einer dünnen Schicht des umgebenden normalen Hirns. Heilung ohne Störung. Der Kranke ist wieder in seinem Berufe thätig und hat keinen Defekt zurückbehalten, als eine geringfügige Einschränkung feinerer Bewegungen der linken Hand und leichte sensible Störungen in dieser. Beide sind bedingt durch die Rindenexstirpation. Stauungspapille verschwunden; mit Korrektion liest der Kranke wieder feinsten Druck. Die Kopfschmerzen, an welchen Pat. so viele Jahre gelitten hat, sind nie wieder eingetreten. Epilepsie besteht nicht. Die Heilung ist also auch funktionell fast vollkommen. Betreffend Recidiv muss die Zukunft abgewartet werden.

3) Der dritte Kranke, ein 19jähriger Arbeiter, kam mit dem voll entwickelten Bilde eines Hirntumors und schwersten Drucker-scheinungen in meine Hände, nämlich starker doppelseitiger Stauungspapille, welche, wie im vorigen Falle, trotz des Sitzes des Tumors auf der rechten Seite links stärker ausgeprägt war, ferner leichter Benommenheit, sehr starken Kopfschmerzen, Erbrechen, so wie Druckpuls. Sensible Störungen bestanden nicht, von motorischen nur eine leichte linksseitige Facialislähmung. Herr Kollege Edinger, mit welchem ich das Krankheitsbild brieflich besprach, schrieb mir, dass es sich nach seiner Erfahrung entweder um einen Hydrocephalus oder um einen Tumor im Schläfenlappen handele. Im letzteren Falle sei die Facialislähmung durch Druck auf das Facialiscentrum von unten her bedingt. Er rieth zur Operation. Bei derselben fand ich Beides, nämlich einen Hydrops des rechten Unterhornes, bedingt durch ein melanotisches Carcinom der Tela chorioidea und des Ependyms des Unterhornes. Der Tumor ist kohlschwarz und von zottigem Bau. Die Neubildung ist von dem Epithel der Tela und dem Ependym ausgegangen. Ich habe in diesem Falle den ganzen rechten Schläfenlappen exstirpirt. Die Lüftung des Unterlappens und seine Abtragung beeinflussten weder Puls noch Athmung. Die Tela chorioidea wurde am Übergange des Seitenventrikels in das Unterhorn an einer normal erscheinenden Stelle abgebunden. Von größeren Gefäßen sind nur die Gefäße der Pia und der hintere Ast der Art. fossae Sylvii unterbunden. Die Trennung geschah, so weit ersichtlich, durchweg in normalem Hirn. Am Ende der Operation lag die gesammte mittlere Schädelgrube leer vor uns. Bei völlig aseptischem Verlaufe, aber unter mancherlei Schwierigkeiten ist der Kranke

genesen und geheilt entlassen. Zurückgeblieben war eine unvollkommene linksseitige Hemiplegie als Folge einer Fernwirkung auf die innere Kapsel.

Von höchstem Interesse war es uns, die Wirkung einer so ungeheuren Operation auf die Psyche und die Hirnfunktionen zu beobachten. In der ersten Zeit war Pat. theilnahmlos und willensschwach, verstand auch manche Fragen sicher nicht richtig. Psyche und Wortverständnis erholten sich vollkommen. In den späteren Wochen war der Kranke der Spaßmacher der Station durch seine humoristischen Bemerkungen. Der musikalische Sinn, welcher von Einigen in den Schläfenlappen verlegt wird, war eben so wenig gestört, wie das sonstige Gehör des linken Ohres. Der Kranke war musikalisch. Er erkannte bei verstopftem rechten Ohre jede Melodie und sang tadellos rein und richtig. Am wunderbarsten war, dass wir keine Hemianopsie haben feststellen können. Durch den Schläfenlappen verläuft angeblich, und ist allenthalben verzeichnet, eine breite optische Bahn von der Occipitalrinde zum Kniehöcker. Sie musste zerstört sein. Trotzdem haben wir eine mit groben Mitteln erkennliche Einschränkung des Gesichtsfeldes nicht feststellen können. Der Kranke starb kurze Zeit nach seiner Entlassung (3 Monate post operationem) in einem apoplektischen Insult, welcher ihn mitten in vollem Wohlsein erteilte. Die Sektion ergab multiple kleine, schwarze Metastasen im Hirn bei solider Heilung der Hirnwunde. Herr Edinger hat die neurologische Untersuchung des Hirns gütigst übernommen.

4) Der vierte Fall, ein inoperables, bei der Operation nicht gefundenes Sarkom des Kleinhirns, bietet wesentliches Interesse nur durch die Technik der Freilegung des Kleinhirns. Ich verweise darum auf die ausführliche Veröffentlichung und bemerke hier nur, dass es sich um ein blindes Kind mit mächtigem Hydrocephalus handelte. Vermuthet war ein Tumor in den seitlichen Theilen der linken Kleinhirnhemisphäre. Einen idiopathischen Hydrocephalus konnte man nicht sicher ausschließen. Ich habe in diesem Falle, um freien Zugang zu haben, das ganze Hinterhauptsbein mit rechts gelegener Lappenbasis osteoplastisch reseziert. Die Sudeck'sche Fraise glitt ohne Störung über die Sinus hinweg. Die linke Kleinhirnhemisphäre ließ sich, da das ganze Kleinhirn und die gesammte Hinterhauptsrinde frei lag, ausgezeichnet abtasten. Ich konnte einen Finger über, den anderen unter die Hemisphäre legen und bequem bis an das Felsenbein vordringen. Der Tumor wurde nicht gefunden. Das Kind starb in der Nacht nach der Operation im Collaps, nachdem es den Nachmittag über bei Bewusstsein gewesen war. Die Geschwulst lag genau median, hatte fast Kartoffelgröße, reichte von der Rinde des Oberwurmes bis zu der des Unterwurmes. (Selbstbericht.)

26) **Krönlein** (Zürich). Sarkom der rechtsseitigen motorischen Region des Großhirns, diagnosticirt, gesucht — nicht gefunden.

M. H.! Dass man einen Tumor des Gehirns richtig diagnostizieren, an richtiger Stelle aufsuchen und gleichwohl bei der Operation nicht finden kann, soll Ihnen das Präparat hier illustriren. Es sei mir gestattet, den Fall ganz kurz zu skizziren und das zugehörige Gehirn Ihnen zu demonstrieren.

Am 19. Juni 1899 wurde mir von seinem Hausarzt Herrn Dr. Sch. in W. der 61jährige K. K., Landwirth in W., mit der bestimmten Diagnose eines Tumors der rechtsseitigen motorischen Hirnregion zur event. Operation zugeschiedt. Die Diagnose des Herrn Kollegen Dr. Sch., meines einstigen Schülers, war so sorgfältig begründet, die Beobachtung, auf welche sie sich stützte, eine so exakte, dass ich in die Richtigkeit derselben von vornherein keinen Zweifel setzte; gleichwohl wollte ich mich durch eigene Beobachtung hiervon erst überzeugen, ehe ich zur Operation schritt. So blieb der Kranke vom 19. Juni bis zum 19. Juli 1899 in der Klinik und wurde erst am letztgenannten Tage operirt. Der Diagnose des Herrn Dr. Sch. konnte ich nur beipflichten, und zwar aus Gründen, die ich hier nur ganz kurz anführen will.

Die Krankheit zeigte sich zuerst im November 1887, wo Pat. auf dem Heimwege in sein Dorf plötzlich eine Lähmung des linken Fußes empfand, so dass er öfter mit dem linken Beine strauchelte. Am folgenden Morgen beim Aufstehen traten zum ersten Male im linken, paretischen Fuße heftige klonische Krämpfe auf, die 10 Minuten lang andauerten, dann nachließen.

— Von da ab wiederholten sich diese Krampfanfälle alle 14 — 30 Tage und immer in folgender, von dem Arzte im September 1898 zum ersten Male selbst beobachteten Weise: »Der Anfall beginnt mit diffusen Kopfschmerzen und heftiger Palpitatio cordis. Dann traten konvulsive Kontraktionen auf, links an den Zehen beginnend, auf linken Unterschenkel, Oberschenkel, Rumpf, linke Schulter, linken Vorderarm und Hand übergreifend und schließlich auf die linke Gesichtshälfte, Zunge und Augen übergehend. Beim Beginne des Anfalles besteht starkes Angstgefühl, zuweilen leichte Umdämmerung des Bewusstseins, bei heftigen Krämpfen eine totale Bewusstseinsstörung (Somnolenz). Dauer des Anfalles mehrere Minuten; nach Aufhören desselben komplette Lähmung des linken Beines, die allmählich in eine Parese übergeht, und deutliche Ataxie.« —

Nie Erbrechen, keine Stauungspapille, dagegen deutliche perkutorische Empfindlichkeit der rechten Scheitelgegend.

In der Klinik wurden mehrere solche Anfälle beobachtet. Außerdem bestand nun eine deutliche Parese des linken Facialis, jedoch ohne Betheiligung des Hirnes, des linken Armes und des linken Beines.

Am 19. Juli 1899 schritt ich in Äthernarkose zur osteoplastischen Resektion der rechtsseitigen Parieto-Temporalgegend des Schädels, um den Hirntumor, den ich in die obere Hälfte der Centralwindungen zu verlegen geneigt war, bloßzulegen und wo möglich zu extirpieren. Der Lappen wurde groß und ausgiebig nach Wagner-Doyen gebildet, so dass die ganze in Betracht kommende Region ausgiebig bloßgelegt wurde. Nachdem auch die normal aussehende Dura in Form eines großen Lappens nach unten geschlagen war, lagen Sulcus Rolandi und vordere und hintere Centralwindung übersichtlich vor, zeigten aber keine wesentliche Veränderung. Namentlich fiel auf, dass das Gehirn sich ganz und gar nicht in die Knochenlücke vordrängte, sondern eher zurücksank; nirgends eine Resistenz zu fühlen; die Hirnrinde im Gegentheil eher matsch und die Pia an einigen Stellen, namentlich im Bereiche der hinteren Centralwindung einige weißlich-getrübte Stellen zeigend. Nachdem die sorgfältige Untersuchung der ganzen Hirnregion mit dem palpierenden Finger resultatlos geblieben, wird noch die elektrische Reizung der bloßgelegten Hirnrinde mittelst eines schwachen Induktionsstromes vorgenommen; doch wurde auch so nur ein negatives Resultat erzielt.

Damit war die Untersuchung beendet. Die Diagnose auf Tumor im Bereiche der Centralwindungen wurde fallen gelassen und die Wunde in der üblichen Weise geschlossen und vollständig vernäht. — Heilung per primam. — Entlassung in ungebessertem Zustande den 7. September 1899.

Nun ist Pat. am 3. Februar 1901, also $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Kraniotomie gestorben. Wie mir Herr Dr. Sch. schrieb, blieb sich der Zustand des Pat. nach seiner Entlassung noch lange Zeit gleich; dann traten die epileptischen Anfälle seltener und weniger intensiv auf und blieben allmählich, in den letzten 3 Monaten ganz aus. An ihre Stelle traten Apathie, Somnolenz, dann ein tiefes Coma, in dem Pat. Exitus machte.

Sie sehen nun das Gehirn des Verstorbenen hier. Es handelt sich um einen apfelgroßen derben Tumor (ein Spindelzellensarkom von großem Gefäßreichthum) in der rechten motorischen Region, da, wo ich den Tumor einstens gesucht hatte. Die Dura ist jetzt mit der Oberfläche des Tumors verwachsen: auf dem Frontalschnitte durch die beiden Hemisphären, quer durch die Mitte des Tumors gemacht, sehen Sie, dass er nicht nur die Hirnrinde, sondern auch den Stabkranz unter derselben in erheblicher Ausdehnung einnimmt und dass er sich namentlich auch noch nach hinten über die Grenzen der hinteren Centralwindung in den oberen Parietallappen und nach oben in das Paracentrallappchen ausdehnt.

Wie ist es zu erklären, dass der Tumor uns bei der Operation trotzdem entgehen konnte?

Ich glaube, die Erklärung ist ziemlich einfach und lautet dahin, dass zur Zeit der Operation, im Juli 1899, der Tumor eben viel

kleiner war und ganz subcortical lag. Erst im Laufe der weiteren 1½ Jahre hat er sich dann nach der Hirnrinde zu weiter entwickelt und schließlich — die Dura erreicht. Dass die elektrische Reizung der Hirnrinde negativ ausfiel, ist vielleicht daraus zu erklären, dass die zugehörigen Fasern des Stabkranzes durch den subcorticalen Tumor schon zerstört waren; auch der Mangel der Allgemeinerscheinungen zur Zeit der Operation spricht dafür, dass der Tumor damals eben noch sehr klein war, so dass er weder Stauungspapille, noch Erbrechen, noch permanentes Kopfweh, noch andere Hirndrucksymptome auszulösen vermochte. Ich habe es hinterher sehr bedauert, dass der Pat. nach seiner Entlassung sich nie mehr in der Klinik sehen ließ. Vielleicht hätte eine Nachuntersuchung uns später doch noch veranlasst, in ähnlicher Weise wie bei der Hirntuberkulose die Schädelkapsel noch einmal aufzuklappen und nach dem Tumor zu fahnden. (Selbstbericht.)

27) **Krönlein** (Zürich). Dauerheilung eines Hirntuberkels.

K. berichtet über das Schicksal eines von ihm vor 6 Jahren (1895) wegen Konglomerattuberkels der linksseitigen Centralwindungen des Großhirns mit Erfolg operirten Pat. Dieser Kranke lebt noch und befindet sich in einem recht guten Zustande. Eine zeitweise Verschlimmerung, welche sich ca. 1 Jahr nach der Operation bei dem Pat. geltend machte, veranlasste damals (im Jahre 1897) K., eine 2. Kraniotomie vorzunehmen und das frühere Operationsgebiet an der Hirnoberfläche auf die Frage eines Recidivs hin zu untersuchen. Der Befund aber war ein negativer, diese abermalige Operationswunde heilte, wie die frühere, per primam, und seither befindet sich Pat. in einem sehr erträglichen Zustande; auch anderweitige tuberkulöse Erkrankungen sind bei ihm nirgends nachzuweisen. — Eine kleine Statistik aller bis jetzt operirten Fälle von Hirntuberkel, welche K. giebt, zeigt, dass dieser referirte Fall der einzige ist, der auch nach 6 Jahren noch völlig gesund geblieben ist. — Ihm an nächsten stehen die Beobachtungen von Czerny und Horsley. (Selbstbericht.)

28) **F. Krause** (Berlin). 27 intrakranielle Trigemiusresektionen (darunter 25 typische Exstirpationen des Ganglion Gasseri) und ihre Ergebnisse.

Seiner im Jahre 1892 angegebenen Methode ist Verf. treu geblieben, da keine der seither veröffentlichten Modifikationen einen besonderen Vortheil bietet. Das von Lexer¹ angewandte Verfahren entspricht in den wesentlichen Punkten dem von Doyen, und dieser hat, wie er K. im vorigen Jahre in Paris mündlich mitgetheilt, seine Methode zu Gunsten der K.'schen vollkommen aufgegeben.

¹ Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 11. Juni 1900.

Den Vorschlag von Dollinger², die Unterbindung der Art. meningeae media überhaupt zu unterlassen, kann K., so lehrreich seine Mittheilungen sind, nicht gutheißen. Wenn man so vorgeht, wie es K. von vorn herein ausgeführt, dass man nämlich vor der Unterbindung jener Arterie die durch den Hirnspatel emporgehobene Dura mater mittels des Elevatoriums medianwärts bis zum 3. und 2. Aste von der knöchernen Schädelbasis abhebt, so dass der Stamm der Meningea als von unten nach oben ziehender Strang frei daliegt, so verzögert jener Akt die Operation nur um wenige Minuten; mehr Zeit braucht man nicht, um einen doppelten Faden herumzulegen und die Ligatur oben und unten zu kneten. Dies Verfahren aber giebt das Gefühl der viel größeren Sicherheit, zumal die Operation so wie so allerlei unerwartete Komplikationen aufweisen kann.

Wenn die central gelegene Ligatur abgelenkt oder die Arterie bei bestehender Sklerose ein- oder abreißt, so wird in das Foramen spinosum ein kurzer rechtwinklig abgebogener Haken fest eingepresst und während der ganzen weiteren Operation liegen gelassen; solcher Haken hat K. drei von verschiedener Stärke anfertigen lassen³. Sollte am Ende der Operation die Blutung nicht völlig stehen, so wird ein kleiner Zipfel steriler Binde in das Foramen hineingestopft und erst nach einigen Tagen entfernt.

Durch die Blutung ist K. nach seinen beiden ersten Operationen, die nur intrakranielle Resektionen des 2. Astes darstellten und bei der mangelnden Übung absichtlich in zwei Zeiten ausgeführt wurden, niemals mehr zum zweizeitigen Verfahren gezwungen worden. Nur im 16. Falle forderte der schwere Collaps des Kranken, dass nach Unterbindung der Meningea die Operation abgebrochen und die Exstirpation des Ganglion Gasseri nach einer Pause von 4 Tagen vollendet wurde, was dann ohne Störung möglich war. In den übrigen 24 Fällen gelang die typische Exstirpation des Ganglion in der ersten Sitzung.

Die Operationsdauer hängt wesentlich von der Stärke der Blutung und von der Zeit ab, die man zu ihrer Stillung braucht. In einem Falle verzögerte sie sich daher ganz ungewöhnlich, so dass im Ganzen 3 Stunden vergingen. Aber gerade bei heftiger Blutung muss man langsam arbeiten und die Operation immer wieder durch zeitweilige Tamponade unterbrechen, damit man in der Tiefe der Wunde alle nothwendigen Handgriffe unter Leitung der Augen vornehmen könne. K. zieht selbst eine lange Dauer der Operation, so fern sie nur einzeitig zu Ende geführt wird, dem zweizeitigen Verfahren durchaus vor und entschließt sich zu diesem nur noch im äußersten Nothfalle. Denn er hält es nicht für unbedenklich, die

² Centralblatt für Chirurgie 1900. No. 44.

³ Alle zur Exstirpation des Ganglion Gasseri nothwendigen Instrumente werden, in einem Kästchen vereinigt, von H. Windler, Berlin, Friedrichstraße 133a, oder C. W. Bolte, Nachfolger, Hamburg, Rathausstraße geliefert.

durch ihre langen, heftigen Schmerzen entkräfteten Personen kurze Zeit hinter einander 2mal den Gefahren der Narkose und des operativen Eingriffes auszusetzen. Zudem wird durch das lange Offenbleiben der tiefen Wunde, selbst wenn man den Lappen über dem Jodoformtampon mit einigen Nähten befestigt, die Sicherheit des aseptischen Verlaufes in Frage gestellt.

Im Durchschnitte hat die einzeitige Operation mit Erhaltung des Knochens $1\frac{1}{2}$ Stunde in Anspruch genommen, in einzelnen Fällen, in denen die Blutung gering war, 50—55 Minuten, in einem Falle nach Herausschneiden des Knochens 33, in den 3 letzten Fällen 25 Minuten, in jenem Falle 16 bei der zweiten Zeit nur 20 Minuten. Opfert man den Knochen, so spart man $\frac{1}{4}$ Stunde Zeit und auch Blut, und K. empfiehlt dies Verfahren daher bei sehr herabgekommenen Kranken. Die Temporalgegend sinkt dann allerdings im Gebiete der Narbe im Laufe der Zeit stärker ein. Störungen haben sich indessen daraus nicht ergeben.

Nach den beiden ersten intrakraniellen Resektionen des 2. Astes hat K. 25 typische Exstirpationen des Ganglion Gasseri ausgeführt, und zwar 18mal bei Frauen im Alter von 30 bis zu 71 Jahren; 7mal bei Männern im Alter von 30 bis zu 72 Jahren. Das rechte Ganglion wurde bei 12 Frauen und 4 Männern, das linke bei 6 Frauen und 3 Männern entfernt.

Was die unmittelbaren Ergebnisse der Operationen betrifft, so ist eine 58jährige, überaus schwache und an chronischer Nephritis leidende Frau einige Stunden nach der Operation im Collaps, ein 72jähriger Mann am 6. Tage danach in Folge eines schweren Herzfehlers gestorben. Der Verlauf war in diesem Falle fieberfrei, die Temperatur hatte niemals 38° überschritten, der Puls war zwar unregelmäßig, wie vor der Operation, aber kräftig und schwankte in der Frequenz zwischen 68 und 76 Schlägen. Wegen ausgesprochener Arteriosklerose und sehr unregelmäßiger Herzthätigkeit hatte K. die Operation verweigert, bis er sich nach vielen Wochen wegen der außerordentlichen Qualen des alten Herrn doch dazu bestimmen ließ. Der Tod erfolgte an Herzinsuffizienz. Die Sektion ergab die Wunde reizlos verklebt und in deren Umgebung keine pathologischen Veränderungen, dagegen ausgedehnte Degeneration der Herzmuskulatur, namentlich auch starke Sklerose der Koronararterien. Endlich ist im letzten Falle (27) bei einer 62jährigen Frau der Tod 20 Tage nach der Operation eingetreten, ohne dass die Sektion einen Grund dafür hat auffinden lassen. Die Wundverhältnisse boten nichts von der Norm Abweichendes.

Von einem septischen Prozesse ist in keinem Falle bei der Autopsie etwas gefunden worden; das Operationsgebiet lässt sich trotz der Nähe des Auges, Ohres und Mundes, wie K.'s Erfahrungen lehren, bei gehöriger Sorgfalt durchaus aseptisch erhalten. Das gerade ist, neben der Übersichtlichkeit der tiefen Wundhöhle, der große Vortheil des temporalen Verfahrens. Andere Chirurgen haben noch nach

einem Zwischenraume von mehreren Monaten einen Hirnabscess sich bilden sehen; glücklicherweise ist K. diese Erfahrung bisher erspart geblieben. Selbst in zwei Fällen, in denen die Knochenplatte nekrotisch wurde, hat sich kein Hirnabscess entwickelt. In dem einen Falle war die intrakranielle Resektion des 2. Astes zweizeitig ausgeführt und die Wunde 5 Tage lang durch Tamponade offen gehalten worden, da wegen der Schwäche des 62jährigen Kranken die Operation nicht früher vollendet werden konnte. In dem anderen Falle, bei einer 37jährigen Frau, war die Blutung sehr beträchtlich, was von vorn herein erwartet wurde, da sie bei zwei früheren peripheren Operationen ebenfalls ungewöhnlich stark gewesen war. Die Exstirpation des Ganglion hatte daher 3 Stunden gedauert, und bei den vielfachen Manipulationen war die Knochenplatte vom Periost in größerer Ausdehnung abgelöst worden.

Was das Verhalten des Auges nach der Operation betrifft, so bedürfen diejenigen Augen besonderer Sorgfalt, bei denen von früheren Eingriffen her Lagophthalmus besteht. Um nun Lähmungen des unteren Lides auch geringer Art zu verhüten, verwendet K. bei peripheren Trigeminusresektionen stets Schnittführungen, welche den Facialisfasern parallel verlaufen, und stimmt in dieser Hinsicht den Ansichten Kocher's völlig bei. Auch für die Resektion des 2. und 3. Astes an der Schädelbasis hat K. eine jenes Ziel erreichende Schnittführung benutzt und im v. Bergmann'schen Handbuche (Stuttgart bei Ferd. Enke 1900, p. 654) abgebildet. Übrigens befindet sich unter den Operirten eine Dame, die von früheren Eingriffen her einen vollständigen Lagophthalmus besitzt. Bei ihr ist die Exstirpation des Ganglion Gasseri am 23. August 1895 ausgeführt worden, und bis heutigen Tages ist, ohne dass irgend welche Schutzmaßregeln angewendet wurden, niemals eine Augenentzündung eingetreten.

Im Allgemeinen lehren K.'s Beobachtungen, dass die Gefahr für die Hornhaut in den ersten Wochen nach der Operation am größten ist; späterhin bedürfen die Augen meist keines Schutzes mehr. Nur bei einer Operirten entstand 2 Jahre nach der Operation auf der Rückreise von Berlin, wo sie auf dem Chirurgenkongresse 1895 vorgestellt worden war, ein Hornhautulcus. Dieses heilte im Laufe von 2 Monaten mit unbedeutendem Hornhautfleck aus, und seitdem hat sich keine neue Entzündung eingestellt. Ferner liefern K.'s Erfahrungen den Beweis, dass auch an den des Trigeminuseinflusses dauernd beraubten Augen Hornhautgeschwüre, ja selbst schwere Hypopyonkeratitiden zur Heilung gelangen.

Von cerebralen Störungen machen sich nach der Operation Unruhe, Theilnahmslosigkeit, selten vorübergehende Somnolenz, Schmerzen im ganzen Kopfe und Sausen geltend. Die Unruhe war 3mal auffallend stark und hielt mehrere Tage an. Morphium pflegte Abhilfe zu schaffen. Ein Kranker hatte während der ersten 3 Tage kribbelnde Empfindungen in den Beinen; eine Frau klagte bis zum

9. Tage über Schmerzen in beiden Beinen, eine andere sah am 3. Tage vorübergehend fremde Gestalten am Bette.

In zwei Fällen, in denen das linke Ganglion extirpiert worden war, machten sich leichte aphasische Störungen bemerkbar; sie gingen aber rasch vorüber. Einer dieser Kranken, ein Arzt, antwortete die ersten 3 Tage auf Fragen sehr langsam, er suchte nach den Worten, versprach sich auch zuweilen, z. B. sagte er, »ich ziehe (statt ich fühle) Schmerzen«; er fand nicht das Wort Ganglion. Indessen wurde von der erfahrenen Wärterin diese Sprachstörung gar nicht bemerkt, sie war also sehr gering und bereits 5 Tage nach der Operation vollkommen verschwunden. Bei der zweiten Kranken traten die aphasischen Störungen erst am 3. Tage nach der Operation auf; sie verwechselte einzelne Worte und brauchte hin und wieder falsche Anfangsbuchstaben, z. B. Lecken statt Becken. Auch hier war die Störung gering und wirkte auf die erwachsene Tochter, da es der Kranken sonst sehr gut ging, komisch. 8 Tage nach der Operation war die Aphasie verschwunden. Bei einem 55jährigen Manne hatte in den ersten 3 Wochen nach der linksseitigen Operation das Namengedächtnis für Personen ein wenig gelitten; dagegen waren keine motorisch-aphasischen Symptome vorhanden. Als anatomische Unterlage für solche Störungen wurde bei den Sektionen eine ganz oberflächliche Erweichung der Rinde des basalen Theiles des Schläfenlappens gefunden, welche offenbar durch den Druck des Hirnspatels verursacht war.

Schwerere Erscheinungen von Seiten des Gehirns hat K. in einem Falle gesehen, obgleich die Operation sehr rasch vollendet worden war und nach Herausschneiden des Knochens nur 33 Minuten in Anspruch genommen hatte; für einen kurzen Bericht eignet sich der Fall nicht. Die Störungen gingen vorüber, ohne Folgen zu hinterlassen.

Was die Dauerergebnisse der Exstirpation des Ganglion Gasseri anlangt, so ist K. in der glücklichen Lage, behaupten zu können, dass er bei typischer Trigeminalneuralgie, so schwer sie auch gewesen sein möge, nach jener Operation bisher einen Rückfall bei keinem seiner überlebenden Kranken beobachtet hat. Am meisten beweisend sind natürlich die ältesten Fälle, und von den erst Operirten sind noch jetzt am Leben: eine jetzt 76jährige Frau, bei der am 31. Januar 1893, ein jetzt 63jähriger Mann, bei dem am 30. Mai 1893, eine jetzt 77jährige Frau, bei der am 19. September 1894, eine jetzt 54jährige Frau, bei der am 29. November 1894, eine jetzt 43jährige Frau, bei der am 23. August 1895 die Exstirpation vorgenommen worden ist. Sie Alle sind auf der operirten Seite völlig schmerzfrei geblieben, während die früher bei ihnen ausgeführten peripheren Nervenresektionen nur kurze Zeit oder überhaupt nicht von Erfolg gekrönt waren. In jenen ältesten 5 Fällen sind also 6—8 $\frac{1}{4}$ Jahre verstrichen, ohne dass ein Rückfall eingetreten ist, und da ist man berechtigt, von Heilung zu sprechen. Ferner sind bei weiteren

11 Fällen seit der Operation mindestens 2 Jahre verflossen, gleichfalls ohne Recidiv.

Ganz besonders beweisend für die Heilwirkung der Ganglion-exstirpation sind die Fälle, in denen auf der nicht operirten Seite neuralgische Schmerzen sich eingestellt haben, während die ursprünglich erkrankte schmerzfrei geblieben ist. Solcher Fälle hat K. 3 aufzuweisen, alle betreffen Frauen.

Während also die Exstirpation des Ganglion Gasseri bei der typischen Trigemimusneuralgie so ausgezeichnete und dauernde Erfolge geliefert hat, ist sie als völlig nutzlos in allen den Fällen zu verwerfen, in denen es sich um hysterische oder neurasthenische Pseudoneuralgien handelt. In drei derartigen Fällen hat K. die Operation abgelehnt; es handelte sich jedes Mal um unverheirathete Damen im Alter von 26, 27 und 33 Jahren. Bei allen dreien waren von hervorragenden Chirurgen periphere Resektionen ohne jeden Nutzen vorgenommen, bei der 27jährigen Kranken in ihrer Heimath (Nord-Amerika) auch beide Ovarien entfernt worden. In einem 4. Falle hat K. sich doch zu dem Eingriffe verleiten lassen, weil der Kranke, früher Chirurg an einem großen Krankenhause, die Ganglion-exstirpation durchaus verlangte und mit Selbstmord drohte. Die Operation war, wie K. gefürchtet und den Verwandten gegenüber vorher ausgesprochen, ohne jeden Erfolg. Der Kollege ist jetzt — 1 $\frac{3}{4}$ Jahre nach der Operation — körperlich wohl, hat aber die alten Schmerzen nach wie vor.

Leichte sensible Störungen machen sich auf der operirten Seite von Zeit zu Zeit bei einigen Kranken bemerkbar. Sie haben die Empfindung des Kribbelns oder Ziehens; namentlich bei psychischen Aufregungen oder nach angestrengtem Arbeiten tritt eine Empfindung des Stechens oder Brennens ein, die aber bei Allen rasch vorübergeht und nur als Unannehmlichkeit, nicht als Schmerz empfunden wird. Dagegen beklagten sich zwei Kranke, eine 76jährige Frau und ein 56jähriger Mann, über die halbseitige Gefühllosigkeit der Mundschleimhaut, welche beim Essen und Kauen hinderlich sei; die übrigen Operirten hatten sich an diesen Zustand gewöhnt.

In der ausführlichen Arbeit, welche in der Münchener med. Wochenschrift erschienen ist, giebt K. alle 27 Krankengeschichten und eben so die letzten Befunde, damit über das Heilungsergebnis ein Jeder sich unterrichten kann.

Das Allgemeinbefinden, das durch die langen Qualen in außerordentlichem Grade zu leiden pflegt, bessert sich nach Aufhören der Schmerzen rasch, Nervosität und Schlaflosigkeit schwinden, und die vorher durchaus auf fremde Hilfe angewiesenen Kranken werden wieder selbständig und arbeitsfähig. In einem Falle hat K. nach der Heilung eine Geistesverwirrung, welche wie die verursachende Neuralgie mehrere Jahre bestand, zurückgehen sehen.

Ohne Zweifel haften der Operation Gefahren an. Wenn man indessen im einzelnen Falle das Für und Wider genau abwägt, und

wenn man dann den armen Leidenden die Verhältnisse ohne Rückhalt aus einander setzt, wozu man nach K.'s Ansicht hier in weit höherem Maße, als z. B. beim Carcinom, verpflichtet ist, da ja die entsetzlichen Schmerzen an sich das Leben nicht in Gefahr bringen, so findet man keinen Widerspruch gegen die Operation. »Lieber den Tod als solch ein Leben«, diesen Ausspruch hat K. fast von allen seinen Kranken gehört, und ihre schmerzdurchfurchten Züge legen beredtes Zeugnis dafür ab, dass jenes Wort keine bloße Redensart ist. Sind doch Selbstmordversuche in diesen schwersten Fällen von Gesichtsschmerz keine Seltenheit.

Mehrmals war K. gezwungen, die Operation bei Leuten auszuführen, die gänzlich entkräftet waren; einer dieser Fälle betraf einen 52jährigen, noch dazu schwer herzkranken Mann. Nur eine 58jährige Frau ist im Collaps gestorben, die anderen derartigen Kranken sind ohne Störung geheilt. Bei ihnen waren extrakranielle Eingriffe überhaupt nicht mehr möglich; daher blieb keine Wahl, es musste das Ganglion entfernt werden. In so schweren Fällen wird es auch niemals gelingen, die Körperkräfte vorher zu heben; die Schmerzanfälle mit ihren Folgen vereiteln alle unsere Bemühungen.

Nach K.'s Erfahrungen führt die Entfernung des Ganglion Gasseri in allen den Fällen zu dauernder Heilung, in denen die Ursache der Neuralgie dort oder weiter nach der Peripherie zu ihren Sitz hat, das heißt bei der überwiegenden Zahl der Erkrankungen. Wenn aber die Neuralgie durch eine Ursache hervorgerufen ist, welche central vom Trigeminusstamme, also in den Kernen und central von ihnen gelegen ist, dann wird auch die Entfernung des Ganglion Gasseri nichts nützen und ist daher zu verwerfen.

Nach obigem Vortrage hat K. noch zwei Exstirpationen des Ganglion Gasseri ausgeführt, beide Male bei Männern von 63 und 64 Jahren und auf der linken Seite. In beiden Fällen verlief die Heilung ugestört.

(Selbstbericht.)

29) Küster. Zur Rhinoplastik aus dem Arme.

Unter Vorlegung einer Anzahl von Lichtbildern giebt K. einen kurzen Bericht über die bisher von ihm ausgeführten Nasenbildungen aus dem Arme nach der Methode des Tagliacozza bzw. Heinrichs v. Pfalzpoint. Es sind deren im Ganzen 6, von denen 5 Frauen, eine einen Mann betrafen. Die Operation bei dem Manne geschah wegen eines Ulcus rodens am linken Nasenflügel; sie misslang wegen nicht zu bändigender Unruhe des Kranken. 5 Frauen wurden wegen lupöser Zerstörung der Nasenspitze operirt; sie sind sämtlich geheilt. Bei zweien kamen freilich Recidive vor, welche Nachoperationen erforderten. Eine dieser Frauen blieb dann 6 Jahre gesund bei dauernd wohl gebildeter Nase; sie starb nach dieser Zeit an Lungenschwindsucht. Auch die übrigen Nasen sind fast durchweg vortrefflich ausgefallen. — Die Bildung der Nasenlöcher ist in so

fern nicht ganz einfach, als diese, auch bei guter Umrandung mit Haut, eine große Neigung zur Verengerung behalten; man lässt daher am besten einige Monate lang kurze Gummidrains tragen.

Die Ergebnisse der Operation sind jedenfalls der Art, dass dieselbe nur dringend zur Nachahmung empfohlen werden kann.

(Selbstbericht.)

30) v. Eiselsberg (Wien). Zur Technik der Uranoplastik.

v. E. berichtet über die von ihm befolgte Technik, welche im Wesentlichsten in der Operation nach Dieffenbach-v. Langenbeck mit der Billroth'schen Modifikation besteht. Alle Eingriffe werden bei hängendem Kopfe in tiefster Narkose ausgeführt.

Bei breiten Spalten führt diese Methode nicht immer zum Ziele.

Das Gersuny'sche Verfahren der Lappenplastik aus der Zunge ist gewiss in Überlegung zu ziehen, aber technisch nicht einfach.

v. E. hat folgende atypische Eingriffe ausgeführt:

1) Deckung eines breiten Defektes durch Einpflanzung eines einfach gestielten granulirenden Lappens aus dem Vorderarme.

2) Deckung des Uranocoloboma anticum durch frontale Abspaltung des mukösen Überzuges des Zwischenkiefers, Zurückklappen desselben um eine quere Achse und Annähen an die vorher wund gemachten Ränder des Uranocoloboma anticum.

3) Deckung der vorderen Hälfte breiter Uranoschismen durch einen Lappen, welcher dem ganzen Vomer entnommen war (ähnlich der Lannelongue'schen Plastik an der Schleimhaut des Vomer).

4) Einpflanzung des kleinen Fingers zur Aufrichtung einer bulldoggartigen Nase und Verkleinerung des Uranocoloboma anticum.

Das Resultat der sub 1, 2, 3 angeführten Eingriffe war ein sehr zufrieden stellendes, die sub 4 angeführte Operation erzielte eine wesentliche Verbesserung.

v. E. betont, dass alle diese atypischen Eingriffe bloß in besonders ungünstigen Fällen (breite Spalten) in Anwendung kommen sollen.

Anhangsweise wird noch über einen Fall berichtet, in welchem eine aus dem Oberarme gebildete Nase durch Einpflanzung eines ausgekochten Tibiastückes eine bessere Projektion erhielt.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Julius Wolff (Berlin). Die von Herrn v. Eiselsberg mitgetheilten Verfahren des Verschlusses von großen Gaumendefekten durch Ersatz aus mehr oder weniger entlegenen Körpertheilen haben unzweifelhaft einen großen Werth für solche Fälle von angeborener Gaumenspalte, bei denen die Naht misslungen und größere Gaumenpartien durch Gangrän verloren gegangen sind. In allen Fällen aber, in denen zuvor noch keine Operationen vorgenommen worden waren, reicht nach W.'s Erfahrungen das am Gaumen selbst befind-

liche organische Material vollkommen zum Verschlusse des Defektes aus, vorausgesetzt allerdings, dass man zweizeitig operirt und dadurch die schmalen abgelösten Lappen erst noch vor der Vernähung wieder gute Cirkulationsverhältnisse gewinnen lässt.

Gegen die Billroth'sche Abmeißelung der medialen Platten des Processus pterygoideus ossis sphenoidi hat W. bereits im Jahre 1900 seine Bedenken geäußert. Führt man nach der Lappenbildung den kleinen Finger unter den Lappen und löst man mittels desselben alle nach der instrumentellen Ablösung noch übrig gebliebenen kleineren Adhärenzen ab, so bedarf es weder der Seitenschnitte durch das Velum, noch der Billroth'schen Abmeißelung.

(Selbstbericht.)

v. Eiselsberg (Wien) meint, dass selbst nach zweizeitiger Operation noch Fisteln bleiben werden.

Czerny (Heidelberg) operirt einzeitig, näht mit Crin oder Silberdraht und fügt oft das Billroth'sche Entspannungsverfahren hinzu. Fisteln entstehen in $\frac{1}{4}$ aller Fälle. Christel (Mets).

31) Hildebrand (Basel). Fall von veralteter doppelseitiger Luxation des Unterkiefers.

H. berichtet über einen Fall von veralteter (6 Monate) doppelseitiger Luxation des Unterkiefers, in welchem ihm die Reposition nach temporärer Resektion der Jochbögen durch Abhebelung der Kieferköpfchen von der Schädelbasis mit Hilfe des Elevatoriums in vollkommener Weise gelang, ohne jede Muskel- und Bänderdurchschneidung, ohne Resektion der Kieferköpfchen.

(Selbstbericht.)

32) H. Braun (Göttingen). Die Resektion des Nervus sympathicus wegen Epilepsie.

Nachdem früher schon von Alexander (1889) partielle Resektionen am Halssympathicus zur Heilung der Epilepsie ausgeführt und empfohlen waren, wurden dieselben in den folgenden Jahren doch nur selten gemacht. Erst Jonnesco theilte 1899 mit, dass er bei einer größeren Zahl von Epileptikern gute Erfolge durch die doppelseitige Resektion des Halssympathicus und seiner Ganglien erhalten habe. Diese Publikation und die gleichzeitige Empfehlung der Sympathicoektomie bei Morbus Basedowii und Glaukom veranlassten B., die Resektion des Halssympathicus bei Epilepsie vorzunehmen, und zwar entfernte er in 2 Sitzungen das Ganglion cervicale superius, den Grenzstrang des Nerven bis in die Gegend der A. thyreoidea inferior und das Ganglion medium, so fern ein solches vorhanden war. Die Resektionen wurden theils mit einem am vorderen, theils mit einem am hinteren Rande des M. sterno-

cleido-mastoideus gelegenen Schnitte vorgenommen. Die konstanten Folgen der Resektion des Sympathicus waren eine Ptosis des oberen Augenlides, eine Verengung der Pupille und Dilatation, die Erhöhung der Temperatur der einen Gesichts- und Kopfhälfte. Während das erste Symptom dauernd blieb, ging das zweite nach längerer Zeit, das letzte aber sehr bald, meist schon am Tage nach der Operation zurück. Nach diesen Beobachtungen hält es B. für höchst unwahrscheinlich, dass in den Gehirngefäßen eine dauernde Dilatation zu Stande kommen soll, durch welche Jonnesco zum Theil die guten Erfolge seiner Operation erklärt.

Von den 9 durch B. operirten Kranken (8 doppelseitig, 1 einseitig) starb einer an Pneumonie wenige Tage nach der Operation, ein zweiter einige Wochen nach derselben in einem epileptischen Anfalle, bei 2 Kranken ist die Resektion noch nicht lange genug gemacht, um über den Erfolg derselben etwas aussagen zu können. Von den anderen 5 Kranken, von denen die meisten allerdings auch Geistesstörungen zeigten, wurde keiner geheilt, wenn auch bei Einzelnen die Anfälle seltener aufzutreten scheinen. Jedenfalls giebt die Sympathicoektomie bei Epileptikern, die gleichzeitig geisteskrank sind, schlechte Erfolge, und unwahrscheinlich ist, dass bei anderen Formen der Epilepsie eine dauernde Heilung durch die Operation herbeigeführt wird. Jedenfalls ist das bis jetzt bekannte Beobachtungsmaterial noch nicht genügend und zum großen Theile auch noch nicht lange genug nachbeobachtet, um die Resektion des Hals-sympathicus als Mittel zur Heilung der Epilepsie allgemein empfehlen zu können.

(Selbstbericht.)

33) Katzenstein (Berlin). Spina bifida occulta.

K. demonstirt 2 Fälle von Spina bifida occulta. In beiden Fällen ist der Sitz der Affektion die Lendenwirbelsäule, in beiden Fällen wurde K. durch atypische sekundäre Störungen auf das primäre Leiden hingewiesen. Der erste Fall kam zu ihm wegen einer schlaffen Lähmung des rechten Beines, Atrophie und Auswärtsrotation desselben bei Erhaltensein der Reflexe (wesshalb die Diagnose Kinderlähmung ausgeschlossen werden konnte); beim zweiten Falle, einem 17jährigen Manne, bestanden schwere trophische und sensible Störungen der beiden unteren Extremitäten, besonders links (Demonstration von Photographien). Von diesen kongenitalen, bezw. in sehr früher Jugend auftretenden sekundären Störungen bei Spina bifida occulta trennt K. die zur Zeit des größten Körperwachstums zur Beobachtung kommenden. So bestand bei dem jungen Manne seit dem 11. Lebensjahre zuerst leichtes Harnträufeln, seit dem 15. Lebensjahre ging dem Pat. der ganze Urin spontan ab; eben so konnte er Stuhl bei Diarrhöen oder bei psychischen Aufregungen nicht halten. K. führt dieses späte Auftreten sekundärer Störungen auf den Zug eines zwischen Haut und Rückenmark (an der Stelle der Wirbel-

spalte) befindlichen Stranges, der in den bisher secirten Fällen beobachtet wurde, zurück und hat den Pat. durch Exstirpation dieses Stranges und Abpräpariren desselben von der Dura mater von seiner Incontinentia urinae et alvi völlig geheilt. (Selbstbericht.)

34) Kocher (Bern). Ein zweites Tausend Kropfexcisionen.

Nicht bloß maligne und bedrohliche Athembeschwerden bedingende Kröpfe fallen noch zur Stunde unbedingt der operativen Behandlung zu, sondern auch eine große Anzahl von Kolloidkröpfen werden ganz unnütz mit Jodpräparaten behandelt, nämlich alle die cystischen und diejenigen Kolloidknoten, welche schon stärkere regressive Metarmorphosen eingegangen sind.

Die Kropfoperation hat sich auch für dieses zweite Tausend als eine selbst in ganz schwierigen Fällen ungefährliche Operation bewährt. Dass von 27 malignen Strumen aus dieser Zahl 6 gestorben sind, hat seine Erklärung darin, dass hier oft schwere andere Eingriffe, wie Resektion der Trachea, des Ösophagus etc., gleichzeitig ausgeführt werden müssen. Auch die bei Basedow'scher Erkrankung unter 24 Fällen vorgekommenen Todesfälle haben ihren Grund nicht in der Operation als solcher, eben so wenig die 2 Todesfälle unter 20 Excisionen wegen Strumitis.

Von 929 gutartigen Strumen sind bloß 4 gestorben, und zwar gehört einer der Todesfälle in so fern nicht hierher, als die Jaboulay'sche Exothyreopexie gemacht wurde. Unter den 3 Todesfällen, also nicht einmal einer auf 300 Operationen, ist einer durch eine gegen Vorschrift ausgeführte energische Sublimatdesinfektion verschuldet, einer hätte durch rechtzeitige Deutung der Folgen (der Fall wurde nicht von mir nachbehandelt) verhütet werden können, da Pat. an akuter Cachexia thyreopriva starb, und ein Fall war ein Chloroformexitus bei einem beschränkten Individuum, dessen unbändige Aufführung gegen Übung zu Allgemeinnarkose nöthigte. Es ist also an vermeidbaren Folgen der Operation kein einziger Pat. gestorben.

Die Operationsmethode, welche wir für die bewährteste halten müssen, ist unsere Methode der halbseitigen Excision, wie sie in der 4. Auflage unserer Operationslehre sammt einigen neueren Instrumenten, welche sich uns besonders nützlich erwiesen haben, beschrieben werden wird.

Sehr wesentlich halten wir für die Erzielung sicherer Resultate die Anwendung reiner Asepsis ohne Anwendung irgend eines Desinficiens, so wie die Vermeidung der Allgemeinnarkose durch Cocainanästhesie.

Eine der schwierigsten Formen von Strumen, welche an die Technik die allgrößten Anforderungen stellt, ist die Struma intrathoracica. Die Fälle dieser Kategorie sind entfernt nicht alle

gleichwerthig, und es ist am besten, zunächst bloß von *Struma profunda* in allen denjenigen Fällen zu sprechen, bei welchen ein Theil des Kropfes in die Tiefe, d. h. in die obere Thoraxapertur hineingewachsen ist. Diese *Struma profunda* kann eine *partialis* und eine *totalis* sein, d. h. es ist noch ein kleinerer oder größerer Theil am Halse fühlbar oder nicht. Im letzteren Falle hat man es mit einer *Struma occulta* zu thun, welche der Diagnose oft jahrelang entgeht.

Es ist sehr nothwendig, mit diesen Fällen von *Struma occulta* sich vertraut zu machen, da die Pat. oft absolut keine Ahnung von der Natur ihres Leidens haben und von den Ärzten als Asthmatiker behandelt werden, weil ihre Athembeschwerden recht oft anfallsweise auftreten. Dies geschieht ganz besonders dann, wenn es in Folge der *Struma* zu Emphysem und Retentionsbronchitis gekommen ist, vollends wenn das Lungenleiden Veränderungen am Herzen, wie sie bei Emphysem bekannt sind, zur Folge gehabt hat durch Stauung, wenn es zur Entwicklung von »Kropflungen« oder eines »Kropfherzens« gekommen ist.

Außer der pulmonalen und kardialen Form der *Struma occulta* giebt es noch eine mediastinale Form, wo die Stauungserscheinungen im Gebiete der großen Venen wie bei einem Mediastinaltumor in den Vordergrund treten, und dadurch das Bild Basedow'scher Krankheit oder eines Pseudobasedow zu Stande kommen kann mit Vortreten der Bulbi. Am leichtesten der Diagnose noch zugänglich ist die tracheale Form der *Struma occulta*, wo tracheostenotische Erscheinungen das Symptomenbild beherrschen.

Wir bezeichnen alle diejenigen Strumen als intrathoracische, wo der Haupttheil der *Struma* im Bereiche des Thorax liegt. Da ist nun noch eine sehr wichtige Unterscheidung zu machen zwischen beweglichen und unbeweglichen Formen. Selbst wo man am Halse gar nichts, ja eine Einsenkung sieht, wie wir noch letzthin einen Fall vorgestellt haben in der Klinik, ist der Pat. oft im Stande, durch kräftige Expirationsbewegungen, Husten, Räuspern die Geschwulst an den Hals heraufzubefördern, und zwar gelegentlich erstaunlich große Knoten.

Diese *Struma intrathoracica mobilis* macht der Operation erheblich weniger Schwierigkeiten als die *immobilis* oder *fixa*. Letztere ist bloß durch die Perkussion und die Röntgenuntersuchung völlig sicher zu stellen. Die Perkussion ergiebt eine Dämpfung auf dem Manubrium sterni und unter der Clavicula, das Röntgenbild einen Schatten, bei dessen genauer Betrachtung auf dem Schirme man gelegentlich die wichtige Thatsache feststellen kann, dass der Rand bei der Athmung sich verschiebt.

Sonst giebt es für die Diagnose der *Struma intrathoracica* noch eine Anzahl sehr werthvoller Anhaltspunkte, für deren ausführliche Mittheilung wir auf die Originalarbeit verweisen: Die Hochgradigkeit der Dyspnoë, die unerklärlich starke Verschiebung der Trachea

nach einer Seite, die tiefe Resistenz im Jugulum, öfter mit Pulsation, die Zeichen von Recurrens- und Sympathicuslähmung gehören zu diesen Zeichen.

Bezüglich der Technik der Operation einer Struma intrathoracica verweisen wir ebenfalls auf die Originalmittheilung. Wie werthvoll es ist, sich an eine bestimmte, durch Erfahrung ausgebildete Technik in diesen verantwortungsvollen Fällen zu halten, mag damit illustriert werden, dass wir unter den 22 Fällen von Struma intrathoracica, welche wir bei dem zweiten Tausend zur Operation bekamen, keinen einzigen Todesfall erlebten, obschon plötzliche Blutungen und Erstickungnoth die Lage öfter kritisch gestalteten.

Trotz aller Verbesserungen der Technik und ihrer Erfolge dürfen wir in den Bestrebungen nicht aufhören, prophylaktisch und medikamentös die Entwicklung der Kröpfe zu beeinflussen.

Mein Sohn, Dr. Albert Kocher, hat sich seit längerer Zeit unter gütiger Mitwirkung der Herren Prof. Heffter und seiner Assistenten Dr. Bürgi, Keto und Feuerstein damit beschäftigt, die Wirkung der Phosphorbehandlung bei Kröpfen zu studiren, nachdem Trechewsky in einer in dem Laboratorium meiner Klinik durchgeführten, aber nicht veröffentlichten Arbeit auf den Nutzen der Verabfolgung von phosphorsaurem Natron bei der Basedow'schen Krankheit aufmerksam gemacht hat.

Diese Untersuchungen haben eine Reihe von bemerkenswerthen Resultaten zu Tage gefördert, welche wir hier nur ganz kurz andeuten können, auf ausführliche Mittheilung hinweisend. Es hat sich herausgestellt, dass zwischen dem Gehalte der Schilddrüse an Jod und an Phosphor ein gewisses Wechselverhältnis besteht. Wenn das Jod zunimmt, so nimmt der Phosphorgehalt ab und umgekehrt. Aber als eine noch viel wichtigere Thatsache konnte festgestellt werden, dass man durch Phosphorzufuhr im Stande ist, den Jodgehalt der Schilddrüse zu vermehren, man vermag die Schilddrüse mit Jod anzureichern.

Dies ist am auffälligsten in den Fällen, wo der Jodgehalt am bedeutendsten gesunken ist, wie es bei Strumen in der Gravidität und bei Basedow'scher Krankheit am ausgesprochensten gefunden wurde, in geringem Maße bei gewöhnlichen Kolloidstrumen, mehr bei stark degenerirten Kolloidknoten.

In diesen Fällen gelingt es, durch Phosphorzufuhr eine ganz hochgradige Steigerung des Jodgehaltes der Schilddrüse herbeizuführen, mehr als dies durch Jodtherapie geschieht. Da gleichzeitig eine gewisse, hier und da erhebliche Verkleinerung der Schilddrüse eintritt mit Zunahme der Konsistenz, so ist zweifellos, dass der Phosphor die Funktion des Drüsengewebes erklecklich beeinflusst, und zwar im Sinne einer verbesserten Thätigkeit, wenn wir — wie seit Baumann's schöner Entdeckung und Roos' Nachweisen jetzt angenommen wird — in dem Jodgehalte der Schilddrüse einen Maßstab besitzen für die Beurtheilung ihrer Funktionstüchtigkeit.

Es muss demnach angenommen werden, dass auch bei Basedow verwandten Zuständen, wie bei gewöhnlichem Kropfe eine verminderte Thätigkeit der Schilddrüse, eine Hypothyreosis, vorliegt, freilich in sehr anderer Weise, und nicht eine Hyperthyreosis, wie man es gewöhnlich auffasst. Aber während sich bei Kropf die vollständig verarbeiteten Produkte in der Schilddrüse ansammeln und ablagern, scheinen dieselben in der Basedow'schen Krankheit gemäß den abnormen Cirkulationsverhältnissen in die Cirkulation rasch übergeführt zu werden.

Wir verweisen für nähere Ausführung und Begründung theoretischer Punkte auf die ausführlichere Mittheilung und heben hier bloß noch hervor, dass es der Phosphor selber, in Form von Tabletten verabfolgt, ist, welcher am wirksamsten sich erweist, wirksamer als die phosphorsauren Salze, welche zum Theil unverändert ausgeschieden werden. Die Behandlung ist ähnlich der bei Rachitis durchgeführten.

Dass bei der nachgewiesenen Bedeutung der Phosphorzufuhr für die Funktion der Schilddrüse in kranken Zuständen es gestattet ist, auf die Wichtigkeit der Ernährungsweise zur Verhütung sowohl als Behandlung des Kropfes und der Schilddrüsenerkrankungen überhaupt hinzuweisen, haben wir in der Originalmittheilung kurz begründet.

(Selbstbericht).

35) **Kraske** (Freiburg i/B.). Strumaoperationen.

K. berichtet über die in der Freiburger chirurgischen Klinik ausgeführten Strumaoperationen. Unter etwas mehr als 400 Exstirpationen gutartiger Kröpfe (200 Schilddrüsenexstirpationen, die übrigen Enekleationen) sah er 2 Todesfälle, d. h. etwas weniger als $\frac{1}{2}\%$.

Im Anschluss an diesen Bericht spricht er sich über den Werth der nicht operativen Kropfbehandlung, insbesondere der Schilddrüsenbehandlung aus. Er ist der Ansicht, dass die Schilddrüsenbehandlung, mit der immer noch ein großer Missbrauch getrieben werde, am besten ganz aufgegeben werde, und zwar aus folgenden Gründen:

1) Die Darreichung von Schilddrüsen oder von Schilddrüsenpräparaten ist nicht ungefährlich. K. hat die schwersten Allgemeinstörungen namentlich der Herzthätigkeit gesehen. Den einen von seinen Todesfällen nach der leichten, allerdings in Narkose ausgeführten Operation einer einfachen Struma führt er im Wesentlichen auf die vorausgegangene länger dauernde Schilddrüsenbehandlung zurück. Er hat auch Kenntniss von einem Todesfalle erhalten, der bei einem strumakranken Mädchen auf Darreichung von Schilddrüsen-tabletten auftrat.

2) Die Schilddrüsenbehandlung ist von keinerlei Einfluss auf die Rückbildung der Kröpfe, wenigstens bei der Form, die die gewöhnliche ist und bei der der Kropf als Knotenbildung auftritt. Wenn bei einem kropfkranken Menschen auf Schilddrüsenbehandlung eine

Verkleinerung der Geschwulst eintritt, so ist es nicht der kranke Theil der Schilddrüse, d. h. der Kropfknoten, der atrophirt, sondern das noch gesunde, funktionirende Schilddrüsengewebe. Alles andere wird atrophisch, nur der Kropf nicht. Hätte die Schilddrüsen-therapie beim Kropfe wirklich einen Heilwerth, so müsste das in einem Seltenerwerden der Kropfoperationen seinen Ausdruck finden. Die Kropfoperationen sind aber nicht seltener geworden, sondern überall häufiger.

3) Die vorausgegangene Schilddrüsenbehandlung erleichtert im Allgemeinen die folgende Operation nicht, wie vielfach angegeben wird, sondern erschwert sie eher. Die auf die Schilddrüsendarreichung rasch eintretende Atrophie der funktionirenden Drüsenzellen muss eine reaktive Bindegewebsentwicklung zur Folge haben, die zu einer festeren Verwachsung mit der Umgebung führt und die Ausschälung sowohl der einzelnen Knoten als auch der Drüsen aus ihrer Kapsel erschwert.

Die Schilddrüsenbehandlung der Kröpfe ist darum als nutzlos und schädlich zu verwerfen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Goldmann (Freiburg) theilt folgenden Fall mit:

Ein 64jähriger Steinhauer suchte seine Hilfe wegen einer am rechten Sternalrande befindlichen, in der Höhe des 2. Interkostalraumes sitzenden tuberkulösen Fistel auf. Die Annahme, dass dieselbe durch eine Caries sterni veranlasst sei, wurde durch die bestimmte Angabe des Pat., die Fistel sei mit der Rückbildung einer großen, an der linken Halsseite gelegenen Struma entstanden, zweifelhaft gemacht. Keinerlei Kompressionserscheinungen. Durch die Entfernung des Manubrium sterni wurde eine große substernale Eiterhöhle frei gelegt, die zur sekundären Vereiterung des linken Sterno-claviculargelenkes geführt hatte und sich in eine ähnliche, an der linken Halsseite befindlichen Höhle fortsetzte. Die Wände der Höhle waren starr und ihre Innenwand mit einer kontinuierlichen Schicht von Kalkplatten überzogen. Es musste daher die Exstirpation des Sackes vorgenommen werden. Hierbei machte nur die Loslösung des Sackes von der linken Vena anonyma Schwierigkeiten. Wundheilung ungestört. Die mikroskopische Untersuchung der Sackwand ergab, dass eine tuberkulöse Strumitis intrathoracica vorgelegen hat. In den Käseherden sind Tuberkelbacillen reichlich nachgewiesen worden.

Pat. ist später einer Bronchopneumonie erlegen. Die Autopsie deckte alte vernalbte Herde, an der Lungenspitze vereinzelt, verkäste Mediastinaldrüsen und vernalbte tuberkulöse Darmgeschwüre auf. (Selbstbericht.)

Riedel (Jena) hat ca. 500 Strumen operirt. Er betont die Häufigkeit intrathoracischer Strumen in Thüringen. Dieselben saßen

merkwürdigerweise fast immer links, subclavicular oder subkostal, seltener substernal.

R. bevorzugt bei der Operation einen bogenförmigen Schnitt, der bis dicht an das Ohr gehen muss, vor dem geraden Kravattenschnitt Kocher's. Wichtig ist die Venenversorgung, speciell die der Vena thyreoidea ima; erst hiernach erfolgt die Mobilisirung des tiefen Kropfes. Das Chloroform hat R. bei seinen Kropfoperationen jetzt ebenfalls aufgegeben.

Rehn (Frankfurt) erwidert Riedel, dass Kocher nur von wirklich intrathoracischen Strumen geredet hatte. Er selbst beobachtete einen solchen Fall bei einer Frau mit Hämoptoe und dilatirten Hautvenen. R. gab zunächst innerlich Jodpräparate, worauf alle Beschwerden zurückgingen, aber die Struma nach oben kam und sicht- und fühlbar wurde.

König (Berlin) will feststellen, dass es doch auch im Flachlande noch Kröpfe giebt, selbst in Berlin, wo K. allein etwa 70—80 Fälle operirt hat. Die Hälfte hiervon betrafen geborene Berliner. Bei allgemeinem Kropfe lässt K. die eine Hälfte ganz, die andere zur Hälfte zurück. Die Beschwerden hören dann auf, und man erlebt keine Ausfallserscheinungen, von denen K. außer 1mal Tetanie nichts bei seinen Operirten gesehen hat. Unter K.'s Fällen befanden sich übrigens relativ viel substernale und subclaviculare Strumen.

Kocher (Bern) erwidert König, dass $\frac{1}{4}$ zurückgelassener Kropf genügt, um jede Ausfallserscheinung zu verhindern. K. macht übrigens selbst fast immer nur die einseitige Operation, die vollkommen ausreicht. Nur aus kosmetischen Gründen entschließt sich K. bisweilen zur Enukleation. Jaffé (Hamburg).

36) Werckmeister (Zittau). Zur Kehlkopfstirpation.

Nach kurzem Eingehen auf die neuere Litteratur, insbesondere die letzte Arbeit von Sedziak mit 267 Totalexstirpationen des Kehlkopfes wegen Carcinom, von denen 36 Fälle (13,4%) definitiv geheilt waren, 94 (35,2%) starben, 81 (30,3%) recidivirten und der Rest bezüglich des Endresultates unbekannt oder unsicher ist, berichtet W. über einen von ihm operirten und der Versammlung vorgestellten Fall von Larynxcarcinom, der seit fast 2 Jahren recidivfrei ist.

Krankengeschichte: Die 35jährige Pat., Kutscherfrau, stammt aus carcinomfreier Familie, ist sonst nicht krank gewesen, als dass sie schon seit 14 Jahren — von der Operation zurück gerechnet — heiser war. Seit $\frac{3}{4}$ Jahr war sie kurzathmig, schob aber das auf ihre etwa um dieselbe Zeit eingetretene Schwangerschaft. Die Kurzathmigkeit nahm fortwährend zu und wurde seit der am 16. Juni 1899 erfolgten Entbindung so hochgradig, dass die Pat. schließlich nur noch mit Mühe, im Bette aufrecht sitzend, athmen konnte und

sich dann entschloss, einen Arzt zu Rathe zu ziehen. Herr Dr. Bischoff, Specialarzt für Hals- etc. Krankheiten, stellte laryngoskopisch eine den Larynx fast gänzlich ausfüllende unebene Geschwulst fest und verwies die Kranke zur sofortigen Operation in W.'s Anstalt. Die abgemagerte, tief cyanotische Kranke, die alle Zeichen hochgradigster Dyspnoë bot, wurde gleich nach der Aufnahme, am 21. Juli 1899, in Narkose tracheotomirt. Da die Ausführung der Tracheotomia inferior durch eine zwar mäßig große, aber in der Nähe der oberen Thoraxapertur sitzende Struma erschwert gewesen wäre, so wurden nach Abwärtsschieben der Struma der 4.—7. Trachealknorpel eingeschnitten. In den nächsten 8 Tagen erholte sich die Kranke durch den Fortfall des Athmungshindernisses und unter dem Einflusse kräftiger Ernährung. Am 28. Juli wurde in Narkose der Kehlkopf in typischer Weise mit einem T-Schnitt exstirpirt und auch die Epiglottis entfernt, wegen der großen Ausdehnung des Carcinoms, und weil nach Ausweis der Litteratur Recidive auf der zurückgelassenen Epiglottis vorgekommen waren. Der Ösophagus wurde vernäht, die Trachea in den unteren Wundwinkel eingenäht und durch Bildung der bekannten Hautbrücke von der übrigen Wunde nach Möglichkeit isolirt. Aber sowohl die letztere wie die den Ösophagus schließende Naht versagte. Nachbehandlung: Erhöhung des unteren Bettendes in der jetzt bei Laparotomien vielfach geübten Weise, Ernährung per rectum in den ersten Wochen, dann mittels durch den Mund — nicht durch die Wunde — eingeführten Schlundrohres, mehrmals tägliche Erneuerung der lockeren Tamponade der Wunde nach vorhergehender reichlicher Borsäureeinpuderung. Der durch Tieferreten der Trachea vergrößerte, schließlich 7 cm lange Defekt wurde in zwei Sitzungen, am 15. August und 7. September, geschlossen — siehe darüber weiter unten —, da mit Sicherheit vorherzusehen war, dass der Versuch, den Verschluss in einer Sitzung auszuführen, misslingen würde; es stellte sich nur eine feine Fistel nach der zweiten Sitzung ein, die sich nach 7 Tagen wieder schloss. Die Kranke wurde am 28. September entlassen. Zwei üble Zwischenfälle ereigneten sich weiterhin: Etwa 5 Monate nach der Entlassung hatte sich, während die Schwester die Kanüle reinigte, in einer Zeit von höchstens 8 Minuten, die Trachealmündung derartig verengt, dass die Kranke erstickt wäre, wenn nicht W., zum Glücke in der Klinik anwesend, schleunigst herbeigerufen worden wäre und die Einmündungsstelle der Trachea mit dem Trousseau erweitert hätte. Ein anderes Mal hatte die mit sich sehr harte Kranke, als sie die Kanüle aus Bequemlichkeit unter Belassung in der Trachea reinigte, ein reichlich 8 cm langes Stück einer starken Gänsefeder abgebrochen; obgleich die Kranke erst am nächsten Tage kam und die Feder mit einiger Mühe aus der Tiefe herausbefördert werden musste, war auch dieser Zwischenfall mit der Entfernung des Corpus delicti erledigt. — Die Kranke versieht nicht nur ihren Haushalt, sondern verdient noch den Unterhalt für sich und ihre 4 Kinder im Wesentlichen

allein; sie fühlt sich völlig wohl, Anzeichen eines Recidivs sind nicht vorhanden; die Sprache ist eine jedem Bekannten, dem Fremden aber nur bei gewöhnlichen Redewendungen verständliche Flüstersprache.

Die von Herrn Dr. Römer, Assistenten am Breslauer pathologischen Institute, ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein die Larynxwand bis zu dem Schildknorpel hin diffus infiltrirendes typisches Plattenepithelcarcinom handelte, das wahrscheinlich von den wahren Stimmbändern ausging.

W. wiederholt den schon früher gemachten und im John Hopkin's Hospitale zu Baltimore Ma. principiell befolgten Vorschlag, ein Messer, das Carcinomgewebe berührt hat, nicht bei der Trennung gesunder Gewebe zu benutzen, es sei denn, das Messer wurde inzwischen sterilisirt. W. empfiehlt weiter zur Vermeidung von Mediastinitis und Bronchopneumonie das Hochstellen des unteren Bettendes nach Kehlkopfxestirpationen, ferner, bei dem plastischen Verschlusse von Ösophagusdefekten in der von ihm geübten Weise zu verfahren, dass die Vereinigung in 3 Etagen erfolgt: zunächst die Schleimhaut, dann die mittlerweile retrahirten und daher erst wieder vorzuziehenden Weichtheile, nämlich Muskeln und Fascien, und endlich die Haut, und wenn diese fehlt, durch Bildung und Ineinanderschieben von Hautlappen Ersatz zu schaffen; auch nach dieser Nachoperation hat W. zur Einschränkung von Schluckbewegungen Ernährung per rectum angewandt. (Selbstbericht.)

37) L. Heidenhain (Worms). Lungenresektion wegen ausgedehnter eiternder Bronchektasien.

Bei dem 42jährigen Kranken ist durch eine ausgedehnte Resektion wegen multipler bronchektatischer Abscesse im linken Unterlappen eine eigenartige und bemerkenswerthe Besserung erzielt worden. Entfernt wurde der ganze oder fast der ganze linke Unterlappen. Der Kranke ist des weiteren dadurch interessant, dass sich in der Wand der einen bronchiektatischen Kaverne ein kleinhaselnussgroßer Carcinomknoten fand, und dass bisher — die Operation erfolgte am 15 Oktober 1900 — kein Recidiv eingetreten ist¹. Der Kranke, makro- und mikroskopische Präparate waren zur Stelle. Der Pat. gelangte im Wormser städtischen Krankenhause zur Aufnahme mit einer vollkommenen Verdichtung der linken Lunge und einem kleinen Empyem in der linken Seitenfläche. Es erwies sich, dass dieses die Folge war des Durchbruches eines Lungenabscesses in die Pleura. Nach breiter Eröffnung der Zerfallshöhle in der Lunge öffnete sich im Laufe von Wochen eine eiternde bronchiektatische Höhle nach der anderen nach außen. Es zeigte sich, dass der linke Unterlappen

¹ Anmerkung bei Absendung des Referates: Der Kranke ist 4 Wochen nach der Vorstellung in Berlin in der Heimath gestorben. Todesursache nicht bekannt.

vollkommen verdichtet und von eiternden Bronchiektasien und bronchiektatischen Abscessen in Menge durchsetzt war. Der linke Oberlappen war ebenfalls verdichtet, doch an der Eiterung nicht theiligt, die rechte Lunge gesund. Demnach versprach Resektion des eiternden linken Unterlappens Besserung oder Heilung eines unheilbaren Zustandes und wurde ausgeführt nach ausgiebiger Resektion der Brustwand. Die Blutung war stark und musste durch liegende Klemmen gestillt werden. Die Vernarbung der großen Höhle wurde dadurch ermöglicht, dass hier und da an den Wandungen Restchen von Lungengewebe stehen geblieben waren, namentlich auf dem Perikard und auf der Zwerchfellfläche. Die Bronchien und Bronchiolen dieser Lungenrestchen wurden gespalten und lieferten die Schleimhaut zur Auskleidung der großen Höhle.

Die Höhle ist jetzt vollkommen ausgekleidet mit Bronchialschleimhaut. Das Epithel derselben ist zum größten Theile durch Metaplasie in Plattenepithel umgewandelt. Verhornung ist jedoch nicht eingetreten. Die gewaltige Lungenfistel secernirt ziemlich reichlich ein schleimig-eiteriges Sekret, welches zum größten Theile den eröffneten Bronchien entstammt. Ein- bis zweimal täglich muss deshalb eine einfache Reinigung stattfinden. Die rechte Lunge ist gesund. Das Ergebnis ist eine Besserung, welche den Vergleich mit einer Kolotomie z. B. wohl aushalten kann. (Selbstbericht.)

Diskussion.

R. Goepel (Leipzig). Redner möchte in aller Kürze über einen Fall berichten, bei welchem es ebenfalls zur Überhäutung einer ausgedehnten Lungenwunde von dem Epithel der Bronchien aus gekommen ist. Der Fall betraf eine 40jährige Pat. mit Carcinoma mammae, welches dadurch sehr frühzeitig die Brustwand ergriffen hatte, dass die Haut in Folge einer in der Jugend überstandenen Rippenaries fest auf die Rippen fixirt war. Eine radikale Beseitigung des Tumors war nur durch eine ausgedehnte Resektion der Thoraxwand mit den bedeckenden Weichtheilen in über Handtellergröße möglich. Da sich bei der Operation die Lunge an der Stelle des Tumors mit der Hinterfläche der Thoraxwand verwachsen zeigte, konnte die Lunge nicht, wie beabsichtigt, in den Thoraxdefekt eingenaht werden, sondern wurde eine ca. fingerdicke Schicht von der Lunge abgetragen und der Rand der Lungenwunde längs des Randes der Thoraxöffnung fixirt. Die Resorption des bei der Operation entstandenen Pneumothorax fand ziemlich schnell statt. Dagegen bildete sich nur langsam eine gesunde Granulationsfläche auf der Lungenwunde aus, welche siebförmig durchbrochen war durch die zahlreichen Öffnungen der feinsten bis mittleren Bronchien.

Die Frage, in welcher Weise die ausgedehnte Granulationsfläche mit Haut zu decken sei, fand ihre Beantwortung dadurch, dass sich in einem kurzen Zeitraume die ganze Wundfläche mit einem zarten Epithel überkleidete. Dass es sich hierbei nur um eine Über-

häutung, ausgehend von dem Epithel der Bronchien, handeln konnte, ging daraus hervor, dass die Epithelfläche, welche die Lungenwunde bedeckte, durch einen cirkulären granulirenden Streifen getrennt war von dem von den Rändern der Hautwunde aus sich vorschiebbenden Epithelsaume. Mit der Zeit sind die meisten Bronchialöffnungen obliterirt und nur einige wenige erhalten geblieben, welche den größeren durchtrennten Ästen des Bronchialbaumes entsprechen, und durch welche die Luft beim Athmen noch heute aus- und einströmt. Die Operation fand vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahre statt.

Die Neigung der Lungenwunden zu spontaner Überhäutung erscheint geeignet, die Lungenchirurgie wesentlich zu fördern.

(Selbstbericht.)

38) H. Sarfert (Berlin). Über die operative Behandlung der Lungenschwindsucht.

In Deutschland allein stirbt ca. eine Viertelmillion Menschen an Tuberkulose der Lunge, eine noch offene Frage ist es, ob sie in der Abnahme oder nicht vielmehr in der Zunahme begriffen ist (Rahts).

Auffällig ist, dass zu ihrer Heilung verhältnismäßig nur selten zu operativen Eingriffen geschritten wird. Die Schwierigkeit der Feststellung des Grades der Erkrankung und der Indikationsstellung, so wie die Virchow'sche Auffassung der Malignität der Tuberkulose bilden wohl die Hauptursachen.

Für die Anfangsstadien kommt Sanatoriumbehandlung in Frage, vorgeschrittene Fälle mit Höhlenbildungen machen deren Elimination durch operative Eingriffe wünschenswerth. Diese Höhlen (Kavernen) sind der Hauptsitz der Erkrankung; von ihnen aus erfolgt, in Folge Mischinfektion, die Intoxikation des Organismus durch Resorption von Zersetzungsprodukten und Weiterverbreitung (Infektion) auf bisher gesunde Organe. Auch sog. »gereinigte« Kavernen haben schmierig-käsige belegte Wände, in denen Bakterien fortdauernd vegetiren; in ihnen verlaufen aneurysmatisch erweiterte Gefäße, an den Wänden thrombosirte Gefäßstümpfe, durch ihre Ruptur und Ergießung von Blut andere Theile der Lunge inficirend.

Die bisher durch Operation erzielten Erfolge sind wenig ermutigend. Die »Desinfektion« nach Mosler-Hüter u. A. schadete mehr, als sie genutzt, kleine Drainageöffnungen verschafften den Sekreten keinen Abfluss, erschwerten andererseits, in Folge Ausstreichens von Luft neben der künstlichen Öffnung, die natürliche Expektoration.

Später, in der aseptischen Ära, ausgeführte operative Eingriffe scheideten daran, dass man, weil zu hoch operirt (1. Rippe), den Hauptsitz der Erkrankung, die Kaverne, nicht fand, in anderen, an zu tiefer Stelle, einen Pyopneumathorax schuf, außerdem auch die andere nicht operirte Lunge bei der Sekretion hochgradig erkrankt gefunden wurde.

S. hat sich nach Vornahme hundertfältiger Untersuchungen an unsecirten Leichen von Phthisikern (Resektion von Schlüsselbein, Rippen, Brustbein etc.) überzeugt, dass Verwachsungen der Pleurablätter bei derartigen chronischen Fällen, an der Spitze bis herab zur 3. Rippe und noch tiefer, immer vorhanden sind, dass man also künstlich keine zu schaffen braucht, auch gar nicht schaffen kann (vgl. Billroth). Nach Resektion der 2. Rippe in großer Ausdehnung vom Sternalansatze bis zur Achselhöhle kann man sich die ganze Lungenspitze mitsammt den Schwarten stumpf ausschälen, die Kaverne durch Palpation bestimmen und dann »extrapleuralspalten und tamponiren — ohne einen Pneumothorax befürchten zu müssen, da ja eine Pleurahöhle hier nicht mehr existirt.

Eine von S. in dieser Weise an einer Frau vorgenommene Operation (tuberkulöse Kaverne von Kleinf Faustgröße) übte einen günstigen Einfluss in so fern, als Fieber und Hämoptysen verschwanden, die Lungenhöhle verödete und die Lungenspitze narbig schrumpfte.

Nach 6 Monate langem Wohlbefinden starb die Frau an einer akuten fibrinösen Pneumonie des linken Unterlappens — sie war rechts operirt.

Bei der Sektion zeigte sich die rechte Lungenspitze in derbschwartiges Bindegewebe umgewandelt, über die übrige Lunge nur wenige Tuberkelknoten verstreut, nirgends mehr Höhlenbildungen.

(Selbstbericht.)

39) G. Gottstein (Breslau). Die diagnostische Bedeutung der Probeexcision auf ösophagoskopischem Wege. (Mit Demonstration von Präparaten.)

G. führt aus, dass durch die Ösophagoskopie bedeutende Fortschritte in der Diagnostik der Erkrankungen der Speiseröhre erzielt worden sind, dass aber die klinische Untersuchung allein mitunter doch noch keinen sicheren Aufschluss giebt. Erst durch die Probeexcision und die nachfolgende mikroskopische Untersuchung kann die Diagnose auf einen exakten Boden gestellt werden. G. führt eine Anzahl Fälle an, wo Fehldiagnosen gemacht worden sind, die erst die Sektion klar stellte.

Die Probeexcision durch das Ösophagoskop ist in der Breslauer chirurgischen Klinik bis Anfang April 1901 47mal in 34 Fällen vorgenommen worden. In 28 Fällen fand sich Plattenepithelcarcinom, in 3 Fällen Drüsenkrebs, in 1 Falle Medullarcarcinom, in 1 Falle konnte mikroskopisch die Diagnose eines Ulcus pepticum bestätigt werden, in 1 Falle konnten Aktinomycesdrüsen nachgewiesen werden. Die diagnostische Probeexcision ist nach den bisherigen Erfahrungen gefahrlos und verursacht dem Pat. keine Beschwerden; die Blutung nach der Excision ist im Allgemeinen gering. Die Probeexcision ist nicht schwierig auszuführen, jedenfalls viel leichter als endolaryngeale Eingriffe. Mitunter sind mehrfache Excisionen nothwendig,

um die Diagnose sicher zu stellen. Excisionen sind bisher nur bei ulcerirten Processen vorgenommen worden. In manchen Fällen wird durch die Probeexcision den Pat. eine bedeutende Erleichterung ihrer Beschwerden geschafft, weil oft schon nach Entfernung von nur kleinen Gewebstheilchen die Passage in den Magen wieder frei werden kann.

Demonstration von Zangen zur Probeexcision, so wie von mikroskopisch entfernten Gewebstheilchen und mikroskopischen Präparaten.

Im Anschlusse daran Demonstration eines von G. konstruirten ösophagoskopischen Phantoms mit Moulagen von normalen und pathologischen ösophagoskopischen Bildern, nach dem Leben angefertigt von Dr. Paul Berliner (Berlin). (Selbstbericht.)

40) v. Hacker. Zur operativen Behandlung der periösophagealen und mediastinalen Phlegmone.

Votr. erörtert diese Frage an der Hand zweier eigener Beobachtungen. Im ersten Falle einer vom Halse ausgehenden periösophagealen ins obere Mediastinum absteigenden Phlegmone bei oberflächlicher Exulceration des Ösophagus ohne Perforation konnte durch die den Retrovisceralraum freilegenden beiderseitigen tiefen Halsincisionen mit Eröffnung und Drainage des Mediastinums der letale Ausgang des schwer septischen Processes nicht aufgehalten werden.

Wegen der Kürze der Zeit wird hauptsächlich der noch interessantere zweite Fall erörtert, der beweist, dass unter Umständen selbst eine nach nachweisbarer Perforation des Ösophagus im oberen Thoraxraum entstandene akute jauchige Phlegmone des Mediastinums durch ausgiebige Eröffnung vom Halse mit folgender Heberdrainage bei Trendelenburg'scher Lagerung zur Ausheilung gelangen kann. Es dürfte das wohl der erste Fall dieser Art sein.

Es handelte sich um eine 37jährige Frau, die nach Laugenverätzung eine impermeable Ösophagusstriktur (von 29,5 cm, von der Zahnreihe bis zum Zwerchfell reichend) davongetragen hatte. Im Oktober 1900 hatte sie v. H. in der Klinik gastrostomirt; danach war eine wesentliche Erholung und Gewichtszunahme eingetreten. Bevor die beabsichtigte »Sondirung ohne Ende« begonnen worden war, drang sie auf ihre Entlassung, angeblich wegen schwerer Erkrankung ihres Mannes, und reiste nach Hause, nach Südtirol. Es war ihr eingeschärft worden, sich nicht bougiren zu lassen, das Drain in der Fistel zu belassen und nach etwa 1—2 Monaten in die Klinik zurückzukehren. Flüssiges konnte sie jetzt bereits vom Munde her nehmen. Nach 2 Monaten kam die Pat. in desolatem Zustande in die Klinik zurück. Sie hatte sich, obwohl ihr die möglichen Folgen vor Augen gehalten worden waren, dennoch

sofort zu Hause sondiren lassen. Als dies nach einiger Zeit ziemlich gelang und sie mehr Nahrung vom Munde nehmen konnte, hatte sie den Arzt bestimmt, das Rohr aus der Magenfistel zu entfernen, die jetzt seit einem Monate völlig vernarbt war. Bei der letzten Sondirung vor 3 Tagen (7. Februar 1901) traten sofort heftige Schmerzen hinter dem Sternum und um den Thorax herum auf, so dass die Frau mittels Wagen nach Hause befördert werden musste; am nächsten Tage stellten sich Athembeschwerden und ein Beklemmungsgefühl auf der Brust ein. Bei der am 10. Februar aufgenommenen Pat., die einen sehr leidenden Eindruck machte, fiel zunächst ein fast kontinuierlicher quälender Husten mit Auswurf von schaumigem Sputum auf. Temp. 38,6, Puls 132. Die Sternalgegend schmerzhaft, auch auf Druck. Unter dem Jugulum eine nach abwärts im Bogen wie ein Collier sich begrenzende, bei Lagewechsel sich verändernde Dämpfung. Der Hals erscheint wie von innen her aufgetrieben, druckempfindlich, namentlich rechterseits, jedoch kein Emphysem, keine circumscriphte Schwellung oder Fluktuation nachweisbar. Hinten links in der Höhe des IX. Proc. spin. seitlich von der Wirbelsäule eine umschriebene Dämpfung mit bronchialem Athmen. Die von der langen Reise ermattete Pat. wird ganz flach ins Bett gelagert und das Fußende desselben bedeutend erhöht. Am nächsten Morgen konnte in der rechten seitlichen unteren Halsgegend geringes Emphysemknistern nachgewiesen werden; diese Gegend war auffallend druckempfindlich; auch war Foetor ex ore wahrnehmbar. Die meisten anderen Symptome waren über Nacht gebessert worden. Der Hals war entschieden abgefallen, der Husten viel geringer, Temp. 37,3, Puls 102. Die Dämpfung unter dem Jugulum war kleiner. Hinten links unten nur Giemen und Rasseln hörbar.

Da demnach über die Diagnose: periösophageale und mediastinale Phlegmone nach Läsion oder Perforation des Ösophagus kein Zweifel war, wird die Frau sofort noch am Morgen des 11. Februar in Narkose operirt.

Erstens wird die Wiedereröffnung der Magenfistel vorgenommen; es gelingt erst nach einem Medianschnitt unter Leitung der noch adhärennten Magenpartie durch Einschneiden von außen in die Tiefe der ersten Operationsnarbe den in den Bauchdecken noch vorhandenen Kanal zu drainiren.

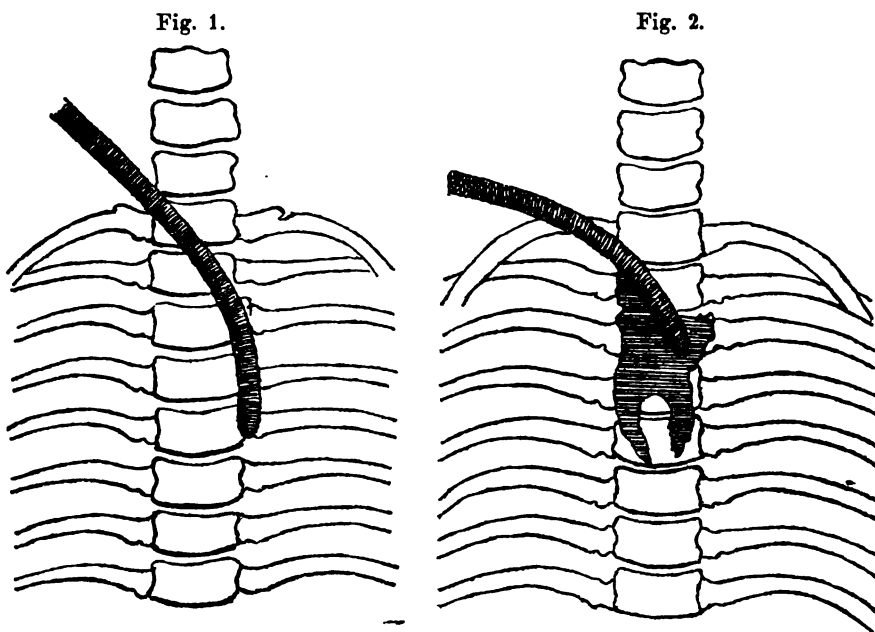
Zweitens wird die Eröffnung der Phlegmone vom Halse her vorgenommen.

Von einem Schnitte am Innenrande des rechten Kopfnickers wird zwischen Schilddrüse und den großen Gefäßen in die Tiefe gegen die Wirbelsäule, den Ösophagus und die Gegend der oberen Thoraxapertur vorgedrungen. In die letztere Richtung leitete ein deutliches Ödem des Zellgewebes. Plötzlich entströmte der Tiefe der Wunde unter einem pfeifenden Geräusche eine Menge Gas von aashaftem Geruche. Der gegen das Mediastinum vorsichtig vordringende Finger gelangte jetzt in eine Höhle, aus der sich etwa $\frac{1}{4}$ Liter

jauchiger Flüssigkeit entleerte. Der Finger tastete nach hinten die Wirbelsäule, nach vorn die Sternalwand. Die Höhle wurde mit Salicyllösung ausgespült, dann ein Drainrohr und ein Jodoformgazestreifen bis an den tiefsten Punkt (gut 10 cm unter das Jugulum) geleitet. Die Pat. wurde wieder wie vor der Operation im Bette gelagert, das Drain zur Heberdrainage in eine Wulffsche Flasche geleitet. Schon am nächsten Morgen war die Pat. ganz munter (Temperatur 36,4), Schmerzen nur mehr in der Halswunde vorhanden. Die Dämpfung über dem Sternum war verschwunden, auch alle anderen Erscheinungen gingen zurück; vom 8. Tage an stieg die Temperatur nie mehr über 37,4, der Puls ging auf 80 und einige 70 zurück. Die Ausheilung erfolgte, nachdem über 2 Monate die Heberdrainage durchgeführt wurde (Anfangs im Bette, dann bei Tage mittels einer kleineren an der Taille getragenen Flasche). Die am 3. Tage nach der Operation nachgewiesene mit der Höhle kommunikirende Lücke im Ösophagus war nach 14 Tagen geschlossen.

Von Interesse dürfte für andere Fälle der hier durchgeführte Nachweis der Perforation des Ösophagus sein. Es wurde in der ganzen Länge der schief über die Wirbelsäule nach links abwärts einführbaren Sonde ein Gazestreifen bis an den tiefsten Punkt der Höhle geleitet, der mit einer 2%igen Lösung von Ferrocyankalium imprägnirt war. Nachdem die Pat. eine kleine Menge einer 2%igen Lösung von Ferrum citric. oxydat. verschluckt hatte, war der sofort herausgezogene Streifen in seinem unteren über 3½ cm langen Stücke intensiv berlinerblau gefärbt. Bei Wiederholung fiel diese Perforations- oder Kommunikationsprobe am 14. Tage nach der Operation negativ aus. Dass die Perforation etwa 3 cm unter dem Jugulum liege (da der tiefste Punkt jetzt über 6½ cm von diesem entfernt war), bestätigte auch eine mit einem ausgekochten ösophagoskopischen Tubus vorgenommene endoskopische Besichtigung der Höhle, bei der etwa in dieser Höhe an einer bei der Respiration sich verschiebenden eitrig belegten Platte eine deutliche Perforationsöffnung sichtbar war, während der Ösophagus als solcher nicht erkannt werden konnte. Da v. H. die Absicht hatte, im Falle einer Verschlimmerung und des Weitergreifens des Processes bei der Kranken sofort durch Eröffnung des Mediastinums vom Rücken her eine Gegenöffnung anzulegen, wurden zwei Radiogramme angefertigt, um sich 1) über die Lage des tiefsten Punktes der Eiterhöhle im Thorax und 2) darüber zu orientiren, ob diese Höhle leichter durch eine linksseitige oder rechtsseitige solche Operation zu erreichen wäre. Das eine Röntgenbild wurde am 3. Tage nach der Operation angefertigt, nachdem ein 10,5 mm dickes Drainrohr in die Tiefe der Höhle (über 6 cm vom Jugulum) eingeführt war (s. Fig. 1). Aus den gegebenen Größen: Abstand der Röhre von der Platte, dem wirklichen Durchmesser des Drains und dem Durchmesser des Bildes desselben auf der Platte konnte durch eine Proportion der Abstand des Rohres

von der Platte mit 9,7 cm berechnet werden. Diese Berechnung war für das unterste Ende des Drains gemacht worden, das am Röntgenbilde links von der Wirbelsäule bis zur 5. linken Rippe reichte. Da nach Leichenversuchen beim Weibe in der Rückenlage der vorderste Punkt der Wirbelsäule etwa 10 cm von der Unterlage entfernt ist, so musste das Ende des Drains thatsächlich ganz nahe der Wirbelsäule und zwar etwas nach links seitlich und zurück liegen. Es war danach voraussichtlich, dass das Ende der Abscesshöhle vom Rücken her etwa in der Höhe der 5. Rippe links von der Wirbelsäule durch die Operation erreichbar sei. Da in dieser Gegend auf der linken Seite die Operation durch die Aorta erschwert sein konnte, wurde am 14. Tage nach der Operation ein zweites Radiogramm angefertigt, nachdem die Höhle



Schema zum Röntgenbild I und II.

so weit als möglich mit Jodoformglycerin angefüllt war, hauptsächlich zu dem Zwecke, um festzustellen, ob die Eiterhöhle auch von der rechten Seite vom Rücken her gut erreichbar sei (s. Fig. 2). Das Bild zeigte die Höhle bereits geschrumpft, das Rohr hatte nur mehr bis zur 3. Rippe vorgeschoben werden können. Die bogenförmige Begrenzung der Höhle nach abwärts ist wohl durch den wiederangelegten oder den hier noch nicht abgehobenen Ösophagus bedingt. Das Jodoformglycerin bedeckte nach dem Bilde die vordere Wand der Wirbelkörper ziemlich der ganzen Breite nach, so dass die Höhle wohl auch durch eine rechtsseitige Operation eröffnenbar erschien.

Aus der Besprechung der Technik der Operation vom Halse her, die v. H. als *Mediastinotomia collaris* zu bezeichnen vorschlägt, sei nur erwähnt, dass in beiden Fällen die Eröffnung des retrovisceralen Raumes und des Mediastinums von dem gewöhnlichen Schnitt am vorderen Rande des Kopfnickers mit Eingehen zwischen Schilddrüse und Gefäßen gut gelang, während Heidenhain dazu einen Querschnitt und das Eindringen am lateralen Rande der Jugularis linkerseits und zwischen Jugularis und Carotis rechterseits empfiehlt. Behufs Eröffnung des Mediastinums vom Rücken her, die er als *Mediastinotomia dorsalis* bezeichnet, glaubt Votr. nach Leichenversuchen und einer Erfahrung an der Lebenden (bei *Caries vertebrarum*), dass es in Fällen von Phlegmone nicht nöthig sei, einen Querfortsatz zu entfernen, wie dies Heidenhain vorschlägt, sondern zweckmäßiger sei, vom Gelenke zwischen Querfortsatz und Rippe nach auswärts entsprechend große Stücke von 1—3 Rippen zu entfernen.

Der erwähnte Fall, in dem es sich um eine thatsächliche Perforation des Brusttheiles der Speiseröhre handelte, schließt sich den zwei jüngsten Beobachtungen von Heidenhain und Rasumowski an, in denen bei Läsionen des Halstheiles des Ösophagus und einer vom Halse ins obere Mediastinum absteigenden Phlegmone durch die breite Eröffnung vom Halse her und die Drainage eine völlige Ausheilung erzielt wurde. Bei Hinzuzählung von v. H.'s erstem und dem von Ziembicki veröffentlichten Falle ergeben sich unter fünf in so gründlicher Weise operirten Fällen von akuter Mediastinalphlegmone 3 Heilungen. (Bei Lürmann und Obalinski ist nur von einer einfachen Incision der fluktuirenden Halsstelle die Rede.) Erfahrungen über die Erfolge der dorsalen Mediastinotomie bei akuter Phlegmone fehlen bisher noch völlig.

Nach diesen Beobachtungen kann der von Ziembicki aufgestellte Grundsatz, bei jeder Phlegmone des Mediastinums abgesehen von der Halsincision auch sofort die Eröffnung des Mediastinums vom Rücken her auszuführen, nicht aufrecht erhalten werden, um so weniger, als die Gefahr dieser an sich eingreifenden Operation durch die nie mit Sicherheit zu vermeidende eventuelle Eröffnung und Infektion der Pleurahöhle sehr wesentlich vergrößert wird. In erster Linie wird also in derartigen Fällen die Eröffnung des Mediastinums vom Halse her (*Mediastinotomia collaris*) in Betracht kommen, schon deshalb, da ja in der Mehrzahl derselben die Phlegmone vom Halse ausgeht, oder, wenn sie im oberen Mediastinum entstand, sich bald zum Halse hin ausbreitet. Eine solche Operation muss dann aber auch thatsächlich zuerst den Eiterherd am Halse je nachdem von einer einseitigen oder beiderseitigen tiefen Incision nach allen Richtungen völlig freilegen und dann auch längs der Wirbelsäule und dem Ösophagus bis zur Höhle ins Mediastinum vordringen, diese gründlich entleeren und bei Trendelenburg'scher Lagerung des Pat. ausgiebig

drainiren. Selbst wenn mit dieser Operation das Auskommen nicht gefunden würde, wäre es doch wichtig, durch dieselbe etwa die stürmischen Symptome zum Rückgange zu bringen, dem Prozesse durch die Entleerung zum Theil den akuten septischen Charakter zu nehmen, den Pat. von dem ersten Eingriffe, in dem wohl meist auch zweckmäßigerweise die Magenfistelbildung vorzunehmen wäre, sich einigermaßen erholen zu lassen, bis etwa nach Klarstellung des zweckmäßigsten Ortes (Seite und Höhe) für die dorsale Mediastinotomie diese zweite Operation Behufs Schaffung einer Gegenöffnung sofort dann ausgeführt würde, wenn kein ausgesprochener und dauernder Rückgang der Allgemeinerscheinungen und des lokalen Processes statthat.

(Selbstbericht.)

41) Henle (Breslau). Laparotomie und Pneumonie.

H. hat aus der großen Zahl der postoperativen Pneumonien diejenigen herausgegriffen, welche sich im Anschlusse an Laparotomien entwickeln, und zwar mit Rücksicht auf die verhältnismäßig sehr große Zahl derselben. Er hat den Begriff der Laparotomie in so fern weiter gefasst, als es gewöhnlich geschieht, als er alle Operationen hierher rechnet, welche mit der Eröffnung des Bauchfells einhergehen, resp. das Bauchfell in erheblicher Weise tangiren, insonderheit auch die Hernien. Das Material, welches den Zeitraum von 1890 bis Ende März 1901 umfasst, setzt sich zusammen aus 1787 Operationen, von denen 1598 auf die Klinik, 189 auf die Privatklinik des Herrn Geh.-Rath v. Mikulicz entfallen. Es wurden 143 Pneumonien beobachtet, von denen 65 tödlich verliefen. Das giebt eine Morbidität von 8% und eine Mortalität von 3,6%. Vergleichsweise finden sich bei 200 Mammaamputationen nur 2 Pneumonien und 1 Todesfall, gleich 1, resp. $\frac{1}{2}\%$, und selbst bei Strumaoperationen kamen nur 7% Pneumonien vor, von denen 2% einen tödlichen Verlauf nahmen.

Die Mehrzahl der Pneumonien sind lobuläre Formen. Meist spielt sich der Process im Unterlappen ab, etwas häufiger im rechten wie im linken, oder auch in beiden.

Von 52 Gestorbenen konnten Sektionen gemacht werden: Es fand sich 7mal eine lobäre fibrinöse Pneumonie. Von den lobulären waren 10 doppelseitig, 6 linksseitig, 7 rechtsseitig und je eine vorwiegend links- resp. rechtsseitig. 17mal fand sich Gangrän, 12mal doppelseitig, 2mal links, 3mal rechts, 2mal serofibrinöse Pleuritis ohne Lungenveränderung. Bei 5 von diesen Fällen wurden Embolien in den Lungenarterien nachgewiesen. 3 einfache Infarkte sind hier nicht mitzurechnen.

Die große Mehrzahl der Erkrankungen tritt am 2. Tage in die Erscheinung, verhältnismäßig viele noch am 3. und 4. Tage, eine geringere Anzahl am 1. resp. nach dem 4. Tage.

Zur Entstehung der Pneumonie gehört das Zusammentreffen einer Disposition mit einer Infektion. Die Disposition steigt mit dem Alter. Auf 100 Laparotomien bei 11—20jährigen kommen 3,4 Pneumonien, bei mehr als 70 Jahre alten Personen 27 Pneumonien. Eine verschiedene Disposition bei beiden Geschlechtern, welche zu einer etwas häufigeren Erkrankung des männlichen führt, ist wohl auf den Alkoholgenuss des letzteren zurückzuführen. Kreislaufstörungen, Arteriosklerosen, postoperative oder durch Blutverlust, Fieber etc. bedingte Herzschwäche erhöhen die Disposition. Auch von der Art der Erkrankung, welche die Laparotomie nöthig macht, ist die Disposition abhängig. So geben benigne Prozesse auch bezüglich der Pneumonie durchweg eine bessere Prognose als maligne. Die Gastroenterostomie bei Carcinom ist in 14% der Fälle von Pneumonie gefolgt, 9% sterben daran; bei gutartiger Stenose haben wir 9 $\frac{1}{2}$ % Pneumonien, keinen Todesfall.

Die Frage nach der Schädlichkeit der Narkose war bereits von Herrn Geh.-Rath v. Mikulicz in seinem Vortrage beantwortet worden, es wird daher nur nochmals an einer graphischen Darstellung gezeigt, dass die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle nach Schleich'scher Infiltration etwas größer ist, wie nach Narkose. Die Mortalität ist im Ganzen größer bei Infiltration, obwohl die Pneumonien nach letzterer etwas benigner verlaufen sind, wie die nach Narkose aufgetretenen. Die größere Zahl der Pneumonien nach Schleich ergibt sich auch bei gesonderter Betrachtung einzelner Operationen, so der Gastroenterostomie und der Magenresektion. Eine Ausnahme macht nur die Gastrostomie, welche nach Infiltration seltener von Pneumonie gefolgt ist, wie nach Narkose. H. erklärt dies durch die Annahme, dass die Narkose doch eine gewisse Schädigung mit sich bringt, dass diese aber bei allen größeren Operationen lange nicht so schwer wiegt, wie durch Schmerz, Aufregung etc. gesetzte Schwächung des Herzens und des Gesamtorganismus. Die Operationen, welche sich unter lokaler Anästhesie wirklich schmerzlos ausführen lassen, üben diesen schlechten Einfluss wenig oder gar nicht und geben daher unter Infiltration bessere Resultate.

Das wichtigste disponirende Moment, auf welches auch Gerulanos in seiner Arbeit über die postoperativen Lungenerkrankungen gebührend aufmerksam gemacht hat, ist die Erkältung. H. hat einen Theil der Experimente, wie sie von Lode, Dürck, Fischel, Nebelthau, Zillesen angestellt wurden, im Verein mit Dr. Heile nachgeprüft resp. modificirt. Kaninchen wurden mit Äther narkotisiert und dann mit Äther begossen. Kontrollthiere wurden auf einem Thermophorkissen narkotisiert. Das Experiment wurde $\frac{1}{2}$ Stunde, später nur $\frac{1}{4}$ Stunde ausgedehnt. Während des Versuches wurde oft ein Temperaturabfall bis zu 15° beobachtet. Die erkälteten Thiere sind nach dem Versuche sehr elend: packte man sie nicht mit einem Thermophor zusammen in Watte ein, so gingen sie auch nach $\frac{1}{4}$ stündigem Versuche in der Regel zu Grunde. In den Lungen der ab-

gekühlten Thiere fanden sich regelmäßig starke Hyperämie, Blutungen in die Alveolen, Quellung und Ablösung von Alveolarepithelien. Diese Zustände hielten 3—4 Tage lang an (Demonstration). Der wichtigste Beweis für die Wirkung der Erkältung wird durch die Erfahrungen der Klinik geliefert, in so fern als, seitdem die Gelegenheit zur Erkältung eingeschränkt wird, auch die Zahl der Pneumonien erheblich zurückgegangen ist. Bis 1898 betrug der Procentsatz der Pneumonien 8—10%, 1899 6,6%, 1900 3,6% und in den ersten Monaten von 1901 2,1%. Im Laufe des Jahres 1899 wurden erwärmte Operationstische eingeführt und die Wasserwaschung durch Seifenspiritus ersetzt. Bei der Vorbereitung mit dem letzteren bleiben die Pat. im Bette, sie werden, abgesehen vom Operationsgebiete, nicht durchnässt, und die ganze Vorbereitung nimmt nur 5 Minuten in Anspruch.

Es werden dann noch als Beweis für die Wirkung der Abkühlung einige Pneumonien erwähnt, die sich im Anschlusse an kalte Ausspülungen großer Echinococchöhlen entwickelt haben.

Unter den disponirenden Momenten ist schließlich noch zu nennen die Schmerzhaftigkeit des Abdomens, welche Athmung und Expektoration behindert. In dieser Beziehung müssen am ungünstigsten wirken die median oben gelegenen Laparotomiewunden, da sie beim Athmen und Husten am meisten gespannt werden. Besonders schwerwiegend muss der Einfluss dieser Störungen dann sein, wenn sich pathologische Veränderungen der Lunge schon entwickelt haben. Das heilende Moment der Expektoration geht dann ganz oder großentheils verloren.

Soll aus den oben besprochenen experimentell gesetzten Lungenveränderungen eine Pneumonie werden, so muss eine Infektion hinzukommen. Die Infektionserreger können auf 2 Wegen in die Lunge gelangen, durch die Luftwege und durch das Blut. Lipari gelang es, bei abgekühlten Kaninchen durch Einbringen von Pneumoniensputum in die Trachea Pneumonie zu erzeugen. Unsere mit Reinkulturen ausgeführten analoge Versuche sind erfolglos geblieben.

Von den menschlichen Pneumonien entwickelt sich wohl sicher ein großer Theil von den Luftwegen aus. Solche Pat., die schon vor der Operation Erkrankungen der Athmungswege zeigen, erkranken mit Vorliebe. Die verhängnisvollste Form der hierher gehörenden Lungenaffektion ist ohne Zweifel die Aspirationspneumonie, wie sie auf Grund der Aspiration von Mageninhalt entsteht, der während oder nach der Operation erbrochen wird. Andererseits entstehen aber auch sehr schwere Pneumonien, auch Gangrän, ohne dass die Pat. jemals erbrochen haben. Ein Theil von diesen Lungenerkrankungen dürfte wohl hämatogen als Metastase anderweitig lokalisirter Eiterungen zu Stande kommen. Dafür spricht die Erfahrung, dass Störungen der Wundheilung verhältnismäßig oft mit Lungenerkrankungen kombinirt sind. Auch hier wurden wiederum Thierexperimente zu Rathe gezogen, und zwar mit positivem Erfolge. Die Bak-

terien wurden bei einer Versuchsreihe als Bouillonkultur in die Ohrvene injiziert; in einer anderen nähten wir kleine mit Bouillonkultur getränkte Gazebausche in die Bauchhöhle ein, und zwar wiederum unter Anwendung von Narkose und Abkühlung. Es gelang auf diese Weise, je einmal vom Ohre aus mit *Tetragenus* und von der Bauchhöhle aus mit *Streptokokken* eine Pneumonie zu erzeugen. In beiden Fällen ließen sich in dem aus massenhaften Leukocyten und gequollenen Epithelien bestehenden Exsudat die betreffenden Mikroorganismen nachweisen. Die erwärmten Kontrollthiere zeigten diese Veränderungen nicht.

Als Weg, den die Infektion von der Bauchhöhle zur Lunge hin nimmt, muss man hauptsächlich an die Verbindungen denken, welche zwischen den Venen des Pfortaderkreislaufes und der Cava, der Hypogastrica, den Ösophagusvenen bestehen. Die von Gerulanos angegebene Möglichkeit, das kleinste Emboli die weiten Leberkapillaren passieren, um dann in den engen Lungenkapillaren stecken zu bleiben, verdient sehr wohl Beachtung. Auch die Lymphbahnen mögen für den Transport der Infektionserreger in Betracht kommen. In einigen Fällen hat die Sektion nur eine Pleuritis, keine Pneumonie ergeben. Dies lässt an ein Durchwandern der Infektionserreger durch das Zwerchfell denken.

Welcher von den verschiedenen Infektionswegen besprochen wird, und wie überhaupt die Genese der Pneumonie ist, das lässt sich für den einzelnen Fall kaum sagen. Wenn die Magenoperationen in viel größerer Zahl Pneumonien nach sich ziehen, als die Gallenblasenoperationen, so liegt das wohl daran, dass die Magenoperationswunde für die Expektoration ungünstig gelegen ist, dass das intraabdominale Operationsfeld unmittelbar unter dem Zwerchfelle liegt, dass die Pat. doch immerhin häufig erbrechen, dass die Asepsis nicht durchführbar ist, dass zwischen den Magen- und Ösophagusvenen weite Kommunikationen bestehen und dass endlich die Pat. meist sehr heruntergekommen sind. Bei den Gallenblasenoperationen wird der Schnitt seitlich geführt, das intraabdominale Operationsgebiet ist von dem Zwerchfelle durch das dicke Polster der Leber getrennt, die Pat. sind oft kräftig und in gutem Ernährungszustande.

Ähnliche oder gleichartige Operationen, unter verschiedenen Umständen ausgeführt, wirken in verschiedener Weise auf die Lungen. So ist die Herniotomie incarcerirter Hernien häufiger von Pneumonie gefolgt, wie die Radikaloperation freier Brüche. Die aseptische Radikaloperation der Perityphlitis war niemals von Pneumonie gefolgt, dagegen die als Operation viel einfachere Incision perityphlitischer Eiterungen relativ oft.

Für die Therapie ergibt sich aus dem Gesagten die Nothwendigkeit, von den besprochenen Schädlichkeiten so viel wie möglich auszuschließen, so die Infektion, die Gelegenheit zur Aspiration etc. Man soll dafür sorgen, dass die Operirten gut athmen und expektoriren. Man lässt sie am besten eine Art Athemgymnastik treiben

und beruhigt sie über die meist vorhandene Befürchtung, dass sie sich durch das Husten schaden könnten. Die Expektoration unterstützt ein Verband, der das Abdomen ganz leicht komprimirt und dadurch Zerrungen von der Wunde fern hält, aber doch nicht so eng ist, dass er die Athmung behindert. Besonders wichtig ist die Athmgymnastik, wenn man Morphium giebt, durch welches nicht nur der Schmerz gestillt, sondern auch der Reiz zur Expektoration herabgesetzt wird.

Das Wesentlichste ist die Vermeidung der Erkältung. In dieser Hinsicht ist, wie gesagt, der Seifenspiritus zur Desinfektion zu empfehlen, ferner große Vorsicht bei Verabfolgung der nothwendigen Bäder und endlich ein erwärmbarer Operationstisch. In der Breslauer Klinik sind Thermophorkissen in Gebrauch, die aber, wenn man Verbrennungen der Pat. vermeiden will, gut eingepackt werden müssen. Leider sind sie sehr oft reparaturbedürftig.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Krönlein (Zürich) hat nach 300 Laparotomien nur eine Pneumonie gesehen. Er verwendet dabei nur Äther- oder gemischte Morphium-Äthernarkose. Wichtig ist die Qualität und Quantität des verbrauchten Äthers. Gegen die Abkühlung der Kranken verwendet K. keine besonderen Vorsichtsmaßregeln. Er gebraucht als Asepticum nur steriles Wasser.

Kümmell (Hamburg) sah unter 1070 Laparotomien 40 Pneumonien; davon starben 29 und 11 wurden geheilt. Bei ersteren handelte es sich um 8 krupöse und 21 hypostatische Pneumonien. Die Todesfälle betrafen fast nur kachektische Personen, meist carcinomatöse. Im Ganzen sah K. 4 Ätherpneumonien, wofür die klimatischen Verhältnisse auch wichtig sind. K. hat neuerdings den Äther nach Möglichkeit wieder eingeschränkt. Er sorgt für häufigen Lagewechsel der Operirten und lässt sie möglichst früh aufstehen.

Jaffé (Hamburg).

Stolper (Breslau) hält ein unerwähnt gebliebenes Moment für disponirend zur Pneumonie nach Laparotomien, die Fettembolie der Lungen. Dieselbe komme nicht bloß bei schweren Knochenbrüchen, sondern bei starken Quetschungen von Fettgewebe überhaupt vor. Solche seien aber etwas Gewöhnliches bei Laparotomien. Er hat bei einer alten Frau, die 8 Stunden nach Laparotomie wegen Gallensteinileus starb, hochgradige Fettembolie der Lungen bei der Sektion gefunden. Es ist anzunehmen, dass die Altersdegeneration der Gefäße und diejenige des Fettgewebes die Verschleppung zertrümmerten Fettes begünstigen. Man sollte auf diese Fettembolie künftig achten, da sie auf die Operationstechnik nicht ohne Einfluss sei.

(Selbstbericht.)

42) O. Samter (Königsberg). Über die Verwendbarkeit der v. Mikulicz'schen Peritonealtamponade.

S. weist auf die vielseitige Verwendbarkeit der Methode hin, wie sie sich im Laufe des letzten Jahrzehnts herausgebildet hat. Zunächst führt er ein Beispiel für die Verwendung als präliminare Tamponade bei ausgedehnter intraperitonealer Eiterung an: Im Anschlusse an eine akute Perforationsperitonitis aus unbekanntem Ursachen (wahrscheinlich vom Magen ausgehend) hatte sich bei einem 16jährigen Mädchen eine umfangreiche Eiterung in der Bauchhöhle entwickelt, die sich zunächst im Epigastrium lokalisierte, später bis zur rechtsseitigen hypogastrischen Gegend herunterreichte. Trotzdem im Laufe von 8 Monaten 4mal Incisionen an den Stellen gemacht worden waren, an denen die Bauchwand mit dem Abscess verlöthet war (in der Mittellinie oberhalb des Nabels, am Leistenrande des rechten Rectus in gleicher Höhe, über dem rechtsseitigen Lig. Poupartii), gelang die Heilung nicht. Da die Abscesshöhle von Scheide und Mastdarm nicht erreichbar war, wurde der Grund der Höhle durch die v. Mikulicz'sche Tamponade von der Mittellinie (unterhalb des Nabels) freigelegt und später eröffnet. Heilung in 3 Monaten.

Eine bemerkenswerthere Verwendung fand das Verfahren bei einem großen intraperitonealen Kothabscess einer 30jährigen Pat., im Anschlusse an Appendicitis (sekundäre Darmperforation) entwickelt. Die Abscesshöhle nahm die größere Hälfte des unterhalb des Nabels gelegenen Bauchhöhlenabschnittes ein. Die Darmperforationsstelle lag, wie sich schließlich herausstellte, vor der Lendenwirbelsäule in der Mittellinie. Als $3\frac{1}{2}$ Monate nach der an typischer Stelle vorgenommenen Incision die Verheilung nicht eingetreten war, wurde von der Mittellinie aus unterhalb des Nabels die vordere Abscesswand mittels der Tamponade vorgenommen, die durch die gesunde Bauchhöhle durchging. Eröffnung der Höhle 5 Tage später und Freilegung der kreisrunden, mehr als kirsch kerngroßen Darmöffnung. Auf diese Weise Herstellung eines granulirenden Wundtrichters, der von der Bauchwand durch einen gesunden Bauchhöhlenabschnitt direkt auf die Darmöffnung reichte und für einige Wochen den ganzen Darminhalt austreten ließ. Heilung und vollständige Vernarbung. Das Verfahren knüpft an die alte (von Dieffenbach besonders empfohlene) Methode an, die bei der innerhalb der Bauchwand liegenden Kothfistel (und wider natürlichem After nach Beiseitigung des Spornes) angewendet wurde und darin besteht, dass durch Kauterisation ein granulirender Wundtrichter geschaffen wurde; durch concentrische Verengerung während der Vernarbung wird in solchen Fällen sekundärer Darmverschluss erreicht. — Gerade für die bei der Appendicitis gelegentlich entstehenden sehr großen Kothabscesse ist das v. Mikulicz'sche Verfahren demnach zu empfehlen, wenn die Darmöffnung versteckt und tief in der Abscesshöhle liegt. Das Verfahren ist ersichtlich

nicht besonders gefährlich und schafft günstige mechanische Bedingungen für den Darmverschluss, die innerhalb der buchtigen Abscesshöhle nicht vorhanden sind. (Selbstbericht.)

43) Röhn. Die chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis.

Nach R.'s Ansicht hat die Diskussion über die Behandlung der akuten Wurmfortsatzkrankungen auf dem Chirurgenkongresse des Jahres 1899 zu keinem befriedigenden Abschlusse geführt. Bei der großen Tragweite des Gegenstandes hat er es unternommen, auf Grund seiner eigenen Erfahrungen das Thema noch einmal zu erörtern.

Die Appendicitis ist häufiger und bösartiger geworden. Daran ist kaum zu zweifeln, wenn auch immerhin örtliche Verschiedenheiten bezüglich der Häufigkeit und der Intensität möglich sind.

R. betont, dass die Krankheit nach den allgemein in der Chirurgie geltenden Regeln behandelt werden muss. Die Eigenschaften des Peritoneums geben uns durchaus keine Veranlassung, einen entzündlichen Process desselben anders zu behandeln, als wir an anderen Körperstellen gewöhnt sind. Statt dass wir entschlossen im gegebenen Falle eingreifen, hält die Furcht vor einer Infektion der Bauchhöhle den Chirurgen ab, rechtzeitig zu operiren. Diese Furcht zieht sich wie ein rother Faden durch alle Verhandlungen und ist schwer zu überwinden.

R. möchte mit seinen Zahlen zeigen, dass sie unbegründet ist. Er scheut sich niemals, wo es nöthig und zweckmäßig ist, eine entzündete, vereiterte Appendix, einen Abscess mit Eröffnung der freien Bauchhöhle zu beseitigen. Wenn die Bauchhöhle so leicht zu inficiren wäre, so müsste er eine ungeheuere Mortalität haben. Freilich können Misserfolge eintreten. Allein diese sind bei richtiger Technik nicht der Operation, sondern nur dem Umstande zuzuschreiben, dass man der vorgeschrittenen Infektion nicht mehr Herr zu werden vermag. Das kann man aber bei jeder Phlegmone erleben.

R. giebt dann eine Übersicht über 180 im akuten Anfälle ausgeführte und im Anschlusse an das akute Stadium nothwendig gewordene Operationen.

I. Allgemeine Peritonitis.

Bezeichnung der Formen	Gesamtzahl	Geheilt	Gestorben
a. Septisch-pyämisch und eitrig-jauchige	35	8	27
b. Progredient-eitrige	36	25	11
Summa	71	33	38

Darunter eine große Anzahl bereits hoffnungslos eingelieferter Fälle, besonders unter $\text{E} \rightarrow \text{a} \leftarrow$.

II. Lokalisirte Prozesse.

Bezeichnung der Formen	Gesamtzahl	Gehellt	Gestorben
a. Frühzeitig operirte Fälle ohne Abscessbildung	24	24	0
b. Fälle mit Abscessen	85	77	8
Summa	109	101	8

a. D. h. Fälle von einfacher Entzündung des Wurmfortsatzes bis zu Perforation und Gangrän.

b. Darunter eine Anzahl schwerster Komplikationen: Multiple Abscesse in der Bauchhöhle, subphrenischer Abscess, Coecalgangrän, Volvulus, Invagination, Meningitis, Lungengangrän, Pleuraempyem, Thrombose der Vena cava inferior etc.

III. Erläuterung der 8 Todesfälle von IIb.

Coma diabeticum	1
Septische Nachblutung aus einer Coecalarterie	1
Meningitis	2
Akute Psychose, Tod nach 3 Tagen an Herzschwäche	1
Phlebitis purulenta der Ven. mesent.	1
Abknickung einer Dünndarmschlinge	1
Sepsis, ausgehend von Coecalgangrän	1
Summa	8

IV. Fälle mit totaler Gangrän des Wurmfortsatzes¹.

Gesamtzahl	Gehellt	Gestorben
33	22	11 ²

R. meint, dass diese Zahlen eine sehr eindringliche Sprache reden. Sie zeigen deutlich, dass ein prophylaktischer Eingriff nicht nur im Intervalle, sondern auch im akuten Anfalle wohl berechtigt ist. Was verbirgt sich unter dem Bilde der akuten Appendicitis? In der großen Mehrzahl der Fälle eine phlegmonöse Entzündung, welche alle Wandschichten des Wurmfortsatzes betrifft. Die Appendix ist geröthet, turgescens, ihr Innendruck beträchtlich gesteigert. Das Mesenterium ist stets mehr oder weniger mit ergriffen. Die Entzündung kann bald rasch, bald allmählich zurückgehen, bald rapid, bald langsam zur umschriebenen oder völligen Gangrän des Anhanges führen.

Der an Lymphapparaten reiche Bau der Appendix so wie ihre difficile Gefäßversorgung geben uns eine Erklärung für die häufige Erkrankung und deren Gefahren. Die Virulenz der inficirenden Bakterien entscheidet über die Folgen im Wurmfortsatze.

Wird die Wand der Appendix mit oder ohne augenfälligen Defekt durchgängig, so kommt die Erkrankung in ein zweites Stadium.

¹ Dieselben vertheilen sich auf die Tabellen I und II.

² Davon 10 an allgemeiner Peritonitis, 1 an Coecalgangrän und Sepsis.

Jetzt können die Lage der Appendix, frische oder ältere Verwachsungen den weiteren Verlauf beeinflussen. Gewiss kann auch ein zweckmäßiges Regime günstig wirken. Die eigentliche Entscheidung über den Fortgang der Infektion liegt bei anderen Faktoren. Berücksichtige man zuerst das Peritoneum!

Die experimentellen Ergebnisse von Wegner's Versuchen an bis auf die neuesten beweisen übereinstimmend, dass ein Eindringen infektiöser Massen in die Bauchhöhle durchaus nicht zu einer Peritonitis zu führen braucht. Ob letztere entsteht oder nicht, hängt ab von

- 1) der Masse der Bakterien,
- 2) ihrer Virulenz,
- 3) den baktericiden Kräften im Peritoneum.

So begreifen wir, warum bei einer Totalgangrän des Wurmfortsatzes, bei ausgedehnter Perforation, bei einem Loche dicht am Coecum so oft und rasch eine diffuse Peritonealinfektion eintritt.

Andererseits werden die Formen der sog. peritonealen Reizung, der leichten Peritonitis, welche man häufig zurückgehen sieht, leicht verständlich. Wir bemerken die kräftige Reaktion des Peritoneums und schließen aus dem Zurückgehen der Reizung mit Sicherheit, dass die eingedrungenen Keime unschädlich gemacht sind. Gewöhnlich sind noch weitere Spuren des Kampfes zu finden in einer rasch auftretenden palpablen Geschwulst.

Eine intensivere Giftwirkung in der Umgebung der Appendix führt zu einer Epithelschädigung, zu latenten Verwachsungen in der Umgebung des Wurmfortsatzes. Das im Innern des Tumors gelegene Entzündungsprodukt ist zuweilen serofibrinös, öfters eitrig.

In diesem Stadium kann der Entzündungsprocess noch rückgängig gemacht werden, er kann aber auch sofort oder nach einem mehr oder weniger langen Stillstande weiter gehen. Das Stadium ist äußerst kritisch, da es für viele Fälle den letzten Zeitpunkt bedeutet, wo man mit Sicherheit auf Erfolg eingreifen kann.

Nur dann, wenn man alle Symptome gleichmäßig im Rückgange findet, dürfte ein weiteres Zögern mit der Operation gestattet sein.

Anderenfalls überlässt man die Pat. einem gänzlich ungewissen Schicksal. Misserfolge werden unvermeidlich.

R. schildert kurz sein Verfahren bei der Operation der eitrigen Appendicitis.

Je nach der Lage des palpablen Tumors wird der Schnitt verschieden gelegt. Er soll groß genug sein, um einen guten Überblick des Infektionsgebietes zu ermöglichen.

Die Peritonealhöhle wird rasch geöffnet. Unter reichlicher Kochsalzspülung werden die Adhäsionen gelöst und die Appendix zur Anschauung gebracht. Dieser Akt ist um so einfacher, je frischer die Entzündung ist. Die Appendix wird in bekannter Weise entfernt und der Stumpf übernährt. Dann folgt die genaue Revision des Eiterbettes und der benachbarten Darmschlingen. »Bei Eiterung im

Peritoneum muss stets drainirt werden. < Schließlich wird vom Drain aus die Bauchhöhle mit heißer Kochsalzlösung gefüllt. Auf sorgfältige Nachbehandlung muss geachtet werden.

Seine Anschauungen über die akute Appendicitis fasst R. folgendermaßen zusammen.

Die Erkrankung gestattet durchaus keine sichere Prognose. Die vorsichtigste und zweckmäßigste innere Behandlung schützt nicht vor unangenehmen Überraschungen, weil sie gegen den entzündlichen Process im Wurmfortsatze machtlos ist. Die Statistik lehrt zwar, dass viele akute Anfälle zurückgehen. Sie nützt aber dem Arzte im vorliegenden Falle gar nichts. Denn unbestritten bleibt die traurige Thatsache, dass sehr viele Menschen alljährlich der Krankheit erliegen. Ferner muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass mancher dunkle und gefährliche Entzündungsprocess auf eine sog. geheilte Appendicitisattacke zurückgeführt werden muss. Ein erster Anfall soll stets und namentlich bei Kindern besonders ängstlich betrachtet werden. Dubiöse Fälle sind besser zu operiren. Zwingend wird die Indikation zur Frühoperation, wenn der Anfall mit schweren lokalen und allgemeinen Erscheinungen auftritt, wenn ein Schüttelfrost die Scene einleitet. Hier darf man niemals auf das Entstehen einer periappendikulären Geschwulst warten! Ist eine solche zu konstatiren, so handelt es sich meist um Eiterbildung. Eine schleunige Operation ist um so eher indicirt, wenn man sie nicht am klassischen Orte findet.

> Die Entfernung der Appendix im Beginne des akuten Anfalles ist das einzig sichere Mittel, die Mortalität der Erkrankung auf ein Minimum herabzudrücken und unsägliches Leiden zu verhüten.<

Gegen die Vertreter der Frühoperation kann nur der eine Vorwurf erhoben werden, dass sie einige entzündete Wurmfortsätze wegnehmen, welche vielleicht auch unter innerer Behandlung über den Anfall hinweggekommen wären. Dieser Vorwurf wiegt nicht allzu schwer, da der operirte Pat. binnen kurzer Frist völlig geheilt und arbeitsfähig sein wird, während bei erhaltener Appendix die stete Gefahr eines Recidivs droht.

Wer dagegen eine akute Appendicitis abwartend behandeln will, muss in der Lage sein, den Kranken von Stunde zu Stunde zu überwachen. Er muss fernerhin die große Kunst besitzen, jede Wendung zum Schlimmen in ihren ersten Anfängen zu erkennen. Es können sich in der Appendix die folgenschwersten Prozesse unter ganz mäßigen Symptomen abspielen!

Einige Erkrankungen führen in kürzester Frist zum Tode, andere gleiten unmerklich in eine große Gefahr.

Wer bei heftigen Symptomen zuwartet, sollte sich der schwersten Verantwortung bewusst sein.

Die Frage nach der Behandlung des wiederholten akuten Anfalles wird sich weit einfacher beantworten lassen. Hier handelte es sich um eine dem Messer verfallene Appendix. Über die Berechnung

gung, einen derartigen Wurmfortsatz zu entfernen, kann unter Chirurgen keine Meinungsverschiedenheit aufkommen. Sobald also nachzuweisen ist, dass eine Operation im Beginne des akuten Anfalles nicht gefährlicher ist als ein Eingriff im Intervalle, müssen alle Chirurgen konsequenterweise jetzt auf frühzeitigster Entfernung der Appendix bestehen.

Nun ist die Operation im Beginne des Anfalles eben so leicht, oft leichter als die im Intervalle, und sicher nicht gefährlicher, wie alle Erfahrungen zeigen.

Damit hält R. die Frage über die zweckmäßigste Behandlung des wiederholten akuten Anfalles für erledigt. (Selbstbericht.)

44) J. Rotter (Berlin). Zur Behandlung der akuten Perityphlitis.

R. bespricht auf Grund seiner in den letzten 5 Jahren gewonnenen Erfahrungen die Bedeutung der Douglaseiterungen im Verlaufe der Perityphlitis. Unter 530 seit 1896 in der inneren und äußeren Abtheilung des St. Hedwig-Krankenhauses behandelten Fällen von akuter Perityphlitis wurden 196 operirt, die übrigen der internen Behandlung unterworfen. Von diesen 196 Fällen gehörten 96 zur circumscripten und 100 zur diffusen Perityphlitis. Die Douglasabscesse wurden sämmtlich der diffusen Form zugetheilt, aus Gründen, die früher besprochen wurden.

Bei den 100 diffusen Perityphliden wurden insgesamt 70 Douglasabscesse gefunden. Die große Häufigkeit erweist ihre hohe klinische Bedeutung.

Die Behandlung derselben erfolgte früher (bis 1896) durch Operationen von der vorderen Bauchwand, also von oben her. Dabei kamen viele Todesfälle vor. Von 9 starben 6 Fälle. Seit 1896 wurden die Douglasabscesse — bis auf wenige Ausnahmen — von unten her, und zwar vom Damme, Rectum oder der Scheide her eröffnet. Die Resultate sind dadurch erheblich besser geworden — von 60 Fällen starben nur 10 Fälle. R. führt auf diesen Umstand in der Hauptsache die geringere Mortalität zurück, welche die Gruppe der diffusen Perityphliden in den Jahren 1896—1900 aufweist gegenüber seiner ersten Periode von 1893—1895, welche bereits publicirt sind. Denn in der älteren Periode zeigte sich eine Mortalität der diffusen Form von 60%, in der jüngeren nur von 34%. R. empfiehlt daher die Anwendung seiner Operationsmethode dringend.

Die Indikationen zur Operation bei der akuten Perityphlitis sind für R. die gleichen geblieben wie früher — bei der circumscripten Form leiten ihn hauptsächlich die Fieberverhältnisse.

Wenn möglich lässt er den akuten Anfall unter interner Behandlung vorübergehen und führt später, nach einer 3—4 Wochen langen fieberfreien Zeit, die Radikaloperation »im Intervalle« aus. Die

Resultate der letzteren sind sehr gute. Unter 150 Fällen starb 1 Fall an einer erwiesenermaßen durch Katgut bedingten Infektion. R. führt die Radikaloperation bei jugendlichen Pat. oft schon nach dem ersten Anfall aus.

Bei der akuten diffusen Perityphlitis greift R. möglichst früh ein. Die Operation bestand fast immer in der Eröffnung sich abkapselnder Eiterungen. Nur 13mal unter den 100 Fällen fehlten Verklebungen im Bauchraume. $\frac{1}{3}$ der Douglasabscesse wurde vom 3.—5. Tage der Erkrankung eröffnet. Spülungen hat R. erst im letzten Jahre einige gemacht, bisher stets mit negativem Erfolge.

(Selbstbericht.)

45) Mühsam. Zur anatomischen Diagnose bei Perityphlitis.

Herr Geh.-Rath Sonnenburg, der verhindert ist, heute hier zu sein, hat mich beauftragt, Ihnen die Hauptthesen seines Vortrages mitzuteilen:

1) Sonnenburg sucht alle bei Lebzeiten beobachteten Symptome eines perityphlitischen Anfalles mit den anatomischen Veränderungen der Appendix und ihrer Umgebung in Zusammenhang zu bringen.

2) Die Einheitlichkeit des klinischen Bildes muss durch Aufstellung einer einheitlichen anatomischen Grundlage vervollkommen werden.

3) Die Erfahrung hat gelehrt, dass aus der großen Gruppe der perityphlitischen Anfälle nur diejenigen Fälle sofortige Operation erheischen, in denen eine Appendicitis gangraenosa vorliegt. Es hängt dies mit der ausgedehnten Infektion allgemeiner Art zusammen, die in solchen Fällen fast ausnahmslos vorkommt. Diese Fälle sind charakterisiert durch die fortschreitende, an etwa vorher bereits vorhandene Adhäsionen sich nicht haltende Entzündung, die auf das Bauchfell übergreift und zur diffusen Peritonitis führt. Ferner charakterisiert dadurch, dass es sich von vorn herein um ein mangelhaft oder gar nicht abgekapseltes Exsudat handelt.

4) Die Appendicitis perforativa und simplex verlaufen nicht so foudroyant und führen in der Regel zu einem abgekapselten Exsudat.

5) Diese Formen von Appendicitis gangraenosa, die in den ersten 24 Stunden eine Operation erheischen, sind klinisch zu erkennen durch schwere Störungen des Allgemeinbefindens (Symptome allgemeiner Infektion, besonders hohe Pulsfrequenz, schwer kranken Gesichtsausdruck, enorme lokale Schmerzhaftigkeit in der lleo-coecal-egend, Fehlen einer deutlichen Resistenz daselbst, Anzeichen allgemeiner Beteiligung des Bauchfells an der Entzündung).

6) Operirt man in den ersten 24—48 Stunden nach Beginn des Anfalles, so findet man bei dieser Gruppe von Perityphlitiden einen in großer Ausdehnung brandigen Wurmfortsatz, umgeben von einem nicht abgekapselten, jauchig-eitrigen Exsudat; auch im übrigen Bauchraume sind trübe Flüssigkeitsmengen. Immerhin in so früher Zeit

nach beginnender allgemeiner Entzündung und Infektion scheinen, nach den günstigen Erfahrungen bei diesen Eingriffen zu urtheilen, intaktere Theile des Peritoneums vorhanden zu sein, welche in wirksamer Weise die Infektion noch beschränken und aufhalten können. Längeres Abwarten verschlechtert die Prognose. Entweder schreitet die Infektion trotz Entleerung des primären Exsudates weiter, oder es bilden sich neue umfangreiche Abkapselungen im Bauchraume, besonders subphrenische und Douglasabscesse, welche das Leben des Pat. von Neuem bedrohen.

7) Die Appendicitis perforativa geht klinisch nicht mit den schweren Zeichen allgemeiner Infektion einher. Die Pulsfrequenz entspricht dem hohen Fieber und geht mit diesem zurück. Vor allen Dingen bildet sich eine lokale Resistenz, ein abgekapseltes Exsudat, dessen weiteres Verhalten nach Tagen oder Wochen eine weitere Indikation zur Operation abgeben kann.

8) Nur wo bei der Appendicitis perforativa der Durchbruch direkt in die Bauchhöhle erfolgt, und eine lokale Abkapselung nicht stattfindet, treten die gleichen klinischen Erscheinungen wie bei der Appendicitis gangraenosa auf und erfordern ein sofortiges Einschreiten.

9) Bei der Appendicitis simplex wird man nur bei Verdacht auf Empyem des Wurmfortsatzes operiren. Dies ist durch die enorme lokale Schmerzhaftigkeit zu erkennen bei gleichzeitigem Fehlen allgemeiner Intoxikationserscheinungen, vor Allem beim Fehlen stärkerer Veränderungen der Temperatur und des Pulses. Da aber erfahrungsgemäß die Empyeme des Wurmfortsatzes zu Gangrän bzw. Perforation führen, so ist eine Operation, sobald die Diagnose auf Empyem des Wurmfortsatzes gestellt ist, angezeigt und giebt hier durchgehends gute Prognose.

10) Geh.-Rath Sonnenburg hat daher in der letzten Auflage seines Lehrbuches folgende Grundsätze für operative Behandlung der Appendicitis angestellt:

- a. Die Operation im freien Intervall ist der im Anfalle vorzuziehen.
- b. Bei der Appendicitis simplex ist im Anfalle eine Indikation nur selten, und zwar nur bei Empyemen vorhanden.
- c. Bei der Appendicitis perforativa muss im Anfalle mit strenger Auswahl der Fälle operirt werden.
- d. Bei der Appendicitis gangraenosa soll im Anfalle stets und früh operirt werden.
- e. Bei der Appendicitis perforativa und gangraenosa mit Komplikationen muss operirt werden.

11) Diese Thesen stellt Sonnenburg den geehrten Mitgliedern des Kongresses zur geneigten Prüfung und würde sich freuen, wenn nach Jahr und Tag bei Befolgung dieser Grundsätze für operatives Handeln beim perityphlitischen Anfalle eben so günstige Erfahrungen, wie Sonnenburg sie gehabt hat, von anderer Seite bestätigt würden.

(Selbstbericht.)

46) Sprengel (Braunschweig). Zur Frühoperation bei akuter Appendicitis.

Votr. hat, nachdem er längere Zeit unter dem Einflusse der Diskussion auf dem Chirurgenkongresse 1899 in der operativen Behandlung der akuten Appendicitis zurückhaltender geworden war, nach mehrfachen trüben Erfahrungen die Überzeugung gewonnen, dass diese Zurückhaltung nicht am Platze ist. Auch die von ihm selbst auf dem Chirurgenkongresse von 1899 aufgestellte kurze Indikation, wonach man im akuten Anfall operiren solle, sobald von den 3 Kardinalsymptomen, Schmerz, Fieber und Pulsveränderung, sich eines decidirt verschlimmert, hält er heute nicht mehr für zulänglich. Nachdem es statistisch festgestellt ist, dass die gegenwärtig am weitesten verbreitete zuwartende Methode eine Mortalität von etwa 15% ergibt, und nachdem es ferner feststeht, dass selbst anscheinend gutartige Fälle auch bei sorgfältiger Beobachtung plötzlich den ungünstigsten Verlauf nehmen können, hält Votr. es für erlaubt, den ernstlichen Versuch zu machen, ob die Mortalität der akuten Appendicitis durch ganz frühzeitige Operation, womöglich innerhalb der ersten 2mal 24 Stunden, gebessert werden kann. Dieser Versuch ist um so mehr erlaubt, weil man ihn a priori mit großer Wahrscheinlichkeit als ungefährlich bezeichnen kann (cf. die Erfahrungen amerikanischer und französischer Ärzte). S. ist bisher selbst 4mal (seither noch in einem weiteren 5. Falle) in der Lage gewesen, zu der genannten Zeit zu operiren. Immer war der Verlauf auffallend glatt, trotz der unerwartet und wohl auch ungewöhnlich großen anatomischen Veränderungen. — Selbstverständlich ist die Beantwortung einer so wichtigen Frage, deren statistische Erledigung mindestens für Deutschland noch aussteht, nur durch die gemeinsame Arbeit Derjenigen, welche sich auf den gleichen Standpunkt stellen können wie Votr., möglich. Die Anschauung des Votr. gipfelt in dem Satze: Die akute Appendicitis wird am besten unmittelbar nach gesicherter Diagnose operirt; findet man Eiter, so war die Operation (nach jeder Indikation) nothwendig; findet man keinen, so ist sie unschädlich.

Falls sich, wie Votr. annimmt, die relative Ungefährlichkeit der frühzeitigen Operation im Anfall bestätigt, wird es nothwendig sein, die Indikation für die sog. Operation im Intervall zu revidiren. S. hält die Intervalloperation nur bei unkomplizirten Fällen für ungefährlich, in komplizirten Fällen kann sie zu den schwierigsten Laparotomien gehören und ist dann keineswegs gleichgültig. S. empfiehlt daher die Intervalloperation nur nach leichten, kurzdauernden Anfällen; sind schwere Anfälle vorangegangen, so räth er, die Operation zu verschieben, bis ein neuer Anfall erfolgt, sie dann aber innerhalb der ersten 2mal 24 Stunden auszuführen.

Technisch empfiehlt Votr. die Incision an der Außenseite des Rectus, ungenirte Eröffnung der freien Bauchhöhle, sorgfältiges Ab-

tamponiren der letzteren und Entfernung des Wurmfortsatzes im Anfälle. Beckenhochlagerung erleichtert die Operation in eklatanter Weise. (Selbstbericht.)

47) H. Riese (Britz-Berlin). Beiträge zur Behandlung der akuten Appendicitis.

Votr. steht auf dem Standpunkte, dass bei einer akuten Appendicitis so früh wie möglich zur Radikaloperation geschritten werden soll, wenn mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf die perforative oder gangränöse Form der Krankheit gestellt werden darf. Für die frühzeitige Operation in diesen Fällen spricht, abgesehen von der dadurch gebotenen Möglichkeit, Komplikationen leichter zu verhindern, sehr beträchtlich die größere Leichtigkeit der Ausführung, weil weniger ausgedehnte oder gar keine Verwachsungen vorhanden sind.

Bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft hält der Votr. die frühzeitige Radikaloperation für absolut indicirt, weil Abort oder Frühgeburt durch die Reizung des Bauchfells seiner Erfahrung nach doch eintritt. Wenn aber die Ausstoßung der Frucht vor sich geht, so führt die Krankheit durch Mobilisirung des Krankheitsherdes event. nach Zerreißung etwa schon vorhandener Adhäsionen zum Tode, falls der Herd nicht vorher ausgeschaltet wurde.

Was die Ausführung der Operation betrifft, so ist die Doyensche Methode sehr zu empfehlen wegen Schnelligkeit und Sicherheit der Ausführung. Der Anhang wird mit Péan'scher Klemme an der Basis kräftig gequetscht, in der Schnürfurche ein Seidenfaden fest geschnürt und diesseits desselben mit Paquelin amputirt. Dann folgt Drainage — Tamponade der ganzen Wundhöhle, sekundäre Etagennaht. Bei über 20 in dem letzten halben Jahre nach Doyen ausgeführten Amputationen entstand nur in einem eine kurz dauernde Fistel. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Baumgärtner (Baden-Baden) räth, bei Frauen vor Allem die gynäkologische Untersuchung sofort im Beginne der Erkrankung vorzunehmen, um zu entscheiden, ob Appendicitis oder Salpingo-Oophoritis vorliege. Verwechslungen seien häufig.

Hirschberg (Frankfurt) bekennt sich zur konservativen Behandlungsmethode der Appendicitis. Die Frühoperation scheitert oft an lokalen Verhältnissen, um so mehr, als sie im Widerspruch stehe mit der Inopportunität des Transportes.

Kümmell (Hamburg) ist der konservativen Methode treu geblieben und hat sich darüber nicht zu beklagen. Wo natürlich klar sei, dass das Peritoneum mit dem Prozesse nicht fertig werde, habe auch er sofort operirt. Die mittelschweren Fälle würden unter Opium und Ruhe zum abscedirenden Stadium hinübergeleitet und entweder dann oder im Intervalle operirt.

Behandelt wurden 1046 Perityphlitiden mit 48 = ca. 5% Todesfällen; im anfallsfreien Stadium wurden operirt 253 mit 4 = ca. 1,6% Todesfällen; im akuten Stadium starben 44 = 5,5%, davon 17 ohne Operation.

Noll (Hanau). Zugegebenermaßen sterben von den an Appendicitis Erkrankten innerhalb der ersten 8—14 Tage noch eine beträchtliche Anzahl, welchen durch kein Regime interner Behandlung zu helfen ist. Diese erliegen nicht alle einer foudroyanten, allgemeinen, septischen Peritonitis, ein Theil stirbt nach Arrosion einer Vene des Mesenterium an Pyämie. Wenn der Procentsatz der hierher gehörigen Fälle herabgesetzt werden soll, so kann das meines Erachtens nur durch die Frühoperation geschehen. Die Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass die Erkrankung schon in den ersten beiden Tagen unter schweren Erscheinungen beginnt. Freilich eignen sich solche Fälle nicht für einen weiten Transport per Achse, eher zur Überführung mittels Tragbahre; das kann natürlich kein principieller Grund gegen die Frühoperation sein, wie Herr Hirschberg meint. Dies gehört zu den unvermeidlichen Nachtheilen kleiner Orte den größeren Städten gegenüber. Bisweilen wird man auch, anstatt den Kranken zu transportiren, den Chirurgen zum Kranken holen können.

Riedel (Jena). Man habe behauptet, dass etwa 50% der Appendicitiden operirt werden müssten, 50% keines Eingriffes bedürften. Theoretisch lässt sich leicht etwas konstruiren, in praxi ist es oft unmöglich, besonders im Anfange, leichte und schwere Fälle aus einander zu halten. Er halte es für richtiger, unmittelbar zu operiren; komme dabei mit ein leichter Fall unter das Messer, sei es kein Unglück. Der Betroffene sei wenigstens radikal geheilt, was er bei abwartendem Verhalten nicht gewesen wäre. Nach den letzten Debatten habe sich leider gezeigt, dass die ungünstig beeinflussten Kollegen ihre Fälle nicht mehr in den ersten 24 Stunden, sondern nach etwa 24mal 6 Stunden in die Klinik senden.

Körte (Berlin). Während man vielen Fällen sofort ansehen könne, dass sie ohne Weiteres operirt werden müssten, falle in anderen die Entscheidung sehr schwer. Die anatomische Diagnose können wir im Anfange nicht sicher stellen; man solle überhaupt keine allgemeinen Regeln geben, sondern von Fall zu Fall entscheiden.

Sprengel (Braunschweig) wirft den Anhängern der konservativen Methode vor, dass sie sich von der Allgemeinheit beeinflussen ließen. Innerhalb 24 Stunden sei die Operation ungefährlich, ohne dass er sie unterschätze, und man habe eine feste Grundlage. Wir brauchten den Kranken nur sogleich zu sagen, dass die Appendicitis eine Phlegmone sei. Der Transport sei nicht zu fürchten.

Rehn (Frankfurt) ist in der glücklichen Lage, bei Appendicitis meist sofort zugezogen zu werden; er kann daher sehr früh operiren.

Sein Material bestehe dem Anscheine nach aus schwereren bzw. andersartigen Fällen als das von Kümmell. Unverständlich seien ihm die Rotter'schen Zahlen von diffuser Peritonitis und ihrer Heilung. Wenn er z. B. im Douglas öffne, woher wisse er dann, dass diffuse Peritonitis vorgelegen habe?

Rotter. Aus den klinischen Erscheinungen.

Rehn. Wo er klinisch eine diffuse Peritonitis annehme, mache er eine breite Öffnung in den Leib. Christel (Metz).

48) Kelling (Dresden). Über den Mechanismus der akuten Magendilatation.

Redner hat eine Anzahl Versuche an Leichen vorgenommen über die Ursache der post-operativen Magendilatation. Es ergab sich, dass bei manchen Individuen ein passiver Klappenverschluss an der Cardia und am Duodenum besteht. Demnach kann maximale Dehnung des Magens mit der Unmöglichkeit einer spontanen Entleerung zu Stande kommen einerseits durch brüske Überfüllung des Magens (grobe Diätfehler), andererseits durch Hemmung der Magenentleerung. In letzterer Weise wirkt die Narkose (Herabsetzung der Motilität), Gallensteinoperationen (lokale Peritonitis am oberen Duodenum), stark schnürende Bandagen (Gipskorsett). Prädisponierend ist die Gastropiose. Ferner kann akute Dilatation entstehen durch Hindernisse im unteren Duodenum oder oberen Jejunum bei Klappenverschluss der Cardia; hier steht der arterio-mesenteriale Verschluss im Vordergrund. Nicht alle Fälle, bei denen der Dünndarm im kleinen Becken gefunden wird unter Anspannung seines Mesenteriums, verdanken dem Herabsinken des Dünndarmes ihre Entstehung. Es liegt auch häufig eine Art Kombinationsileus vor, indem der primär erkrankte und überdehnte Magen den Dünndarm ins kleine Becken hineindrückt. Für die Therapie ist es wichtig, in jedem Falle die Diagnose zu stellen, ob es sich um eine einfache Abknickung des Duodenums handelt, oder um andere Hindernisse im Darne. Zu diesem Zwecke muss man nach der Entleerung des Magens mit der Sonde durch interne Maßnahmen einen mit frischer Galle gefärbten Stuhl zu erzielen suchen. Bestehen Hindernisse weiter, so muss operirt werden. Die Hindernisse müssen beseitigt werden. Man darf sie nicht mit der Gastroenterostomie umgehen. Gegen die allgemeine Anwendung der Gastroenterostomie bei akuter Dilatation spricht sich Redner energisch aus. Für Ernährungszwecke sei die Jejunostomie entschieden vorzuziehen, da die Gastroenterostomie nur Galle und Pankreassaft in den kontraktionsunfähigen Magen hineinleite. Gegen arterio-mesenterialen Verschluss ist das Einfachste, zum Schlusse der Operation das kleine Becken auszutamponiren. (Selbstbericht).

49) **Borchard** (Posen). Beiträge zur Gastrostomie.

B. sah unter 11 Fällen 2 an akuter Magendilatation zu Grunde gehen. Die lange Zeit unthätige Magenmuskulatur war nicht mehr im Stande, die gleich von der Stunde der Operation an eingeführten Speisen weiter zu befördern. Hierzu kam eine überaus reichliche Sekretion, so dass der stark gefüllte, an seinen tiefsten Stellen papierdünne Sack bei der Sektion wie ein schlaffer Beutel bis unter den Nabel hing und durch sein Gewicht die Magenwand in der Gegend der Fistelöffnung stark an einander drückte und so die Passage zum Pylorus völlig verlegte. Lüftete man den Sack, so wurde die Passage wieder frei. Die Ausdehnung und Verdünnung des Magens reichte nur bis zu der in angemessener Entfernung vom Pylorus angelegten Fistel. Es ist die Behinderung der Passage ähnlich zu erklären wie beim sog. arterio-mesenterialen Darmverschlusse, wo wohl auch die Dilatation und Anfüllung des Magens das Primäre und die Abklemmung an oben genannter Stelle das Sekundäre ist. Der Zug des angefüllten Fundus reicht naturgemäß bis zur nächsten in ihrer Beweglichkeit gehemmten oder fixirten Stelle, d. i. bis zur Anheftung des Magens an die Bauchwand bei der Gastrostomie oder der Durchtrittsstelle der Art. mes. sup. bei arterio-mesenterialem Verschlusse. Der Beginn dieser Komplikation zeigt sich nach Gastrostomie durch das Gefühl von Druck und Völle im Leibe, da Erbrechen naturgemäß fehlen muss. Durch Ausheberung des Magens, vorsichtige Einführung von Speisen nach einer absoluten Ruhezeit des Magens von ca. 24 Stunden kann man, wie es Verf. auch in einem Falle gelungen ist, die Erscheinungen koupiren. Ferner ist es rathsam, die Magenöffnung möglichst weit vom Pylorus anzulegen, da dadurch bei einer event. akuten Dilatation der schlafe Sack nicht so groß werden resp. überhaupt nicht zu Stande kommen kann.

Die Schlussfähigkeit der nach einer Kombination der Witzel-Hacker'schen Methode angelegten Magenfistel war eine absolute; alle übrige Pat. lebten noch Monate nach der Operation, einer $\frac{3}{4}$ Jahr. In einem Falle hatte sich die Passage durch den Ösophagus so gut wieder hergestellt — geringere diesbezügliche Besserungen wurden öfters beobachtet —, dass bei der Pat., die die Ernährung durch die Fistel ganz aufgegeben hatte, nach 3 Monaten eine zweite Gastrostomie nöthig war.

(Selbstbericht.)

50) **M. Schmidt** (Cuxhaven). Über Hyperemesis lactentium, ihr Verhältnis zur »kongenitalen hypertrophischen Pylorusstenose« bezw. zum Pylorospasmus und ihre chirurgische Heilbarkeit durch Überdehnung des Pylorus.

Auf dem vorigen Kongresse berichteten Weber und Löbker über von ihnen durch Gastroenterostomie geheilte Fälle von sog. »kongenitaler hypertrophischer Pylorusstenose«, woran anschließend

Löbker behauptete, nur jene Operation sei zur Behandlung des fraglichen Leidens ausreichend, schonendere Eingriffe, insbesondere Pylorusdehnungen, seien hierzu nicht im Stande. Mittlerweile haben aber Nicoll und Votr. je einen analogen Fall durch starke Überdehnung zur Heilung gebracht, wodurch auf die Ätiologie des Leidens ein klärendes Licht geworfen und die Annahme einer organischen, reell anatomischen Pylorusstriktur schwankend gemacht wird.

Das klinische Characteristicum der fraglichen erst seit der Mittheilung von Hirschsprung 1887 näher bekannt gewordenen und gewürdigten Säuglingserkrankung besteht in anhaltendem, wochenlang dauerndem Erbrechen mit Stuhlanhaltung, einer Art von stomachalem suproduodenalem Ileus, was man, ohne die ätiologische Frage zu berühren, als eine Hyperemesis lactentium bezeichnen kann. Nachdem 1896 von Schwyzer eine chirurgische Therapie vorgeschlagen, sind bei der Krankheit 8 Gastroenterostomien vollzogen mit 4 Heilungen und 4 Exitus; ferner eine tödlich verlaufene Pyloroplastik.

Anatomisch ist die stenosirende Pylorushypertrophie als 2 bis 2,5 cm lange und ca. 12—21 mm dicke Verhärtung beschrieben mit mikroskopisch nachgewiesenen Hypertrophiemerkmalen. Doch zeigte nur ein gewisser Theil der Präparate Lichtungsverminderung auf ca. 1—1½ mm, in anderen bestand eine Pylorusdurchgängigkeit für mittelstarke Sonden, für Bleistifte, selbst für einen Finger. Klinisch wurde in den Fällen außer der Hyperemesis sichtbare Magenperistaltik, Magenerweiterung, hier und da auch Fühlbarkeit der Pylorusverhärtung nachgewiesen.

Die Annahme einer organischen reellen Verengerung wurde namentlich von Pfaundler, Assistent der Escherich'schen Klinik in Graz, energisch kritisch bekämpft. Er erklärte die vermeintlich hypertrophischen Pylori einfach als in Kontraktion befindliche, muskeltgesteifte sog. »systolische« Organe, die man auch bei Sektionen von Kindern ohne vorausgegangene Hyperemesis antreffen kann. Nach ihm beruht also die Erkrankung auf einem hartnäckigen Pylorospasmus. Neubauer vertritt dieselbe Ansicht.

Das von Nicoll operirte Kind stand in seiner 6. Lebenswoche. Nach Fensterung des Magens wurde der Pylorus mit einer durchgeführten Kornzange so weit gedehnt, bis die Serosa zu platzen anfang. Votr. operirte sein Patientchen, das am 22. Oktober 1900 geboren und im Gewicht auf 3440 g herabgegangen war, am 18. December 1900. Der Pylorus war ca. haselnussgroß, derb anzufühlen und erwies sich nach Fensterung der vorderen Magenwand für Charrière 15 durchgängig. Er wurde dann so weit dilatirt, dass Charrière 15 und 16 zusammen durchgeführt werden konnte. Naht etc. Die Temperatur stieg am Operationsabend auf 39°, blieb dann normal. Nur wenige Male trat noch Erbrechen ein, dann völlige Genesung und ungestörtes Weitergedeihen des Kindes, eben so wie in dem Nicoll'schen Falle.

Votr. glaubt, dass die als Pylorushypertrophie beschriebenen »Tumoren« einem Kontraktionszustande von Pylorus plus Antrum pyloricum entsprachen. Das letztere zeigt nach Retzius häufige Variabilität in Form und Entwicklung. Es mag sein, dass Pylori mit stärker entwickelter Muskulatur bei Säuglingen mehr zu spasmodischer Erkrankung prädisponirt sind. Als Analoga für den Pylorospasmus können der Blepharospasmus, der Vaginismus und der Tenismus ani herangezogen werden; auch sie werden durch Dilatation geheilt. Wie bei ihnen, wirkte vielleicht auch bei den Pat. von Nicoll und Schmidt die Pylorusdehnung dadurch heilsam, dass sie ein reflektorisch krampferregendes Moment (Erosion, festgeklemmtes Milchgerinnsel?) beseitigte.

Von Wichtigkeit ist, die Lichtungsmaße des Pylorus in den verschiedenen Säuglingsaltern zu kennen. Pfaundler hat in zahlreichen Sektionen diese verschiedenen Pylorusumfänge ausgemessen, die leicht durch Division mit π in den Pylorusdurchmesser umzurechnen sind. Danach beträgt der Pylorusdurchmesser zur Zeit der Geburt 6,3 mm entsprechend Charrière 19, am Ende des ersten Lebensmonates 7 mm, entsprechend Charrière 21. Dann wird mit jedem Monate die nächstfolgende Nummer Charrière durchgängig. S. schlägt vor, einen Säuglingspylorus in den ersten Monaten, wie in seinem eigenen Falle, auf ca. Charrière 24—29 zu dilatiren, d. h. auf die Pylorusweite eines 4—9 Monate alten Kindes.

S. resümiert:

1) Die vernichtende Kritik Pfaundler's über die sog. »angeborene, hypertrophische Pylorusstenose« der Säuglinge hat durch die zweimalige glückliche chirurgische Behandlung des übermäßigen oder unstillbaren Säuglingserbrechens (»Hyperemesis lactentium«) mittels Überdehnung des Pylorus eine kräftige Stütze erhalten.

2) Gegen interne Behandlung renitente Fälle von Hyperemesis lactentium, die chirurgische Intervention erfordern, sind (wenigstens zunächst) mit Überdehnung des Pylorus, nicht mit Gastroenterostomie zu behandeln. Die Dehnung darf nicht unbegrenzt übertrieben werden und hat die normalen Pylorusdurchmessergrößen für die verschiedenen Säuglingsaltersstufen zu berücksichtigen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Loebker (Bochum) bestreitet, dass Schmidt's Fall identisch sei mit den von ihm selbst im vorigen Jahre besprochenen Fällen. L.'s Präparate bestätigen ihm die Richtigkeit seiner Auffassung. Bei denselben handelt es sich um röhrenförmige Verdickung der Muscularis pylori bei normaler Mucosa und Serosa. Es giebt hiernach wirklich eine hypertrophische Pylorusstenose. Das Erbrechen der Säuglinge wird nicht allein durch die Stenose, sondern auch durch eine abnorme Funktion des Pylorus bedingt. In seinen Fällen war übrigens nicht die Hyperemesis an sich, sondern das Fehlen jeg-

licher Fäces das charakteristische Symptom. Dies bildet auch die Indikation zum operativen Eingriffe. Bei Annahme eines bloßen Spasmus pylori, wie Schmidt will, würde L. die Operation nicht für indicirt halten.

Jaffé (Hamburg).

51) **Kelling** (Dresden). Ein in physiologischer Beziehung bemerkenswerther Fall von Magenresektion.

Bei einer 48 jährigen Frau hat Redner wegen Krebs eine ausgiebige Magenresektion ausgeführt und gleichzeitig mehrere große Gallensteine entfernt. Es wurde Verschlussnaht des Magens und Duodenums ausgeführt und eine Magen-Dünndarmfistel mit dem Murphyknopfe in 30 cm Entfernung vom Zwölffingerdarme angelegt. Wegen der Tamponade, die sich durch die Gallensteinoperation nöthig erwies, ging die Verschlussnaht des Duodenums auf. Es kamen nun bei jeder Nahrungsaufnahme die vom Magen durch die Fistel geschobenen Speisen rückläufig hier heraus. Daraus folgt, dass der Darm bei einer Gastroenterostomie wenigstens 60 cm rückläufig füllbar ist. Es gelang, die Fistel zum Verschluss zu bringen. Pat. ist geheilt und hat in 5 Monaten 20 Pfund an Gewicht zugenommen. (Demonstration.) (Selbstbericht.)

52) **Ph. Ahrens** (Bonn). Über einen Fall von fötaler Inklusion im Mesocolon ascendens.

In der Bonner Kgl. chirurgischen Klinik wurde am 7. November 1900 von Herrn Geh.-Rath Schede ein durch seine schwierige Diagnose, glücklichen Ausgang der Operation und seltenen pathologischen Befund gleich interessanter Fall operirt. Ein sonst gesund gewesenes kräftiges und blühend aussehendes junges Mädchen von 17 Jahren hatte schon in frühester Jugend einen abnorm dicken Leib gehabt bis zu ihrem 8. Jahre und hatte deswegen auch in ärztlicher Behandlung gestanden. Von da an bis zum April 1900 war sie vollständig normal und unterschied sich in ihrer äußeren Form in nichts von anderen Mädchen ihres Alters. Erst jetzt vor einem Jahre trat wieder ein Stärkerwerden des Leibes auf und nahm rasch beängstigend zu. Deswegen suchte Pat. die chirurgische Klinik auf. Bei der Aufnahme fand man im rechten Hypochondrium einen großen cystischen Bauchtumor von über Mannskopfsgröße, von der Gestalt einer Niere, mit dem Hilus nach oben und von ziemlich großer Beweglichkeit. Im Urin war Eiweiß und Eiter. Man stellte deshalb die Diagnose auf eine offene Pyonephrose, und zwar, da das Colon ascendens nicht, auch nicht durch Aufblasen vom Mastdarme her, über der Geschwulst nachzuweisen, und da dieselbe verhältnismäßig recht beweglich war, auf eine Pyonephrose einer kongenitalen Wanderniere. Man war aber nicht wenig erstaunt, als bei der während der Operation mittels schrägen Flankenschnittes stattfindenden Punktion des zum Theil losgelösten und zur Wunde heraus

gezogenen Cystensackes sich eine blutige dicke Flüssigkeit ergab und man schließlich einen in die Blätter des Mesocolon ascendens sich hineinentwickelt habenden geschlossenen, 4 Liter dieser Flüssigkeit enthaltenden dickwandigen Sack von der Gestalt eines großen dilatirten Magens mit einem 26 cm langen Darmanhange herauspräparirte. Die mikroskopische Untersuchung ergab in der That, dass es sich um das Unikum einer zweiten gesonderten, selbständigen Magen-Darmanlage handelte, welche aber noch nicht völlig differenzirt war, sondern in ihrer Schleimhautschicht zwar alle Elemente der Magen-Darmschleimhaut mit deren specifischen Produkten, Säure und Pepsin, wie die chemische Untersuchung nachwies, trug, aber in wirrem Durcheinander mit Epithelien, wie sie sonst nur in anderen Organen vorkommen, so mit Flimmerepithelien, Plattenepithelien und kubischen Epithelien. Diese letzteren stammten noch aus der Zeit des bis zur 4. fötalen Lebenswoche persistirenden »primären Magen-Darmschlauches«, welcher außer Magen und Darm auch noch Lunge, Bronchien, Luftröhre, Ösophagus und Thymusdrüse in sich begreift. In dieser bigeminalen doppelten Magen-Darmanlage war es nun, was die Sache noch über alle Maßen interessant machte, durch breite Geschwürsbildungen zu starker, 4 Liter betragender Blutung gekommen. Die Geschwüre ihrerseits waren dadurch entstanden, dass der Magensaft nicht in den mit specifischen Magenepithelien resp. -Drüsen, welche gegen den Angriff des Magensaftes im gesunden Zustande ja gefeit sind, sondern in den mit Platten- und Flimmerepithelien austapezirten Partien der Cyste die Schleimhaut leicht arrodirt und so richtige peptische Geschwüre erzeugte. Die Heilung der großen Höhlenwunde kam unter Tamponade in kurzer Zeit glatt zu Stande. Nach 4 Wochen wurde die Pat., wieder blühend aussehend, nach Hause entlassen. Der Umstand, dass sie in ihrer Jugend schon einmal eine solch starke Anschwellung des Leibes, und zwar 8 Jahre hindurch, gehabt hatte, legt die Vermuthung nahe, dass sie schon damals in ihrem Zwillingsmagen peptische Geschwüre mit starker Blutung oder starker Magensaftproduktion oder mit beiden zusammen gehabt habe, dass dann aber vom 8. bis 16. Lebensjahre die Geschwüre wirklich ausgeheilt waren, bis mit der Pubertätszeit die specifischen Elemente der Magenschleimhaut wieder eine intensivere Produktionsfähigkeit erhielten, wodurch es dann zum 2. Male zu Magengeschwüren, enormer Blutung und zu der abermaligen starken Ausdehnung des Leibes kam. (Selbstbericht)

53) **F. Franke** (Braunschweig). Über die Exstirpation des krebssigen Pankreas.

Nach einem Hinweise auf die noch geringe Entwicklung der Chirurgie der Pankreasgeschwülste, bei denen es sich freilich in der Hauptsache fast nur um Krebs des Kopfes handelt, während bisher

meist nur größere Sarkome des Schwanzes oder Körpers extirpiert wurden, berichtet F. über seine Erfahrungen, die sich auf 4 Operationen wegen Pankreaskrebs erstrecken. Im 1. und 2. Falle handelte es sich um Krebs des Körpers und Schwanzes, in den beiden anderen um Krebs des Kopfes. Bei dem 1. Pat., bei dem vor der Operation die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Pankreaskrebs gestellt war, wurde eine partielle Resektion vorgenommen; der Kranke starb 15 Tage später an einer Nachblutung. Bei dem 2. hatte die Diagnose auf Krebs der Cardia oder Speiseröhrendivertikel gelauret, da er fast alles Genossene wieder erbrach, und die Schlundsonde nur bis zur Cardiagegend drang. Die Operation, welche in Resektion des Pankreasschwanzes und -Körpers bis in den Kopf bestand, zeigte, dass der Schwanz des Pankreas mit der Cardia und unterstem Ende der Speiseröhre verwachsen war, dieses nach rechts verzogen und dadurch abgelenkt hatte. Der Kranke erlag einer sekundären Infektion, die zu subphrenischem Abscess und allgemeiner Peritonitis geführt hatte, am 17. Tage nach der Operation. Bei dem 4. Kranken, bei dem die Diagnose zwischen Magen- und Pankreaskrebs schwankte, blieb es bei einer Probelaaparotomie, da der Krebs des Pankreaskopfes schon auf die Leber übergegriffen hatte. Der Kranke verließ das Krankenhaus ungebessert.

Der 3. und interessanteste Fall betraf eine Dame von 68 Jahren, bei der 1½ Jahre zuvor wegen narbiger Pylorusstenose die Magenresektion nach Kocher vorgenommen war. Das von der Kranken selbst zuerst bemerkte Pankreascarcinom imponierte wegen seiner Verschieblichkeit und der geringen subjektiven und objektiven Beschwerden als Carcinom an der Resektionsstelle des Magens. Es saß im Kopfe des Pankreas, Magen etc. waren völlig frei, Mesenterialdrüsen nicht deutlich geschwollen. Bei der schwierigen Totalexstirpation des Pankreas wurde die V. lienalis 2mal angeschnitten, aber mit Erfolg sofort genäht. Der Verlauf nach der Operation war gut, Heilung erfolgte per primam. Vom 5. bis zum 18. Tage bestand Glykosurie (bis zu 3% Zucker im Urin), Fettstühle und sonstige Ausfallserscheinungen fehlten. 5½ Monate später erfolgte der Tod in Folge von Krebs der Mesenterialdrüsen.

Es ist durch diese Totalexstirpation des Pankreas ihre Möglichkeit bewiesen und außerdem festgestellt, dass sie beim Menschen wenigstens nicht mit Nothwendigkeit dauernden und zum Tode führenden Diabetes oder andere Ausfallserscheinungen zur Folge hat.

Bezüglich der Symptomatologie des Pankreascarcinoms hebt der Votr. hervor, dass für eine frühzeitige Diagnose die von den Internen aufgestellten Anhaltspunkte für den Chirurgen nicht in Betracht kommen, da sie eine Frühdiagnose nicht ermöglichen, dass aber eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich ist, und wenigstens Verdacht auf Carcinom des Pankreas erweckt werden muss durch das Auftreten zweier Erscheinungen: heftige Schmerzen in der Tiefe des Epigastriums, die sich bei sonst gesundem Magen häufig an die Nah-

rungsaufnahme anschließen, und rasch zunehmende Abmagerung. Zur Sicherstellung der Diagnose empfiehlt Votr. zeitige Vornahme der Probelaparotomie. Bei vorgeschrittenem Carcinom (Ikterus) ist nur eine Palliativoperation möglich (Cholecystotomie, Cholecystenterostomie). Bezüglich der Technik erwähnt Votr., dass er in seinen Fällen durch das Omentum minus eingegangen ist.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Körte (Berlin) wollte bei einem Kranken mit starker Gallenstauung die Cholecystoenterostomie ausführen und fand dabei eine apfelgroße Geschwulst im Pankreas mit kapselähnlicher Umgrenzung. Er glaubte sie ausschälen zu können, wobei heftige Blutung aus der Tiefe eintrat, die schließlich auf Tamponade stand. Gleichwohl erlag der Pat.

In Fällen von Pankreasnekrose kann Diabetes noch recht spät auftreten, wofern noch ausreichend Gewebe erhalten bleibt.

Hildebrand (Basel) fragt an, ob in einem Falle Franke's sämtliches Pankreasgewebe entfernt worden sei.

Franke (Braunschweig) hat zwar bei der Exstirpation einen fettähnlichen Körper gesehen, der als Nebenpankreas angesprochen wurde. Die Autopsie musste in seiner Abwesenheit vorgenommen werden; an dem aufbewahrten Präparat sei nichts von Pankreas zu erkennen gewesen.

Christel (Metz).

54) **F. Bessel-Hagen** (Charlottenburg). Über plastische Operationen bei vollkommenem Verluste der Hautbedeckungen am Penis und Scrotum.

Durch eigene Beobachtungen hat sich dem Votr. die Ansicht bestätigt, dass bei denjenigen Pat., welche durch Verletzung oder Gangrän die Hautbedeckungen am Penis, am Scrotum und Mons Veneris verloren haben, eine operative Behandlung als erforderlich zu erachten ist. Hierdurch kann ein funktionell befriedigendes Resultat erzielt werden, während die Spontanheilung den Penis, durch Zurückziehung desselben hinter die Symphyse, als Geschlechtsorgan untauglich macht.

Nach den bisher bekannt gewordenen Erfahrungen eignet sich für den plastischen Ersatz der verloren gegangenen Hauttheile, sobald das Scrotum erhalten ist, am besten die Überpflanzung einfach oder doppelt gestielter Lappen aus der Scrotalhaut. Über einen derartigen von dem Votr. operirten Fall wird an anderer Stelle berichtet werden.

Sehr viel schwieriger gestaltet sich dagegen die Aufgabe der Operation, wenn die Scrotalhaut gleichfalls zerstört und daher nicht mehr zur Transplantation zu benutzen ist. In einem solchen Falle wählte der Votr. ein von den früheren, unglücklich verlaufenen Versuchen abweichendes Operationsverfahren.

So weit das Scrotum in Betracht kam, lagen die Verhältnisse für die Operation günstig. Die Anfangs völlig entblößten Testikel hatten sich hochgezogen, und der kleine, nur einen 1 cm breiten Streifen bildende Rest der Scrotalhaut hatte sich mehr und mehr durch Heranziehung der Nachbarhaut von der Innenfläche der Oberschenkel her über die Testikel hinweggeschoben, so dass es mit einer einfachen Plastik gelang, die Deckung zu vervollständigen.

Eben so gelang es leicht, den stark geschrumpften Penis durch Loslösen von der Symphyse wiederum zu verlängern.

Dagegen verursachte die Umhüllung des Penis große Schwierigkeiten. Hier verwendete der Votr. die Bauchhaut, und zwar in der Weise, dass er den Penis nach Bildung eines quer gestellten, handbreiten Brückenlappens oberhalb der Symphyse unter demselben hindurchzog, mit einem permanenten Katheter versah und zunächst an seiner Scrotalseite mit dem Bauchwandlappen zur Vereinigung brachte. Erst 10 Tage später wurden dann die Seitentheile des Brückenlappens losgelöst und um den Penis herumgeschlagen. Zugleich musste aber auch für die Folgezeit im Bereiche des Bauchwanddefektes eine störende Narbenschumpfung und damit auch die Ausbildung einer ungünstigen Penisstellung verhütet werden; es wurde daher durch eine weitere Lappenplastik der Peniswurzel eine feste Stütze gegeben.

Im Wesentlichen gelang dieses Verfahren. Nur machten kleine Randnekrosen an der Ventralseite des Penis Nachoperationen erforderlich.

Das Endresultat der Behandlung war ein vollkommen gutes, sowohl hinsichtlich des Scrotum als auch hinsichtlich des Penis, dessen Länge nunmehr in schlafem Zustande $9\frac{1}{2}$ cm betrug und dessen Funktion als Geschlechtsorgan wieder tadellos hergestellt war.

Diese Beobachtung lehrt demnach, dass man unter ähnlichen Umständen nicht zu schnell mit der Bergung der Testikel unter die Bauchhaut oder die Oberschenkelhaut, wie das anderwärts versucht worden ist, vorgehen soll. Sie beweist ferner, dass selbst in solchen Fällen, in denen die Scrotalhaut zur Plastik nicht mehr verwendbar ist, doch noch eine gute und in funktioneller Hinsicht durchaus befriedigende Heilung mit Hilfe eines aus der Bauchhaut gebildeten Brückenlappens möglich ist.

(Selbstbericht.)

55) **Goldmann** (Freiburg i/B.). Zur Behandlung der Prostat hypertrophie.

Frühere Untersuchungen, die der Votr. angestellt hat, um die Ursache zu ergründen, warum von einer suprapubischen Fistel aus (nach *Punctio vesicae* und *Sectio alta*) der Katheterismus posterior so leicht gelingt, hatten ergeben, dass durch die Fixation der Blase an der vorderen Bauchwand ein Zug an der vorderen Blasenwand ausgeübt wird, und dass es hierdurch zu einer Entfaltung resp. zu

einer Erweiterung der inneren Harnröhrenmündung kommt. Um die Gestaltsveränderungen der inneren Harnröhrenmündung unter solchen Umständen näher kennen zu lernen, hat er an Leichen älterer Männer Versuche derart angestellt, dass er einen möglichst tiefen, von Peritoneum entblößten Abschnitt der vorderen Blasenwand mit der vorderen Bauchwand vernähte. Hiernach zeigte sich an geeignet fixirten Präparaten, dass die innere Harnröhrenmündung erweitert war und jene Form angenommen hatte, die Waldeyer in seiner Monographie über das Becken als charakteristisch für eine erweiterte innere Harnröhrenmündung bei überfüllter Blase abgebildet und beschrieben hat. Die bei der Prostatahypertrophie so häufig eintretende Hypertrophie der Blasenmuskulatur führt auch zu einer Hypertrophie der Längsbündel, die in der vorderen Mittellinie der Blasenwand verlaufen. Solche Muskelbündel können geradezu als Leitstränge für einen an der vorderen Blasenwand ausgeübten Zug wirken.

Von der Bedeutung eines derartigen Zuges an der vorderen Blasenwand hat der Votr. sich in zwei Fällen von Prostatahypertrophie überzeugen können, in denen nach längere Zeit vorausgegangenen chronischen Harnretentionen eine akute Harnretention sich eingestellt hatte. In beiden Fällen ist eine temporäre Fistel oberhalb der Symphyse durch Punktion angelegt worden. Nach Schluss derselben blieben die Beschwerden dauernd beseitigt.

In dem einen Falle (84jähriger Pat.), der 2 $\frac{1}{4}$ Jahre nach der Operation an Myokarditis zu Grunde ging, zeigte die Autopsie, dass die Blase an der Punktionsstelle fest und breit mit der vorderen Bauchwand verwachsen war. Die Blase befand sich in antevortirter Stellung, die innere Harnröhrenmündung war erweitert. Die Größe des Zuges an der vorderen Blasenwand ließ sich aus der Entfernung der Punktionsnarbe von der inneren Harnröhrenmündung, die 8 cm betrug, ermessen. Die hintere Blasenwand verlief gestreckt, eine Ausbuchtung derselben nach dem Promontorium zu war eben so wenig wie eine Divertikelbildung an derselben bemerkbar, trotzdem die Prostata besonders in ihrem mittleren Lappen stark hypertrophisch war und stark gegen die Blasehöhle prominirte.

Auf Grund seiner anatomischen und klinischen Erfahrungen empfiehlt der Votr. in Fällen von Prostatahypertrophie, in denen chronische Urinretentionen sich eingestellt haben und in denen das sog. 2. Stadium von Guyon nicht überschritten ist, in denen also eine Degeneration der Blasenmuskulatur nicht vorhanden ist, eine Cystopexie. Er verspricht sich von einer solchen Vernähung der vorderen Blasenwand an die vordere Bauchwand 1) eine Fixation der Blase in einer für die Urinentleerung günstigen Stellung, 2) eine Erweiterung der inneren Harnröhrenmündung, 3) die Behinderung der Divertikelbildung an der hinteren Blasenwand.

Ein Vorzug der Methode liegt in ihrer Ungefährlichkeit; extravasikale Infektion durch Urin, intravesikale durch Instrumente bleibt dabei ausgeschlossen.

so wie die ausgiebigere Behandlung der Insertionsstelle der Tumoren ins Feld geführt, andererseits die technische Schwierigkeit der Handhabung des angeblich complicirten Instrumentariums, für dessen Gebrauch und Einübung nur Wenigen das Material zur Verfügung steht, hervorgehoben. Die vorherige eingehende Übung am Phantom ist nöthig für jeden sonst mit dem Cystoskop vertrauten Operateur, um mit Erfolg vorgehen zu können. Die neuen Nitze'schen Apparate sind so vollkommen, dass nicht mehr die Hand des Erfinders allein damit reüssirt. Die Unbequemlichkeiten für den Kranken sind vereinfacht, da ein Wechsel der Apparate bei der Vereinigung von Schlinge, Kauter und Spülung an einem und demselben Instrumente selten nöthig wird. Dass eine detaillirtere Übersicht der bei der Cystoskopie entfalteten, mit Wasser gefüllten Schleimhaut besser möglich ist, als bei der nach der Incision kontrahirten Blase, ist eigentlich klar. Einen Beweis erhielt L. in einem Falle, wo bei der Sectio alta eine kleine Zotte trotz der Anwendung des Trendelenburg'schen Lichthebels, welcher eine vorzügliche Übersicht giebt, an der oberen Wand übersehen wurde und nachher cystoskopisch zur Beobachtung kam und intravesikal entfernt wurde. Auch die Verschorfung des Grundes erfolgt bequemer, sauberer und gründlicher mit der breiten Fläche des cystoskopischen Brenners; immerhin dürfte bei dem Verdachte auf Carcinom und etwaige Infiltrationen tieferer Schichten und bei sehr breitbasigem Sitze die Sectio alta noch ihr uneingeschränktes Recht bewahren.

Für die weibliche Harnblase dagegen ist es bei deren leichter Zugängigkeit sicher, dass z. B. die wegen eines kleinen Papilloms am Trigonum vorgenommene Kolpocystostomie nicht mehr im Interesse der Kranken liegt. Trotzdem haben die Gynäkologen nur vereinzelt sich der neuen Methode zugewandt, wie z. B. Kolischer dafür plädirt und Latzko mit seinem vom Cystoskop vollständig getrennten Instrumentarium so vorgeht.

Die Kelly'sche Methode, welche L. seiner Zeit schätzte, ist nicht mehr haltbar, die Dilatation der Urethra überflüssig und nicht ganz ohne Nachtheil.

Der Verzicht auf jegliches allgemeine Anaestheticum, die Möglichkeit, sogleich oder in kurzer Zeit die nicht selten schon durch die Blutverluste geschwächten Pat. zu heilen und nicht bettlägerig zu machen, die geringe Gefahr, welche von der Operation droht (auch L. hat keinen der so behandelten Kranken verloren), müssen dem endovesicalen Verfahren einen weiteren Eingang als bisher verschaffen.

In voller Anerkennung des endovesicalen Verfahrens sind aber nach 3 Richtungen hin Einschränkungen nöthig:

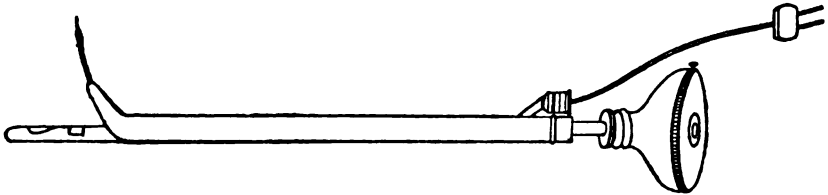
1) betreffend die Recidive und den event. Übergang von gutartigen in bösartige Tumoren. Über letzteren Punkt sind die Akten nicht geschlossen, obwohl a priori eine große Wahrscheinlichkeit (Wendel) dafür besteht. Die von L. operirten 6 Papillome recidivirten in

loco nicht, und in einem Falle, den 1½ Jahr vorher Herr Nitze behandelte, war in loco kein Recidiv sichtbar.

2) Anders steht es mit den Schwierigkeiten, welche für manche Pat. immer noch das Kaliber der Instrumente darbietet und bei denen, wenn es auch gerade kein Hindernis ist, eine nicht unerhebliche und auch durch Cocain nicht zu beseitigende hochgradige Empfindlichkeit in Folge der straffen Einführung eintritt, so wie eine gewisse Unbeweglichkeit des Instrumentes selbst durch diese Zwangslage sich einstellt. Dazu kommt meist die Nothwendigkeit, mehrzeitig vorzugehen. Görl berichtet sogar einmal von 32 Sitzungen. Bei einem sehr intoleranten Kranken entschloss L. sich nachträglich zur Sectio alta.

3) Die Allgemeinreaktion ist unter Umständen nicht ganz unerheblich; wenn auch Entzündungen des Hodens, der Prostata, Nierenreizung von L. nicht beobachtet wurden, so doch Urethralfrost und Cystitis und eine recht heftige Blutung.

Diese Verhältnisse machen es erwünscht, dass eine noch weitere Verringerung des Kalibers erreicht werden möge. Wie weit dies bei den von Herrn Kollmann angedeuteten seitlichen Apparaten erreicht ist, weiß L. nicht anzugeben, da noch nichts Näheres darüber publicirt ist.



L. hat seiner Zeit, wie an anderer Stelle veröffentlicht, die Grünfeld'sche endoskopische Methode beim Manne aufgenommen, deren Nachteile bezüglich der Übersichtlichkeit er klarlegt. Will man aber bei enger Harnröhre noch auf diesem Wege in die Blase hinein, so ist es möglich, damit einen kleinen Tumorpartikel herauszuholen, auch unter der in der Spitze von L. angebrachten Lampe bei Luftfüllung mit Kontrolle des Auges.

Am Orificium internum, wo hin und wieder Papillome sitzen, wie z. B. Kolischer solche, zum Theil in die Harnröhre hineinragend, beschrieb, ist das Nitze'sche Instrument nicht anwendbar und L.'s Vorrichtung am Platze.

Für dicht an den Ureterenmündungen sitzende Papillome, wo man kaustisch genau lokalisiren will, hat L. einen Apparat verwendet, der sich ohne Umstände in die gebräuchlichen Ureterencystoskope einführen lässt. Durch den Kanal des Ureterenkatheters wird ein einfacher Brenner geschoben, welcher eben so wie der Katheter auch mit denselben Vorrichtungen, welche diesem die verschiedene Richtung geben, auf einen Punkt eingestellt werden kann. (S. Abb.)

Die Verschorfung des Grundes nach der Entfernung breitbasiger Tumoren pflegt mit dem Paquelin zu erfolgen, so weit nicht excidirt wird. Wegen der Nachtheile in der Handhabung dieses Brenners bezüglich der Blase (ungenau Lokalisirung, große Hitzeentwicklung etc.) hat L. einen langen Galvanokauter anfertigen lassen nach Art eines bekannten Tonsilleninstrumentes. Er wird ganz ausgekocht und ist exakt zu handhaben.

Elektrische Kabel, welche die Asepsik des Operationsfeldes stören, so wie nicht auskochbare Kautergriffe bereitet L. in einem Glashefen mit Formalin vor.

Schließlich berichtet L. noch über die Beobachtung von 2 Spontanabstoßungen nach Cystitis, ein Kapitel, worüber Desnos 1897 in der französischen Gesellschaft für Urologie ausführlich berichtete.

Die Behandlung einer immer wieder recidivirenden Papillomatose konnte L. mit Argentum (und Tannin) mit sehr gutem Resultate fortsetzen. Diese Methode ist von Herring und H. Thompson inauguriert, die Konzentration der Lösungen individuell, und ein solches Verfahren ist am Platze, wenn nach operativen Eingriffen zahlreiche Recidive eintreten. Der betr. Pat. wurde von L. 2mal endovesikal und 1mal durch Sectio alta operirt (innerhalb 2 Jahren, ein Jahr vorher von Nitze endovesikal). Die medikamentöse Therapie stillte nicht nur die heftigen Blutungen der zahlreichen Recidive, sondern brachte auch erhebliche Fetzen zur Abstoßung.

(Selbstbericht.)

57) E. Küster. Die Nierenchirurgie im 19. Jahrhundert. Ein Rück- und Ausblick.

An der außerordentlichen Entwicklung, welche die Nierenchirurgie innerhalb eines Menschenalters durchgemacht hat, kann die deutsche Gesellschaft für Chirurgie einen ganz hervorragenden Antheil beanspruchen; denn nicht nur ist Gustav Simon, der Begründer der Nierenchirurgie, gleichzeitig der Mitbegründer der Gesellschaft, sondern es ist auch eine Fülle von Anregungen und neuen Gedanken von Mitgliedern der Gesellschaft, wie Czerny, Bardenheuer, Hahn und J. Israel, ausgegangen. Deutschland hat nun zwar den Anstoß in dieser Richtung gegeben; allein andere Kulturnationen haben sich gleichfalls in lebhaftester Weise betheilig. Der Engländer H. Morris gab schon im Jahre 1885 das erste überhaupt geschriebene Lehrbuch der Nierenchirurgie heraus, und nur 4 Jahre später folgte ein zweites von Newman. Auch die Franzosen hatten schon im Jahre 1889 das Lehrbuch von Le Dentu; aber noch viel früher, nämlich im Jahre 1882 hatte Guyon durch Herausgabe der Annales des maladies des organes génito-urinaires und später durch Gründung der Association française d'urologie der ganzen Lehre eine breite wissenschaftliche Basis zu schaffen gewusst. In Italien hat d'Antona, in Dänemark haben Bloch und Rovsing, in Schweden Lennander Vortreffliches geleistet.

Die 3 Jahrzehnte der Entwicklung zeigen 3 Perioden von je einem Jahrzehnt; die Periode des vorsichtigen Tastens, die Periode der naiven Freude an der Operation, endlich die Periode der wissenschaftlichen Vertiefung. Vorwiegend ist es aber die Operation der Nephrektomie, an welcher sich die schrittweise Entfaltung der Lehre am besten verfolgen lässt.

Vor Simon haben zwar schon Wolcott, Spencer Wells und Peaslee Nierenausschälungen gemacht oder zu machen versucht, alle aber auf Grund unrichtiger Diagnose und mit ungünstigem Ausgange. Die im Jahre 1869 von Simon ausgeführte Nephrektomie bleibt daher nicht nur die erste wohlüberlegte und beabsichtigte, sondern auch die erste glückliche Operation der Art.

Zunächst waren freilich die Erfolge sehr mäßig. Der Amerikaner Gross berechnet im Jahre 1885 aus 293 Nephrektomien eine Sterblichkeitsziffer von 44,63 vom Hundert; dagegen hat Redner aus 1146 Operationen mit 287 Todesfällen eine Sterblichkeit von 25,04 vom Hundert festgestellt. Von diesen kommen auf das letzte Jahrzehnt 525 Operationen mit 84 Todesfällen = 16%. Die Operation ist also fast um das Dreifache aussichtsvoller geworden, wie früher. Dies Ergebnis ist zwar zum Theil auf die bessere Technik und die Ausbildung der Wundbehandlungsmethoden, aber mehr noch auf das Eindringen in die pathologischen Vorgänge und auf die Vollendung unserer diagnostischen Hilfsmittel zurückzuführen. In letzterer Beziehung hat die Feststellung der qualitativen und quantitativen Veränderungen des Urins schon vortreffliche Anhaltspunkte geboten, wenn auch nicht zur Entscheidung der Frage, ob ein oder zwei Nieren vorhanden sind, ob beide Nieren gleich oder verschiedenartig erkrankt sind und ob eine übrigbleibende Niere im Stande sein wird, die gesammte Arbeitslast des Stoffwechsels zu übernehmen.

Gerade in dieser Beziehung hat eine Anzahl neuerer Untersuchungsmethoden unsere Kenntnisse sehr weit vorgerückt; dahin gehören die Cystoskopie, der Harnleiterkatheterismus, endlich die Methode der funktionellen Diagnostik: die Gefrierprobe (Kryoskopie) und die Phloridzinprobe. Dennoch bleiben Fälle übrig, in denen alles das noch nicht im Stande ist, uns vollste Sicherheit zu gewähren. Dann steht als letztes Mittel die operative Freilegung und Betastung beider Nieren, und zwar von der Lendengegend her, zu Gebote.

Unter dieser Vervollkommnung der Diagnostik hat auch die Behandlung ungemein an Sicherheit gewonnen; sie ist erheblich konservativer geworden, als dies ursprünglich der Fall war. Das zeigt uns sofort ein kurzer Überblick über die hauptsächlichsten Nierenkrankungen.

Die Wanderniere stellt nicht nur die häufigste Nierenerkrankung dar, sondern sie spielt auch eine hervorragende Rolle in der Ätiologie anderer Leiden desselben Organes. Sie ist ausschließlich auf akut oder chronisch wirkende Traumen zurückzuführen, welche durch Adduktionsbewegungen der unteren Rippen veranlasst werden.

Die Nephrektomie, welche eine Zeit lang gegen das Leiden zur Anwendung kam, ist mit Recht verlassen; dagegen hat die Nephropexie immer bessere Erfolge erzielt. K. hat nach der von ihm seit Jahren geübten Methode nur noch 6% Rückfälle zu verzeichnen.

Bei den subkutanen Zersprengungen der Niere sollte die Nephrektomie nur noch dann in Anwendung kommen, wenn die Niere in mehrere Bruchstücke zerrissen ist, die kaum noch Zusammenhang haben; sonst wird man die oft heftigen Blutungen durch Naht der Risslinien beziehungsweise Ausstopfung des Nierenbeckens zu beherrschen suchen.

Die eitrigen Prozesse bedürfen vor allen Dingen einer pathologisch-anatomisch begründeten Namensgebung. K. nennt die den Ausgang der Pyelonephritis bildenden Eiterungen im Nierengewebe Nierenabscess, die im Nierenbecken aufgestauten, stets sekundären Eiterungen Empyem. Als Sackniere, Cystinephrosis, bezeichnet er die durch primäre Stauung entstandenen sackförmigen Geschwülste, welche zunächst ein keimfreies Sekret beherbergen (Hydronephrose), später aber inficirt werden können (Pyonephrose). Diese Dinge müssen scharf aus einander gehalten werden. Treten genannte Leiden als Komplikationen anderer Erkrankungen, der Tuberkulose oder der Steinbildung, auf, so können sie durch ein Beiwort (Pyelonephritis tuberculosa, Cystinephrosis calculosa) gekennzeichnet werden.

Unter den eitrigen Processen spielt die Tuberkulose der Niere die wichtigste Rolle. Es ist kaum mehr zu bezweifeln, dass es eine primäre Nierentuberkulose im pathologisch-anatomischen Sinne nicht giebt; dennoch erfolgen dauernde Heilungen selbst dann, wenn auch die zweite Niere nicht mehr ganz gesund war. Es ist deshalb nur zu billigen, wenn man vielfach begonnen hat die tuberkulöse Niere schonender, als bisher zu behandeln, d. h. an die Stelle totaler in manchen Fällen die partielle Nephrektomie, bezw. die Eröffnung und Ausschabung tuberkulöser Abscesse zu setzen. In sonderbarem Gegensatze dazu steht das Bestreben, selbst auf die Gefahr einer höchst lebensgefährlichen Operation hin der Verbreitung des Leidens durch das gesammte Urogenitalsystem mit dem Messer zu folgen. Wenn man einem solchen Vorgehen auch nicht unbedingt die Berechtigung absprechen kann, so liegt doch kein Grund vor, sich mit der Wegnahme des tuberkulösen Harnleiters zu übereilen. Nicht selten erfolgen nach Beseitigung der Niere vollständige Heilungen und Verödungen des Kanales; und wenn das nicht geschieht, so kann man den Harnleiter wenigstens zu einer Zeit wegnehmen, in welcher die Körperkräfte sich bereits wesentlich gehoben haben. Dagegen dürfte die Wegnahme eines Theiles der tuberkulös erkrankten Blase wohl unter allen Umständen von der Hand zu weisen sein.

Die Diagnose der Steinkrankheit der Harnwege hat durch die Aktinographie eine nicht zu unterschätzende Förderung erfahren. Freilich können bisher mit Sicherheit nur die Oxalate erkannt werden, weniger sicher die Phosphate, am wenigsten die Urate. In-

dessen ist es wahrscheinlich geworden, dass durch kürzere Belichtungszeit es gelingen werde, auch die leicht zu durchstrahlenden Steinarten im Bilde sichtbar zu machen. — Die operative Behandlung der Steine ist verschieden, je nachdem sie im Nierenbecken, oder im oberen, mittleren und unteren Abschnitte des Harnleiters stecken. Im ersten Falle genügt die Nephrotomie, am besten durch den Konvexschnitt der Niere, im zweiten Falle kommt weitgehende Ablösung des Bauchfelles, im dritten endlich ein Vordringen mittels osteoplastischer Kreuzbeinresektion, oder mittels Bauchschnitt in Frage.

In Betreff der Sackniere hat eine sehr ausgesprochene Entwicklung in konservativer Richtung stattgefunden, da die Nephrektomie bis auf seltene Ausnahmefälle durch konservative Methoden ersetzt ist. Die Erörterungen über diesen Gegenstand haben uns gleichzeitig über die Ätiologie des Leidens ziemlich vollständig aufgeklärt. Die erworbene Sackniere kommt noch etwas häufiger vor, als die auf angeborenen Bildungsfehlern beruhende; und unter den Ursachen der ersteren steht die Wanderniere, welche die größte Zahl aller intermittirenden Sacknieren veranlasst, weitaus im Vordergrunde. Die durch Wanderniere erzeugten wirklichen Knickungen und Klappenbildungen des Harnleiters haben eine große Zahl von Operationsmethoden veranlasst, welche den Inhalt der sog. Harnleiterchirurgie bilden; besonders zu betonen ist aber, dass durch Nephropexie eine beginnende Sackniere geheilt werden kann.

Auch für die Neubildungen ist eine weise Selbstbeschränkung an die Stelle des operativen Enthusiasmus der ersten 2 Jahrzehnte getreten. Die Fortschritte liegen hauptsächlich auf ätiologischem und pathologisch-anatomischem Gebiete. Mehr als der dritte Theil der Nierengeschwülste ist angeboren und geht aus verirrten embryonalen Zellenhaufen hervor. Diese embryonalen Geschwülste kann man nicht einfach als bösartig bezeichnen, da sie oft bis ins hohe Alter hinein eine nur mäßige Entwicklung zeigen. Da sie also wahrscheinlich sämmtlich zunächst ein rein örtliches Übel darstellen, so kann man während dieser ihrer Entwicklungsperiode ihnen auch mit Theiloperationen beikommen, falls sie früh genug erkannt worden sind.

Im Allgemeinen ist für die Nephrektomie der Weg durch die Lendengrube dem durch den Bauch hindurch bei Weitem vorzuziehen; nur für die nicht mehr frei beweglichen Neubildungen erleidet dieser Satz eine Einschränkung.

Überblickt man die Summe der Leistungen auf dem Gebiete der Nierenchirurgie, so gewinnt man den Eindruck, als ob die Hauptarbeit bereits gethan sei. Allein man sollte in solchen Urtheilen immerhin sehr vorsichtig sein. Die Lehre von den Nierenkrankheiten, welche in den 80er Jahren ein rein anatomisch-chirurgisches Gepräge angenommen hatte, ist neuerdings in unverkennbarer Weise wieder mehr auf das physiologisch-medicinische Gebiet hinübergerückt.

Ob bei dieser Frontveränderung nicht noch neue, grundstürzende Veränderungen der ganzen Lehre zu erwarten sind, lässt sich zur Zeit auch nur mit annähernder Sicherheit noch nicht erkennen.

(Selbstbericht.)

58) L. Casper (Berlin). Zur Methode der funktionellen Nierendagnostik.

Nach einem Hinweise darauf, dass alle Sachverständigen mit Küster darüber einig sind, dass eine große Zahl der bei Nierenoperationen vorkommenden Misserfolge auf die Unmöglichkeit zurückzuführen sind, vor der Operation über den Zustand und die Funktionskraft der anderen Niere Gewissheit zu erlangen, geht Verf. auf die Fortschritte ein, welche die nierenchirurgische Diagnostik in der neueren und neuesten Zeit gemacht hat.

Für eine vorzunehmende eingreifende Nierenoperation kommt es nicht allein darauf an, ob die andere Niere gesund ist, denn ein Mensch kann auch mit einer kranken Niere leben, sondern vielmehr darauf, ob die andere arbeitsfähig genug ist, um nach Ausschaltung der ersteren die für das Leben unentbehrliche Thätigkeit allein zu übernehmen. Die Arbeitskraft und -tüchtigkeit der Niere misst man an ihrem Arbeitsprodukt, an dem von jeder Niere getrennt und gleichzeitig aufgefangenen Harn. Aus vorhandenem Eiter, Albumen, Cylindern, rothen Zellen, Mikroorganismen ist die anatomische Beschaffenheit des Organs zu ersehen, über die Funktionskraft belehren drei andere Werthe, nämlich die Quantität des in der Zeiteinheit ausgeschiedenen N, die Höhe des Gefrierpunktes und die Quantität des ausgeschiedenen Zuckers, dessen Entstehen künstlich durch eine vorherige subkutane Phloridzininjektion hervorgerufen wird. Die Verhältnisse bezüglich des N sind bekannt, über den Gefrierpunkt (Δ) hat sich schon Kümmell auf dem vorigen Kongresse ausgesprochen. Der Gefrierpunkt misst die molekulare Konzentration einer Flüssigkeit: je größer die Zahl der in einer Flüssigkeit gelösten Moleküle, um so tiefer liegt der Gefrierpunkt unter dem des destillirten Wassers. Je größer also die Zahl der Moleküle, welche die Niere aus dem sie durchströmenden Blute herausgearbeitet hat — mit anderen Worten, je arbeitstüchtiger die Niere, um so tiefer liegt der Gefrierpunkt ihres Harnes unter dem des Wassers. Die Normalzahlen liegen zwischen 1 und 2. — Was das Phloridzin betrifft, so ist das ein Stoff, von dem seit Langem bekannt ist, dass der menschliche Organismus auf seine subkutane Einverleibung mit einer Zuckerausscheidung im Harn reagirt. Und zwar handelt es sich um eine aktive chemische Thätigkeit des Nierenparenchyms. Es steht fest, dass die Niere der Angriffspunkt der Phloridzinwirkung ist, dass ohne Thätigkeit der Nieren die Zuckerausscheidung nicht zu Stande kommt.

Verf. hat nun festgestellt, dass bei Gesunden, sobald man den Harn getrennt und gleichzeitig aus beiden Nieren auffängt, die Werthe für den N, für den Gefrierpunkt und die ausgeschiedenen Saccharummengen auf beiden Seiten immer gleich oder annähernd gleich sind. Hat man es mit einer kranken Niere zu thun, so ist zu beobachten, dass alle 3 Faktoren der kranken Seite gegen die gesunde minderwerthig sind. Wie die kranke Niere weniger N ausscheidet, so arbeitet sie auch Alles in Allem eine kleinere Zahl von Molekülen aus dem Blute heraus; daher ist Δ geringer, je weniger funktionsfähiges Nierenparenchym da ist, und um so weniger Saccharum wird producirt. Ist das Nierengewebe zum großen Theil zerstört, so findet überhaupt keine Zuckerbildung mehr statt.

Verf. berichtet nun über 12 Fälle, die auf die geschilderte Weise untersucht und danach operirt, bzw. secirt worden sind. In den ersten 10 Fällen handelt es sich um Pat., bei denen Dank der Untersuchung die Nothwendigkeit und Zweckmässigkeit der geplanten chirurgischen Intervention festgestellt wurde. Hieran reihen sich 2 Fälle, in welchen auf Grund der Untersuchungen die Operation unterlassen wurde, und in welchen die Sektion nachträglich die Richtigkeit der Diagnose zeigte. Von den ersten 10 Pat. sind 9 vollständig genesen. Bei dem einen Pat. (Fall 6) verlief die Operation gleichfalls durchaus günstig und brachte auch einen curativen Erfolg, sofern die Beschwerden in Betracht kommen, die von Seiten der rechten Niere, die extirpirt werden musste, ausgingen. Hier ergab die Untersuchung, dass die linke Niere zwar auch krank ist (Pyelitis), dass die Funktionskraft derselben aber noch als an der Grenze des Normalen angesehen werden darf. Daraufhin wurde die Operation vorgenommen. Dem betreffenden Pat. geht es jetzt gut, wenn er auch in Folge seiner linksseitigen Pyelitis eiterhaltigen Harn entleert.

Zum Schlusse führt Verf. noch 2 Fälle an, die für die Frage der Gesundheit, bzw. Funktionsfähigkeit der sog. anderen Niere von großem Interesse sind. Auch hier bewährte sich die Methode in jeder Beziehung.

Alles in Allem glaubt Verf. auf Grund seines gegenwärtigen umfassenden Materials sagen zu dürfen, dass es durch die neuen Untersuchungsmethoden, vereint mit den alten anerkannten Verfahren, gelingt, eine exaktere Diagnose der Nierenerkrankungen und eine sicherere Prognose für die Nierenoperationen zu gewinnen, als das mit den bisher üblichen Mitteln möglich war. (Selbstbericht).

59) Kümmell (Hamburg). Praktische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten.

K. berichtete auf dem letzten Kongresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie über die mit der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes

und des Urins gemachten Erfahrungen und über die Anwendung dieser Methode für die Chirurgie, speciell für die Diagnose der Nierenkrankheiten und die Feststellung der Funktionsfähigkeit der einzelnen Nieren vor operativen Eingriffen. K. hat seine Untersuchungen und Beobachtungen weiter fortgesetzt und über 100 Gefrierpunktsbestimmungen des Blutes an gesunden und kranken Menschen, an solchen mit normal funktionirenden und insuffizienten Nieren, so wie zahlreiche Gefrierpunktsbestimmungen des Urins mit Zuhilfenahme des Ureterenkatheterismus ausgeführt. Durch diese weiter fortgesetzten Untersuchungen, deren Richtigkeit wir meist durch die nachfolgenden Operationen oder, wie bei den Schrumpfnieren u. A., durch die späteren Autopsien kontrolliren konnten, haben unsere früheren Beobachtungen in allen Fällen Bestätigung gefunden, so dass wir nunmehr die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes, so wie die des jeder einzelnen Niere durch den Ureterenkatheterismus entnommenen Urins für eins der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel zum Nachweise der Funktionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffe empfehlen zu dürfen glauben.

Es ist als feststehend anzusehen, dass das normale menschliche Blut einen Gefrierpunkt von $0,56^{\circ}$ Celsius unter dem des destillirten Wassers hat. Schwankungen von $0,55 - 0,57^{\circ}$, also von $2/100^{\circ}$ sind noch als physiologisch anzusehen. Eine Zunahme der Gefrierpunktserniedrigung auf $0,58 - 0,60^{\circ}$ und darüber zeigt an, dass beide Nieren mehr oder weniger mangelhaft funktioniren, dass eine Niereninsuffizienz vorhanden ist. Von einem operativen Eingriffe ist so lange Abstand zu nehmen, bis der Gefrierpunkt von annähernd $0,56^{\circ}$ erreicht ist. Sind Tumoren der Nieren maligner oder gutartiger Natur, so wie solche des Abdomens oder nicht kompensirte Herzfehler vorhanden, so ändern sich die Verhältnisse, und es müssen die später zu erwähnenden Momente berücksichtigt werden.

In allen Fällen mit normaler Nierenfunktion, welche wir untersuchten, haben wir einen Gefrierpunkt von $0,56^{\circ}$ konstatirt. Unter den 65 auf ihren Blutgefrierpunkt untersuchten Pat., welche an Cystitis, Furunkulosis, paranephritischen Abscessen u. A. litten, war nur 4mal der Gefrierpunkt $0,55$, und eben so oft $0,57$. Auch während des Typhus, selbst bei schweren und hoch fiebernden Fällen bewegte sich nach den Untersuchungen unseres Assistenzarztes Prof. Dr. Rumpel entgegen den Untersuchungen von Waldvogel aus der Epstein'schen Klinik der Gefrierpunkt stets in den angegebenen normalen Grenzen.

Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und der Ureterenkatheterismus mit den sich daran anschließenden weiteren Untersuchungen der gewonnenen Sekrete geben der Nierendiagnostik eine große Sicherheit.

Zu diesen weiteren Untersuchungen gehören:

die Gefrierpunktsbestimmungen, die Harnstoffbestimmung und die Zuckerbestimmung nach Anwendung der Phloridzinmethode des durch den Ureterenkatheterismus jeder einzelnen Niere entnommenen Urins und der vergleichenden Gegenüberstellung der Befunde jeder einzelnen Niere.

Wenden wir uns nun zu den praktischen Erfahrungen, welche wir mit der geschilderten Untersuchungsmethode gewonnen haben, so handelte es sich um 26 operativ behandelte Fälle, bei denen vorher die Funktionsfähigkeit der Nieren festgestellt war. In 17 Fällen handelte es sich um Pyo- resp. Hydronephrosen, in 7 Fällen um tuberkulöse Nieren. In diesen 24 Fällen wurde die Nephrotomie ausgeführt mit 22 Heilungen und 2 Todesfällen. In 2 Fällen handelte es sich um doppelseitige Erkrankung der Nieren, in dem einen um eine seit 5 Tagen bestehende calculöse Anurie mit hochgradiger Gefrierpunktserniedrigung von $0,65^{\circ}$, welche nach Entfernung der Steine geheilt wurde; Gefrierpunkt später normal; im anderen Falle um eine doppelseitige Cystenniere mit einer Gefrierpunktserniedrigung von $0,69^{\circ}$. Pat. ging urämisch zu Grunde.

Die vor der Operation auf Grund der Untersuchungsergebnisse angenommene Kompensationsfähigkeit der zurückgebliebenen Niere entsprach voll und ganz den nach der Operation zur Kontrolle angestellten Nachuntersuchungen. Der Blutgefrierpunkt zeigte durch seine absolute Konstanz, dass auch nach der Entfernung der erkrankten Niere keine Retention N-haltiger Moleküle eingetreten war. Interessant ist ferner die nach der Nierenexstirpation zunächst auftretende Steigerung des osmotischen Druckes des Urins, Hand in Hand gehend mit einer erhöhten Harnstoffausscheidung, gleichsam als ob die nun allein arbeitende Niere noch nicht das volle Regulierungsvermögen besäße, während nach einiger Zeit die normale Druckinsuffizienz wieder nachweisbar war. Im Allgemeinen wurde der Eingriff der Nierenexstirpation auffallend leicht überstanden, die Rekonvaleszenz war eine glatte, und diese Momente sprachen für die Richtigkeit der angenommenen vollen Funktionsfähigkeit der zurückgebliebenen Niere.

Bei 7 Fällen von Nierentuberkulose konnten wir durch die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins, welcher gesondert beiden Nieren entnommen war, die Funktionsfähigkeit jeder einzelnen feststellen und in allen Fällen Heilung erzielen, ein Pat. ist noch in Behandlung. Gerade bei der Nierentuberkulose, bei der so oft auch die andere Niere bereits mehr oder weniger erkrankt ist und man früher nicht festzustellen in der Lage war, ob die andere Niere die Funktion der entfernten mit zu übernehmen im Stande war, haben wir eine große Sicherheit in der Prognose erlangt. In allen Fällen, in denen wir zur Operation schritten, war die Insuffizienz der Niere festgestellt, obwohl oft auch die andere nicht vollkommen gesund war, und dies wurde durch die Operation als richtig erwiesen.

Im Allgemeinen gingen wir so vor, dass wir bei jeder in Betracht kommenden Nierenoperation den Gefrierpunkt des Blutes und Urins, so wie die im Urin ausgeschiedene Harnstoffmenge, die beiden letzteren an mehreren hinter einander folgenden Tagen, bestimmten. Ergab sich ein normaler Blutgefrierpunkt von $0,55-0,57^{\circ}$, so wie entsprechende Werthe des Urins, so wurde dies als ein Zeichen der bestehenden vollen Funktionsfähigkeit wenigstens einer Niere angesehen und als eine sichere Garantie, die als erkrankt angesehene Niere nöthigen Falles entfernen zu können. Alsdann wurde durch den Ureterenkatheter die Beschaffenheit des Urins jeder einzelnen Niere und ihre Funktionsfähigkeit festgestellt. In den Fällen, in welchen, nach der Beschaffenheit des Urins zu schließen, die eine Niere bereits vollständig verodet und außer Funktion gesetzt ist, genügt die Bestimmung des Gefrierpunktes des Blutes und Urins, so wie des Harnstoffes zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der einen Niere. In den Fällen aber, in welchen die Funktionsfähigkeit der anderen Niere nicht feststeht und eine Erkrankung beider Nieren vorhanden ist, wie sie bei Pyelitis calculosa, gonorrhoeica oder besonders bei Tuberkulose nicht so selten vorkommt, könnte die Arbeitstheilung der beiden Nieren eine derartige sein, dass jede derselben zu etwa gleichen Theilen an der Ausscheidung der Stoffwechselprodukte sich betheiliget und beide zusammen noch so viel gesundes Gewebe besäßen, als etwa eine normal funktionirende Niere. Nach Wegfall der einen arbeitenden Hälfte würde der nach der Operation übrig bleibende Theil eine insufficiente Niere vorstellen und nicht mehr funktionsfähig sein. Hier würde also die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes normalen Werth angeben, welcher sich jedoch auf beide Nieren zusammen bezöge. Um derartige Fehler zu vermeiden, ist der Ureterenkatheterismus nothwendig, durch ihn lernen wir in Verbindung mit der Gefrierpunktsbestimmung die Funktionsfähigkeit jeder Niere gesondert kennen.

Wir sehen, dass bei normaler Funktion des Gefrierpunktes des Urins der rechten und linken Niere eben so die Harnstoffmenge beider Organe annähernd gleich ist; auch die von jeder einzelnen Niere in einer gewissen Zeiteinheit ausgeschiedene Urinmenge scheint ungefähr die gleiche zu sein. So konnten wir auch keine wesentliche Schwankung der jeweiligen Harnkonzentration bei den verschiedenen Pat. je nach ihren augenblicklichen Stoffwechselverhältnissen konstatiren.

Z. B.:	L.	R.
	0,36	— 0,42
	1,42	— 1,44
	1,70	— 1,72

Bei der auffallenden Gleichheit der Konzentration im physikalischen wie chronischen Sinne konnte in allen Fällen eine organische Erkrankung, die eine Funktionsstörung bedingen musste, ausgeschlossen werden, wie auch der weitere klinische Verlauf bestätigte.

Anders gestalten sich die Verhältnisse, wenn die eine der beiden Nieren erkrankt ist. Hier ist das Charakteristische der auffallende Unterschied zwischen Gefrierpunkt und Harnstoffmenge der beiden Nieren. Sie lassen nicht nur auf eine dieser Funktionsstörung zu Grunde liegende Erkrankung des Nierenparenchyms, sondern zum Theil auf eine bereits eingetretene, fast vollständige Zerstörung des ganzen Organs schließen; die bald nach den Untersuchungen vorgenommene Nephrektomie hat denn auch in allen Fällen die Richtigkeit der Diagnose ergeben. Je niedriger der Uringefrierpunkt und je geringer die Harnstoffmenge des aus der erkrankten Niere aufgefangenen Sekrets in absolutem und relativem Sinne war, desto größer erwies sich die Zerstörung des Nierengewebes. In einem Falle z. B., in dem der Uringefrierpunkt nur 0,14 betrug und nur Spuren von Harnstoff vorhanden waren, bestand die exstirpirte Niere aus einem mit stinkendem Eiter und Steinen gefüllten Sacke, in dem die Nierensubstanz vollständig zu Grunde gegangen war. In einem anderen Falle, in dem der Uringefrierpunkt 0,37 mit einer Harnstoffmenge von 3,9 immerhin noch auf secernirendes Parenchym schließen ließ, bestand in der That neben bis erbsengroßen multiplen Abscessen, mit denen die ganze Niere durchsetzt war, noch relativ viel normales Gewebe. Bei Beobachtung der geschilderten Methode haben wir in keinem unserer Fälle nach der Nephrektomie die gefürchtete Anurie beobachtet.

Eine solche Anurie kann immerhin nach operativen Eingriffen vorkommen, wenn auch vor der Nephrotomie die andere Niere als vollkommen gesund befunden wurde und es auch war. Durch zahlreiche Untersuchungen des Prosektors unseres Krankenhauses E. Fränkel, welche er in mehreren Publikationen niedergelegt hat, ist festgestellt, dass durch die Einwirkung der Operation, vor Allem durch die Narkose eine schwere Degeneration der Nierenepithelien und Glomeruli und ein Kerntod eintritt. Äußerlich ist an den Nieren keine pathologische Veränderung nachzuweisen, und erst die genaue mikroskopische Untersuchung liefert den Beweis der schweren Nierenschädigung.

Diese Verhältnisse treten nicht nur bei Operation an den Nieren, sondern auch bei solchen an anderen Körperregionen auf und werfen ein Licht auf das als sog. reflektorische Anurie bezeichnete Krankheitsbild. Ich glaube nicht, dass eine derartige Anurie ohne anatomische Veränderungen existirt.

Der Gefrierpunkt des Blutes von 0,59—0,60 und darüber deutet auf eine Insufficienz der Niere hin; von einem operativen Eingriffe ist so lange Abstand zu nehmen, bis eine Steigerung des Gefrierpunktes auf annähernd 0,56 erreicht ist. Die Richtigkeit dieser Beobachtung haben wir an 22 Fällen zusammengestellt, bei denen es sich um ausgesprochene, klinisch festgestellte, zum größten Theil durch die Obduktion bestätigte Niereninsufficienz handelte. In den meisten Fällen waren es Schrumpfnieren in meist vorgeschrittenem

Stadium, die zum Theil bereits zur Urämie geführt hatten und eine Gefrierpunktserniedrigung bis 0,71 aufwiesen. Die Werthe des Urin-gefrierpunktes blieben bei der Niereninsufficienz sämmtlich unter 0,9; die meisten betragen 0,6—0,7. Wir haben die Untersuchung dieser Fälle von internen Nierenerkrankungen, chronische Nephritis, Schrumpfniere etc., in größerer Zahl angeführt, weil sie auch für den Chirurgen dadurch von größter Wichtigkeit sein können, als sie zur Verwechslung mit Nierensteinen, Nierentumoren, renaler Hämorrhagie Veranlassung geben können und gegeben haben.

Mehrmals kamen Pat. zur Untersuchung mit der Diagnose eines Nierensteines oder Tumors. Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes schützte uns vor einem verhängnisvollen Irrthume, vor einem operativen Eingriffe. Besonders bot ein Fall großes Interesse, als es sich um eine einseitige Nierenblutung handelte. Er hat eine große Ähnlichkeit mit der von Laurent aus der Schede'schen Klinik mitgetheilten Krankengeschichte.

Ein elender, kachektisch aussehender Mann litt an starken Blutungen aus den Harnwegen; er wurde uns als auf Stein oder Tumor der Niere verdächtig zur Untersuchung zugewiesen. Die Sondirung der Ureteren ließ aus der rechten Niere blutigen aus der linken anscheinend normalen, nicht blutigen Urin hervortreten. Bei dem elenden Aussehen des Pat. nahmen wir einen Tumor der rechten Niere an und dachten an eine operative Entfernung. Die nunmehr ausgeführte Gefrierpunktsbestimmung des Blutes ergab eine Erniedrigung von 0,65. Von einem operativen Eingriffe wurde Abstand genommen, die weitere Untersuchung zeigte, dass es sich um eine Schrumpfniere handelte, an der Pat. nach einigen Wochen zu Grunde ging. Die Sektion bestätigte unsere Diagnose.

Eine weitere hochgradige Gefrierpunktserniedrigung von 0,69 fanden wir bei einer doppelseitigen Cystenniere. Der Pat. wurde schwer urämisch und bewusstlos mit der Diagnose Ureterenverschluss durch Nierensteine aufgenommen. Die Operation legte 2 vollkommen cystisch degenerirte Nieren frei. Bei einer seit 5 Tagen bestehenden calculösen Anurie bei einer 44jährigen Pat. war die Gefrierpunktserniedrigung 0,65. Wir spalteten die vergrößerte rechte Niere und entfernten einen den Ureter verschließenden langen Stein. Der Urin entleerte sich bald in die Blase. Nach 3 Tagen bestand noch ein Gefrierpunkt von 0,65 welcher nach vollendeter Ausscheidung der Retentionsstoffe nach ca. 8 Tagen die normale Höhe von 0,56 erreichte. Pat. wurde geheilt entlassen.

Schon v. Korányi machte darauf aufmerksam, dass eine Gefrierpunktserniedrigung des Blutes auch bei größeren Tumoren der Niere — seien es gutartige, Pyonephrosen oder dergleichen, oder maligne — oder anderer Organe des Bauches vorkomme. In einer größeren Anzahl von Fällen fanden wir dies bestätigt. Es ist von großer Wichtigkeit, dies Moment zu kennen und zu berücksichtigen, weil unter derartigen Um-

ständen eine Gefrierpunktserniedrigung des Blutes auch bei einer funktionsfähigen Niere vorkommen kann. Dies beweist ein Fall von der Abtheilung des Kollegen Sick, der bereits im Centralblatt für Chirurgie mitgetheilt ist.

In derartigen Fällen, in welchen eine Gefrierpunktserniedrigung unter den normalen Grenzen bei Vorhandensein eines Tumors uns entgegentritt, wird durch die genaue Gefrierpunktbestimmung des Urins und Feststellung der Harnstoffmengen Zweifel über die Funktionsfähigkeit der anscheinend gesunden Niere beseitigt werden. Diese Fälle sind meiner Ansicht nach besonders geeignet für die Anwendung der Phloridzinmethode.

Die normalen Grenzen der Gefrierpunktserniedrigung, wie es von anderer Seite geschehen ist, weiter hinauszuschieben, halte ich nicht für richtig.

Die Feststellung des Blutgefrierpunktes in Verbindung mit dem Ureterenkatheterismus und den sich daran anschließenden verschiedenen Untersuchungsmethoden des Sekretes geben uns nach meiner Auffassung stets einen weitgehenden sicheren Anhaltspunkt von der Suffizienz der Gesamtleistung der Nieren und der Funktionsfähigkeit jedes einzelnen Organes und gewähren uns die nöthige Sicherheit, operative Eingriffe an den Nieren vorzunehmen.

(Selbstbericht.)

60) **Albers-Schönberg** (Hamburg). Über den Nachweis von Nierensteinen mittels Röntgenstrahlen.

Die bislang vielfach vertretene Ansicht, dass Phosphatsteine ihrer Durchlässigkeit wegen nur schwer oder gar nicht mit Röntgenstrahlen nachzuweisen seien, hat sich nicht als richtig bewährt, da es sich in den meisten seither publicirten positiven Fällen um Steine genannter Art gehandelt hat. Theoretisch betrachtet kann man nur von solchen Gegenständen auf der photograpischen Platte ein Bild erhalten, welche ein von ihrer Umgebung verschiedenes Absorptionsvermögen für Röntgenstrahlen haben, wie z. B. das zwischen den durchlässigen Lungen liegende Herz etc. Dieselben Verhältnisse kommen bei dem Nierensteinnachweise in Betracht. Man wird die Steine nur dann finden, wenn ihr Absorptionsvermögen höher ist als das der umgebenden Niere. Das Absorptionsvermögen eines Körpers hängt außer von seiner Dichte in erster Linie von dem Atomgewichte seiner elementaren Bestandtheile ab. D. h. von zwei chemischen Elementen hält dasjenige von höherem Atomgewichte auch stets den größeren Bruchtheil derselben X-Strahlung zurück (Walter).

Die organischen Verbindungen bestehen vorwiegend aus C, O, H, N, sämmtlich Elemente von niedrigem Atomgewichte. Sie werden sich also nur schwach oder gar nicht auf der Platte markiren (Muskeln, Weichtheile, Gallensteine). Erst durch das Hinzutreten anorga-

nischer Salze erhöht sich das Absorptionsvermögen, wodurch die Darstellungsmöglichkeit gegeben wird.

Gleiche Dichte vorausgesetzt, haben die Phosphatsteine das höchste Atomgewicht, demnächst die Oxalat- und schließlich die Harnsäuresteine. Demnach müssten sich eigentlich die Phosphatsteine am günstigsten bezüglich ihrer Darstellbarkeit verhalten.

In der That sind aber die Oxalatsteine die dichtesten, und somit kommt ihnen das größte Absorptionsvermögen zu. Demnächst folgen die Phosphat- und schließlich die harnsauren Steine. Um also theoretisch das Absorptionsvermögen der Steine festzustellen, bedarf es der Kenntnis ihres spezifischen Gewichtes und des Atomgewichtes ihrer einzelnen Bestandtheile.

Der Grund, wesshalb sich die Phosphatsteine trotz dieser scheinbar günstigen Chancen so oft nicht haben nachweisen lassen, liegt daran, dass die Röntgenstrahlen in der Luft sowohl wie ganz besonders im menschlichen Körper diffundirt werden; und zwar ist diese Diffusion um so erheblicher, je dichter die Schicht der zu durchdringenden Weichtheile ist.

Die diffundirten Strahlen treffen nun die photographische Platte von allen Seiten und verschleiern in Folge dessen das von den senkrecht kommenden Röntgenstrahlen entworfene Schattenbild.

Hierdurch können kleinere Konkremente völlig zum Verschwinden gebracht werden. Um diese störende Diffusion nach Möglichkeit zu beseitigen, bedient Votr. sich eines von ihm konstruirten Apparates, welcher ein Bleiblendensystem enthält und mithin gestattet, alle Strahlen mit Ausnahme der durch ein enges Diaphragma gehenden senkrechten abzublenden. Je enger die Blenden genommen werden, desto schärfer fällt das Bild aus. Da nun mittels einer bestimmten Blendenweite nur ein entsprechend kleiner Theil der Niere untersucht werden kann, bedarf man ca. 3—5 Aufnahmen, um die ganze Nierengegend abzusuchen.

Das Blendensystem ermöglicht ferner die Untersuchung mit weichen, d. h. kontrastreichen Röhren, da kontrastreiche Strahlen in Folge der Abblendung störender Nebenstrahlungen ein größeres Penetrationsvermögen haben als ohne Abblendung. Die Exposition beträgt ca. 2—3 Minuten bei Anwendung des elektrolytischen Unterbrechers in Verbindung mit den Walter'schen Vorrichtungen zur Regulirung der Selbstinduktion.

Als Platten dürften ihrer hohen Empfindlichkeit wegen nur Schleussnerplatten in Betracht kommen.

Votr. demonstrirt eine Platte, welche Phosphatsteine von noch nicht Linsengröße in der Niere zeigt, und welche mittels des Blendensverfahrens gemacht wurde. Ferner wird eine Platte mit Ureterendivertikelsteinen gezeigt.

Es empfiehlt sich, dieses Verfahren an sicheren Steinfällen nachzuprüfen, ferner auf die Zahl und Konfiguration, so wie auf die chemische Beschaffenheit der Konkremente Werth zu legen.

Das rein Technische über die Konstruktion und Anwendungsweise dieses Apparates ist in den »Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen« Bd. IV Hft. 4 nachzulesen. (Selbstbericht.)

61) Braatz (Königsberg i/Pr.). Über Nierenoperationen.

Auf dem vorigen Kongresse, auf welchem ich nicht zugegen war, wurde mehrfach auf eine Arbeit von mir Bezug genommen, welche ich kurz vorher in Bezug auf den Sektionsschnitt veröffentlicht hatte. (Ich hatte eine Niere exstirpiert, an welcher ich fast 4 Jahre vorher den Sektionsschnitt ausgeführt hatte¹.) Während Herr Barth sich meiner Auffassung anschloss, dass die von mir beobachtete hochgradige Atrophie jener Niere auf den schädigenden Einfluss des Sektionsschnittes zurückzuführen sei, bestritt dieses Herr Israel und meinte, dass die Atrophie nur daher gekommen sei, dass ich die Nähte zu fest angelegt hätte. Diese Möglichkeit halte ich aber für ganz ausgeschlossen. Abgesehen davon, dass ich mich überhaupt schon hüte, an einem so mürben Organe, wie es die Niere ist, Nähte zu fest anzuziehen, weil sie dann einfach durchschneiden, so lag dafür in jenem meinen Falle keine Veranlassung vor. Wie auch aus der damals veröffentlichten Krankengeschichte hervorgeht, war die Blutung zwar heftig, stand aber schnell vollständig, und ich legte nur 3 Fixationsnähte an, welche die beiden Nierenhälften nur zusammenhalten sollten. Schon aus der geringen Anzahl der Nähte kann man sehen, dass es sich nicht um die Absicht, eine besondere Kompression auszuüben, gehandelt haben kann. Andere Chirurgen legen viel mehr Nähte an, Herr Israel selbst hat z. B. in einem Falle 8 tiefe und ca. 7 oberflächliche angelegt, und Herr Braun schrieb sogar in ebenderselben vorjährigen Diskussion einen Todesfall, den er indirekt durch eine Blutung nach einem Sektionsschnitte erlebte, gerade der Wahrscheinlichkeit zu, dass die Nähte zu früh nachgelassen hätten. Wenn also die Blutung nicht steht und man sie mit der Naht stillen muss, dann wird es gewiss schon nicht selten nöthig sein, dass man auch fester wird nähen müssen. Es wird sich also auch die feste Naht nicht immer vermeiden lassen, sie gehört dann eben nothwendig mit zu den Nachtheilen der ganzen Operation. Sowohl der Schnitt, als auch die 3 Nähte lagen in meinem Falle genau symmetrisch. Die Atrophie war aber ganz asymmetrisch, d. h. die vordere ventrale Hälfte der gespaltenen Niere war sehr viel mehr atrophirt als die dorsale. Die asymmetrische Schrumpfung kann also nicht, wie Herr Israel meint, von jenen symmetrischen 3 Nähten hergekommen sein, und es bleibt nur die eine, damals von mir gegebene Erklärung übrig: die vorherrschende Schrumpfung der ventralen Seite der gespaltenen Niere kam daher, dass der median gelegene Schnitt wegen der eigenthüm-

¹ Egbert Braatz, Zur operativen Spaltung der Niere. Deutsche med. Wochenschrift 1900. No. 10.

lichen Anordnung der Nierengefäße vorherrschend die Gefäße der vorderen Hälfte getroffen hatte.

Entschieden kann die ganze Frage nur dadurch werden, dass man Nierenuntersuchungen sammelt, die angestellt werden konnten an Nieren, welche mehrere Jahre vorher mit dem Sektionschnitte behandelt waren. Kürzere Zeiten kann nur eine geringere Beweiskraft zukommen.

Noch ein Wort über die Nierenstrumen, für welche Herr Küster die partielle Resektion vorgeschlagen hat. Ich verfüge über keine Massenstatistik, ich habe überhaupt 12 Nierenexstirpationen ausgeführt, ohne einen Todesfall erlebt zu haben. Unter den 4 Tumoren meiner Fälle befinden sich in zufälliger-, ich kann sagen, merkwürdigerweise 3 Grawitz'sche Nierenstrumen². Die eine Pat., vor 3½ Jahren operirt, lebt noch, Näheres über ihr Befinden weiß ich nicht. Die zweite Operirte hatte nach der Operation 19 Pfund an Gewicht zugenommen, starb aber nach einem Jahre an inneren Metastasen. Die dritte Kranke starb reichlich 2 Jahre nach der Operation, vorgestern. Sie zeigte ebenfalls zahlreiche sekundäre Geschwulstherde. Bei der Bösartigkeit der Recidive bei Struma maligna und nach dem, was ich von dieser Geschwulstart gesehen habe, würde ich es nie wagen, hier eine partielle Nierenresektion zu machen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Steiner (Berlin) demonstriert einen Kranken, Zwilling, der eine Bauchgeschwulst der rechten Seite gehabt hatte. Beim Harnleiterkatheterismus kam rechts trüber Urin. Bei der Laparotomie fand sich eine doppelte Niere rechts mit Umwandlung der einen Niere in Hydronephrose. Dieselbe wurde durch Resektion geheilt. Solche Missbildungen sind bei Zwillingen öfters beobachtet.

Lilienfeld (Leipzig) erwähnt, dass ihm selbst vor 10 Jahren eine Niere wegen Pyonephrose von Küster exstirpirt worden sei. Er ist seither völlig gesund geblieben.

Jaffé (Hamburg).

62) Baumgarten (Tübingen) [als Gast]. Über experimentelle Urogenitaltuberkulose.

Unter Demonstration von Zeichnungen, welche nach den betreffenden makroskopischen Präparaten angefertigt worden waren, berichtet Votr. über Experimente, welche von ihm, zum Theil in Gemeinschaft mit Herrn Dr. C. Krämer in Cannstatt, über die Verbreitungsweise der Urogenitaltuberkulose an Kaninchen angestellt worden sind. Die Versuche, von der Harnröhre aus Hodentuberkulose zu erzielen, fielen stets negativ aus, obwohl sich immer eine ulcerirende Tuberkulose der hinteren Harnröhre, oft auch eine solche des Blasengrundes so wie der Prostata entwickelte. Selbst nach 1½ bis

² Braatz, Zur Nierenexstirpation, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. XLVIII.

2 Jahren Lebensdauer der letztgenannten Versuchsthiere blieben Vasa deferentia und Hoden stets frei von Tuberkulose. Eben so wenig schritt die Tuberkulose jemals längs der Ureteren aufwärts zur Niere.

Umgekehrt aber waren die Versuche, vom Nebenhoden aus Tuberkulose der Samenleiter und der Prostata zu bewirken, stets von positivem Erfolge begleitet; doch wurde immer nur der Samenleiter der inficirten Seite ergriffen, niemals ging der tuberkulöse Process auf den Samenleiter der anderen Seite über.

Aus diesen Versuchen geht hervor, dass der tuberkulöse Process nicht die Fähigkeit besitzt, sich von der Harnröhre, Blase oder Prostata aus längs der Samenleiter auf den Hoden zu verbreiten, und dass er eben so wenig im Stande ist, von den genannten Stellen aus längs der Harnleiter zur Niere aufzusteigen. Diese Erfahrungen stehen im Einklange mit der auch sonst im Gebiete der experimentellen Tuberkulose ausnahmslos gültigen Thatsache, dass sich die Tuberkelbacillen niemals gegen den Strom, weder gegen den Lymph- oder Blutstrom, noch gegen den Sekretionsstrom verbreiten. Es ist dies, wie Redner näher ausführt, begreiflich, wenn man berücksichtigt, dass die Tuberkelbacillen keine Eigenbewegung besitzen und ferner keine Sekretparasiten, d. h. solche, die sich in normalen Sekreten vermehren können, sind. Ins Sekret gelangend, müssen sie daher, um zu inficiren, in die Wandung der Kanäle eindringen; von da aus können sie durch Ulceration der Wandung wiederum ins Sekret eindringen, eine fortschreitende Infektion der Wandung durch im Sekret vorhandene Bacillen kann also nur mit dem Sekretstrome, in der Richtung desselben, erfolgen. Neben der Infektion durch bacillenhaltiges Sekret spielt, nach den genauen mikroskopischen Untersuchungen der Präparate, auch die Infektion durch den Lymphstrom innerhalb der Wandung eine Rolle; aber auch diese lymphogene Infektion führt die Bacillen vom Nebenhoden aus längs des Vas deferens empur zur Prostata, und nicht umgekehrt.

Redner findet seine experimentellen Resultate in Übereinstimmung mit seinen Befunden am Sektionstische. Dass beim Menschen andere Bedingungen für die Ausbreitung des tuberkulösen Processes gegeben sein sollten, als beim Kaninchen, ist nicht anzunehmen, da Lage und anatomische Einrichtung der Theile in den hier wesentlichen Punkten übereinstimmen. Dass die Hodentuberkulose die einzige Lokalisation der Tuberkulose im Urogenitalsysteme sein kann, ist er in der Lage, v. Bruns zu bestätigen. Bei ausgedehnter menschlicher Urogenitaltuberkulose ist es häufig sehr schwer, den Ausgangspunkt der Erkrankung zu bestimmen. Das Experiment bietet hier für die Beurtheilung eine willkommene Ergänzung. Redner schließt: »Dem von Herrn Kollegen v. Bruns und mir vertretenen Standpunkte in dieser vielumstrittenen Frage dient es gewiss als gewichtige Stütze, dass hier in seltener Weise übereinstimmen die Resultate der klinischen Erfahrung, der pathologisch-anatomischen Untersuchung und des Experiments.«

(Selbstbericht.)

63) v. Bruns (Tübingen). Über die Endresultate der Kastration bei Hodentuberkulose.

Die Frage der Kastration bei Hodentuberkulose ist eine aktuelle geworden. Während die Kastration lange Zeit fast unbestritten zu Recht bestand, ist neuerdings ihre Berechtigung vielfach sehr eingeschränkt und ganz bestritten worden.

Die ganze Frage ist recht verwickelt, da die einzelnen Fälle so außerordentlich verschieden sind: Bald ist der Verlauf recht progredient, bald ganz schleichend, bald ist die Tuberkulose auf den Hoden oder andere Urogenitalorgane beschränkt, bald im übrigen Körper verbreitet. Es lassen sich jedoch die Argumente der Kastrationsgegner in folgende 3 Punkte zusammenfassen:

1) Die Entfernung des ganzen Hodens sei oft überflüssig, da zuerst fast immer nur der Nebenhode erkrankt. Es genüge hier die Ausschabung oder Zerstörung des tuberkulösen Herdes oder die Excision des Nebenhodens.

2) Die Entfernung des ganzen Hodens sei oft unzureichend, weil noch andere Theile des Urogenitalapparates befallen sind. Man stützt sich hierbei auf die Anschauung, dass die Hodentuberkulose fast immer descendirend entstehe, wobei Manche den primären Ausgang der Erkrankung in der Niere, Andere in der Prostata suchen. Allein diese Anschauung gründet sich hauptsächlich auf die Befunde bei Autopsien, welche viel mehr die vorgeschrittenen und Endstadien als die Anfangsstadien wiedergeben und für den primären Ausgang nicht entscheidend sein können. Nach meinen Erfahrungen an dem klinisch-operativen Materiale unterliegt es vielmehr gar keinem Zweifel, dass Tuberkulose des Hodens bei übrigens intakten Urogenitalorganen vorkommt und gar nicht selten zu beobachten ist. Demgemäß ist denn auch mit der Ausbreitung der Tuberkulose vom Hoden durch den Samenstrang in ascendirender Richtung zu rechnen, was für die Bedeutung der Kastration sehr wesentlich ist.

3) Die Entfernung beider Testikel sei ganz zu verwerfen wegen der Gefahr einer Störung des psychischen Verhaltens und des ganzen Organismus. Auch wird geltend gemacht, dass bei doppelseitiger Hodentuberkulose die Harnorgane, Prostata und Samenblasen immer mit befallen seien.

Diese Anschauungen stehen in schroffem Gegensatze zu denjenigen, welche für die Kastrationspraxis bisher maßgebend gewesen sind. Wer hat nun Recht? Welche Behandlung ist für die Kranken die vortheilhafteste, die konservative oder beraubende? — Das ist die Hauptfrage.

Bei dieser für den Praktiker höchst peinlichen Ungewissheit habe ich längst das Bedürfnis empfunden, genaue Untersuchungen anzustellen über die Erfolge der Kastration, die ich bisher principiell geübt habe. Denn es fehlt noch ganz an einer umfassenden Statistik

der verschiedenen Behandlungsmethoden, und das bei den Diskussionen beigebrachte Material beschränkt sich zumeist auf eine kleinere Anzahl ausgewählter Fälle, welche als Belege für den jeweiligen Standpunkt dienen können.

Ich habe gemeinsam mit meinem Assistenzarzt, Herrn Dr. Haas, das Material der Tübinger Klinik aus 50 Jahren gesammelt und durch Nachforschungen und Nachuntersuchungen die Endresultate ermittelt. Im Ganzen konnten 111 Fälle verwerthet werden mit einer Beobachtungsdauer bis zu 34 Jahren; hiervon sind 78 Fälle einseitig, 33 doppelseitig kastriert. Ausdrücklich mag hervorgehoben werden, dass nur die typische Kastration mit hoher Resektion des Vas deferens geübt wurde, ohne Eingriffe an Samenblase und Prostata.

Bezüglich der Beteiligung des Haupthodens an der tuberkulösen Erkrankung ist von vorn herein anzunehmen, dass sie mit der Dauer der Erkrankung des Nebenhodens immer häufiger wird. Legt man den von den Kranken wahrgenommenen Beginn der Krankheit und den anatomischen Befund bei der Operation zu Grunde, so fand sich der Haupthoden mit erkrankt

innerhalb des ersten Vierteljahres in 24% der Fälle

» » » Halbjahres » 40% » »

bei länger als halbjährigem Bestande » 60% » »

Es hatte also schon innerhalb des ersten Halbjahres die Erkrankung in 40% der Fälle auf den Haupthoden übergegriffen, bekanntlich oft ohne alle klinisch nachweisbaren Veränderungen — die Resektion des Nebenhodens schafft hier nur halbe Arbeit!

Ein weiterer Punkt von großer Bedeutung betrifft die Erkrankung des anderen Hodens, die doppelseitige Hodentuberkulose. Unter den einseitig Kastrierten sind nur 26% nachträglich auf der anderen Seite erkrankt. Wenn es also richtig ist, was man annimmt, dass mindestens die Hälfte der Fälle von Hodentuberkulose doppelseitig wird, so würde die frühzeitige Kastration immerhin einen erheblichen Schutz gegen die nachträgliche Erkrankung des zweiten Hodens gewähren.

Bezüglich des endgültigen Schicksals der Operirten müssen die einseitig und doppelseitig Kastrierten gesondert werden.

Von den einseitig Kastrierten sind an ihrem Leiden, an Urogenitaltuberkulose 12% gestorben, unter diesen fast alle diejenigen, die schon bei der Operation eine Erkrankung der Harnorgane darboten. An Tuberkulose anderer Organe, namentlich der Lungen, sind 15% gestorben; dieselbe hatte wohl meist schon vor der Kastration bestanden, da zur Zeit der Operation bei $\frac{1}{3}$ der Kranken gleichzeitig Erscheinungen von Lungen-, Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose konstatiert werden konnten! Ferner sind 26% nachträglich an Tuberkulose des zweiten Hodens erkrankt; sie sind dann meist auch auf der anderen Seite kastriert worden. Dauernd geheilt sind nach einseitiger Kastration 46% der Kranken, und zwar bei einer Beobachtungsdauer von 3—34 Jahren.

Von den doppelseitig Kastrirten sind nicht viel mehr als von den einseitig Kastrirten an Urogenitaltuberkulose gestorben, nämlich 15%. Das beweist, dass durch die zweite Operation doch noch die meisten Kranken von ihrem Leiden geheilt wurden — zugleich ein schlagender Beleg dafür, dass das Übergreifen von dem einen auf den anderen Hoden nicht kontinuierlich auf dem Wege des einen und anderen Vas deferens erfolgt, und dass auch doppelseitige Hodentuberkulose isolirt bestehen kann. Dagegen ist fast die doppelte Zahl der Operirten, 25%, an Tuberkulose anderer Organe gestorben. Immerhin sind, da die Recidive im anderen Hoden wegfallen, 56% der Doppelkastrirten dauernd geheilt, und zwar bei einer Beobachtungsdauer von 3—30 Jahren. Ausfallserscheinungen und Veränderungen des psychischen Verhaltens sind nicht beobachtet, trotzdem fast alle noch lebenden Operirten persönlich nachuntersucht worden sind.

Alles im Allem ist die Hälfte der Kastrirten auf Lebensdauer geheilt. Das sind die allein an Genitaltuberkulose Erkrankten. Gestorben sind fast Alle, die gleichzeitig an Tuberkulose der Harnorgane litten so wie die meisten der gleichzeitig an anderweitiger Tuberkulose Erkrankten. Für alle diese ist die Operation nicht verantwortlich zu machen.

Die Resultate der Kastration bei Hodentuberkulose sind offenbar günstiger, als man annehmen zu dürfen glaubte. Wie sich ihnen gegenüber die Erfolge der konservativen Behandlung verhalten, wird erst von den Anhängern derselben nachzuweisen sein; sie werden sich in Folge lokaler Recidive, die hier nicht ausbleiben, entschieden schlechter gestalten. Jedenfalls steht so viel fest, dass das Verdammungsurtheil über die Kastration nicht gerechtfertigt ist. Die Anhänger derselben werden gut thun, bei dieser Praxis zu bleiben.

(Selbstbericht.)

64) v. Büngner (Hanau). Zur Behandlung der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane.

Votr. legt zunächst auf seine Methode der hohen Kastration mit langsamem Vorziehen bis zum Abreißen des Vas deferens Gewicht. Etwa $\frac{4}{5}$ des Samenganges lassen sich auf diese Weise entfernen, so dass oft auch da noch Heilung erreicht wird, wo eine solche sonst nicht möglich erscheint. Schede hat allerdings auf die Möglichkeit der Zerreißen des Peritoneums mit Infektion desselben, so wie darauf aufmerksam gemacht, dass tuberkulös erkrankte Samengänge die Gefahr bieten, an fungösen Stellen abzureißen, und von anderer Seite ist eingeworfen worden, dass es gelegentlich zu einer Zerrung der Gefäße und dem zufolge zu einer Blutung in das Beckenbindegewebe kommen könne. Dem gegenüber hebt Votr. hervor, dass er trotz regelmäßiger Anwendung der hohen Kastration noch niemals eine störende Komplikation der erwähnten Art erlebt habe, er ist

also nach seinen jetzigen weiteren Erfahrungen in der Lage, die genannten Bedenken zerstreuen zu können. Da mithin der Evulsionsmethode Bedenken nicht entgegenstehen, diese vielmehr gegenüber dem bisher üblichen Verfahren den Vortheil der größeren Heilungschance bietet, hält Votr. es für geboten, die tiefe Kastration principiell durch die hohe Kastration zu ersetzen.

Natürlich kann aber weder die tiefe, noch die hohe Kastration Erfolg haben, wenn neben dem Hoden und Nebenhoden der Samen gang kontinuierlich oder diskontinuierlich in ganzer Länge, die gleichseitige Samenblase und die Prostata erkrankt sind, oder wenn der seltenere Fall vorliegt, dass zwar Hoden, Nebenhoden und der diesem angrenzende Theil des Samenganges gesund geblieben, die Prostata, die Samenblase und das dieser benachbarte Stück des Vas deferens jedoch von Tuberkulose ergriffen sind. Für diese Fälle — es werden die 4 Haupttypen der Lokalisation und Ausbreitung der Genitaltuberkulose an schematischen Zeichnungen vorgeführt — hat Votr. bereits früher empfohlen: 1) die Ausführung der hohen Kastration in der geschilderten Weise, 2) die Freilegung der Prostata und Samenblase vom Damme aus, die Entfernung der Samenblase mit dem Reste des Samenganges und die Prostatektomie oder die Ausräumung der käsigen Herde nach Incision der Prostata. Ob man sich zu diesem Zwecke besser des perinealen oder des sacralen bezw. parasacralen Weges bedient, ist auch heute noch unentschieden. Es liegt indessen auf der Hand, dass man sich zu diesem kombinierten Eingriffe nicht leicht entschließt, weil die Entfernung des Genitaltractus einer Seite auf der ganzen Länge seines Verlaufes immerhin eine recht eingreifende Operation darstellt, welche man bei den oft heruntergekommenen und gleichzeitig mit Tuberkulose des Harnapparates oder anderer Organe behafteten Pat. gern vermeiden würde, wenn uns nur ein anderer einfacherer Weg der Behandlung zur Verfügung stände. Einen solchen Weg hat Votr. gesucht und in der intrakanalikulären Jodoform-Glycerininjektion des männlichen Genitaltractus gefunden.

Um feststellen zu können, wie weit eine glycerinhaltige Injektionsflüssigkeit vom Vas deferens aus sich vortreiben lässt, wurde an einer Reihe von Leichen der Samenstrang unter dem äußeren Leistenringe bloßgelegt, das Vas deferens isolirt und darauf in das axiale Lumen desselben zunächst in der Richtung nach aufwärts, dann in der Richtung nach abwärts eine entsprechend starke, mit einer 5 g-Spritze armirte Kanüle eingestochen. In der Regel wurden nach aufwärts 3—4 g, nach abwärts 1—2 g des Inhaltes der Spritze injicirt. Betreffs leichterer Kontrolle wurde zur Injektionsflüssigkeit in der ersten Reihe von Versuchen eine Auflösung von Berliner Blau in verflüssigter Glyceringelatine, und erst in einer zweiten Versuchsreihe Jodoform-Glycerin gewählt; das Jodoform muss fein pulverisirt und mit dem Glycerin durch wiederholtes Umschütteln gut vermengt sein, damit es die Kanüle nicht verstopft. In beiden Versuchsreihen

zeigte sich nun, dass es in dieser Weise in jedem Falle gelingt, den Genitaltractus in ganzer Länge mit Injektionsmasse zu füllen. Letztere verbleibt im Vas deferens, und nur der überschüssige Theil fließt in die Harnröhre ab. Von besonderer Wichtigkeit war weiter das willkommene Ergebnis, dass die Injektionsflüssigkeit in allen Fällen auch in die Samenblase eindrang, ja letztere war sogar meist ziemlich prall mit derselben gefüllt. Man kann mithin allen tuberkulösen Stellen mit Jodoform-Glycerininjektionen beikommen.

Am Lebenden hat Votr. erst 2mal Gelegenheit gehabt, das neue Verfahren anzuwenden, er kann desshalb über den Erfolg desselben noch kein Urtheil fällen. Nach den günstigen Erfahrungen, welche wir bei der Behandlung anderer tuberkulöser Affektionen mit der Injektion von Jodoform-Glycerin gemacht haben, steht aber zu erwarten, dass das Verfahren einen Fortschritt bedeuten und unseren Kranken zu Gute kommen wird.

Selbstverständlich hat das hier empfohlene Verfahren der intrakanalikulären Jodoform-Glycerininjektion mit der parenchymatösen Injektion dieses Mittels in abgegrenzte tuberkulöse Herde der Hoden- oder Nebenhodensubstanz nichts zu thun. Die intrakanalikuläre Injektion kann entweder allein oder in Verbindung mit der Kastration ausgeführt werden. Wer die hohe Kastration ausführt, muss die Jodoform-Glycerininjektion der ersteren vorausschicken, wer im gegebenen Falle mit der tiefen Kastration glaubt ausreichen zu können, kann entweder ebenfalls zuerst die Injektion ausführen, oder aber umgekehrt zuerst die Kastration vornehmen und dann in das Stumpfe des amputirten Vas deferens die Kanüle einschieben, welche in diesem Falle auch leicht abgestumpft sein kann.

In der Regel wird bereits eine einmalige Injektion genügen, um die Erkrankung günstig zu beeinflussen, da das Jodoform auch nach allmählichem Abfließen des Glycerins noch lange im Vas deferens und der Samenblase verbleibt.

Bei gleichzeitiger Betheiligung des Harnapparates, also bei Urogenitaltuberkulose, kann man die intrakanalikulären Injektionen in den Genitaltractus in zweckmäßiger Weise mit der Einverleibung einer Jodoformemulsion in die Blase, bzw. mit der Jodoform-Glycerininjektion in den Ureter nach Freilegung des Nierenbeckens kombiniren.

Resumirend empfiehlt v. B. zur Radikalbehandlung der auf den Hoden und die Hodenhälfte des Samenleiters beschränkten Tuberkulose die hohe Kastration, zur Behandlung der über den ganzen Genitaltractus sammt Samenblase und Prostata verbreiteten Tuberkulose in erster Linie die intrakanalikuläre Jodoform-Glycerininjektion allein oder in Verbindung mit der hohen Kastration und erst in zweiter Linie die operative Entfernung des Genitaltractus in der ganze Länge seines Verlaufes.

(Selbstbericht.)

65) E. Payr (Graz). Über konservative Operationen am Hoden und Nebenhoden.

Votr. hat in einem Falle schwerster akuter rechtsseitiger Orchitis urethralen Ursprunges bei vollständigem Freisein des Nebenhodens einen Eingriff zur Entlastung des enorm geschwellten und schmerzhaften Hodens gemacht, der außerdem durch wiederholten Schüttelfrösten einhergehendes hohes Fieber indicirt war. Als weitere Komplikation ist zu erwähnen, dass es sich um einen Pat. handelte, dem 2 Jahre vorher eine akute suppurative Orchitis des linken Hodens incidirt worden war, in deren Verlaufe es zu Prolaps und Gangrän des Hodenparenchyms und in der Folge zu Semikastration gekommen war. Der reichlich auf das Doppelte vergrößerte Hode wurde freigelegt, durch die äußerst gespannte Albuginea auf der Vorderseite 8 Katgutnähte nach Art der Lembertschen Darmnaht angelegt und hierauf das Organ mit Sektionschnitt gespalten, wobei sich eine beträchtliche Menge einer gelblichen, dünnem Eiter ähnlichen Flüssigkeit entleerte. Abspülung mit Sublimat und Kochsalzlösung. Knüpfung der angelegten Fäden. Auswaschung, Drainage und Naht der Tunica vaginalis propria und Hautnaht.

Durch diesen Eingriff wird Pat. sofort schmerzfrei, nach wenigen Stunden fieberfrei. Völlige Heilung nach 12 Tagen. Nach fast 2 Jahren findet Votr. bei einer Nachuntersuchung den damals gespaltenen Hoden von völlig normaler Größe, Gestalt und Konsistenz. Besonders hervorzuheben ist, dass die sexuellen Funktionen in jeder Hinsicht völlig normal verlaufen, und dass eine Untersuchung des Spermas lebensfähige Spermatozoen in normaler Zahl und auch im Übrigen normales morphologisches und chemisches Verhalten des Spermas ergab. Daraus erhellt, dass selbst schwere septische Orchitiden durch eine solche durch Naht zu schließende Incision vortheilhaft behandelt werden können, ohne dass es zu Prolaps und Gangrän der Hodensubstanz oder einer sekundären Atrophie kommt. Akuteste, diffuse Orchitiden und circumscripste Abscesse sind dieser Behandlung zugänglich, während multiple Abscessbildungen sich für dieselbe wenig eignen. Votr. weist auf Analogien in der Behandlung der Verletzungen des Hodens und der konservativen Bestrebungen neuester Zeit bei Tuberkulose (Poncet, Delore, Lanz) hin.

Des weiteren bespricht Votr. einige Fälle schwerer chronischer Entzündungsprocesses des Nebenhodens auf gonorrhöischer Basis. Es wurde in solchen Fällen der Nebenhode, so weit sich in ihm harte Knoten fühlen ließen, von hinten her durch einen medianen Schnitt gespalten und die vorgefundenen gewöhnlich mehrfachen Abscesse völlig extirpirt und hierauf die Bindegewebshülle des Organs durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt. Durch diesen Eingriff wurden die intensiven Be-

schwerden beseitigt und der für die Spermatogenesis durch die Erkrankung unbrauchbar gewordene Hode unter Berücksichtigung seiner zweiten Funktion der »inneren Sekretion« dem Organismus erhalten.

(Selbstbericht.)

66) **O. Simon** (Heidelberg). Zur Hodentuberkulose.

Die Erfolge der Kastration bei Hodentuberkulose, welche an der Heidelberger chirurgischen Klinik erzielt wurden, sind den aus der Tübinger Klinik berichteten sehr ähnlich.

In einem Zeitraume von 27 Jahren kamen 107 Pat. zur ein- oder doppelseitigen Operation. Über 92 konnte jetzt Nachricht erhalten werden, Viele von diesen kamen zur Nachuntersuchung in die Klinik; 59 leben, 33 starben (davon 26 an Tuberkulose).

Bei vielen Pat. (26) wurde nach der Operation ein deutlicher Rückgang anderweitiger tuberkulöser Erkrankungen, besonders an Lungenphthise bemerkt. Besonders wichtig sind noch die Erfolge bei doppelseitiger Kastration. Im Ganzen wurde dieselbe 34mal ausgeführt. Von 29 Pat. liegen Berichte vor. 8mal erfolgte der Exitus, 21 Pat. leben. In 14 Fällen wurde primär doppelseitig kastriert. Bei sekundärer Entfernung des zweiten Hodens war oftmals eine eklatante Besserung des Allgemeinbefindens zu konstatiren; allgemeine und lokale tuberkulöse Erkrankungen (Blase, Prostata) gingen zurück, so dass die Pat. zur Zeit sich ganz gesund fühlen.

Von vielen Seiten wurde behauptet, dass sich bei Kastrierten, besonders solchen jugendlichen Alters, häufig Störungen in der Geschlechtsfunktion und psychische Defekte einstellen. Grade hierauf richteten wir bei den Nachuntersuchungen unser Augenmerk. Nur ein Pat. zeigte psychische Störungen, Abnahme der Libido coëundi soll bei 5 Pat. aufgetreten sein, wogegen alle anderen nicht die geringsten Störungen der Potentia und Libido coëundi zeigten und zwar bei Beobachtungen bis zu 20 Jahren.

Frei von Tuberkulose sind zur Zeit 54. Rechnet man hierzu noch die 7 an interkurrenten Krankheiten Verstorbenen, die jahrelang von Tuberkulose frei waren, so wurden 61 = 66,3% geheilt.

Sicher hat also die Kastration viele Pat. nicht bloß am Leben erhalten, sondern auch dauernd geheilt.

(Selbstbericht.)

67) **F. König** (Altona). Demonstrationen.

K. legt 2 Präparate vor: 1) eine Nebenhoden-Hodentuberkulose mit 17 cm Vas deferens, bei welcher 2 innerhalb des Leistenkanals gelegene, also klinisch nicht nachweisbare käsige Knoten am Samenleiter die einzigen weiteren Lokalisationen am Urogenitalapparate gebildet hatten, 2) eine akut verlaufene schwere Tuberkulose von Nebenhoden und Hoden, die sich durch das Vas deferens kontinuierlich bis in die Samenblase und Prostata verbreitet hat, als überhaupt

einzig nachweisbare Tuberkulose im Körper; der Hode sammt 25 cm Vas deferens ist vom inguinalen Wege, der Rest des Vas deferens mit der tuberkulösen Samenblase vom sacralen Wege aus entfernt und die Tuberkulose der Prostata ist ausgekratzt und mit Jodoform behandelt worden. Beide Pat. geheilt.

K. glaubt, dass wenn man operativ wirksam den schweren Fällen der Nebenhodentuberkulose und ihren Folgen begegnen will, man den Hauptwerth auf die Prostataerkrankung legen muss, welche den Übergang zur Blase vermittelt. Wo scheinbar nur der Nebenhode und Hode krank ist, muss doch die Kastration zugleich das Vas deferens bis über den Annulus inguinal. int. mitnehmen; K. empfiehlt dazu Operation in Beckenhochlagerung und, zur Vermeidung des Peritoneums, bei gefüllter Blase. Soll auch die Samenblase entfernt und die Prostata zugänglich gemacht werden, so rät er, in Beckenhochlagerung mit dem viereckigen Lappen vorzugehen, den Schlinge zur Resectio recti mit osteoplastischer Resektion des Kreuzbeines benutzt: der unterste Kreuzbeinwirbel und das Steißbein bleiben im Lappen. Das umschnitene Viereck gestattet einen prächtigen Einblick, nach Trennung der Beckenfascie zur linken Seite des Rectums wird dies zur Seite geschoben, das Peritoneum aufwärts gedrängt, dann liegen Blase, Prostata und die Vasa deferentia mit Samenblasen frei, und diese können nach Einschnitt in ihre Kapsel stumpf abgelöst werden bis zur Prostata. Diese wird durch einen Faden fixirt, der Ductus ejaculatorius durchschnitten, die Prostata ausgeschabt und mit Jodoformgaze behandelt, welche hier zum Schnitte herausgeleitet wird; der übrige Theil des Schnittes wird vernäht. Bei exakter Blutstillung ist die Voroperation ohne Bedenken; K. hat sie in kurzer Zeit 4mal ohne Nachtheil angewendet, außer diesem Falle bei einer Rectovesicalfistel, so wie bei 2 Totalexstirpationen des Uterus.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

König (Berlin). Die Mehrzahl der Chirurgen würden so allgemein nicht leichten Herzens an die Kastration herangehen. Große Zahlen bewiesen schließlich mehr wie Experimente, und so wisse man, dass Hodentuberkulose primär bestehen könne, meist jedoch mit anderweitigen Organerkrankungen vergesellschaftet sei.

Das Experiment habe noch Manches zu beweisen; wie verbreiten sich denn die Bacillen im Vas deferens? Nur intrakanalikulär? oder in den Lymph- und Blutbahnen? Woher kommt die Infektion des Nebenhodens? Liegen nicht beim Vas deferens des Menschen die Schwereverhältnisse anders als beim Kaninchen? Die Gonokokken wandern doch gleichfalls abwärts! K. habe besonders in letzter Zeit den Eindruck gewonnen, als wären in der Mehrzahl der Fälle von Hodentuberkulose Samenbläschen und Prostata vorher erkrankt und stiege von hier die Krankheit in den Hoden hinab. Bei Nierentuberkulose komme das sicher vor. Ihm schein die Frage sehr wichtig, da er nicht leicht an die Kastration gehe, abgesehen von

den Fällen, die sofortiger Operation bedürfen. Bei einfachen harten Knoten solle auch an die Jodoform-Glycerinbehandlung gedacht werden, obwohl sie nicht viel verspreche.

Gussenbauer (Wien) verfügt über reiche Erfahrungen. Die Hodentuberkulose ist meist nicht primär, und Lungenherde bzw. auch andere Organerkrankungen sind vorhanden; freilich kann sie auch in jedem Alter primär auftreten. G. operirt bei ausgedehnter Verkäsung, wartet ab bei harten Knoten und leitet medikamentöse Behandlung ein. Heilung kann zu Stande kommen. Wo die Operation nöthig ist, geht er noch weiter als v. Büngner; man müsse jedenfalls eklektisch verfahren.

Krämer (Cannstatt) hält den Vergleich der Hodentuberkulose mit Gonorrhoe für unzulässig. Die Infektion des Hodens könne dabei hämatogen zu Stande kommen. Die Erkrankung des anderen Hodens komme auch nicht durch Absteigen des Processes zu Stande, da sich die Tuberkulosebacillen nicht gegen den Strom verbreiten können. Die klinischen Erfahrungen von Heilung nach Kastration sprechen zu Gunsten derselben. Die Möglichkeit kongenitaler Infektion werde ganz außer Acht gelassen.

Henle (Breslau) kennt Erfolge von konservativer Behandlung auch bei doppelseitiger Hodentuberkulose; die Kastration wird nur auf besonderen Wunsch der Kranken geübt. Die Jodoformtherapie leistet nicht viel; sie ist schmerzhaft, und die Pat. entziehen sich ihr.

Bier (Greifswald). Die Hydrotherapie, besonders Ostseebäder, leisten mehr als bekannt; von kürzester Dauer — zuerst 1 Minute lang — müssen sie lange fortgesetzt werden. B. berichtet das Beispiel eines noch aktiven Marineofficiers und weist die doppelseitige Kastration zurück, als das Wesen des Mannes schwer beeinträchtigend.

Schlange (Hannover) berichtet gleichfalls über einen geheilten Kranken, dessen beide tuberkulöse Hoden konservativ behandelt worden waren. Spätere Ehe blieb steril. Christel (Metz).

68) Jordan (Heidelberg). Die chirurgische Behandlung der Uteruscarcinome.

Von den 4 Wegen der Uterusexstirpation kommen nur noch der abdominale und vaginale in Frage. Wegen ihrer großen Mortalität wurde die Freund'sche Hysterektomie von Anfang der 80er Jahre ab durch die Czerny'sche vaginale Exstirpation vollständig verdrängt; erst in neuester Zeit wurde wegen angeblich schlechter Endresultate der letzteren wieder auf die Laparatomie zurückgegriffen und eine radikalere Gestaltung derselben durch Entfernung der regionären Drüsen und des Beckenbindegewebes befürwortet.

Die operative Gefahr der vaginalen Hysterektomie ist auf etwa 5% gesunken. Die Dauererfolge sind dabei im Vergleiche mit den

Resultaten der Mamma- und Rectumexstirpation bei Carcinom ganz hervorragende zu nennen: Nach Winter's neuester Statistik wurde in der Berliner Frauenklinik bei 260 Fällen in 33% Heilung von über 5jähriger Dauer erzielt.

Die abdominale Hysterektomie soll die Entfernung des krebsigen Uterus im Gesunden, d. h. im Zusammenhange mit dem Beckenbindegewebe und den regionären Drüsen herbeiführen. Aus Injektionsversuchen an der Leiche und Autopsiebefunden *in vivo* geht hervor, dass eine Reihe von Drüsenetappen besteht und hinsichtlich der Beteiligung der verschiedenen Etappen an der Infektion eine große Inkonstanz besteht. Es ergibt sich ferner aus den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen, dass das Uteruscarcinom im Gegensatze zu den Carcinomen vieler anderer Organe nur geringe Neigung zur Ausbreitung auf die Drüsen besitzt, und dass bei noch auf das Organ selbst beschränkten Carcinomen die Degeneration der Drüsen zu den Ausnahmen gehört. Die Exstirpation der Drüsen ist ein zeitraubender und direkt lebensgefährlicher Eingriff, der mehrfach als solcher zum Exitus letalis geführt hat.

Die operative Mortalität der abdominalen Hysterektomie ist 3—4mal größer als die der vaginalen. Endresultate liegen noch nicht vor, nach den bisherigen Mittheilungen ist diesbezüglich nichts Gutes zu erwarten.

Bezüglich der Wahl der abdominalen oder vaginalen Methode ergibt sich folgende Indikationsstellung:

1) Das Normalverfahren für alle Uteruscarcinome, die noch auf das Organ beschränkt sind, ist die vaginale Hysterektomie.

2) Im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit des vaginalen Verfahrens und die Gefahr des abdominalen Vorgehens sind wir geradezu verpflichtet, eine Erweiterung des Indikationsgebietes der vaginalen Operation zu erstreben.

3) Die abdominelle Hysterektomie soll nur bei absoluter Indikation, d. h. bei Unmöglichkeit vaginaler Durchführung (Komplikation mit Myomen, Ovarialkystomen etc.) zur Anwendung kommen.

Die Erweiterung der vaginalen Methode kann durch Anwendung des Schuchardt'schen paravaginalen Entspannungsschnittes bewirkt werden. Votr. plaidirt zum Schlusse für die principielle Vornahme dieser Incision, die sich ihm in 10 Fällen vorzüglich bewährt hat, und illustriert die Leistungsfähigkeit dieses Hilfschnittes an Präparaten exstirpirter Uteri.

(Selbstbericht.)

69) **K. Schuchardt** (Stettin). Über die paravaginale Methode der Exstirpation uteri und ihre Enderfolge beim Uteruskrebs.

Redner empfiehlt, den von ihm 1893 angegebenen Paravaginalschnitt grundsätzlich in jedem Falle von Uteruscarcinom anzuwenden, und demonstriert die Leistungsfähigkeit der Methode an zahlreichen Präparaten. Die topographisch-anatomischen Verhältnisse des Schnittes

wurden von Herrn Dr. Jablonowski an einem im Institute des Herrn Geh.-Rath Waldeyer gewonnenen Präparate erläutert.

Von sämtlichen von S. paravaginal Operirten starben
 bei ausschließlich paravaginaler Operation von $83 : 8 = 9,6\%$
 » Exstirpatio recti et vaginae und doppelseitigem
 Paravaginalschnitt von $3 : 1 = 33\frac{1}{3}\%$
 » Exstirpatio uteri per laparotomiam und Para-
 vaginalschnitt von $4 : 2 = 50\%$
 Gesamtmortalität von $90 : 11 = 12,2\%$

Über die Dauerheilungen giebt die nachfolgende Tabelle Aufschluss:

1894—1901.				
Gesamtübersicht der Krebsfälle.				
	Zahl	† post op.	Recidiv	Geheilt
A. Leichte Operation	9	0 = 0%	1 = 11,1%	8 = 88,9%
B. Komplizierte Operation	27	3 = 11	14 = 52	10 = 37
C. Sehr schwere Operation	22	4 = 18	15 = 68	3 = 14
Sa.	58	7 = 12%	30 = 51,7%	21 = 36,3%
1894—1899.				
A.	7	0	1	6
B.	20	1	12	7
C.	15	3	10	2
Sa.	42	4 = 9,5%	23 = 54,8%	15 = 35,7%
1894—1896.				
A.	4	0	0	4
B.	12	1	7	4
C.	9	1	6	2
Sa.	25	2 = 8%	13 = 52%	10 = 40%

Die absolute Heilbarkeitsziffer des Uteruscarcinoms, aus der procentuarischen Operabilität und den Dauerresultaten berechnet, ergibt folgende Zahlen:

	Operabilität	Dauernd geheilt	Abs. Heilbarkeit
Leopold	hatte bei 20,4%	50%	= 10,2%
Kaltenbach	» » 40 »	21 »	= 8 »
Thorn	» » 35 »	25 »	= 7 »
Olshausen-Winter	» » 28,7 »	33 »	= 9,6 »
Schauta	» » 14,7 »	20 »	= 3 »
Schuchardt 1894—1901	» » 56 »	26 »	= 20,6 »
Schuchardt 1894—1896	» » 61 »	40 »	= 24,5 »

Da diese Resultate an einem sehr ungünstigen Materiale, dem eines allgemeinen städtischen Krankenhauses, gewonnen sind, so geht daraus die Berechtigung hervor, die Indikation zur Exstirpatio uteri mit Hilfe der paravaginalen Methode bis an die Grenze des technisch Möglichen auszudehnen.
 (Selbstbericht.)

70) **Döderlein** (Tübingen). Über eine neue vaginale Operationsweise der vaginalen Totalexstirpation.

Das Wesentliche des Operationsverfahrens besteht darin, dass der ganze Uterus sammt hinterem und vorderem Scheidengewölbe in einem Zuge und ohne jede präventive Blutstillung median, also sagittal gespalten wird. Der Schnitt beginnt im hinteren Scheidengewölbe, setzt sich unter gleichzeitigem Hervorziehen des Uterus in dessen hinterer Wand fort, um nach Spaltung der vorderen Uteruswand im vorderen Scheidengewölbe zu enden, wodurch das Blasengebiet zugänglich gemacht ist. Der Hauptvortheil liegt darin, dass durch die präliminare Entwicklung des in 2 Hälften zu theilenden Uterus das sonst verborgene und schwierige Operationsgebiet freigelegt und der Außenfläche des Körpers so nahe gerückt wird, dass dessen Übersichtlichkeit eine gleiche ist, wie etwa bei Operationen an den äußeren Genitalien. Durch die Spaltung und eventuelle Verkleinerung des Uterus gelingt dessen Entwicklung durch den mittels Längsschnitt leicht zu eröffnenden Douglas'schen Raum.

(Selbstbericht.)

71) **Dührssen** (Berlin). Die vaginale Laparotomie als Konkurrenzoperation der ventralen Laparotomie auf Grund von 87 Fällen.

Der von D. angegebene vordere Scheiden-Bauchschnitt (Kolpokoeliotomia anterior) hat ihm den Bauchschnitt fast ganz entbehrlich gemacht. Die Technik des ersteren ist, wie D. an zahlreichen Momentphotographien demonstrirt, eine typische und leistungsfähige. Selbst die größten Eierstocksgeschwülste lassen sich durch die Scheiden-Bauchschnitte abbinden. Die Vortheile des Scheiden-Bauchschnittes bestehen in der geringen Mortalität — trotz zahlreicher schwieriger Fälle hatte D. unter der letzten Reihe von 374 Fällen nur 2% Mortalität —, in der schnellen Wiederherstellung und der Vermeidung aller mit der Bauchnarbe verknüpften Unbequemlichkeiten und Gefahren. 700mal hat D. bei Retroversio-flexio operirt, in denen in der Mehrzahl der Fälle die fehlerhafte Uteruslage mit den verschiedensten Adnexerkrankungen oder mit chronischer Beckenentzündung kombinirt war. Die durch letztere gesetzten Verwachsungen des Uterus und der Adnexe lassen sich durch die Kolpokoeliotomia anterior unter Leitung des Auges durchtrennen, und durch die Vaginifixation, auch des anteflektirten Uterus, lässt sich ihre Wiederbildung verhüten, ein Vortheil, welcher der Kolpokoeliotomia posterior gänzlich abgeht. Die nach Vaginifixation beobachteten Geburtsstörungen lassen sich durch die sorgfältige Vernähung der Bauchfellöffnung vermeiden, wie D. sie seit 1895 übt. Die 36 danach beobachteten Geburten sind ganz normal verlaufen. 70mal hat D. die Vaginifixation bei großen Vorfällen ausgeführt. Zur Verhütung von Recidiven ist hier die ausgiebigste Ablösung der Blase

von der Cervix, den Parametrien und dem Blasenperitoneum besonders wichtig.

In 300 Fällen wurden bei den verschiedensten Entzündungen oder Neubildungen der Eileiter und der Eierstöcke diese entfernt (darunter 28mal die gravide Tube mit 1 Todesfalle) — doch wurde außer der Gebärmutter meistens ein Eierstocksrest zurückgelassen, um jugendlichen Frauen mit der Menstruation ihren weiblichen Geschlechtscharakter zu erhalten.

In 200 Fällen wurden konservative Operationen an den Adnexen vorgenommen, die Resektion beider Eileiter zur Verhütung der Konzeption bei schweren Krankheitszuständen, die Salpingotomie zur Ermöglichung einer Konzeption und besonders häufig die Ignipunktur oder Resektion der kleincystisch degenerirten Eierstöcke, nach welcher D. normale Schwangerschaften beobachtet hat.

In 74 Fällen wurden konservative Operationen am Uteruskörper vorgenommen, meistens Myomenukleationen, 6mal bei unstillbaren Blutungen an Stelle der Totalexstirpation die Excision der ganzen Uteruschleimhaut. Trotz leichterer Technik war die Mortalität dieser Operationen größer als die der Adnexoperationen. — Selbst in den schwierigsten Fällen ermöglicht die Hinzufügung der Durchtrennung eines Lig. latum zur Kolpokoeliotomia anterior, die Kolpokoeliotomia anterior lateralis, die sichere Entfernung der eiterhaltigen Adnextumoren, die Zurücklassung des Uterus und gesunder Adnexe. Der Uterus lässt sich bei dieser Methode seitlich ganz aus der Vagina herausziehen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Olshausen (Berlin) stimmt in allen wesentlichen Punkten mit Jordan überein. Er operirt vorzugsweise vaginal, abdominal nur dann, wenn die Größe des Uterus bei vaginaler Operation eine Zerstückerung des Organs nothwendig machen würde. In der Indikationsstellung ist er zwar seit 3 $\frac{1}{2}$ Jahren versuchsweise weiter gegangen als früher, ist aber dabei nur in seiner Überzeugung befestigt worden, dass die Exstirpation des carcinomatösen Uterus nur da Aussicht auf radikalen Erfolg verspricht, wo das Carcinom den Uterus und die Scheidenwand noch nicht überschritten hat. Er will deshalb von der Drüsenexstirpation absehen, nach den durch Wertheim festgestellten Thatsachen noch mehr als früher. Recidive kommen noch nach mehr als 5 Jahren, wenngleich selten, vor.

Den Schuchardt'schen Hilfsschnitt, den O. schon im April 1881, wenn auch nicht genau so, wie Schuchardt vorschreibt, anwandte, will er sparsam gebrauchen; nur in 3—4% der Fälle hält er ihn für unvermeidlich.

Die septische Infektion ist jetzt meistens zu vermeiden, da wir gelernt haben, das jauchende Carcinom sicher zu desinficiren. Die Hauptgefahr droht noch von der Pyometra, die in etwa 5% der Fälle das Carcinom complicirt, und deren Inhalt enorm infektiös ist.

Die von Döderlein geschilderte Operationsweise begrüßt O. als eine, vielleicht werthvolle, Bereicherung der Technik, glaubt aber, dass sie nur bei beginnenden Portio- und Cervixcarcinomen Verwendung wird finden dürfen, weil bei vorgeschrittenen Fällen doch die Spaltung des Uterus größere Gefahr der Infektion bringen würde. Es muss sich auch erst zeigen, ob bei vorgeschrittenen Cervixcarcinomen, wo die Harnblase schon auf der Uteruswand fixirt ist, die spontane Lösung der Blase bei dem Döderlein'schen Verfahren so leicht vor sich geht, wie Redner dies geschildert hat. Bei den Fällen beginnender Neubildung ist auch die stumpfe Ablösung mit den Fingerspitzen, wie man sie bisher übt, für die Blase kaum gefährlich. (Selbstbericht.)

Martin (Greifswald) fand bei der Auslösung der Lymphdrüsen, entgegen den Angaben Wertheim's, dieselben oft gar nicht krebsig entartet. Den Schuchardt'schen Schnitt hat M. früher nur wenig gemacht; 1mal erlebte auch er eine unstillbare Blutung dabei. Doch rath er zu weiteren Versuchen. Die von Olshausen erwähnten Gefahren der neuen Döderlein'schen Operation erscheinen M. dadurch verringert zu sein, dass der Uterus außerhalb der Bauchhöhle eröffnet wird. Gefährlich erscheint aber auch ihm das Ablösen der Blase, da man oft breite Verwachsungen zwischen letzterer und dem Uterus vorfindet. M. ist Anhänger der vorderen Kolpotomie, möchte aber auch die hintere nicht missen.

Wertheim (Wien) ist seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren unbedingter Anhänger der abdominalen Operation, zu der er wegen der schlechten Dauerresultate bei den Carcinomoperationen gelangt ist. W. hat bis jetzt 50 Fälle abdominal operirt, dabei principiell möglichst viel Drüsen und parametranes Gewebe fortgenommen. W. operirte alle Fälle, die überhaupt zur Radikaloperation geeignet erschienen, und sah bis jetzt kein Recidiv. Die exstirpirten Drüsen wurden alle genau untersucht: in 36% der Fälle waren sie carcinös, mehrere darunter ganz im Beginne. W. ist der Ansicht, dass die Drüseninfektion schon früh zu Stande kommt; daher solle man die Drüsen stets mit entfernen. Der Hauptwerth der abdominalen Methode liegt in der gründlichen Exstirpation der Parametrien. Hierin steht auch die Schuchardt'sche Operation der abdominalen nach.

Unter seinen letzten 20 Fällen hatte W. nur 3 Todesfälle (= 15%), darunter 2 wegen Nekrose der Ureteren. Diese Eventualität wird in Zukunft zu vermeiden sein. Im 3. Todesfalle bestanden schon Metastasen in der Leber. W. glaubt bestimmt, dass die Zukunft der Uterusexstirpation wegen Carcinom der ventralen Methode gehört. Jaffé (Hamburg).

H. Brenner (Linz a. d. D.) spricht zu Gunsten der sacralen Exstirpation, wie sie von Kraske für den Mastdarm, von Hochenegg für den Uterus angegeben wurde. B. hat von 1892 bis Ende 1900 in 76 Fällen diese Methode ausgeführt; 8 Fälle (10, 5%) starben im An-

schlusse an die Operation (außerdem wurde in 6 Fällen die Operation versucht, aber wegen zu ausgedehnter Verwachsungen wieder aufgegeben — kein Todesfall —); bedenkt man, dass unter den Verstorbenen Einige sind, bei denen Verletzungen oder Nekrose der Blasenwand den ungünstigen Ausgang herbeiführten, so ist klar, dass durch eine Verbesserung der Technik auch eine Verringerung der Mortalität in Aussicht zu stellen ist; die Gefahr und Größe des Eingriffes erscheint B. nicht so nennenswerth.

In 59 Fällen konnte über die Heilungsdauer eine Nachricht eingezogen werden, wobei sich ergab, dass 18 (30%) 3 Jahre recidivfrei blieben. Im März 1901 lebten noch: 1 Frau 7 Jahre p. o., 3 Frauen 6 J. p. o., 2 Frauen 5 J. p. o., 2 Frauen 4 J. p. o. und 5 Frauen 3 J. p. o.

Die Spitalsbehandlung betrug im Durchschnitte 40 Tage (zwischen 11 und 90 Tage). Die Operation wurde stets in Seitenlage ausgeführt, Levator ani und das durchmeißelte Steiß- oder Kreuzbein nach der Exstirpation des Uterus wieder vernäht, der Uterus durch die Öffnung im Peritoneum herausgeholt und vom Fundus beginnend nach abwärts frei gemacht und sammt der Scheide von der Blase abgelöst. Erst zum Schlusse folgt die quere Durchtrennung der Scheide, so dass die Gefahr der Wundinfektion durch septische oder Krebskeime auf das Geringste eingeschränkt wird.

Die Bauchfellwunde wird geschlossen und die retroperitoneale Wunde von der Scheide her mit Jodoformgaze tamponirt. B. glaubt, dass die sacrale Methode besonders in schwierigen Fällen anderen Methoden gegenüber konkurrenzfähig ist. (Selbstbericht.)

72) Wilms (Leipzig). Epiphysenentwicklung an der oberen Extremität im Röntgenbilde.

1) Hand und Handwurzelknochen.

Beim Neugeborenen sind die Epiphysen der Finger und Metacarpalknochen so wie die Handwurzelknochen noch alle knorpelig. Im 4.—6. Monate erscheint ein Knochenkern im Os capitatum und hamatum, Anfang des zweiten Jahres im Os triquetrum und in der Epiphyse des Radius, am Ende des zweiten Jahres in den Basalepiphysen der Finger- und Köpfchenepiphysen der Metacarpalknochen. Im 4., 5. und 6. Jahre zeigt sich ein Knochenkern im Os lunatum, Os multangulum majus und minus, im 7. Jahre in der unteren Ulnaepiphyse, im 11.—12. Jahre erscheint ein Knochenkern im Os pisiforme, etwas später in den Sesambeinchen des Daumens. Bis zum 20. Jahre sind alle Epiphysenlinien verstrichen.

2) Ellbogengelenk.

Im 2. Jahre erscheint ein Knochenkern in der Eminentia capitata, in 5.—6. Jahre in der oberen Radiusepiphyse, im 9. Jahre im Olecranon, in der Zeit vom 10.—12. Jahre im Epicondylus internus, Epicondylus externus und in der Trochlea. Im 13. Jahre ist das

Bild der Epiphysenentwicklung enorm komplicirt, besonders die zackige Form der Trochlea kann leicht zu Verwechslung mit Frakturen Anlass geben. Im 18. und 19. Jahre ist die Verknöcherung beendet.

3) Schultergelenk.

Im 6.—8. Monate erscheint schon ein Knochenkern im Humeruskopfe, im 2. Jahre ein zweiter im Tuberculum majus, diese beiden verschmelzen zu einem im 7. Jahre. Bis zum 20. Jahre sind die Epiphysenlinien verstrichen.

Im 15.—16. Jahre zeigen sich 4—5 Knochenkerne im distalen Ende des Acromion, die im 18. Jahre mit dem Acromion verschmelzen.

Die Knochenentwicklung kann auf beiden Körperhälften, z. B. beiden Handwurzelknochen, etwas schwanken, so dass rechts z. B. 3, links 4 Handwurzelknochen vorhanden sind. Größere Differenzen sind in der Regel pathologisch, so bei einem 8jährigen Knaben, den wir zu untersuchen Gelegenheit hatten. Links waren nur 3 Handwurzelknochen, rechts 7 in Verknöcherung begriffen. Es handelt sich hier wohl sicher um eine Tuberkulose des Handgelenks. Die tuberkulöse Entzündung ist also im Stande, die Verknöcherung anzuregen und zu beschleunigen. (Selbstbericht.)

73) **P. Sudeck** (Hamburg). Vorzeitige Epiphysenverknöcherung in Folge von Knochenatrophie bei Tuberkulose der großen Gelenke. Demonstration von Lichtbildern.

Bei 3 Pat., die sämmtlich dem Abschlusse der Wachstumsperiode nahe waren, zeigte sich in den peripher von dem tuberkulösen Gelenke gelegenen atrophischen Skelettabschnitten Verknöcherung von Epiphysenlinien, die an demselben Skeletttheile der gesunden Seite noch knorpelig waren. An atrophischen Knochen von Kindern konnte diese vorzeitige Verknöcherung niemals nachgewiesen werden. Der Vorgang ist natürlich nicht ohne Bedeutung für das Wachsthum der betreffenden Knochen. (Selbstbericht.)

74) **F. Kayser** (Berlin). Über Hochstand der Scapula mit kongenitalen Halsmuskeldefekten.

K. demonstriert einen Fall von Hochstand der linken Scapula mit Halsmuskeldefekten. 19jähriger Steinträger, welcher beschwerdefrei arbeitet. Muskulatur sehr gut entwickelt. Brustkorb ohne auffallende Deformität. Die linke Clavicula ist 1 cm kürzer wie die rechte. Keine Skoliose, leichte kyphotische Verkrümmung der Wirbelsäule. Die linke Scapula steht in augenfälliger Weise ($2\frac{1}{2}$ cm) höher wie die rechte. Höhe der linken Scapula 23 cm, der rechten Scapula 18 cm. Die Höhendifferenz ist bedingt durch eine stärkere Entwicklung ausschließlich des über der Spina scapulae befindlichen

Theiles des linken Schulterblattes. Der obere mediale, 3 Querfinger oberhalb der linken Clavicula stehende Schulterblattwinkel, welcher der oberflächlichen Betrachtung als Halsrippe imponirt, ist hakenförmig nach vorn umgebogen derart, dass es möglich ist, die Vorderfläche des oberen Theiles des Schulterblattes abzutasten. Bewegungen im Schultergelenke bis auf eine geringe Beschränkung der Abduktion unbehindert. Geringe Entwicklung des rechten M. sternocleido-mastoideus; der linke M. sternocleido-mastoideus fehlt vollständig, auch elektrisch sind Fasern des Sternocleido-mastoideus nicht nachzuweisen. Kein Caput obstipum. Bei horizontaler Haltung der Arme starke grubenförmige Vertiefung der linken Supraclaviculargrube. Funktionell treten für den Sternocleido-mastoideus ein: der stark entwickelte linke M. omohyoideus so wie der linke M. trapezius, welcher mit seinen Fasern etwas mehr pectoralwärts wie rechts ansetzt, im Ganzen aber schwächer entwickelt ist wie rechts und in seinen mittleren hinteren Theilen einen deutlichen Defekt zeigt. Beide Gesichtshälften sind gleich entwickelt. Auf dem Röntgenbilde ist in sehr charakteristischer Weise der die Clavicula ungefähr 5 cm überragende obere Schulterblattrand sichtbar; eine Exostose am oberen Scapularwinkel ist nicht erkennbar. Dagegen zeigt sich ein vom 6. Halswirbel nach unten sich erstreckender Knochenschatten, welcher als Halsrippe gedeutet werden muss. Palpationsbefund bei der starken Muskulatur unsicher. (Selbstbericht.)

75) Hofmeister (Tübingen). Eine neue Repositionsmethode der Schulterluxation.

H. benutzt zur Reposition der Schulterluxation die Gewichtsextension mit senkrechter Suspension des Armes, wobei die Körper schwere als Kontraextension dient. Das Verfahren wird folgendermaßen ausgeführt:

1) Der Pat. wird möglichst bequem auf die gesunde Seite gelagert.

2) Am luxirten Arme wird eine starke Leinwandzugschlinge, welche bis zur Deltoideusinsertion hinaufreicht, mit einer nassen Mullbinde (vom Metacarpus beginnend) so fest als möglich angewickelt.

3) Mittels Drahthaken und Zugschnur, welche über eine in genügender Höhe angebrachte Rolle geleitet wird, bringt man die Zugschlinge mit den extendirenden Gewichten in Verbindung.

4) Zunächst wird mit 5 kg belastet, dann in Pausen von 1 bis 5 Minuten von 5 zu 5 kg gestiegen, bis (wenn nicht etwa schon vorher Reposition erfolgt ist) 20 kg erreicht sind. Dann wird abgewartet. Wenn keine besonderen Hindernisse vorliegen, tritt der Kopf in 10 bis 15 Minuten ins Niveau der Pfanne und schnappt entweder von selbst ein, oder lässt sich durch einen leichten Druck von der Achselhöhle her hineinbefördern. Vortr. pflegt, wenn der Kopf ins Pfannen-

niveau getreten ist, den Arm in der Weise herabzuholen, dass er mit der einen Hand am Handgelenke des Pat. extendirt, mit der anderen den Humeruskopf gegen die Pfanne hinaufzieht oder -drängt und nun den Arm adducirt. Dabei erfolgt dann die Reposition ohne besondere Kraftanstrengung; ist sie vorher schon erfolgt, so hat das Manöver den Vorzug, dass eine Relaxation beim Abnehmen der Extension sicher vermieden wird. — Als Vorzüge des Verfahrens nennt Votr.:

- 1) Vermeidung der Narkose.
- 2) Einfachheit der Technik; geschulte Assistenz ist entbehrlich.
- 3) Absolute Unschädlichkeit.

Unter 13 ohne Auswahl mit Gewichtszug behandelten Luxationen war nur 2mal Übergang zur Narkose nöthig; beide Misserfolge fielen in die Zeit der ersten Versuche. In 11 Fällen (darunter eine 8-, eine 10- und eine 14tägige Luxation) erfolgte glatte Reposition.

(Selbstbericht.)

76) Hildebrand (Basel). Habituelle Schulterluxation.

H. macht Mittheilung über 2 Fälle von habitueller Schulterluxation, in welchen der innere Pfannenrand abgebrochen war. Beide Fälle wurden so operirt, dass durch Vertiefung der Pfanne mit dem Hoffa'schen Löffel ein neuer prominenter Pfannenrand gebildet und die an der Innenseite vorhandene sackartige Erweiterung der Kapsel durch Ausstopfen mit Gaze zur Obliteration gebracht wurde. Beide Male wurden bewegliche Gelenke erzielt, die sich bis jetzt nicht wieder luxirten.

Weiter berichtet er noch über 2 Fälle von habitueller Luxation der Patella, deren einer durch Osteotomie des Femur, der andere durch Verlagerung der Tuberositas tibiae geheilt wurde.

(Selbstbericht.)

77) J. Rotter (Berlin). Resektion des ganzen Humerusknochens wegen Osteofibroms mit Erhaltung des Vorderarmes.

Die 47 Jahre alte Pat. erlitt vor 10, 6 und 3 Jahren eine Fraktur etwa der Mitte des rechten Oberarmes. An der Bruchstelle bildete sich, seit 3 Jahren bemerkbar, ein Tumor, der den Oberarm spindelförmig auftrieb und fast von einem Gelenkende zum anderen reichte. Nachdem auch mikroskopisch festgestellt worden war, dass der Tumor relativ wenig maligne sei, wurde statt der schulgemäßen Exartikulation im Schultergelenke eine ausgedehnte Resektion beschlossen. Der Humerus mit der gesammten Oberarmmuskulatur wurde vom Schulter- bis zum Ellbogengelenke resecirt, so dass am Schlusse der Operation der Vorderarm mit der Schulter nur noch durch die Haut, die großen Gefäße und Nerven zusammenhing. Vom N. radialis war noch ein 20 cm langes Stück resecirt worden. — Die

Wundversorgung geschah in der Weise, dass das Olecranon an den unteren Rand der Cavitas glenoidalis scapulae angenäht, also der Vorderarm an die Scapula gehängt wurde. Haut und Gefäße legten sich in große Falten. Die Enden des resecurten Radialis wurden mit einander vernäht. — Heilung glatt. — Das Resultat ist folgendes: Die Radialisparalyse verschwand $\frac{3}{4}$ Jahr post op. — Seitdem können die Finger und das Handgelenk alle Bewegungen ausführen, nur fallen sie schwächer als beim Normalen aus. — Keine Stauungserscheinungen, keine Schmerzen. — Die Pat. vermag bimanuell leichte Arbeiten auszuführen, wie Stücken, Nähen etc., doch muss dabei der Vorderarm, der auf der Seite herabhängt, nach vorn gebracht werden, indem er in eine Gabel am Taillengürtel fixirt wird.

In kosmetischer Beziehung hat Pat. durch einen Puffärmel den Defekt am Arme so zu verbergen verstanden, dass der Laie ihn kaum bemerkt. — Mikroskopisch hat sich der Tumor als Osteofibrom erwiesen. Ein Recidiv ist jetzt 4 Jahre post op. nicht eingetreten und wohl nicht zu befürchten.

(Selbstbericht.)

78) P. Sudeck (Hamburg). Vorderarmverrenkung.

S. demonstriert Röntgenbilder von 4 Pat., bei denen im Anschlusse an eine Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten sich eine Verknöcherung des Musculus brachialis internus ausgebildet hatte. Bei einem der Pat. sah man im Verlaufe des Muskels dicht am Ansatz an den Processus coronoideus ulnae nur eine kleine Knochenspange. Hier war durch orthopädische Behandlung die Funktion des Ellbogengelenks fast völlig hergestellt. Bei dem 2. Falle konnte man die Knochenbildung bis auf den Processus coronoideus deutlich verfolgen. Die Funktion war erheblich gestört. Eben so war es im 3. Falle. Man fühlte hier einen großen Knochencallus, konnte jedoch bei der Durchleuchtung, die $3\frac{1}{2}$ Wochen nach der Verrenkung vorgenommen wurde, zunächst keinen Callus konstatiren. Die Photographie zeigte jedoch einen wenig tief schattenden ausgedehnten Muskelcallus. Im 4. Falle war eine völlige rechtwinklige knöcherne Ankylose eingetreten. Hier sah man an der Stelle des Oberarmansatzes des Musculus brachialis internus streifenförmig angeordnete Knochenmassen, der ganze Muskel schien verknöchert zu sein, und in der Ellenbeuge fanden sich Callusmassen, die seitlich über die Muskelgrenzen hinausgingen. Außerdem war an der Stelle des Ansatzes der Tricepssehne in dieser eine Knochenbildung zu konstatiren. Ein Versuch, die Knochenmassen zu exstirpiren, misslang völlig. Die knöcherne Ankylose stellte sich wieder her.

(Selbstbericht.)

79) J. Wolff (Berlin). Zur Resectio cubiti im Kindesalter.

Kummer und Oschmann geben nach den reichhaltigen Erfahrungen der Berner Klinik bei Erwachsenen mit tuberkulöser Ell-

bogengelenkserkrankung der Resectio cubiti den Vorzug vor der Arthrektomie.

Bei Kindern dagegen bevorzugen sie, um der späteren zu großen Verkürzung der Extremität vorzubeugen, die Arthrektomie.

Bei der anwesenden 31jährigen Pat. hat W. vor 28 Jahren, als dieselbe $2\frac{3}{4}$ Jahr alt war, links die typische Resektion der kariösen drei Gelenkenden vorgenommen. Es bietet sich also hier die wohl seltene Gelegenheit einer Beobachtung, deren Dauer vom nicht ganz vollendeten 3. Lebensjahre ab die ganze spätere Wachstumszeit der Pat. umfasst. Es waren vom Humerus 22, von der Ulna 29, vom Radius 6 mm entfernt worden. Überall war die Absägung jenseits der Linie des Epiphysenknorpels geschehen.

Jetzt hat der rechte Humerus trotz der von ihm abgesägt gewesenen 2 cm gleiche Länge mit dem linken. (Eine analoge Beobachtung von vermehrtem Humeruswachstum nach Resectio cubiti ist schon früher von Ollier gemacht worden.) Auch die Ulna ist links mehr gewachsen, als rechts. Sie misst — trotz der entfernten 3 cm — 22 cm gegen 24 cm rechts.

Hiernach dürfte auch bei Kindern die Totalresektion des tuberkulösen Ellbogengelenkes den Vorzug vor der Arthrektomie verdienen.

Die Funktion des Gelenkes ist vortrefflich. Beugung und Streckung geschehen mit voller Kraft in normaler Exkursionsweise. Die Pat. ist seit ihrem 16. Jahre Arbeiterin in der Reichsdruckerei. Sie verrichtet volle Arbeit und bezieht vollen Lohn. (Selbstbericht.)

80) J. Wolff (Berlin). Über Arthrolysis bei Ellbogengelenksankylose.

Das Verfahren der »Arthrolyse« (Durchschneidung, Durchmeißelung oder auch Entfernung aller die Gelenkbewegung hindern den knöchernen oder fibrösen Stränge, Brücken oder Auflagerungen in offener Wunde, ohne Resektion der vollständig skelettirten Gelenkenden der Knochen) ist von W. in 9 Fällen von Ankylose des Ellbogengelenkes angewandt. 6 dieser Fälle sind früher publicirt, 3 der Berliner Chirurgenvereinigung vorgestellt worden.

Der letztoperirte Fall betraf eine knöcherne Ankylose bei einer 22jährigen Schauspielerin.

Die Operation geschah im Juli v. J. — Am 11. Tage vollkommene Heilung per primam. -

Seit November v. J. beugt die Pat. aktiv und schmerzlos bis 20°. Die Streckung geschieht bis 150°. Pro- und Supination geschehen in Exkursion von 100°. Beim Auftreten auf der Bühne macht sich keine Unbeholfenheit der Bewegungen mehr bemerklich, so dass die Pat. ihre Berufsthätigkeit, für welche sie ohne den operativen Eingriff vollkommen verloren gewesen wäre, wieder in vollständigem Umfange auszuüben vermag. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Eiselsberg (Wien) berichtet von einem Kinde, dem nach Scharlach beide Ellbogengelenke in gestreckter Ankylose geblieben waren. Das Resultat war an beiden Seiten verschieden: rechtwinklige Ankylose der einen, ziemlich gut bewegliches Gelenk der anderen Seite; hier hatte er von zwei Schnitten aus das Gelenk frei gelegt. Diese Methode scheint also die bessere zu sein.

Kocher (Bern). Von besonderer Bedeutung für das Resultat ist der jeweils erhaltene Grad der Muskelfunktion. Nach der Operation stellt sich eine Art Luxationsstellung her, die er etwa 14 Tage bestehen lässt. Die Knochenenden überkleiden sich mit Bindegewebe und bewegen sich — dann eingerichtet — glatter gegen einander; so gestatten sie auch frühzeitiger aktive Bewegung.

Christel (Metz).

J. Wolff (Berlin). Der von ihm vorhin mitgetheilte Fall von Artholyse hat gezeigt, dass bei dieser Operation der nach geschehener Wundheilung angelegte Etappenverband eben so gut zum Ziele der Verringerung der Schmerzhaftigkeit der Gelenkbewegungen führen kann, wie das Verfahren des Herrn Kocher, den Gelenkenden anfänglich eine Luxationsstellung zu geben. (Selbstbericht.)

81) **Joachimsthal.** Beiträge zum Verhalten des Hüftgelenkes bei der angeborenen Luxation (mit Demonstration von Präparaten und Vorstellung von durch unblutige Reposition geheilten Patienten).

J. demonstriert zunächst an 5 Präparaten, von denen 2 doppelseitige Verrenkung aufweisen, diejenigen Veränderungen, die bei der angeborenen Luxation des Hüftgelenkes im späteren Lebensalter zu Stande zu kommen pflegen. An allen Präparaten ist die Pfanne, und zwar stets in deutlichster Weise vorhanden. Sie ist kleiner und flacher als normal, dabei aber an einzelnen Gelenken noch so vertieft, dass ein stark abgeschliffener Kopf, namentlich in Abduktionslage, nothdürftig in ihr Platz finden könnte. Die Hüftgelenkspfanne hat stets die ihr normale Form einer Hohlkugel verloren und sich dafür in eine mehr plane Fläche von dreieckiger Gestalt verwandelt, deren obere und namentlich hintere Umrandung wallartig vorspringt, während dem Foramen obturatorium gegenüber kein deutlicher Grenzwall besteht. An 3 der demonstrierten Becken findet sich an der äußeren Darmbeinfläche nach außen und oben von dem hinteren Pfannenrande eine dem neuen Standorte des Kopfes entsprechende Vertiefung. An dem Oberschenkelkopfe, wie an dem ganzen oberen Femurende besteht eine beträchtliche Atrophie; die mit dem Darmbeine in Kontakt gewesene hintere und innere Fläche des Kopfes erweist sich als stark abgeplattet, der von dem Schenkelschafte und

Schenkelhalse gebildete Winkel ist fast stets im Sinne einer Coxa vara verkleinert. An einem in toto erhaltenen Oberschenkel tritt die in letzter Zeit namentlich wieder von Schede betonte Sagittalstellung des Schenkelhalses besonders deutlich zu Tage.

An dem einen der vorgelegten Präparate ist die Kapsel noch erhalten; sie lässt im Gegensatze zur Norm überall die Kontouren des Kopfes und Halses erkennen. Ihre vordere Wand bildet mit der alten Pfanne eine Art von Tasche. Oberhalb des hinteren, oberen Pfannenrandes findet sich eine Verengung.

Im Gegensatze zu diesen Präparaten demonstriert J. alsdann eine Reihe von Pat., bei denen er vor längerer Zeit die unblutige Reposition ein- resp. doppelseitiger Hüftverrenkungen mit dauerndem Erfolge vorgenommen und durch in regelmäßigen Zwischenräumen vorgenommene Röntgenaufnahmen die Umwandlung zu verfolgen versucht hat, die im Anschlusse an diesen Eingriff an den knöchernen Theilen des Gelenkes sich vollziehen. Entsprechend der tadellosen Funktion der Hüftgelenke ergab sich an den Skiagrammen eine beträchtliche Vertiefung der knöchernen Pfannengrundlage, eine erhebliche Zunahme des Caput femoris, während der Schenkelhals bei zwei, 9 resp. 8 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen, bei denen J. vor 3 resp. 1 $\frac{1}{2}$ Jahren die Einrenkung vollzogen hat, noch eine auffallende Kürze erkennen lässt. An stereoskopischen Aufnahmen ließ sich hier auch eine leichte Anteversionsstellung des Schenkelhalses demonstrieren. Zum Schlusse zeigt J. noch einige Röntgenbilder unvollständiger Hüftgelenkluxationen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Küster (Marburg) findet unter den Knochenpräparaten eine ihm unbekanntere Beckenform mit dreieckiger, relativ tiefer Pfanne, mit welcher die konische Form des zugehörigen Schenkelkopfes recht gut harmoniren würde. Ob hier kongenitale oder erworbene Luxation vorliege?

Joachimsthal (Berlin) kennt zwar die Anamnese des Falles nicht, glaubt jedoch kongenitale Luxation annehmen zu sollen.

Hoffa (Würzburg) schließt aus der Dicke der Beckenwand in der Pfannengegend auf kongenitale Luxation; sie kann hier 2—3 cm betragen. Diese stärkere Dicke der Pfannengegend ist bei kongenitaler Luxation schon im frühesten Lebensalter vorhanden, und zwar ganz typisch. Bei allen anderen pathologischen Luxationen ist außerdem die Pfanne mehr rundlich, namentlich bei den paralytischen Luxationen ist die alte Pfanne mehr rundlich und nie so stark entwickelt als wie bei kongenitalen Luxationen. Außerdem besteht bei dem Joachimsthal'schen Präparate die typische Veränderung der kongenitalen Luxation am Schenkelkopfe, und man sieht oben und hinten von der Pfanne deutlich die Gleitfurche, auf welcher sich der luxirte Schenkelkopf hin und her bewegt hat.

(Selbstbericht.)

82) E. Payr (Graz). Weitere Mittheilungen über die blutige Reposition veralteter Hüftgelenksverrenkungen bei Erwachsenen.

Im Anschlusse an 3 vor Jahresfrist publicirte Fälle von blutiger Hüftreposition pathologischer und traumatischer Luxationen Erwachsener berichtet Votr. über zwei neue blutig reponirte Fälle und knüpft daran Bemerkungen über die bei diesen 5 Fällen gewonnenen Erfahrungen, sowohl die Technik der Operation, als auch pathologisch-anatomische Verhältnisse betreffend.

Es handelt sich im 4. Falle um einen 24jährigen Mann mit linksseitiger Luxatio iliaca, 6 cm Verkürzung, bei dem 4 Monate nach der Verletzung die Operation von Nicoladoni ausgeführt wurde.

Kocher'scher Schnitt. Völlige Skelettirung des Trochanters nothwendig. Die alte Pfanne findet sich völlig mit Schwarten erfüllt. Nach Ausräumung derselben gelingt die Reposition. Tod des Pat. im Collaps am Abend des Operationstages.

Der 5 Fall betrifft einen 34jährigen Mann, bei dem vom Votr. 7 Wochen nach der Verletzung die blutige Reposition ausgeführt wurde (12. Februar) und bei dem nach völlig glattem Wundverlaufe 6 Wochen nach der Operation die Wunde bis auf 2 kleine Drainöffnungen verheilt, »beinahe normale passive, aber auch schon aktive Beweglichkeit im Gelenke vorhanden ist«. In diesem Falle gelang es unter Schonung der sich an der Hinterseite des Trochanters inserirenden Muskeln die Reposition auszuführen.

Verf. kommt unter Berücksichtigung von 5 blutigen Hüftrepositionen, von denen er 3 selbst auszuführen Gelegenheit hatte, zu folgenden Anschauungen:

1) Am zweckmäßigsten erweist sich der Übersichtlichkeit halber der Kocher'sche Schnitt für die Hüftresektion.

2) Möglichste Schonung der Muskelansätze ist die beste Gewähr für spätere gute Beweglichkeit des Gelenkes — aseptischer Verlauf vorausgesetzt. Auch das Verfahren von v. Mikulicz ist von diesem Gesichtspunkte aus empfehlenswerth. In schwierigen Fällen und bei pathologischen Luxationen (Distensionsluxationen) wird völlige Skelettirung des großen Trochanters nicht völlig zu umgehen sein.

3) Durch einige instrumentelle Behelfe wird die Technik des Eingriffes erleichtert. Votr. verwendete ein sehr kräftiges, 50 cm langes gebogenes Elevatorium; ferner eine Hohlrinne, deren Handgriff mit zwei seitlichen Handhaben versehen ist, um den Kopf bei der Reposition auf einer schiefen Ebene in die Pfanne gleiten zu lassen.

4) Vom Wundverlaufe hängt das Schicksal des reponirten Gelenkes in hervorragender Weise ab. Es wurden vom Votr. besondere Vorsichtsmaßregeln bei diesen Operationen getroffen, deren Schwerpunkt darin liegt, die Manipulationen bei der Reposition ohne Gefährdung des Operationsgebietes aseptisch aus-

führen zu können. (Graduirte Kompressen, aseptische Handquellen, steriles Leinentuch zur Kontraextension.)

5) Schaffung möglichst einfacher Wundverhältnisse ist bei diesem Eingriffe sehr bedeutungsvoll. Obwohl der primäre Wundverschluss das ideale Verfahren wäre, empfiehlt sich doch für schwierige Fälle für die ersten Tage Tamponade eines großen Theiles der Wunde mit Mikulicz-Schleier. Sorgfältige Individualisierung ist hier am Platze.

6) Zur Fixation nach geschehener Reposition wurde bisher entweder der Gips- oder der Extensionsverband verwendet. — Beide haben ihre Vor- und Nachteile. Der Gipsverband ist insbesondere dann wenig geeignet, wenn es sich um tamponirte, stärker secernirende Wunden handelt, während er bei primärem Wundverschlusse das ideale Verfahren darstellt. Nach der Ansicht des Vortr. kommt es sehr auf den pathologisch-anatomischen Befund am eben reponirten Hüftgelenke an. Bei traumatischen Luxationen mit völliger Erhaltung des Pfannenknorpels ist die Gefahr einer Reluxation eine sehr geringe. Es handelt sich dann wohl nur darum, das Bein, in einer leichten Abduktionsstellung stehend, vor groben mechanischen Insulten zu schützen.

Es wurde daher im letzt operirten Falle der Pat. sofort nach der Operation in eine Bonnet'sche Drahtgasse gelegt, die beliebige Abduktion gestattete.

7) Die Resultate der Operation in funktioneller Hinsicht waren bislang noch keine völlig befriedigenden bei Erwachsenen, doch glaubt Votr., dass gerade im letzten Falle die Beweglichkeit eine nahezu normale werden wird. Auch im zweiten vom Votr. operirten Falle wurde ein gut bewegliches Gelenk erzielt. — Übungstherapie mit Pendelapparaten, warme Bäder, Massage spielen eine sehr wichtige Rolle in der Nachbehandlung. Die Krankenhauspatienten verlassen in der Regel viel zu früh das Spital. Die schlechteste Prognose bieten jene veralteten traumatischen und spontanen Luxationen, bei denen der Knorpelüberzug der Gelenkkörper völlig verloren ging. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Schede (Bonn). In einem Fall doppelseitiger Luxation nach Typhus war die unblutige Reposition unmöglich; auf einer Seite war Luxatio ischiadica, auf der andern Luxatio iliaca vorhanden. Es wurde zweizeitig operirt, und es erwies sich nöthig, in ausgedehntem Maße zu skelettiren; doch gelang die Annäherung der Muskelansätze gut. Die Nachbehandlung bestand in Gipsverband und Extension; das Ergebnis war gut.

Drehmann (Breslau) spricht zu Gunsten der Trochanterenabmeißelung nach v. Mikulicz; man konnte stets die Vereinigung mit dem Femur nach der Reposition wiederherstellen. Der quere

Schnitt klaffe bei Extension auch besser aus einander und gestatte sehr gute Übersicht.

Christel (Mets).

83) **Reichard** (Cracau b/Magdeburg). Klinischer Beitrag zur Lehre von der Coxa valga (mit Krankenvorstellung).

R. giebt einen kurzen Bericht über eine Beobachtung, die er zu machen Gelegenheit hatte. Ein jetzt 13jähriges Mädchen hat in frühester Jugend eine Kinderlähmung durchgemacht, und es ist eine Parese der Hüftmuskulatur, besonders rechts, zurückgeblieben. Das Kind ist stets mit seinen gelähmten Beinen gegangen. Zur Röntgenaufnahme der Hüftgelenke, die Herr Dr. Blencke ausführte, sah sich R. veranlasst 1) durch das sehr ausgesprochene Watscheln des Kindels bei Ausschluss einer Luxation so wie einer Coxa vara, 2) durch eine sichtbare Abflachung der Trochantergegend und 3) durch einen bei zahlreichen Messungen zu konstatirenden Trochantertiefstand. Im Röntgenbilde — es wurden Aufnahmen bei allen möglichen Stellungen der Beine, besonders auch bei kräftiger Innenrotation vorgenommen — ist eine sehr erhebliche, besonders rechts ausgesprochene Vergrößerung des Schenkelhalswinkels, Coxa valga, zu sehen. Rechts zeigt auch der Kopf eine deutliche Verschiebung nach außen.

Die Genese dieser Vergrößerung des Schenkelwinkes denkt sich R. so, dass, seit das Kind geht, bei jedem Schritte die gesunde Psoasmuskulatur kräftig angespannt und dadurch ein starker Zug am Trochanter minor ausgeübt wird, während gleichzeitig Rumpf und Becken durch die Schwäche der äußeren Hüftmuskeln nach außen überfallen und einen nach außen und hinten wirkenden Druck und Zug auf Schenkelkopf und -Hals ausüben, also durch die Störung des Muskelgleichgewichtes in seiner Beziehung zu dem wachsenden Knochen. (Demonstration des Kindes und des Röntgenbildes.)

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Hoffa (Würzburg). Der vorgestellte Fall ist sicher keine Coxa valga. Nach genauester Untersuchung stehen beide Trochanteren in der Roser-Nélaton'schen Linie. Das Röntgenbild hat Herrn Reichard getäuscht. Es handelt sich einfach um einen Fall von Kinderlähmung, bei welchem eine starke Lordose der Lendenwirbelsäule und damit eine stärkere Steilheit des Beckens vorhanden ist. Wenn man in einem solchen Falle eine Röntgenaufnahme macht, so erhält man leicht das Bild einer Coxa valga vorgetäuscht. Beide Beine stehen auf dem Bilde in stärkerer Außenrotation. Hofmeister hat ja gezeigt, dass man mit der Deutung der Hüft-Röntgenbilder sehr vorsichtig sein muss. Je nach der Lage der Pat. und dem Stande der Röhre kann man alle möglichen Deformitäten am normalsten Hüftgelenke herausbekommen.

(Selbstbericht.)

84) **F. v. Mangoldt** (Dresden). Die Erkrankungen des Hüftgelenkes mit besonderer Berücksichtigung der *Coxitis tuberculosa*.

Vortr. demonstirt an 40 Projektionsbildern von Röntgenaufnahmen die verschiedenen an der Hüfte vorkommenden Erkrankungsformen: *Luxatio coxae congenita*, *Coxa vara*, traumatische Epiphysenlösung, *Fractura colli femoris*, *Polyarthritis rheumatica chronica*, chronische ankylosirende Entzündung des Hüftgelenkes, *Osteomyelitis*, *Coxitis tuberculosa*. Das reiche Material von Gelenktuberkulosen am Kinderhospital in Dresden hat Vortr. in den letzten 3 Jahren Gelegenheit geboten, an einer großen Anzahl von *Coxitis*-fällen die bei der Hüftgelenkstuberkulose eintretenden Knochenveränderungen im Röntgenbilde darzustellen und diese Veränderungen in einer Anzahl von Fällen zeitlich zu verfolgen.

Er kommt auf Grund seiner klinischen Erfahrung über diese Erkrankung und auf Grund des Vergleiches der gesammelten Röntgenphotographien zu folgenden Schlüssen:

Die Röntgenphotographie gestattet uns ohne Weiteres, die verschiedenen Formen der Gelenksdeformitäten und Gelenkerkrankungen zu unterscheiden und die eintretenden Knochenveränderungen zeitlich zu verfolgen und danach das Stadium der Gelenkerkrankung zu bestimmen.

Die Röntgenphotographie ermöglicht uns wie kein anderes Verfahren, eine sichere Frühdiagnose beginnender tuberkulöser *Coxitis* zu stellen, und hat dadurch für die einzuleitende Behandlung einen unschätzbaren Werth.

Die Frühdiagnose beginnender *Coxitis* bei Kindern gründet sich im Röntgenbilde auf: Zurückbleiben des Knochenkernes im Schenkelkopfe, auf größere Durchlässigkeit des Schenkelkopfes in Folge eingetretener Auflockerung und Erweichung, auf Verdickung und Verkürzung des Schenkelhalses, oder auf abnorme Verlängerung desselben, besonders bei Sitz des tuberkulösen Herdes in der Gegend der oberen Epiphysenlinie, auf Erweiterung der Markhöhle im Schaft und auf Verdünnung der *Corticalis*, endlich auf rauhe Trübungen in den Kontouren der Pfanne.

Zumeist findet sich eine Anzahl der genannten Symptome vereinigt vor und sichern in ihrem Zusammenhange die Diagnose.

Die tuberkulöse Hüftgelenkentzündung ist in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle ostalen Ursprunges, und ist die synoviale Form derselben nur ein vorübergehendes Stadium der Erkrankung; früher oder später werden die Knochen, vorwiegend Pfanne und Kopf, mit ergriffen, wenigstens in ihren weniger widerstandsfähigen knorpeligen Theilen.

Die tuberkulöse *Coxitis* vermag in jedem Stadium mit und ohne Behandlung auszuheilen, und bilden selbst große im Röntgenbilde nachweisbare Sequester keine unbedingte Indikation zur operativen

Entfernung, da sie nach dem Röntgenbilde mit der Zeit aufgezehrt werden, und bei Tendenz zur Heilung die ganzen erweichten Massen im Gelenke verknöchern können. Ausheilung mit Ankylose, oder mit Beschränkung der Beweglichkeit ist die Regel, mit voller freier Beweglichkeit die Ausnahme.

Diese Verknöcherungsvorgänge sind nach dem Röntgenbilde in den ersten Monaten der Erkrankung geringer, als in späterer Zeit, und legt uns diese Thatsache die Pflicht auf, ein tuberkulöses Gelenk die erste Zeit, bis zu einem Jahre und darüber, absolut ruhig zu stellen und vor jeder Bewegung zu bewahren, um den noch nicht abgegrenzten entzündlichen Process nicht von Neuem anzuregen und das Umsichgreifen der Erkrankung zu befördern.

Für die Armenpraxis empfiehlt sich wie bisher zu diesem Zwecke die Ruhigstellung des Gelenkes im gepolsterten Gipsverbande, der vom Fuße bis zu den Brustwarzen hinaufreichen muss, um eine sichere Ruhigstellung des Gelenkes zu ermöglichen mit Einbiegung seitlich über den Darmbeinschaufeln (Tailleneindruck) zur Vermeidung der Beckenverschiebung.

Für die bessere Praxis ist die Beschaffung eines sicheren Fixationsapparates zu empfehlen, wie ihn Votr. konstruiert hat, und wie er hier ausgestellt ist, um darin die Kinder leicht ins Freie transportiren zu können, ihnen den Genuss frischer Luft und Bäder zu ermöglichen, bei gleichzeitiger beständig möglicher Kontrolle der Hüftgelenksgegend für Auge und Gefühl und der jeder Zeit möglichen Behandlung des erkrankten Gelenkes mittels Injektionen von Jodoform-Glycerin und Anderem. Beschreibung und Apparat zu beziehen vom Bandagist Linus Hochusch, Dresden, Postplatz.

Vor zu frühem Anlegen portativer Gehapparate ist nicht dringend genug zu warnen, da sie dem Gelenke auch bei bestem Sitze keine völlig genügende Ruhe gewähren. Ohne Behandlung sich selbst überlassen, pflegen die tuberkulösen Hüftgelenksentzündungen häufig unter Pfannenveränderung, selten Luxation, mit Verkürzung, Beugung, Ausspreizung und Einwärtsdrehung des Beines in der Hüfte auszuheilen.

Um dieser fehlerhaften Stellung von vorn herein vorzubeugen, ist bei der einzuleitenden Behandlung mit Gips- oder Fixationsapparaten und späteren portativen Gehapparaten darauf zu achten, dass das Bein im erkrankten Hüftgelenke alle Zeit in Abspreizung, leichter Beugung und Auswärtsdrehung gehalten wird, eine Stellung, die selbst bei eintretender Ankylose die Kranken später am wenigsten im Gehen, Stehen und Sitzen behindert. Diese Stellung lässt sich durch zweckmäßige Fixationsapparate, später Gehapparate, wenn sie genügend lange getragen werden, mit Sicherheit erhalten.

In den Injektionen mit Jodoformglycerin in die tuberkulösen Herde haben wir, abgesehen von der specifischen Wirkung von Jodoform auf Tuberkulose, ein sicheres Mittel, die Verknöcherungsvorgänge mächtig anzuregen, und sollten diese daher zielbewusst auf

Grund der Röntgenbilder direkt in die Knochenherde gemacht werden, bis späterhin angefertigte neue Röntgenphotographien den sicheren Erfolg eingetretener Verknöcherung ergeben. Vor Erreichung dieses Zieles sollte man nicht auf Gehapparate zurückkommen.

Bei den künftigen Statistiken über die Endausgänge der tuberkulösen Coxitis ist das Röntgenverfahren zur Beurtheilung der Ausheilung heranzuziehen, und wir sind nur dann berechtigt, eine wirkliche Ausheilung anzunehmen, wenn das Röntgenbild den sicheren Stillstand des fungösen Processes erkennen lässt.

Nur in den seltensten Fällen erfolgt die Ausheilung ohne Schädigung des Gelenkes, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unter mehr oder minder ausgedehnten Destruktionsprocessen, welche einhergehen mit Zerstörung von Kopf, Hals, Pfanne, mit Pfannenwanderung und periartikulären Knochenwucherungen, und bedeutet die eingetretene knöcherne Ankylose des Gelenkes nichts anderes, als ein Aufgehen sämmtlicher Gelenktheile in eine Femur und Becken verbindende Knochenmasse, in der wir die ursprünglichen Gelenktheile kaum oder gar nicht mehr zu erkennen vermögen.

(Selbstbericht.)

85) **Wilms** (Leipzig). Hygrom der Bursa trochanterica mit Riesenreiskörpern.

Das Auffallende dieses bei einem 30jährigen Manne beobachteten enormen Hygroms bestand darin, dass in dem Hygromsacke jede Flüssigkeit fehlte und nur große hyaline Klumpen den Inhalt bildeten. Diese entwickelten sich aus der Wand des Hygroms nach Art der fibrinoiden Degeneration, jedoch ist es kein rein degenerativer Process, wie Neumann glaubt, sondern ein produktiver unter Neubildung groß protoplasmatischer vakuolisirter Zellen, von denen theils durch Ausscheidung, theils durch Umwandlung die hyalinähnliche Substanz geliefert wird.

(Selbstbericht.)

86) **K. Schuchardt** (Stettin). Blutige Reposition einer traumatischen Epiphysenlösung am unteren Ende des Femur.

S. demonstrirt einen 11jährigen Knaben, der am 29. November 1900 mit dem rechten Unterschenkel zwischen die Speichen eines langsam fahrenden Fleischerwagens gerathen war. Da die hierdurch entstandene Epiphysenlösung sich auch in Narkose bei mehrmaligen Versuchen nicht reponiren ließ, so wurde durch einen 14 cm langen, dicht neben der Patella geführten Längsschnitt das rechte Kniegelenk eröffnet. Die Reposition gelang erst, nachdem die Kappe von der Epiphyse etwas abgelöst und der Schnitt bis auf das obere Fragment fortgesetzt worden war. Der Bruch war ausschließlich in der Epiphysenlinie erfolgt; am diaphysären Fragmente fand sich kein Knorpel. Nach erfolgter Reposition wurde die Epiphyse durch einen

8 cm langen Stahlnagel fixirt, der bis weit in die Diaphyse getrieben wurde und dessen Kopf nachher im unteren Wundwinkel des Hautschnittes zu liegen kam. Der Nagel wurde nach 8 Tagen in Narkose entfernt. Die Heilung verlief vollkommen glatt. Pat. kann zur Zeit das Kniegelenk bereits bis zu einem rechten Winkel biegen. — Durch eine Anzahl von Zeichnungen, die nach Röntgenbildern angefertigt wurden, demonstriert Votr. die Stellung der Bruchstücke vor und nach der Operation, so wie nach vollendeter Heilung, die bezw. der Stellung der Fragmente als eine vollkommene zu bezeichnen ist.

(Selbstbericht.)

87) J. Wolff (Berlin). Zur Behandlung der veralteten Patellarbrüche.

Zum Zwecke der die bekannten großen Schwierigkeiten darbietenden Vereinigung der Fragmente bei veraltetem Patellarbruch hat W. 1889 ein osteoplastisches Verfahren empfohlen, und haben Rosenberger und Helferich Osteoplastiken bereits mit Erfolg angewandt. Bei dem vorgestellten Pat. ist von W. durch seine Methode der Osteoplastik mittels Verschiebens von Knochenstücken eine knöcherne Vereinigung der Fragmente erreicht worden.

Der Kranke hatte eine Zerspaltung der linken Patella in drei Stücke erlitten. Es war breite Diastase zwischen den beiden Hauptfragmenten und sehr schlechte Funktion zurückgeblieben.

W. meißelte von jedem der beiden Hauptfragmente ein großes glattes Knochenstück ab. Das eine Stück blieb rechts, das andere links an der Haut adhärent. Nachdem alsdann die beiden Fragmente mittels einer kleinen Schraube nach Art einer Malgaigne'schen Klammer en miniature an einander geschraubt waren, wurde die Bruchstelle mittels der beiden abgemeißelten Knochenstücke überbrückt. Nach 7 Wochen Entfernung der Schraube.

Wir fühlen jetzt — nach 2 Jahren — eine vom oberen Rande bis zum Apex der Kniescheibe herabreichende unterbrochene knöcherne Masse. Über den nach Entfernung der Schraube wieder aus einander gewichenen Fragmenten hat sich eine die Fragmente fest zusammenhaltende Brücke aus den abgemeißelten Knochenstücken gebildet.

Der Pat. streckt mit voller Kraft. Er geht ohne Stock stundenlang umher, ohne zu ermüden. Die Beugung geschieht indess nur bis zum rechten Winkel, und demgemäß erfolgt auch das Treppensteigen mangelhaft.

Der Grund dafür, dass hier trotz der schönen knöchernen Vereinigung kein ideales funktionelles Resultat erreicht worden ist, liegt einmal in dem Umstande, dass hier noch ein drittes für sich bewegliches Fragment vorhanden ist, und zweitens darin, dass die verlängerte, und zwar um die Breite der neugebildeten Knochenbrücke

verlängerte Kniescheibe begreiflicherweise der Ausübung der vollen Funktion hinderlich ist.

In zukünftigen Fällen wird es unzweifelhaft gelingen, auch noch dem Wiederauseinanderweichen der Fragmente unter der Knochenbrücke vorzubeugen.

W. empfiehlt das von ihm hier geübte osteoplastische Verfahren für diejenigen zahlreichen veralteten Fälle von Patellarbruch nebst Zerreißung des Reservestreckapparates, bei welchen Diastase der Fragmente ohne feste fibröse Zwischensubstanz und eine dauernd sehr schlechte, auf unblutigem Wege nicht mehr besserungsfähige Funktion zurückgeblieben ist. (Selbstbericht.)

88) Cramer (Wiesbaden). Knöcherne Verwachsung der Kniescheibe.

C. hat, wie es Helferich auf der Münchener Naturforscherversammlung vorgeschlagen hat, bei knöcherner Verwachsung der Kniescheibe dieselbe mit dem Meißel gelöst und dann einen aus dem Vastus internus gebildeten Muskellappen zwischen sie und den Oberschenkelknochen gelegt. Die Operation ist Mitte November gemacht, und die Kniescheibe ist bis jetzt beweglich geblieben. C. hofft daher, dass die Methode der Muskelinterposition für diese und ähnliche Fälle von knöchernen Verwachsungen sich bewähren wird. Bei nur fibröser Verwachsung der Kniescheibe genügt, falls die unblutige Lösung nicht gelingt, die Loslösung mit Messer und Elevatorium, wie er aus 5 glücklich verlaufenen Fällen folgert; doch soll man die Operation nicht zu früh nach abgelaufener Entzündung machen und mit Bewegungen nicht zu bald nach der Lösung anfangen. (Selbstbericht.)

89) Heusner (Barmen). Beitrag zur Behandlung der Kniegelenkskontrakturen.

Votr. berichtete über sein bereits im Centralblatt für Chirurgie 1901 No. 6. von Herrn Assistenzarzt Dr. Bruns beschriebenes neues Verfahren zur Streckung hartnäckiger Kniekontrakturen durch Überpflanzung eines oder mehrerer Beugemuskeln von der Beugeseite an die Streckseite des Kniegelenkes. Er zeigte eine auf diese Weise behandelte Pat. mit gonorrhöischer Gelenkentzündung vor, deren Bein sich durch diesen vor 10 $\frac{1}{2}$ Monaten ausgeführten wenig bedeutenden Eingriff von selbst langsam gestreckt hatte, während früher alle Streckversuche mit Recidiven der Kontrakturstellung geendigt hatten. Pat. geht mit steifem Beine vollkommen schmerzlos einher, und seit Vorstellung derselben auf der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen im December vorigen Jahres ist eine weitere spontane Stellungsverbesserung eingetreten, so dass das Bein jetzt vollständig gerade steht. Ein ähnliches Resultat wurde bei einem 5jährigen Kinde mit tuberkulöser Kniegelenks-

entzündung erreicht. Doch hat sich hier eine nicht unerhebliche O-Beinstellung entwickelt, was nach Ansicht des Votr. darauf beruht, dass in diesem Falle die Bicepssehne allein übergepflanzt wurde, während bei den übrigen Pat. eine von den Sehnen an der Innenseite: Semitendinosus oder Gracilis ebenfalls nach vorn verlagert wurde. Auch in dem dritten von H. operirten Falle, eine ältere Dame mit doppelseitiger rheumatischer Kniekontraktur, wurde ein gutes Resultat erreicht und die seit 3 Jahren bettlägerige Pat. auf die Beine gebracht, obgleich durch einen Fehler in der Antiseptik Eiterung eintrat und die transplantierten Sehnen großentheils nekrotisch ausgestoßen wurden. (Selbstbericht.)

90) Bunge (Königsberg). Weitere Beiträge zur Frage der Tragfähigkeit der Diaphysenstümpfe.

B. demonstirt einen 16jährigen Pat., bei dem ohne osteoplastische Operation ein tragfähiger Diaphysenstumpf am Unterschenkel erzielt wurde. Dass es gelingen kann, einen gewöhnlichen, nicht osteoplastischen Diaphysenstumpf durch methodische Nachbehandlung tragfähig zu machen, ist bereits durch Hirsch erwiesen worden. Votr. ist in der Lage, nach den Erfahrungen an 2 Unterschenkelamputationen zu beweisen, dass tragfähige Unterschenkelstümpfe auch ohne Osteoplastik und ohne die methodische Nachbehandlung im Sinne Hirsch's zu erzielen sind, wenn durch eine bestimmte Operationstechnik Alles ausgeschaltet wird, was eine Schmerzhaftigkeit des Stumpfendes bedingt. Abgesehen von den Amputationsneuomen sind es im Wesentlichen 3 Faktoren, die eine Empfindlichkeit des Stumpfendes und damit die Unmöglichkeit, das Stumpfende zum direkten Auftreten zu benutzen, bedingen:

- 1) Verwachsungen der Haut- bezw. Weichtheilnarbe mit der Sägefläche.
- 2) Die schmerzhaften periostalen Wucherungen, die an den Kanten des Knochenstumpfes bei der subperiostalen Technik der Amputation entstehen.
- 3) Der auf die Haut drückende, aus der Markhöhle hervorstührende Markcallus.

Diese 3 Übelstände können vermieden werden:

- 1) Durch Verlegung der Weichtheilnarbe außerhalb der Knochen- sägefläche (Lappenschnitt).
- 2) Durch Verzicht auf die subperiostale Amputation, d. h. durch cirkuläre Durchschneidung des Periosts in der Höhe, wo die Durchsägung der Diaphyse erfolgt.
- 3) Durch Ausräumung der Markhöhle auf ca. 3 mm, Zwecks Vermeidung eines prominirenden Markcallus.

Votr. hat bisher 2mal in der beschriebenen Weise amputirt, beide Stümpfe sind tragfähig geworden. Die Hautbedeckung des

Stumpfes muss langsam an den Druck des Knochenstumpfes gewöhnt werden. Die Kranken treten zuerst nur auf den Knochenring der Sägefläche auf, später füllt sich die Markhöhle mit Knochen aus, so dass eine genügend breite, glatte Gehfläche am Knochen resultirt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Schede (Bonn) betont, dass Hirsch ähnliche Kranke vorgeführt habe. Man solle die Leute durch frühzeitige Übung zum Auftreten bringen.

Bier (Greifswald) hält die Untersuchungen Hirsch's für sehr wichtig. Sie haben gezeigt, dass gerade der Markcallus das Schädigende bei den Stümpfen sei. B. verschließe die Markhöhe durch Knochen, H. löfle das Mark aus und halte die subperiostale Amputation für schädlich. Spitzen verhindern das Auftreten nicht, wie die Malleolen beweisen. Trotzdem bleibe er bei den osteoplastischen Stümpfen, die besser und früher tragen. Auch bei den Fingern möchte man daran denken, dass das natürliche Knochenende bessere Narben giebt.

Czerny (Heidelberg) glaubt einen Widerspruch in der osteoplastischen Stumpfbildung und der Hirsch'schen Methode zu finden.

Bier (Greifswald). Die hyperplastische Narbe sei die empfindliche; bei aseptischen Verhältnissen sei die osteoplastische, bei septischen, zweifelhaften die Hirsch-Bunge'sche Stumpfbildung am Platze.

Czerny (Heidelberg) stellt noch fest, dass Bier doch im Wesentlichen von seiner Prothesenbildung zurückgekommen sei.

Heidenhain (Worms) hat vorzügliche Erfolge mit osteoplastischen Stümpfen. In einem Falle von sehr cyanotischem Stumpfe wurden nach der Osteoplastik auch die Cirkulationsverhältnisse besser.

Christel (Metz).

Bunge: Die osteoplastische Methode ist an der Königsberger Klinik nicht vollständig verlassen worden; sie hat den Vorzug, dass die Kranken früher auftreten können, ein Vorzug, der bei gewissen Fällen ins Gewicht fällt. In wie weit überhaupt die osteoplastischen Stümpfe durch die nicht osteoplastischen verdrängt werden können, müssen erst weitere Erfahrungen lehren. (Selbstbericht.)

91) Küster (Marburg). Zur osteoplastischen Exartikulation der Fußwurzel.

K. stellt einen Kranken vor, der nach jener von ihm schon 2mal beschriebenen Methode (s. Centralbl. für Chirurgie 1897 No. 28) operirt und geheilt worden ist. Der 14jährige Knabe litt an einer seit 5 Jahren bestehenden ausgebreiteten Tuberkulose des Tarsus und

Metatarsus, welche nur den Calcaneus verschont hatte. Die Heilung ist bis auf ein ganz feines, nicht mehr absonderndes Fistelchen erfolgt. Der Gang ist ausgezeichnet, obwohl schon vor der Operation das Bein um 3 cm im Wachstume zurückgeblieben war.

Die Operation ist vor Allem geeignet, die Methode Le Fort's zu ersetzen, da sie einen erheblich längeren Stumpf hinterlässt, als diese. Sie stellt in so fern etwas durchaus Neues dar, als sie der erste Versuch ist, zwei überknorpelte und nicht zusammengehörige Gelenkflächen zusammen zu heilen. (Selbstbericht.)



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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 30.

Sonnabend, den 27. Juli.

1901.

Inhalt: B. Goldberg, Cystoskopische Erfahrungen. (Original-Mittheilung.)

- 1) Eastes, Bericht über Narkosen. — 2) Vegas und Crenwell, Echinokokken. —
3) Borrmann, Netzgeschwülste. — 4) Packard und Le Conte, Ascites bei Lebercirrhose.
— 5) Pepper, Leber- und Nebennierensarkom. — 6) Italia, Gallensteine. — 7) Cecche-
relli, Pankreaschirurgie. — 8) Cholzow, Harnröhrenstriktur. — 9) v. Hofmann, Cystitis.
— 10) Israel, Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. — 11) Bazy, Zur Diagnose
von Nierenkrankheiten. — 12) Pork, Nierenkapselgeschwülste. — 13) Bennet, Varicocele.
— 14) Woskressenski, Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane. — 15) Beck,
Kolpoplastik. — 16) Handfield-Jones, Gebärmutterkrebs.

Lymplius, Zur chirurgischen Behandlung der chronischen Colitis. (Original-Mittheilung.)

- 17) Kehr, Gallensteinoperationen. — 18) Krumm, Cholecysto-Gastrostomie. — 19) Dwyer,
20) Montgomery-Ricketts, 21) Hyde und Ricketts, Hautblastomykose.
-

Cystoskopische Erfahrungen.

Von

Dr. B. Goldberg in Wildungen.

Wie oft bei bestimmten Erkrankungen die Cystoskopie im Allgemeinen erforderlich wird, lässt sich aus dem Vergleiche der Zahl beobachteter Erkrankungen mit der Zahl der dabei vorgenommenen Cystoskopien ersehen, sofern die Cystoskopie weder, wenn sie notwendig war, unterlassen, noch, wenn sie entbehrlich war, zu Übungs-, Unterrichts- oder Forschungszwecken dennoch vorgenommen wurde. Diesen Voraussetzungen entspricht mein Krankenmaterial; ich habe bei demselben in den letzten Jahren in Köln und Wildungen etwa 150 Cystoskopien vorgenommen, 22 bei Frauen und Mädchen, alle übrigen bei Männern. 85mal fand sich die Harnblase erkrankt, 37mal entdeckte das Cystoskop, dass die Blase nicht der Sitz der Erkrankung war.

Auf 21 von mir beobachtete und behandelte Pat. mit Blasen-
geschwülsten kommen 31 Cystoskopien bei 14 Pat. Die Wieder-
holung der Cystoskopie (bei 3 2mal, bei 2 3mal, bei 1 4mal, bei 1
8mal) hatte den Zweck, den Verlauf der Geschwulstbildung im Auge

zu behalten. Dass 7 Blasengeschwülste nicht cystoskopirt wurden, geschah nicht, weil es unmöglich gewesen wäre, sondern weil bei bereits gestellter Diagnose und nicht beabsichtigter Operation zur Zeit ein Nutzen des Eingriffes für den Pat. nicht ersichtlich war. Man findet 1) Blasengeschwülste, bei denen Cystoskopie unmöglich ist; das ist sehr selten, war bei keinem meiner 21 Pat. der Fall; 2) Blasengeschwülste, die zwar hinsichtlich ihrer Existenz auch ohne Cystoskopie erkennbar sind, aber hinsichtlich ihrer Ausbreitung, ihres Sitzes, ihrer Form, kurz im Detail dem nicht cystoskopirenden Arzte verschleiert bleiben; 3) Blasengeschwülste, die nur cystoskopisch diagnosticirbar sind.

Im Allgemeinen wird fast stets die cystoskopische Orientirung eine Vorbedingung operativen Eingreifens bei Blasengeschwülsten darstellen.

Anders bei Blasensteinen. Mit den tastenden und greifenden Metallinstrumenten lassen sich fast stets die Blasensteine erkennen; die letzteren, die Lithotriptoren, können sogar etwas sehr Wichtiges feststellen, was das Cystoskop nicht aufzuklären vermag, nämlich die Zerbrechlichkeit des Steines. Handelt es sich um primäre Steine in noch aseptischen Harnorganen, so ist bei der Wahl der einen oder der anderen Untersuchungsmethode ferner wohl zu bedenken, dass es bei der Steinsondirung leichter ist, eine Infektion zu vermeiden, als bei der Cystoskopie. — Trotzdem werden dem Arzte, der von der Cystoskopie bei der Behandlung der Blasensteine gar keinen Gebrauch macht, sehr schwere Missgriffe nicht erspart bleiben, insbesondere bei Steinen in Geschwulstblasen und bei inkrustirten Geschwülsten. Dass diese Komplikation gar nicht so selten ist, geht daraus hervor, dass sie in 10% meiner Fälle zur Beobachtung kam. Im Ganzen habe ich von 21 Blasensteinen 8 ante operationem zu cystoskopiren für gut befunden. 10mal stellte ich fest, dass die ärztlicherseits gehegte Vermuthung der Anwesenheit von Steinen in der Blase sich nicht bestätigte; hierfür ist, falls jene Vermuthung begründet ist, die Cystoskopie gleichfalls die letzte Instanz.

Während also bei allen Blasengeschwülsten und bei der Hälfte der Blasensteine die Cystoskopie erforderlich wurde, bedurften unter 55 von mir beobachteten und behandelten Tuberkulosen der Harnorgane ihrer nur 7. Die Cystoskopie darf bei Tuberkulose nur bei strikter Indikation ausgeführt werden, weil die Empfänglichkeit für Infektion beim Operationsgebiete und die Schwierigkeit der Sterilisation beim Instrumentarium hier zusammenkommen. In der Aera des cystoskopischen Ureterenkatheterismus, für welchen ganz dasselbe gilt, darf dies wohl besonders betont werden. — 3 meiner 7 Cystoskopien fanden die Blase erkrankt, 4 sie gesund und die eine Niere als Ursprungsherd.

Von der großen Zahl der Prostatiker, welche ich behandelt habe — in Wildungen litten $\frac{1}{6}$ etwa der Pat. an Prostatahypertrophie — cystoskopirte ich nur 6; Prostatiker mit Komplikationen

sind unter diesen 6 nicht einbegriffen. Zu Unterrichts- und Forschungszwecken Prostatiker zu cystoskopiren, unterliegt für einen geschickten Urologen keinen Bedenken; praktisch, für die Behandlung, wird es selten nöthig. Beabsichtigt man aber, einen Prostatiker zu operiren, insbesondere mittels Galvanokaustik, so ist vorgängige Cystoskopie eine *conditio sine qua non*.

Von den übrigen Pat., welche ich cystoskopirte, hatten 14 Cystitis, 3 concentrische Hypertrophie, 1 ein Divertikel, 1 einen Fremdkörper; 6mal habe ich den cystoskopischen Harnleiterkatheterismus, 5mal cystoskopische intravesicale Operationen vorgenommen. — Die 37 Cystoskopien, welche die Gesundheit der Blase erwiesen, vertheilen sich wie folgt: 2mal waren Uterus, bezw. Ovarium, 12mal die Prostata erkrankt, 9mal handelte es sich um Neurosen der Blase. 13mal deckte die Cystoskopie auf, dass die Niere, und welche Niere erkrankt war.

Ergebnislos war niemals meine Cystoskopie; es liegt das nicht bloß daran, dass man die Technik beherrscht — so und so oft habe ich blutende Blasen ohne Irrigationscystoskop besichtigt —, sondern auch daran, dass man das Cystoskop nicht zu Entdeckungen in eine *terra incognita*, sondern zur Einzelforschung in ein bereits rekognoscirtes Gebiet sendet.

Den vorstehenden statistischen Erfahrungen füge ich einige kleine technische Bemerkungen hinzu, die vielleicht dem einen oder anderen Arzte von Nutzen sein könnten.

Es ist rathsam, bei nicht normaler Urethra an die Spitze und die Konvexität des Knies einige Tropfen sterilisirtes Olivenöl zu appliciren, und nicht bloß Glycerin; die Hineinführung wird so erleichtert, das Sehen nicht erschwert.

Es ist rathsam, in Blasen, welche sich schon bei geringer und sachter Einspritzung kontrahiren, vor der Einführung des Cystoskops 50 ccm 5%ige Antipyrinlösung hineinzubringen und, falls man nachdem spült, 10—20 Minuten darin zu belassen. Weder mit Cocain, noch mit Chloroform — ich habe nie für die Cystoskopie narkotisirt — kann man eine solche Unempfindlichkeit der Blase für Ausdehnung herbeiführen. — Es ist zu empfehlen, dass man sich vor Anzündung des Lichtes durch die entsprechenden, natürlich schonenden, Schiebungen und Drehungen über die longitudinalen, transversalen und sagittalen Durchmesser orientirt. — Es ist endlich unerlässlich, den Cystoskopien bei den zur Infektion disponirenden Zuständen: bei Retentionen, besonders akuten, bei Hämaturien, bei Tumoren, bei Tuberkulosen, eine Injektion von 100—200 ccm $\frac{1}{500}$ — $\frac{1}{1000}$ Lapis nachfolgen zu lassen.

1) **G. Eastes.** Remarks of the conclusions of the report of the anaesthetics committee of the British medical association.

(Brit. med. journ. 1901. Februar 13.)

E. giebt einen Auszug aus dem erwähnten Berichte, welcher 43 verschiedene Arten von Narkosen umfasst. Die Hauptmittel sind Chloroform, Äther mit den verschiedenen Modifikationen ihrer Mischung und Anwendung, ferner das in England viel gebräuchliche Lachgas, welches auch häufiger zur Einleitung einer längeren Narkose, namentlich der Äthernarkose verabfolgt wird. Bei 21 000 Fällen kamen diese Mittel in Anwendung.

E. benutzt das in dem Berichte gebotene Material hauptsächlich zur Untersuchung der Frage: Chloroform oder Äther? Die Zahlen alle anzugeben, würde zu weit führen. Es ergibt sich, dass die Häufigkeit der gefährdenden Zustände beim Chloroform, allein oder mit anderen Mitteln gemischt, 6mal so groß ist, wie beim Äther. Für das reine Chloroform stellt sich das Verhältnis noch ungünstiger, hier beläuft es sich auf 8 : 1.

Komplikationen und gefährdende Zustände waren im Winter häufiger wie im Sommer. Das gilt namentlich für den Äther. E. macht dafür die im Winter häufiger auftretenden Erkrankungen der Schleimhäute der Respirationsorgane verantwortlich. Ob die Tageszeit einen Einfluss ausübt, ließ sich nicht entscheiden.

Komplikationen waren im Allgemeinen beim männlichen Geschlechte häufiger als beim weiblichen; das Verhältnis stellte sich auf 1,477 : 1. Für direkt gefährliche Zustände war der Procentsatz für das männliche Geschlecht noch ungünstiger, nämlich 1,687 : 1. Das war allerdings je nach dem Narcoticum verschieden. Bei Chloroform war das Verhältnis sehr ungünstig für die Männer 2,071 : 1. Umgekehrt traten beim Äther gefährliche Zustände häufiger beim weiblichen Geschlechte ein. Das Verhältnis der beiden Geschlechter gestaltete sich hier wie 0,621 : 1, bei Einleitung der Narkose mittels Lachgas wie 0,589 (m) : 1 (w.).

Am ungefährlichsten erwies sich die Narkose im Alter von 10—15 Jahren. Von da ab nahmen die Komplikationen und gefährlichen Zustände an Häufigkeit zu. Eben so war im ersten Decennium die Häufigkeit der Gefahr verhältnismäßig groß. Von 36 Narkosen im ersten Lebensmonate gaben nicht weniger wie 3 zu starken Befürchtungen Anlass. Die Äthernarkose erwies sich am gefährlichsten im 6. und 7. Lebensdecennium.

Die Häufigkeit der gefährlichen Zustände wurde begünstigt durch Emphysem, Chok, Alkoholismus, Affektionen des Herzmuskels, Klappenfehler, Empyem, Bronchitis, Abmagerung und Anämie. Bemerkenswerth ist, dass bei fieberhaften Zuständen und den verschiedenen Formen der Tuberkulose die Narkose im Allgemeinen recht gut vertragen wurde.

Die Dauer der Darreichung betrug im Durchschnitte für Chloroform 22,748 Minuten, für Äther 26,995 Minuten. Die Häufigkeit der Komplikationen nimmt sowohl für Chloroform wie für Äther mit der Dauer der Narkose zu, die Gefahr war indessen am größten zu Beginn der Narkose.

Was die bei der Narkose am häufigsten zu beobachtenden Symptome angeht, so war Spannung der Muskulatur häufiger unter Äther als unter Chloroform zu beobachten. Ein größeres Excitationsstadium war bei ersterem zweimal so häufig als beim letzteren. Eben so fand unter Äther häufiger eine stärkere Schleimsekretion statt. Dagegen trat Erbrechen entschieden häufiger bei Darreichung von Chloroform ein.

Eine erschwerte Athmung, Dyspnöe oder Stimmritzenkrampf fand sich häufiger beim Äther, oberflächliche Athmung öfter unter Chloroform. Aussetzen der Athmung kam bei Chloroformnarkose 4mal häufiger vor als bei Äthernarkose.

Störungen im Bereiche des Cirkulationssystems von einfacher Schwäche des Pulses bis zum völligen Aussetzen der Herzaktion waren unter Chloroform 5mal so häufig wie unter Äther.

Unter den Nachwirkungen der Narkose war Erbrechen häufiger nach Äthernarkose, indessen war protrahirtes Erbrechen häufiger nach Darreichung von Chloroform zu verzeichnen. Schwäche, Chok oder Collaps fanden sich bei 69 Chloroform- und 41 Ätherfällen. Bronchitis trat nach Äther 1mal unter 400 Fällen, nach Chloroform dagegen 1mal unter 3300 Fällen auf.

Dann ist noch bemerkenswerth, dass die Neigung zu Komplikationen deutlicher ausgesprochen war bei unvollständiger als bei völliger Anästhesie.

Weiss (Düsseldorf).

2) H. Vegas et D. J. Crenwell. Les kystes hydatiques et leur traitement dans la république Argentine.

(Revue de chir. 1901. No. 4.)

Verff. konnten aus der Zeit von 1877 ab 952 Fälle von Echinokokken lediglich aus Buenos Aires und Rosario sammeln, schätzen jedoch die wirkliche Menge fast doppelt so hoch. Die Zahl der Erkrankungen hat in den letzten Jahren beständig zugenommen; dies lässt sich verstehen, wenn man die wachsenden Massen des in Argentinien gezüchteten Viehes und seine hohe Morbidität bedenkt — 40% Hundewürmer bei Schaf und Rind, ca. 60% beim Schwein. So gehören die meisten Erkrankten auch den Menschenklassen an, welchen die Überwachung und Besorgung des Viehes obliegt, und die viel mit Hunden zusammen sind, welche oft Gelegenheit haben, die rohen, erkrankten Eingeweide zu fressen.

Das meist erkrankte Organ ist die Leber — 641mal in 952 Fällen; am schwersten ist die Erkrankung des Gehirns, welche vorzüglich dem jugendlichen Alter angehört, so wie multiples Auftreten der Echinokokken im Bauche, eine fast unheilbare Form des Leidens.

Die normale Behandlung ist die operative, und es fragt sich nur, welcher Methode der Vorzug zu geben sei — der Einnähung des Beutels in die Wunde mit folgender Drainage oder der Ausschälung der Blase und nachträglichen Verödung der Höhle durch Naht und völligen Verschluss, wie es zuerst von Thornton und Billroth empfohlen ist.

Ein Vergleich der Resultate ergibt Folgendes:

Von 245 Echinokokkenkranken, die mit Drainage behandelt wurden, starben 4,08%; von 109 primär vernähten 5,5%; bei den zunächst Genesenen stellten sich jedoch 21mal theils sofort, theils erst später Eiteransammlungen in den Höhlen ein, die nachträgliche Wiederöffnung und Drainage erheischten.

Hiervon betroffen, hat Viñas Untersuchungen über Bakteriengehalt der Blasen und ihrer Kapsel angestellt; im wasserklaren Blaseninhalt fand er entweder keine oder nicht virulente Keime (Staphylokokken); dagegen wurden in der fibrösen Kapsel wiederholt, auch bei sterilem Blaseninhalt, virulente Staphylokokken bezw. Colibakterien gefunden. So erklärt sich das Zustandekommen von nachträglicher Vereiterung der Höhle bei anscheinend ganz aseptischer Ausschälung der Blase mit folgender Verödung der Höhle.

Verff. sahen daher als Normalverfahren entschieden die Drainage des eingnähten Sackes an, möchten jedoch die Verödung der Höhle durch Naht bei Echinococcus des Gehirns bezw. bei oberflächlich gelegenen Blasen als berechtigt anerkennen. **Christel (Metz).**

3) **Borrmann.** Über Netz- und Pseudonetzstumoren nebst Bemerkungen über die Myome des Magens.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4. u. 5.)

Unsere Kenntnisse über Netzgeschwülste sind noch spärlich, die Verhältnisse in der Beurtheilung derselben sind schwierig, da es oft nicht leicht zu unterscheiden ist, ob man es mit einer primären Geschwulst des Netzes zu thun hat, oder mit einer in der Magen- oder Darmwand entstandenen, die sich sekundär zwischen die Blätter des Netzes entwickelt hat und mit ihrem Ausgangsorgane vielleicht nur durch einen dünnen Stiel zusammenhängt (Pseudonetzgeschwülste). Daher ist B.'s Beobachtung auf Grund eines Sektionsbefundes von Werth. Ein theils cystisches, theils myxomatöses Myosarkom, 17:16:6 cm groß, saß breitbasig — ungefähr in Handtellergröße — der großen Krümmung des Magens an, hatte sich nur walnussgroß in das Mageninnere hineinentwickelt und war, das Colon transversum vor sich herschiebend, zwischen die Blätter des Lig. gastro-colicum nach unten gewachsen. In der Litteratur existiren nur 2 ganz analoge Fälle, in den anderen ähnlichen entwickelte sich die Geschwulst vom Colon aus in das Netz hinein, oder von der kleinen Krümmung aus ins kleine Netz. B. sammelt ferner aus der Litteratur 5 weitere Fälle, die zum Theil für Netzgeschwülste gehalten worden waren,

aber, von der Magenwand entspringend, sich nach außen entwickelten, jedoch nicht zwischen die Netzblätter hinein, sondern nur theilweise mit den letzteren verwachsen waren. B. erörtert sodann die klinischen Erscheinungen und besonders ausführlich die Differentialdiagnose dieser Neubildungen, um am Schlusse noch 2 Myome der Magenwand zu beschreiben, die zufällig bei Sektionen gefunden wurden; eins, walnussgroß, ging von den inneren Muskellagen aus und hätte sich bei weiterem Wachstume wohl wesentlich nach dem Mageninnern hin entwickelt, das andere, kirsch kerngroß, saß intramural und prominirte in gleichem Maße nach der Schleimhaut- wie der Serosaseite des Magens.

Haeckel (Stettin).

4) Packard und Le Conte. The surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver, with report of two cases.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1901. März.)

Ausgehend von dem Grundsatz, dass ein Urtheil über den Werth einer Operation nur möglich ist, wenn auch die ungünstig verlaufenen Fälle veröffentlicht werden, berichten die Verf. über folgende 2 Erfahrungen mit der von Talma inauguirten Operation gegen Ascites bei Lebercirrhose.

1) 36jähriger Ingenieur, starker Trinker, früher stets gesund, abgesehen von Gonorrhoe mit nachfolgender Striktur. Seit 5 Jahren schwillt der Bauch, besonders in den unteren Partien, an, seit 5 Wochen so bedeutend, dass Pat. sich zu Bett legen musste, nichts mehr essen konnte, kurzathmig wurde und geschwollene Beine bekam.

Am 6. August 1900 ist er leidlich genährt. Er hat deutliche Arteriosklerose, systolisches Geräusch über Mitrallis und Aorta. Leib durch Ascites mächtig ausgedehnt, Beine etwas ödematös. Urin dunkel, leicht getrübt, spezifisches Gewicht 1025, stark sauer, eiweiß- und zuckerfrei; 4malige Punktionen in Zwischenräumen von 12—22 Tagen entleeren jedes Mal 215—320 Unzen Flüssigkeit. Da keine Besserung eintrat, am 13. Oktober Operation genau nach den Vorschriften von Morison (vgl. Referat über Brown, d. Centralbl. 1900, p. 935. Ref.). Die Leber ist hart, dunkel und erheblich geschrumpft, erkennbar bindegewebig verändert. Milz um das 3—4fache vergrößert. Die Heilung der Operationswunde erfolgte reaktionslos, das Drain, das durch die suprapubische Incision ins Becken geleitet worden war, wurde am 20. Oktober entfernt, am 27. war die Drainöffnung geschlossen.

Am 14. November waren auf der Vorderfläche 3 große Venenstämme sichtbar. Der Kollateralkreislauf offenbar gut im Gange; der Ascites hatte sich nicht wieder angesammelt; die Urinmenge etwas herabgesetzt, sonst der Urinbefund normal. Dagegen verschlechterte sich das Allgemeinbefinden fortgesetzt, die Schwäche nahm zu, und am 5. December erfolgte der Tod unter den Erscheinungen von Herzschwäche und Lungenödem.

Die Sektion ergab, dass die beabsichtigten flächenhaften Verwachsungen gut erzielt waren. Milz war $3\frac{1}{2}$ mal vergrößert, Leber zeigte das Bild der atrophischen Cirrhose. Nur wenig ascitische Flüssigkeit.

2) 52jähriger Polizist, früher syphilitisch und Potator; leidet seit 10 oder 12 Jahren an gelegentlichen Darmblutungen, die in den letzten 2—3 Monaten stärker waren. 4—5 Wochen vor der Aufnahme fingen die Beine an anzuswellen und kurz darauf auch der Bauch, letzterer progressiv.

7. September 1900. Arteriosklerose, Erweiterung der Gesichtsvenen und Cyanose. Bewegliches, rechtsseitiges Pleuraexsudat. Leichtes systolisches Geräusch

an der Aorta. Bauch enorm ausgedehnt, leicht zurücksbringender apfelgroßer Nabelbruch, großer linksseitiger Scrotalbruch; starker Ascites, Ödem der Beine. Urin 1027, ohne pathologische Beimengungen.

9. September. 3 Unsen Blut gehen durch den After ab, am folgenden Tage Epistaxis.

11. September. Nach Entleerung von 346 Unsen Ascites, wesentliche Erleichterung.

Da der Ascites sich bald wieder ansammelte, wurde am 13. Oktober die Operation genau wie im ersten Falle ausgeführt. Leber vergrößert, hart, knotig. Milz nicht vergrößert.

17. Oktober. Unter Verminderung der Diurese, Eiweißgehalt des Urins, Delirien, Stupor und Koma, Tod. Keine Sektion, kein Zeichen von Infektion.

Anschließend an diese eigenen Beobachtungen besprechen die Verff. unter sorgfältiger Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur eingehend die Geschichte der Operation, ihre Indikationen und Resultate, letztere durch tabellarische Übersicht über die bisher veröffentlichten Operationen illustrierend. Was die Ätiologie des Ascites bei Lebercirrhose betrifft, so halten sie die mechanische Erklärung des Ascites für die richtige und daher auch seine Heilung durch Aufhebung der portalen Kongestion, sei es durch die vorhandenen Kollateralen oder durch künstliche Etablierung neuer Seitenbahnen für möglich.

Die Technik der Operation ist nach Le Conte am besten folgende: Schnitt oberhalb des Nabels etwas links von der Mittellinie, um die Vene im Lig. rotundum sicher zu schonen. Inspektion der Leber zur Sicherung der Diagnose. Kleiner Schnitt in der Mittellinie oberhalb der Symphyse, durch welchen während der übrigen Operation der Ascites mit Saugvorrichtung abgelassen wird. Abreiben des Peritoneum parietale über Netz, Leber und Milz mit Gazebäuschen; eben so werden die Oberflächen der genannten Organe behandelt, das Netz wird dann an 2 oder 3 Stellen mit Katgut-suturen an die Bauchwand geheftet. Bei zuverlässiger Hospitalpflege wird in die untere Wunde ein Drainrohr eingelegt; besteht in Folge ungünstiger äußerer Verhältnisse Infektionsgefahr, so ist es besser, nicht zu drainiren, sondern event. während der Ausbildung der Verwachsungen den neugebildeten Ascites durch Punktion zu entleeren. Keinenfalls soll länger als 1 Woche drainirt werden. Breite Heftpflasterstreifen komprimiren den Leib vom Schwertfortsatze bis zum Nabel. Operation am besten bei erhöhtem Oberkörper, lokaler oder Chloroformanästhesie.

A priori halten Patt. mit Lebercirrhose Eingriffe schlecht aus und sind daher wenig geeignete Operationsobjekte, da die Resistenz ihrer Gewebe wahrscheinlich geringer ist als bei Gesunden. Eine genaue Schätzung des Grades der Degeneration der verschiedenen Organe, einschließlich der Leber, ist fast unmöglich; man sollte daher eine hohe Mortalitätsziffer für die Operation erwarten. Doch scheint die Statistik zu beweisen, dass sie sich einen festen Platz erobert hat, und in Zukunft dürfte eine klarere Beurtheilung über

die Geeignetheit des einzelnen Falles für die Operation möglich sein. Ohne Operation sind diese Pat. zu beständiger Invalidität verurtheilt und erfordern fortgesetzte Behandlung und wiederholte Punktionen, um das Leben erträglich zu machen. Daher sollte die Operation da, wo die Diagnose auf reine Lebercirrhose gestellt werden kann, und wo dauernde zweckentsprechende interne Behandlung erfolglos geblieben ist, warm empfohlen werden. Auf der anderen Seite erscheint dieselbe kaum indicirt, wenn nicht kontraindicirt, in Fällen von Ascites, die mit anderen Arten von Cirrhose oder chronischer Peritonitis complicirt sind.

R. v. Hippel (Kassel).

5) W. Pepper. A study of congenital sarcoma of the liver and suprarenal. With report of a case.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1900. März.)

Das weibliche Kind wurde am 19. August 1900 geboren und war bis zum 14. September wohl. Dann bemerkte die Mutter eine schnell zunehmende Auftreibung des Leibes, das Kind nahm ab, trank viel, hatte dünne, grüne Stühle.

27. September. Stark und ziemlich symmetrisch aufgetriebener Leib mit vorspringendem Nabel und ektatischen Venen, sehr druckempfindlich, giebt in der Mittellinie unterhalb des Nabels die Empfindung einer festen, schweren Geschwulst, die die rechte Fossa iliaca ganz ausfüllt. Tastung lässt es sicher erscheinen, dass es sich um die vergrößerte Leber handelt.

Das Kind stirbt am 3. Oktober, 6½ Wochen alt. Die Obduktion und mikroskopische Untersuchung ergibt ein gleichmäßig infiltrirendes Lymphosarkom der Leber und rechten Nebenniere.

Anschließend an diesen Fall giebt P. die ausführlichen Krankengeschichten von 5 ähnlichen, aus der Litteratur gesammelten Fällen und leitet daraus folgende charakteristische Eigenthümlichkeiten des Krankheitsbildes ab:

1) Alle Fälle zeigen die Entwicklung der Geschwulst in den ersten Lebenswochen, spätestens in der 5. Woche; dieselbe ist also kongenital.

2) Dieselbe ist hochgradig bösartig; die Lebensdauer betrug im günstigsten Falle 16 Wochen.

3) Das rapide Wachstum kann von Tag zu Tag durch Messung beobachtet werden.

4) Alle Kinder, über die in dieser Richtung Angaben vorliegen (5), waren weiblichen Geschlechts.

5) Klinische Symptome sind die Auftreibung des Leibes, Atrophie in wechselndem Grade, kein Ascites, kein Ikterus oder Pigmentation irgend einer Art. Die Kinder tranken alle gut bis kurz vor dem Ende, Schmerz schien kaum vorhanden, keine Temperatursteigerung.

6) Stets handelte es sich um ein gleichmäßig infiltrirendes Sarkom mit nahezu vollständiger Zerstörung des normalen Lebergewebes.

7) Die Geschwulst in der Nebenniere war stets ausgesprochen hämorrhagisch.

8) Nie war ein anderes Organ von der Neubildung ergriffen.

9) Anatomisch war die Geschwulst 3mal ein Rundzellensarkom, 1mal ein Myxo- und 2mal ein Lymphosarkom.

10) Der primäre Sitz wurde in 3 Fällen in die Leber, in 2 in die rechte Nebenniere verlegt.

11) Von einer etwaigen syphilitischen Neubildung unterscheiden die Fälle sich durch das Fehlen von Bindegewebsneubildung, von amyloider Entartung in irgend einem Organe, von Perihepatitis, Ikterus, Milzvergrößerung, Schmerzhaftigkeit in der Umgebung der Leber, Nephritis, so wie durch die hämorrhagische Beschaffenheit dieser Geschwulst.

Ihre Sonderstellung gegenüber allen anderen Fällen von primärem Leber- oder Nebennierensarkom wird durch einen Vergleich mit 46 derartigen aus der Litteratur zusammengestellten Fällen dargethan.

E. v. Hippel (Kassel).

6) Italia. Sulla genesi dei calcoli biliari.

(Poliolinico 1901. No. 4.)

Spritzt man virulente Kulturen von Typhus- oder Colibacillen in die Gallenblase von Kaninchen oder Hunden, so sterben die Thiere ausnahmslos. Bringt man die Bakterien in Galle, welche durch Kochen und Filtriren von Schleim und Eiweiß befreit ist, so schwächt sich ihre Virulenz ab. In der Galle entstehen Niederschläge von Cholestearin und gallenfarbstoffhaltigem kohlen-sauren Kalke. Spritzt man solche abgeschwächte Kulturen in die Gallenblase ein, so finden sich bei den Thieren, welche die Operation überleben, reiche Coagula, später Konkretionen, die Pigmentkalk und Cholestearin enthalten. Abgetödtete Kulturen haben diese Wirkung nicht. Diese künstlich erzeugten Gallensteine sind also Produkte der bakteriellen Thätigkeit in der Galle. Der Schleim, welchen die Gallenblasenwand producirt, hat nur die Bedeutung, dass er die ausfallenden Salze und Krystalle zusammenbäckt.

Die Zeit, nach welcher die ersten Konkretionen sich gebildet hatten, betrug 4—20 Tage. Nach längerer Zeit (bis 120 Tage) waren richtige harte, granulirte, bis erbsengroße Steine vorhanden.

Ob dazu Stenose der Gallenwege (experimentelle Stenose des Ductus cysticus durch Unterbindung mit Katgut oder Gummifäden) nothwendig ist, bleibt nach den Untersuchungen unentschieden, obwohl es wahrscheinlich ist.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

7) A. Ceccherelli. La chirurgia del pancreas.

(Morgagni 1901. No. 5.)

Die Funktion des Pankreas bestimmt die Operationen an diesem Organe. Die meisten Affektionen des Pankreas haben Abmagerung, Fettstühle, Zuckerausscheidung im Urin, Bronzefärbung der Haut, Gelbsucht und Schmerzen im Gefolge. Die Schwierigkeiten für die Exstirpation bestehen in der tiefen Lage, den engen Beziehungen zu

anderen Organen, den reichen Gefäß- und Nervenversorgungen und der Sekretion eines wichtigen Verdauungssaftes. Die Fortschritte der Chirurgie des Pankreas sind relativ gering wegen der Schwierigkeit der Diagnose namentlich im Beginne der Erkrankung. Eingriffe sind mehr am Schwanz- als am Kopftheile berechtigt. Thierversuche haben die Exstirpation des Pankreas als mit dem Leben verträglich erwiesen. Klinisch ist die Frage noch unentschieden, da nur wenige Versuche vorliegen. Bei Tuberkulose und Syphilis ist der Versuch der Exstirpation zu unterlassen. Bei partiellen Exstirpationen soll ein Gang erhalten bleiben, damit der Ductus Santorini kein Blindgang wird. Am häufigsten kommen Cysten im Pankreas vor. Es genügt, sie zu exstirpiren. Dabei sollen die Cystenwände mit der Bauchwunde vernäht werden, oder wenn die Cyste excidirt ist, soll die Naht die Höhle völlig verschließen. Bei Pankreassteinen sollen diese entfernt werden. Bei der Pankreasnekrose kann es sich um Entfernung der nekrotischen Reste handeln. Bei Eiterungen und Gangrän des Organs soll der Eingriff nicht im akuten Stadium stattfinden. Später kann es sich darum handeln, dem Eiter einen Weg nach außen zu bahnen und infiltrirte oder mortificirte Theile zu entfernen, was auf dem extraperitonealen lumbalen Wege oder transpleural oder schließlich in der Linea alba oberhalb des Nabels geschehen kann. Die chronischen Entzündungen des Pankreas können durch Kompression des Ductus choledochus oder des Pylorus zum Eingreifen veranlassen, wobei aber der Eingriff am besten an der Leber, bezw. am Magen stattfindet. Bei Hernien des Pankreas in Folge von Traumen muss die Reduktion und event. Fixation erfolgen. Bei Zwerchfellbruch ist der Weg vom Brustkorbe aus vorzuziehen. Bei Traumen des Pankreas ist ein Eingriff um so nöthiger, je stärker die Blutung ist. Durch Naht oder Unterbindung des zuführenden Gefäßes wird die Blutung gestillt und gleichzeitig die Bauchhöhle von den Gerinnseln gereinigt. Fälle von Wanderpankreas, die citirt werden, müssen auf Grund von Thierexperimenten zur Fixation empfohlen werden. Wenn die Verbindung zwischen Pankreas und Duodenum durch eine Krankheit aufgehoben ist, muss dem Pankreassaft ein neuer Weg in den Darm gebahnt oder im Falle der Unmöglichkeit eine Pankreasfistel angelegt werden. Pankreasblutungen aus nicht traumatischer Ursache, z. B. bei Gangrän, werden wie traumatische Blutungen behandelt. Bei ringförmigem Pankreas ist die Excision des Ringes oder eine symptomatische Operation nothwendig, ein Eingriff, der bisher nie erfolgt ist. Pankreasnähte verhalten sich nicht anders als die Nieren-, Leber- oder Milznaht. Bei Verletzungen des Ductus pancreaticus müssen enge Nähte, wenn möglich außerhalb der Schleimhaut angelegt werden, damit sich nicht Steine an den Fäden bilden. Pankreaswunden heilen durch Zellwucherung im Parenchym und durch Narbenbildung vom Bindegewebe aus, und die Heilung ist ganz zweifellos sicher gestellt. Nach vollkommener Exstirpation des

Organs wuchern die Galeati'schen Drüsen, in deren Epithel vielfache Kerntheilungen eintreten, so dass man nach den Versuchen Martinotti's einen theilweisen Ersatz des Pankreas durch diese Drüsen annehmen muss. Der Erguss von Pankreassaft in die Bauchhöhle führt an sich nicht zu Peritonitis. Bei der Exstirpation des Pankreas sollen durch vorausgehende Ligaturen die Blutung und der freie Erguss des Pankreassaftes verhütet werden. Der Thermokauter oder Galvanokauter gelangen nicht zur Verwendung.

Dreyer (Köln).

8) B. N. Cholzow. Über die Behandlung der Harnröhrenstriktur mittels Elektrolyse.

(Botkin's Balnitschnaja gaseta 1901. No. 6—14.)

Die Resultate der bisherigen Behandlungsmethoden der Harnröhrenstriktur (Bougirung, Urethrotomia interna, Urethrotomia externa, Resektion) sind, wie bei der letzten Diskussion über diesen Gegenstand auf dem internationalen Kongresse zu Paris zu Tage trat, recht unbefriedigende. Ausgenommen die Resektion, die aber nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen anwendbar ist, schützt keine der genannten Methoden vor Recidiven; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle muss auch nach der Operation der Erfolg durch regelmäßige Bougirung gesichert werden. Unter diesen Umständen erscheint die Zurücksetzung, welche die seit 30 Jahren bekannte elektrolytische Behandlungsmethode bisher erfahren hat, und die oberflächliche Beurtheilung in den verbreitetsten neueren Handbüchern durchaus unverdient. Nach eingehender historischer Besprechung der Ausbildung der Methode und allmählichen Verbesserung des zu ihrer Ausübung nöthigen Instrumentariums theilt Verf. seine eigenen, an einem großen Materiale gesammelten Erfahrungen unter Anführung 22 ausführlicher Krankengeschichten mit. Er zog sowohl die lineäre Methode mittels des Fort'schen Elektrolysor, wie die cirkuläre mittels des Neumann'schen Instrumentes mit einer von ihm selbst angegebenen Modifikation (Oliven, an deren Spitze eine Führungsbougie angebracht werden kann) in Anwendung. In allen Fällen, wo es möglich war, ging der Operation eine Erweiterung der Striktur mittels Bougies, womöglich Dauersonde vorher, die zugleich eine stärkere Vaskularisation der Gewebe zu erzielen bezweckte, da auf succulente Gewebe die spezifische Wirkung der Elektrolyse eine intensivere ist, und die Einführung dicker Oliven zu ermöglichen, welche die Anwendung schwächerer Ströme mit entsprechend geringerer Ätzwirkung bei gleicher spezifischer Wirkung gestatten. Verwendet wurden Ströme von 5—9 Milliampère im Durchschnitte, die Dauer der Sitzung schwankte zwischen 2 und 13 Minuten. In 9 von 22 Fällen war nur eine Sitzung nothwendig, in den übrigen 2 bis 4. Anfangs führte Verf. den Vorschriften Fort's entsprechend nach der Sitzung eine Metallbougie ein (No. 18 bis 21 Charrière), was immer gelang; später unterließ er dies und bougirte nur zu diagnostischen Zwecken

einmal nach einem Monate. Eine methodische Bougirung nach der Operation ist durchaus unnöthig. Ausgenommen bei alten, sehr festen, von dickem Narbengewebe umgebenen Strikturen ist der unmittelbare postoperative Erfolg ein glänzender. Ob derselbe von Dauer sein wird, will Verf. auf Grund seiner erst ein Jahr zurückdatirender Beobachtungen nicht entscheiden, glaubt aber bestimmt darauf rechnen zu können, auf Grund seiner Auffassung der elektrolitischen Wirkung, welche nicht in einer ätzenden, also wieder zu Narbenbildung führenden, sondern in einer specifischen Wirkung besteht. Verf. ist überzeugt, dass bei genauerer Bekanntschaft als bisher die Methode mehr und mehr Boden gewinnen wird.

P. Rathke (Berlin).

9) **K. Ritter v. Hofmann** (Wien). Die moderne Therapie der Cystitis.

Wien, Franz Deuticke, 1901.

In sehr ausführlicher Weise werden die einzelnen Formen der Cystitis, die dabei anzuwendende diätetische, innerlich-medikamentöse und lokale Therapie erörtert. Für den, der sich nur wenig mit diesem Krankheitsgebiete zu befassen hat, ist das Buch empfehlenswerth, der Harnspecialist wird Neues darin nicht finden können. Ein ausführliches Litteraturverzeichnis ist angefügt.

Schultheis (Bad Wildungen).

10) **I. Israel**. Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Mit 15 lithographischen Tafeln und 8 Abbildungen im Texte.

Berlin, A. Hirschwald, 1901.

»Vorliegende Arbeit« — sagt Verf. am Eingange seines Vorwortes — »ist das Resultat 16jähriger mit dem Jahre 1884 beginnender Erfahrungen. Der glückliche Umstand, dass mir in dieser Entwicklungsperiode der Nierenchirurgie ein besonders reiches Beobachtungsmaterial zugeflossen ist, legt mir die Pflicht auf, Rechenschaft über seine Verwaltung zu geben und das daraus Gelernte mitsutheilen. Deshalb lege ich hier Alles vor, was ich erfahren und gethan habe, während das nicht selbst Erlebte und praktisch von mir Geprüfte keine Stelle gefunden hat.«

Wenn Jemand unter den jetzt lebenden Chirurgen die Berechtigung hat, eine chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten zu schreiben, so ist es ohne Frage I., dessen persönliche Erfahrungen auf diesem Gebiete wohl von keinem anderen Chirurgen an Reichhaltigkeit und Vielseitigkeit übertroffen werden. Das vorliegende Werk enthält 297 Einzelbeobachtungen! I. hat es aber auch von jeher in ausgezeichneter Weise verstanden, sein Beobachtungsmaterial wissenschaftlich zu verwerthen. Die zahlreichen, zum Theil grundlegenden Arbeiten, die wir gerade auf dem Gebiete der Nierenchirurgie von I. besitzen, geben hierfür den besten Beweis.

Die große Bedeutung des I.'schen Werkes rechtfertigt es, wenn wir etwas genauer auf seinen Inhalt eingehen.

Kapitel 1. Kongenitale Anomalien der Niere und des Ureters. Unter den angeborenen Anomalien der Niere ist die schwerwiegendste der totale Defekt oder die Aplasie, die Verf. einmal als unerwartetes Sektionsergebnis bei einem Diabetiker fand. Unter seinen operirten Nierenkranken ist ein angeborener Nierendefekt nicht vorgekommen. Kongenitale Dystopien der Niere wurden 3 beobachtet, von denen eine, richtig erkannt, zu einem operativen Eingriffe Veranlassung gab, während die beiden anderen erst bei der Sektion entdeckt wurden. Hufeisennieren wurden 2mal beobachtet; in dem einen Falle konnte die Diagnose auf Hydronephrose der rechten Hälfte einer Hufeisenniere vor der Operation gestellt werden. Anomalien des Ureters wurden verschiedentlich beobachtet; Näheres findet sich in den Kapiteln über Nierenretentionen und Steinnieren.

Kapitel 2. Abnorme Beweglichkeit und erworbene Dystopien der Nieren. I. findet nur in den wenigsten Fällen von Wanderniere eine Operationsindikation. Seine Zurückhaltung liegt in folgenden Gründen: In einer großen, vielleicht überwiegenden Zahl von Fällen werden Beschwerden auf die Wanderniere bezogen, die sicher ganz anderen Quellen entstammen, nämlich neuropathischen Zuständen und Genitalstörungen, so wie ganz besonders einer Kombination beider. Dann fallen die der Nierensenkung allein aufgebürdeten Symptome bei der häufigen Kombination mit Enteroptose den Lageveränderungen mehrerer Unterleibsorgane zur Last, so dass der Antheil der Niere an dem Krankheitsbilde gar nicht mit irgend welcher Sicherheit oder auch nur Wahrscheinlichkeit vor der Operation bestimmt werden kann. Der letzte Grund liegt in der Thatsache, dass unter der Leitung eines die gesammte Körperkonstitution wie das psychische Verhalten berücksichtigenden Arztes eine hygienisch-orthopädische Behandlung in den meisten Fällen eben so weit führt, wie eine operative. I. berichtet nur über 8 einfache Nephropexien; hinzu kommen 6 Nephropexien in Verbindung mit Nephrolithotomie und 5 Nephropexien bei Hydronephrosen in beweglichen Nieren.

Kapitel 3. Subkutane Nierenwunden. Die von I. beobachteten Fälle heilten sämmtlich bei konservativer Behandlung bis auf einen, der einen operativen Eingriff wegen einer hämatogenen Sekundärinfektion des verletzten Organs erforderte.

Kapitel 4. Pyelonephriten und entzündliche Herderkrankungen der Niere. 5 Fälle hämatogener Nierenabscesse; 5 Fälle aufsteigender Pyelonephritis; 1 Fall von großen chronischen Nierenabscessen nach aufsteigender chronischer Pyelonephritis. Einzelne dieser Beobachtungen zeigen, dass eine pyelonephritische, zu schwerer septischer Allgemeininfektion führende Erkrankung auf eine Niere beschränkt sein und dann mit Erfolg entfernt werden kann, so wie dass auch konservative Methoden, wie die Nephrotomie und partielle Abtragungen, mit Erfolg Anwendung finden können.

Kapitel 5. Aseptische und inficirte Hydronephrosen. I. stellt zunächst seinen Standpunkt klar bezüglich der Begriffsbestimmung und der Nomenklatur der Retentionsgeschwülste der Niere. Er will unter Hydro- oder Uronephrosen Retentionszustände verstanden wissen, welche ihre Ursache in einem primär vorhandenen Abflusshindernisse haben, zunächst aseptisch sind, später inficirt sein können — inficirte Hydronephrosen —; unter Pyonephrosen solche, die unmittelbar aus einem infektiös-entzündlichen Prozesse hervorgegangen sind, der entweder gleichzeitig zur Abflussbehinderung geführt hat oder dieser vorangegangen ist. Der große Fortschritt, den die letzten Jahre in der Therapie der Hydronephrosen gebracht haben, besteht im Wesentlichen darin, dass wir jetzt nicht mehr in der Entfernung des Sackes oder der Entleerung der gestauten Flüssigkeit durch die Nephrotomie die einzige Möglichkeit der Behandlung sehen, sondern bestrebt sind, der Ätiologie des Einzelfalles gerecht zu werden. Die Exstirpation ist indicirt bei Säcken mit obliterirtem Harnleiter; ferner bei wiederholtem Misslingen unserer konservativen Bestrebungen. Endlich dürften sehr ausgedehnte Säcke mit fast verschwundenem Parenchym, so wie solche, die aus einer im kleinen Becken gelegenen Niere hervorgegangen sind, am besten der Exstirpation verfallen, weil hier sowohl die Aussicht auf eine konservative Heilung verhältnismäßig gering ist, als auch die aus dem Leiden erwachsenden Beschwerden erheblich sein können. I. hat bei 40 Hydronephrosenkranken 52 Operationen vorgenommen, und zwar 15 primäre und 6 sekundäre Nephrektomien, 16 Nephrotomien, 2 Nephropexien, 3 Nephropexien mit Pyeloplicatio, 1 Nephrotomie und Harnleiterresektion mit Ureterocystoneostomie etc.

Kapitel 6. Pyonephrosen. Es ist eine der schwierigsten Aufgaben der Pyonephrosenbehandlung, im Einzelfalle die Grenze zu bestimmen, an der die konservativen Bestrebungen aufzuhören haben, um der Nephrektomie das Feld zu räumen. Der Standpunkt, principiell zu nephrotomiren und erst im Falle des Misserfolges die Sekundärexstirpation auszuführen, ist unhaltbar und gefährlich. Die Nephrotomie muss als Normaloperation in den leichten und mittleren Fällen gelten, in denen die Ureteritis keine irreparablen Abflusshindernisse geschaffen hat und man im Stande ist, eine völlig freie Entleerung nach außen zu erreichen, ohne genöthigt zu sein, durch eine zu ausgedehnte Durchbrechung der Zwischenwände die noch vorhandenen Gewebsreste funktionell unbrauchbar zu machen. Von 19 Pyonephrosen wurden 9 durch primäre, 1 durch sekundäre Exstirpation, 1 durch Nephrotomie und Fisteloperation geheilt, 2 blieben ungeheilt, 6 starben.

Kapitel 7. Renale, pararenale und parapelvikale Cysten. Mittheilung des Sektionsbefundes einer großen parapelvikalen Cyste. Die operative Behandlung sowohl der renalen wie der pararenalen und der parapelvikalen Cysten muss eine konservative sein: die Cysten müssen entfernt oder reseziert werden unter Erhaltung der Niere.

Kapitel 8. Nierentuberkulose. Die primäre chronische Nierentuberkulose ist keine seltene Affektion; in den frühen und mittleren Entwicklungsstadien kommt sie überwiegend einseitig vor. I. unterscheidet die käsig-kavernöse Form, aus der sich durch Mischinfektion die tuberkulöse Pyonephrose entwickeln kann; die tuberkulöse Ulceration der Papillenspitzen und die tuberöse oder Knotenform. Auch bei doppelseitiger Erkrankung entwickelt sich die Tuberkulose gewöhnlich nicht gleichzeitig in beiden Nieren, sondern ergreift die zweite erst längerer Zeit nach Erkrankung der ersten. I. hat 30 Kranke wegen Nierentuberkulose operirt: 28 Totalexstirpationen mit partieller oder totaler Entfernung des Harnleiters (8 †), 1 Resektion des oberen Nierenpols, 2 Nephrotomien (1 †). Von 13 Pat. mit Totalexstirpationen ohne Blasenerkrankung sind 10 dauernd, bis zu 11 Jahren, geheilt geblieben.

Kapitel 9. Nierensyphilis. Mittheilung der beiden bekannten Fälle von Nephrektomie wegen syphilitischer Nierenaffektion.

Kapitel 10. Primäre Aktinomykose der Niere. Mittheilung eines während des Lebens diagnosticirten Falles, des ersten seiner Art; Heilung durch Nephrektomie.

Kapitel 11. Nieren- und Uretersteine. Eine zwingende, vitale Nothwendigkeit, bei Nieren- und Harnleitersteinen zu operiren, bietet die calculöse Anurie und die akute pyelonephritische Infektion einer Steinniere. Die Sorge für die Erhaltung der Niere indicirt in allen denjenigen Fällen die Operation, in denen der Stein durch Störung des Abflusses Retentionserscheinungen erzeugt hat. Aber auch wenn keine unmittelbare Gefahr dazu zwingt, so soll man den Kranken zur Operation zu bewegen suchen, wenn auf Grund einer eitrigen Trübung des Urins eine pyelitische resp. chronisch-pyelonephritische Infektion erkannt werden kann, wenn häufige ergebnislose Kolikanfälle auftreten, wenn ein Ureterstein nachweisbar ist, da ein solcher Zustand stets mit Retention oder Infektion der Niere endet. I. berichtet über 61 Operationen bei Nephrolithiasis mit 9 = 14,7% Todesfällen; 12 Operationen bei Harnleitersteinen mit 4 = 33,3% Todesfällen und 5 Operationen bei calculöser Anurie mit 2 = 40,0% Todesfällen. 29 ideale Nephrolithotomien wiesen nur 1 Todesfall auf; 13 konservative Operationen bei schwer inficirten Steinnieren 5 und 15 primäre Nephrektomien bei schwer inficirten Steinnieren 2 Todesfälle.

Kapitel 12. Anurien und Oligurien. I. bespricht zunächst nochmals kurz die calculöse Anurie: »Unter den möglichen operativen Verfahren ist das einzig sichere die Eröffnung der zuletzt occludirten Niere mittels des Sektionsschnittes«; weiterhin die Anurie bei diffuser Nephritis, die Anurie bei aufsteigender Pyelonephritis, bei doppelseitigem und einseitigem nicht calculösem Harnleiterverschluss, so wie endlich die verschiedenen Formen der reflektorischen Anurie. I. hat durch einen früheren Schüler, Dr. Götzl, Experimente anstellen lassen, durch die über jeden Zweifel festgestellt wird, dass

Drucksteigerung in der einen Niere Sekretionshemmung der anderen zu bewirken vermag.

Kapitel 13. Über renale Hämaturien, Nephralgien und Koliken bei scheinbar unveränderten Nieren. Die wesentlichsten neuen Erfahrungen, die I. aus 14 hierher gehörigen Operationsfällen gesammelt hat, stellt er in folgenden Sätzen zusammen: Es giebt einseitige Nephriten. Nephriten können mit renalen Schmerzanfällen einhergehen, die völlig den Nierenkoliken bei Abflusshindernissen gleichen. Bei rein einseitigen Schmerzen und Koliken können doppelseitige Nephriten von gleicher Stärke gefunden werden. Es giebt bei Nephriten Schmerzirradiationen auf die Blase und die Harnröhre. Bei schweren Nephriten können im Harn dauernd Eiweiß und Cylinder fehlen. Trotz großen Reichthums an hyalinen, gekörnten und epithelialen Cylindern kann der Urin eiweißfrei sein. Es giebt Nephriten mit anfallsweise auftretenden oder andauernden profusen Massenblutungen, die sich hinsichtlich Stärke und Dauer, der Launenhaftigkeit ihres Auftretens, der Beschränkung auf einzelne Miktionen nicht von Hämaturien bei malignen Tumoren unterscheiden lassen. Nephritische Blutungen können mit oder ohne Koliken eintreten und verlaufen. Blutung ist nie die Ursache der Kolik. Beide Erscheinungen sind Folgezustände der Nierenkongestion. Eine große Zahl der bisher als Nephralgie, Néphralgie hématurique, angioneurotische Nierenblutung bezeichneten Krankbilder sind auf nephritische Prozesse zu beziehen. Die Incision der Niere beeinflusst in vielen Fällen die Krankheitserscheinungen günstig. Die Nierenwunde sollte nicht durch die Naht verschlossen werden.

Kapitel 14. Bösartige Tumoren der Niere, des Nierenbeckens, der Nebenniere und pararenale Geschwülste. Wegen bösartiger Geschwülste des Nierenparenchyms wurden 43 Kranke operirt. Die direkte operative Sterblichkeit betrug 18,6% (5 Operirte starben an Herzparalyse!). Für das Fernresultat kommen 29 Kranke in Betracht. Von diesen sind 7 abzuziehen, die theils der Operation erlegen sind, theils nach weniger als 3 Jahren frei von Recidiv an interkurrenten Krankheiten gestorben sind. Von den übrigbleibenden 22 sind 14 an Recidiven zu Grunde gegangen, 8 = 36,3% sind 3 Jahre 5 Monate bis 14 Jahre geheilt geblieben. Geschwülste des Nierenbeckens und des Harnleiters kamen 2, Neubildungen der Nebennieren und pararenale embryonale Geschwülste 4 zur Operation.

Kapitel 15. Polycystische Nierendegeneration der Erwachsenen. Mittheilung von 4 an Lebenden richtig diagnosticirten Fällen. Der Werth einer präzisen Diagnose liegt in der Warnung vor einem unnöthigen und schädlichen operativen Eingriffe. Hat man sich aber über die Natur der Geschwulst getäuscht und ihre polycystische Beschaffenheit erst nach ihrer Freilegung erkannt, so muss auf eine weitere Fortführung der Operation verzichtet werden.

Kapitel 16. Krankheiten des Ureters. Dieser Abschnitt enthält 7 ausführliche Operationsgeschichten (Verletzungen des Harn-

leiters und Harnleiterfisteln; Ureteritis; Strikturen des Harnleiters; Harnleitersteine).

Kapitel 17. Die Entzündungen der Nierenfettkapsel (Perinephritis s. Paranephritis s. Epinephritis). I. versteht unter Perinephritis die Entzündung der die Niere unmittelbar bekleidenden membranösen fibrösen Kapsel; unter Paranephritis entzündliche Affektionen der Massa adiposa retroperitonealis; unter Epinephritis die Entzündung der Nierenfettkapsel. Neben den spezifischen Entzündungen des Nierenfettes, nämlich der tuberkulösen, syphilitischen und aktinomykotischen Epinephritis, unterscheidet I. die fibrös-sklerotische, die lipomatöse und phlegmonöse Epinephritis. Praktisch am wichtigsten ist die letztgenannte Form, von der I. 45 Fälle operirt hat. Der oberste Grundsatz der Behandlung ist die frühzeitigste Eröffnung, sobald ein begründeter Verdacht auf Eiterung vorliegt. Findet man dabei die Niere in einem Zustande eitriger Zerstörung, dass ihre Entfernung unabweisbar ist, so steht nichts im Wege, bei genügendem Kräftezustande des Pat. die subkapsuläre Nephrektomie sofort anzuschließen; besonders leicht wird man sich zu diesem Eingriffe entschließen, wenn ohne ihn kein freier Abfluss einer oberhalb oder median von der kranken Niere befindlichen epinephritischen Eiteransammlung zu erreichen ist. Dagegen ist es im Allgemeinen nicht rathsam, größere konservative Eingriffe, wie Nephrotomie, Nephrolithotomie, zugleich mit der Eröffnung einer epinephritischen Phlegmone vorzunehmen, weil eine Verwundung der Niere im Bereiche der inficirten Umgebung nicht ohne Gefahr ist.

Dem von der Hirschwald'schen Verlagsbuchhandlung vorzüglich ausgestatteten Werke sind 15 Tafeln mit Abbildungen beigegeben.

P. Wagner (Leipzig).

11) M. P. Bazy. Du réflexe-urétéro-vésical etc.

(Presse méd. 1901. No. 32.)

B. geht davon aus, dass es oft schwierig ist zu unterscheiden, ob es sich um eine Blasen- oder um eine Nierenaffektion handle, ob die letztere beiderseitig, rechts- oder linksseitig sei. Da die bekannten Methoden oft quälend und schwierig seien, giebt er einige andere Fingerzeige an.

1) In manchen Fällen entsteht bei bimanueller Palpation der erkrankten Niere ein schmerzhafter Urindrang. B. hält dies allerdings seltene Symptom für ein sicheres Zeichen der Erkrankung des Nierenbeckens.

2) Es entsteht derselbe Reflex, wenn man von Blase oder Mastdarm aus die Mündung des zur erkrankten Niere gehörigen Harnleiters mit dem Finger tastet. (Beim Weibe leichter auszulösen wie beim Manne.) Handelt es sich nur um Cystitis, so bleibt dieser schmerzhaft Reflex aus, und nur der Blasenhalss ist schmerzhaft.

3) Setzt man eiterhaltigem Urin tropfenweise Fehling'sche Lösung zu, bis der Urin blassblau oder blassgrün gefärbt ist, so ent-

steht beim Schütteln Bildung von kleinen Gasblasen, wenn es sich um renalen Eiter handelt. Die Gasblasen entwickeln sich nicht, wenn es sich um cystitischen Eiter handelt. Erwärmt man nun, so steigt bei renalem Eiter ein Coagulum in die Höhe, in Folge der Gasbeimischung. Bei cystitischem Eiter fällt das Coagulum zu Boden.

Bertelsmann (Hamburg).

12) L. Pork. Beitrag zur Kenntnis der Nierenkapselgeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 4.)

Die Nierenkapselgeschwülste gehören hinsichtlich ihrer Textur der Gruppe der Bindegewebsgeschwülste zu. Sie sind theils reine Formen, Fibrome, Lipome, Myxome, Sarkome, theils Mischformen, wie aus der vom Verf. gegebenen Zusammenstellung der Litteratur ersichtlich ist, aus welcher er 22 Fälle sammeln konnte, zu denen er selbst noch 2 neue Beobachtungen hinzufügt.

In sehr vielen Fällen hatte die Geschwulst die Niere umwachsen, so dass man sie mit zu extirpiren genöthigt war. Hier und da wurde auch unabsichtlich der Harnleiter unterbunden oder die Niere mit der Geschwulst extirpirt. Bei allen Pat. war die entfernte Niere von normaler Struktur und Funktionsfähigkeit. Einmal wurde eine partielle Nierenresektion nothwendig. Jedenfalls soll man nach Verf. Ansicht von vornherein nicht principiell ein so lebenswichtiges Organ wie die Niere bei den Kapselgeschwülsten mit entfernen. Einige Fälle, darunter ein von B. selbst veröffentlichter, beweisen, dass auch unter schwierigen Verhältnissen mit Geduld die Ausschälung möglich ist.

Der primäre Sitz dieser Geschwulst sind die Nierenhüllen, die Capsula fibrosa, theils mehr das die ganze Niere umgebende Fettpolster. Die Wachstumsrichtung ist meist eine typische.

Die klinischen Symptome sind keine besonders charakteristischen. Erst die Größe und das Gewicht der Geschwülste machen sie durch die Raumbegung der Nachbarorgane und Druckbeschwerden bemerklich. Durch Druck auf die Vena cava inferior kann Ödem der unteren Extremitäten hervorgerufen werden, durch Verlegung des Darmkanales chronische Verstopfung. Die Diagnose wurde bei den publicirten Fällen nicht gestellt. Meist finden Verwechslungen mit cystischen Geschwülsten der Leibeshöhle statt.

Die Prognose der beschriebenen Geschwülste ist trotz der eingreifenden Operation eine gute. Als Operationsmethode kommt bei den sehr großen Geschwülsten die Laparotomie, weniger der Extraperitonealschnitt in Betracht. _____ E. Siegel (Frankfurt a/M.).

13) H. W. Bennet. A clinical lecture on some points relating to varicocele.

(Brit. med. journ. 1901. März 2.)

B. weist zunächst darauf hin, dass die Varicocele nicht als ein harmloses Leiden betrachtet werden darf, indem sie vielfach dem

Träger derselben das Leben verbittert und ihn zum ausgesprochenen Hypochonder macht. Namentlich finden sich solche Depressionszustände bei intelligenten Individuen der niederen Volksklassen, welche sich von ihren Standesgenossen zurückhalten und in der Einsamkeit über ihr Leiden nachbrüten. Weniger intelligente Menschen neigen seltener zu solchen Störungen, da sie weniger an ihr Leiden denken.

Was die Häufigkeit der Varicocele angeht, so schätzt B., dass ca. 7% aller männlichen Individuen davon befallen sind. Bei 80% der Befallenen ist dieselbe linksseitig, bei 15% doppelseitig, die rechtsseitige Varicocele ist sehr selten. B. unterscheidet 2 Hauptformen. Bei der einen finden sich lediglich große weite Venenstämme; es ist diejenige Form, für welche der Vergleich mit einem Bündel Würmer zutrifft. Wenn kein Trauma hinzutritt, verursacht diese Art wenig Beschwerden. Bei der zweiten Form ist die Zahl der Venen abnorm groß, die Lichtung der einzelnen Gefäße ist nicht sonderlich erweitert. Diese Art ist meist mit einer Atrophie des Hodens verknüpft, eine Erscheinung, welche bei der ersten nur selten zur Beobachtung gelangt.

Die Hauptaufgabe der Therapie erblickt B. darin, gegen die psychische Depression anzukämpfen. Er hält es deshalb für das Beste, den Kranken in ganz andere Lebensverhältnisse zu bringen, eine Forderung, welche sich allerdings meist nicht erfüllen lässt. Die Frage nach der operativen Behandlung richtet sich vor Allem nach dem Grade von Vertrauen, welches der Kranke der Behandlung entgegenbringt. In ca. 60% der Fälle wird Heilung von den vorhandenen Beschwerden erzielt; bei 40% ist der Erfolg negativ. 2mal hat B. auf Drängen der Kranken sich entschlossen, den Hoden der erkrankten Seite zu entfernen, indessen ohne Erfolg.

Die Operation gestaltet sich bei B. so, dass er von einem kleinen über dem äußeren Leistenringe gelegenen Hautschnitt aus die ganze Masse des Samenstranges mit Ausnahme des Vas deferens vorzieht. Das proximale Ende wird unterbunden. Dann wird der Samenstrang so weit frei gemacht, bis die Epididymis zum Vorschein kommt, und hier ebenfalls eine Ligatur angelegt. Das zwischen den Ligaturen gelegene Stück wird resecirt; die Stümpfe werden durch Naht vereinigt.

B. unterbindet also auch die Arteria spermatica. Irgend welche Nachtheile, wie Atrophie oder Gangrän des Hodens, hat er bei seinen Operationen nicht davon gesehen. B. ist vielmehr der Ansicht, dass die Unterbindung der Arterie von Vortheil sei, da bei Unterbindung der Venen die Cirkulation in Folge Behinderung des Abflusses mehr gefährlich sei. Die das Vas deferens begleitenden Gefäße seien für die Ernährung des Hodens ausreichend. Die Unterbindung der Venen allein hält B. für viel gefährlicher. Gerade hierbei will er verschiedentlich eine fettige Degeneration des Hodens beobachtet haben.

Weiss (Düsseldorf).

14) **Woskressenski.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane.

(Chirurgia Bd. VI. p. 602. [Russisch.])

W. spricht in Anlass eines einschlägigen Falles gegen partielle Operationen bei Hodentuberkulose und redet das Wort einer möglichst radikalen Entfernung jedes tuberkulösen Herdes der Geschlechtsorgane nach offener Freilegung des Operationsgebietes an Samenblase etc.

Egbert Braatz (Königsberg i/Pr.).

15) **C. Beck.** A new method of colpoplasty in a case of entire absence of the vagina.

(Annals of surg. 1900. Oktober.)

Eine jung verheirathete Dame, der Scheide, Uterus nebst Adnexen vollständig fehlte, ersuchte Verf., ihr unter Zustimmung des Gatten eine Scheide zu schaffen. Die Operation wurde folgendermaßen ausgeführt: Querschnitt oberhalb der Symphyse, stumpfes Vordringen in das prävesicale Fettgewebe (die mit Borsäurelösung gefüllte Blase diente als Wegweiser), vorsichtiges Loslösen des Bauchfelles von der hinteren Blasenwand. Sobald eine auf diesem Wege nach der Vulva zu dirigirte Sonde von außen getastet werden konnte, erfolgte Einschneiden auf den Sondenknopfe seitlich von der Harnröhrenöffnung. Sorgfältiges weiteres Erweitern des Bindegewebes zwischen Blase und Mastdarm, bis eine große Pincette eingeführt werden konnte. Jetzt wurden an beiden Oberschenkeln 2 lange schmale Hautlappen, deren Basis die Labien bildeten, umschneiden, genügend groß, um in den neugebildeten Kanal gezogen und über der Symphyse fixirt werden zu können. Schluss des Bauchdeckenschnittes. Die Hautlappen wurden so gelegt, dass ihre Wundflächen auf die des neu angelegten Kanals zu liegen kamen. Ein Jodoformgazetampon diente zur Fixirung und Offenhalten der neuen Vagina. Dieselbe funktionirte — ein Jahr später — zur beiderseitigen Zufriedenheit.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

16) **M. Handfield-Jones.** A clinical lecture on diagnosis in cancer of the womb.

(Brit. med. journ. 1901. Januar 19.)

H.-J. theilt eine Reihe von einschlägigen Fällen mit und kommt auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen:

1) Der Krebsentwicklung innerhalb des Gebärmutterkörpers geht ein Stadium einer gutartigen Adenombildung voraus.

2) Auf die mikroskopische Untersuchung ausgeschabter Gewebepartikel ist im ersten Entwicklungsstadium der Geschwulst nicht viel Werth zu legen; sicherer ist die Untersuchung, wenn die Geschwulstbildung schon weiter vorgeschritten ist.

3) Auf die klinischen Anzeichen ist mehr Gewicht zu legen als auf die mikroskopische Untersuchung. (Die wichtigsten Zeichen sind eine stetige Vergrößerung der Gebärmutter, so wie das Wiederauftreten einer Blutung nach einer sorgfältigen Auskratzung.)

4) Der Grad der Bösartigkeit des Corpuscarcinoms ist ein sehr wechselnder. Die Erkrankung kann einen sehr schleichenden Verlauf nehmen.

5) Eine rapide Vergrößerung des Uterus bildet den sichersten Wegweiser hinsichtlich der Indikationsstellung zur Operation.

Weiss (Düsseldorf).

Kleinere Mittheilungen.

Zur chirurgischen Behandlung der chronischen Colitis.

Von

Dr. Lympius,

dirig. Arzt des Diakonissen-Krankenhauses zu Kaiserswerth.

In Band XXVI Hft. 3 der Beiträge zur klin. Chirurgie hat Lindner über 2 chirurgisch behandelte Fälle chronischer Colitis berichtet; bei dem 1. Falle wurde ohne Erfolg eine Kolostomie des Colon ascendens angelegt, bei dem 2. wurde das Ileum in das Colon transversum implantirt und dieses mit der Flexura sigmoidea vereinigt, worauf allmählich völlige Heilung des Leidens eintrat.

Ich hatte vor Kurzem Gelegenheit, bei dem gleichen Leiden in ähnlicher Weise vorzugehen.

Es handelte sich um eine 32jährige Kranke, die mehrfach Anfälle von subakutem Gelenkrheumatismus überstanden hatte, sonst im Ganzen gesund gewesen war. Seit Oktober 1899 Schmerzen im Leibe, besonders links vom Nabel, welche nachließen, nachdem sich aus dem Nabel angeblich viel Eiter entleert hatte. Die Fistel soll sich dann geschlossen, aber von Zeit zu Zeit wieder geöffnet und nur wenig Sekret entleert haben. Es konnte damals in dem sehr stark gefalteten Nabel eine ganz enge, für eine feine Sonde nicht durchgängige Fistel konstatiert werden, die nur wenig nicht fäkulent riechende Flüssigkeit absonderte.

Am 6. September wurde der Nabel excidirt, wobei sich der Nabelring nicht ganz geschlossen, aber keine Fortsetzung der Fistel nach der Bauchhöhle nach irgend einer Richtung fand. Nach der reaktionslosen Heilung waren die früheren Beschwerden, wohl in Folge der längeren Ruhe, anfänglich gebessert, traten aber Ende November wieder stärker auf als Schmerzen in der Gegend der rechten und linken Colonflexur und der Gallenblase; dabei im Stuhle reichlich Schleim und Fetzen.

Daher Wiederaufnahme am 31. December.

Bei der mäßig gut genährten, etwas anämisch und elend aussehenden Pat. bestand spontan, so wie in stärkerem Maße bei Druck große Empfindlichkeit an den angegebenen Stellen, dabei Übelkeit, Appetit- und Schlaflosigkeit. Im Stuhle, der meist nur nach Einlauf erfolgte, ziemlich reichlich Eiter und Schleim.

Da eine Regelung der Diät (vegetabilische Kost), Darmeingießungen und medikamentöse Behandlung ganz ohne Einfluss auf den Krankheitsprocess blieben, die Schmerzen vielmehr zunahmten und die Pat. elender wurde, entschloss sich dieselbe zu einem 2. Eingriffe.

Am 21. März Kōliotomie in der Linea alba unter Morphin-Atropin-Äthernarkose: Mäßige Ektasie des Magens in Folge von Adhäsionen zwischen Pylorus und Gallenblase, die zwischen Ligaturen durchtrennt werden. Der Dickdarm, dessen Serosa glatt ist, ist auffallend eng kontrahirt; im Mesocolon mehrfach radiär verlaufende, weißliche, narbige Stränge, wodurch dasselbe verkürzt erscheint.

Das Ileum wird dicht an der Klappe durchtrennt, der periphere Theil eingestülpt und vernäht, der centrale seitlich mit Murphyknopf — da es mir bei der geschwächten Person auf eine möglichst schnelle Beendigung der Operation ankam — in die Flexura sigmoidea implantirt. Etageennaht der Bauchdecken.

Reaktionslose, glatte Heilung. Am 30. März wird der Knopf entleert. Seitdem ist Pat. völlig frei von Beschwerden und erholt sich allmählich völlig, so dass sie am 4. Mai entlassen werden konnte und erklärte, sie habe sich lange nicht so wohl gefühlt wie jetzt. Stuhlgang täglich 1—2mal ohne Nachhilfe. Auffallend war es, dass der Stuhl nicht, wie man nach der Ausschaltung des ganzen Dickdarmes hätte erwarten sollen, dünnflüssig oder breiig, sondern konsistent war.

Dieser in Kürze mitgetheilte Fall beweist, dass die Ausschaltung des ganzen Colon nicht nur keine nachtheiligen Folgen für den Organismus bringt, sondern vielmehr bei chronischen Katarrhen desselben, die jeder Therapie trotzten, zu vollständiger Heilung führen kann.

17) H. Kehr. Wie groß ist heute die Mortalität nach Gallensteinoperationen?

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Zur Beantwortung obiger Frage sieht K. in erster Linie die in Folge seiner reichen Erfahrungen und Übung mit besonderer Sicherheit und mit vorzüglicher Technik ausgeführten 100 Gallensteinoperationen des letzten Jahres heran, die sich aus 215 verschiedenen Einzel Eingriffen zusammensetzen. Sie vertheilen sich auf 75 Frauen (6 †) und 25 Männer (10 †) und stellten nach Abrechnung der in den einzelnen Fällen noch vorgenommenen untergeordneteren Eingriffe 13 Cystostomien (0 †), 19 Cystektomien (0 †), 28 Choledochotomien resp. Hepaticusdrainagen und 40 Gallensteinoperationen mit Eingriffen am Magen, Darne, Pankreas und Komplikationen, wie Carcinom, Sepsis in Folge eitriger Cholangitis und Peritonitis (15 †) dar. Nur in einem einzigen Falle ist Sepsis als Folge der Operation die Todesursache gewesen; in einem anderen war der tödliche Ausgang durch eine Pneumonie veranlasst, während von den übrigen Pat. 12 wegen der erwähnten Komplikationen unter allen Umständen dem Tode verfallen waren. So ist also bei K.'s Fällen die Sterblichkeit nach der Gallensteinoperation als solcher sehr gering (1,7%) gewesen und im Vergleiche zu der früheren — im Ganzen 429 Operationen K.'s mit 3,7% Sterblichkeit — im letzten Jahre noch geringer geworden.

Kramer (Glogau).

18) F. Krumm (Karlsruhe). Zur Frage der Cholecysto-Gastrostomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 21.)

K. hat in einem Falle von Verschluss des Ductus choledochus — durch eine Neubildung des Pankreaskopfes — mit Ektasie der Gallenblase, da die Herstellung einer Anastomose zwischen letzterer und Duodenum nicht möglich war, eine Gallenblasen-Magenfistel angelegt und dadurch den Pat. von seinen lästigen Beschwerden für den Rest seines Lebens befreit. Irgend welche, durch die Einleitung der Galle in den Magen bedingte Störungen seitens des letzteren blieben aus.

Kramer (Glogau).

19) J. Dwyer. Blastomycetic dermatitis and its relations to yaws.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Bd. XIX. Hft. 1.)

D. beschreibt einen Fall, in welchem pathogene Hefepilze auf der Stirn, der Wange, den Handrücken zu markstückgroßen, warzigen, aus zahlreichen Öffnungen reichlich Eiter absondernden Wucherungen führten. Gilchrist, welcher die erste klassische Darstellung von Blastomykose beim Menschen geliefert hat, bestätigte nach histologischer und kultureller Prüfung D.'s Diagnose. Da der vorliegende Fall in seinen Anfangerscheinungen denen von Yaws glich — unter Yaws ist eine in gewissen tropischen Gegenden bei Farbigen endemisch auftretende polypapilläre Haut- und Schleimhautwucherung zu verstehen, von der noch nicht feststeht, ob sie als eigenartige Krankheit oder nur als Erscheinungs-

form von Syphilis aufzufassen ist —, bespricht D. ausführlich die Möglichkeit, dass Blastomykose und Yaws als identisch aufzufassen wären.

Bemerkenswerth ist, dass unter Jodkaligebrauch und Hg-Pflasteranwendung Abheilung mit Narbenbildung schnell eintrat. **Chotzen (Breslau).**

20) **Montgomery-Ricketts.** Three cases of blastomycetic infection of the skin.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Bd. XIX. Hft. 1.)

Bei einem 45jährigen Manne, welcher berufsmäßig mit Getreide hantirte und die Gewohnheit hatte, Getreidekörner zu kauen, entwickelte sich im Laufe eines Jahres aus anfänglichen Einrissen ein Knötchen und aus diesem eine markstückgroße, papilläre Geschwulst. Dieselbe musste, da Jodkali selbst in hohen Dosen — 15 g pro die — sie wenig veränderte, ausgeschnitten werden. Aus der Geschwulst ließ sich ein dem Gilchrist'schen gleicher Sporenpilz züchten. In Schnittpräparaten der Geschwulst ist dieser Pilz nicht nachzuweisen gewesen, vermuthlich weil die Sporen im Gewebe eine körnigem Detritus ähnliche Form zeigen und sich von ihm nicht unterscheiden lassen. Partikelchen der Geschwulst, auf Meer-schweinchen geimpft, erzeugten einen Abscess, aus welchem Reinkulturen des Pilzes zu züchten waren. Beachtenswerth ist die Angabe des Pat., dass von Getreide, welches er vor einem Jahre geerntet hat, ein Theil während des Lagerens in »trockene Fäule« überging, und dass Pferde und Rinder, welche auf dem Acker liegen gelassene Reste jenes Getreides gefressen hatten, kurz nach dem Genusse gestorben wären.

Fall 2. Bei einem Zimmermanne entstand auf dem Handrücken im Anschlusse an eine Verletzung eine warzenartige Wucherung, deren Aussehen einer Tuberculosis verrucosa cutis oder einem papillären Epitheliom glich. Nach einem Jahre heilte die Wucherung auf dem Handrücken ab. Kurs vor ihrem Abheilen entstand nach einer Verletzung beim Rasiren eine gleichartige Geschwulst am Kinne, welche sich allmählich, innerhalb 18 Monaten über die ganze linke Gesichtshälfte ausdehnte. Im Eiter und Gewebe waren Blastomyceten nachzuweisen.

Fall 3. Im Verlaufe von 7 Jahren entwickelte sich bei einem Zimmermanne auf der rechten Schulter aus einer kleinen Blatter eine handflächengroße verruköse Geschwulst, bei deren histologischer Untersuchung Hefepilze, stellenweise in Riesenzellen eingeschlossen, gefunden wurden. Bei der Sektion wurde Miliartuberkulose festgestellt. **Chotzen (Breslau).**

21) **Hyde and Ricketts.** A report of two cases of blastomykosis of the skin in man with a survey of the literature of human blastomykosis.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Bd. XIX. Hft. 1.)

An die Mittheilung von 2 Fällen von Blastomykose, welche sich im Verlaufe von 2 Jahren zu ausgedehnten Granulationsgeschwülden entwickelt haben, besprechen H. und R. die im Laufe von 6 Jahren bisher veröffentlichten 17 Fälle dieser Erkrankung. Für die differentielle Diagnose kommen in Betracht: Lues, wo Jodkali völlige Heilung herbeiführt, und Tuberculosis verrucosa cutis, welche selten multipel auftritt und selten das Gesicht, die Prädisloktionsstelle der Blastomykose, befällt. Der Hefepilz wird wahrscheinlich zuerst in die Haut der Hand oder des Gesichtes eingerieben und von hier aus durch Kratzen auf andere Körperstellen übertragen. 1%ige Jodkaliumlösung, Hefepilzkulturen zugesetzt, hemmt deren Wachsthum; auch bei der menschlichen Blastomykose gehen die Geschwülste auf Jodkalibehandlung etwas zurück, ohne jedoch völlige Abheilung zu Stande zu bringen. Bei Hauttuberkulose erweist sich Jodkali als völlig wirkungslos.

Chotzen (Breslau).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 31. Sonnabend, den 3. August. 1901.

Inhalt: M. Jaffé, Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall. (O.-M.)

1) Gottstein, Ösophagoskopie. — 2) Mühsam, Antiperistaltik. — 3) Klemm, 4) Merrens, 5) Klemm, Appendicitis. — 6) Rose, 7) Borchgrevink, Bauchfelltuberkulose. — 8) Kelling, Hernia epigastrica. — 9) Busse, Nabelbruch. — 10) Stieda, Magenoperationen. — 11) Stieda, Pylorotomie. — 12) Schloffer, Traumatische Darmverengerungen. — 13) Kukulka, Autointoxikationen bei Darmverschluss. — 14) van Angelen, Atresia anorectalis. — 15) Prutz, Mastdarmkrebs.

Th. Kölliker, Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt. (Original-Mittheilung.)

16) Benissowitsch, Ascites bei Lebercirrhose.

Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes im freien Intervall.

Von

Dr. Max Jaffé in Posen,

Oberarzt am städt. Krankenhause und am Krankenhause der jüdischen Gemeinde.

Mit Recht wird in verschiedenen Aufsätzen der letzten Nummern dieses Blattes auf die Schwierigkeiten wieder hingewiesen, welche unter Umständen die Entfernung des Wurmfortsatzes auch im freien Intervall mit sich bringen kann. In den meisten Fällen giebt allerdings die vordere Tänie einen ausgezeichneten Leitfaden zur Auffindung der Appendix (No. 27 d. Bl.) — diese Angabe ist, so viel ich weiß, zuerst von Körte gemacht. Aber auch dieses Hilfsmittel kann versagen; und auch die sonst vorzügliche Beckenhochlagerung (No. 28 d. Bl.) kann uns im Stiche lassen.

Heute möchte ich bloß mit wenigen Worten die Frage berühren, ob nicht gewisse Grenzen gezogen sind für die Appendicektomie im anfallsfreien Stadium, und ob wir nicht gut daran thun, unter bestimmten Umständen von derselben abzustehen und einen anderen Weg einzuschlagen.

Es ist genügend oft dargestellt worden, welche verschiedenen Lagen der Wurmfortsatz einnehmen kann. Eine allerdings selten vorkommende Situation ist die Anschmiegung seiner einen Längs-

seite an die Längsseite des Coecum. Bildet sich nun in dieser Wand des Wurmfortsatzes ein Geschwür, so entstehen unter dem Einflusse des von demselben ausgehenden Reizes schneller oder langsamer Verwachsungen zwischen Appendix und Coecum; und nun bricht bei weiterem Fortschreiten das Appendixgeschwür direkt in den Blinddarm durch; ist es vorher zu einem Abscess in der Darmwand gekommen, so entleert sich auch dieser in das Coecum. Peritoneale Processe, welche für uns sonst zu dem Pathognomischen in dem Krankheitsbilde einer Perityphlitis gehören, spielen unter den soeben geschilderten Bedingungen eine relativ geringe Rolle. Während so der Krankheitsprocess rasch beendet sein kann, kommt es bisweilen zu weiteren Störungen. An die Ulceration und die Perforation schließen sich chronisch entzündliche Processe, hauptsächlich der Darmschleimhaut. Es kommt zu Wucherungen, Infiltraten und Narben zumal in der Nähe der Bauhin'schen Klappe, genau in der nämlichen Weise, wie dies uns schon bekannt ist bei Ulcerationen in der Nähe anderer Darmostien. Hervorgehoben muss werden, dass weder Tuberkulose, noch Aktinomykose, noch Lues nöthig sind, um solche chronisch entzündlichen Processe zu unterhalten; vielmehr genügen die gewöhnlichen Eitererreger vollkommen zur Produktion des genannten Bildes. Als weiterer Folgezustand kann sich eine Darmstenose entwickeln, naturgemäß am ersten an dem dazu prädisponirten Darmabschnitte an der Valvula Bauhini.

Suchen solche Kranke unseren Rath, so konstatiren wir Tumor in der Coecalgegend, Schmerzen und Zeichen erschwerter Darmassage. Das letztere Symptom braucht uns, da es auch sonst vielfach aus anderen Gründen in den verschiedenen Stadien der Perityphlitis vorkommt, von der Diagnose Appendicitis nicht abzuhalten. Aber besonders bei älteren Leuten darf man bei solchem Symptomenkomplex mit gutem Rechte auch an einen malignen Darmtumor denken. Unter dieser Diagnose habe ich einer älteren Frau eine Darmresektion nach der für Dickdarmresektionen ausgezeichneten zweizeitigen v. Mikulicz'schen Methode gemacht, und erst am resecirten Darmstücke habe ich schließlich wahrnehmen müssen, dass, wie durch die mikroskopische Untersuchung später bestätigt wurde, kein Tumor im engeren Sinne des Wortes bestand; vielmehr handelte es sich um eine chronisch entzündliche Darmgeschwulst, ausgehend von einer Perforation der Appendix in das Coecum; keine Tuberkulose, keine Aktinomykose. Aber durch Appendixresektion wäre der Fall nie zu operiren gewesen. Wie man auch nachher am Präparate es anstellen wollte, um die Appendix abzulösen, immer fiel man sofort in das Coecum. Wurmfortsatz und Coecum bildeten ein unzertrennbares, schwer zu deutendes Ganzes; Wucherungen, besonders der Schleimhaut, und Narben wechselten; an der Valvula Bauhini bestand als Folge dieser Processe eine Stenose. Einen sehr ähnlichen Fall operirte ich unter richtiger Diagnose bei einem jungen Individuum, resecirte, und beide Fälle genasen.

Allerdings nahmen beide Heilungen einen sehr protrahirten Verlauf; Darmfisteln bestanden sehr lange, und diese lange Heilungsdauer brachte es zu Wege, dass, als ich bei einem jungen Mädchen vor kurzer Zeit auf ähnliche Verhältnisse stieß, ich es trotz der schon gemachten Erfahrungen durchsetzen wollte, die Appendix zu finden. Aber es war falsch, diese Versuche fortzusetzen, denn sie gelangen nicht und konnten auch, wie das Präparat später gelehrt hat, unmöglich gelingen. Es kam zur unbeabsichtigten Eröffnung des Coecums, und ich sah mich veranlasst, wegen einer hochgradigen Stenose an der Valvula Bauhini (entsprechend der Anamnese, in welcher Darmpassagestörungen eine große Rolle gespielt hatten) eine Enteroanastomose hinzuzufügen. Die Pat. starb an Sepsis, welche eine Folge der ziemlich unvermuthet geschehenen Eröffnung des gefüllten Blinddarmes war. An dem durch die Autopsie gewonnenen Präparate war trotz eifrigsten Suchens der Wurmfortsatz nicht zu konstruieren. Nicht einmal der Eingang zu einem solchen vom Coecum aus war bei exaktestem Nachsehen zu erforschen. Ulcerationen, überaus starke Schleimhautwucherungen und stark stenosirende Narben machten jede Deutung unmöglich. Keine Tuberkulose, keine Aktinomykose.

Die Fälle sollen lehren, dass bei gewissen Formen von Appendicitis, zu welchen eine bestimmte Lage der Appendix prädisponirt, von einer Exstirpation derselben im freien Intervall, auch bei größter Beherrschung der Technik, keine Rede sein kann. Es darf hervorgehoben werden, dass diese Fälle von vornherein leicht erscheinen können; denn sie gehen — so scheint es mir wenigstens — mit geringen peritonealen Krankheitserscheinungen einher, entsprechend der oben gegebenen Darstellung der frühzeitigen Perforation des Geschwürs in das Coecum. Hingegen treten Störungen der Darmpassage in den späteren Stadien der Krankheit hervor. Statt vergeblichen Suchens nach der Appendix ist in solchen Fällen die Darmresektion, event. auch, bei vorwiegenden Stenosensymptomen, die Enteroanastomose das richtige Verfahren.

1) **Gottstein.** Technik und Klinik der Ösophagoskopie.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

H. giebt im vorliegenden ersten Theile einer großen, zusammenfassenden Arbeit über obiges Thema zunächst das Allgemeine über die Ösophagoskopie. Im geschichtlichen Rückblicke weist er zunächst nach, wie nach unvollkommenen früheren Ansätzen die praktisch anwendbare Ösophagoskopie erst 1880 damit begann, dass v. Mikulicz zeigte, dass man sehr gut mit einem geraden, starren Rohre die Speiseröhre direkt besichtigen könne, dass man der umständlichen indirekten Besichtigung auf dem gekrümmten Wege entrathen könne. Sodann beschreibt G. das Instrumentarium, wie es jetzt ausgebildet ist; es weicht nur in Unwesentlichem von dem ursprünglichen v. Mikulicz'schen ab. Ausführlich werden dann dargestellt die Vor-

bereitung des zu untersuchenden Kranken, die Technik der Einführung, die Hindernisse dabei und die Kontraindikationen der Ösophagoskopie, ihre Gefahren. Bezüglich der Grenzen der Anwendbarkeit sei hervorgehoben, dass nach den Erfahrungen der letzten Jahre an der v. Mikulicz'schen Klinik es unter 100 Fällen nur 6mal völlig misslang, das gerade Rohr einzuführen. In 2 dieser Fälle kam man aber noch mit dem Kelling'schen Instrumente zum Ziele, welches gegliedert ist und erst nach der Einführung gestreckt wird.

Es wird sodann das Verhalten der normalen Speiseröhre im ösophagoskopischen Bilde geschildert und besonders hervorgehoben, wie manche anatomische Vorstellungen durch die Untersuchung des lebenden Menschen zu korrigiren sind. So ist die Speiseröhre vom Jugulum bis zur Cardia nicht ein zusammengeklapptes, sondern ein offenes, lufthaltiges Rohr; die Schleimhaut ist glatt, liegt nicht in Längsfalten, der Verlauf ist ein fast gerader, die Krümmungen, wie sie in anatomischen Werken dargestellt sind, sind postmortale Veränderungen. Zum Schlusse werden in einem Anhang die verschiedenen Angaben der Anatomen über die Lage der Cardia zusammengestellt; danach wird dieselbe am häufigsten in die Höhe des 9. bis 11. Brustwirbels verlegt.

Haeckel (Stettin).

2) **Mühsam.** Experimentelles zur Frage der Antiperistaltik. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Weitere Ausführung eines in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins gehaltenen Vortrages, welcher in diesem Centralblatt 1900 p. 279 referirt ist.

Haeckel (Stettin).

3) **Klëmm.** Über die Ätiologie der akuten Erkrankung des Processus vermiformis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1901. No. 21.)

K. giebt in einem kurzen Aufsätze die Resultate seiner Untersuchungen über Entstehung der Appendicitis. Der Wurmfortsatz ist, wie die Mandeln, im jugendlichen Alter ein exquisit lymphatisches Organ, das im jugendlichen Körper als Schutzorgan gegen Infektionen dient, eben so wie der lymphatische Schlundring das Einbrechen der Mikroben in den Körper verhindert. Mit vorrückendem Alter wird der Körper immuner gegen die Infektion mit Eitererregern, daher ist dann die lymphatische Substanz nicht mehr nöthig, sie geht regressive Veränderungen ein; so erklärt sich die Rückbildung der Appendix jenseits der 40er Jahre.

K. fand konstant auf den Follikeln des Wurmfortsatzes das Bacterium coli; durch centrifugal gerichtete Leucocytenströme wird das Bacterium coli verhindert, im Wurmfortsatze infektiös zu wirken. Tritt aber unter Umständen, die uns noch nicht näher bekannt sind, eine Störung darin ein, so tritt die Infektion ein. So ist die Appen-

dicitis den Infektionskrankheiten zuzurechnen und in die Klasse der Eiterkrankheiten des wachsenden Individuums einzureihen, welche sich hauptsächlich im lymphatischen Apparate abspielen und in der Lymphadenitis und Osteomyelitis in ihren mannigfachen bakteriologischen Varianten ihre Hauptvertreter finden. **Haeckel** (Stettin).

4) **Merkens.** Über allgemeine Peritonitis nach Appendicitis. (Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

M. berichtet über 49 neue Fälle von Peritonitis bei Appendicitis aus Sonnenburg's Material und setzt die Principien der Behandlung aus einander. Mit Opium soll man sehr zurückhaltend sein, vielmehr für Entleerung des Darmes durch Klysmata, event. Abführmittel sorgen. Je mehr die Diagnose eines Abscesses oder Exsudates gesichert ist, desto leichter wird man sich zur Operation entschließen; ist dies nicht der Fall, und bieten die Kranken das Bild allgemeiner peritonealer Toxinämie dar, so verzichtet man lieber auf die Operation. Abwartendes Verhalten wird empfohlen, wenn kein Eiterherd sicher nachweisbar und in den ersten Tagen der Erkrankung die Schmerzhaftigkeit nicht auf die Ileocoecalgegend beschränkt ist, sondern allgemeine Empfindlichkeit des Bauches auf eine frische, diffuse Reizung des Peritoneums hinweist; in diesem Stadium birgt die Operation große Gefahren in sich; wartet man dagegen ab, so wird der Eiterherd durch festere Verwachsungen abgekapselt. Meist wird der Sonnenburg'sche Flankenschnitt ausgeführt; kann man dem Eiter bequemer vom Mastdarme oder der Scheide aus beikommen, so geschieht dies. Wenn man den Wurmfortsatz ohne Mühe und, ohne lange in der Eiterhöhle herumzutasten, entfernen kann, so soll man es thun; doch soll man nicht vergessen, dass es vorläufig nur darauf ankommt, die Eiterung zu beherrschen. Das Anlegen mehrerer großer Schnitte, Auspacken der Därme und Ausspülen der Bauchhöhle wird verworfen.

Von progredienter eitrig-fibrinöser Peritonitis wurden 32 Fälle operirt mit 21 Heilungen = 60 $\frac{1}{2}$ %; von diffus eitriger 17 Fälle mit 10 Heilungen = 59%. Bei letzterer Form hatte Sonnenburg in seiner früheren Serie nur 25% Heilungen. Der Unterschied erklärt sich zum größten Theil daher, dass in den letzten Jahren die Grenzen der noch operablen Fälle enger gezogen wurden. **Haeckel** (Stettin).

5) **Klemm.** Über die chronische Form der Appendix-erkrankung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1900. No. 46.)

K. setzt in einem Vortrage seine Anschauungen über chronische Appendicitis aus einander; statistische Daten und Einzelheiten giebt er nicht. — Theilt man die akute Appendicitis ein in die katarrhale, die ulcerös-perforative und die gangränöse Form, so kann es

zur chronischen Appendicitis nur bei den ersten Formen kommen; denn bei der gangränösen wird der Wurmfortsatz vollständig eliminiert; kommen die Pat. mit dem Leben davon, so sind sie recidivfrei.

Bei der katarrhalischen Form kommt es wesentlich durch Strikturbildung zur chronischen Erkrankung; diese ist entweder eine Appendicitis chronica, ohne Attacken, mit unbestimmten Symptomen von Seiten der Ileocoecalgegend, oder eine Appendicitis recidiva mit stets neu auftretenden Attacken. In beiden Fällen soll man operiren. Hat eine ulcerativ-perforative Form bestanden, bei welcher operativ eingegriffen worden ist, der Wurmfortsatz aber nicht entfernt wurde, so kann man abwarten, ob die Recidive nicht ausbleiben, da gelegentlich eine Verödung der Appendix beobachtet wurde. Tritt aber doch ein Recidiv auf, so soll auch hier die kalte Exstirpation erfolgen.

Haeckel (Stettin).

6) U. Rose. Über den Verlauf und die Heilbarkeit der Bauchfelltuberkulose ohne Laparotomie.

(Mittheilungen aus d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

R. geht von dem sehr richtigen Gedanken aus, dass man zur Beurtheilung des Werthes der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose vor Allem erst einmal wissen müsste, wie denn der Verlauf dieser Erkrankung ohne Operation ist. Dafür liegen aber, mit Ausnahme der Arbeiten von Borchgrevink, in der Litteratur absolut keine sicheren Untersuchungen vor; Alles, was diese Fragen berührt, ist ganz allgemein gehalten und beruht ausschließlich auf vagen Eindrücken der Autoren, nicht auf exakten statistischen Untersuchungen. Die Meisten halten eine spontane Heilung für sehr selten, so dass bei dieser pessimistischen Anschauung die Resultate des Chirurgen berechnete Bewunderung erregen mussten. Allein schon eine kritische Durchmusterung der Operationsresultate lässt erkennen, dass Dauerresultate, d. h. Heilung mindestens 2 Jahre nach der Operation konstatirt, erheblich weniger zahlreich sind, als die nackten Zahlen der Statistiken vermuthen lassen.

Zuerst zeigt R., wie weit man heute auch ohne Operation eine nahezu sichere Diagnose auf Bauchfelltuberkulose stellen kann; er hebt hervor, wie gerade für die Diagnostik der Bauchfelltuberkulose die operative Ära in so fern von hohem Werthe gewesen ist, als sie gezeigt hat, dass diese fast nie fehlt, wo sie vermuthet wird, dass sie aber oft vorhanden ist, wo man sie nicht vermuthet.

R. giebt sodann einen Bericht über 69 Fälle von Bauchfelltuberkulose, die in den letzten 14 Jahren auf der Naunyn'schen Klinik beobachtet sind. Scheidet man diejenigen Fälle aus, die zur chirurgischen Behandlung weiter gegeben wurden — 4 —, so wie diejenigen, über deren späteres Schicksal keine Nachrichten zu erhalten waren, so bleiben 52 Fälle übrig, und von diesen sind rund zwei Drittel gestorben und ein Drittel geheilt. Von den Geheilten weisen 13 eine Heilungsdauer von über 2 Jahren, 8 davon sogar von

5 Jahren und darüber (bis zu 8, 9 und 10 Jahren) auf, genügen also, was Beobachtungszeit anlangt, den weitgehendsten Ansprüchen.

Wenn Koenig vor 10 Jahren nach der von seinem Schüler Philipps aufgestellten Statistik den Ausspruch that, die Operation heile etwa ein Viertel aller Bauchfelltuberkulosen, so müssen wir jetzt Angesichts der konstatirten Heilung von einem Drittel der Fälle bei konservativer Behandlung mehr von der Laparotomie verlangen. Allerdings sind die Heilungsergebnisse mancher Chirurgen erheblich besser; allein das sind oft sehr kleine Beobachtungsreihen. Sodann ist zu bedenken, dass bei den konservativ Behandelten alle, auch die ungünstigsten, oft mit schwerer Lungentuberkulose etc. komplizirten Fälle mit in die Statistik genommen sind, während die Operirten ein ausgewähltes Material darstellen, in so fern z. B. Kranke mit schwerer Phthise wegen gleichzeitig bestehender Bauchfelltuberkulose überhaupt nicht zum Chirurgen kommen.

Zusammen mit den Resultaten der Arbeit von Borchgrevink ist der Aufsatz R.'s in hohem Maße geeignet, unsere Anschauungen vom Werthe der Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose einer gründlichen Revision zu unterziehen.

Haeckel (Stettin).

7) Borchgrevink. Zur Kritik der Laparotomie bei der serösen Bauchfelltuberkulose.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

B. untersuchte bei 22 Laparotomirten mit serösem Exsudat genau excidirte Stückchen des Bauchfelles und fand, dass die Tuberkel in denjenigen Fällen, welche am leichtesten heilten, schon bei der Laparotomie in vorgeschrittener Heilung sich befanden, während die Pat., deren Tuberkel bei der Operation keine oder geringe Heilungsvorgänge zeigten, durchgehends nicht geheilt wurden. Es starben später 8 = 36,4%; es heilten 14 = 63,6%.

Um einen Vergleich zu den Resultaten der chirurgischen Behandlung zu haben, verfolgte B. 22 nicht operirte Fälle, in denen er entweder durch Verimpfung von Punktionsflüssigkeit oder klinischen Verlauf, Tuberkulose anderer Organe u. A. mit Sicherheit tuberkulöse Peritonitis feststellte. Von diesen heilten 18 = 81,8%. Es ergibt sich also das überraschende Resultat, dass die Erfolge konservativer Behandlung — 81,8% — weit besser sind als die Resultate der Operation, durch die durchschnittlich 65—70% primäre Heilungen erzielt werden.

B. fand ferner, dass das Vorkommen einer einfachen chronischen, von Tuberkulose unabhängigen Peritonitis sehr unwahrscheinlich ist, dass die einfache, chronische, sog. idiopathische Peritonitis mit Bildung kleiner Fibroide, in denen weder Tuberkelbacillen noch Riesenzellen zu finden sind, nicht, wie man annimmt, nicht-tuberkulöser Natur ist, sondern doch auf Tuberkulose beruht.

B. kommt zu dem hochbedeutsamen Schlusse, dass die nach der Laparotomie wahrgenommenen Heilungen nicht der Operation, sondern der spontanen Heilungstendenz, welche die bacillenarmen Bauchfelltuberkel auszeichnet, zu verdanken sind. Die ohne oder mit geringem Fieber einhergehenden Formen der serösen Bauchfelltuberkulose verlaufen von selbst günstig, bei ihnen ist die Laparotomie entbehrlich; bei den progressiven, mit konstantem Fieber verlaufenden Formen dagegen schadet die Laparotomie. Sie ist also für alle Fälle zu verwerfen.

Haeckel (Stettin).

8) **G. Kelling.** Über die Entstehung des nervösen Reizzustandes des Magens bei Hernia epigastrica und über einen zweiten epigastrischen nervösen Druckpunkt.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 40.)

Aus den Untersuchungen von Head geht hervor, dass der Magen mit den in seiner Höhe liegenden Territorien des Rückens und der Bauchwand einen ziemlich einheitlichen Sensibilitätsbezirk bildet. Aus der Vereinigung der beiden Wurzeln, dem Truncus, geht ein hinterer sensibler Ast an den Rücken und die Bauchwand und ein vorderer sympathischer Ast an die Eingeweide. Reizungen in den sensiblen Bauchwandnerven können durch Irradiation Reizzustände in den sympathischen Eingeweidenerven hervorrufen, und umgekehrt. Der erste epigastrische Druckpunkt entspricht dem Nervenplexus, welcher von der Aorta auf die Art. coeliaca und mesenterica superior (Ganglion coeliacum) übergeht. Es ist derjenige, welcher vom Magengeschwüre etc. aus (welches ganz wo anders liegen kann) erregt wird. Andererseits wird von den beiden Arten der epigastrischen Hernien, dem echten Eingeweidebruche mit seinen Folgen der Einklemmung etc. und dem einfach aus dem Fascienpalte herausgeschobenen properitonealen Netzklümpchen ohne irgend welche peritoneale Beziehung durch Verwachsungen o. dgl. der Reiz auf den Magen übertragen. Bei den letzteren ist noch eine Prädisposition durch Neurasthenie und Anämie häufig in Rechnung zu ziehen. Die Reizzustände des Magens äußern sich in dem bekannten Symptomenkomplex, Sodbrennen, motorische Schwäche etc. Durch Vermittlung der Anämie auf sympathisch-nervöser Grundlage entwickeln sich dann auch die Wechselbeziehungen zwischen Magengeschwür und Hernia epigastrica, welche für die Diagnose und die Therapie Verlegenheit bereiten können. Es sollen nur die Hernien operirt werden, welche Beschwerden durch Abklemmung machen, oder durch Druckempfindlichkeit und Druckpunkte am Ganglion coeliacum, den Interkostalnerven die Erregung der Magennerven und seine Reizzustände erklären lassen. Der in der Überschrift genannte zweite epigastrische nervöse Druckpunkt entspricht der Lage des Pylorus und bezieht sich auf die zuweilen räumlich getrennte rechte Hälfte des Plexus coeliacus — Ganglion coeliacum dextrum.

H. Frank (Berlin).

9) Busse. Zur Radikaloperation der Nabelbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

In der v. Eiselsberg'schen Abtheilung wurden in den letzten 5 Jahren 22 Nabelbrüche behandelt, darunter 20 bei Erwachsenen. Reichliche Nahrungsaufnahme, eine körperliche Anstrengungen vermeidende Lebensweise spielen in der Ätiologie der Entstehung solcher Brüche bei den Erwachsenen unter den beobachteten Fällen eine große Rolle. Männer oder Frauen der arbeitenden Bevölkerung dagegen waren unter den Trägern der behandelten Nabelbrüche nicht vertreten. Unter den ätiologischen Faktoren werden Erblichkeit, Traumen, Geburten mit oder ohne Komplikationen erwähnt. Meist waren die Brüche zuerst reponibel, konnten aber später nicht mehr zurückgebracht werden. Die meisten derselben nahmen auch mit den Jahren an Größe zu; die Symptome waren sehr wechselnd: Störungen der Magen- und Darmthätigkeit, Leibscherzen, Entzündungserscheinungen, Belästigung bei Bewegungen u. a. m. Vielfach bestand schließlich völlige Arbeitsunfähigkeit. Warum bei Fettleibigkeit im Vereine mit anderen Ursachen speciell traumatischer Art gerade Nabelbrüche entstehen, ist bei der geringen Widerstandsfähigkeit der alten Nabellücke leicht verständlich. Die Größe der beobachteten Fälle schwankte zwischen der einer Walnuss und eines Mannskopfes. Zur Operation gaben entweder die heftigen Beschwerden oder Einklemmungserscheinungen die Veranlassung.

Die Operation wurde ausgeführt nach der Methode von Condamin mit Modifikationen je nach Lage des Falles. Der Bruch wurde umschnitten, das Bauchfell eröffnet, vorliegendes Netz resecirt, vortretende Darmschlingen event. reponirt. Der Nabel mit Bruchsack und Haut wurde total extirpirt. Die Naht erfolgte in 3 Etagen, Bauchfell, Rectusscheide, Haut. In gleicher Weise wurde so bei eingeklemmten wie freien Brüchen verfahren. In den weitaus meisten Fällen wurde als Bruchinhalt Netz gefunden.

Was nun die Resultate der operativen Behandlung der Nabelbrüche anlangt, so endeten von den nicht eingeklemmten Fällen 6,6%, von 4 inkarcerirten 1 tödlich. Die Gesamtsterblichkeit aller Fälle betrug 10,5%. Die Wundheilung war im Allgemeinen eine gute; mehrfach wurden von vornherein Drainröhren eingelegt. Was die Dauerheilung betrifft, so sind recidivfrei 57%, mit Recidiv behaftet 43%. Nur die nicht zu großen Brüche versprechen ein gutes Dauerresultat; deshalb soll man mit einem operativen Eingriffe nicht zu lange zögern. Sind die Brüche über apfelgroß, so sind die Aussichten auf Dauerheilung nur halbe; bei noch größeren Brüchen sind sie noch geringer. Bei solchen umfangreichen Brüchen empfiehlt es sich, zuerst eine Entfettungskur und erst dann eine Operation vorzunehmen. Bei 2 Pat. wurde wegen Recidivs zum 2. Male die Radikaloperation vorgenommen. Ein zweckmäßiges Verhalten nach dem Eingriffe, bestehend in Regelung der Lebensweise und Kräftigung der Bauchdecken durch Massage und Turnübungen, sollen

zur Erhaltung des erzielten operativen Erfolges energische Verwendung finden. Die Methoden der Naht für den Verschluss finden eine eingehende Besprechung, ferner wird auch der verschiedenen plastischen Verfahren zur Verstärkung des Bauchdeckenverschlusses Erwähnung gethan. Die Schilderung der Krankengeschichten und ein umfangreiches Litteraturverzeichnis beschließen die interessante Arbeit.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

10) A. Stieda. Über die Vorbereitung und Nachbehandlung bei Magenoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Verf. schildert, wie man bei Magenoperationen die Pat. vorbereiten und nachbehandeln soll. Gerade Magenleidende gelangen in einem oft sehr heruntergekommenen Zustande in chirurgische Behandlung, und will man gute Resultate auf diesem modernen Gebiete der Chirurgie erzielen, so wird man bis ins Kleinste, ja bis aufs Kleinlichste seine Maßnahmen treffen müssen. In dieser Weise geht die Arbeit des Verfs. auf Alles ein, was die Erfolge fördern kann, bis zu einer minutiösen Durchführung. Im Allgemeinen dürften allerdings auch anderwärts die gleichen Principien befolgt werden, um die Gefahren, die durch Collaps und Infektion solchen Kranken drohen, zu vermeiden oder zu überwinden. Die Wahl der Operationsmethode hält S. für wichtig und dem Kräftezustande anzupassen. Darum empfiehlt er gegebenen Falles die Jejunostomie, und zwar als präliminare Operation oder aber auch als definitive. So würde sie als endgültige Operation genügen bei den Fällen von Geschwür des Magens oder Zwölffingerdarmes und bei den Magenverätzungen, bei denen keine wesentliche organische Stenose vorhanden ist.

Beherzigenswerth ist, was S. über die postoperative Stagnation des Mageninhaltes und den Circulus vitiosus sagt. Er führt eine Reihe von Thatsachen an, welche ihn zu der Ansicht gebracht haben, dass nicht rein mechanische Verhältnisse, nicht die Art der Anlegung der Gastroenterostomie allein Schuld an diesem misslichen Vorkommnis tragen, sondern dass dieses oft durch einen Mangel in der motorischen Funktion und Kraft des Magens seine Ursache habe. Jedenfalls übt der Eingriff auf den an sich geschwächten Magen noch eine weitere Schädigung im Sinne einer Verstärkung der Atonie aus, deren Folgezustände es zu den Erscheinungen eines gastro-jejunalen Ileus kommen lassen. Diesem Zustande begegnet man am besten durch eine Einschränkung der Nahrungszufuhr durch den Mund, ferner durch frühzeitige Entleerung des angefüllten Magens mittels Schlauch, event. mit vorsichtiger Aspiration, aber ohne längere Ausspülung. Eine Gastroenterostomie wird einen Erfolg nur da bringen, wo man noch auf eine gewisse Thätigkeit des Magens rechnen kann. Wo dies nicht der Fall ist, käme die Jejunostomie oder die Witzelsche Gastroenterostomia externa in Frage. Natürlich können auch mechanische Verhältnisse den Erfolg einer Magen-Darmfistel in Frage

stellen. Deshalb bevorzugt v. Eiselsberg die Methode von v. Hacker (Gastroenterostomia retrocolica posterior).

Zum Schlusse finden die nach den Magenoperationen auftretenden Komplikationen, wie Blutungen, Pneumonie und Peritonitis, eine kurze Besprechung. Von einer Relaparatomie bei letzterer erwartet Verf. selten einen Nutzen. Mit der Eröffnung umschriebener Abscesse nach überstandener Allgemeinperitonitis soll man sich nicht zu sehr beeilen.

S. hält es für wichtiger, »bei Magenoperationen richtig mit Magenschlauch und Irrigator umzugehen, als neue Methoden der Gastroenterostomie zu erfinden«.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

11) A. Stieda. Zur Geschichte der cirkulären Pylorektomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 391.)

Gegenüber den Prioritätsansprüchen, die Rydygier wiederholt und erst neuerdings wieder auf die 1. Billroth'sche Magenresektionsmethode erhoben hat, hat S. auf Anregung v. Eiselsberg's zusammen mit Lempp die einschlägige Litteratur daraufhin geprüft, ob Rydygier's Ansprüche gerecht sind. Er kommt zu einem abschließenden Resultate: Das geistige Eigenthum der Konzeption der Operationsmethode gehört Billroth und seiner Schule. Die Bezeichnung »1. Billroth'sche Resektionsmethode« soll zu Recht bestehen bleiben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

12) Schloffer. Über traumatische Darmverengerungen.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

Angeregt durch eine eigene Beobachtung am Menschen — schwere Quetschung des Bauches, danach Symptome chronischer Darmstenose, Resektion der Striktur, Heilung — widmete sich S. dem Studium der Entstehung von Darmstrikturen durch stumpfe Gewalt und führt zunächst die wenigen in der Litteratur niedergelegten Fälle dieser Art auf; alle betrafen sie den Dünndarm oder den Pylorus. Da die bisherigen klinischen Beobachtungen und Thierexperimente nur einen sehr ungenügenden Anschluss über die Frage der Bildung traumatischer Darmstrikturen geben, so führte S. in großem Maßstabe Experimente an Thieren aus. Er quetschte bei Hunden den Darm mit einem Dieffenbach'schen Nadelhalter, es wurden isolirte Defekte der Muscularis oder der Schleimhaut des Darmes oder beider zugleich gesetzt, endlich Unterbindungen der Mesenterialgefäße in kurzem Bezirke vorgenommen. Dabei zeigte sich, dass derartige Verletzungen, wenn sie nicht zum Tode führten, fast stets mit einer Restitutio ad integrum endigten und nicht zur Striktur führten, wofern die Submucosa von der Schädigung nicht mit betroffen wurde; es ist wahrscheinlich, dass namentlich ausgedehnte Schädigungen der Submucosa Strikturbildung begünstigen. Strikturen entstehen ferner durch Einstülpung der Darmwand im Sinne einer beginnenden Invagination, wenn durch traumatische

Zerstörung der Muskulatur die Rigidität der Darmwand verloren gegangen ist. Es können ferner Narbenstrikturen des Darmes nach Verletzungen des Mesenteriums eintreten ohne direkte Verletzung des Darmes selbst; es kommt dabei durch eine den ganzen Umfang des Darmes betreffende Cirkulationsstörung zur Nekrose entweder nur der innersten Schichten der Darmwand, oder aber zur Nekrose der ganzen Dicke der Darmwand mit rechtzeitig eintretenden Verwachsungen, welche der Perforationsperitonitis vorbeugen. Ferner können vollkommene oder theilweise Durchreißungen des Darmrohres in Ausnahmefällen durch rechtzeitige Verklebungen mit der Umgebung ausheilen und dann zu einer Darmstriktur führen. Weiter können traumatische Strikturen entstehen nach einer durch das Trauma bedingten echten Invagination nach Ausheilung derselben und Abstoßung des invaginirten Theiles durch den After.

Auch partielle Zerstörungen des Darmes, selbst unvollständige Risse seiner Wand können zur Verengung führen, auch eine Knickung der Darmwand kann eine ähnliche Rolle spielen. Endlich können selbstverständlich traumatische Verwachsungen von Darm-schlingen unter einander, so wie traumatische Verwachsungen von Netzsträngen zur Stenose führen.

Die ausführlichen Versuchsprotokolle und eine reiche Zahl schöner Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

Haecckel (Stettin).

13) Kukula. Untersuchungen über Autointoxikationen bei Darmocclusionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Die Rolle, welche Autointoxikationen bei den Krankheitserscheinungen des Ileus und der Darmverschlüsse spielen, hat in den letzten Jahren seit Borchard eine große Zahl von Bearbeitern gefunden. Nach einer eingehenden, den ersten Theil der Arbeit bildenden Prüfung der Gesamtlitteratur über diese Frage kommt Verf. zu dem Schlusse, dass, so viel chemische und toxische Substanzen auch in Betracht kommen, doch keine einzige bis jetzt zu einer wissenschaftlichen Klärung der beim Ileus auftretenden Vergiftungserscheinungen herangezogen werden kann. Bis jetzt sind wir bloß theoretisch einen Schritt vorwärts gekommen, aber qualitative Befunde und Bestimmungen reichen zu einer wissenschaftlichen Begründung nicht hin. Veranlasst durch 3 Ileusfälle, welche an Intoxikationen zu Grunde gingen, die durch die Sektion nicht erklärt wurden, hat K. 3 Jahre lang diese Vergiftungserscheinungen näher studirt und berichtet nun über das bisherige Resultat seiner Untersuchungen.

Zuerst spritzte K. den Darminhalt, den er bei akuten oder chronischen Darmverschießungen gewonnen hatte, den Versuchsthieren, Ratten, Mäusen, Meerschweinchen und Hunden, ein, nachdem er denselben durch Chamberland'sche Thonfilter filtrirt und die Sterilität kontrollirt hatte. Das Ergebnis dieser Versuchsreihe war ein fast

negatives. Eine Reihe der Thiere reagirte kaum auf die Injektionen. Bei den wenigen Fällen, welche tödlich verliefen, kann man aus dem negativen, d. h. sterilen Blutbefunde auf eine Intoxikation schließen. Auch das Ergebnis von 14 Experimenten, in welchen an den Thieren künstlich ein Darmverschluss hergestellt und der Darminhalt, resp. das Blut auf seine Toxicität geprüft wurde, war unbefriedigend.

In einer zweiten Versuchsreihe war Verf. bestrebt, die Misserfolge der ersten dadurch zu vermeiden, dass er zur Erzielung eines Darmverschlusses, der sich bei den ersten Experimenten so schwierig erwiesen hatte, den Darm in größerer Ausdehnung längs faltete und durch die so behandelten Partien Ligaturen anlegte. Nunmehr kam es in der That bei 7 Thieren zu dem gewünschten Resultate. Bezüglich des bei diesen Fällen im Harn gefundenen Indikan und Phenol ergab sich, dass diese Stoffe als Ursache der Autointoxikation keine ausschlaggebende Rollen spielen. Denn in keinem Falle wurden sie in solcher Menge ausgeschieden, dass sie toxische Erscheinungen hätten hervorrufen können. Diese Thatsache gilt auch dann, wenn etwa nicht alles Indol und Phenol durch den Harn ausgeschieden werden sollte, sondern die Hälfte durch Oxydation verschwände. Werthlos ist indessen die Bestimmung der beiden genannten Stoffe nicht, denn sie ist in vielen Fällen ein Indikator für die Fäulnisvorgänge im Darmkanale. Die Untersuchungen des Harns auf Eiweiß gaben die geringsten Resultate.

Der von diesen mit Ileus behafteten Thieren gewonnene Darminhalt wurde vom Verf. in einer eigenen, im Original näher zu studirenden Weise verarbeitet und dann anderen Versuchsthiere injicirt. Das Resultat waren überall mehr oder weniger starke Vergiftungserscheinungen mit starkem Collaps und Hinfälligkeit oder hauptsächlich nervösen Symptomen. Weiterhin experimentirte K. auch mit den von solchen Ileusfällen erhaltenen Darmgasen, die er in geeigneter Weise anderen Thieren injicirte. Diarrhöen, Erbrechen, allgemeine Depression mit Respirationsbeschleunigung und Pupillenerweiterung traten nach dieser Behandlungsweise auf. Der ganze Zustand ähnelte so sehr einer Schwefelwasserstoffintoxikation, dass Verf. unter dem Eindrücke steht, dass bei den Autointoxikationen in Folge von Ileus den im Darne durch Eiweißfäulnis entstehenden Gasen, insbesondere dem Schwefelwasserstoffe die wesentlichste Rolle zufällt.

Ohne Zweifel sind diese giftigen Stoffe auch im normalen Darminhalte vorhanden, aber in einer kleineren und wechselnden Menge. Bei Darmverschluss vermehren sie sich, und es bilden sich hier wohl auch noch andere toxische Produkte, so z. B. das Pentamethylen-diamin, welche den bekannten Symptomenkomplex des Ileus hervorrufen. Von den Gasen dürfte noch das Methylmercaptan eine Rolle spielen.

In einer dritten Versuchsreihe experimentirte Verf. weiterhin bei Thieren mit dem Darminhalte, den er von Ileusfällen aus der Klinik

Maydl's gewonnen hatte. Auch diese Versuche riefen analoge Erscheinungen wie die der zweiten Reihe hervor. Kothentleerungen, Erbrechen, Tenesmus ani, Steigerung der Antiperistaltik, starke Zusammenziehungen der Bauchpresse, Speichelfluss und Zeichen einer allgemeinen Prostration, event. tonische und klonische Krämpfe waren die fast regelmäßigen Symptome, welche durch die Injektion des pathologischen Darminhaltes hervorgerufen wurden. Im Großen und Ganzen konnte K. jedenfalls experimentell einen Symptomenkomplex hervorrufen, welcher demjenigen bei Darmverschlüssen des Menschen durchaus gleicht. Daraus glaubt er schließen zu dürfen, dass auch die Erscheinungen beim Menschen in diesen Fällen durch Auto-intoxikationen, d. h. durch Resorption von Stoffen, welche in dem Darminhalte vorhanden sind, veranlasst werden. Die Reflextheorie des Erbrechens dürfte eine geringe Rolle spielen.

Verf. darf mit Recht behaupten, durch seine unendlich mühevollen und zahlreichen interessanten Versuche die Lehre vom Ileus, die Beziehungen der Autointoxikation zu demselben wesentlich gefördert zu haben. Er ist bescheiden genug, auf die Lücken hinzuweisen, welche seine Versuche heute noch nicht ausfüllen konnten. Vermochte er auch den Nachweis zu führen, dass die Gifte am Orte der Erkrankung vorhanden sind, so fehlt es zur Zeit noch an einer Reindarstellung dieser chemischen Produkte, an einer näheren Kenntnis der Verhältnisse bei ihrer Resorption und der Stätte ihrer Einwirkung. Auch die Rolle, welche die Darmgase spielen, ist noch nicht geklärt. Dies und manches Andere bleibt weiterer Forschungsarbeit überlassen, zu welcher die lesenswerthe Arbeit des Autors Anregung geben möge.

E. Stiegel (Frankfurt a/M.).

14) Van Angelen. Traitement de l'imperforation ano-rectale.

(Cercle méd. de Bruxelles 1901. April 5.)

V. empfiehlt, bei Anus imperforatus nach Entleerung der Blase zunächst das Steißbein zu durchtrennen, von hier aus nach oben zu gehen und, wenn nöthig, den Douglas zu eröffnen. Bei diesem hinteren Vorgehen findet man das blinde Darmende immer, und die Blutung ist so gering, dass auch schwächliche Kinder die Operation gut überstehen. Im letzten so operirten Falle war später vollkommene Kontinenz vorhanden, entweder in Folge von Hypertrophie des ursprünglich nur schwach entwickelten normalen Sphinkters, oder durch Bildung eines neuen Sphinkters auf Kosten der Darmmuskulatur.

Mohr (Bielefeld).

15) W. Prutz. Beiträge zur operativen Behandlung des Mastdarmkrebses.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Verf. giebt einen statistischen Beitrag zu der Frage der operativen Behandlung des Mastdarmkrebses auf Grund des Materials an der v. Eiselsberg'schen Klinik. Es handelt sich um 75 Fälle, von

denen aber nur 45 radikal operirt wurden. Für die Beurtheilung der Dauererfolge kommen nur 20 Fälle in Betracht, bei denen der Eingriff länger als 3 Jahre zurückliegt. Davon sind 4 als dauernd geheilt zu betrachten, also 20%.

Bezüglich der Technik stimmt P. dem Satze Rehn's und Krönlein's zu, dass die Methode jeweils gewählt, nicht eine einseitig bevorzugt werden soll. Für besonders zweckmäßig erachtet er den vaginalen Weg und meint, es würde sich noch zeigen, ob er für alle, auch die sehr hoch sitzenden Mastdarmcarcinome, die übrigens Rehn alle nach dieser von ihm angegebenen Methode extirpirt, die Operation der Wahl darstellen würde. Auch die Erfahrungen v. Eiselsberg's weisen darauf hin, dass man berechtigt ist, die perinealen und vaginalen Methoden wieder mehr zu üben. Für besonders gefährlich hält Verf. die temporären Kreuzbeinresektionen gegenüber den anderen sacralen Methoden. Auch die Methode von Schlange weist eine nicht unbeträchtliche direkte Sterblichkeit in Folge der Blutung auf. Sollte eine temporäre Resektion des Kreuzbeines jedoch nöthig sein, so scheint ihm das Verfahren von Gussenbauer am meisten empfehlenswerth zu sein, das in der v. Eiselsberg'schen Klinik 8mal mit 2 Todesfällen angewendet wurde. Die Eröffnung des Bauchfelles zum Princip zu machen, hält P. für falsch. Wo eine Vermeidung dieses Ereignisses ohne Nachtheil für die Durchführung des Eingriffes möglich ist, soll man danach verfahren. Auch hier ist von Fall zu Fall die Entscheidung zu treffen. Theile der hinteren Scheidenwand und des Uterus mussten öfters mit entfernt werden. Verwachsungen mit Blase, Prostata und Harnröhre galten als Kontraindikation für eine radikale Operation. Am besten kann man sich von diesen Verhältnissen bei der perinealen Methode Rehn's überzeugen und gegebenen Falles die Operation zeitig abbrechen. Bei der sacralen Methode kommt man erst spät zur Einsicht dieser Komplikationen.

Zur Versorgung des Darmes wurde, wenn möglich, die Cirkulärnaht angewendet, doch wurden auch die anderen Methoden, wie die Invagination von Gersuny, die Silberdrahtmethode von Nicoladoni etc. benutzt. In der Mehrzahl der Fälle wurde ein Anus sacralis angelegt. Sehr häufig wurde die Darmdrehung nach Gersuny ausgeführt mit sehr gutem Erfolge. Doch wurde auch ohne dieselbe in einer Reihe von Fällen gute Kontinenz und ein befriedigendes funktionelles Resultat erzielt. Wesentlich ist dabei die Schonung des Levator ani (Rehn), die, wenn möglich, geübt wurde. Die Gersuny'sche Methode und Herstellung des Afters an alter Stelle scheinen dem Verf. die beste Kombination zu sein.

Die Nachbehandlung nach den Eingriffen ist die allgemein übliche. Vereinzelt wurden Nachoperationen nöthig.

E. Stegel (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mittheilungen.

Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt.

Von

Prof. Th. Kölliker in Leipzig.

Bei einer kürzlich von mir vorgenommenen Radikaloperation eines Schenkelbruches beobachtete ich ein Symptom, das dazu angethan ist, die Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt sehr wahrscheinlich zu machen. Die Pat., eine Frau von 69 Jahren, hielt das rechte Bein im Hüftgelenke flektirt, wie ein Coxitis-kranker mit Flexionskontraktur; sie konnte sich nur mit Hilfe eines Stockes, auf den sie sich mit beiden Händen stützte, fortbewegen. Alle Versuche, das Bein zu strecken, auch in Rückenlage, verursachten in der rechten Unterbauchgegend außerordentlich heftige Schmerzen. Diese Schmerzen waren es auch, die die Kranke veranlassten, ihren irreponiblen Schenkelbruch operiren zu lassen. Bei der Eröffnung des Bruchsackes ergab sich nun folgender Befund: Der Bruchsack enthält mäßig verdicktes Netz, das an einer Stelle des Bruchsackes ganz leicht adhärent ist. Im Grunde des Bruchsackes ist der sehr lange Wurmfortsatz mit seinem freien Ende angewachsen; der Fortsatz ist stark gespannt, da das Bein in Narkose gestreckt liegt. Andere Darmtheile enthält der Bruchsack nicht. Der Wurmfortsatz wird vorgezogen und reseziert, eben so das hypertrophische Netz, und die Radikaloperation des Schenkelbruches angeschlossen.

Da das Netz im Bruchsacke keiner Spannung unterworfen war, ist es zweifellos, dass die lebhaften Schmerzen bei Streckung des Beines durch den Zug des sich spannenden Wurmfortsatzes ausgelöst wurden. Wenn nun auch sicher mit dem Bruchsacke verwachsenes Netz gelegentlich durch Zug am Peritoneum ähnliche Schmerzen veranlassen kann, so scheint mir doch die Lokalisation des Schmerzes in der rechten Unterbauchgegend und die Flexionsstellung des rechten Hüftgelenkes die Diagnose auf mit dem Bruchsacke verwachsenen Wurmfortsatz in hohem Grade wahrscheinlich zu machen.

16) N. M. Benissowitsch. Die chirurgische Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose.

(Wratsch 1901. No. 7.)

1) 22jähriger Mann, trinkt seit 7 Jahren. Wegen Diagnose Bauchfelltuberkulose wird 2mal ohne Erfolg laparotomirt. Nun fühlt man eine bedeutende Vergrößerung der Leber und eine geringe der Mils. Operation nach Talma. Nach 2 Monaten nochmalige Punktion, worauf sich Pat. sehr wohl befindet. 2) 56jähriger Mann, trinkt 30 Jahre mäßig. 2 Punktionen; darauf Operation nach Talma. 11 Tage fühlte sich Pat. wohl, dann traten Erscheinungen von Herzschwäche auf, und nach 3 Tagen ging Pat. zu Grunde. Keine Sektion. B. glaubt, dass hier die Leber zu stark verändert war und nicht die Operation am Tode Schuld trug.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Berichtigung. In No. 27 d. Bl. p. 688 Zeile 9 u. 15 von unten lies *Damme* statt *Darme* und in der Beilage zu No. 29 p. 147 Zeile 21 von unten *plattes* statt *glattes*.

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 32.

Sonnabend, den 10. August.

1901.

Inhalt: 1) Gross, Knochenabscess. — 2) Zoppi, Epiphysenlösung. — 3) Hatch, Knochenbrüche. — 4) Limberger, Intermittirender Gelenkhydrops. — 5) Biaghi, Muskelsarkom. — 6) Vanghetti, 7) Beely, Stumpfbildung bei Amputationen. — 8) D'Urso, Aneurysmen. — 9) Bunge, Gangrän durch Gefäßverschluss. — 10) Ehrhardt, Vernähung der Schulterblätter. — 11) Adrian, Angeborene Oberarm- und Oberschenkeldefekte. — 12) Hofmeister, Schulterverrenkung. — 13) Sultan, Oberarmbrüche. — 14) Honzák, Ellbogenverrenkung. — 15) Lovett, Psoasabscess. — 16) Bähr, Beckenbrüche. — 17) Ludloff, Tuberkulöse Hüftentzündung. — 18) Stöda, Coxa vara. — 19) Barker, Kniescheiben-naht. — 20) Honsell, Genu valgum. — 21) Karowski, Hammerzehe.

22) Michallow, Lipoma arborescens. — 23) Gömöry, Knochenentzündung der Perlmutterdrechler. — 24) Fallochio, Knochentuberkulose. — 25) Shuslow, Serumtherapie bei Osteomyelitis. — 26) Da Costa, Hüftexartikulation. — 27) Fredel, Gelenkmaus.

1) **H. Gross.** Zur Kenntnis des osteomyelitischen Knochenabscesses der langen Röhrenknochen, in besonderer Berücksichtigung seines anatomischen Verhaltens.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

G. hat den dankenswerthen Versuch unternommen, auf Grund anatomischer Veränderungen, wie sie von ihm und anderen Autoren gefunden wurden, die mannigfachen Erscheinungsformen des Knochenabscesses zu deuten. Nach seiner Darlegung beginnt der Process damit, dass die osteomyelitische Infektion an umschriebener Stelle des spongiosen Markes zu eitriger Einschmelzung der Spongiosabälkchen führt. Die Entwicklung von Granulationsgewebe in der nächsten Umgebung des Herdes zeigt eine beginnende Abgrenzung an. Es folgt eine reaktive Sklerose in der Peripherie, die allmählich den Herd einschließt und zu völliger Eburneation des Knochens führt. Damit wird der Herd von der Ernährung abgeschlossen, die Granulationen sterben ab, es tritt ein vorläufiger Stillstand des Infektionsprocesses ein. Nun ist durch weiteres Vordringen der sklerosirenden Ostitis mit der Zeit ein völliges Verschwinden der Höhle im Knochen denkbar. Im Übrigen wird die weitere Entwick-

lung dadurch eingeleitet, dass mit dem Nachlassen des Ossifikationsreizes seitens der Eiteransammlung und des physiologischen Knochenwachstums sich eine Rückbildung, eine Rarefaktion des Knochens geltend macht. Die eburneierten Massen lockern sich, geben wieder Raum für ernährende Gefäße, und unter dem Einflusse der Rarefaktion vollzieht sich jetzt die Ausbildung des kleinen Herdes zu einem typischen, allmählich anwachsenden und mit einer Granulationsmembran ausgekleideten Abscesse. Bezüglich des Verhaltens der Bakterien wird eine Reinfektion mit Recht verworfen, es handle sich auch nicht um eigentliche Recidive, sondern um eine kontinuierliche Fortsetzung der osteomyelitischen Infektion, wenn auch zur Zeit der höchsten Sklerosirung ein stationäres Verhalten eintreten mag. Die Abhängigkeit von der zeitlichen Dauer des Processes und dem Alter der Pat. tritt nach G. auch klinisch hervor. Der Regel nach beginnt das Leiden in der frühesten Jugend; es folgt eine Periode der Ruhe (Stadium der Sklerose); die Anfälle stellen sich meist erst nach Abschluss des Wachstums ein; operirt wurden die Kranken durchschnittlich im 21. bis 27. Lebensjahre. Bei Knochenabscessen Erwachsener ist der Verlauf ein erheblich rascherer, was sich durch weniger starke Ossifikation erklären ließe.

Durch die geschilderten Ausführungen wird in der That der Verlauf des typischen Knochenabscesses in anschaulicher Weise erklärt; dass Manches derselben auf Hypothese beruht, hebt Verf. selbst hervor.

Honsell (Tübingen).

2) Zoppi. Del processo intimo di guarigione del distacco epifisario.

(Policlinico 1901. No. 3.)

An zahlreichen Kaninchenexperimenten stellte Z. fest, dass die Epiphysenlösung (obere Tibiaepiphyse) stets an einem bestimmten Punkte des Zwischenknorpels geschieht, und zwar da, wo die Knorpelzellen, in Säulen geordnet, ihre Kapseln aufblähen und ihre Kerne Chromatinveränderungen eingehen, an dem nach der Diaphyse zu gelegenen Ende der Säulen, so dass also der größere Theil des Knorpels an der Epiphyse bleibt.

Die Heilung ist verschieden von der Frakturheilung; es bilden sich neue Knorpelzellreihen, welche zapfenförmig in die Zotte der vom Knochen ausgehenden Gefäßschlingen und sich bildenden Markräume eindringen, während dieser Process ebenfalls gleichmäßig fortschreitet, so dass rasch eine völlige Restitutio ad integrum eintritt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

3) Hatch. A new method of treating fractures.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 13.)

Die »neue Methode« besteht darin, sämtliche Frakturen, ohne Ausnahme, operativ zu behandeln. Die Vortheile sollen sein: Ab-

kürzung der Heilungsdauer um ca. 1 Woche, Schmerzlosigkeit, sehr genaue Lage der Theile in guter Stellung. Der Verband unterscheidet sich in so fern von früheren Schienenverbänden, als eine Schiene vor, die andere nach Naht der Wunde angelegt wird; sie sind natürlich sterilisirt und werden, wie es scheint, direkt, ohne vorhergehenden Wundverband, auf das Glied gelegt. Der Verband muss sehr fest sein, um Schwellung zu vermeiden. Die Wunde wird nicht drainirt. Verf. führt so behandelte Fälle an, von denen 6 complicirt waren. Bei allen sehr gutes Resultat und völlig aseptischer Wundverlauf.

Trapp (Bückeburg).

4) A. Limberger. Über intermittirenden Gelenkhydrops.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

Anschließend an zwei eigene, typische Beobachtungen, so wie die zahlreichen Fälle der Litteratur bespricht Verf. Ätiologie, klinisches Bild und Therapie des intermittirenden Gelenkhydrops. Wie er hervorhebt, ist der intermittirende Hydrops die Folge einer Gelenkentzündung; er stellt im Übrigen keine selbständige Affektion, sondern nur ein Symptom verschiedener Krankheiten dar. In der größten Mehrzahl der Fälle ließ sich das Leiden mit mehr oder weniger großer Bestimmtheit auf infektiöse Ursachen, in erster Linie Gelenkrheumatismus, dann aber auch auf Gonorrhoe, Malaria (?), Tuberkulose zurückführen. Ein Einfluss seitens Nervenerkrankungen war nicht zu konstatiren. Es ließen sich solche nur in $\frac{1}{3}$ der Fälle nachweisen, und zum Theil waren sie wohl durch dieselben Ursachen bedingt, wie der Hydrops selbst. Traumen kamen in 8 Fällen in Betracht. Auch die Symptome sprachen vielfach für einen entzündlichen Beginn des Leidens. So war bei den nach Rheumatismus Erkrankten das Auftreten des Processes der Regel nach mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen und lokaler Schmerzhaftigkeit verbunden. Objektiv wurden Knirschen im Gelenke, Zottenbildungen, selbst Versteifungen beobachtet. Ferner fanden sich zwischen intermittirendem und chronischem Hydrops die verschiedensten Übergänge. Therapeutisch bewährten sich am besten die üblichen chirurgischen Maßnahmen, innere Medikationen waren dagegen erfolglos.

Honsell (Tübingen).

5) Biaghi. Del sarcome dei muscoli.

(Policlinico 1901. No. 6.)

Bei der Untersuchung von 5 Muskelsarkomen (Spindel- und Rundzellensarkome) fand B. neben degenerativen Vorgängen des Muskelgewebes einen dem gegenüber zwar zurücktretenden, aber doch nicht zu übersehenden wahren Übergang von Muskelfaser in Sarkomgewebe. Entweder entsteht aus Wucherung und entzündlicher Infiltration des interstitiellen Bindegewebes und des Sarkolems und einem Zerfalle der Muskelfasern zunächst ein indifferentes Gewebe, das dann in Sarkom sich umbildet (indirekte Metamorphose); oder in den Fasern

entstehen große Kerne ähnlich denen der Sarkomzellen, neben einfacher Kernvermehrung. Um diese Kerne tritt ein Saum homogener Substanz auf, während das Sarkolem und die kontraktile Substanz zerfällt und verschwindet, entweder fibrillär zerfallend oder unter Homogenisierung und Vacuolisierung, während die übrig bleibenden neugebildeten Elemente dem Sarkom sich beimischen.

Nach diesen Thatsachen hält B. für möglich, dass das Muskelgewebe auch selbständig den Ausgangspunkt von Sarkom bilden kann.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

6) Vanghetti. *Plastica dei monconi ed amputazioni transitorie.*

(Arch. di ortoped. 1900. No. 5 u. 6.)

V. hat (s. d. Centralbl. 1900 p. 598) neue technische Vorschläge für die Ausführung von Amputationen gemacht, welche bezwecken, die durchschnittenen Sehnen zur aktiven Bewegung von Prothesen nutzbar zu machen. Es ist ihm (u. A. vom Ref.) der Einwurf gemacht worden, dass für koordinirte Bewegung vor Allem auch die Sensibilität des bewegten Gliedes nothwendig sei. Er sucht den Einwurf in längeren theoretischen Erörterungen zu widerlegen. Er hofft, dass die Sensibilität der erhaltenen Theile, vor Allem die der Muskeln, vikariirend eintreten werden. Er bespricht nochmals die vorgeschlagene Technik und fordert zu praktischen Versuchen auf. Bei der großen Mühe welche V. zur Begründung seiner Vorschläge aufgewendet, und der Zuversicht, mit welcher er Erfolge von der praktischen Verwerthung erhofft, ist es nur zu bedauern, dass er offenbar selbst nicht über ein Krankenmaterial verfügt, welches dazu dienen könnte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

7) Beely. Zur Stumpfbildung bei Amputationen und Exartikulationen an den oberen Extremitäten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 4.)

B. berichtet über einen Fall von intra-uteriner Exartikulation resp. Amputation der rechten Hand. In der Beobachtungszeit war der betreffende Pat. 17 Jahre und besaß eine ganz außergewöhnliche Gebrauchsfähigkeit seines Stumpfes. Letzterer hatte eine eigenthümliche Gestalt. Die Weichtheile über ihm waren nicht straff gespannt, sondern bildeten über dem Skelettende einen dicken, rüsselartigen Wulst. Dieser Rüssel konnte nach den verschiedensten Richtungen aktiv bewegt werden, besonders volarwärts. Die Haut legte sich dabei in Querfalten und wurde grubchenförmig eingezogen. Pat. benutzte seinen Stumpf beim Ankleiden, Essen, Zerschneiden des Fleisches und allen täglichen Verrichtungen, so dass sich B. nur schwer zum Ersatze durch eine künstliche Hand entschließen konnte.

Die außergewöhnliche Bewegungsfähigkeit sieht Verf. dadurch bedingt an, dass die Sehnen innig mit dem Stumpfkrüssel verbunden waren, und zwar direkt mit der Haut, nicht nur mit dem Unterhautbindegewebe. Die Ursache dieser Eigenart ist bedingt durch

die langsame Abtrennung, welche sämtliche Gewebe gleichzeitig und in derselben Höhe betraf, so dass die Sehnenenden sich nicht zurückziehen konnten, sondern mit der Haut verwachsen.

Verf. zeigt, wie die Natur hier einen Stumpf gebildet habe, dessen Gebrauchsfähigkeit diejenige übertrifft, welche der Chirurg durch eine *lege artis* ausgeführte Amputation oder Exartikulation herstellt. Die Schlussfolgerung, resp. Nutzenanwendung aus diesem Falle hält B. für so einfach, dass man kein weiteres Wort darüber zu verlieren braucht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

8) D'Urso. Osservazioni anatomiche e cliniche sopra aneurismi degli arti.

(Policlinico 1901. No. 5.)

3 Fälle von Extremitätenaneurysma. In zweien wird die Unterbindung der zuführenden Arterie gemacht (Femoralis), 1mal mit sekundärer Spaltung und Ausräumung des Sackes. Beide Male Heilung. Der 3. Fall, wo die A. brachialis betroffen war, stellt ein spontan geheiltes Aneurysma desselben vor; wegen Druckerscheinungen von Seiten des Nerven Exstirpation. Die mikroskopische Untersuchung gab D'U. Gelegenheit, die Spontanheilung zu studiren. Der Sack, mit Coagulis gefüllt, zeigte starke Verdünnung der Arterienhäute, so dass die elastischen Elemente stark, die muskulösen fast verschwunden waren, eine gewucherte Intima, von der aus Organisation der Thromben ausging. Diese Intimaverdickung ist am stärksten an der inneren, der nicht ausgedehnten Seite der Arterie entsprechenden Wand und setzt sich auf das Vas efferens fort. U. glaubt, dass diese Endarteriitis, indem sie die Lichtung der Arterie verengt und sekundär noch zu Bildung von Thromben führt, welche sich dann ihrerseits von der Intima aus organisiren, Obliteration der abführenden Arterie und der Kollateraläste des Sackes und dadurch die Spontanheilung bewirkte.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

9) Bunge. Zur Pathologie und Therapie der durch Gefäßverschluss bedingten Formen der Extremitätengangrän.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Bei jugendlichen Individuen kommt ein Krankheitsbild vor, welches ohne die Symptome des Marasmus, des Ergotismus oder Diabetes schließlich zu einer Gangrän der Extremitäten führt. Über die Ätiologie dieses klinisch wohl bekannten Leidens existiren zwei Deutungen. v. Winiwarter, welcher zuerst eine klassische Darstellung desselben gegeben hat, ist der Meinung, dass hier ein besonderer Process vorliege, eine eigene Form von Endarteriitis und Endophlebitis, welche nichts mit Arteriosklerose zu thun habe. v. Zoega-Manteuffel dagegen hält für die Grundursache dieser Gangrän die Arteriosklerose und glaubt, dass die von den anderen Untersuchern beschriebenen Obturationsmassen nichts weiter seien als die Produkte der Organisation von Thromben in verschiedenen

Stadien der Organisirung. Als Therapie kommt nach ihm nur eine Amputation in Frage, da nur durch diese das Leiden wie auch die Schmerzen beseitigt werden, welche letztere durch schwierige Verwachsungen zwischen den Gefäßen und Nerven veranlasst sind. v. Zoege-Manteuffel fasst den ganzen Process folgendermaßen auf: Es besteht schon längere Zeit eine Sklerose. Die damit verbundene Verengerung führt allein nicht zum Gefäßverschlusse, dagegen lösen sich Zellen der Intima los, die als Ansiedlungsstellen für hyaline Thromben dienen, welche ihrerseits wieder durch Anlagerung sich vergrößern und dadurch eine völlige Verstopfung herbeiführen. Die Mehrzahl der Autoren, welche gleiche Fälle beobachtet und untersucht haben, schließt sich der von Winiwarter gegebenen Deutung an, dass ein selbständiger Process vorliege. Haga weist der Lues noch eine Rolle bei Entstehung der Krankheit zu, Wilonski hält dieselbe für eine Arteriitis elastica.

Den Untersuchungen, welche B. selbst zur Klärung der vorliegenden Fragen vornahm, hat er sämtliche Fälle von Extremitätengangrän an der v. Eiselsberg'schen Klinik zu Grunde gelegt, gerade um durch einen Vergleich aller Formen von Gangrän das event. Gemeinsame oder Trennende näher kennen zu lernen. Die außerordentlich zahlreichen und interessanten Untersuchungen sind auf das Genaueste unter Beigabe erläuternder Illustrationen in der Arbeit geschildert. Aus der Fülle seiner Beobachtungen zieht Verf. den Schluss, dass bei den von ihm bearbeiteten Fällen, wo eine Untersuchung größerer Gefäßbezirke möglich war, die Arteriosklerose eine Rolle in der Entstehung des Leidens spielt. Eine äußerst beträchtliche Verdickung der Intima durch sklerotische Prozesse führte zu schweren Stenosen der Gefäßlichtungen, an manchen Stellen zu totalem Verschlusse, vor Allem bei jungen Leuten, an deren Gefäßsystem makroskopisch die Erscheinungen der Sklerose fehlten. B. bezeichnet den Process als Arteriosclerosis obliterans. In einem Falle lag möglicherweise eine durch Lues hervorgerufene Erkrankung vor, trotzdem mit Sicherheit gummöse Bildungen nicht gefunden wurden. Von den Fällen, bei denen bloß periphere Gefäße untersucht werden konnten, ist einer sicher als Arteriosklerose anzusprechen; bei zwei anderen fanden sich nur Veränderungen, wie man sie bei beschränkter Blutzufuhr trifft. Jedenfalls aber ist es erwiesen, dass entweder durch diffuse oder häufiger durch umschriebene sklerotische Verdickungen der Intima meistens mehrfache, seltener solitäre Verengerungen der Gefäßlichtung, und zwar in einem oder in mehreren Hauptgefäßen der Extremitäten verursacht werden. Da diese Stenosen oder auch vollständigen Verschließungen meistens an der Abgangsstelle von seitlichen Ästen entstehen, hemmen sie die Bildung eines Kollateralkreislaufes. Ferner kommt es, wie Verf. an seinen Präparaten deutlich nachweisen konnte, hinter diesen Stenosen zu Thrombosen, welche sich organisiren und ihrerseits

zur Kompletirung des Verschlusses und Ausschaltung der Kollateralen Veranlassung geben.

Einen spezifischen Process wie v. Winiwarter kann B. also nicht annehmen. Die verkannte Organisation der Thromben hat nach B.'s Ansicht zur Annahme einer eigenartigen primären Endarteriitis geführt. Im Gegensatze zu v. Zoege-Manteuffel hat Verf. aber nur bei sehr schweren sklerotischen Processen, nicht aber auch bei geringfügigen Gefäßveränderungen Thrombosen gesehen, welche zur Verstopfung der Gefäßlichtungen führten, so weit große Gefäße in Betracht kommen. Nur peripherwärts von den einfachen oder mehrfachen primären Gefäßverlegungen sah B. derartige wandständige Thromben ohne vorherige Verstopfung der Lichtung. Die präsenile oder juvenile Gangrän der Extremitäten gehört also in der That in das Gebiet der frühzeitigen Gefäßsklerose.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

10) O. Ehrhardt. Zur Vernähung der Scapulae bei Dystrophia musculorum progrediens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII Hft. 3.)

v. Eiselsberg hat im 57. Bande des Archivs für klinische Chirurgie 2 Fälle publicirt, bei denen er zur Korrektur des flügel-förmigen Abstehens der Schulterblätter bei der Dystrophia musculorum progrediens einen operativen Eingriff mit Erfolg vorgenommen hatte, welcher durch Fixirung der Schulterblätter die Beweglichkeit der Oberarme wiederherstellte. E. konstatirt, dass jetzt, 3 Jahre nach der Operation, das gute Resultat noch fortbesteht. Er empfiehlt deshalb, diesen Eingriff bei den sog. Abortivformen des Leidens vorzunehmen in der Weise, dass die Innenränder der Schulterblätter frei gelegt, angefrischt und mit einander vernäht werden. So wird der Schultergürtel in einen starren Ring verwandelt analog dem Beckengürtel. Werden durch die Operation die Schlüsselbeine so aus ihrer Stellung gebracht, dass sie Gefäße und Nerven gegen die erste Rippe komprimiren, so kann man ohne große Schwierigkeiten durch eine bajonettförmige Verlängerung derselben nach Art der bekannten Achillotomie diese Erscheinungen beseitigen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

11) C. Adrian. Über kongenitale Humerus- und Femurdefekte.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

Anschließend an 2 Fälle von mangelhafter Entwicklung des Oberschenkelknochens aus der Straßburger Klinik, von denen einer dadurch besonders interessant wurde, dass er zur Obduktion kam, werden die Defektbildungen von Humerus und Femur unter Berücksichtigung der bisherigen Litteratur besprochen. Meist handelte es sich nicht um totales Fehlen, sondern nur um eine Hypoplasie

der Knochen, und zwar in der Regel derart, dass noch Epiphysenreste vorhanden waren, während die Diaphyse fehlte. Wenn am Femur das untere Epiphysenstück mit der Tibia ein Gelenk bildete, so war auch die Kniescheibe vorhanden; fehlte dieselbe, so bestand auch kein eigentliches Gelenk. 3mal, so im zweiten von Verf.s eigenen Fällen, war mit der Femurverkümmernng eine angeborene Hüftverrenkung verbunden. Bei totalen Femurdefekten entsprangen die Oberschenkelmuskeln von einem bindegewebigen, von der Synchondrosis sacro-iliaca zu den Schienbeinkondylen ziehenden Strange. Im Ganzen werden folgende Gruppen unterschieden:

1) Defekte des Humerus oder Femur, complicirt mit Strahldefekten (Defekten von Radius resp. Fibula).

2) Unvollkommene Entfaltung in der Richtung der Achse, z. B. mangelhafte Entwicklung des Oberarmes und Unterarmes bei relativ wohlgebildeter Hand.

3) Reine Defekte von Humerus und Femur bei normalem Verhalten der distalen Gliedtheile.

Entwicklungsstörungen am Knochensystem des Stammes scheinen sich nur selten mit diesen Defekten zu kombiniren, dagegen trifft man häufiger sonstige angeborene Missbildungen, so Angiome, Nerven, Hypospadie.

Honsell (Tübingen).

12) F. Hofmeister. Eine neue Repositionsmethode der Schulterluxation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

Weitere Ausführung eines auf dem letzten Chirurgenkongresse gehaltenen Vortrages.

Vor der Stimson'schen Repositionsmethode (vgl. dieses Centralblatt 1900), welche den Ausgangspunkt der H.'schen Versuche bildete, hat H.'s Vorgehen geringere Belästigung des Pat. und größere Handlichkeit des Apparates voraus, ganz abgesehen davon, dass die von Stimson benutzten Gewichte sich für den erwachsenen deutschen Arbeiter als nicht ausreichend zur Reposition erwiesen.

Honsell (Tübingen).

13) C. Sultan. Die ambulatorische Behandlung der Oberarmbrüche mit permanenter Extension.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Die Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche erfreut sich einer zunehmenden Beliebtheit. Bardenheuer hat das Verdienst, diese Methode populär gemacht zu haben. Indessen ist der von ihm angegebene Apparat wie auch der Gussenbauer'sche zu kostspielig für den allgemeinen Gebrauch. Die Clark'sche Gewichtsextension und die Phelps'sche Extensionsschiene genügen nicht allen Anforderungen. Verf. wandte nun mit gutem Erfolge ein Verfahren an, welches die Extension mit dem Middeldorpf'schen Triangel

verbindet. Letzteres wird aus dicker Pappe hergestellt, die durch Heftpflaster und Gipstouren gefestigt wird. Heftpflasterstreifen mit Querbrettchen werden zur Herstellung der Extension an den Oberarm gelegt, die beiden Längsstreifen durch quere Heftpflaster-touren fixirt. Der Oberarmtheil des Triangels wird mit Gipstouren an den Arm befestigt. In die so entstehende feste Hülse wird ein U-förmig gebogenes Stabeisen eingegipst, indem die freien Schenkel zu beiden Seiten des Oberarmes zu liegen kommen. Das Querbrett wird dann mittels eines Gummischlauches gegen das geschlossene Ende des U-förmigen Stabeisens angezogen. Ein Blick auf die beigegebenen Abbildungen orientirt sehr leicht über die geschilderten Grundzüge des Verfahrens wie über einige technische Handgriffe zur leichteren Handhabung, resp. Erneuerung des Verbandes. Nachtheile hat Verf. von dem Verbande nicht gesehen, der sich durch seine Einfachheit überall leicht herstellen lässt und eine ambulante Behandlung ermöglicht.

E. Stegel (Frankfurt a/M.).

14) F. Honzák. Zur Wahl der operativen Methode bei veralteten Luxationen des Ellbogengelenkes.

(Sborník klinický Bd. II. Hft. 4.)

Der Bericht aus der Klinik Maydl umfasst 28 Fälle, darunter eine isolirte Verrenkung des Radius nach hinten. 24mal handelte es sich um eine Verrenkung beider Vorderarmknochen nach hinten, 3mal nach außen; von ersteren waren 12 komplicirt (1 nach hinten und innen, 3 nach hinten und außen, 4 mit Fraktur des Epicondylus internus etc.). Die Fälle vertheilen sich auf 17 Weiber und 11 Männer; $\frac{2}{3}$ (19) der Fälle betrafen Individuen im Alter von 8—22 Jahren. Das Repositionshindernis bestand in: Retraktion und Verdickung der Kapsel, Interposition der Kapsel oder eines von der Epitrochlea oder vom inneren Epicondylus abgesprengten Knochenstückes zwischen die Gelenkflächen, hauptsächlich aber Ossifikationen der Kapsel, die sich öfters skioskopisch nachweisen ließen: in einem Falle fanden sich bis 1 $\frac{1}{2}$ cm dicke knöcherne Platten; in solchen Fällen kommt nur die primäre Resektion in Betracht. Die von Nicoladoni, Vamossy und Bunge beschriebenen zahlreichen, kleinen Knochenstücke hält Maydl nicht für versprengte Frakturstücke, sondern für umschriebene Ossifikationen des Periosts, wovon er sich sowohl durch die Skioskopie, als auch durch die Autopsie bei der Operation überzeugt hat.

Als bestes Verfahren empfiehlt Maydl die Arthrotomie; sie lässt sich fast immer durchführen, schafft sozusagen ein normales Gelenk und bedingt keine Verkürzung der Extremität. Die primäre Resektion kommt nur in folgenden Fällen in Betracht:

- 1) bei ausgedehnter Destruktion der Gelenkflächen,
- 2) bei knöcherner Ankylose,
- 3) bei enormer Ossifikation der Gelenkkapsel,

4) bei mangelhafter Konsolidation des abgebrochenen Processus cubitalis,
und zwar bei knöcherner Ankylose die semiartikuläre Resektion des Humerus, sonst die totale Resektion.

Maydl operirte 9mal nach Trendelenburg-Völker (temporäre Resektion des Olekranon) und 17mal nach Hueter (2 Seitenschnitte); letztere Methode verdient den Vorzug bei Verrenkungen nach hinten, weil sie die Extension nicht behindert und frühzeitig passive Bewegungen gestattet. Man muss streng aseptisch vorgehen, die Gelenkflächen gründlich freilegen, mit passiven Bewegungen schon nach 10—14 Tagen beginnen und dieselben fleißig durch 3—4 Monate fortsetzen. H. konnte bei 20 Operirten das Resultat kontrolliren; in 10 Fällen war die Beweglichkeit fast normal, in den 10 anderen war die Beweglichkeit gering oder bestand Ankylose im rechten Winkel.

G. Mühlstein (Prag).

15) **Lovett.** The treatment of psoas abscess by incision.
(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 20.)

Bei Kindern ist nach L. das beste Verfahren zur Heilung des Psoasabscesses eine Incision in der Leistengegend, Drainage mit Gummirohr (nicht Gaze) und von 2 oder 3 Tagen ab Aufsitzen des Kindes im Bett unter Schutz eines Gipskorsetts, baldmöglichstes Aufstehen, weil nur dadurch der Abfluss auch wirklich gewährleistet wird. Die Incision wird nur klein gemacht, das Innere des Abscesses gar nicht weiter beachtet oder höchstens mit Mull ausgewischt. Die statistischen Ergebnisse von 10 Jahren, in denen diese Behandlung ausschließlich geübt wurde an 54 Kranken, sind angeführt.

Trapp (Bükeburg).

16) **F. Bähr.** Kontusionsbrüche des Beckens.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

B. hat in dem Rekonvalescentenhouse Hannover unter einer Reihe von Fällen, in denen von einem die Kreuzgegend treffenden Trauma nur subjektive Beschwerden zurückgeblieben waren, mehrfach solche beobachtet, bei denen eine deutliche Verdickung von größerem oder kleinerem Umfange am hinteren Darmbeinende, als Folge eines Kontusionsbruches des letzteren, nachzuweisen war. Die Schmerzen, welche Pat. nach derartigen Verletzungen haben, sind durch die Zugbelastung des Erector trunci bedingt.

Kramer (Glogau).

17) **K. Ludloff.** Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

L. beschreibt ausführlich die Gesichtspunkte, nach welchen an der Königsberger chirurgischen Universitätsklinik die tuberkulöse Hüftgelenkentzündung behandelt wird. Die Röntgenphotographie

ist in der Beurtheilung der Erfolge und des Krankheitsbildes von großem Werthe gewesen. Meist hat das Skiagramm gezeigt, dass selbst bei den leichteren Fällen schwerwiegendere Veränderungen des Hüftgelenkes bestanden, als man nach dem sonstigen klinischen Bilde vermuthen konnte, dass insbesondere schon frühzeitig Knochenherde vorhanden waren.

Sehr energisch wendet sich Verf. gegen die Maßnahmen, welche im Allgemeinen zur Beseitigung der bei der tuberkulösen Coxitis auftretenden Kontraktur vorgenommen werden, insbesondere gegen das Redressement. Eine genauere Betrachtung der anatomischen Verhältnisse, der starken Hüftgelenksbänder, besonders des Ligamentum Bertini, zeigt ihm, dass ein Redressement nur möglich ist, wo die Kontraktur im frühen Anfangsstadium ausschließlich durch reaktive Entzündung in der Muskulatur bedingt ist. In den meisten Fällen aber ist die Kontraktur nicht durch Muskelkrämpfe hervorgerufen, sondern durch Gewebsschrumpfung der Kapsel, der Verstärkungsbänder und der Muskeln bedingt. Erreicht man bei diesen Verhältnissen mit Gewalt eine Korrektur, so ist dies nur mit Schädigung des Knochens, mit Aufrütteln des schlummernden tuberkulösen Processes möglich, und Fieber durch Wochen oder gar Miliartuberkulose und tuberkulöse Meningitis sind die Folgen des therapeutischen Eingriffes. Erst soll demnach der Process ausheilen, dann erst dürfen Stellungsverbesserungen vorgenommen werden. Nur bei Pat., welche eine so hochgradige Kontraktur haben, dass sie gar nicht gehen können, ist eine Korrektur derselben erlaubt, am besten nach Dollinger's Verfahren.

Die Resektion der Hüfte, welche unter den therapeutischen Maßnahmen auch heute noch eine große Rolle spielt, wird auf der v. Eiselsberg'schen Klinik nicht als eine allgemein zu verwendende Methode angesehen. Nur wenn bei lange bestehenden Fisteln Sekundärinfektionen auftreten, und längere Zeit hohes Fieber besteht, welches den konservativen Vornahmen widersteht, soll man ohne Zögern zur Resektion schreiten. Zur Vornahme von Stellungsverbesserungen ist die Resektion ganz zu verpönnen; an ihre Stelle tritt Hoffa's subtrochantere schräge Osteotomie.

Auch die Extension mit Gewichten ist nach L.'s Anschauung nicht das zweckmäßigste Verfahren zur Heilung der Coxitis tuberculosa. Ihre Wirkung auf die Korrektur der Kontraktur wird überschätzt, eine totale Fixation wird durch sie nicht erreicht, wenigstens nur unvollkommen. Die besten Erfolge wurden dagegen mit dem Gipsverbande erzielt, welcher, als Gehverband angelegt, die Hüfte umschließt, nach oben bis an die Rippenbögen reicht und selbstverständlich die ganze Extremität einhüllt. In dieser mit dem Kappler'schen Bügel versehenen Gipshose gehen die Kranken herum, genießen den Vortheil der Bewegung im Freien und einer event. ambulatorischen Behandlung. Das Hüftgelenk wird auf diese Weise völlig entlastet und am raschesten geheilt. Diese Gipshose

ist auch den Schienenhülsenapparaten vorzuziehen, die an sich wegen der Kostspieligkeit nur in der besseren Praxis verwendbar sind. Der Gipsverband wird sehr lange, event. durch Monate hindurch getragen. Natürlich wird die eingegipste Extremität atrophisch; allein dieser Schaden ist durch geeignete Behandlung, Massage etc. zu reparieren und kommt gegenüber der Lebensgefahr eines mit tuberkulösem Hüftgelenke Behafteten nicht in Frage. Unangenehm bei der Gipshose ist noch die Unmöglichkeit, das verbundene Bein zu säubern. Trotz alledem sieht L. die Behandlung mit dem Gipsverbande und dem Kappler'schen Bügel als die beste an, über die wir zur Zeit verfügen. Auch Patt. mit Fisteln erhalten einen solchen, der dann gefenstert werden muss. Auf diese Art ist nach vorhergegangener Auskratzung oder Spaltung neben der Fixirung noch die Behandlung mit Jodoform-Glycerininjektionen möglich. Diese letzteren Fälle werden anfänglich mit Bettruhe behandelt. Die Gipshose wird im Allgemeinen abgenommen, wenn völlige Schmerzlosigkeit zu konstatieren ist; dann soll noch über Jahre hinaus ein abnehmbarer fixirender Apparat getragen werden. Daneben werden Soolbäder gegeben und der allgemeine Kräftezustand gehoben.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

18) A. Stieda. Zur Coxa vara.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Verf. beschreibt eine Reihe von Fällen, bei denen die in der Überschrift genannte Krankheit bestand.

Er beschäftigt sich mit dem Verhältnis der Coxa vara zu Traumen, das in letzter Zeit mehrfach in der Litteratur behandelt wurde. Er schließt sich der Ansicht Kredel's an, welcher gegenüber Sprengel dem Trauma als einem neuen und ausschlaggebenden Faktor in der Ätiologie des Leidens keine Rolle zuweisen kann. Auch hält er es nicht für richtig, den der Coxa vara analogen Veränderungen durch Schenkelhalsbrüche oder Epiphysenlösungen, wie dies z. B. Rammstedt thut, den Namen Coxa vara statica zu geben. Nach Analogie mit der traumatischen Kyphose könnte man hier eher von einer traumatischen Coxa vara sprechen. Jedenfalls aber ist die Bezeichnung Coxa vara schlechtweg nur denjenigen Fällen zuzuertheilen, bei denen es sich um eine wenn auch zur Zeit noch nicht näher bekannte malacische Erkrankung der knöchernen Gelenkenden der Hüfte in der Wachstumsperiode handelt, analog dem Genu valgum und der Skoliose.

Gegen die Auffassung des Leidens als eine rachitische Deformität sprechen nach S.'s Ansicht die Muskelkrämpfe und die gesteigerten Patellarreflexe; das Vorkommen und die Entstehung derselben finden in der Arbeit eine nähere Besprechung. Die Steigerung der Sehnenreflexe war besonders in 2 näher angeführten Fällen deutlich ausgesprochen, bei denen auch eine gleichzeitige Komplikation mit

Arthritis 1mal im Kniegelenke, 1mal im Hüftgelenke bestand. Im ersten Falle ist die Arthritis als Theilerscheinung des Allgemeinleidens, im zweiten als Folgeerscheinung der Varusdeformität aufgefasst.

Bezüglich der Natur des Krankheitsprocesses und der Ätiologie weist S. auf den event. Zusammenhang mit der sog. lymphatisch-chlorotischen Konstitution, der Hyperplasie der Rachenmandeln und mit Störungen der Schilddrüsenfunktion hin.

Die Therapie der Krankheit soll eine allgemeine sein, bei der Phosphorleberthran und Salzbäder obenan stehen; ferner eine lokale, bei der Vermeidung von Belastung des kranken Gliedes und Extension die Hauptrolle spielen. Die operative Behandlung kommt nur für hochgradige Fälle in Betracht. Auch sie führt dann nicht immer zu dem gewünschten Erfolge. E. Stegel (Frankfurt a/M.).

19) A. F. Barker. Zur Frage der Patellarnaht.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

B. ist bei den Kniescheibenbrüchen ein Anhänger der Nahtmethode. Er näht sie principiell alle in den ersten Stunden nach der Verletzung, wenn es Pat. zulässt. Seine Nahtmethode ist etwa folgende. Das Lig. patellae wird unterhalb des peripheren Bruchstückes links bis an dieses selbst heran in seiner Mitte längs durchschnitten, dadurch das Gelenk eröffnet und flüssiges und halbgeronnenes Blut herausgelassen. Dann wird durch diesen Schnitt eine dicke dazu bestimmte Nadel hinter den beiden Bruchstücken der Kniescheibe eingeführt und oberhalb des proximalen Fragments gegen die Haut gedrängt. Dort wird auf die Nadel incidirt, diese mit einem Silber- oder Aluminiumbronce Draht armirt und mit diesem so zurückgezogen, dass der Draht jetzt hinter den Bruchstücken liegen bleibt und zu beiden Schnittöffnungen herausieht. Die Nadel wird dann durch den unteren Hautschnitt neu eingeführt, über die Vorderfläche beider Fragmente durchgezogen und wieder zur oberen Incision herausgeführt. Dort wird sie mit dem oberen Drahtende verknüpft und dieses jetzt mit der Nadel nach unten durchgezogen. Der Draht, welcher so die Fragmente umschlingt, dient dazu, dieselben fest gegen einander zu fixiren, was natürlich durch die Assistentenhände erleichtert wird. Der Draht wird geknotet, abgesehen, und dann werden beide kleinen Schnittöffnungen mit Kollodium verklebt. Eine Schiene ist nicht erforderlich. Von Anfang an werden leichte Bewegungen gemacht, nach 8 Tagen wird massirt. Von der 2. Woche an werden aktive Bewegungen versucht, und am Ende des 1. Monats ist der Pat. im Stande, ohne Stock herumzugehen. In den meisten Fällen wird vom Draht nichts verspürt, doch wurde er einige Male unter Eucainanästhesie entfernt, weil er Stechen veranlasste.

Die beschriebene Operation hat dem Verf. dieselben Resultate gezeitigt wie die offene Freilegung der Bruchstücke, der gegenüber sie den Vorzug geringerer Gefahr und kürzerer Narkose bietet. Der Eingriff dauerte oft nur 5—10 Minuten. B. hat ihn in 21 Fällen gemacht.

E. Stegel (Frankfurt a/M.).

20) **Honsell.** Über die Spontanheilung des Genu valgum.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIX. Hft. 3.)

H. berichtet über eine Reihe von Nachuntersuchungen nicht behandelter Fälle von Genu valgum adolescentium aus der v. Brunschen Klinik. Es wurden 12 Fälle untersucht, welche im Alter von 15 bis 22 Jahren in die Behandlung traten. Die Nachuntersuchung wurde $4\frac{1}{2}$ bis 14 Jahre nach der Behandlung vorgenommen. Bei 9 Pat. war wegen hochgradiger Deformität auf einer Seite die Osteotomie oder Osteoklase am Femur vorgenommen worden, während auf der anderen Seite keine Therapie eingeleitet wurde.

Es handelte sich demnach in den meisten Fällen um Genua valga mittleren oder geringeren Grades einer Seite. Alle haben nach mehr oder weniger langer Pause den alten Beruf wieder aufgenommen. In keinem Falle ist eine Verschlimmerung eingetreten, vielmehr wurde in 6 Fällen von 12 eine entschiedene Besserung konstatiert, die in einigen Fällen bis zur völligen Geraderichtung geführt hat. H. glaubt somit den Beweis gebracht zu haben, dass auch das Genu valgum des Jünglingsalters einer spontanen Rückbildung fähig ist.

Er fordert zu weiteren Nachuntersuchungen auf und hofft, dass die Grenzen der operativen Therapie sich enger ziehen lassen und wir uns in manchen Fällen auf zeitweilige Vermeidung der äußeren Schädlichkeiten, Hebung des Allgemeinbefindens und Kräftigung der Muskulatur beschränken können.

Drehmann (Breslau).

21) **Karowski** (Berlin). Zur Behandlung der Hammerzehe.

(Therapie der Gegenwart 1901. Mai.)

Zur Behandlung der Hammerzehe — deren Zustandekommen nicht durch die Kontraktion der Beugesehne allein, sondern durch Missbildung der Grund- und 2. Phalanx bewirkt wird, die »dorsalwärts länger sind, als plantarwärts« — empfiehlt K. die Arthrodesse des Gelenkes in Normalstellung: Plantarschnitt; nach Durchschneidung der Beugesehne Eröffnung des Gelenkes und Resektion.

Gross (Jena).

Kleinere Mittheilungen.

22) N. N. Michailow. Über das sog. Lipoma arborescens.

(Russ. Archiv der Pathologie, klin. Medicin und Bakteriologie 1901.)

Das Lipoma arborescens ist keine lipomatöse Geschwulst. Die verzweigten Gewächse entstehen aus einer entzündlichen chronischen Hyperplasie der Zotten der Synovialmembran; die häufigste Ursache dieser Entzündung ist in einer langsamen Wirkung von tuberkulösen Toxinen zu suchen. Verf. beschreibt einen seltenen Fall (den 7. in der Litteratur) von der Operation eines solchen Lipoms, das sich bei einem Manne von 32 Jahren in der Gefäßscheide des M. extensor carpi radialis entwickelt hatte. Die lipomatösen Massen wurden mit Messer und Schere, zum Theil mit dem Löffel entfernt, die Höhle mit Chlorzink ausgewischt. Heilung. 2 Abbildungen zeigen Stückchen der hyperplastischen Zotten.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

23) C. Gömöry. Beitrag zur Kenntnis der chronischen multiplen, recidivirenden Knochenentzündung der Perlmutterdrechsler.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. No. 13 u. 14.)

Zu dem im Ganzen sehr selten beobachteten Krankheitsbilde der Perlmutterdrechslerknochenentzündung — bis jetzt 31 Fälle — giebt der Autor neben einem kurzen Überblick über den jetzigen Stand der Frage einen kasuistischen Beitrag. Es handelt sich um einen jetzt 21jährigen, zum Militär eingezogenen Mann, welcher im 14. Lebensjahre in Wien als Lehrjunge in eine Drechslerei eingetreten war, und schon 3 Monate darauf am Fuße die typische schmerzhaft, weiche, dann harte Schwellung an der Diaphyse mit allmählichem Zurückgehen derselben bekam. Dann erkrankten nach einander der rechte Vorderarm, der linke Handrücken. 4jähriges Aussetzen der Arbeit unter voller Gesundheit, dann 3 Monate nach Wiedereintritt in seine Werkstätte Erkranken der rechten mit Überwandern auf die linke Unterkieferhälfte, dann des linken Oberschenkels, des rechten Schlüsselbeines und des rechten Schulterblattes. Neu bei der Beobachtung ist die Untersuchung mittels Röntgenstrahlen, welche aber nur undeutliche Bilder von den Anschwellungen der zuletzt befallenen Knochen lieferten, die früher erkrankten aber entsprechend auch dem Palpationsbefunde als wieder normal geformt erkennen ließen. Auch die histologische Untersuchung von einem Probestücke aus der Schulterblattschwellung ergab keine wesentlichen Aufschlüsse, höchstens das Fehlen von Konchiolingebilden.

Herm. Frank (Berlin).

24) E. Falicchio. Plusieurs cas d'ostéo-arthrite, d'ostéite et d'abcès tuberculeux traités par la méthode de Truneeck.

(Pratica del med. 1901. No. 1.)

Verf. behandelte 28 Fälle mit Einspritzungen der Truneeck'schen Lösung (Natriumsulphat 15,46, Chlornatrium 16,4, Natriumphosphat 0,5, kohlen-saures Natrium 0,7, Kaliumsulfat 0,94, Wasser 80) in die bestehenden Fistelgänge, welche alle 4—6 Wochen wiederholt wurden. Die Sekretion versiegte danach rasch, 19 Pat. wurden geheilt, die übrigen gebessert. Mohr (Bielefeld).

25) K. Shusslow. Fall von Serotherapie bei Streptokokkenosteomyelitis.

(Chirurgia Bd. VI. p. 570. [Russisch.])

Ins Kiewsche Kriegshospital war ein tatarischer Kosak mit einer Osteomyelitis am Unterschenkel eingetreten, welche eine totale Aufmeißelung der Tibia und eine Arthrotomie des Kniegelenkes nothwendig machte. Der ganze Mark-

raum war mit Eiter angefüllt. Sowohl im mikroskopischen Präparate, als durch Kulturen wurden Streptokokken festgestellt. Nach der Operation trat jedoch keine Besserung ein, die Temperatur bleibt hoch, die Zunge trocken und belegt, der Kranke ist benommen, delirirt und reißt den Verband herunter.

Der Zustand wird von den konsultirenden Ärzten als hoffnungslos angesehen. Da rieth Prof. Bornhaupt dem Autor, das Marmorek'sche Streptokokkenserum zu versuchen, welches im Kiewschen bakteriologischen Institute von Dr. Neschtschadimenko bereitet war. Im Laufe von 6 Tagen wurden im Ganzen 210,0 g Serum, von 10—50 g täglich, eingespritzt. Das Allgemeinbefinden besserte sich bald, das Bewusstsein kehrte zurück, der Kranke fing an zu essen, die Temperatur blieb aber hoch. Kurz, der lokale Process wurde nicht im Geringsten durch die Einspritzung beeinflusst, und um den trotz weiterer Fortsetzung der Serumbehandlung wieder immer mehr verfallenden Kranken zu retten, wurde die Amputation am Oberschenkel gemacht.

S. hebt mit Recht hervor, dass dieser eine Fall nichts für oder gegen die Serumtherapie beweisen kann, um so weniger, als hierbei Alles darauf ankommt, ob die Streptokokken des Krankheitsfalles und des Serums identisch waren oder nicht, eine Frage, welche der Serumbehandlung der Erkrankungen durch Streptokokken große Schwierigkeit bereitet. **Egbert Braatz** (Königsberg i/Pr.).

26) **Da Costa.** A case of sarcoma of the thigh, for which disarticulation was performed through the hip-joint, with the formation of a posterior flap.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1900. März.)

Das Interessante des Falles liegt in der Operationsmethode. Die große, ulcerirte und blutende Geschwulst nahm bei dem 15jährigen Mädchen die Vorderfläche des rechten Oberschenkels ein und reichte bis zum Poupert'schen Bande, so dass keine der gewöhnlichen Methoden der Lappenbildung und Blutstillung in Frage kommen konnte. Letztere wurde nach dem Vorgange von McBurney von einem Assistenten in der Weise ausgeführt, dass er den Bauch öffnete und die Art. und Vena iliaca fest gegen den Psoasmuskel komprimirte. Die Operation wurde dann unter Bildung eines großen hinteren Lappens rasch und ohne Blutverlust fortgeführt; die Exarticulation gelang sehr leicht, Drüsen wurden mit entfernt. In den hinteren Lappen, der die Muskulatur mit enthielt, wurde ein Knopfloch zur Drainage geschnitten, ein drainirender Gazestreifen in die Gelenkpfanne eingeführt. Die Heilung erfolgte in den inneren $\frac{2}{3}$ der Wunde anstandslos, das äußere Drittel wurde durch die Schwere des Lappens wieder aufgerissen und heilte sekundär. Leider trat schon vor vollendeter Heilung das Recidiv auf, dem die Pat. bald erlag. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom.

R. v. Hippel (Kassel).

27) **P. Fredet.** Corps étranger ostéo-cartilagineux du genou d'origine traumatique.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. III. No. 1.)

Das operativ entfernte Corpus al. mob. hatte die beträchtliche Größe von 3 bzw. 3,5 cm und besaß eine rauhe Fläche mit mikroskopisch nachgewiesenen Knochenheilchen in der Mitte. Es ist ein Sprengstück, welches sich in 2 Malen abgelöst hat; zuerst durch einen Fall aufs Knie vielleicht abgespaltet, brach es 2 Monate später beim Aufrichten aus sitzender Stellung völlig los.

Christel (Metz).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 33. Sonnabend, den 17. August. 1901.

Inhalt: Popper, Eine neue Oberarmfraktuerschiene mit Extension in der Schiene.
(Original-Mittheilung.)

1) **Tillmanns**, Allgemeine Chirurgie. — 2) **Buxton**, Riesenzellen. — 3) **Gaylord**,
4) **Schuessler**, 5) **Adami**, Krebsparasiten. — 6) **Hérard**, Behandlung inoperabler Krebse.
— 7) **Tavel und Krumbein**, Streptokokkenserumtherapie. — 8) **Greife**, Renthiersehnen-
fäden. — 9) **Renner**, Katgut. — 10) **Engelhardt**, Blutungen nach Tracheotomie. —
11) **Porter**, Eitrige Perikarditis.

12) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 13) **Hildebrand, Vellon, Thomen,**
Hägler und Burckhardt, Jahresbericht. — 14) **Gelpke**, Kasuistische Mittheilungen. —
15) **Lyon**, Zur Krebsstatistik. — 16) **Cabot**, Krebsrecidiv. — 17) **Coley**, 18) **Wild**, Be-
handlung inoperabler Krebse. — 19) **Huber**, Streptokokkenerkrankung. — 20) **Depage**,
Herzmassage bei Chloroformasphyxie. — 21) **Reiner**, Spina bifida occulta. — 22) **Touche**,
Paraplegie bei Pott'schem Buckel. — 23) **Mauclair**, Zur Behandlung der tuberculösen
Spondylitis. — 24) **Heineke**, Zertrümmerung des Brustkorbes. — 25) **Michailow**, Brust-
drüsentuberkulose. — 26) **Rosenstein**, Bösartige Brustdrüseneschwülste. — 27) **Scheiber**,
Torticollis. — 28) **Labbé und Ferrand**, Fetthals.

Naturforscherversammlung.

Eine neue Oberarmfraktuerschiene mit Extension in der Schiene.

Von

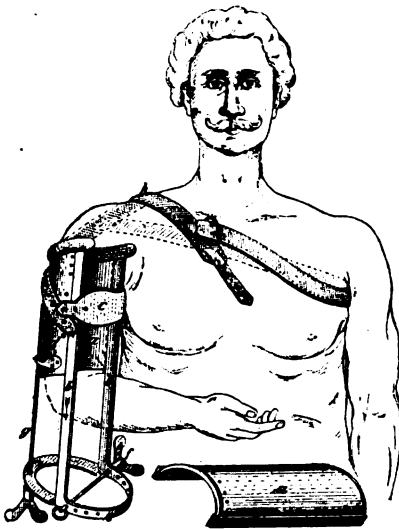
Dr. Popper in Hamburg.

Die Behandlung der Oberarmbrüche mit Extension lässt noch
Vieles zu wünschen übrig. Eine Extension des frakturirten Humerus
konnte nur in dem Falle dauernd gleichmäßig wirken, wenn der
Kranke das Bett hütete; denn das Anhängen von Gewichten in Ex-
tension, das zu gleicher Zeit mit dem Tragen einer Mitella geübt
wird, bedarf so der ständigen Kontrolle und hat so mancherlei Nach-
theile, dass es nicht als ein Verfahren von allgemeiner Anerkennung
gelten dürfte. Ich habe nun seit Langem danach gestrebt, mit Ein-
haltung möglicher Einfachheit eine Schiene für Oberarmbrüche zu
konstruiren, die das wichtige Princip der Extension aufrecht erhält,
das wir, wie ich glaube, nicht mehr bei Oberarmbrüchen missen

können, dabei aber eben diese Extension in sich selbst trägt durch Anwendung von einem Schraubengewinde. Die Einfachheit des Princip, die leichte Anlegbarkeit und die bei richtiger Benutzung in die Augen springenden Vortheile der Schiene werden ihr bald Eingang und Benutzung durch die Herren Kollegen verschaffen.

In der beifolgenden Skizze findet sich die Schiene. Sie besteht aus dem Haupttheile *a*, in dessen Endigungen bei *b* Schienenstäbe eingelassen sind, die sich durch Drehungen des Schraubengewindes *g* in der Pfeilrichtung nach oben oder unten verschieben lassen. Diese eingelassenen Theile endigen in einem ovalen Stücke bei *e*, das mehrfach in verschiedener Höhe durch Löcher durchbrochen ist, in die sich der Stift *f* in beliebiger Höhe einstellen lässt. Bei *c* trägt die Schiene Querbefestigungsgurte und bei *d* einen Gurt zur Befestigung auf der Schulter, wie es aus der Abbildung leicht ersichtlich.

Der Modus der Behandlung ist nun folgender:



2 Heftpflasterstreifen wie zur gewöhnlichen Extension werden der Fraktur entsprechend am Oberarme fixirt. Die Schleife der Extension hängt nach unten über das Ellbogengelenk. Jetzt wird der Stift bei *f* aus der Schiene entfernt, der Oberarm auf sie gelegt, bei *c* und *d* und *h* fixirt (auf der flachen Schiene). Der Stift *f* wird nun durch die Schleife der Extension gesteckt. Dabei steht *e* ziemlich nahe zu *a*. Jetzt befindet sich also die Extension auf *f*. Nun wird durch Drehungen des Schraubengewindes *g* der Stift *f* nach Wunsch weit oder nicht weit von *a* entfernt, also die Extension verstärkt. Man kann so die Extension in Höhe

(Löcher bei *e*) und Stärke reguliren. Die Stärke ist auf eine große Höhe zu bringen, mindestens auf die Stärke der Gewichte, die wir seither angewandt haben.



Die Extension wirkt so gleichmäßig, hält sich vorzüglich und ist sehr einfach anzulegen. Der Vorderarm wird flektirt gehalten und ruht in einer Mitella.

Die Heilung erfolgt ohne Störung. Die Schiene ist im Übrigen im Haupttheile ziemlich flach gehalten, um den Cubitalwinkel im flektirten Vorderarme nicht störend bei der Anlegung in die Erscheinung treten zu lassen.

Die Firmen Evens & Pistor in Kassel und Dr. Block & Cie. in Bodenbach (Böhmen) und Budapest haben den Vertrieb der Schiene

übernommen. Die Schiene wird in 2 Größen angefertigt werden, kann aber auch gut in einer Form als Universalschiene dienen.

1) **Tillmanns.** Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. Achte, verbesserte und vermehrte Auflage.

Leipzig, **Veit & Comp.**, 1901.

Der vor Kurzem erschienenen und in No. 19 d. Bl. besprochenen Neuauflage des Lehrbuches der speciellen Chirurgie folgt des Verf.s allgemeine Chirurgie in der nothwendig gewordenen Verbesserung bereits in 8. Auflage auf dem Fuße. Auch hier sind fast alle Abschnitte ergänzt, einige umgearbeitet worden, entsprechend den vielen Bereicherungen auf dem weitverzweigten Gebiete der chirurgischen Wissenschaft, die uns die fleißigen Untersuchungen der letzten 2 bis 3 Jahre gebracht haben; wir brauchen nur auf die Kapitel über die bakteriellen Erkrankungen hinzuweisen. Neu hinzugefügt ist eine kurze Abhandlung über die Pest.

Durch entsprechende Kürzungen ist die Vermehrung der Seitenzahl nicht sehr wesentlich geworden. Die Zahl der Abbildungen ist von 516 auf 561 gestiegen.

Was über den Werth des T.'schen Lehrbuches bereits bei der Besprechung des speciellen Theiles gesagt wurde, das bezieht sich voll und ganz auch auf den allgemeinen Theil, der des ersteren nothwendige Ergänzung bildet.

Reichard (Magdeburg).

2) **B. H. Buxton.** Giant cells.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XIX. No. 1.)

Während die Anschauungen über die Entwicklung der Riesenzellen im Anfangsstadium aus einander gehen: die Einen eine mitotische Theilung mit Neigung zu multipolarer oder anderer unregelmäßiger Form annehmen, die Anderen (Marchand) Mitose nie beobachteten, stimmen Alle darin überein, dass nach dem Entstehen zahlreicher Kerne und fertiger Ausgestaltung einer Riesenzelle eine weitere Theilung nur auf dem Wege von Amitosis vor sich geht. Vielkernige Riesenzellen sind als ein Syncytium aufzufassen, welches einem schnellen Verfall entgegengeht. Bei der Kernvertheilung ist entweder eine centrale oder unregelmäßige Gruppierung, der myeloide Typus, zu beobachten, und zwar sowohl in physiologischen als auch pathologischen Processen, oder eine periphere Gruppierung um den Rand oder an den Polen der Zelle, und zwar wie in pathologischen Processen. Die physiologischen Riesenzellen, welche bei der Knochenbildung (als Myeloplasten oder Osteoklasten) oder bei der Einpflanzung von Fremdkörpern in Gewebe zu beobachten sind, entstehen dadurch, dass Granulationszellen an den Knochen oder Fremdkörper durch immer üppiger sich vermehrende Zellmassen fest angepresst werden. Diese Anpressung verhindert eine normale Ernährung und ruft eine abnorme Kern- und unvollständige Zelltheilung hervor.

Bei der Tuberkulose und ähnlichen mit Riesenzellenbildung verlaufenden Infektionskrankheiten bilden der zum Stillstehen gelangte Tuberkelbacillus und seine Toxine die Ursache der mangelhaften Ernährung derjenigen Granulationszellen, welche den Bacillen zunächst umgeben, und somit einer normalen Granulationszellentheilung. Je mehr Bacillen sich entwickeln, je mehr Toxine erzeugt werden, um so ausgiebiger wird die Zerstörung des Zellcentrums, um so deutlicher die periphere Anordnung der Zellkerne.

Bei Myelosarkomen sind die Riesenzellen der Ausdruck der Knochenauflösung, haben auf die weitere Geschwulstentwicklung aber keinen Einfluss.

Chotzen (Breslau).

3) **H. R. Gaylord.** The protozoon of cancer. A preliminary report based upon three years' work in the New York state pathological laboratory of the university of Buffalo.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1901. Mai.)

Vorliegende Arbeit nimmt zweifellos in der immer schwerer zu übersehenden Carcinomliteratur eine hervorragende Stelle ein. Den Ausgangspunkt der Untersuchungen und Experimente bildete folgende Beobachtung:

Es handelte sich um einen Fall von Adenocarcinom der Bauchhöhle, wahrscheinlich ausgehend vom Wurmfortsatze, mit Generalisation über den größten Theil von Bauchfell, Netz und Gekröse. Der größere Theil der Geschwulstmassen war schleimig entartet, die Bauchhöhle mit klarer, strohfarbener Flüssigkeit gefüllt. Nach aseptischer Laparotomie wurde von dieser Flüssigkeit ein Quantum aseptisch aufgefangen und zur Kontrolle ein Theil derselben aufgehoben, der bei 13tägiger Beobachtung steril blieb. In dieser Flüssigkeit fand sich eine große Menge kleiner hyaliner Körper, die bei Beobachtung unter dem Mikroskop wuchsen, ihre Form änderten und einen Entwicklungszyklus durchmachten bis zu einem anscheinend sporenbildenden Stadium. Von dieser Flüssigkeit wurde einem Hunde und einem Meerschweinchen in die Bauchhöhle, einem anderen Meerschweinchen in die Jugularvene verimpft. Die beiden ersteren bekamen zwar keine Geschwülste, aber eine exsudative Peritonitis mit Vergrößerung der regionären Lymphdrüsen, und in dem Exsudat konnten die verschiedenen Entwicklungsformen der Parasiten nachgewiesen werden. Deckglaspräparate von der Flüssigkeit, die 3 bis 4 Tage im Brutschranke aufbewahrt wurden, ließen die Entwicklung von der kleinen hyalinen Form zu den verschiedenen anderen Stufen deutlich erkennen, und besonders interessant war es, in einem Präparate eine Anzahl der Organismen zu finden, die lange Pseudopodien gegen eine benachbarte Luftblase ausstreckten.

Das in die Jugularvene injicirte Thier wurde am 50. Tage getödtet. Bei der Sektion fanden sich in den Lungen kleine weiße Knötchen, die bei der mikroskopischen Untersuchung sich als be-

ginnende Herde eines Adenocarcinoms erwiesen. In den Geschwulstzellen und in den Zellen der vergrößerten Follikel der Milz fanden sich Körperchen, die durchaus den Russel'schen Fuchsinkörperchen glichen, in den perivaskulären Lymphscheiden der Lunge die halb- ausgewachsenen Organismen in großer Zahl.

In frischem Zustande betrachtet gleichen die kleinen sphärischen Körperchen außerordentlich Fett-Tröpfchen, unterscheiden sich aber dadurch, dass sie von Äther nicht gelöst werden und sich mit Osmiumsäure nicht schwärzen. Diese Körperchen können in allen bösartigen Geschwülsten gefunden werden, besonders zahlreich in den weichen, rasch wachsenden Formen. Kleine Geschwülste enthalten in der Regel die kleinere Form des Organismus. Die Geschwülste und Organe von Leichen solcher Pat., die an Carcinom oder Sarkom gestorben waren, zeigten die Organismen in großer Zahl und in allen Stadien der Entwicklung. Verglich man durch Operation und aus Leichen entnommene Geschwülste, so zeigte es sich, dass die Organismen entweder kurz vor dem Tode sehr schnell wachsen oder in den Geweben postmortal proliferiren. Von 2 großen Tumoren, die unmittelbar nach der Operation vorwiegend die kleine Form des Organismus enthielten, wurden Stücke steril aufgehoben und in zunehmenden Zeitintervallen Abkratzpräparate davon gemacht. Dabei zeigte sich, dass die Organismen sich schrittweise vergrößerten. Nach 10 Stunden hatten sich die amöboiden Formen erheblich vermehrt, nach 24 Stunden fanden sich Sporensäcke in großer Zahl. Diese wurden bei weiterer Beobachtung durch Gruppen von hyalinen Körpern ersetzt, die erheblich größer waren, als die ursprünglich in den Säcken enthaltenen. — Nach dieser Beobachtung ist G. der Ansicht, dass die sog. fettige Degeneration des Carcinoms wenigstens zum Theil auf der Gegenwart der verschiedenen Formen des Organismus beruht, die für Fett-Tröpfchen und fettig degenerirte Krebszellen missdeutet wurden. Auch die sog. Krebsmilch besteht in der That aus einer Reinkultur dieser Organismen. Eben so besteht die Flüssigkeit bösartiger Eierstockskystome und der Brei in den Hohlräumen gewisser Adenocarcinome der Ovarien zum großen Theile aus den verschiedenen Formen dieser Organismen.

Die weiteren Untersuchungen ergaben, dass alle Organe — einschließlich Blut — von Krebs- und Sarkomleichen die Organismen in großer Zahl enthalten. Eben so fanden sich in allen Fällen von Carcinom und Sarkom, in denen deutliche Kachexie bestand, die Organismen, besonders die jungen Formen, regelmäßig während des Lebens im Blute.

Auffallend war der große Unterschied in der Zahl der Organismen im frischen Präparate und in Schnitten. Dies erklärt sich dadurch, dass die gewöhnlichen Fixationsmethoden nur die kleinen, resistenten Formen, die den Russell'schen Fuchsinkörperchen gleichen, nicht zerstören und dass auch nur diese mit Anilinfarben sich färben.

Zur Entscheidung der Frage, welche Stellung diese Organismen gegenüber den von Plimmer beschriebenen Körperchen einnehmen, wurde die Plimmer'sche Methode der Fixation und Färbung auf sie angewandt und dabei gefunden, dass sie die souveräne Methode für die Darstellung der Organismen im Schnitte ist, und dass Plimmer's und Russel's Körperchen mit gewissen Entwicklungsstufen des G.'schen Organismus identisch sind. Mit dem »Saccharomyces neoformans« Sanfelice's hat derselbe nichts zu thun, G. stellt ihn vielmehr zu den Protozoen, und zwar zu derselben Gruppe mit dem Vaccine-Organismus.

Weitere ausgedehnte Versuche bezogen sich auf die Kultivirbarkeit des Organismus, wobei sich als das geeignetste Nährmedium die von Celli zur Kultivirung der Amöben empfohlene Fucus crispus-Bouillon erwies.

Zahlreiche Thierversuche zeigten weiter, dass der Organismus beim Durchgange durch den Thierkörper virulenter wird. In fast allen Fällen wurden bei den gestorbenen Thieren die Peritonealflüssigkeit, die Organe und das Blut untersucht und regelmäßig große Mengen des Organismus darin gefunden. 2 Meerschweinchen und 2 Kaninchen, denen Peritonealflüssigkeit in die Jugularvene injicirt wurde, zeigten besonders in der Umgebung der Bronchien lokalisirte weiße Knötchen in den Lungen, die sich mikroskopisch als beginnende multiple Adenocarcinome der Bronchien erwiesen. Die Geschwulstzellen enthielten die charakteristischen Organismen.

Da neben dem Hervorgehobenen die Arbeit noch eine Fülle interessanter Einzelheiten enthält, die Befunde auch durch treffliche Mikrophotogramme illustriert sind, können wir die Lektüre des Originals nur aufs wärmste empfehlen. **R. v. Hippel** (Kassel).

4) **M. Schueller.** Die Parasiten im Krebs und Sarkom des Menschen.

Jena, **Gustav Fischer**, 1901.

Die heutigen Entdecker von Carcinom- und Sarkomparasiten haben einen schweren Stand, indem sie das gewaltige Misstrauen zu überwinden haben, welches wohl Jeder nach den bisherigen Erfahrungen den neu entdeckten Erregern dieser beiden Geschwulstarten entgegenbringt. Thatsächlich hat bisher kein Krebsparasit den Nachuntersuchungen Stand gehalten, wenn auch die Beschreibung des Parasiten und seiner Wirkung durch den Entdecker noch so überzeugend klang. Der Ref. dieser Arbeit muss sich zunächst auf eine ganz objektive Darstellung beschränken, da der Autor neue, zum Theil unbekannte Wege beschreitet, die Kritik bleibt dann der Nachuntersuchung überlassen.

Von den bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiete hält S. nicht viel, er sagt, dass ein Theil dieser Arbeiten »in leichtsinnigster Weise« unternommen wurde, dass die Kulturen und Übertragungen

nicht gelangen, weil bei ihnen »die allerersten Grundbedingungen ganz außer Acht gelassen wurden«. Nach seiner Meinung muss jeder Untersucher zunächst seine Studien an Kulturen machen, um das kennen zu lernen, was er in den mikroskopischen Gewebspräparaten dann zu suchen hat. So beginnt denn S. seine Monographie zunächst mit den Kulturversuchen. Als unerlässlich für das Gelingen der Kultur fordert er, dass die bei der Operation gewonnene Neubildung lebenswarm gehalten wird; unter peinlichen aseptischen Vorsichtsmaßregeln entnimmt er Partien aus der Mitte der Geschwulst, bringt diese in luftdicht abschließbare sterilisirte Glasgefäße und bewahrt nun diese im Thermostaten bei $37,5^{\circ}$ auf. Schon nach wenigen Tagen sieht man in der Umgebung des Präparates kleine, feinste Körnchen an der Glaswand hängen. Untersucht man diese, so findet man relativ große, runde, oder ovale, oder auch mehreckige, blasige Kapseln mit goldgelbem Inhalt und hellerer stark lichtbrechender, anscheinend von feinen Poren durchsetzter Wand, außerdem aber finden sich daneben, einzeln oder in Konglomeraten zusammenhängend, mehr oder weniger reichlich sehr viel kleinere, runde, kuglige Körperchen von meist dunkler grüngelblicher oder grünbräunlicher Farbe, welche bei durchfallendem Lichte stark goldig erglänzen und mit einem Strahlensaum umgeben sind. Diese letzteren sind Jugendformen, die sich in den Kapseln bilden, frei werden und allmählich zu großen Kapseln auswachsen.

Die jugendlichen Individuen haben eine mit feinen Borsten besetzte Hülle, Protoplasma, und einen eckigen oder ovalen Kern. Die Borsten sind fast stets in flottirender Bewegung, halten kleine durch den Flüssigkeitsstrom vorbeigeführte Körnchen fest. Formenveränderungen, minimale Ortsbewegungen scheinen die Zellen vornehmen zu können. Die durch Einwirkung von absolutem Alkohol, 50° heißem Wasser, Sublimat hervorgerufene Quellung resp. Schrumpfung scheinen nach Ansicht des Ref. keine besonderen Charakteristica dieser Art Zellen zu sein. Die goldgelbe bis braungelbe Färbung der Parasiten wird nach S.'s Ansicht durch eisenhaltiges Pigment bedingt, da die Reaktion auf Hämosiderine (Ferrocyankalium und Salzsäure) positiv ausfällt. Die Carcinom- und Sarkomparasiten unterscheiden sich hauptsächlich in den jugendlichen Formen. Die Farbe der Organismen ist bei Sarkomkulturen heller; die Carcinomkulturen zeichnen sich durch runde oder ovale Formen aus, während man bei Sarkomparasiten viel mehr Unregelmäßigkeit, eckige unregelmäßig verzogene Formen, findet.

»Besonders aber, sagt S., ist geradezu charakteristisch das Auftreten der jungen Formen in Sarkomkulturen, indem nämlich stets neben größeren und mittleren jungen Organismen außerordentlich viele Formen von den allerkleinsten Dimensionen (selbst bei 1000facher Vergrößerung) vorkommen, dass überhaupt ein enormer Größenunterschied zwischen den in einer Kultur vorkommenden jungen Organismen zu konstatiren ist. Dagegen sind bei den

Carcinomkulturen die Größenunterschiede weit geringer, es kommen vorwiegend gleichmäßige Formen vor und fehlen meist die allerkleinsten fast vollständig, sind jedenfalls niemals in solcher Zahl vorhanden, dass sie auf den Eindruck der Kultur maßgebend sein können. <

Nach diesen Vorstudien an den Kulturen wandte sich S. zur Untersuchung an lebenden und todtten Geweben und konnte seiner Meinung nach dieselben Parasiten in all ihren Formen darin nachweisen. Dass die bisherigen Forscher die zum Theil in sehr großen Mengen vorkommenden Parasiten nicht gesehen haben, liegt nach S.'s Ansicht an den bisherigen Behandlungsmethoden der Präparate, insbesondere den Färbemethoden, durch die die Characteristica der Zellen verdeckt werden. Seine Behandlungsmethode des frischen Gewebes ist jedenfalls nicht einwandsfrei. S. entwässert ohne vorherige Färbung das lebenswarme Gewebstückchen mit absolutem Alkohol, hellt dasselbe mit ätherischem Öl auf und bettet es in Balsam ein. Die Behandlung frischer Gewebe sofort mit absolutem Alkohol ist wenigstens für feinere Präparate bisher nicht so üblich gewesen, da die Zellen dadurch außerordentlich verändert werden, und sie nimmt hier um so mehr Wunder, als S. vorher selbst angiebt, dass ein Tropfen absoluten Alkohols die Parasiten der Kultur tödtet und völlig verzerrt. Auch die Mikrotomschnitte (Celloidin-einbettung) behandelt er am liebsten eben so; einige Vorschriften für Tinktionen (besonders Hämatoxilinalaun) fügt er bei.

Es würde nun zu weit führen, alle die Einzelheiten des Parasitenfundes in den Geschwülsten selbst anzuführen, es muss in dieser Beziehung auf das Original verwiesen werden. S. hat in allen Carcinomen (auch in den Epithelperlen und Verhornungskugeln) und Sarkomen seine Parasiten gefunden.

Über die Invasion der Parasiten in den menschlichen Organismus hat er sich die Ansicht gebildet, dass dieselben in den bei Weitem meisten Fällen von der Oberfläche nach der Tiefe gingen; Traumen, Risse der Deckschicht, pathologische Unebenheiten begünstigen seiner Ansicht nach das Eindringen. In Fällen, in denen ein derartiger Infektionsmodus unmöglich erscheint (z. B. beim myelogenen Sarkom), muss eine Infektion auf dem Blutwege angenommen werden; wie die Parasiten in das Blut gelangen, ist unbekannt.

Im Anschlusse an diese Untersuchungen theilt S. dann seine Erfahrungen über Thiersversuche mit; vermittels seiner Kulturen (nicht Gewebsimplantation) gelang es ihm, Carcinom im Thierkörper zu erzeugen, ja die entstandenen Geschwülste setzten sogar Lymphdrüsenmetastasen in der nächsten Umgebung. Er inficirte an Kaninchen Niere, Nebenniere, Leber, Darm, Pankreas etc. Die Geschwülste zeigten denselben Bau und das Wachsthum wie die ursprünglichen Geschwülste (Epithelperlen bildeten sich auch).

In welche Klasse die Parasiten biologisch gehören, vermag S. nicht anzugeben, er vermuthet, dass es sich nicht um pflanzliche, sondern thierische Organismen handelt.

H. Wagner (Breslau).

5) **J. G. Adami.** An adress on the causation of cancerous and other new growths.

(Brit. med. journ. 1901. März 16.)

Indem A. von der Anschauung ausgeht, dass es eine scharfe Scheidewand zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten nicht gibt, dass die Bösartigkeit nicht eine primäre, sondern eine erworbene Eigenschaft der Geschwulst ist, dass demnach eine jede Neubildung bis zu einem gewissen Zeitpunkte einen gutartigen Charakter trägt, kommt er hinsichtlich der Theorie vom parasitären Ursprunge der bösartigen Geschwülste zu folgenden Schlüssen:

1) Entweder sind alle Geschwülste, gut- wie bösartige, parasitärer Natur, oder

2) die Infektion spielt nur bei einem Theile der Geschwülste, aber sowohl gut- wie bösartigen eine Rolle, oder

3) die Geschwulstbildung ist a priori nicht auf eine Infektion zurückzuführen, wohl aber beruht die Bösartigkeit auf parasitären Einflüssen.

A. sucht sodann die Geschwulstbildung ohne Annahme einer parasitären Infektion zu erklären. Er geht davon aus, dass die physiologische Funktion der Zelle eine Proliferationsthätigkeit ausschließt. Die Funktion ist bedingt durch die Summe der auf die Zelle seitens ihrer Umgebung wirkenden Einflüsse. Ein Theil der Zellthätigkeit besteht darin, ihrerseits einen Einfluss auf ihre Umgebung geltend zu machen. Fällt ein Theil der seitens der Umgebung wirkenden Kräfte aus, so ist damit die Möglichkeit gegeben, dass die Zelle die zum Paralyisiren derselben erforderliche Energie anderweitig verwendet und zur Proliferation schreitet.

Sodann führt A. aus, dass das Gesetz der Trägheit auch für das lebende Protoplasma seine Gültigkeit habe, sowohl im Ruhe wie im Arbeitsstadium. Das Protoplasma reagirt nicht sofort auf einen dasselbe treffenden Reiz; ehe dasselbe in Thätigkeit tritt, vergeht das Latenzstadium; andererseits arbeitet das Protoplasma auch noch eine Zeit lang weiter, nachdem der Reiz zu wirken aufgehört. Eine Vermehrung der Katabiose hat eine Steigerung des bioplastischen Processes im Gefolge, und auf Grund des Gesetzes der Trägheit dauert letzterer noch fort, nachdem die Zelle aufgehört hat zu funktionieren. Die Zelle hat die Neigung, Reservematerial aufzustapeln. Hieraus kommt A. zu folgenden weiteren Schlüssen:

1) Entweder führt die periodische Reizung der Zelle in Folge der auf die vermehrte Katabiose folgenden Steigerung des bioplastischen Processes zu einer solchen Anhäufung von Reservematerial, dass dasselbe zur Proliferation Veranlassung giebt, oder

2) die Reizung ist so stark und so lange ausgedehnt, dass in Folge der vermehrten Aktivität der Zelle, der vermehrten Sekretion und der reichlicheren Blut- und Lymphzufuhr das Verhältnis der Zelle zu ihrer Umgebung eine Änderung erfährt. Auf Grund dieser

Änderung ist es nicht mehr möglich, dass die Zelle ihre normalen Funktionen ausübt, und die aufgestapelte Energie findet dann nach der Richtung der Vermehrung hin ihre Verwendung.

Das erstere allein ist nicht ausreichend zur Erklärung der Neubildung, da gerade die dem Protoplasma innewohnende Trägheit den Übergang aus dem Funktions- in das Proliferationsstadium verhindert.

Bei der Annahme des zweiten Schlusses würde sich erklären, wie sich eine Zellgruppe entwickelt — unter der Voraussetzung, dass der ursprüngliche Reiz noch fort dauert und die Ernährung genügend gewährleistet ist —, welche das Bestreben hat, sich zu vermehren. Hierin erblickt A. das zweite Stadium der Geschwulstbildung.

Um das selbständige Wachsthum der Geschwulst zu erklären, müsste nach A. die Fortdauer des ursprünglichen Reizes angenommen werden, wodurch die Beziehungen der einzelnen Zelle zu ihrer Umgebung dauernd verändert würde. Das stößt schon deshalb auf Schwierigkeiten, weil die neugebildeten Zellen unter sich wieder Beziehungen eingehen. Die Metastasen lassen sich so nicht erklären. Hier könnte die parasitäre Theorie aushelfen, indem durch die Symbiose von Parasiten und Zellen ein dauerndes Wachsthum gewährleistet würde. Die Schwierigkeit ergibt sich wieder daraus, dass eine jede Neubildung die Neigung zum selbständigen Wachsthum zeigt, dass aber nach den heutigen Anschauungen ein Theil der Geschwülste sicher nichts mit Parasiten zu thun hat.

Um die hier sich ergebende Lücke zu überbrücken, greift A. auf die Vererbung zurück. Er geht davon aus, dass häufiger eine Metaplasie Platz greift, und dass von den metaplasirten Zellen entsprechende Neubildungen ihren Ausgang nehmen; dass hier also eine Vererbung erworbener Eigenschaften stattfindet. Die Erscheinungen der Immunität zwingen, auch eine solche Vererbung erworbener Eigenschaften anzunehmen.

A. glaubt, dass sich bei den Geschwulstzellen eine Gewohnheit zur Vermehrung herausbildet. Sie sind in ihrem Wachsthum nicht mehr beschränkt durch die Ausübung einer specifischen Funktion, und je mehr die Merkzeichen der letzteren zurücktreten, desto böser ist die Geschwulst.

Weiss (Düsseldorf).

6) Hérard. L'acide osmique dans le traitement des tumeurs cancéreuses inopérables.

(Soc. de thérapeutique 1901. Mai 8.)

Verf. empfiehlt die Flemming'sche Lösung zur Behandlung inoperabler Geschwülste. Anwendungsweise: Injektion von 8 bis 30 ccm in die Geschwulst, Aufschläge auf dieselbe mittels derselben Lösung. Schmerzen, Sekretion und Jauchung sollen sich mit Sicherheit durch die Methode vermindern lassen.

Mohr (Bielefeld).

7) **Tavel** und **Krumbein** (Bern). Über Streptokokken-serumtherapie. (Aus dem Schweizer Serum- und Impfinstitut.)

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 8.)

Verff. verwenden zur Herstellung des Streptokokkenserums nur Streptokokken, die vom Menschen stammen, und zwar in möglichst großer Anzahl von Varietäten und ohne Thierpassage, deren Fortzuchtung auf solchen künstlichen Nährböden stattfindet, von denen man weiß, dass sie die ursprüngliche Virulenz erhalten. Sie glauben so die Fehlerquellen bei der Serumbereitung nach Marmorek vermieden zu haben und berichten über ihre damit erzielten Erfolge an der Hand von 13 einschlägigen Fällen. Diese Beobachtungen sprechen in der That für die Zweckmäßigkeit der Anwendung dieses nicht näher beschriebenen Serums und auch für die Ungefährlichkeit desselben, da es auch von ganz kleinen Kindern in starken Quantitäten (täglich 5 ccm) gut vertragen wurde. Bei gewissen Fällen schien es angezeigt, das Serum lokal und refracta dosi zu injiciren.

P. Stolper (Breslau).

8) **H. Greife**. Renthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial. (Aus der gynäkolog. Univ.-Klinik in Moskau.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 25.)

Die Ergebnisse der von G. mit den dem Nackenbände des Renthiers entnommenen Sehnenfäden angestellten Untersuchungen decken sich fast vollständig mit denen, welche Schiller aus der Heidelberger chirurgischen Klinik mitgetheilt hat. Während Letzterer aber daraufhin die Sehnenfäden nicht als einen wesentlichen Fortschritt gegenüber den modernen Katgutpräparaten bezeichnete, ist Verf. der entgegengesetzten Ansicht, weil sich die von Flüssigkeiten leicht durchdringbaren Sehnenfäden im Gegensatze zum Katgut immer absolut sicher keimfrei machen lassen und sich hierdurch, wie durch ihre anderen Vorzüge — Resorbirbarkeit, Festigkeit etc. — praktisch bei einer großen Anzahl von Operationen vollkommen bewährt, nie Nachtheile gezeigt haben. G. führt die Namen vieler russischer Chirurgen an, welche über gleich günstige Erfahrungen verfügen. — Zum Schlusse beschreibt er ein einfaches, zur aseptischen Aufnahme der sterilisirten Sehnenfäden dienendes Gefäß. **Kramer** (Glogau).

9) **Renner**. Gekochtes Katgut.

(Prager med. Wochenschrift 1901. No. 5.)

R. empfiehlt zur Selbstbereitung des Katguts folgendes Verfahren, das sich ihm seit 1½ Jahre gut bewährt hat.

Rohkatgut guter Qualität (Marke Wiesner) wird auf einem Metallrahmen straff ausgespannt, dann 24 Stunden lang in 5%ige wässrige Formalinlösung gelegt und hierauf 10 Minuten lang in reinem Brunnenwasser gekocht. Dabei quillt das Katgut wohl auf,

verliert aber nicht seine Form. Nun folgt 1 Stunde langes Trocknen in dem zum Kochen verwendeten Behälter, Abnehmen und Aufbewahren in 1%igem Sublimat-Alkohol. Die Prüfung der Festigkeit dieses also präparierten Katguts ergab nur einen Festigkeitsverlust von 50 g gegen das Rohkatgut (700 : 650 g). R. hat seit 1½ Jahre bei seinen Operationen keine Eiterung mehr erlebt; er verwendet das Katgut nicht nur zu Ligaturen, sondern auch als Nahtmaterial.

Jaffé (Hamburg).

10) Engelhardt. Pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zur Frage der Blutungen nach der Tracheotomie wegen Diphtherie im Kindesalter.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Der Arbeit zu Grunde liegt das reiche Material des Augustahospitals in Köln unter Leitung des verstorbenen Leichtenstern aus den Jahren 1896—1898.

Blutungen nach der Tracheotomie können auftreten einmal im unmittelbaren Zusammenhange mit der Operation, wie sie nach jeder Operation bisweilen auftreten. Diese Blutungen sind meist nicht gefährlich; eine bedenkliche dieser Art hat E. nicht erlebt.

Unter den Blutungen, welche im weiteren Verlaufe der Tracheotomie sich einstellen, sind 2 Gruppen zu unterscheiden, nämlich solche, die durch entzündlich-phlegmonöse oder durch diphtherische Prozesse, also durch die specifische Thätigkeit von Bakterien hervorgerufen werden, und solche, die durch Decubitus zu Stande kommen, oder allgemein ausgedrückt, die auf mechanische Einwirkungen zurückzuführen sind. Die erste Gruppe ist die wichtigste, weil sie oft zu tödlichen Hämorrhagien führt. E. erlebte unter 341 Tracheotomien 6mal, also in 1,7% der Fälle eine derartige tödliche Blutung; stets wurde die Tracheotomia inferior gemacht. Verf. stellt zum ersten Male aus der Litteratur alle analogen tödlichen Blutungen zusammen und hat so im Ganzen 26 Fälle zur Beurtheilung. In fast allen war die Tracheotomia inferior gemacht; 18mal war die Arteria anonyma, 3mal die Carotis communis dextra und je 1mal die Art. thyreoidea sup. sin., Art. thyreoidea inferior, Vena jugularis communis dextra, Vena anonyma sinistra und die Vena jugularis anterior dextra perforirt gefunden worden. Verf. untersuchte genau mikroskopisch die Perforationsstelle des Gefäßes und fand stets ein kraterförmiges, von außen nach innen gehendes Geschwür. Dasselbe entsteht durch Arrosion des stark bakterienhaltigen Eiters im untersten Wundrecessus. Die ausgesprochene Prädilektion der Art. anonyma erklärt sich daher, dass dieses Gefäß den tiefsten, also wegen Stagnation des Eiters am meisten gefährdeten Punkt des Recessus darstellt. Der Recessus kommt dadurch zu Stande, dass bei der Tracheotomia inferior der Raum für die Incision der Trachea zwischen Isthmus der Schilddrüse und Art. anonyma oft sehr klein ist; man zieht daher mit einem Häkchen die Trachea künstlich nach oben; sinkt sie

nun nach vollführter Eröffnung in die Tiefe zurück, so kommt der untere Wundwinkel der Luftröhre an oder sogar noch unterhalb der Art. anonyma zu liegen, obwohl dieselbe bei der Operation gar nicht zu Gesichte gekommen ist. Man soll sich daher zur Regel machen, die Wunde der Weichtheile möglichst klein und die der Luftröhre hoch anzulegen, um solche letale Blutungen zu vermeiden. Die Tracheotomia inferior desshalb etwa aufzugeben, liege kein Grund vor, da sie in anderer Hinsicht zu viele Vorzüge habe.

Von Fällen der zweiten Gruppe, in denen durch Decubitus, also mechanischen Druck eine tödliche Blutung erfolgt, hat E. keine eigene Beobachtung. Er stellt aber die 15 derartigen Fälle aus der Litteratur zusammen und kommt zu dem Schlusse, dass mit einer erstaunlichen Regelmäßigkeit durch den Druck des unteren Kanülenendes die vordere Wand der Luftröhre usurirt und die quer über die Trachea hinlaufende Art. anonyma durch fortschreitende Eiterung arrodirt wird; es handelte sich immer um die Tracheotomia inferior, nur bei einem Kinde war die obere Tracheotomie ausgeführt, und hier betraf die Perforation die Carotis communis dextra. Zu vermeiden ist dies Ereignis durch Tragen einer passenden Kanüle und sofortigen Wechsel derselben bei den ersten Anzeichen eines Decubitalgeschwürs der Trachea, welche ja meist in ganz charakteristischer Weise sich bemerkbar machen.

Genau so wie die großen Gefäße, deren Arrosion stets zur Katastrophe führt, können auch alle anderen im Bereiche der Wunde frei liegenden Arterien und Venen von einem septischen, die Wände ulcerirenden und zur Nekrose führenden Process befallen werden, wodurch dann auch bisweilen, wenn auch selten, tödliche Hämorrhagien entstehen.

Haeckel (Stettin).

11) Ch. B. Porter. Suppurative pericarditis and its surgical treatment, with an analysis of fifty-one cases reported in literature.

(Annals of surgery 1900. December.)

Verf. stellt aus der Litteratur 51 operativ behandelte Fälle von Pericarditis suppurativa zusammen. Bei Besprechung der topographischen Anatomie des Herzbeutels macht er darauf aufmerksam, dass in den Beziehungen zwischen linker Pleura und Perikard oft die größten Variationen zu finden sind. Bisweilen liegt die Umschlagslinie am oder innerhalb des linken Brustbeinrandes, so dass es unmöglich sein würde, den Herzbeutel zu punktieren, ohne auch die Pleura mit zu verletzen. — In einem früheren Berichte (Transactions of the americ. surg. assoc. 1897) beschreibt P. folgende Operation als die geeignetste: Von der Mitte des Brustbeines wird nach außen über dem linken 5. Rippenknorpel ein Schnitt geführt. Resektion des Rippenknorpels, Durchtrennung der Art. mammar. int. nach vorheriger doppelter Unterbindung, Nachinnenschieben des M. trian-

gularis. Der Herzbeutel liegt jetzt vor; falls Eiter vorhanden, nun freie Eröffnung desselben. Die Ecken der Öffnung werden mit den Weichtheilen durch Naht verbunden. Nach eventueller Irrigation werden 2 Gummidrainen eingelegt, davon eins bis zum Grunde des Herzbeutels reichen muss.

20 von den zusammengestellten 51 Fällen genesen, 31 starben, mithin eine Mortalität von 60,5%; der Grund hierzu lag meist sekundär in Pneumonie, Osteomyelitis, penetrierenden Wunden, Empyem etc. P. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Perikardotomie ist in allen Fällen von Pericarditis suppurativa indicirt. 2) Bei dem unsicheren und wechselnden Verhalten der Pleura und bei der durch die perikardiale Flüssigkeit bedingten Verlagerung des Herzens ist die Aspiration der Herzbeutelflüssigkeit gefährlicher als eine freie Incision. 3) Die Incision des Herzbeutels ist schnell und sicher durch Resektion des 5. Rippenknorpels zu erreichen, bisweilen mit lokaler Anästhesie. 4) In einzelnen Fällen von serösem Ergüsse wird die freie Eröffnung ein geringeres Risiko und eine schnellere Heilung als die Aspiration gewährleisten. 5) Die vom Verf. 1897 vorgeschlagene Methode und Technik wird gegenwärtig von der Mehrzahl der Operateure bevorzugt. O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

Kleinere Mittheilungen.

12) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

117. Sitzung am Montag, den 13. Mai 1901, im Operationssaale des St. Hedwig-Krankenhauses.

Vorsitzender: Herr Rotter.

1) Herr Gunkel: Pathologisch-anatomisches und Klinisches zur Frage der Hämorrhoiden.

Die Erklärung der Entstehung von Hämorrhoiden hat im Laufe der Zeiten vielfache Wandlungen erfahren. Besonders angeschuldigt hat man auf der einen Seite Stauungs- oder schwankende Druckverhältnisse, auf der anderen Seite entzündliche Vorgänge.

Die Haltlosigkeit der ersteren, der Stauungstheorie, glaubt Reinbach auf Grund systematischer pathologisch-anatomischer Untersuchungen erwiesen zu haben; er kommt zu dem Resultate, dass es sich bei Hämorrhoiden um eine Neubildung, um angiomatöse Bildungen handle.

Vortr. unterzog sich der Mühe, die Befunde Reinbach's einer Nachprüfung zu unterziehen.

Es ist zunächst nicht leicht, eine Scheidung zu machen, was man als Hämorrhoiden zu bezeichnen habe und was als noch normaler Befund aufzufassen ist.

Völlig »normale« Befunde sind überhaupt äußerst selten zu konstatiren.

Unter 800 daraufhin examinirten, in mittleren Lebensaltern stehenden Kranken konnte G. etwa an einem Drittel der Fälle das Vorhandensein von Hämorrhoiden konstatiren. Als Prädisposition fand er außer Heredität: Obstipation, Retroflexio uteri, Beckengeschwülste, Schwangerschaft, Abort, stehende oder sitzende Lebensweise, Lungenschwindsucht, Alkoholismus u. A. m., also Zustände, welche eine Überfüllung und Stauung in den Hämorrhoidalvenen zu erzeugen im Stande sind.

Um den Bau der Gefäße zu studiren, machte G. Serienschritte durch den Analtheil von Kinderleichen. Die Befunde waren durchaus nicht gleichmäßig; G. war im Stande, 4 Typen zu unterscheiden.

Bei dem 1. Typus fand sich eine starke Gefäßvermehrung; die unter einander kommunizierenden Bluträume senden viele Fortsätze aus, die sich wieder verzweigen und peripher verjüngen. Außerdem finden sich Züge von länglichen Venen, aber keine Rundzelleninfiltration, also keine Entzündung.

Das 2. Bild lässt erweiterte Bluträume nicht sehen, dagegen eine Vermehrung der feinen und feinsten Gefäße, ebenfalls von Zügen von Kernen begleitet.

3. Typus: Weite Bluträume, durch Septen von einander getrennt. Die Bluträume sind mit Endothel ausgekleidet, ähnlich dem Baue von kavernösem Gewebe. Einzelne Stellen zeigen Gefäßdurchschnitte mit schmalem Lumen; das umliegende Gewebe springt gegen die Gefäßlumina vor und zerbuchtet sie. Diese Balken sind aber nicht als Gefäßwand aufzufassen, da sie sich nicht differenzieren lassen.

Das 4. Bild zeigt große Bluträume, mit einfachem Endothel ausgekleidet, und Resten früherer Septa, keine für Entzündung sprechende Befunde.

Besonders der ersterwähnte Typus, die Aussackung mit ihren Fortsätzen, also Sprossung von neuen Kapillaren, ähnlich den Bildern, wie sie beim Wundheilungsproceß zeigen, lässt nur die Deutung zu, dass die Hämorrhoiden als Angiome aufzufassen sind.

Auch Waldeyer, dem Votr. seine Präparate vorlegte, schloss sich der Ansicht an, dass es sich um Wachstumsproceße von neuen Gefäßen, keine Entzündungsvorgänge, handle.

Mitunter fanden sich auch katarrhalische Affektionen der Mastdarmschleimhaut. Es ist wahrscheinlich, dass die Obstipation dadurch entsteht, dass die Pat. wegen der Schmerzen die Stuhlentleerung anhalten. Dafür spricht der Umstand, dass die Obstipation mit nur seltenen Ausnahmen verschwand resp. verschwindet, wenn die Hämorrhoiden operirt wurden.

2) Herr Rotter: Über plastischen Verschluss des Anus praeternaturalis.

Nach Exstirpation von Mastdarmcarcinomen macht häufig die Entfernung eines zurückbleibenden Anus praeternaturalis resp. einer Fistel große Schwierigkeiten.

Die Ursache des Reißens der Nähte, besonders an der Hinterseite, liegt in dem Mangel eines Widerlagers und in dem Auftreten einer Gangrän der Schnittländer. Am häufigsten trat diese Gangrän ein bei der Invaginationsmethode, ferner auch in Folge des Umstandes, dass R. die Drüsen bis hoch hinauf (10 cm weit) mit wegnimmt und der Inkonzanz der Gefäßversorgung seitens der Art. haemorrhoidalis superior und inferior.

Unter 34 Operationen nahm R. 17mal die Resektion vor; unter diesen letzteren trat Gangrän meist cirkulär 10mal ein; es starben davon 5 Pat. Nach eingetretener Dehiscenz schließt sich der vordere Defekt verhältnismäßig bald, nicht so der hintere.

Um diesen zum Verschlusse zu bringen, löst R. entweder das Darmrohr nochmals aus, holt es herunter und vernäht es, oder er nimmt eine Plastik vor.

Um dem Darne ein festes Widerlager zu geben, genügt nicht das Herüberziehen eines Hautlappens, da derselbe sich nie vollkommen anlegt und tote Räume bildet; vielmehr verwendet R. dicke Haut-Weichtheillappen mit unterer Basis (am After), die sich ohne große Spannung an die Hinterwand des Mastdarmes anlegen.

R. hält diese Art Lappenbildung mit unterer Basis für vortheilhafter, als jene mit oberer, u. A. aus der Heidelberger Klinik angegebene.

R. hat früher nur eine temporäre Resektion vorgenommen, neuerdings aber entfernt er, um eine bessere Adaption zu erzielen, den knöchernen Theil des Lappens.

Auch in den Fällen, wo eine primäre Heilung nicht erfolgte, also bei Kothfisteln, haben die Lappen für die Heilung günstige Verhältnisse geschaffen.

R. hat diese Methode der Lappenbildung nicht nur angewendet bei Mastdarmoperationen, sondern u. A. auch zur Deckung eines Anus praeternaturalis nach Resektion des carcinomatös erkrankten Coecum, Behufs Verschlusses einer Coecum-

fistel, die er genöthigt war anzulegen nach Exstirpation einer Strictura recti. Ähnlich verfuhr er zur Deckung einer Coecumfistel nach Exstirpation des Sromanum.

Zur Verhütung von Bauchbrüchen müssen die Pat. Pelotten resp. Bandagen tragen.

Auch eine Nierenfistel, die nach einer Nephrotomie zurückgeblieben war, schloss Redner durch Lappenplastik.

3) Herr Koch: Über akuten Rotz.

Diese nicht häufige Erkrankung wurde vom Vortr. beobachtet an einem 45 Jahre alten Kreisthierarzte.

Derselbe war mit Frösteln, Fieber, Unwohlsein erkrankt; dazu entwickelte sich ein linksseitiges pleuritiches Exsudat, durch eine Vorwölbung zwischen der 10. und 11. Rippe sich dokumentirend. Bei Spaltung dieser »Geschwulst« wurde eine große Höhle freigelegt, die mit dickem Eiter und nekrotischen Fetzen erfüllt war. Nach der Operation erfolgte eine starke Nachblutung. Am folgenden Tage traten, über den ganzen Körper verbreitet, rothe Flecken auf, die sich zu Pusteln und Geschwüren umwandelten. Aus den Nasenlöchern wurde schleimig-eitriges Sekret abgeschieden.

Erst auf eingehendes Befragen gab Pat. zu, in den letzten Tagen mit Rotzbacillen gearbeitet und dabei die Agarröhrchen mit Kulturen von Rotz zerbrochen zu haben. Er starb am 3. Tage nach der Aufnahme unter einer ganz auffälligen Euphorie.

Die Sektion ergab in der rechten, mehr noch in der linken Lungenspitze zahlreiche Rotzknoten, die wieder von einer fingerdicken Zone hämorrhagisch infiltrirten Gewebes umgeben waren. Zahlreich vorgenommene bakteriologische Untersuchungen ergaben das Vorhandensein von Rotzbacillen (und Eiterkörperchen) in den Pusteln und Lungen, dem pleuritischen Exsudate und dem Herzblute der Vorkammern. Auch die Thierversuche ergaben ein positives Resultat: Bei männlichen Meerschweinchen zeigte sich die für Rotz charakteristische Anschwellung der Hoden, bei den weiblichen Thieren bildeten sich eitererfüllte Knoten unter der Haut in der Nähe der Vagina.

Der primäre Herd war vermuthlich die Lunge, da Verletzungen irgend welcher Art nicht vorlagen und die ersten, ältesten Erscheinungen von der Lunge ausgingen.

Die Diagnose ist mitunter schwer zu stellen, Verwechslungen mit Pyämie, auch Tuberkulose, sind häufig vorgekommen; die Höhe des Fiebers ist fast analog dem bei Typhus abdominalis beobachteten.

Die Hauptlokalisation ist beim Pferde bekanntlich die Nase, nicht jedoch beim Menschen.

4) Herr v. Brunn: Veränderungen der Nieren nach Bauchhöhlenoperationen.

v. B. hat bei Gelegenheit der Sektion von Leichen, deren Todesursache eine Erkrankung der Bauchorgane, kombinirt mit Peritonitis war (gleich viel, ob sie operirt waren oder nicht!), regelmäßig in den Nieren Nekrosen gefunden, und zwar in den Epithelien der Harnkanälchen und aufsteigenden Schleifenschenkeln.

In den Fällen, wo eine Peritonitis nicht mit bestanden hatte, also der Tod in Folge von Nachblutung, Pneumonie, Pancreatitis haemorrhagica, Chok, Verblutung aus dem Darne (u. A. bei 3 Versuchsthiere: Hunden) eingetreten war, ließen sich diese Nekrosen nicht nachweisen.

Sie lassen sich nur durch das Mikroskop feststellen. Makroskopisch deutet höchstens ein brauner Farbenton an der Riude der Niere ihr eventuelles Vorhandensein an.

Da die Nekrose auch bei nicht operirten Pat. sich fand, kann die Narkose als Ursache nicht angesehen werden.

Ausgeprägter war das Bild und Vorhandensein der Nekrosen in der Niere bei längerem Bestehen der Peritonitis. Der Einwurf, dass die Nekrose als Fäulnisvorgang aufzufassen sei, ist in so fern hinfällig, als die Sektionen schon einige

Stunden nach dem Tode, im Winter, gemacht waren; Bakterien wurden an den betreffenden Stellen nicht gefunden; faulende Nieren zeigen diese Art der Nekrosen nicht!

v. B. nimmt an, dass diese Nekrosen als durch eine Intoxikation bedingt aufzufassen sind. Klinische Erscheinungen brauchen sie nicht zu machen; man darf aber aus dem Mangel derselben nicht einen Schluss auf die Intaktheit der Struktur der Niere machen.

Auf die Bemerkung des Herrn Rotter, dass er trotz schwerer diffuser Peritonitis doch nur selten Nephritis beobachtete, erwidert v. B., dass nur das histologische Bild, nicht das klinische Bild den Ausschlag gebe.

Sarfert (Berlin).

13) O. Hildebrand, E. Veillon, J. Thomen, Hägler und Burckhardt. Jahresbericht über die chirurgische Abtheilung und die chirurgische Poliklinik in Basel 1899.

Basel, Krels, 1900.

Zum ersten Male erscheint der bekannte Baseler Jahresbericht unter dem Nachfolger Socin's, zugleich in anderer Gestaltung. Entgegen den früheren Berichten ist die tabellarische Übersicht der in Klinik und Poliklinik vorgekommenen Krankheitsfälle eine viel umfangreichere und übersichtlichere.

Dagegen ist die frühere Anordnung der im Texte in ausführlichster Weise nach den einzelnen Körpertheilen aufgeführten Erkrankungen ganz in Wegfall gekommen, während die sonst so reichliche Kasuistik diesmal eine viel geringere Verwerthung gefunden hat.

Aus der Statistik der stationär behandelten Pat. seit 1899 sind 1268 mit 605 Operationen zu entnehmen; poliklinisch wurden 3431 Kranke mit 1183 Operationen verzeichnet. Die nicht operativ behandelten Kröpfe wurden zumeist mit Jodsalben, nur in ganz einzelnen Fällen mit Schilddrüsentabletten behandelt. In einer Anzahl chirurgischer Tuberkulosen wurden Hetolinjektionen nach Landerer, doch scheinbar mit wenig aufmunternden Erfolgen ausgeführt — das Material hierzu war ein geringes.

Aus der herangezogenen Kasuistik ist zu entnehmen:

Ein Fall von Sarkom des linken Schläfenlappens, traumatischen Ursprungs, bei einem 31 Jahre alten Pat. Dieser war wegen schwerer epileptischer Erkrankung im Jahre 1896 2mal operirt worden, wobei ihm Mangels objektiven Befundes ein bohnengroßes Stück der Hirnrinde erfolglos entfernt wurde. Am 17. und 25. Januar 1899 wurden 2 weitere operative Eingriffe vorgenommen; ungefähr der früheren Operationsstelle entsprechend fanden sich dies Mal Cysten und Granulationsmassen, die entfernt und für Sarkom erklärt wurden. Der Zustand des Pat. hat sich auch nach diesem Eingriffe nicht gebessert; er verlässt im Zustande von Dementia epileptica das Spital.

Ein 23jähriger Pat. erkrankte 6 Tage nach einer Stichverletzung in die linke Augengegend an Tetanus, der erfolglos mit Tetanusantitoxin und Kochsalzinfusion behandelt wurde; bei der Sektion fand sich im unteren Orbitalboden eine 3 cm lange Messerklinge.

Eine Stichverletzung von Brust und Zwerchfell mit heftiger Blutung und daraus resultirender, gefahrdrohender Anämie bei einem 40jährigen Pat. konnte durch die Naht der kleinen Zwerchfellwunde zur Heilung gebracht werden.

Von 3 wegen Speiseröhrencarcinom mit Anlegung einer Fistel behandelten, 42—63 Jahre alten Pat. starben 2 nach 2½—5 Monaten, der 3. wurde 24 Tage nach der Operation mit Gewichtszunahme entlassen.

Ein Fall von Ileus durch Einklemmung und Achsendrehung des Darmes bei einem 7jährigen Knaben, in Folge eines Falles auf ebener Erde entstanden, endete am 12. Tage tödlich. Der durch Torsion innerhalb der Flexura duodeno-jejunalis abgeklemmte Dünndarm war hernienartig in die Tasche des großen Netzes versenkt und um die Achse des stark reducirten Gekröses um ca. 180° gedreht.

Ein wegen einer kindskopfgroßen, carcinomatösen Geschwulst im Bereiche der Flexura coli operirter 57jähriger Mann wurde 3 Wochen nach der Operation geheilt entlassen; Pat. ist völlig arbeitsfähig geworden.

10 Fälle von operativ behandeltem Magenkrebs bei 23—63jährigen Pat., zu meist nahezu inoperabel. Von 5 dieser Kranken war bei 3 eine Resektion des Pylorus möglich, bei 2 wurde der größte Theil des Magens entfernt. Von den Letzteren war einer 1 Jahr nach der Operation noch gesund, die 4 übrigen starben bald nach dem Eingriffe.

Bei den übrigen 5 Fällen war die Gastroenterostomie ausgeführt; Sämmtliche endeten in mehr oder minder kurzer Zeit tödlich.

6 Fälle von Perforationsperitonitis in Folge Perforation des Wurmfortsatzes. 4 davon wurden operirt, 2 nicht mehr; bei sämmtlichen tödlicher Ausgang. — 3 Fälle von Perforationsperitonitis mit tödlichem Ausgange, durch Eröffnung eines Abscesses entstanden, das eine Mal bei der Operation einer Perityphlitis (die 35jährige Pat. war 1 Jahr zuvor im Anfalle durch Eröffnen des Abscesses bereits glücklich operirt); das andere Mal nach Eröffnung eines perisplenitischen Abscesses und das 3. Mal spontan. — Ein Fall von rechtsseitiger Nierenzerreißung bei einem 16jährigen Pat. heilte nach Exstirpation dieses Organes in 4 Wochen. — In 2 Fällen von eingeklemmtem Schenkelbruche bei Frauen fand sich als Bruchinhalt der Proc. vermiformis.

Als Anhang folgt eine Beschreibung des neuen chirurgischen Operationsgebäudes im Baseler Bürgerspitals, das sich würdig anderen bekannten chirurgischen Anstalten modernen Stiles anreihet. **Kronacher** (München).

14) Gelpke. Kasuistische Mittheilungen aus dem Kantonspital Basel-Land.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 588.)

Text eines in der Baseler med. Gesellschaft gehaltenen Vortrages, welcher kurzen Bericht über mehrere wichtige Fälle giebt. (I. Tetanus, mit Serum behandelt, II. temporäre Oberkieferresektion, III. Hirnabscess durch Operation geheilt, IV. Schädelbruch mit intraduraler Blutung, Ausräumung derselben, Heilung, V. Nephrektomie wegen Tuberkulose, VI. Magenresektion). Von allgemeinerem Interesse kann nur bei Fall I und allenfalls Fall III die Rede sein. Der 22jährige Tetanuskranke hatte 11 Tage nach Erleiden einer Schürfwunde am Fußbrücken zuerst Trismus und dann allgemeine Krämpfe bekommen. Er erhielt zunächst 10,0 Tetanusserum (Berner) intracerebral nach Kocher-Tavel (Trepanation auf dem rechten Os frontale und Einstich mit der Punktionsnadel in den rechten Seitenventrikel) und 50,0 intravenös. Tags darauf deutliche, wenn auch vorübergehende Besserung. In den nächsten Tagen 6 weitere Dosen à je 10,0 subkutan injicirt. Allmähliche, aber völlige Genesung. Der Fall (III) von Hirnabscess betrifft ein 6jähriges Kind, welches einen heftigen Streich mit einem Karstzinken über der linken Schläfenschuppengengegend erhalten hatte. Die Wunde war geheilt, als 9 Tage nach der Verletzung ein epileptischer Anfall eintrat. Nach weiteren 5 Tagen 2. Anfall. Bei der Spitalaufnahme Parese des rechten Armes, Ataxie desselben, klonische Zuckungen im Biceps und Brachialis int. Über der Narbe wird mit Meißel und Knochenzange ein etwas über 2francstückgroßes Schädelstück heraustrepanirt. Dura mit dicken schmutzigen Granulationen bedeckt, die abgeschabt werden. Eiter aus einer Durafistel, Dura gespalten, einige Tropfen Eiter entleert, vorliegende Hirnrinde in Ausdehnung eines 2francstückes injicirt, grau verfärbt. Gazetamponverband, guter Verlauf. Nur musste ein sich einstellender Hirnvorfall plastisch mit einem Haut-Periostlappen gedeckt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

15) Lyon. The distribution of cancer in Buffalo for the twenty year period 1880—1899.

(Buffalo med. journ. 1901. Mai.)

Die besonders in Hinsicht auf die parasitäre Theorie bösartiger Geschwülste angelegte Statistik umfasst 2299 in den letzten 20 Jahren in Buffalo genau fest-

gestellte derartige Neubildungen. Auffällig war zunächst die Häufigkeit der Fälle im deutschen und polnischen Quartiere der Stadt, während im gleich dicht bevölkerten italienischen Quartiere auffallend wenige vorkamen. In 41 Häusern waren 2 Fälle, nur in 3 Häusern 3 Fälle zu verzeichnen; nur 4,5% aller Fälle kam daher auf sog. »Krebshäuser«. Die Deutschen und Polen, welche 20% der Einwohnerschaft bildeten, nahmen mit 42% an der Gesamtsterblichkeit an Krebs Theil, während die eingeborenen Amerikaner, 65% der Einwohnerschaft, nur mit 29% betheiligt waren. Die Krebssterblichkeit stieg von 32 zu 53 auf 100000 Einwohner. An Magenkrebs starben 47% aller an Krebs gestorbenen Männer, 25% aller an Krebs gestorbenen Frauen. Die entsprechenden Zahlen für Deutsche und Polen betragen 52, resp. 35%, dagegen für die eingeborenen Amerikaner nur 37, resp. 13%. Diesen Gegensatz erklärt Verf. durch die besondere Lebensweise, insbesondere Diät der Deutschen und Polen. Entweder werden bestimmte Dinge, rohe Vegetabilien, Salate etc., an welchen die supponirten Krebsparasiten vorzugsweise haften, von ihnen häufiger genossen, als von den geborenen Amerikanern, und der Magen also häufiger inficirt, oder die Deutschen setzen durch häufigeren Missbrauch von Speisen und Getränken ihren Magen stärkeren chronischen Reizen aus und schaffen damit eine Prädisposition für die Entstehung des Krebses. Auf 100 Todesfälle bei Frauen kommen bei Deutschen und Polen 93 bei Männern vor, bei Amerikanern 51. Zum Theil erklärt sich dieser Gegensatz dadurch, dass Uterus- und Brustkrebs bei den Amerikanerinnen viel häufiger vorkam. Im Ganzen ergibt sich also aus dieser Statistik, dass Deutsche und Polen 4,81mal empfänglicher für Krebs waren, als Amerikaner, und dass sie speciell 10mal empfänglicher für Magenkrebs waren. Diese Thatsachen lassen sich anscheinend nur durch die Annahme der parasitären Entstehung bösartiger Geschwülste erklären. (Bezüglich des Magenkrebses vielleicht aber zum Theil dadurch, dass Alkoholmissbrauch bei den Deutschen häufiger vorkam. Ref.)

Mohr (Bielefeld).

16) Cabot. A case of accidental inoculation of cancer in a fresh wound.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 20.)

C. leitet ein Carcinomrecidiv in der hinteren Mastdarmwand nach Entfernung eines solchen Tumors aus der vorderen Wand davon ab, dass der zu entfernende Tumor längere Zeit mit der frischen Wunde an der Hinterwand in Berührung war. Dass es kein Drüsenrecidiv sei, leitet er aus dem Sitze (unterhalb der früheren Geschwulst) her, und aus der Entfernung der neuergriffenen Stelle von der früheren schließt er, dass es sich auch nicht um ein direktes Hineinwachsen handelt. Nach Entfernung der Geschwulst trat bis zur neuerlichen Untersuchung (2 Jahre lang) kein Rückfall ein. Beide Geschwülste waren Adenocarcinome.

Trapp (Bübeckburg).

17) W. B. Coley. Late results of the treatment of inoperable sarcoma with the mixed toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus.

(Philadelphia med. journ. 1901. Mai 25.)

Bereits August 1898 berichtete Verf. (Journ. of the Amer. med. assoc.) über 140 Fälle von inoperablen Sarkomen, die er mit dem Toxingemische behandelte, theilweise mit sehr gutem Erfolge. Im Anschluss daran bringt er jetzt die Nachgeschichte von 8 Pat., die 3—6 Jahre ohne Recidiv blieben. Ferner berichtet er über 16 weitere Fälle, die 3—8½ Jahre frei blieben. In diesen Fällen, alle hoffnungslos und völlig inoperabel, mit mikroskopisch gesicherter Diagnose, wurde nur 2mal ein Recidiviren der Geschwülste nach jahrelangem Wohlbefinden beobachtet. In 8 anderen Fällen verschwand die Neubildung völlig, doch ist hier die Forderung, dass 3 Jahre Recidivfreiheit besteht, noch nicht erfüllt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

- 18) **R. S. Wild.** The treatment of malignant growths by Coley's fluid.
(Med. chronicle 1901. März.)

Die Erfahrungen W.'s decken sich nicht mit den von Coley veröffentlichten günstigen Resultaten. »Coley's fluid«, bestehend aus 1 Theil der Toxine des Bacillus prodigiosus und 4 oder 5 Theilen der Toxine des Streptococcus erysipelatis, erzielte bei genauer Innehaltung der vom Erfinder angegebenen Vorschriften in Fällen von inoperablen Carcinomen und Epitheliomen keine Spur eines Erfolges, zudem ist seine Anwendung nicht ganz ungefährlich. Dagegen ist ein vorsichtiger Versuch damit bei inoperablen Sarkomen, besonders den schnellwachsenden Formen, bei völliger Ausschlosigkeit anderer Mittel, wohl gerechtfertigt.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

- 19) **Huber (Zürich).** Über eine familiäre Streptokokkenerkrankung nach Influenza.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 8.)

Verf. nahm zur Zeit einer Influenzaepidemie in Zürich an 7 Kindern einer Familie die Revaccination mit frisch bezogener Lymph e vor. Nun erkrankten 4 Kinder nach einander an Influenza, das erste nach 8 Tagen, das letzte 14 Tage nach der Impfung. Bei 3 dieser Kinder entwickelte sich nach 11, bezw. 14, bezw. 19 Tagen jeweils ein Bubo axillaris an der geimpften Seite, bei zweien ohne dass sich Impfpusteln entwickelt hatten. Es kam jedes Mal zur Abscedirung, welche die Incision nöthig machte. Der Eiter ergab in allen Fällen, mikroskopisch und kulturell untersucht, Streptokokken. Bei einem 4. Kinde, bei dem Pusteln aufgegangen waren, stellte sich eine Lymphangitis am Arme ein ohne Drüsenausschuss. Schließlich erkrankte auch noch der Vater der Kinder an Bubo inguinalis, der durch Incision entleerte Eiter enthielt ebenfalls Streptokokken.

Der naheliegende Verdacht auf Pest wurde von bakteriologischer Seite nicht bestätigt. Eine Impfinfektion glaubt H. bestimmt in Abrede stellen zu können, da von den 7 Geimpften nur 4 streptokokkenkrank wurden, und da unter diesen 4 sich 2 befinden, die überhaupt gar keine Impfreaktion hatten. Er weist auch darauf hin, dass Huguenin unter 20 000 Vaccinationen nur 14mal Drüseneiterungen beobachtete. So kommt er zu der Annahme, dass es sich um eine hämatogene allgemeine Streptokokkeninfektion handelte, die ausnahmslos an eine vorausgegangene Influenza sich anschloss, um eine heterochrone Polyinfektion (Influenzabacillen und Streptokokken) nach Brunner. Influenzabacillen wurden indess trotz besonders darauf gerichteter Aufmerksamkeit bei der bakteriologischen Untersuchung nicht gefunden. Die recht sorgfältige Beobachtung ist von besonderem Interesse, sie beweist, wie die allgemein pathologische Erfahrung von dem Zusammenwirken verschiedener Irritanten zum Zustandekommen von Krankheiten immer Berücksichtigung verdient.

P. Stolper (Breslau).

- 20) **A. Depage.** Un cas de mort sous le chloroforme. Massage du coeur.

(Ann. de la soc. belg. de chir. 1901. Januar.)

D. war im Begriffe, bei einem 47 Jahre alten Manne mit Leistenbruch die Radikaloperation zu machen, als plötzlich der Puls verschwand. Man machte zunächst die gewöhnlichen Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg. Dann legte man durch temporäre Resektion der Brustwand von der 2.—5. Rippe, indem man den Lappen nach außen umlegte, den Herzbeutel frei, öffnete ihn und massirte das Herz, gleichzeitig mit künstlicher Athmung. Nach einigen Minuten stellten sich Herzkontraktionen ein, die jedoch bald wieder aufhörten.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

- 21) **Reiner.** Über einen Fall von Spina bifida occulta dorsalis.

(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 19.)

Verf. schildert einen sehr interessanten Fall von hochgradiger Rachischisis im Gebiete der Rückenwirbel bei einem 7jährigen Mädchen. Die Diastase der

doppelt angelegten Processus spinosi betrug stellenweise 4—5 cm. Es bestanden progressive Lähmung der Beine und gewisse Störungen der Blase; die Reflexe waren gesteigert. Zunächst wurden nur orthopädische, gewissermaßen symptomatische Maßregeln ergriffen. Erst als der Zustand hoffnungslos wurde, willigte die Mutter in eine Operation. Diese deckte den überraschenden Befund auf, dass die sich zwischen den beiden Dornfortsatzleisten ausspannende Membran total verknöchert war. In Gemeinschaft mit einer unter ihr liegenden lipomatösen Geschwulst hatte sie die spinale Drucklähmung erzeugt. Besserung trat nach Entfernung dieser Knochenplatte und primärer Heilung der Operationswunde nicht mehr ein.

Schmieden (Bonn).

22) Touche (Brévannes). Essai sur la paraplégie pottique de l'adulte et du vieillard.

(Travaux de neurologie chirurgicale 1901. No. 1.)

20 durchweg sorgfältige Krankengeschichten, worunter 10 Obduktionsbefunde, beweisen, wie wechselvoll die Symptome und wie unberechenbar die Prognose ist bei Kompressionslähmung des Rückenmarkes in Folge tuberculöser Prozesse am Rückgrat. 6 Fälle betrafen Leute im Alter von 60 bis 70 Jahren; 14 Männer, 6 Frauen; 12mal war Lungentuberkulose, 5mal nur Pleuritis, 5mal Erblichkeit feststellbar.

Die Paraplegie war nur in 11 Fällen von Buckelbildung begleitet, ein Senkungsabscess kam nur in 6 Fällen gleichzeitig vor.

Bemerkenswerth ist, dass in 16 Fällen die Paraplegie das erste Symptom der Pott'schen Erkrankung war. Störungen der Sensibilität gingen der motorischen meist voraus: Schmerzen in der Höhe der Lumbodorsalgrenze, später ausstrahlend in die Beine, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, anästhetische Zonen. In 3 bis 8 Monaten folgte der Lähmung die Kontraktur der Extremitäten, welche oft die später eintretende Besserung durch Nachlass der Kompression in ihrer Wirkung beeinträchtigte. Blasenstörungen fehlten bei 4 Kranken, bei dreien war Harnverhaltung, sonst mehr oder weniger vollkommene Inkontinenz zu beobachten. Die Parese der Bauchmuskeln bedingt meist Obstipation. Die Menstruation blieb in einem Falle von Paraplegie völlig ungestört.

Dem Chirurgen dürfte die Abwägung der prognostischen Daten besonders werthvoll sein. In der Hälfte der Fälle haben die Kranken die Paraplegie wieder zurückgehen sehen, ja, alle Kranken, welche nicht einem schwereren Lungenleiden erlagen, haben die Heilung der Kompressionsmyelitis erlebt.

Über Erkrankungen im Halstheile hat P. keine Erfahrungen; interessant aber ist, dass er die Pachymeningitis tuberculosa im Rückenabschnitt prognostisch günstiger ansieht, als die im Lendentheile. Letztere Fälle sind öfter von Harnverhaltung begleitet. Auch werden bei der Ausheilung die Nervenfasern der Cauda von fibrösen Verwachsungen öfter erheblich beeinträchtigt, eine Erfahrung, die durch manche Fälle traumatischer Erkrankungen des Lendenabschnittes der Wirbelsäule bestätigt erscheint.

Indem er alle Symptome der Paraplegie auf die Pachymeningitis und Myelitis bezieht, hält Verf. jeden Eingriff, der auf eine Verbesserung der Wirbelsäulendeformität abzielt, für aussichtslos. Er rät kalte Abscesse auch nur zu punktieren, wenn sie aufzubrechen drohen. Besonderes Augenmerk aber soll man den Extremitätengelenken widmen, mit Massage und Übungen, damit sie ihre Gebrauchsfähigkeit erhalten, bis der zu erwartende Nachlass der Markkompression wieder spontane Übungen ermöglicht.

P. Stolper (Breslau).

23) Mauclairé. Injections jodoformées par la voie épiderurale pour traiter certaines formes de mal de Pott.

(Soc. de biologie 1901. Juni 29.)

M. injicirte bei einer Spondylitis tuberculosa der unteren Brustwirbel 3 cem Jodoform-Glycerin durch die untere Mündung des Sacralkanals in den Epiduralraum.

Abgesehen von geringen vorübergehenden Schmerzen traten keine Nebenerscheinungen auf. Bei 3 Kindern mit Lumbal- resp. unterer Dorsalspondylitis wurden 1—2 ccm eingespritzt, ebenfalls ohne besondere Folgeerscheinungen. Die Methode ist demnach ungefährlich, die Technik die von Sicard und Cathelin, quer durch das Ligamentum sacro-coccygeum posterius.

Souques berichtete in der Soc. des hôpitaux 1901 Juni 28 über einen mittels derselben Methode behandelten äußerst hartnäckigen Fall von Ischias, der nach der 2. Injektion von Cocain dauernd schmerzfrei blieb.

Mohr (Bielefeld).

24) Heineke. Ein Fall von schwerer Zertrümmerung des Thorax mit Ausgange in Heilung. (Aus der chirurg. Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 27.)

Nach dem Röntgenbilde hat es sich bei dem 39jährigen Verletzten um einen Bruch des rechten Schlüsselbeines und um 29 Rippenbrüche auf beiden Seiten des Brustkorbes, theilweise mit starker Dislokation und Splitterung, gehandelt. Trotz sehr heftiger Beschwerden, die durch Entwicklung einer linken, der Seite der Gewalteinwirkung entsprechenden typischen Lungenentzündung am 2. Tage nach der Verletzung noch gesteigert waren, hat Pat. diese schwere Verletzung glücklich überstanden, freilich aber eine Reihe von Beschwerden zurückbehalten. Auffallend war das Fehlen von inneren Verletzungen der Brusthöhle.

Kramer (Glogau).

25) N. N. Michailow. Die miliare Tuberkulose der Brustdrüse.

(Russ. Archiv der Pathologie, klin. Medicin und Bakteriologie 1901.)

Es wird ein seltener Fall, bei einer 33 Jahre alten Frau mit gutem Erfolge operirt, beschrieben. In der rechten Mamma fanden sich die Tuberkel in den Wänden der Milchgänge, zwischen den Acini und im Bindegewebe. Die umgebenden Lymphdrüsen zeigten keine käsige Degeneration.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

26) P. Rosenstein. Ein statistischer Beitrag zur operativen Behandlung der bösartigen Brustdrüsengeschwülste.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Auf der v. Eiselsberg'schen Klinik wurden in den Jahren 1896—1900 im Ganzen 192 Brustdrüsengeschwülste operirt, darunter 162 Carcinome. Eine genauere Schilderung dessen, was von ätiologischen Faktoren in Betracht käme, eröffnet die Arbeit. Alter, Einfluss von Menstruation, Geschlechtsleben, Laktation, eitriger Mastitis und Trauma finden eine eingehendere Berücksichtigung. Den Korsettdruck sowohl wie akute Verletzungen glaubt Verf. nicht für die Entstehung des Mammakrebses in Betracht ziehen zu dürfen. Die vielumstrittene Erblichkeit des Carcinoms konnte man nur in 5 Fällen nachweisen. Unter den zahlreichen interessanten Einzelheiten, die R. bei der Beschreibung des klinischen Bildes erwähnt, sei als auffallend hervorgehoben, dass doppelt so häufig der Sitz des Krebses die linke Seite betraf gegenüber der rechten. Jedoch ist dies nach des Verf.s Ansicht wahrscheinlich nur ein Zufall.

Neben diesen carcinomatösen Geschwülsten wurden noch 9 Sarkome operirt. Da bei allen Fällen theils schon vor, theils erst während der Operation geschwollene Drüsen in der Achselhöhle gefunden wurden, soll man auch bei dieser Geschwulst-art die Achselhöhle principiell ausräumen. Die meisten Sarkome zeichneten sich durch ein sehr stürmisches Wachstum aus. Pathologisch-anatomisch handelte es sich um Rundzellen-, Spindelzellen- und plexiforme Sarkome.

Der Operation der Carcinome wurde jedes Mal die Ausräumung der Achseldrüsen angeschlossen, 104mal die Pectoralfascie, 68mal der große, 39mal auch der kleine Pectoralmuskel mit entfernt. 17mal mussten auch die Supraclaviculardrüsen extirpirt werden. In der letzten Zeit wurden immer Pectoralis major und minor mit entfernt in der von Rotter angegebenen Weise. Die Haut konnte

meistens danach, wenn auch mit einer gewissen Spannung, zusammengezogen werden, mehrmals wurden allerdings auch Thiersch'sche Transplantationen nöthig. Die Wunde ward in letzterer Zeit immer ohne Drainage verschlossen. Nur bei inficirten Fällen und jauchenden Carcinomen soll man drainiren, da alsdann auch die Lymphdrüsen als inficirt zu betrachten sind. 98% reaktionsloser Heilungen beweisen die vorzügliche Wundbehandlung an der v. Eiselsberg'schen Klinik. Die Zahl der Todesfälle beträgt 3. Der erste Verbandwechsel fand nach 5 Tagen, die Entfernung der Nähte nach $7\frac{1}{2}$ Tagen, die Entlassung nach 10 Tagen im Durchschnitt statt. Die Pat. wurden dann ambulatorisch weiter behandelt, d. h. verbunden. Zum Vergleiche führt Verf. an, dass nach der Statistik von v. Winikwarter aus dem Jahre 1878 noch 17% an accidentellen Wundkrankheiten zu Grunde gingen; gewiss ein ausgezeichneter Beweis der Fortschritte in der Wundbehandlung.

R. konnte das Dauerresultat von 107 Frauen feststellen. 44 sind von ihnen gestorben, darunter 25 an Recidiv, 16 an inneren Metastasen. Von den noch am Leben gebliebenen haben 9 ein Recidiv oder Metastasen. Recidivfrei sind bis jetzt 54. Den Procentsatz der Dauerheilungen (mindestens 3 Jahre nach der Operation) berechnet R. aus seiner Statistik auf 22,7%. Wie weit die neuerdings geübte radikalere Methode mit Fortnahme beider Brustmuskeln die Resultate der Operation des Mammacarcinoms noch zu verbessern im Stande ist, kann Verf. noch nicht bestimmen, da dieses Verfahren noch nicht genügend lange ausgeübt wird.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

27) **Scheiber.** Über einen Fall von durch Spleniuskrampf bedingtem Torticollis rheumaticus nebst Beitrag zur Lehre von den verschiedenen Kontrakturformen.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 6 u. 7.)

Von isolirtem Spleniuskrampfe existiren bis jetzt mit Einschluss des hier beschriebenen Falles im Ganzen 7 Beobachtungen.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Kontraktur gemischten Charakters — aktive und passive (paralytische) Kontraktur im rechten Splenius tonischer und klonischer Natur (Zitterkrampf) — auf rheumatischer Grundlagen Pathognomische Stellung des Kopfes dabei nach rechts und hinten, Drehung des Gesichtes bezw. Kinnes nach rechts oben, Neigung des Kopfes gegen die rechte Schulter. Dabei fehlt Anspannung und Schmerzhaftigkeit des rechten Splenius, Anspannung des linken Sterno-oleido-mastoideus. Durch Faradisation des linken Splenius kann der Kopf vorübergehend in die gerade Stellung gebracht werden.

Herm. Frank (Berlin).

28) **Labbé und Ferrand.** Adénolipomatose d'origine tuberculeuse.

(Soc. méd. des hôpitaux 1901. Juni 14.)

18jährige Frau. In der Kindheit Zeichen von Skrofulose. Seit dem 8. Lebensjahre immer mehr zunehmende Anschwellung des ganzen Halses. Zur Zeit ist der Hals von weichen, diffusiven Fettmassen umgeben, in welchen man zahlreiche harte, kleine, verschiebliche Drüsen durchfühlen kann. Sonst keine Drüsenanschwellungen am Körper. Tuberkulinreaktion positiv. Verff. glauben, dass die primäre Tuberkulose der Halsdrüsen bei dem zu Adipose prädisponirten Individuum zur Fettentwicklung angeregt habe.

Mohr (Bielefeld).

Naturforscher-Versammlung in Hamburg vom 22. bis 28. September 1901.

15. Abtheilung: Chirurgie.

Angekündigte Vorträge.

1. *Albers-Schönberg (Hamburg).* Die Anwendung des elektrolytischen Unterbrechers im Röntgenarmamentarium (mit Demonstrationen).

2. v. Bramann (Halle). Thema vorbehalten.
 3. Casper (Berlin). Beitrag zur Diagnostik in der Nierenchirurgie.
 4. Helferich (Kiel). Bemerkungen über plastische Chirurgie.
 5. Hoffa (Würzburg). Experimentelle Begründung der Sehnenplastik.
 6. Jordan (Heidelberg). Die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt unter Ausschluss von Frakturen, Hernien, traumatischen Neurosen.
 7. Kölliker (Leipzig). Ather-Chloroformnarkose.
 8. Kollmann (Leipzig). a. Demonstration urologischer Instrumente. b. Komplementäre Intra-Urethrotomie.
 9. Kuhn (Cassel). Zur Transplantation.
 10. Lezer (Berlin). Zur Operation des Ganglion Gasseri.
 11. Loewenhardt (Breslau). Funktionelle Nierendiagnostik.
 12. Lorenz (Wien). Über die unblutige Behandlung des angeborenen Schiefhalses.
 13. Marwedel (Heidelberg). Wanderniere und Gallensteine.
 14. v. Mikulicz (Breslau). Chirurgische Erfahrungen über das Magencarcinom.
 15. Müller (Aachen). Zur chirurgischen Behandlung der Venenthrombosen.
 16. Riedinger (Würzburg). Über willkürliche Verrenkung des Oberarmes.
 17. Sarfert (Berlin). Die Eröffnung von Lungenhöhlen.
 18. Schaefer (Breslau). Über Blasenoperationen ohne Narkose und Anästhetica.
 19. Schede (Bonn). Rückenmarkstumoren und ihre chirurgische Behandlung.
 20. Schlagintweit (München-Bad Brückenau). Kritik der Bottini'schen Operation an 150 Experimenten und 82 Präparaten von Prostatahypertrophie aus der Sammlung Guyon des Hospitals Necker in Paris.
 21. Schuchhardt (Stettin). Thema vorbehalten.
 22. Straus (Frankfurt a/M.). Zur funktionellen Nierendiagnostik.
 23. Vulpinus (Heidelberg). Über die Behandlung von Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenkes.
 24. Zuckerkandl (Wien). Über Blasensteinoperationen.
- Projektionsapparate, Epidiaskop und Mikroskope stehen zur Verfügung. Für die Benutzung des Projektionsapparates wird die vorherige Angabe der Plattengröße erbeten.
- Die Abtheilung ladet ein zu:
- Jordan (Heidelberg). Entstehung von Tuberkulose, Tumoren und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt unter Ausschluss von Frakturen, Hernien, traumatischen Neurosen.
- Die Abtheilung ist eingeladen zu
- Quincke (Kiel) und Garrè (Königsberg). Chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten;
- v. Bokay (Budapest) und Siegert (Straßburg). Tracheotomie und Intubation bei Diphtherie seit der Serumperiode;
- zu Vorträgen über Licht- und Röntgentherapie.

Im Auftrage einer größeren Anzahl von Kollegen erlässt Herr Dr. Hoesftmann in Königsberg einen Aufruf an alle deutschen Orthopäden bzw. alle diejenigen Kollegen, die sich für Orthopädie interessiren, sich in Hamburg zu einer Besprechung über die Frage der Gründung einer deutschen Gesellschaft für Orthopädie einzufinden. Die Zusammenkunft soll am 23. September Nachmittags stattfinden.

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 34.

Sonnabend, den 24. August.

1901.

Inhalt: I. A. Henle, Ein Kurzschlussunterbrecher für die Zwecke der Endoskopie. — II. A. Henle, Zur Technik der Sondirung schwer permeabler Speiseröhrenverengungen. (Original-Mittheilungen.)

1) Möllers, Décollement traumatique. — 2) Bianchi, Ursprung der Synovia. — 3) Hübscher, Zur Perimetrie der Gelenke. — 4) Küttner, Stereoskopische Röntgenaufnahmen. — 5) Freund, Die Wirkungen der Potentladungen hochgespannter Induktionsströme und einiger unsichtbarer Strahlungen. — 6) Grekow, Schädeldefekte. — 7) Luys, Verletzungen der Sinus durae matris. — 8) Simmonds, Meningitis tuberculosa. — 9) Petrow, Hirnbrüche. — 10) Höniger, Geschwülste des Stirnhirns. — 11) Bier, Künstlich erzeugte Hirnhyperämie. — 12) Vidal, Zur Behandlung otitischer Thromboplebitis. — 13) Hecht, Heißluftbehandlung bei Mittelohreiterungen. — 14) Soret und Nouÿne, Gehrverbände. — 15) Worobjew, Genu recurvatum. — 16) Meiser, Brüche der Mittelfußknochen.

17) VII. Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. — 18) Scholder, Arthromotor. — 19) Fehleisen und Westerfeld, Krankenhausbericht. — 20) Ullmann, Furunkulöse und septische Hautentzündung. — 21) Orlow, Elephantiasis. — 22) Krahn, 23) Kiesel, Noma. — 24) Sjögren und Sederholm, Zur therapeutischen Verwerthung der Röntgenstrahlen. — 25) Pauchet, Zur Nerven Chirurgie. — 26) Oppenheim, Zur Diagnostik der Gehirnkrankheiten. — 27) Clarke und Morton, Kleinhirnsabscess. — 28) Bloch, Septische Sinusthrombose. — 29) Massaut, Intermittirende Lähmung der Arme. — 30) Deltitz, A. mediana antibrachii und N. med. — 31) Höfliger, 32) Burk, Brüche und Verrenkungen der Handwurzelknochen.

I.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Ein Kurzschlussunterbrecher für die Zwecke der Endoskopie.

Von

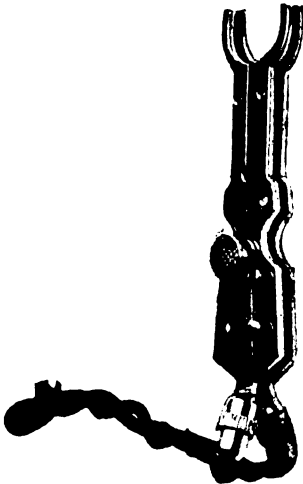
Prof. Dr. A. Henle.

Die Möglichkeit, Starkstromleitungen direkt, d. h. nach Einschaltung des nöthigen Widerstandes, zum Betriebe der für die Endoskopie, besonders diejenige der Harnblase gebräuchlichen kleinen Lampen zu benutzen, scheiterte bisher daran, dass der Untersuchende,

wenn er nach Ausschaltung der Lampe den Griff des Cystoskops in der Hand behält, höchst unangenehme elektrische Schläge bekam. Es ist dies leicht verständlich. Durch die berührende Hand wird der Stromkreis geschlossen und zwar um so mehr, als die Finger in der Regel nass sind. Nur so lange die Lampe eingeschaltet ist, wird der Bruchtheil von Strom, der durch den einen viel größeren Widerstand bietenden Körper geht, zu gering sein, um sich bemerklich zu machen. Andererseits muss man aber gerade beim Cystoskopiren, schon um eine übermäßige Erhitzung zu vermeiden, die Lampe öfter auslöschten.

Man kann nun die erwähnten Unannehmlichkeiten, wenigstens bei Gleichstromleitungen von nicht allzu hoher Spannung, in einfachster Weise umgehen, wenn man sich eines Ausschalters bedient, wie ich ihn habe anfertigen lassen¹. Es handelt sich allerdings dabei

Fig. 1.



streng genommen nicht um eine Ausschaltung, sondern die Lampe wird nur durch Kurzschluss ihres Stromes beraubt, was um so eher geschehen kann, als die eingeschalteten Widerstände groß genug sind, um ein Durchbrennen der Sicherungen resp. eine Gefährdung der Leitung durch den Kurzschluss zu verhindern. Der Strom bleibt demnach andauernd durch einen guten Leiter geschlossen, und die Möglichkeit, dass die berührende Hand von einem bemerkbaren Stromquantum durchflossen wird, fällt fort.

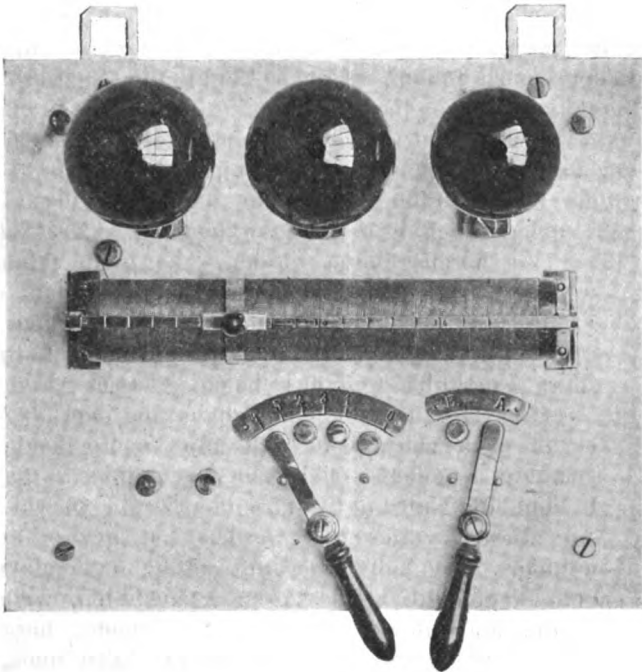
Äußere Form und Handhabung des mit dem Kurzschlussunterbrecher ausgestatteten Cystoskophandgriffes entsprechen durchaus den bisher gebräuchlichen Apparaten. Durch Verschieben resp. Zurückziehen eines Knopfes wird die Lampe zum Leuchten gebracht und wieder ausgelöscht (Fig. 1).

Als Widerstand dient uns ein Brett, auf welchem 3 Glühlampen von 16, 25 und 32 Kerzen angebracht sind (Fig. 2). Durch Verstellung eines Hebels ist man im Stande, je eine von ihnen oder auch zwei neben einander in den Stromkreis einzuschalten, in welchen außerdem noch ein kurzer Rheostat eingefügt ist. Dieser letztere dient dazu, innerhalb der etwas großen Stufen der Stromstärke, welche sich durch den Wechsel der Lampen erreichen lassen, die feinere Regulierung zu bewirken. Der Widerstand der Lampen richtet sich natürlich nach der Spannung des verfügbaren Stromes und dürfte in der

¹ Bei Georg Härtel in Breslau.

Regel auf 110 Volt zu bemessen sein. Damit das Licht der Widerstandslampen nicht stört, sind sie aus dunkelgrünem oder dunkelrothem Glas angefertigt; man kann das Brennen der Lampen jederzeit kontrolliren. Auf dem Schaltbrette ist bequem erreichbar ein Ausschalter angebracht, welcher ein Unterbrechen des ganzen Stromes gestattet. Der zum Anhängen an die Wand eingerichtete Apparat kann dauernd mit der Leitung verbunden sein oder man stellt den Anschluss nur nach Bedarf mittels Anschlussdose und Stöpsel her.

Fig. 2.



Der durch den Kurzschluss bedingte Mehrverbrauch an Strom dürfte bei Gleichstromanlagen nicht ins Gewicht fallen, wenn man bedenkt, wie viel Kraft bei dem Gebrauche von Accumulatoren und Transformatoren verloren geht. Bei Wechselstrom wird sich dagegen eher die Anwendung eines Transformators empfehlen.

Eben so wie für die Cystoskopie lässt sich das Princip des Kurzschlussunterbrechers natürlich auch für alle anderen Arten der Endoskopie verwenden.

II.

(Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Zur Technik der Sondirung schwer permeabler
Speiseröhrenverengungen.

Von

Prof. Dr. A. Henle.

Unter den Methoden, den Weg durch für Sonden impermeable Ösophagusstenosen zu finden, steht, so lange die Speiseröhre noch geringe Flüssigkeitsmengen passiren lässt, die von Socin angegebene obenan. Man lässt den mit einem Magenmunde versehenen Kranken einen feinen Faden schlucken, an dem einige feinste Schrotkugelchen befestigt sind. Diese werden, wenn man dem Pat. Flüssigkeiten zu trinken giebt, gelegentlich in den Magen gelangen. Der Faden muss dann aus der Fistel herausgeleitet werden. An dem feinen Faden wird ein starker nachgezogen und dieser dient dann zur Ausführung der Sondirung ohne Ende, indem Gummidrainen von steigender Dicke an ihm befestigt in die Speiseröhre eingeführt und dort liegen gelassen werden.



Das Herausleiten des Fadens aus dem Magenmunde ist oft sehr zeitraubend und eine rechte Geduldsprobe. Dass die Kugelchen sich, wie uns einmal vorgekommen, in dem die Nahrung zuführenden Drain verwickeln, und mit diesem vorgezogen werden, ist gewiss eine Ausnahme. Auch gelingt es nur selten, das Fadenende aus dem Magen durch Wasser herauszuspülen, welches man in die Magenfistel einspritzt und wieder herausfließen lässt. Das Angeln mit einer Zange führt meist schließlich zum Ziele, aber oft erst nach vielen vergeblichen Versuchen. Auch hat das Fischen in der Tiefe des Magens mit einem Instrumente, welches doch geeignet ist, Verletzungen zu setzen, immer etwas Unbehagliches.

Die aufgeführten Schwierigkeiten werden erheblich vermindert, wenn man anstatt der Schrotkörner feinste Eisenkugelchen von ca. 1—1,5 mm Durchmesser anwendet; diese kann man dann mit einem kräftigen Elektromagneten, den man in die Magenfistel einführt, leicht auffangen. Ich habe mir einen solchen anfertigen lassen, dessen eiserner Kern etwa die Form einer Steinsonde hat und bei einer Länge von 28 cm 10 mm dick ist (s. Figur). Eine Drahtspule lässt sich auf dem Kern verschieben. Wenn man durch diese einen entsprechend kräftigen Strom hindurchleitet, wird das Eisen hinreichend magnetisch, um die Kugelchen anzuziehen, auch ohne dass es dieselben direkt berührt, und so weit festzuhalten, dass man sie

vor die Fistel bringen kann. Der Kranke fühlt dabei sogar den Zug, der durch den Magneten auf den Faden ausgeübt wird. Bei genügender Aufmerksamkeit wird man das Anschlagen der Kügelchen an den Magneten deutlich hören. Wir verwenden in der Regel 3—4 Eisenkügelchen, welche in Abständen von je 5 cm auf den Faden aufgereiht werden, und zwar zum Theil in dem Gedanken, dass von ihnen noch leichter eines in die Nähe des Magnets gerathen wird, als ein einzelnes.

Natürlich krankt auch diese Methode daran, dass man nie sicher ist, ob das Ende des Fadens mit den Kugeln schon den Magen erreicht, oder ob es ihn womöglich schon wieder durch den Pylorus verlassen hat, wenn man auch letzteres durch entsprechende Bemessung der Fadenlänge einigermaßen unmöglich machen kann. Man wird daher auch bei Anwendung des Magneten oft genug vergeblich angeln. Aber man wird die einzelne Sitzung viel kürzer machen können, da das Auffinden der Kugeln Dank der Fernwirkung des Magneten ein sehr sicheres ist. Führte ich den armirten Faden durch die Magenfistel in den Magen ein, so genügte ausnahmslos in einer großen Reihe von Versuchen ein einmaliges Einführen und Hin- und Herbewegen des Magneten, um die Kugel zu fangen. Man darf daher, wenn man einige wenige Male erfolglos geangelt hat, annehmen, dass das Eisen sich nicht im Magen aufhält und kann den Versuch sofort abbrechen. Andererseits kann man mit dem stumpfen Instrumente Schaden wohl kaum anrichten. Es hat sich in einem Falle von Ösophagusstenose in Folge von Aktinomykose und bei einer Verätzungsstriktur gut bewährt.

1) **B. Möllers.** Über die Bedeutung von Morell-Laval-lée's Décollement traumatique in der Friedens- und Kriegschirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 535.)

R. Köhler (Berlin) hat bekanntlich in einem längeren Artikel in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie (cf. unser Referat d. Bl. 1889 p. 498) die oben genannte Verletzung eingehend erörtert und sie dem allgemeinen Interesse der Chirurgie näher zu rücken gesucht. Köhler hat denn auch vorliegende Arbeit angeregt. Von einem genaueren Berichte über dieselbe kann an dieser Stelle abgesehen werden, da ihr Inhalt im Wesentlichen dem der Köhler'schen Arbeit entspricht. Freilich ist die inzwischen hinzugekommene Litteratur berücksichtigt. Doch ist dieselbe ziemlich spärlich (4 Doktordissertationen, eine Arbeit von Koch-Nürnberg und 20 neue Fälle Köhler's aus der Charité) und hat nichts Wichtiges zu dem Gegenstande neu hinzugebracht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

2) **Bianchi.** Contributo alla conoscenza dell' origine della sinovia.

(Sperimentale 1901. No. 2.)

Histologische Untersuchung frischer Gelenke ergab eine Bestätigung der Angaben von Hammer, Hagen-Thorn u. A., dass die Synovialis weder Epithel noch Endothel besitzt, sondern dass die Bindegewebszellen, zum Theil abgeplattet, mehrschichtig, aber immer an Ausläufern und einer Grundsubstanz erkennbar, die Begrenzung nach der Gelenkhöhle bilden, eben so die Befunde der Autoren über die Degeneration und Abstoßung von Zellen in Querschichten der Synovialis wie des Gelenkknorpels. Histochemisch vergleicht B. die Färbung, welche der hauptsächlichste Bestandtheil der Synovialis, das Synovin (Salkowski) einerseits, andererseits die verschiedenen Gelenkschichten und Bestandtheile bei Behandlung mit verschiedenen Jodstoffen geben. Es stellte sich nun eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Synovia und der Grundsubstanz des Knorpels in der Mantelschicht heraus. Abweichend dagegen verhält sich das Synovialisgewebe. Daher schließt B. sich der Ansicht an, dass die Synovia aus der zerfallenden Grundsubstanz der Gelenkknorpel stammt und aus ihr ausgepresst wird, während die sich abstoßenden Zellen der Synovialis keine Bedeutung besitzen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

3) **C. Hübscher.** Weitere Mittheilungen über die Perimetrie der Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 487.)

H. hat in Bd. XLV genannter Zeitschrift zunächst für das Handgelenk eine Methode angegeben, die Gelenkbeweglichkeitsgrenzen in dem bekannten Perimeter der Augenärzte auszumessen und durch Eintragung der resultirenden Maße in ein ophthalmologisches Gesichtsfeldschema graphische »Bewegungsfeld«-Darstellungen aufzunehmen (cf. unser Referat in d. Bl. 1897 p. 1249). H. hat seitdem diese ansprechende Registrirmethode fleißig weiter ausgearbeitet und auch auf andere Gelenke, Fußgelenk, Schultergelenk, angewandt. Auch hier sind leicht ablesbare Bewegungsfeldschemata gewonnen, die jetzt publicirt werden. Ein praktisch konstruirtes perimetrisches Stativ für Gelenke wird beschrieben und abgebildet. H. fand, dass diese perimetrischen Gelenkbeweglichkeitsaufnahmen bei paralytischen Deformitäten leicht den Bereich der Muskellähmungen erkennbar machen und daher auch zur Stellung therapeutischer Indikationen (Sehnenplastik) von Nutzen sind. Plattfüße konnten schon im sog. Latenzstadium an der durch das Verfahren nachzuweisenden Insufficienz der Supinatoren erkannt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

4) **H. Küttner.** Stereoskopische Röntgenaufnahmen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

K. hat auf dem chinesischen Kriegsschauplatze (Vereinslazarett vom Rothen Kreuz in Yangtsun) bei sämtlichen Knochenbrüchen und Schussverletzungen, so wie an einer Anzahl von Schusspräparaten an erlegtem Wilde Gelegenheit gehabt, das Hildebrand'sche stereoskopische Röntgenverfahren zu erproben. Auf die Anfertigung verkleinerter Diapositive konnte verzichtet werden, da es mit einiger Übung leicht gelang, die auf einer Platte (24 : 30) befindlichen Aufnahmen durch Konvergieren zu vereinigen. Schon bei einfachen Knochenbrüchen bot das stereoskopische Skiagramm entschieden mehr als das gewöhnliche Röntgenbild. Vor Allem aber erwies es sich als sehr werthvolles diagnostisches Hilfsmittel bei schweren Splitterbrüchen, da sich genau die verschiedenen Schichten und Ebenen erkennen ließen, in denen die Splitter und Geschosstheile lagen. Man erhielt von den anatomischen Verhältnissen eine Anschauung, wie sie sich anders bei Lebenden in dieser Vollkommenheit nicht erzielen lässt. Dass auch zum Aufsuchen von Fremdkörpern das Verfahren von großem Werthe ist, wird an einem konkreten Falle geschildert, in welchem sich ein Geschoss im Innern der Femur-epiphyse erkennen ließ. Vermuthlich dürfte die stereoskopische Aufnahme auch für andere chirurgische und für Unterrichtszwecke äußerst brauchbar sein.

Honsell (Tübingen).

5) **L. Freund (Wien).** Die physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Induktionsströme und einiger unsichtbarer Strahlungen.

(Aus den Sitzungsberichten der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathem.-naturw. Klasse Bd. CIX. Abth. 3. 1900. Oktober.)

Der Streit, welcher Faktor bei der Röntgenbestrahlung die Veränderungen der Haut hervorrufft, ist immer noch nicht entschieden; die Einen meinen, die Kathodenstrahlen allein seien das wirksame Agens, die Anderen zogen elektrische und elektrodynamische Wellen heran, Andere machten die ultravioletten Strahlen, die Funken und Büschelentladungen, der auf der Vacuumröhre angesammelten Spannungselektricität etc. für die Wirkung verantwortlich. Nach einigen Versuchen, bei denen er alle anderen chemischen und physikalischen Faktoren bis auf die X-Strahlen ausgeschaltet zu haben glaubte, war F. der Ansicht, dass die Röntgenstrahlen allein die Wirkung auf die Haut ausübten. Bei weiteren Experimenten mit hochevacuirten Röhren (die also X-Strahlen in ganz geringer Menge enthalten) oder mit gewöhnlichen Röntgenröhren, bei denen er den Strom an der Kathode und nicht an der Anode eintreten ließ, konnte F. bei genügend langer Bestrahlung dieselben Resultate (d. h. bei seinen Experimenten Enthaarung) erzielen. Danach waren die X-Strahlen jedenfalls nicht das Wirksame. Inzwischen wurden die

Wirkungen der Teslaströme und der Franklinisation von d'Arsonval, Oudin, Charrin u. A. näher studirt, wobei thatsächlich in mancher Beziehung ganz ähnliche Hautreaktionen auftraten, wie bei der Röntgenbestrahlung. Dies brachte F. auf die Idee, dass seine früheren Experimente nicht einwandfrei seien, und dass auch hier wie dort direkte elektrische Entladungen das wirksame Agens seien. Von dieser Voraussetzung ausgehend, stellte er eine neue Reihe von 55 einzelnen Versuchen an (jeder Versuch wurde 5—6mal wiederholt). Es würde zu weit führen, auf die einzelnen Experimente einzugehen, deren Studium Ref. aber sehr empfehlen möchte; nur so viel, dass das leitende Princip war, nur die elektrischen Entladungen wirken zu lassen; also entweder ließ F. elektrische Funken direkt auf die Haut, Plattenkulturen etc. wirken, oder er experimentirte mit Röntgenröhren, bei denen er sämtliche physikalische und chemische Faktoren bis auf die Funkenentladungen ausschaltete.

Die Resultate seiner Versuche fasst F. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Direkte Funkenschläge, gleichgültig wie sie entstehen, ob als direkte Polentladungen des Funkeninduktors, oder als Effluven des d'Arsonval-Oudin'schen Apparates, können beim Thier Haarausfall zu Wege bringen.

2) Direkte Funkenschläge sind im Stande, Aussaaten und bereits entwickelte Kulturen des Staphylococcus pyogenes aureus, des Typhusbacillus, des Diphtheriebacillus, des Anthraxbacillus, des Soorpilzes, des Tuberkelbacillus und des Achorion Schoenleinii in der weiteren Entwicklung zu hemmen resp. abzutöden.

3) Diese Wirkung der direkten Funkenschläge wird durch Verwendung einer Erdableitung, einer verlängerten Exposition, eines geringeren Elektrodenabstandes, einer schnelleren Unterbrechung des den Sekundärstrom inducirenden Primärstromes und durch Steigerung der Intensität des letzteren erhöht!

4) Die besagte Wirkung äußert sich unter Umständen auch durch dünne Schichten von Holz, Papier, Aluminium, Stanniol und menschliche Leichenhaut.

5) Sie erstreckt sich auch auf Mikroorganismen, welche in Flüssigkeit suspendirt sind.

6) Die physiologische Wirkung der negativen Funkenentladung ist intensiver als jene der positiven, hingegen erstreckt sie sich auf ein kleineres räumliches Gebiet.

7) Die stillen Entladungen (z. B. bei Röntgenröhren, Ref.) stellen eine Erscheinungsform der Funkenentladung dar, durch welche letztere wohl Einiges an der Intensität ihrer physiologischen Wirkung einbüßen, durch welche jedoch manche unerwünschte Nachtheile der direkten Funkenschläge (z. B. Schmerz) vermeidbar sind. Ihr Wirkungsgebiet ist ein größeres als das der direkten Funkenschläge, ihre Wirkungsart qualitativ dieselbe, wie die der letzteren.

8) Den Röntgenstrahlen selbst kommt nach diesen Versuchen keine physiologische Bedeutung zu, in so fern ihr Einfluss auf das Bakterienwachsthum in Frage kommt.

9) Becquerel- und Phosphoreszenzstrahlen äußern weder physiologische Wirkung auf die Bakterienentwicklung, noch auf die normale Hautdecke.

10) Die durch direkte Funkenentladungen in der Haut hervorgerufenen pathologischen Veränderungen bestehen in Blutungen in das Cutisgewebe, in Entzündung und in einer durch Vakuolenbildung sich charakterisirenden Gefäßerkrankung.

H. Wagner (Breslau).

6) J. J. Grekow. Beiträge zur Frage von den Knochendefekten des Schädels und deren Behandlung.

Diss., St. Petersburg, 1901. 164 S. (Russisch.)

G. hat diese Frage schon früher berührt, u. A. auch in diesem Blatte 1898 No. 39. Es sollen hier einige der Schlussfolgerungen des Verf. angeführt werden. Die Knochenneubildung findet von der Diploë, vom Pericranium und der Dura aus statt, hauptsächlich von ersterer, unmittelbar von den Osteoblasten des Keimgewebes. Als Ursachen verlangsamer und unvollkommener Knochenregeneration sind anzusehen das Verwachsen der Dura mit dem Pericranium, die Nekrose des Knochenrandes und die Interposition der Nachbargewebe. Der neu wachsende Knochen tritt erst dann in den Defekt hinein, wenn der nekrotische Knochenrand größtentheils durch ihn ersetzt ist; zuweilen sind dazu 3 Monate nöthig. Das Wachsthum des jungen Knochengewebes geschieht concentrisch, oder öfter strahlenförmig. Wo die Nekrose des Randes geringer ist, wächst der Strahl, wo sie bedeutender ist, hemmt die Vernarbung der Periostblätter das Knochenwachsthum. — Kocher's Theorie ist einseitig und fordert weitere Nachprüfung. Das in die Defekte eingepflanzte Material hat 3 Zwecke zu erfüllen: es reizt die knochenbildenden Elemente, trennt die beiden Periostblätter, ihre Verwachsung hemmend, und dient dem von den Knochenrändern kommenden Keimgewebe als Lager, muss also die Lücke möglichst dicht ausfüllen. Die Knochenränder müssen angefrischt werden, alles Nekrotische entfernt sein. Das beste Material zur Knochenplastik ist ausgeglühter Knochen. Nicht immer ist die Implantation solchen Materials selbst in alte Defekte von Verwachsung der Dura mit dem Defekt begleitet (von 17 Experimenten blieb die Verwachsung in 3 resp. 4 Fällen aus). Die beste Methode der primären Knochenplastik ist die von Mac Ewen, der sekundären die von Müller-König.

Versuche wurden angestellt an 13 Kaninchen, 11 Hunden und 3 Katzen. Die Litteratur wird auf 8 Seiten angeführt; zum Schlusse kommen 4 Tafeln mit mikroskopischen Befunden.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

7) **Luys.** Les blessures des sinus de la dure mère.

(Presse méd. 1901. No. 48, 52 u. 55.)

L. bespricht das genannte Thema auf Grund von 41 Fällen von Verletzung des Sinus longitudinalis superior und von 16 Fällen von Verletzung des Sinus lateralis, welche er — zum großen Theile aus der Litteratur — gesammelt hat.

Es wird besonders hervorgehoben, dass bei in der Nähe des Sinus longitudinalis einwirkenden Gewalten in Folge der bekannten Formveränderungen des Kopfes häufig der Sinus lateralis reißt und umgekehrt. Interessant sind die Fälle, in denen diese Formveränderung ohne Fraktur allein zur Zerreißung eines großen Sinus genügte. Es kann sowohl zur Bildung eines extraduralen, wie eines subduralen Hämatoms kommen, welches dann das Bild des Hirndruckes verursacht. Häufig war das freie Intervall zwischen Verletzung und dem Eintritt schwerer Erscheinungen sehr ausgesprochen. Näheres Eingehen verbietet der beschränkte Raum.

Zur Blutstillung wird die seitliche Unterbindung oder Naht mit Recht als das beste Mittel empfohlen, doch werden Kontinuitätsunterbindung, Kompression durch liegenbleibende Klammern, Verstopfung durch Katgutbündel, Tamponade je nach Umständen für zulässig erklärt. Die Tamponade ist sicherlich das schlechteste Mittel, da sie, wenn sie wirksam sein soll, zugleich das Gehirn mit comprimirt, doch lässt sie sich nicht immer umgehen, wie Ref. selbst bei einem Falle von Sinuszerreißung, wo die Verletzungsstelle des Sinus nicht vor Augen lag, erleben musste. Die Blutung aus den hinteren Theilen des Sinus ist eben eine so enorme, dass das Leben des Pat. von Sekunden abhängt. Bertelsmann (Hamburg).

8) **M. Simmonds.** Über Meningitis tuberculosa bei Tuberkulose des männlichen Genitalapparates.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 19.)

S., welcher bereits vor 15 Jahren auf das überraschend häufige Zusammentreffen von tuberkulöser Meningitis mit Genitaltuberkulose aufmerksam gemacht hat, bestätigt diese Beobachtung in vorliegender Mittheilung aufs Neue, indem er unter 35 an Hirnhauttuberkulose verstorbenen Männern fast in der Hälfte eine ältere tuberkulöse Erkrankung der Geschlechtsorgane nachweisen konnte, während letztere nur in 10% phthisischer Männer angetroffen wurde. Bemerkenswerth ist, dass dieses häufige Zusammentreffen von Meningitis tuberculosa und Genitaltuberkulose nur für die Individuen jenseits der Pubertät, nicht für das Kindesalter zutrifft, und dass in einigen Fällen mit Tuberkulose der Genitalorgane behaftete Männer wenige Wochen oder Monate nach der Heirath an Meningealtuberkulose erkrankten, so dass möglicherweise die bei Gelegenheit geschlechtlichen Verkehrs erhöhte Kongestion der erkrankten Genitalien zu einer

Verschleppung der Tuberkelbacillen geführt hat. Nur in einem aller Fälle wurde ein Durchbruch käsiger Massen aus den Genitalorganen in eine Vene des Plexus pudendalis entdeckt. Für die Diagnostik sind die angeführten Thatsachen von großem Werthe, in so fern der Nachweis einer Tuberkulose des Nebenhodens oder der Samenblase etc. in manchen Fällen zweifelhafter akuter Hirnerkrankungen beim Manne zur Erkenntnis der tuberkulösen Natur derselben führen kann.

Kramer (Glogau).

9) Petrow. Über die Pathogenese der Hirnbrüche.

(Mittheilungen d. militär-med. Akademie 1901. Februar. [Russisch.])

Ein 3½ Jahre altes Mädchen wurde wegen eines Bruches an der Nasenbasis operirt. Die Geschwulst war 8 cm lang. Ablösung der Haut nach Entfernung von 40 ccm klarer Flüssigkeit durch Punktion; der Sack wird von den Knochen gelöst und eröffnet. Es drängt sich eine Hirngeschwulst vor, die rechts mit dem Sacke verwachsen ist. Entfernung des angewachsenen Stückes, leichte Reposition des Restes. Der überschüssige Sack wird entfernt, der Rest vernäht. Die Knochenslücke wird durch eine goldene Platte geschlossen. Eiterung, Tod nach 15 Tagen. Sektion: Meningitis, Hydrops der Hirnventrikel, Fehlen des Corpus callosum, Abplattung der Furchen und Verdickung des Ependyms.

Auf Grund des mikroskopischen Studiums und der Litteratur schließt Verf., dass alle Hirnbrüche Folgen von Bildungsanomalien sind, die das Verwachsen der primären Anlagen des Nervensystems und des sie umschließenden Knochens begleiten. Den Hirnbrüchen liegt hauptsächlich ein Neubildungsprocess zu Grunde, und daher ist die beste Benennung dafür die von Syssenkow vorgeschlagene: Cephaloma meningeum. Verf. bestreitet die Meinung, nach der die Bildung der Brüche durch fehlerhafte Ablösung des Hirnrohres vom Hornblatte verursacht wird; diese Meinung erklärt wohl genügend die Eigenheiten des Knochendefektes, doch ist bis jetzt noch kein Fall beschrieben, wo die Geschwulst in unmittelbarer Verbindung mit der epithelialen Hautschicht und deren Bildungen gewesen wäre. Dann ist diese Theorie nicht anwendbar bei Brüchen der Schädelbasis und der Wirbelkörper.

Übrigens kann man bis jetzt noch nicht genügend die Ursache aller dieser Bildungsfehler erklären. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

10) H. Höniger. Zur Diagnose der Geschwülste des Stirnhirns.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 19.)

H. berichtet über 2 nur klinisch beobachtete und über einen auch zur Sektion gekommenen Fall von Stirnhirngeschwülsten und fasst an der Hand der betrachteten Fälle die diagnostischen Kriterien dieser Geschwülste schließlich in folgenden Sätzen zusammen:

»Wir sind berechtigt, an eine Stirnhirngeschwulst zu denken, wenn ein Tumor cerebri von vorn herein mit psychischen Symptomen beginnt oder wenn im Verlaufe eines solchen psychische Symptome eine Rolle spielen. Die Diagnose wird erst dann eine wahrschein-

liche oder sichere, wenn frontale Ataxie oder Rumpfmuskelkrämpfe oder Sprachstörung als Herdsymptome auftreten und als Nachbarschaftssymptome sich entweder Erscheinungen von Seiten der motorischen Region oder, falls der Tumor nach der Basis wächst, von Seiten der betreffenden Nerven hinzugesellen. Selbstverständlich können auch zuerst Herdsymptome des motorischen Antheils des Stirnhirns, also motorische Aphasie und Rumpfmuskelschwäche etc. vorhanden sein.◀

Kramer (Glogau).

11) **Bier.** Über den Einfluss künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirns und künstlich erhöhten Hirndruckes auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopfschmerzen. (Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Nach der Annahme Vieler entstehen die epileptischen Anfälle durch venöse Hyperämie des Gehirns, welche zu vermehrter Spannung des Liquor cerebrospinalis führt, und durch plötzliche Druckschwankungen des Gehirns; Kocher hat daraufhin ein besonderes Operationsverfahren empfohlen. Ausgehend von der Ansicht, dass zur Klärung dieser Frage Thierversuche nicht weiterführen, hat B. am Menschen dahingehende Versuche gemacht, indem er um den Hals eine Gummibinde legte, um eine starke venöse Stauung im Gehirn und durch plötzliches Nachlassen der Binde sehr starke Druckschwankungen zu erzeugen.

Nachdem B. an sich selbst und anderen Ärzten durch Vorversuche festgestellt, dass dies Verfahren ungefährlich ist, dass in der That eine starke Spannungsvermehrung im Schädel eintritt, und dass man durch schnelles Anlegen und Abnehmen der Binde die schroffsten Druckschwankungen erzeugen kann, machte er an 10 Epileptischen Versuche. Es zeigte sich, dass die venöse Hyperämie nie die Zahl der epileptischen Anfälle vermehrt, im Gegentheil wurden sie bei Einigen vermindert; nur in einem Falle trat eine Verschlimmerung ein, in so fern die Anfälle zwar nicht häufiger, aber doch schwerer und langdauernder wurden. Es ist somit bewiesen, dass venöse Hyperämie des Gehirns und vermehrte Druckspannung in der Schädelkapsel nicht den epileptischen Anfall hervorrufen.

In einem Falle von Chorea brachte die Stauungsbinde eine ganz auffallende Besserung; einen sehr guten Dauererfolg hatte sie in einem Falle von nervösem Kopfschmerz.

Haeckel (Stettin).

12) **E. Vidal (Périgueux).** Sur la technique de la cure radiocale des thrombo-phlébites otitiques du sinus latéral.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 5.)

An der Hand zweier erfolgreich operirter Fälle bespricht V. die verschiedenen Verfahren der operativen Behandlung der Sinusthrombose bei Ohrerkrankungen und empfiehlt totale Freilegung der in

Betracht kommenden venösen Blutwege und die Ausräumung nöthigen Falls beider Sinus laterales einschließlich der Jugulares. Er operirte 2mal bei scheinbar hoffnungslosen Fällen in folgender Weise: Erst Aufsuchung der V. jug. an der einen, dann der anderen Seite, Unterbindung derselben, Vernähung des peripheren Endes mit der äußeren Haut und Drainage der thrombosirten Vene. Danach wurde, um die Sinus der Schädelbasis am Torcular Herophili zugänglich zu machen, am Hinterhaupte ein großer Wagner'scher Haut-Periost-Knochenlappen mit der Brücke nach dem Nacken hin aufgeklappt, die Sinus laterales in der Nähe des Sinus confluens abgebunden und die Sinus laterales ebenfalls nach außen hin mit Gaze drainirt.

Den Schlussakt endlich bildete die Eröffnung des Warzenfortsatzes und die Freilegung des hier angrenzenden primär erkrankten Sinus und des Bulbus jugularis. Auch wird nach Entleerung des septischen Pfropfes desinficirt und drainirt. V. glaubt mit Chipault, dass bei diesen Erkrankungen die therapeutischen Erfolge um so größer und nachhaltiger sind, je kühner und vollständiger die Entfernung der septischen Massen vorgenommen wird.

P. Stolper (Breslau).

13) Hecht (München). Die Heißluftbehandlung bei chronischen Mittelohreiterungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 24.)

Die zuerst von Andrews empfohlene Methode, deren direkt baktericide Wirkung Hessler verneint hatte, ist von H. unter Benutzung des modificirten Holländer'schen Apparates bei einer Reihe von Fällen mit Erfolg angewandt worden. Verf. führt die Wirkung dieser Behandlungsart 1) auf die Austrocknung des Mittelohres nach Ausspülungen desselben und damit auf die Schaffung eines relativ ungünstigeren Bakteriennährbodens und 2) auf die herbeigeführte aktive Hyperämie mit ihren günstigen Folgezuständen eines stärkeren lokalen Blutwechsels zurück. Die heiße Luft wurde jedes Mal in einer Dauer von mehreren Minuten applicirt; Schmerzgefühle und Verbrennungen ließen sich völlig vermeiden. Kramer (Glogau).

14) Soret et L. Nouëne (Havre). Traitement ambulatoire des fractures de jambe.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 5.)

Die Gehverbände haben nach Ansicht der Autoren in Frankreich nicht die allgemeine Anerkennung und Anwendung gefunden wie in Deutschland. Sie geben deshalb eine ausführliche Litteraturzusammenstellung, in der die deutsche Chirurgie ganz besonders berücksichtigt ist. Die von den Verff. angewandten Verbände bezw. Apparate unterscheiden sich in wesentlichen Punkten nicht von den in Deutschland angewandten Gehverbänden, wie sie Heusner, Krause, v. Bruns, Liermann, Bardeleben u. A. angegeben haben.

P. Stolper (Breslau).

15) **A. A. Worobjew.** Über das Genu recurvatum.

(Wratsch 1901. No. 18 u. 19. [Russisch.])

W. bringt einen durch 6 Abbildungen erläuterten Beitrag zu diesem, sonst in den Lehrbüchern nur wenig berührten Kapitel, aus Ratimow's Klinik. Es werden 10 Fälle ausführlich beschrieben, und dabei folgende Eintheilung auf ätiologischer Grundlage gegeben. A. Erkrankung des Nervensystems als primäre Ursache (neuropathogenetische Abart): a. Genu recurvatum paralyticum (Kinderlähmung, Fall VI; Läsion des Rückenmarkes, Fall V); b. Genu recurvatum arthropaticum (Tabes; progressive Paralyse, Fall VIII). B. Erkrankung des Femur oder des Unterschenkels, oder des Knies als primäre Ursache (osteopathogenetische Abart): a. Genu recurvatum nach Fraktur der Tibia, Fall VII; b. nach Osteomyelitis, Fälle I, III, IV und X; c. nach Rachitis, Fälle II und IX; d. nach Tuberkulose, e. nach Syphilis (?); f. nach Kniegelenksentzündung. — Sehr häufig entsteht das Genu recurvatum beim Pes varo-equinus; da letzteres eine Folge langen Liegens ist, so kann man durch zweckmäßige Lagerung dem Entstehen desselben vorbeugen. — Weiterhin ist das Genu recurvatum eine zweckmäßige Selbsthilfe der Natur beim Schlottergelenk (im Knie), da es hier das Gehen ermöglicht; in solchen Fällen muss sich der Chirurg der Arthrodesse enthalten.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

16) **Meiser.** Die Brüche der Mittelfußknochen als Ursache der Fuß- oder Marschgeschwulst.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IV. Hft. 3.)

Die Ergebnisse seiner mit zahlreichen, sehr schönen Röntgenbildern illustrierten Arbeit fasst Verf. in folgenden Schlussätzen zusammen:

1) Jeder typischen Fuß- oder Marschgeschwulst liegt in der Regel ein Knochenbruch zu Grunde (in 27 Fällen M.'s 25mal).

Die Marschgeschwulst ist das typische Symptombild eines Bruches.

2) Der Bruch des Mittelfußknochens erfolgt durch Überlastung und über seine Elasticitätsgrenze hinausgehende Beanspruchung.

3) Am meisten gefährdet sind der 2. und 3. Mittelfußknochen, der 4. kommt selten, der 1. und 5. kaum je in Betracht.

4) Je länger der einzelne Mittelfußknochen, je tiefer sein Köpfchen im Stadium der Abrollung des Fußes steht und je schwächer er ist, um so häufiger treten Brüche an ihm auf.

5) Die Reihenfolge der Mittelfußknochen nach der Stärke angeordnet ist: 1, 2, 5, 3, 4, nach der Länge 2, 3, 4, 5, 1.

6) Der Knochen bricht wie ein überspannter Bogen an seiner konvexen Seite, d. h. Fußrückenseite.

7) Nur in einem Drittel aller Fälle war bei Brüchen eine Bruchlinie, Spalt oder Knick sichtbar. Das erhaltene Periost verhindert eine Trennung und Verschiebung der Bruchenden.

8) Der Bruch sitzt meist an der dünnsten Stelle des Mittelfußknochens, am Halse, im vorderen Drittel.

9) Callusbildung ist in der Regel nicht vor 10 Tagen, oft nicht vor 3 Wochen auf der Röntgenplatte sichtbar. Kugel- und Spindelcallus sind der Ausdruck eines geheilten Bruches.

10) In seltenen Fällen mit dem gleichen Symptombilde hat die Elasticität des Knochens einen Bruch verhindert. Dafür ist die Knochenhaut stärker betroffen. Es entstehen dann langgestreckte, flache, glatte, über die ganze Länge der Diaphyse ausgedehnte Knochenverdickungen.

11) Wegen der seltenen und geringen Verschiebung der Bruchenden erfolgt durchschnittlich eine Restitutio ad integrum.

H. Wagner (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

17) VII. Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. Breslau 38.—30. Mai 1901.

Schon seit einer Reihe von Jahren herrscht das Bestreben, die Kongresse der Deutschen dermatologischen Gesellschaft hauptsächlich zu Demonstrationen und Diskussionen auszunutzen. Die von Herrn Albert Neisser getroffenen diesmaligen Vorbereitungen erreichten dieses Ziel um so vollkommener, als bereits einige Wochen vor dem Tagen des Kongresses den Theilnehmern ein 236 Seiten starker Band die bis zum 1. Mai eingereichten Referate, Vorträge und Schlussfolgerungen, so wie ein Verzeichnis der beabsichtigten Demonstrationen mikroskopischer Präparate etc. zur Kenntnis brachte.

Die Demonstration des außerordentlich reichhaltigen Krankenmaterials, zu welchem nicht nur die Breslauer Hautklinik, sondern auch das Kopenhagener Finsen-Institut, die Wiener Klinik unter Prof. Neumann's Leitung, Dr. Schiff-Wien und zahlreiche andere Hautärzte beigesteuert hatten, fand an allen 3 Kongresstagen vor Beginn der Sitzungen von 8—9 $\frac{1}{2}$ Uhr in den Krankensälen der Kgl. Hautklinik in so übersichtlicher Weise statt, dass die Betrachtung der Kranken und die daran sich anschließenden Diskussionen gewinnbringend waren.

Es waren 2 Referate vorbereitet worden: von Blaschko-Berlin über die Nervenvertheilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut, von Schiff-Wien über den gegenwärtigen Stand der Röntgentherapie.

I. Das Blaschko'sche Referat, welches durch 22 Foliotafeln, Zeichnungen und ausgiebige Sammlung der Litteratur besonders werthvoll ist, giebt ein glänzendes Zeugnis, wie vorzüglich der Autor die schwierige Materie beherrscht und übersichtlich zu gruppieren weiß.

Er erörtert den Verlauf und die Vertheilung der Hautnerven: Die Voigt'schen Grenzlinien sind die Ränder der embryonalen Plattenanlagen; am Rumpfe liegen sie parallel neben einander. An den oberen Extremitäten, wo sie Bolk nachwies, haben sie sich verschoben, derart, dass das 7. und 8. Cervicalsegment vom Rumpfe verschwunden ist und auf Handfläche und Handrücken zu liegen kommt, während auf Vorder- und Rückenfläche des Armes das 6. Cervicalsegment an das 9. und 10. angrenzt und daselbst eine »Differenzirungsgrenze« bildet. An den unteren Extremitäten sind die Verhältnisse ähnlich. Die einzelnen spinalen Bezirke sind auf der Haut schwer abzugrenzen, da sie sich theilweise gegenseitig überlagern (Doppelinnervation).

2) Welche Hauterkrankungen entsprechen in ihrer Lokalisation den Hautnerven?

21 Sektionen von Herpes zoster-Fällen (Head und Campbell) beweisen, dass Herpes zoster stets durch die Erkrankung eines einzigen Spinalganglion verursacht wird, und dass das häufige Übergreifen des Zoster auf benachbarte Spinalnervenbezirke durch die oben erwähnte Überlagerung oder durch Kommunikationsfasern zwischen 2 Spinalganglien zu erklären ist.

Lineäre Naevi verrucosi sind die Folge von Entwicklungsstörungen an den Grenzen der embryonalen Plattenanlagen; weiche Naevi (pilosi, pigmentosi, teleangiectatici), Angioneurosen, Vitiligo, Purpura sind nicht an die Grenzen der Plattenanlagen gebunden.

3) Besteht ein Zusammenhang zwischen Haut- und Nervenerkrankung?

Bei Herpes zoster ist ein solcher sicher anzunehmen; im Allgemeinen aber giebt einseitige oder doppelseitige Anordnung einer Hauterkrankung keine Berechtigung zur Annahme einer Nervenerkrankung; bei strich- oder bandförmigen Hauterscheinungen ist die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit nervösen Störungen nicht zu leugnen; Hautaffektionen im Verlaufe peripherer oder spinaler Nerven lassen zumal bei Sensibilitätsstörungen auf nervöse Ursachen schließen.

Am Schlusse einer lebhaften Diskussion betont Blaschko, dass er bei Hautatrophien nicht eine nervöse Ursache, sondern einen längs der Gefäße fortschreitende Degenerationsvorgang annehme.

II. Schiff (Wien): Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie.

Seit dem ersten wissenschaftlich kontrollirten Versuche Freund's (Wien) (1897), die Röntgenstrahlen zur Behandlung von Dermatosen zu benutzen, ist in dieser Richtung von verschiedenen Autoren vielfach und mit Erfolg gearbeitet worden. Durch vorsichtige Anwendung, d. h. zahlreiche, wenig intensive Sitzungen — Stromstärkemaximum 2 Ampère, Spannungsmaximum 12 Volt, Entfernung 15—20 cm, Einzelsitzung nicht länger als 10 Minuten — erzielt S. die besten therapeutischen Erfolge ohne unangenehme Nebenerscheinungen. Schon 1898 vertraten S. und Freund die Anschauung, dass die Intensität und Qualität der Röntgenstrahlen von verschiedenen bisher nicht genügend erkannten Vorgängen im Innern der Entladungsröhre abhängig sei. Bei der Epilationsbehandlung zeigt sich kurz vor dem Beginne des Haarausfalles Auftreten von schwacher Braunfärbung, welche bald wieder schwindet, und völliges Weißwerden der Haare. Bei Favus, Sycosis und anderen entzündlichen oder parasitären Haarerkrankungen übertrifft die Röntgenstrahlenbehandlung nach S.'s Meinung alle anderen Behandlungsmethoden, zumal bei den verschiedenen Affektionen die Vernichtung des Haarbulbus sich während dreier Jahre als konstant erwies, und Recidive nicht auftraten. — Die Lupusbehandlung durch Röntgenstrahlen erfordert die Entwicklung einer tiefen Entzündung, um die Lupusknötchen zum Ausfalle zu bringen und um torpide Geschwüre in frisch granulirende zu verwandeln. Zu diesem Zwecke wird die elektromotorische Kraft auf $3\frac{1}{2}$ Ampère, die Stromstärke auf $12\frac{3}{4}$ Volt erhöht und die Röhre bis auf 10 cm dem Objekte genähert. Für isolirte Lupusknötchen bleibt die Exstirpation und Transplantation die idealste Methode, aber ausgedehnte, tief ulceröse Prozesse besonders der Schleimhäute eignen sich für die Röntgenbestrahlung. Die Finsen'sche Lichtbehandlung ist, so gute Resultate sie auch liefert, eine äußerst langwierige und umständliche Behandlungsmethode, welche immer nur kleine Bezirke auf einmal anzugreifen vermag. — Die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen veranlasste S., auch Lupus erythematodes, einen in den Kapillaren des Coriums und Papillarkörpers sich abspielenden Entzündungsprocess, hiermit zu behandeln, und zwar mit Erfolg.

Bei der Behandlung von Hautkrankheiten sind nach Freund und S. nicht die Röntgenstrahlen an sich, sondern die stillen Entladungen der an der Röntgenröhre angesammelten Spannungselektricität das physiologisch Wirksame. S. empfiehlt nur regulirbare Röhren zu benutzen, d. h. Röhren, deren Vacuum durch Einschaltung einer angeschmolzenen Ansatzröhre erniedrigt werden kann, um den Stromdurchgang zu erleichtern. Wenn auch »weiche« Röhren, d. h. solche mit

greingem Vacuum schnellere und wirksamere Effekte erzielen als »harte« Röhren, so empfiehlt S. dennoch zur Vermeidung stürmischer entzündlicher Erscheinungen nur die harten Röhren. Die Anschauungen über die baktericide Wirkung der Röntgenstrahlen sind noch widersprechende. Die Einen glauben eine Wachstums- hemmung der Tuberkelbacillen und eine Verzögerung der allgemeinen Infektion bewirkt zu haben, die Anderen stellen das in Abrede. Eben so wenig entschieden ist die Frage nach dem wirksamen physikalischen oder chemischen Agens in der Röntgentherapie. Es ist die Aufgabe der Forschung, demnächst mit den einzelnen physikalischen Faktoren zu arbeiten, welche bei der Einwirkung der Röntgenstrahlen zusammen thätig sind.

Diskussion: Lion (Mannheim) theilt die Erfahrungen der Breslauer dermatologischen Klinik mit, wonach beim Favus sich die Röntgentherapie als mildes und sicheres Epilationsmittel erwies, aber nach der Epilation eine langdauernde Nachbehandlung nothwendig war, weil oft Theile der inneren Haarwurzelscheide und in ihnen Krankheitserreger zurückbleiben. Bei Lupus traten häufig bald Recidive auf. Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist eine kumulative und individuell sehr verschiedene; der oberflächliche, diphtheroide Röntgenschorf ist außerordentlich torpide und zeigt eine auffallend geringe Heilungstendenz.

Sternthal (Braunschweig) demonstirt eine Radiumröhre, welche nur einen Strom von 0,8—2 Ampère und 8 Volt Spannung erfordert und ohne Schaden direkt auf die Haut aufgelegt werden kann.

Kienböck (Wien) hält die Röntgenstrahlen selbst für die wirksame Kraft und die elektrischen Entladungen der Röhre für bedeutungslos; er empfiehlt weiche, intensiv leuchtende Röhren zu verwenden und nur kurze Bestrahlungen (10 Minuten) in größeren Zwischenräumen (2—4 Wochen) vorzunehmen.

Hahn (Hamburg) benutzt ebenfalls nur weiche Röhren in kurzen Sitzungen (5—10 Minuten), in 7—8 auf einander folgenden Sitzungen. Mitunter tritt erst nach 3 Wochen die Wirkung der Bestrahlung ein. Als unangenehme Neben- erscheinung beobachtete er außer den auch von anderer Seite erwähnten Zwischen- fällen Nagelveränderungen (Brüchigkeit, Krallenform, Falzverhornung), Conjunctivitis und Entfärbung der Haut.

Müller (Berlin) hält Dermatosen der behaarten Haut für besonders geeignet zur Röntgenbehandlung; bei Lupus hat er nicht besonders günstige Resultate erzielt. Die mittelweichen Röhren zieht er den harten vor.

Im Anschlusse an dieses Referat und die Diskussion über Röntgentherapie sprach Freund (Wien) über die Verwendung der Spannungselektricität zur Behandlung von Hautkrankheiten (Franklinisation, d'Arsonvalisation, unipolare Polentladungen von Induktorien etc.).

Das Wirksame bei den verschiedenen Formen von Spannungselektricität ist die Funkenentladung, welche man direkt oder als Büschel- oder als stille Entladung auf die Haut wirken lassen kann. Sie erzeugt daselbst kleinzellige Infiltrate, besonders in den untersten Epidermisschichten, Blutaustritt in die Gewebe, vakuolisirende Degeneration der arteriellen Gefäßwände. Sie bewirkt Austrocknung, Erwärmung und Entwicklungshemmung von Mikroorganismen. Außerdem ist die Wirkung der gleichzeitig producirt intensiven chemischen Lichtstrahlen, des reichlich entstehenden Ozons, so wie eventuelle Fernwirkungen von elektrischen Strömungen in Betracht zu ziehen. In Folge dessen eignen sich zur Behandlung mit Spannungselektricität 1) bakterielle Erkrankungen, die nicht sehr tief dringen (die Funkenentladungswirkung erschöpft sich bereits an der Oberfläche), 2) Hauterkrankungen fibrösen Charakters und mit chronischer Zellinfiltration (Bisserie hat von 62 Lupus erythematosus-Fällen 33 geheilt), 3) Pruritus und pruriginöse Affektionen, bei welchen die Erwärmung und der mechanische Anprall der Funkenentladung eine Rolle spielen. Die lokale Applikation der Spannungselektricität ist der allgemeinen Elektrisation vorzuziehen.

Pielicke (Berlin) hat in der Klinik Lassar an 18 Pat. 5 Monate hindurch mit d'Arsonval-Tesla-Strömen therapeutische Versuche angestellt, jedoch in

keinem einzigen die verschiedensten Hautkrankheiten betreffenden Falle dauernde Erfolge erzielt.

Strebel (München) demonstrierte einen von ihm geistreich konstruirten Apparat, welcher befähigt sein soll, den in seinem Stromverbrauche außerordentlich kostspieligen Finsen'schen Lichtapparat zu ersetzen, unter der Ankündigung: Ein Beitrag zur Frage des lichttherapeutischen Instrumentariums.

S. ging gleich Finsen von der Ansicht aus, dass die Vermehrung der ultravioletten Strahlen in der Lichtquelle von großem Vortheile sei. Das lässt sich entweder durch Erhöhung der Temperatur des Voltabogens erreichen, der jedoch bisher schon so heißes Licht liefert, dass die Lichtquelle 1,20 m vom Pat. entfernt bleiben und Abkühlungsmedien eingeschaltet werden müssen oder durch Erhöhung der Stromspannung. Letztere lässt sich durch Induktionshochspannungsfunken erzielen, deren Wärmemenge sehr gering ist, mithin der zu belichtenden Stelle direkt angelegt werden können. Das Induktionslicht ist billiger in der Herstellung und einfacher in der Handhabung. S. bedient sich dreier Funkeninduktoren, welche ihren Strom durch eine Leydener Flasche hindurch zu 3 Aluminiumelektrodenpaaren senden und ihre 3 Funken parallel über einander springen lassen. Das Licht wird durch eine Quarzlinse konzentriert und lässt sich gleichzeitig zur Bestrahlung von 4 Pat. und sogar zur Behandlung von Schleimhautlupus verwenden, da der Apparat nicht heiß wird. S. hat auch zur Bestrahlung von Körperhöhlen Apparate in Speculumform mit Quarzfenstern und Elektrodenansätzen im Innern konstruirt, welche das in ihnen erzeugte Licht den kranken Schleimhautflächen direkt nahebringen, was beim Voltalichte (Finsen) bisher nicht möglich war.

Wenn es S. gelingt, mit seinen Apparatverbesserungen den Finsen'schen gleichwerthige Behandlungsergebnisse zu erzielen, wäre eine allgemeinere Einführung der ultravioletten Lichtbehandlung zu erwarten, welche bisher ihrer großen Kosten wegen nur besonders reich fundirten Instituten möglich ist.

Von sonstigen Vorträgen sind hier besonders hervorzuheben:

Hochsinger (Wien): Beitrag zur Osteochondritis heredosyphilitica auf Grund von Röntgenuntersuchungen.

Das Röntgenbild der genannten Erkrankung zeigt Aufhellung, Verbreiterung, Ausbuchtung bis Zernagung der provisorischen Knorpelverkalkungszone, Verwaschung bis Verschwinden der Markraumzone (beginnende Epiphysenlösung) und reaktive entzündliche Hyperostose. Bei der Pseudoparalyse hereditärsyphilitischer Säuglinge handelt es sich um eine von den Epiphysengrenzen der kranken Knochen ausgehende Muskelerkrankung.

Buschke (Berlin): Über experimentelle Erzeugung von Alopecia durch Thallium.

Combemale beobachtete bei Phthisikern, denen zur Bekämpfung profuser Schweiß Thallium aceticum (0,1—0,2 pro die) gegeben wurde, Alopecia areata resp. diffusa. Weiße Mäuse, welchen Brot mit 1%iger Thalliumlösung getränkt gegeben wurde, zeigten 2—5 Wochen nach der Fütterung in der Mittellinie des Rückens kahle Stellen; diese Bezirke wurden größer und erlangten erst nach 5 Wochen ihre Haare wieder. Es ruft also Thallium eine Funktionsstörung im Nervensysteme hervor, durch welche trophische Störungen in der Haut erzeugt werden. Vielleicht gelingt es Betreffs der Alopecien und anderer trophischer Hautstörungen auf experimentellem Wege das Dunkel zu lichten, welches der klinischen Beobachtung und mikroskopischen Untersuchung bislang nicht gewichen ist.

Von den Krankendemonstrationen erregte ganz besonderes Interesse die Vorführung von 7 im Finseninstitut zu Kopenhagen behandelten Lupusfällen, welche auf anderen Kongressen bisher nicht gezeigt wurden, also neue Resultate darbieten. Die Kranken befinden sich zwar noch in Beobachtung, können aber zumeist als völlig geheilt angesehen werden. Ein Fall ist nach 22 Sitzungen zur Heilung gebracht worden; im Allgemeinen aber nimmt die Methode außerordentlich lange Zeit in Anspruch.

Mit gleichem Interesse wurden die von Schiff (Wien) vorgeführten 6 Fälle von Röntgenbehandlung betrachtet, die ohne entzündliche Reaktion, ohne tiefgehende Hauterzörung abgelaufen sind, so wie die Röntgenfälle der Breslauer Hautklinik. Neisser selbst ist mit seinen Resultaten nicht zufrieden. Der kosmetische Erfolg lässt zu wünschen übrig, und endgültige Heilung ist noch nicht sicher anzunehmen.

Matzenauer (Wien) (Klinik Neumann) stellt eine Chylorrhoe am linken Oberschenkel und der Vulva eines jungen Mädchens vor: eine cystische, warzenähnliche Hautveränderung sondert Chylus ab, der offenbar aus dem kleinen Becken stammt und durch eine Anastomose (ohne Fistelbildung) bis zur Oberschenkeloberfläche vordringt.

Juliusberg (Breslau) zeigte die Wirkung von Thiosinamin bei Bindegewebswucherung nach Lupus, die zu fast völligem Verschlusse des Mundes geführt hatte. Nach 30 Injektionen einer 10%igen Lösung à 0,5—1,0 trat ein sehr guter Effekt zu Tage.

Unter den übrigen Demonstrationen führten Fälle von Pityriasis rubra pilaris, Erythema exsudativum perstans, Lichen ruber u. A. zu ausführlichen Diskussionen. Eine Nachmittags Sitzung wurde ausschließlich mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate durch den Projektionsapparat ausgefüllt; die Vorbereitungen hierzu hatten einen ganz außerordentlichen Aufwand von Zeit und Mühe verursacht; der Erfolg stand in keinem Verhältnisse zur aufgewendeten Arbeit, da feinere histologische Veränderungen sich auf diesem Wege nur bei sehr wenigen Präparaten deutlich demonstrieren ließen.

Chotzen (Breslau).

18) Scholder. Der Arthromotor.

(Ärztliche Polytechnik 1901. Juni.)

Obiger Apparat dient zur Behandlung der Krankheiten des Bewegungsapparates; es ist ein orthopädisch-gymnastischer Apparat sowohl für aktive als passive Therapie, der die genaueste Dosirung gestattet. Er kann, ähnlich wie der von Krukenberg, eine ganze Anzahl Zander'scher Maschinen ersetzen und nimmt nur sehr geringen Raum ein. Durch Ansetzen von etwa 10 Ansatzstücken an den Hauptstock desselben sind mindestens 60erlei Bewegungskombinationen möglich. 7 Abbildungen im Originale. E. Fischer (Straßburg i/E.).

19) F. Fehleisen and O. F. Westerfeld. The surgical department of the Germain Hospital 1898, September bis 1899, December.

San Francisco (Kalifornien), 1900. 53 S.

Unter den Krankengeschichten des Berichtes finden sich einige seltene Fälle eingehender dargestellt.

Unaufgeklärt blieb ein Fall von zurückgekehrter Sensibilität der 3 Trigeminusäste nach Exstirpation des Ganglion Gasseri mit Entfernung des centralen Stammes nach Krause. Durch erneute Schädelöffnung ließen sich keine regenerierten Nervenstämme nachweisen. Die Sektion bei dem durch Selbstmord gestorbenen Falle zeigte, dass Ganglion und Centralstamm total entfernt waren.

Der seltene Befund eines Riesensellensarkoms am Talus machte die Exartikulation des Fußes im Sprunggelenke nöthig.

Bemerkenswerth ist ein Fall, der klinisch die Symptome eines Darmverschlusses machte und sich bei der Operation als eine Embolie der Art. mesenterica superior mit hämorrhagischem Infarkt des Darmes herausstellte.

Eine große multilokuläre Cyste des Dünndarmgekröses, die in ihrer Wand glatte Muskelfasern enthielt, wurde bei einem 9 Jahre alten Knaben mit Erfolg extirpirt. Nach Ansicht der Verf. entstehen derartige Cysten aus abgeschnürten embryonalen Gewebstheilen oder aus Resten des Ductus omphalo-mesentericus. Die Cyste hatte durch Druck aufs Zwerchfell Dyspnoë verursacht.

Endlich ist ein durch die Sektion aufgeklärter Fall zu erwähnen. Bei einem 46jährigen Manne fand sich über der Symphyse eine elastische Geschwulst, die

für die ausgedehnte Blase gehalten wurde. Pat. musste katheterisirt werden, konnte aber einen Theil des Urins spontan lassen. Er ging im Koma zu Grunde. Es handelte sich um ein durch den Harnleiter mit der Blase in Verbindung stehendes Divertikel des rechten unteren Harnleitertheiles. Bei jeder Blasenkontraktion trat der Urin in das Divertikel und konnte erst, wenn er durch Füllung desselben unter hohen Druck zu stehen kam, den Sphinkterwiderstand der Blase überwinden und sich durch die Harnröhre entleeren. **Läwen** (Leipzig).

20) **K. Ullmann.** Zur Entstehung und Behandlung furunkulöser und septischer Hautentzündungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 31, 33—35.)

Unter den Umständen, welche die Widerstandskraft des Organismus gegenüber dem Gifte der Hautinfektion besonders herabsetzen, misst der Autor auch besonders der Harnsäureidiathese hervorragende Bedeutung bei. Zum Beweise führt er die Krankengeschichte eines Falles vor, bei welchem dieselbe besonders ausgesprochen war und wo aus unaufhörlichen Kokkenlokalisationen Pyämie mit tödlichem Ausgange sich herausbildete. Therapeutisch rühmt der Autor gegen die furunkulösen Prozesse das Ichthyol, welches er in der Form von Pinselungen ätherisch-alkoholischer Lösungen verwendet (Spirit. vin. dilut. 7,5, Aether., sulfuric. Ichthyoli äa 6,0), oder in die Peptonpaste als Agens aufgenommen (Pepton sicc. Amyli, Zinc. oxydat. subtilis pulv. äa 15,0, Gummi arabic. 30,0, Ichthyol 10,0, Aq. dest. qu. s.). **Herm. Frank** (Berlin).

21) **L. W. Orlow.** Über sporadische Elephantiasis.

(Wratsch 1901. No. 16 u. 17.)

O. beschreibt 4 typische und zum Theil seltene Fälle von Elephantiasis. Im 1. Falle waren der Hodensack und die linke untere Extremität befallen — es wurde jener amputirt. Im zweiten — Elephantiasis scroti et praeputii — Amputation des Hodensackes und Excision der Penishaut mit nachfolgender Phalloplastik, die wiederholt wurde, aber erfolglos blieb. Der 3. Pat. hatte Elephantiasis des Penis allein — eine seltene Lokalisation; Excision der Haut und Phalloplastik mit unvollkommenem Erfolge. Im 4. Falle endlich handelte es sich um ein Unikum — um Elephantiasis der Bauchhaut bei einer äußerst fetten Frau (Körpergewicht 186 kg); es entwickelten sich bei ihr große Hautsäcke an den Schultern und dem Unterleibe und aus dem Hängebauch — eine Elephantiasis. Die hyperplastischen Bauchdecken wurden — ohne Eröffnung des Bauchfelles — entfernt; sie wogen 22 kg. In allen 4 Fällen entwickelte sich die Elephantiasis nach zahlreichen Erysipelanfällen. 8 Photogramme zeigen die interessanten Fälle vor und nach der Operation. Was die Phalloplastik betrifft, so nahm O. im 2. Falle zuerst 2 seitliche Lappen aus der Bauchhaut, die aber, nach 16 Tagen durchschnitten, gangränescirten; dann wurde ein medianer Lappen mit unterer Basis gebildet, doch verfiel auch dieser dem Brande. Im 3. Falle bildete O. einen breiten medianen Lappen mit unterer Basis und steckte den Penis durch ein Loch in der Basis. Auch hier stießen sich Theile ab und wurde der Defekt zum Theil nach Thiersch gedeckt. In beiden Fällen bewährte sich sehr die Verwendung des inneren Präputialblattes zur Bedeckung des peripheren Endes des Penis. Bei der Amputation des Hodensackes begann O. die Operation an der Stelle, wo die Hoden am deutlichsten zu fühlen waren, worauf die weitere Entfernung der kranken Haut leicht von statten ging. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

22) **Krahn.** Ein Beitrag zur Ätiologie der Noma.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

K. fand in 2 Fällen von Noma aus der v. Mikulicz'schen Klinik in den Randpartien des gangränösen Herdes der Wangenschleimhaut Spirillen und Vibrionen, welche ein dichtes Filzwerk bildeten; sie sind dem Spirillum sputigenum und dem Spirochaete dentium sehr ähnlich, wenn nicht identisch damit. Wenn auch Kul-

turen nichts ergaben und Impfversuche an Thieren nicht vorgenommen wurden, so meint K. doch, dass die genannten Mundbakterien zur Noma in ätiologischer Beziehung stehen. ✓
Haeckel (Stettin).

23) A. A. Kissel. Ein Fall von Noma nach Masern, mit Dysenterie und Pneumonie complicirt. Heilung.

(Med. Obosrenje 1900. November [Russisch].)

Die Behandlung der Noma bestand in Auskratzung mit dem scharfen Löffel, mehrmaligem Waschen mit heißer (40° C.) Lösung von Kalium hypermanganicum und Ausreiben mit Jodoform. Diese von K. vorgeschlagene Methode gab ihm seit 1897 schon in 5 Fällen Heilung. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

24) Sjögren und Sederholm (Stockholm). Beitrag zur therapeutischen Verwerthung der Röntgenstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1901. Bd. IV. Hft. 4.)

Die Verf. geben einen Bericht, der von ihnen in der Zeit vom 1. Oktober 1899 bis 1. December 1900 mit Röntgenstrahlen behandelten Fälle von Hauterkrankungen. Bezüglich der näheren Art des Agens, welches die bei der Röntgenstrahlenbehandlung entstehenden Effekte hervorbringt, sind sie zu der Ansicht gekommen, dass die unsichtbaren X-Strahlen sui generis das specifisch wirkende Moment ausmachen, und dass die mit ihnen gemischten ultravioletten Strahlen dabei eine untergeordnete Rolle spielen. (Cf. dazu [die] Ansicht L. Freund's: Die physiologischen Wirkungen der Polentladungen hochgespannter Induktionsströme und einiger unsichtbaren Strahlungen; ref. in d. Bl. p. 839.)

Die angewandte Technik weicht im Großen und Ganzen nicht von der ab, die sonst üblich ist.

Behandelt wurden 78 Fälle, wovon:

Lupus vulgaris	27 Fälle,
Lupus erythematodes	6 "
Tuberculiden	5 "
Eczema chronica	11 "
Pruritus ani et vulvae	4 "
Epithelioma	4 "
Psoriasis	2 "
Acne	1 "
Ulcera	4 "
Hypertrichosis	9 "
Verrucae	3 "

Unter den 27 Lupusfällen war in 18 Fällen ein guter Erfolg zu konstatiren, doch ist die Zeit der Heilung noch etwas kurz, so dass Recidive noch nicht ausgeschlossen sind.

Die nächsten 6 Fälle von Lupus waren bis zur Behandlung durch die Verf. ohne jeden Erfolg mit den sonst gebräuchlichen Mitteln behandelt worden; nach der Bestrahlungstherapie zeigten alle 6 Heilung, wobei 4 als sicher geheilt anzusehen sind, bei 2 ein Recidiv nicht ausgeschlossen zu sein scheint.

Ganz glänzend bewährte sich die Röntgenbehandlung in den 5 Fällen von Tuberculiden (Scrofuloderma); hier wie in den 10 Fällen von chronischem Ekzem trat völlige Heilung ein.

Da bei dem Ekzem das Jucken nach der Bestrahlung aufhörte, wandten Verf. diese Behandlungsmethode auch bei Pruritus ani et vaginae an, und konnten die mit diesem quälenden Leiden behafteten Pat. auch geheilt entlassen werden.

In Bezug auf Psoriasis scheint die Röntgenbehandlung ziemlich werthlos zu sein.

Alle Geschwüre werden günstig beeinflusst, indem frische Granulationen entstehen, wonach Heilung eintritt.

Bei Hypertrichosis bewirkt die Röntgenbestrahlung Haarausfall, der indessen nicht dauernd bleibt, wesshalb erneuerte event. mehrmalige Behandlung nothwendig wird, um dauernden Erfolg herbeizuführen. Dieser Erfolg kann schon durch die erste Behandlung bewirkt werden, wenn dieselbe dermaßen kräftig durchgeführt wird, dass Atrophie der Haut als Folge der durch die Behandlung hervorgerufenen Reaktion entsteht.

Bei oberflächlichen Epitheliomen (Ulcus rodens), scheinen die Röntgenstrahlen von direkt heilender Einwirkung zu sein, indem die Neubildung schrumpft und schließlich schwindet.

Bei Warzen findet dasselbe Verhältnis statt. **H. Wagner** (Breslau).

25) **Pauchet** (Amiens). Sur deux cas de chirurgie nerveuse: une épilepsie survenant après occlusion d'une fistule traumatique du crâne, et guérie par la trépanation; une luxation du coude avec lésion du nerf cubital, libération de ce nerf; guérison.

(Travaux de neurologie chir. 1901. No. 1.)

1) Ein 16jähriger Bursche erlitt eine Depressionsfraktur des linken Scheitelbeines; man unterlässt das Debridement. Pat. ist eine Woche lang bewusstlos und hat alle Viertelstunden klonische Zuckungen in den rechtsseitigen Gliedmaßen. Nach 8 Tagen bessert sich der Zustand zusehends, nach 6 Wochen schließt sich die Wunde. Nun treten wieder allmählich epileptiforme Zustände auf und daneben Atrophie der Muskeln des rechten Armes. Nun kommt Pat. in P.'s Behandlung. Dieser beobachtet noch einen epileptischen Anfall, dem eine deutliche Parese des rechten Armes als Aura voranging.

Verf. fand bei der 3 Monate nach dem Unfälle vorgenommenen Trepanation die deprimierten Knochenfragmente durch Callus verwachsen, doch führte eine Fistel in einen Herd von chronischen Granulationen an der Außenfläche der Dura. Die Entfernung derselben durch Abkratzen und die Hebung der dreprimierten Knochenstücke genügte, es erfolgte glatte Heilung. Die epileptischen Anfälle blieben aus. Freilich ist die Beobachtungszeit von 4 Monaten zu kurz, um von einem Dauerresultat reden zu können.

P. sieht durch den Verlauf des Falles Kocher's Ansicht bestätigt, der bei traumatischer Epilepsie den Schädel nicht völlig geschlossen wissen will; denn hier traten die epileptischen Anfälle wieder auf, als die Schädelwunde sich schloss. Nunmehr äußerte sich der Druck der extraduralen Granulationen in epileptischen Krämpfen und Parese des rechten Armes.

2) Bei einem 12jährigen Kinde war eine Ellbogenverrenkung nach hinten und innen uneingerichtet geblieben. Wegen der totalen Anästhesie und atrophischen Lähmung (Krallenhand) im Gebiete des Nervus cubitalis machte P. 3 Monate nach der Verletzung einen operativen Eingriff an dem ankylotischen Gelenke. Er schuf im Olecranon eine Rinne und reponirte in diese den verschobenen und wie über einen Violinsteg gespannten Nerven mit bestem Erfolge bezüglich der Wiederkehr der Funktionen. Die Sensibilität war beim Erwachen aus der Narkose schon wieder da, und die Lähmung der Unterarm- und Handmuskeln besserte sich im Laufe von 4 Monaten ganz wesentlich.

P. Stolper (Breslau).

26) **Oppenheim**. Beiträge zur topischen Diagnostik der Gehirnerkrankheiten.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Weitere Ausführung eines in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins gehaltenen Vortrages, welcher in diesem Centralblatte 1900 p. 389 referirt ist.

Haeckel (Stettin).

27) **Clarke und Morton**. Case of abscess in the left lateral lobe of the cerebellum, successfully evacuated.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. Juni.)

Die 13jährige Pat. erkrankte vor 4 Monaten an akuter linksseitiger Otorrhoe; vor einem Monate rechtsseitiger Stirnkopfschmerz, Erbrechen, mehrtägige Bewusst-

losigkeit; 8 Tage später häufige, kurzdauernde epileptiforme Anfälle, bei welchen der Körper sich stets nach rechts krümmt. In der Zeit zwischen den Anfällen ist die Hirnthätigkeit verlangsamt, die Augen sind nach rechts abgewichen, es besteht Nystagmus, doppelseitige, besonders rechts ausgeprägte Neuritis optica, der Händedruck links ist schwächer als rechts; Zittern des linken Armes, sonst keine motorischen und sensiblen Erscheinungen. Die Temperatur ist subnormal. Beim Versuch, zu stehen, fällt Pat. stets nach der rechten Seite zu. Aus den genannten Erscheinungen wird die Diagnose auf Abscess des linken, seitlichen Kleinhirnlappens gestellt, und über dieser Gegend dicht unterhalb des Sinus transversus trepanirt. Ein nach vorn, innen und unten gelegener Abscess wird nach mehrfachen vergeblichen Punctionen eröffnet und drainirt. Schnelles Schwinden der Hirnerscheinungen und schließliche völlige Heilung.

Verff. empfehlen, in derartigen Fällen die Trepanationsöffnung so zu legen, dass man von ihr aus sowohl den Schläfenlappen als auch das Kleinhirn erreichen kann, also etwa 4 cm hinter und $1\frac{1}{2}$ cm oberhalb des Centrums des Meatus, über der Gegend des Sinus transversus. Die Öffnung lässt sich dann je nach Befund leicht nach oben vorn, resp. hinten unten vergrößern. **Mohr** (Bielefeld).

28) F. Bloch. Drei Fälle von otitischer, septischer Sinusthrombose, geheilt durch die Zaufal'sche Operation.

(Prager med. Wochenschrift 1901. No. 20 u. 21.)

Die Zaufal'sche Operation bei septischer Sinusthrombose besteht bekanntlich darin, dass zuerst die Vena jugularis int. unterbunden wird, um die Verbreitung der vom Thrombus losgelösten infektiösen Theilchen in den Kreislauf zu verhindern, dann der thrombosirte Sinus breit freigelegt und gespalten wird, und zuletzt die infektiösen Thrombenmassen ausgeräumt werden.

B. berichtet zunächst über 3 einschlägige Fälle aus Zaufal's Klinik, die durch die Operation geheilt wurden, und beschäftigt sich zum Schluss mit der Frage, ob die Unterbindung der Jugularis stets dabei nothwendig sei. Er citirt hierfür die umfassenden Statistiken von Körner und Viereck, aus denen hervorgeht, dass das Procent der Heilungen bei den mit Unterbindung der Jugularis operirten otitischen Sinusphlebitiden 9—18% höher ist, als bei den ohne Unterbindung der Jugularis operirten Fällen. Auch Zaufal ist dem Princip der Jugularisunterbindung bis heute treu geblieben. **Jaffé** (Hamburg).

29) J. Massaut. Paralyse intermittente douloureuse des bras.

(Ann. de soc. de méd.-chir. d'Anvers 1901. März u. April.)

M. beschreibt einen Fall obiger Affektion, der eine Frau von 24 Jahren betrifft. Sie wird seit 4 Monaten von eigenthümlicher Schwäche der Arme befallen, sobald sie größere Anstrengungen macht; es folgt Ermüdungsgefühl, Schmerz und Unvermögen zu arbeiten. Nach einigen Minuten geht es besser, die Schmerzen schwinden, aber Schmerzhaftigkeit der Armmuskeln auf Druck bleibt noch länger bestehen. Oft besteht Ameisenkriechen und Pelzigeisen etc. Der Puls bis zur Achsel hinauf ist im Anfalle nicht zu fühlen. Die Kranke war von jeher schwach und blutarm. Die elektrische Erregbarkeit so zu sagen normal. Die Krankheit ist dieselbe, welche Charcot 1858, Brissaud 1899 als Claudication intermittente, Erb 1898, Oppenheim, Klemperer 1900 als intermittirendes Hinken, Lapinsky 1900 als ischämische Lähmung, ferner Eugen Weber 1899, Scheurer 1898, Heuser 1900, Wulff 1900, Israël u. A. in der letzten Zeit beschrieben haben. Bouley (1831) beschrieb die Krankheit zuerst beim Pferde. Die Ätiologie ist in unserem Falle absolut dunkel. Die Behandlung bestand in warmer Kleidung, Meidung kalten und heißen Wassers, Meidung von Alkohol und Kaffee, Verzicht auf anstrengendere Arbeiten, vorsichtigem Galvanisiren, innerlicher Anwendung von Kalium jodatum und Strophantus. M. erzielte Besserung.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

30) **S. N. Delitzin.** Zur Kasuistik der A. mediana antibrachii (einige Fälle von Perforation des N. medianus durch diese Arterie).

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 3.)

D. beobachtete 7 Fälle oben genannter Abnormalität; 2 davon sind abgebildet. Es wird auf die chirurgische Bedeutung dieser Anomalie hingewiesen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

31) **Höfliger (Zürich).** Über Frakturen und Luxationen der Carpalknochen.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 10.)

Von den erst seit Einführung der Röntgenphotographie besser gekannt und jetzt häufiger diagnosticirten Verletzungen der Carpalknochen schildert H. 5 Fälle eigener Beobachtung aus Kaufmann's (Zürich) Institut und 8 weitere aus der Praxis des Herrn Dr. Bär. Bleiben dieselben auch selten im Vergleich mit den einfachen Distorsionen des Handgelenkes und den Epiphysenbrüchen des Radius, so kommen sie doch häufig genug vor und sind auch mit Rücksicht auf die Prognose besonderer Beachtung werth. In frischen Fällen sollte man zum mindesten eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, wenn man bei starker Volarflexion und Tastung des Handrückens Krepitation an den Carpalknochen fühlt. Das Röntgenbild giebt, frisch und alt, sicheren Aufschluss. H. rath bei Frakturen auch die von Bardenheuer empfohlene Extensionsbehandlung an, aber für längere Zeit als dieser, mindestens 8 Tage. Die Verrenkung des Os lunatum sah er 4mal immer nach der Volarseite, sie lässt sich, richtig erkannt, wie Taaffe gezeigt hat, frisch reponiren. Bei veralteten Fällen hilft nur die Excision des dislocirten und die Dorsalflexion um etwa $\frac{2}{3}$ behindernden Knochens.

6mal sah Verf. eine isolirte Fraktur des Os naviculare, 4mal waren mehrere Knochen zertrümmert.

Bei veralteten Brüchen der Carpalknochen blieb nach Exstirpation des Naviculare der volle Erfolg mehrfach aus.

P. Stolper (Breslau).

32) **B. Burk.** Über die Luxatio carpo-metacarpea.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

In dem von B. mitgetheilten Falle war die Luxatio carpo-metacarpea dadurch zu Stande gekommen, dass Pat., ein 24jähriger Fuhrknecht, die rechte Hand unter einen schweren, umstürzenden Stein brachte, der dann die Carpalgegend von der Radialseite her zusammenpresste. 6 Tage später ließ sich bei der Untersuchung eine knöcherne Vorrangung auf dem Handrücken, entsprechend der Basis des 2. bis 4. Metacarpale, Zunahme des Tiefendurchmessers der Hand an dieser Stelle, ferner Verkürzung derselben erkennen. Reposition gelang nicht. Ein Skiagramm ist dem Originale beigegeben.

Auf Grund dieses Falles, wie 23 weiterer Fälle der Litteratur schließt Verf., dass die Luxatio carpo-metacarpea nur durch sehr schwere Gewalteinwirkungen, und zwar theils direkt, theils indirekt (Überbeugung, Überstreckung, seitliche Kompression) entstehen kann. Am relativ häufigsten sind Verrenkungen nach der dorsalen, viel seltener solche nach der volaren Seite; von divergirenden Verrenkungen ist erst ein einziges Beispiel bekannt geworden.

Honsell (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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 35.

Sonnabend, den 31. August.

1901.

Inhalt: A. v. Zawadzki, Zweckmäßige und billige Spritze zur Injektion von Schleich'scher und physiologischer Kochsalzlösung. (Original-Mittheilung.)

1) Preuss, Chirurgisches in Bibel und Talmud. — 2) Stezkewitsch, Tetanus. — 3) Rosenberger, Karbolgangrän. — 4) Tuffier, 5) Hahn, Spinalanästhesirung. — 6) Braun, Äther-Chloroformmischmarkose. — 7) Perrolli, Krause'sche Lappchen. — 8) Delangre, Vaseline als plastisches Material. — 9) Gebele, 10) Morlanl, Gelatineeinspritzungen. — 11) Clermont, Venennaht. — 12) Ritter, Künstliche Hyperämie gegen Erfrierung. — 13) Sultan, Zur Schilddrüsenfunktion. — 14) Beck, Kropf. — 15) Fränkel, Pseudomyxoma peritonei. — 16) Ssidorenko, Gastroenterostomie. — 17) Fraenkel, Leberruptur. — 18) Sirand, Zur Chirurgie der Leberkuppe. — 19) Miyake, Gallensteine. — 20) Stich, Maximalthermometer für die Sterilisation von Verbandstoffen. — 21) Hammer, Spritze zur Schleich'schen Anästhesie. — 22) Adrian, Tetanus. — 23) Casassa, Thyreoiditis. — 24) Kolotinski, Verätzung der Speiseröhre. — 25) Sletow und Postnikow, Speiseröhrenverengung. — 26) Peters, 27) Bullit, Resektion der fetten Bauchdecke. — 28) Swojochotow, Bauchfellverwachsungen. — 29) Weber, Peritonitis pseudomyxomatosa. — 30) Weingrow, Appendicitis. — 31) Parona, Bauchbruch. — 32) Hummel, Bruchband. — 33) Dauber, 34) Martin, Cardiospasmus. — 35) Swain, Bauchoperationen. — 36) Bauby, Spontane Eversionen. — 37) Villard und Gauthier, 38) Hirschfeld, Magengeschwür. — 39) Rasumowski, Gastropexie. — 40) Schnitzler, Darmarterienverschluss. — 41) Quadflieg, Invagination. — 42) O'Hara, Instrument zur Anastomosenbildung. — 43) Roskoschny, Darmausschaltung. — 44) Payr, Verschlussapparat für den Sacralafter. — 45) Krjnkow, Milzverletzungen. — 46) Harris und Herzog, Splenektomie. — 47) Michailow, Leberneuralgie. — 48) Müller, Gallenblasenoperation. — 49) Chapot-Prévest, Leberresektion. — 50) Grandmaison, Pankreaskrebs.

Zweckmäßige und billige Spritze zur Injektion von Schleich'scher und physiologischer Kochsalzlösung.

Von

Dr. Alexander v. Zawadzki in Warschau.

Die zur Anästhesie nach Schleich angewandten Spritzen (10 bis 15 ccm) genügten in mancher Hinsicht nicht den an sie gestellten Forderungen, und schon lange machte sich der Wunsch nach einer Verbesserung und Vervollkommnung fühlbar. So hat Moszkowicz (Centralblatt für Chirurgie 1901 No. 19) einige auf Potin's Methode basirende Spritzen vorgeschlagen; der hohe Preis jedoch, das um-

ständige Auskochen und die Möglichkeit einer Luftinfektion bei dem nöthigen Luftdrucke stehen einer größeren Verbreitung hindernd im Wege, und so gebraucht man nach wie vor die älteren Spritzen, die zusammengefasst folgende Nachteile haben:

1) Bei Injektion größerer Mengen muss die Spritze öfters aus der Kanüle herausgenommen werden Zwecks neuer Füllung.

2) Eine neugefüllte und in die Kanüle hineingesetzte Spritze kann bei dem starken, zur Injektion nöthigen Drucke aus der Kanüle herausspringen; das Herausspringen der Kanüle ist zwar durch entsprechenden Bajonett- oder Schraubverschluss zu vermeiden, jedoch nur mit Zeitverlust.

3) Das erneuerte Anfüllen der Spritze und das Anfassen derselben kann unter Umständen eine Infektion der zur Anästhesie gebrauchten Flüssigkeit herbeiführen.

Alle diese Nachteile sind bei Anwendung meiner Spritze beseitigt; sie gewährt außerdem den Vorzug der Billigkeit.

Es ist ein einfacher Apparat von einfacher und zuverlässiger Mechanik und lässt sich leicht steri-

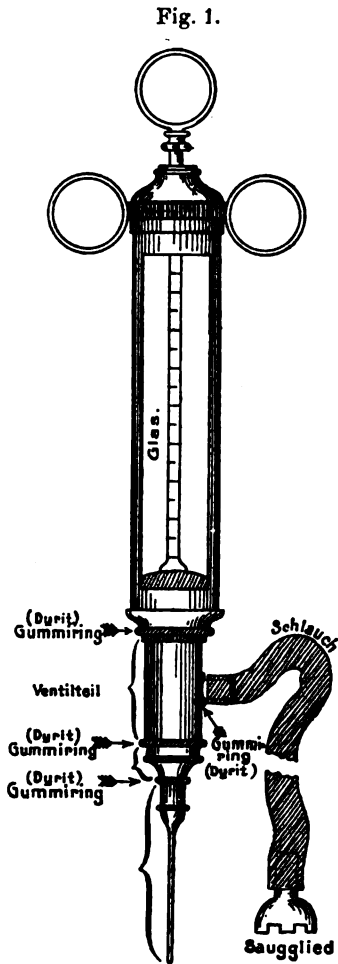
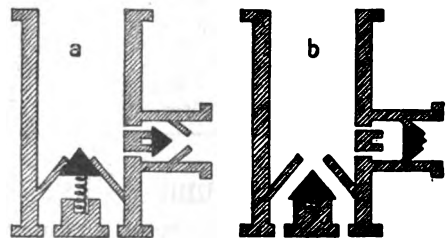


Fig. 2. Kegelventil.



a. Anfüllen, b. Injektion.

lisieren; man kann ihn an die Mündung einer gewöhnlichen Spritze anschrauben. Folgende Figuren mögen den Mechanismus des Apparates erläutern.

Gebrauchsanweisung: Nach Sterilisation und Zusammenschrauben der Spritze führt man das mit dem Saugglied beschwerte Ende des Gummischlauches in ein Gefäß mit Schleich'scher Flüssigkeit und entfernt mit 2—3 Kolbenzügen die in Pumpe und Schlauch befind-

liche Luft. Nach Einführung der Nadelkanüle spritzt man durch Hin- und Herschieben des Kolbens ein beliebiges Quantum ein.

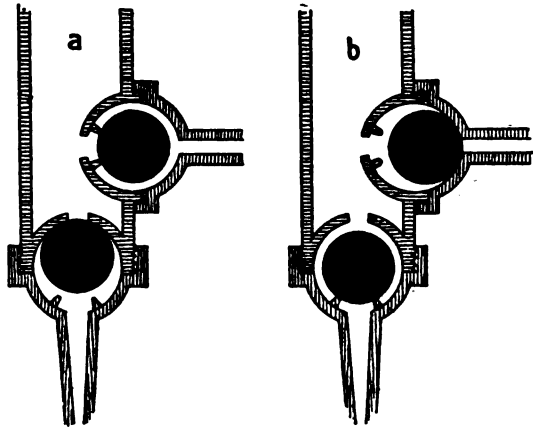
Dieselbe Vorrichtung bei einer Spritze von 50—100 ccm kann zur Injektion von physiologischer Kochsalzlösung dienen.

Zum Schluss erlaube ich mir noch, Herrn Geh.-Rath v. Mikulicz meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für einige Anweisungen, die mir bei den ersten Proben von seiner Seite zu Theil geworden sind und Dank deren ich gleich kleine Übelstände an der Vorrichtung beseitigen

konnte. Den von mir vorgeschlagenen Ventiltheil hat Georg Härtel in Breslau konstruirt¹.

Breslau, im Juli 1901.

Fig. 3. Kugelventil.



a Anfüllen der Spritze. b Injektion.

1) J. Preuss. Chirurgisches in Bibel und Talmud.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 507.)

P. erweist sich als tüchtiger medicinischer Historiker, indem er in anziehender, interessanter Weise allerhand chirurgische Angaben und Berichte aus Bibel und Talmud zusammenstellt und kommentirt. Die Besprechung über den »Stich in die Seite Jesu« sei besonders hervorgehoben. Im Übrigen gehört ein näheres Eingehen auf die Arbeit nicht in unser Blatt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

2) M. J. Stezkewitsch. Zur Frage von der Immunität beim Tetanus. Die Dauer der Immunität bei Injektion des anti-tetanischen Serums ins Gehirn.

Diss., St. Petersburg, 1900. 192 S. (Russisch.)

Schlussfolgerungen: Die immunisirende Wirkung des Serums ist bei Injektion ins Gehirn bedeutend stärker, als bei subkutaner Einwirkung, doch dauert die Immunität nur einige Tage, und kann

¹ Der Preis für kleine Ventile beträgt ca. 5 \mathcal{M} , für große Ventile dto., Ventiltheile, bei denen die Ventile aus Aluminium hergestellt sind, dürfen natürlich nicht in Sodälösung sterilisirt werden. Für das exakte Funktionieren der Spritze ist absolute Sauberkeit der Ventile erste Bedingung.

die Dauer derselben nicht genau bestimmt werden; sie hängt von der Menge des Serums ab. Kleine Mengen schützen die wichtigen Nervencentren vor der toxischen Wirkung des Giftes; das Serum verbreitet sich vom Gehirn durch den centralen Kanal auch ins Rückenmark und schützt auch ihn vor der Giftwirkung. Das Fehlen der lokalen Reaktion, das dann beobachtet wird, spricht dafür, dass das Tetanusgift nicht auf die Nervenstämmen, sondern auf das Rückenmark wirkt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

3) F. Rosenberger. Ursachen der Karbolgangrän. (Experimentelle Untersuchungen.)

(Verhandlungen d. physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXXIV. No. 3. p. 115.)

Verf. hat die Einwirkung der Karbolsäure auf die Körpergewebe in einer Reihe von geschickt angeordneten Experimenten und an Thiersuchen zu analysiren versucht; diese ergaben, dass die rothen Blutkörperchen zerstört werden, und zwar desto vollständiger, je höhere Konzentrationen des Giftes einwirkten; eben so gehen die meisten zu Grunde, nachdem sie zunächst gelähmt werden. Gleichzeitig wirkt Phenol gerinnungsverzögernd. Verf. sah ferner, dass karbolisirtes Blut schneller durch Kapillarröhren hindurchpassirte, als Blut, das mit dem gleichen Volumen physiologischer Kochsalzlösung verdünnt war. Er nimmt an, dass verminderte Klebrigkeit der rothen Blutkörperchen das Passiren erleichtere, und beweist dies damit, dass bei Zusatz von verdünntem Karbol zu Blut die zu Geldrollen verklebten Blutkörperchen sich alsbald lösen. Weitere Versuche beschäftigen sich mit der Einwirkung auf die Gefäßwand. Zunächst tritt Kontraktion, dann Erschlaffung ein mit consecutiver Stase.

R. erblickt in seinen Experimenten den Beweis, dass nicht Gerinnung oder Gefäßthrombose die Ursache der Karbolgangrän sei, sondern Stase. Die gerinnungsverzögernden Eigenschaften des Phenols sollen sogar im Stande sein, noch eine Erholung der Gewebe zu ermöglichen, auch nachdem schon eine Zeit lang Stase bestanden hat, indem sie frühzeitigem Eintritt eines festen Gerinnsels vorbeugen. Wenn dann gleichzeitig günstige Cirkulationsverhältnisse bestehen, d. h. wenn besonders Muskelbewegungen des vergifteten Gliedes für Unterhaltung des Blutkreislaufes sorgen, dann kann der Eintritt der Gangrän hinausgeschoben werden.

Schmieden (Bonn).

4) Tuffier. Sur la rachicocainisation.

(Presse méd. 1901. No. 46.)

Der bekannte Vorkämpfer des oben bezeichneten Verfahrens hatte vor Monaten die Chirurgen Frankreichs aufgefordert, ihm ihre Erfahrungen über dasselbe mitzutheilen. Zugleich hatte er sich für

jeden Todesfall, der sich beim Vorgehen nach seinen Vorschriften ereignete, verantwortlich erklärt. Die meisten Gutachten sprachen sich günstig aus. In Frankreich hat sich noch kein einziger Todesfall ereignet, der der Cocainisation des Rückenmarkes zur Last gelegt werden könnte.

T. ist übrigens von der Sterilisation des Cocains durch Erhitzung wieder zurückgekommen und lässt jetzt seine 2%ige Lösung vor dem Gebrauche ein Bakterienfilter passiren.

Bertelsmann (Hamburg).

5) F. Hahn. Über subarachnoideale Cocaininjektionen nach Bier.

(Sammelreferat. Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie 1901. Bd. IV. No. 1.)

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, über die Entwicklung der Medullarnarkosenfrage ausführlich zu referiren. Seine Arbeit, die mit einem Litteraturverzeichnisse von 128 Nummern beginnt, wird dieser Aufgabe in übersichtlicher Weise gerecht und giebt Jedem, der sich über die Frage orientiren will, einen kurzen, objektiven Bericht über alle Einzelfragen und ihre Beantwortung in der sorgfältig gesammelten Litteratur. Neue Gesichtspunkte giebt die Arbeit nicht. Eine Statistik, die er am Schlusse giebt, erstreckt sich über 1708 Fälle, von denen 110 als misslungen zu bezeichnen waren; in 25 Fällen traten schwere bedrohliche Erscheinungen, in weiteren 8 Fällen im unmittelbaren Anschlusse an die Applikation der Tod ein. Verf. glaubt, dass diese Zahlen der Wirklichkeit nicht ganz entsprechen, sondern dass die Resultate faktisch noch weit ungünstiger seien.

Schmieden (Bonn).

6) H. Braun (Leipzig). Über Äther-Chloroformmischnarkosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

Den bereits von Anderen empfohlenen Apparaten für Mischnarkosen reiht B. einen weiteren an. Um die Narkose mit verdünnten Ätherdämpfen, die keine nachtheiligen Nebenwirkungen haben, ausführen, den Chloroformverbrauch hierbei auf das eben nothwendige Maß beschränken zu können, kommen zwei in einer Metallhülse neben einander geschaltete Gebläseflaschen zur Verwendung. Die Metallrohre, welche den Luftstrom des Doppelgebläses durch ein Ansatzstück in das Äther- (120—150 ccm) und Chloroform- (30—40 ccm) Gefäß leiten und aus ihnen in ein anderes Ansatzstück und in die Maske abführen, liegen gleichfalls in einer flachen Metallhülse, welche im Augenblicke luftdicht auf den Flaschen befestigt werden kann. Zwei Hähne verschließen und öffnen die zuführenden und die abführenden Rohre, so dass, wenn beide geschlossen sind, Äther und Chloroform weder aus der Flasche heraus, noch aus einer in die andere überfließen können. So ist der Apparat, gefüllt mit Äther und Chloroform, fertig zum Gebrauche, transport-

fähig, ohne viel Raum einzunehmen. Er liefert eine Äther-Chloroformdampfmischung, deren Dampfvolumina sich durchschnittlich etwa wie 4 : 1 verhalten, wenn beide Hähne geöffnet sind.

Indem wir in Bezug auf Einzelheiten in der Ausführung der Narkose auf die Arbeit verweisen, erwähnen wir noch, dass B. bei ca. 250 Mischnarkosen von einer durchschnittlichen Dauer von 47 Minuten ca. 54 ccm Äther und 12 ccm Chloroform verbrauchte. Zur Unterhaltung der Narkose bei Operationen im Gesicht wird die Maske durch ein Metallrohr ersetzt, dessen Ende durch Mund oder Nase in den Rachen des Pat. eingeführt wird. **Kramer** (Glogau).

7) **Perrolini.** Sugli innesti cutanei »alla Krause«. Ricerche patologiche.

(Giorn. d. R. accad. di med. di Torino 1901. No. 5.)

P. verfolgt die Anheilung Krause'scher Lämpchen an tätowirter Haut. Nur die Randpartien werden von jungem Bindegewebe durchwachsen, vom weitaus größten Theile fand P. gegenüber Enderlen, dass das Bindegewebe der Lämpchen lebensfähig bleibt und primär einheilt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

8) **Delangre.** De la prothèse chirurgicale réalisée par l'inclusion de la vaseline stérilisée dans les tissus.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belges 1901. No. 4.)

D. hat Vaseline als Füllungsmaterial bei eingezogenen, deprimierten Stellen der Körperoberfläche injicirt. So injicirte er am 20. December 1899 bei einer eingezogenen Narbe nach einem Furunkel 1 ccm sterile reine erwärmte Vaseline, einige Wochen später dieselbe Dosis, worauf die Narbe ins Niveau der äußeren Haut trat und so blieb. Seither hat er dies Verfahren oft an den verschiedensten Körperstellen angewendet mit gutem Erfolge. Bei großen Depressionen, bei mit dem Knochen verwachsenen Narben etc. werden kleine Mengen (1 g) in Zwischenräumen von einigen Wochen eingespritzt. Man hüte sich, Vaseline in Venen zu spritzen. Das Verfahren hat wesentlich kosmetischen Werth.

E. Fischer (Straßburg i/E.)

9) **H. Gebele.** Die Gelatine als Hämostaticum. (Aus der Münchener chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 24.)

G., welcher aus der Münchener chirurgischen Klinik über 3 lokal und subkutan mit Gelatinelösung behandelte Fälle von schwerem Nasenbluten, 2mal bei Hämophilen, in dem 3. Falle bei einem Nichtbluter, berichtet, hat auf Grund der in 2 derselben beobachteten günstigen Erfolge — bei dem anderen, bereits stark ausgebluteten und äußerst erschöpften, von Lobulärpneumonie ergriffenen Pat. kam

die Gelatine zu spät in Anwendung — die Wirkung des Mittels am blutenden Thiere studirt. Aus den zahlreichen Experimenten geht hervor, dass eine starke Verminderung der Blutmenge die Vorbedingung für die prompte Wirkung der Gelatine ist. Der Blutverlust unterstützt die Resorption der Gelatine, diese hinwiederum, gleich allen kolloiden Körpern, die von Haus aus größere Neigung des Blutes zur Gerinnung nach stärkerem Blutverluste. Da letztere $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{4}$ des Gesamtblutes betragen muss, wenn die Gelatine prompt wirken soll, kann eine erfolgreiche prophylaktische Anwendung des Mittels nicht in Frage kommen. — Wie beim Menschen, treten auch beim Thiere nach den Gelatineinjektionen Reizerscheinungen — geringe Albuminurie, Temperatursteigerungen, Juckreiz an der Infektionsstelle, allgemeine motorische Unruhe — auf, die innerhalb 2 bis 24 Stunden wieder zurückgingen, selten gänzlich fehlten. — Auch G. bestätigt schließlich noch, dass bei Nierenerkrankungen die Anwendung der Gelatine kontraindicirt ist; in einem Falle von schwerer Hämaturie, die, wie sich später herausstellte, durch ein Cystosarkom der linken Niere veranlasst war, nahm die Albuminurie nach subkutaner Gelatineeinspritzung erheblich zu, ohne dass die Blutung irgend wie beeinflusst wurde.

Kramer (Glogau).

10) **Moriani.** Le iniezioni di gelatina.

(Policlinico 1901. No. 1 u. 2.)

Die Litteratur über die Gelatineinjektion zum Zwecke der Blutstillung und Aneurysmabehandlung ist zusammengestellt. Es folgen Thierexperimente zum Studium der Wirkung der injicirten Gelatine auf die Blutgerinnung. 3 Fälle von Aneurysmen werden mitgetheilt (einer der Aorta ascendens, 2 der Bauchorta). In allen bemerkenswerther Erfolg: Rückgang der Geschwulst, der Pulsationen, der Dämpfung. Folgendes sind die allgemeinen Schlussfolgerungen: Subkutan injicirte 2%ige Gelatine wird resorbirt. Auch die subkutanen Injektionen beschleunigen Blutkoagulation, aber die Resultate werden durch physiologische Schwankungen getrübt. Die subkutanen Injektionen brachten bei Aneurysma zwar keine wahre Heilung, aber doch wesentliche Besserung. Sie haben (3 Fälle von Hämatemesis) bei Blutung eine manchmal prompte, immer nur temporäre Wirkung. Sie sind unschädlich.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

11) **Clermont.** Suture latérale et circulaire des veines.

(Presse méd. 1901. No. 40.)

C. bespricht unter eingehender Würdigung auch der deutschen Litteratur die Gefäßnähte. Auf Grund von Thierexperimenten empfiehlt er eine doppelte cirkuläre Naht als die beste Venennaht. Beide Nähte werden fortlaufend gemacht, die erste, später eingeschlagene, als Matratzennaht (à points faufileés).

Bertelsmann (Hamburg).

12) K. Ritter. Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Erfrierungen mit künstlicher Hyperämie.

(Separat-Abdruck aus dem Korrespondenzblatt des Ärzte-Vereins des Regierungsbezirks Stralsund.)

Im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung, nach welcher die venöse Hyperämie bei Erfrierungen eine Schädlichkeit ist, die möglichst bald beseitigt werden muss, kommt R. auf Grund klinischer Erfahrungen und Untersuchungen zu dem Schlusse, dass die Erfrierungshyperämie die Reaktion des Körpers auf die durch die Kälte hervorgerufene Schädigung der Gewebe darstellt und als nützlicher Vorgang aufzufassen ist, um das geschädigte Gewebe zu schützen, bezw. möglichst bald zu ersetzen. Bei experimentell erzeugter Erfrierung trat bei Anämischen fast stets eine venöse Hyperämie auf, bei Vollblütigen eine arterielle. Die venöse Hyperämie ist ein schwacher, chronischer, die arterielle ein kräftiger, akuter Versuch des Körpers, eine Naturheilung herbeizuführen. Die Erfrierungshyperämie ist unabhängig vom Nervensystem, sie kommt auch nicht durch eine Erschlaffung der Gefäßwand zu Stande, sondern beruht analog der Hyperämie, die nach Blutleere auftritt, auf einer eigenen Zellthätigkeit der Kapillaren.

Dem entsprechend empfiehlt R. bei akuten Erfrierungen, besonders bei vollblütigen Menschen, die therapeutische Verwendung der venösen Hyperämie mittels Bier'scher Stauung. Frostgeschwüre, Blasen etc. heilen hierbei sehr schnell, eben so schwinden die Schmerzen bald. Bei den mehr chronischen Formen, und im Allgemeinen überhaupt bei anämischen Menschen ist dagegen künstliche arterielle Hyperämie mittels heißer Luft am wirksamsten ($\frac{1}{2}$ —1stündige Dauer mit nachfolgender kräftiger Abreibung oder kalter Dusche); Schwellung; Schmerzen und Jucken lassen in kurzer Zeit nach, die Beweglichkeit der Glieder nimmt rasch zu, Geschwüre und Blasen heilen oft sehr rasch.

Mohr (Bielefeld).

13) C. Sultan. Beitrag zur Kenntnis der Schilddrüsenfunktion.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Katzenstein hat auf Grund einer Reihe von Experimenten an Hunden die Ansicht ausgesprochen, dass die Schilddrüse kein lebenswichtiges Organ sei, sondern entbehrt werden könne. S. suchte nun nachzuprüfen, ob in der That die Frage nach dem Werthe der Glandula thyreoidea mit diesen Versuchen Katzenstein's endgültig beantwortet sei. Zunächst hat er dabei zu bemerken, dass der Hund ihm wegen der Häufigkeit accessorischer Schilddrüsen nicht das geeignete Versuchsobjekt zu sein scheint; dahingegen hält er die Katze für ein passendes Versuchsthier. Verf. selbst ist auf Grund seiner eigenen einschlägigen Versuche durchaus der Ansicht, dass die totale Exstirpation der Schilddrüse eine schwere Erkrankung ist,

ja den Tod bei Hunden und Katzen hervorruft, wenn keine accessorischen Drüsen zum Ersatz vorhanden sind. Das Auffinden dieser accessorischen Gebilde ist übrigens oft sehr schwer. Dadurch mögen sich die verschiedenartigen Resultate gegenüber der Arbeit Katzenstein's mit erklären. Auf einige versuchstechnische Auseinandersetzungen sei nur verwiesen. Sie sind nur im Zusammenhange der Arbeit zu verstehen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

14) C. Beck (New York). Beitrag zur Diagnostik und Therapie der Struma.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IV. Hft. 3.)

Bei follikulären und kolloiden Formen des Kropfes wendet B. Injektionen von ungefähr 20 Tropfen saturirten Jodoformäthers an und hat davon zum Theil ausgezeichnete Erfolge gesehen. Der Jodoformäther erzeugt keine Gewebsnekrose, wie die Jodtinktur, sondern regt eine intensive fibrinöse Ausscheidung an, das Parenchym schrumpft und an seine Stelle tritt Bindegewebe. Mit Ausnahme von intensivem Schmerz und Schwindel sind keine üblen Symptome beobachtet worden. Die Lokalbehandlung kann noch durch Darreichung von Jodpräparaten oder Jodothyryn unterstützt werden.

Diese Art der Therapie ist bei Cystenkrepp aussichtslos; die Differentialdiagnose zwischen diesem und dem follikulären resp. kolloiden Kropf ist in manchen Fällen nicht leicht. B. benutzt in den zweifelhaften Fällen mit gutem Erfolge die Röntgenphotographie zur Entscheidung; der Cystenkrepp zeigt nämlich im Röntgenbilde im Frühstadium weniger deutliche, aber immerhin noch wohl erkennbare, rundliche oder elliptische Schatten, später oft diffuse Kalkherde; wo immer diese im Bilde vorhanden sind, greift B., vorausgesetzt, dass der Eingriff durch vorhandene Beschwerden sich rechtfertigen lässt, zum Messer.

H. Wagner (Breslau).

15) E. Fränkel (Hamburg). Über das sog. Pseudomyxoma peritonei.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 24.)

Über das Wesen des sog. Pseudomyxoma peritonei herrscht noch keine Klarheit. Während einige Forscher, besonders Werth, annehmen, dass es sich um die Folgezustände der Ruptur an sich gutartiger, durch einen dickgallertigen Inhalt ausgezeichneter Ovarialkystome handle, halten Olshausen u. A. das Pseudomyxoma peritonei für eine metastatische Neubildung etc. F. berichtet nun über 2 Beobachtungen, die, obwohl grob anatomisch das Bild des Pseudomyxoma peritonei darbietend, ätiologisch und in Bezug auf die histologischen Details große Verschiedenheiten unter einander aufwiesen. Im ersten Falle, in welchem im Laufe von 3 Jahren 3 Laparotomien zur Entfernung einer vom rechten Eierstocke ausgegangenen, enorme Massen gallertiger Flüssigkeit enthaltenden Geschwulst, so wie zur

Entleerung beträchtlicher Mengen von Gallertmassen aus dem Bauchraume gemacht worden waren; handelte es sich um ein mit Bildung metastatischer Cysten am visceralen Blatte des Bauchfells einhergehendes glanduläres Cystoma pseudomucinosum ovarii, dessen Wände durch herdweise myxomatöse Degeneration und schleimige Erweichung zur Ruptur gekommen waren, außerdem zeigten sich am Bauchfelle neben Pseudomembranen Veränderungen, welche im Sinne einer myxomatösen Umwandlung des letzteren unter gleichzeitigem, fast völligem Schwunde der elastischen Elemente aufzufassen waren. — Ganz anders war die 2. Beobachtung zu deuten. Hier fanden sich bei der Sektion des betr. Pat. namentlich in der Beckenhöhle, dem Bauchfelle stellenweise ziemlich fest anhaftend, große Quantitäten gallertiger Massen, welche aus dem an einer Stelle geborstenen, mit gleichen Gallertmassen erfüllten Wurmfortsatze stammten und da, wo sie dem Bauchfelle auflagen, zur Bildung zottiger Auswüchse an letzterem geführt hatten; der Eintritt der Ruptur des Wurmfortsatzes und die consecutive Ansammlung der Schleimmassen mit den daraus resultirenden peritonealen Veränderungen war während des Lebens des unter dem Bilde der Encephalomalakie verstorbenen 74jährigen Mannes symptomlos verlaufen.

F. hält auf Grund seiner Beobachtungen es für richtiger, den Ausdruck Pseudomyxoma peritonei fallen zu lassen und statt dessen von Ruptur eines Cystadenoma pseudomucinosum ovarii und von peritonealer Metastasenbildung oder von Durchbruch eines cystisch entarteten Proc. vermiformis und von consecutiver Ansammlung von Schleimmassen in der Bauchhöhle zu sprechen. **Kramer** (Glogau).

16) **A. T. Ssidorenko.** Experimentelle Prüfung der heutigen Methoden der Gastroenterostomie vom Gesichtspunkte des praktischen Arztes.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 1 u. 2.)

Auf Grund eingehenden Studiums der Litteratur (388 Nummern) und eigener Experimente zieht S. allen Methoden die Hacker'sche Gastroenterostomia retrocolica posterior vor; falls sie nicht mehr anzuwenden ist (bei vorgeschrittenem Prozesse), muss man nach Wölfler operiren — mit Drehung der Schlinge und Anhängen des zuführenden Schenkels. Bei deutlichen Symptomen der Sporenbildung ist wiederholte Laparotomie und Enteroanastomose angezeigt. Endlich ist überall, wo nur möglich, der Murphyknopf anzuwenden mit nachfolgender cirkulärer Serosanaht. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

17) **F. Fraenkel.** Über die subkutane Leberruptur und deren Behandlung durch die primäre Laparotomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

F. giebt eine ausführliche Beschreibung von Ätiologie, Pathologie, klinischem Bild und Behandlung der subkutanen Leberrupturen,

wobei ihm 29 Fälle der Litteratur, so wie folgende eigene Beobachtungen als Ausgangspunkt dienen:

1) 31jähriger Dienstknecht. Nach Hufschlag Leibscherzen, wiederholtes Aufstoßen. Starker Collaps, Leberdämpfung verkleinert, in den abhängigen Partien des Bauches Dämpfung, wechselnd bei Lageveränderung. Kontraktion der Bauchmuskeln. Druckempfindlichkeit des Leibes. Bei der 8½ Stunden nach der Verletzung vorgenommenen Laparotomie findet sich die Bauchhöhle mit Blut erfüllt. In der Leber ein großer und mehrere kleinere Risse. Naht derselben. Tamponade der Nahtstelle. Kochsalzspülung der Bauchhöhle. Tod nach 20 Stunden in Folge von Anämie.

2) 24jähriger Tagelöhner. Sturz gegen eine Eisenschwelle. Kontraktion der Bauchdecken, Druckschmerz der Lebergegend. Anfallsweise Leibscherzen, rechtsseitiger Schulterschmerz, allmähliche Pulsverschlechterung. Laparotomie (nach 11 Stunden) zeigt in der Bauchhöhle 2—3 Liter Blut, in der Leber einen mächtigen Riss neben kleineren Verletzungen. Naht des Haupttrisses; Tamponade der übrigen Risse. Reinigung der Bauchhöhle mittels Kompressen. Heilung.

In einer dritten Beobachtung wurde ebenfalls wegen Verdachtes einer subkutanen Leberruptur laparotomirt, doch lagen nur subkapsuläre Verletzungen des Organs, keine eigentlichen Zerreißen vor.

Um festzustellen, ob eine einfache Bauchkontusion oder eine schwere Binnenerletzung vorliegt, soll nach Verf. in erster Linie die Anamnese (Art und Ort der Gewalteinwirkung) berücksichtigt werden. Ferner ist auf Zeichen innerer Blutungen (Puls!) zu achten. Konstante Temperaturerniedrigungen, ferner aber auch erhöhte und ansteigende Temperaturen, Erbrechen und Aufstoßen würden für eine schwerere Schädigung sprechen. Besondere Wichtigkeit besitze die Kontraktion der Bauchdecken, da sie bei stärkerer Ausbildung fast immer als Zeichen einer inneren Verletzung gelten dürfe. Des weiteren kämen Schmerzen in Bauch und Schulter, event. Nachweis von Gallenfarbstoff im Urin in Betracht. Therapeutisch soll Alles vermieden werden, was einer Klärung der Situation im Wege steht (Opium, Morphium, Excitantien). Die Behandlung bestehe vielmehr in frischen Fällen in baldigster Laparotomie event. Probe-laparotomie. Die Leberwunde werde bei glattwandigen Rissen der Regel nach durch tiefgreifende Nähte mit starkem Katgut versorgt, bei zerquetschten Rändern und Zertrümmerungsherden austamponirt. Verf.s statistische Zusammenstellung ergibt, dass von 31 operirten Fällen 17 geheilt, 14 gestorben sind; doch kommen von den Todesfällen nicht weniger als 10 auf Rechnung schwerer complicirender Verletzungen.

Honsell (Tübingen).

18) **Sirand.** Sur un nouveau procédé pour aborder la face convexe du foie; décollement et relèvement du cul de sac pleuro-diaphragmatique droit. (Voie parapleurale trans-diaphragmatique.)

(Province méd. 1900. No. 52. 1901. No. 1.)

Auf Grund anatomischer Untersuchungen schlägt der Autor zur Aufsuchung von Eiterhöhlen, Cysten etc. innerhalb der Leberkuppe,

mit oder ohne peritoneale Verwachsungen, subphrenischer Abscesse, Fisteln, auch solcher nach umschriebenen tuberkulösen Peritonitiden oberhalb der Leber den Weg vor, nach »temporärer Resektion der 8. und 7. Rippe, event. auch der 6. Rippe und Mobilisation dieses Brustkorbfensterladens« die Pleurawand zu erreichen, die uneröffnete Pleura zurückzuschieben und quer durch das Zwerchfell in den Krankheitsherd einzudringen. Nach genügender Drainage kann »der Laden« wieder geschlossen werden. Die genauen anatomischen Daten müssen im Originale verfolgt werden.

Herm. Frank (Berlin).

19) Miyake. Zur experimentellen Erzeugung der Gallensteine mit besonderer Berücksichtigung des bakteriellen Verhaltens der Gallenwege.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Das Princip, welches M. seinen Experimenten einer künstlichen Erzeugung von Gallensteinen bei Thieren zu Grunde legte, bestand in dem Versuche einer experimentellen Bestätigung der Naunynschen Theorie von der bakteriellen Ätiologie der Cholelithiasis.

Als Voruntersuchung beantwortete M. die Frage, ob und welche Bakterien unter normalen Verhältnissen in den Gallenwegen vorkommen. Er untersuchte unter allen Kautelen den Gallenblaseninhalte von 55 Hunden und 21 Kaninchen und fand nur bei einem einzigen Hunde die Galle mit *Bact. coli commune* infectirt. Er konnte die Angabe von Ketter und Ductaux bestätigen, dass nur die unterste Partie des Ductus choledochus in direkter Nähe der Papilla duodenalis nicht immer, aber in den meisten Fällen keimhaltig zu sein pflegt.

Sodann untersuchte er, ob er durch pathologische Veränderungen der Gallenblase Bakterienentwicklung in den Gallenwegen befördern könne. In 6 Versuchen fand er, dass weder feste noch lockere Unterbindung des Ductus cysticus zur Infektion der in der Gallenblase befindlichen Galle führe, dagegen regelmäßig die Unterbindung des Ductus choledochus. Führte er sterile Fremdkörper in die Gallenblase ein, so blieb unter 8 Versuchen nur 5mal die Galle steril; unterband er zugleich locker den Ductus cysticus, so blieb unter 3 Fällen 2mal die Galle steril. Akute Schädigungen der Gallenblasenschleimhaut (7 Versuche) führten nur ausnahmsweise zur Infektion der Galle.

Nachdem M. sodann weitere Versuche angestellt über das Verhalten künstlich in die Gallenblase eingeführter Bakterien und über die Frage der hämatogenen Galleninfektion, kommt er zur Kernfrage: Was führt zur Konkrementbildung in der Gallenblase? Das Verweilen steriler Fremdkörper jeder Art in der Gallenblase, selbst über 3—8 Monate hinaus, eben so Schädigungen der Schleimhaut durch Kauterisation, Ätzung und Auskratzung führen ohne gleichzeitige Infektion der Galle nie zur echten Konkrementbildung; es kommt

zwar nicht selten zur Inkrustation des Fremdkörpers durch Kalkkrystalle und eingedickte Galle, aber nicht zu echter Steinbildung. Dagegen gelang Erzeugung echter Steine bei Infektion der Galle mit consecutivem chronischem Katarrh der Gallenwege und Verhinderung der Möglichkeit, dass etwa vorhandene Uranlagen von Steinen durch die Kontraktionen der Gallenblase nach dem Darne abgestoßen werden. Unter 16 Fällen, in denen es zum Katarrh der Gallenblasenschleimhaut gekommen war, theils durch Injektionen verschiedener Bakterien, theils durch Einbringung steriler Fremdkörper, theils durch Kombination der beiden Methoden, fanden sich in 5 Fällen cholestearin-, kalk- und gallenfarbstoffhaltige Steine auf verschiedenen Entwicklungsstufen. 2mal waren sie auf Fremdkörpern inkrustirt, 3mal hatten sich 1—3 Steine als selbständige Individuen gebildet. Die Zeitdauer der Beobachtung schwankte in den 5 Fällen echter Steinbildung zwischen $\frac{1}{2}$ —1 Jahr. Die erhaltenen »reifen« Steine waren hart, von deutlicher Struktur, theilweise facetirt, bis erbsengroß. Die Art der Bakterien ist unwesentlich für die Bildung der Konkreme, doch darf ihre Virulenz nicht zu hoch sein.

Die schönen Untersuchungen M.'s bestätigen demnach die Theorie N a u n y n's vom steinbildenden Katarrh der Gallenwege und stimmen im Wesentlichen überein mit den analogen Experimenten Mignot's, welche dem Verf. erst mitten in seiner Arbeit bekannt wurden.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

20) C. Stich (Leipzig). Maximalthermometer für die Sterilisation von Verbandstoffen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 28.)

Zur Aufnahme eines aus Wismuth, Blei und Zinn bestehenden, bei der Sterilisationstemperatur schmelzenden Stäbchens dient ein kleiner Apparat aus 2 verbundenen, Platindraht enthaltenden Glaskugeln. Derselbe ist bis zum 1. Drittel der 2. Kugel mit Wasser gefüllt, um das Ankleben der Legirung zu vermeiden; letzteres liegt vor Benutzung des Apparates in der oberen Kugel, aus der es bei erreichtem Schmelzpunkte der Legirung in die untere abfließt.

Kramer (Glogau).

21) Hammer. Eine neue Spritze zur Schleich'schen Anästhesie. (Aus der chirurg. Klinik der Universität Freiburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 28.)

Die Füllung der Spritze erfolgt bei etwas gesenkter Kanüle durch ein am hinteren Ende des Cylinders angebrachtes Fenster, hinter welches der Kolben zurückgezogen werden kann, mittels einer Flasche mit eingeschliffener Ausgussvorrichtung. Die Schleich'sche Lösung wird in der Flasche aufgehoben und mit letzterer ausgekocht. Sobald bei der Füllung der 10 ccm fassenden Spritze die Flüssigkeit bis zur Höhe des Fensters gestiegen ist, wird bei immer noch gesenkter Kanülenspitze der zurückgezogene Kolben an dem Fenster vorbeigeschoben und dadurch der Abschluss bewirkt. — Die Spritze (Lieferant: Fischer, Freiburg) hat sich seit 2 Jahren in der dortigen chirurgischen Klinik bewährt.

Kramer (Glogau).

22) **Adrian.** Über einen eigenthümlichen Fall von Tetanus.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4. u. 5.)

In der *Naunyn'schen* Klinik wurde folgender Fall von idiopathischem Tetanus bei einem 30jährigen Manne beobachtet:

Im Laufe von 4 Wochen bildete sich folgender Symptomenkomplex aus: Einseitiger Trismus links, tonischer einseitiger Cucullariskrampf links, starkes Schwitzen, Steifigkeit der Muskulatur der Beine, enorm erhöhte Reflex- und direkte Muskel-erregbarkeit, Pulsverlangsamung, universelle, vorsugsweise um linkes Schultergelenk und linke Halsseite lokalisirte, starke, indolente Lymphdrüsenanschwellung. Im weiteren Verlaufe trat ein exsudatives Erythem an beiden Unterschenkeln und ein scharlachähnliches an beiden Oberschenkeln auf. Es erfolgte völlige Heilung. Das Serum des entnommenen Blutes hatte keine Immunisirungskraft bei Mäusen; Schmutz, von verschiedenen Theilen der Körperoberfläche abgeschabt, enthielt keine Tetanusbacillen; Impfversuche damit auf weiße Mäuse ohne Erfolg.

Solch örtlicher Tetanus bildet im experimentellen Tetanus der Thiere eine ganz gewöhnliche Erscheinung, beim Menschen ist er sehr selten. In den wenigen bisher beschriebenen Fällen handelte es sich um traumatischen Tetanus; obwohl im vorliegenden Falle nichts von vorangegangenen Traumen bekannt ist, muss man doch wohl annehmen, dass der sog. idiopathische Tetanus ein traumatischer ist. Die Lymphdrüsenanschwellung ist schwer zu deuten. **Haackel** (Stettin).

23) **Casassa.** Tiroidite da pneumococco.

(Gazz. med. di Torino 1901. No. 23.)

50jähriger Mann. Pneumonie des linken Unterlappens mit verzögerter Resolution. In der Rekonvalescenz traten mehrere subkutane Abscesse auf, theils an Stellen, wo subkutane Injektionen gemacht waren, theils anderwärts; ein weiterer in der Schilddrüse unter Anschwellung des Halses und kollateralem Ödem des Kehlkopfes. Im Eiter neben Streptokokken Pneumokokken.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).24) **W. D. Kolotinski.** Eine seltene Folge von Verätzung des Ösophagus mit Schwefelsäure; Gastrostomie.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. November. [Russisch.])

Ein betrunkenener Soldat trank aus Irrthum ein Gläschen verdünnter Schwefelsäure. Man machte erfolglose Sondirungsversuche. Nach 8 Tagen Erbrechen, wobei die Schleimhaut der Speiseröhre und eines Magentheiles im Zusammenhang ausgestoßen wurde. Die Speiseröhre war 30 cm lang, die Fetzen der Magenschleimhaut bis 17 cm. Darauf wurde zuerst das Schlucken leichter, später aber traten wieder Stenoseerscheinungen auf. Gastrostomie nach *Witzel* 24 Tage nach dem Unfälle. Die Fistel dilatirte sich bald, und nach 20 Tagen trat der Tod ein. Die Sektion zeigte Stenose am Übergange des Rachens in die Speiseröhre, so wie des Pylorus; mehr als die Hälfte der Magenschleimhaut war in Form von Streifen durch Narbengewebe ersetzt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).25) **N. W. Sletow** und **P. J. Postnikow.** Die Elektrolyse bei narbiger Ösophagusstenose.

(Wratsch 1901. No. 1.)

Verff. bringen 2 Fälle mit glänzendem Erfolge. Beide Pat. bekamen die Striktur nach Trinken von Salmiakgeist. S. und P. gebrauchen eine olivenartige Elektrode (nicht wie *Fort* eine lineäre); der positive Pol der Batterie wird mit dem Rücken des Pat., der negative mit der Olive verbunden. Die Oliven sind 0,5 bis 2 cm stark; die Stromstärke bis 10 Milliampères. Im 1. Falle dauerte der Erfolg bis zu dem 1 Jahr später aus anderer Ursache eingetretenen Tode des Pat.; im 2. Falle waren alle möglichen Mittel (selbst *Fort's* Elektrolyse von letzterem selbst) angewandt worden, immer ohne Erfolg. Erst die Verff. konnten die Pat. geheilt entlassen; die Heilung dauerte schon einige Monate.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

26) L. Peters. Resection of the pendulous, fat abdominal wall in cases of extreme obesity.

(Annals of surgery 1901. März.)

P. berichtet über einen operativ behandelten Fall von abnormer Fettleibigkeit. Die 32jährige Pat., Jüdin, wog 285 Pfund (engl.). Beide Brüste im Gesamtgewichte von 25 Pfund waren ihr 5 Jahre zuvor bereits wegen ihrer Schwere und Größe entfernt worden. Der Leibesumfang betrug 200 cm. Durch einen Querschnitt von Spina ant. zu Spina ant. und einen Bogenschnitt zur Symphyse hin wurde Haut und Fett bis auf die Bauchfascie umschnitten und exstirpiert — zusammen 7450 g. Die Wunde heilte per primam und die sonst gesunde Frau konnte nach 37 Tagen, nachdem noch Diät während der Rekonvalescenz eingehalten wurde, um 59 Pfund leichter das Hospital verlassen.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

27) J. B. Bullit. Retrenchment of lipomatous abdominal wall combined with operation for radical cure of umbilical hernia.

(Annals of surgery 1900. November.)

Über einen ähnlichen Fall berichtet B.; doch war hier der Fettbauch bei der 38jährigen Frau, die 240 Pfund (engl.) wog, noch durch einen Nabelbruch kompliziert. Auch hier wurde nach Versorgung des Bauches Haut und Unterhautfettgewebe mit sehr gutem Erfolge in ganz ähnlicher Weise exstirpiert.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

28) A. Sswojochotow. Über peritoneale Verwachsungen.

(Medicinskoje Obosrenje 1900. December. [Russisch].)

1) Ein 11jähriger Knabe fiel von einem Wagen, wobei ein schwerer Mehlsack auf ihn herabfiel. Symptome von Peritonitis. Zuletzt blieb hartnäckiges Erbrechen zurück, das beim Gehen und Arbeiten auftrat, so wie bei übermäßigem Essen. Laparotomie nach einem Jahre; das Colon transversum mit der vorderen Bauchwand verwachsen; Magen frei. Lösung der Verwachsungen; Heilung, die bis zu dem nach 2 Jahren erfolgten Tode anhielt (der Tod erfolgte an Vergiftung mit Fischptomainen).

2) Mann, 27 Jahre alt, leidet seit 15 Jahren nach einem Huftritte gegen den Unterleib an starken Magenschmerzen und Erbrechen, zuweilen mit Blutbeimengung. Man nahm ein Magengeschwür mit Verwachsung an. Operation; Verwachsungen zwischen Magen, vorderer Bauchwand, Leber, Gallenblase und Colon transversum. Kein Geschwür. Lösung der Verwachsungen, Heilung (6 Monate andauernd).

Gfickel (B. Karabulak, Saratow).

29) F. K. Weber. Über Peritonitis pseudomyxomatosa.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 3.)

W. beschreibt 3 eigene Fälle. Der erste wurde 1893 operiert und damals nicht recht verstanden. Er bot das Bild eines weit vorgeschrittenen Stadiums dar; leider konnten bei der Operation wegen großer Schwäche der Pat. die inneren Genitalien nicht untersucht werden; auch die Sektion unterblieb. — Auch bei der 2. Pat. befand sich die Krankheit in einem späten Stadium. Der Leib war ad maximum mit Kolloidmassen angefüllt, das Netz und das parietale Peritoneum mit dünnwandigen Cysten bedeckt; die Leberoberfläche zeigte auch eine walnussgroße Cyste. Beide Eierstöcke waren zu Kolloidcysten entartet, konnten aber nicht entfernt werden. Nach der Operation — Reinigung der Bauchhöhle — Besserung; bald öffnete sich am Nabel eine Cyste, die dann und wann Kolloid entleert, worauf Erleichterung eintritt; nach 5 Wochen Infektion von hier aus, Peritonitis und Tod. Sektion: Die Cysten am Netze erweisen sich als Ansammlung von Kolloid in den Lymphbahnen, am Bauchfell als inkapsulirtes Kolloid. — Das meiste Interesse bietet der 3. Fall: Pat. hat eine über den Nabel reichende Ovarialcyste.

Kein Trauma, kein Erguss ins Bauchfell. Bei der Operation findet man eine 2—3 Tage alte Ruptur, etwa markstückgroß, oben an der Cyste, von wo sich etwas Kolloid in die Bauchhöhle ergossen hat. Reinigung. Heilung. Bei der mikroskopischen Untersuchung von Stückchen des Netzes und des parietalen Peritoneums zeigen sich Veränderungen, wie sie Hinsberg beschrieben hat (Virchow's Archiv Bd. CLII): An den Stellen, wo das Kolloid aufliegt, ist das Endothel geschwunden und aus dem Netzstroma dringen ins Kolloid große spindelförmige Elemente, wohl Fibroblasten — also reaktive Entzündung. — Verf. bestätigt vollständig Werth's Theorie der Krankheit. Glückel (B. Karabulak, Saratow).

30) P. D. Weingrow. Ein seltener Fall von eitriger Periappendicitis.

(Wratsch 1901. No. 17.)

Das Interesse des sonst typischen Falles besteht darin, dass Pat. seinen Wurmfortsatz am 15. Tage der Krankheit durch den After ausstieß: der um denselben entstandene Abscess hatte sich in die Darmlichtung eröffnet. Heilung.

Glückel (B. Karabulak, Saratow).

31) Parona. Di un 'ernia epigastrica con entro il ventricolo e del metodo operativo impiegato per guarirla.

(Policlinico 1901. No. 7.)

Orangegroße Hernia epigastrica, deren Inhalt der adhärenzte Magen bildete. P. umschneidet die Geschwulst, legt den Bruchsackhals frei, öffnet das freie Bauchfell und umschneidet cirkulär den Hals, so dass der Bruchsack mit dem Magen vorgezogen werden konnte. Die verwachsene Partie des letzteren wird excidirt. Naht des Magens und der Bauchwand. Am Magen war die Nahtlinie 8 cm lang. Glatte Heilung. Mikroskopisch befand sich die Schleimhaut im Bereiche des Bruches in hochgradiger Degeneration.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

32) R. Hummel. Bruchband aus Phosphorbronze mit wassergefüllter Gummipelotte.

(Ärztliche Polytechnik 1901. Juni.)

Entgegen den Kamper'schen Bruchbändern haben wir an obigem Bruchbande ein Metall, die Phosphorbronze, welche biegsam und dabei doch hochgradig elastisch ist. Man kann sie, ähnlich wie einen Bleidraht, um das Becken herum anschieben und beliebig krümmen. So wird sie von der Kreuzgegend um das Becken zur Leisten- oder Schenkelgegend, dann in einem Bogen um den Schamburg zur anderen Seite ums Becken zur Kreuzgegend zurückgeführt, wo die beiden Enden unter Freilassung der Dornfortsätze mit einem Gummiband verknüpft werden. An jeder Stelle können beliebig geförmte Pelotten angesetzt werden; eben so sind Schenkelriemen anzubringen. Die Phosphorbronze wird vom Schweiß nicht angegriffen. Sie kann mit jedem beliebigen Materiale garnirt werden. Abbildung im Originale.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

33) Dauber. Über spastische Kontraktion der Cardia und ihre Folgezustände.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 1.)

D. giebt die Krankengeschichte eines 39 Jahre alten Mannes, der die Erscheinungen einer spastischen Kontraktur der Cardia mit sekundärer Erweiterung der Speiseröhre in derselben Weise darbot, wie sie in übereinstimmender Weise von Zenker, Merkel, Rumpel, Rosenhain u. A. geschildert worden sind. Es wurde eine Magenfistel angelegt, welche man nach 2 Monaten wieder zugehen ließ, da sie keinen wesentlichen Erfolg hatte. Im weiteren Verlaufe gesselte sich Schleimhautkatarrh der Speiseröhre dazu, die spindelförmige Erweiterung derselben nahm zu. Unter stetem Vergleiche mit früher publicirten Fällen zeichnet D. sodann die Symptomatologie, Differentialdiagnose und Therapie der Affektion. Die Prognose des Leidens ist sehr schlecht, so dass die von Rumpel vorgeschlagene Resektion wohl in Frage kommen könnte.

In einer Anmerkung weist v. Mikulicz darauf hin, dass er schon 1882 als Erster dieses Leiden als Cardiospasmus beschrieben habe. **Haeckel** (Stettin).

34) **Martin**. Zur chirurgischen Behandlung des Cardiospasmus und der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

Ausführliche Wiedergabe einer von M. 1900 auf der Aachener Naturforscherversammlung gemachten Mittheilung, welche in diesem Centralblatte 1900 p. 1030 schon referirt ist. Als neu fügt M. die Angabe hinzu, dass er aus der Magen-fistel das Rohr nach 8monatigem Bestehen der Fistel endgültig entfernte; die Fistel schloss sich darauf sofort spontan. Pat. spült sich noch wöchentlich 1mal den Ösophagus aus; das Schluckvermögen und Allgemeinbefinden sind vorzüglich.

Haeckel (Stettin).

35) **Swain**. A retrospect of a third series of 50 consecutive intra-abdominal operations.

(Bristol med.-chir. journ. 1901. März u. Juni.)

Von den 50 mitgetheilten Laparotomien aus den verschiedensten Gebieten der Bauchchirurgie seien folgende erwähnt:

Intrapylorisches Fibrom und Pylorektomie. Vor 8 Jahren Symptome eines Magengeschwürs, seit mehreren Jahren die einer Pylorusstenose. Rechts vom Nabel eine harte, faustgroße Geschwulst mit knolliger Oberfläche, welche nach allen Seiten hin (am wenigsten nach unten), stark verschiebbar ist, und deren Zusammenhang mit dem Magen zweifelhaft bleibt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Incision der vorderen Magenwand ergiebt sich, dass die Geschwulst mit breitem Stiele von der hinteren Wand des Pylorus ausgeht, mit ihrer Hauptmasse in die Magenöhle hineinragt und durch ihr Gewicht zu einer Invagination der benachbarten Theile des Magens und Duodenums und zu Verlegung des Pylorus geführt hat. Die Schleimhaut über der Geschwulst entzündlich verändert, sonst intakt; in der Pylorusgegend fand sich ein altes, vernarbtes Geschwür. Ausgedehnte Pylorektomie, völlige Heilung. Die Geschwulst war ein Fibrom mit stellenweise myxomatöser Entartung.

Volvulus in Folge von Verwachsungen nach Anwendung des Murphyknopfes. Vor 6 Jahren wegen eingeklemmten Bruches Darmresektion und Vereinigung mittels Murphyknopfes; zur Zeit plötzliche Ileuserscheinungen. Bei der Laparotomie fand sich ein Theil des Ileums entlang der ganzen Länge der Innenseite der alten Bauchnarbe verwachsen und um die Achse dieser Adhäsionsfläche gedreht. Lösung der Verwachsungen und Zurückdrehen des Darmes, Heilung. Die Darmnarbe an der Stelle der alten Knopfvereinigung war als weiße Linie sichtbar; sie war sehr fest, die Darmlichtung nicht verengert.

Mohr (Bielefeld).

36) **Bauby** (Toulouse). Trois cas d'éviscération post-opératoire spontanée.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 6.)

B. berichtet aus der Jeannel'schen Abtheilung über 3 Fälle von Eventration nach Laparotomie. Der erste der Fälle verlief glücklich; es handelte sich um eine 38jährige Frau, welcher man eine Eierstockscyste entfernt hatte. Am 7. Tage nach der Operation, 2 Stunden nachdem man die äußeren Hautnähte entfernt, fühlte Pat. bei einem Hustenstoße plötzlich, dass unter dem Verbands etwas in Unordnung war. Obwohl etwa 1 m Dünn- und Dickdarm herausgetreten war und dem Verbands anklebte, war die Zurückbringung der Darmschlingen in Nar-kose, der eine Abspülung vorausgeschickt wurde, doch von bestem Erfolge. Pat., welche übrigens nach dem Austritte der Eingeweide keinerlei Chokerscheinungen gehabt hatte, konnte 22 Tage später geheilt entlassen werden.

Nicht so glücklich war man in der Behandlung 2 anderer Fälle, in denen die Laparotomienarbe beide Male am 8. Tage platzte. Hier gelang es nämlich nicht, die Eingeweide wieder ganz in die Bauchhöhle zurückzubringen. Den einen Fall complicirte überdies eine starke Bronchitis. Die Pat. ging an Peritonitis zu Grunde. Im 2. Falle wurde die eventrirte Darmschlinge brandig; es bildete sich eine Kothfistel, und die Pat. ging schließlich an Entkräftung zu Grunde. Verf. zieht aus seinen Erfahrungen den Schluss, dass man immer bemüht sein sollte, nöthigen Falls in Allgemeinnarkose die Darmschlingen zu reponiren und den Bauch wieder vollständig zu vernähen. Im Allgemeinen zeigen aber auch seine Fälle, dass das so außerordentlich alarmirende Ereignis des Aufgehens der Laparotomiewunde doch nicht immer das Leben der Pat. bedroht.

P. Stolper (Breslau).

37) Villard et Gauthier. Perforation de l'estomac par ulcère. Laparotomie. Gastrostomie temporaire. Guérison.

(Province méd. 1901. No. 15.)

35jähriger Mann, seit 10 Jahren Magenerscheinungen, seit 7 Jahren häufiges Blutbrechen. Die Perforation tritt vor der Mittagstunde ein, nachdem seit dem vorigen Abend nur noch eine Tasse Kaffee Morgens getrunken war. Operation 34 Stunden nach dem Durchbruche, während welcher Zeit auch nur ein Glas Wasser genommen wurde. Bei der Operation erweist sich eine nur mäßige Betheiligung der Serosa — wenig Erguss, einige Dünndarmschlingen injicirt — und als Ausgangsstelle der Infektion nicht der Magen unmittelbar, sondern eine perigastrische Tasche, welche durchgebrochen ist. Dabei sitzt das Geschwür in der Ausdehnung eines 50-Centimesstückes in der Mitte einer speckig indurirten Platte ziemlich hoch an der kleinen Curvatur — alles Umstände, welche den günstigen Ablauf des Ereignisses erklärlich machen. Zum Verschlusse des Loches konnte eine Naht nicht in dem brüchigen Gewebe angelegt werden; es wurde deswegen durch Annähen der vorderen Magenwand die Durchbruchsstelle von dem Peritonealsacke abgeschlossen und für sich drainirt, und der letztere ebenfalls durch v. Mikuliczsche Ausstopfung versorgt. Fistellose Heilung nach 8 Wochen. In der Folge besonders günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens; die Geschwürssymptome sind vollkommen beseitigt, Körpergewicht in einem halben Jahre um 7½ kg gesteigert gegen die Zeit vor dem Durchbruche. — Der beschriebene Fall ist also der 4. aus Frankreich berichtete von operativer Heilung eines Magengeschwürs (Michaux 1894, Hartmann 1894, Maucclair 1897).

Herm. Frank (Berlin).

38) Hirschfeld. Über peritoneale Adhäsionen durch Ulcus ventriculi nebst Bemerkungen zur chirurgischen Therapie des Ulcus ventriculi.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 3.)

Bei einem ausgedehnten, die Magenwand weithin infiltrirenden, mit der vorderen Bauchwand in einem großen Bezirke verwachsenen Magengeschwürs, das dem von Hofmeister, Schwarz u. A. beschriebenen gleich, wurde erst eine Gastroenterostomie, dann die Resektion der erkrankten Stelle ausgeführt; es musste quer aus dem ganzen Umfange des Magens ein Ring entfernt werden; cirkuläre Naht; ein Drain wird vom Magen mit einem Ende durch die alte Gastroenteroanastomose ins Jejunum geführt, mit dem anderen zur Bauchwunde herausgeleitet. Auch sonst fanden sich zahlreiche Verwachsungen im Bauche, welche gelöst wurden. Heilung. Es werden sodann noch einige andere Fälle berichtet, in denen bei Magengeschwür, abgesehen von den am Magen selbst ansetzenden Verwachsungen, sich noch solche am Dickdarme und kleinen Becken fanden. Sie sind Ursache heftiger Schmerzen und sind so zu erklären, dass in der Umgebung des Geschwürs eine fibrinöse Exsudation stattfindet; die Darmbewegungen vertheilen das Fibrin in der Bauchhöhle und führen besonders da zu Verlöthungen, wo der Darm ruhiger liegt.

Haeckel (Stettin).

39) **W. J. Rasumowski.** Ein Fall von Gastropexie.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 2.)

Pat., 48 Jahre alt, leidet seit 2 Jahren an Magenschmerzen. Man machte die Laparotomie unter der Diagnose: Pylorusstenose mit Magendilatation. Doch erwies sich der Magen sehr tief — kleine Curvatur unter dem Nabel, Schlingen- (oder Hörnchen-) Form nach Riegel (Taf. V in: Die Erkrankungen des Magens, Spezielle Pathologie und Therapie von Nothnagel). Sonst Alles normal. Der Magen wurde mittels 2 Paar Nähten hoch oben an der Bauchwand fixirt. Resultat glänzend, gar keine Schmerzen mehr. **Gückel** (B. Karabulak, Saratow).

40) **J. Schnitzler.** Zur Symptomatologie des Darmarterienverschlusses.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. No. 11 u. 12.)

Zu den beiden Haupttypen des Krankheitsbildes des Darmarterienverschlusses — blutige Diarrhöen unter heftigen Koliken oder Ileus, beide aber unter plötzlichem Hereinbrechen der Baucherscheinungen — giebt der Autor auf Grund einer Beobachtung ein 3. Krankheitsbild, gekennzeichnet durch eine sehr langsame Vorbereitung unter hartnäckigster Verstopfung und jahrelang bestehenden Schmerzen, welche im letzten Halbjahre besondere Heftigkeit und kolikartigen Charakter angenommen hatten, während die letzte Katastrophe, die hämorrhagische Infarcirung des Darmes, sich nicht durch die in jedem Falle sonst stürmischen Erscheinungen des Darmtractus, sondern eigentlich nur durch unvermittelt spontane breiige Stuhlentleerung ankündigte; die übrigen terminalen und subjectiven Erscheinungen hoben sich von dem Gesamtverlaufe weniger ab. Der anatomische Befund war ein seit Monaten wohl schon bestehender Verschluss beider Mesenterialarterien durch einen festen, fibrösen, weißen Bindegewebspfropf von 1 cm Stärke. Weiter gegen die Peripherie ist die Lichtung der Arterie wieder frei, eben so wie die Gefäßschlingen der Radix mesenterii. Es hatte sich also offenbar bei der langsamen Entwicklung ein Kollateralkreislauf durch die Bahnen der Art. pancreaticoduodenalis und die tiefen Hämorrhoidalarterien entwickelt, welcher nur in den letzten Tagen bei der sinkenden Herzkraft erlahmte und dann die akute blutige Infarcirung nicht mehr verhinderte. Der Autor entwickelt daraus das Bild einer intermittirenden anämischen Dysperistaltik, welche — analog der Dysbasia intermittens nach Erb bei Extremitätengefäßverschluss — die intermittirenden Schmerz-anfälle daraus erklärt, dass in der Ruhe die Blutzufuhr noch gerade genügte, bei funktioneller Anspannung die relative Anämie oder Insufficienz der Blutversorgung die schmerzhafteste, intensiv intermittirende Dysperistaltik herbeiführte.

Herm. Frank (Berlin).41) **Quadflieg.** Über einen Fall von chronischer ileocoecaler Invasion. (Aus der chirurg. Abtheilung des städtischen Krankenhauses »Marienhilf« in Aachen. Dr. Krabbel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 27.)

Der 28jährige Pat. hatte im letzten Vierteljahre wiederholt heftige Anfälle von krampfartigen Schmerzen im Unterleibe, oft mit Erbrechen, gehabt, und fand sich als Ursache dieser Beschwerden unterhalb und links vom Nabel eine auf Druck stark empfindliche, sehr bewegliche, faustgroße Geschwulst; der Stuhlgang war ganz normal, so dass die besonders nach der linken Nierengegend hin verschiebliche, bei Colonaufblähung verschwindende Geschwulst von der Niere auszugehen schien. Erst die Operation brachte Klarheit; Ileum und Coecum waren bis ins Colon transversum hinein eingestülpt und ließen sich bis auf eine Partie von 20 cm Länge reponiren. Der nicht ausstülpbare Theil wurde reseziert, Ileum und Colon sodann vernäht. Heilung. In dem ausgeschnittenen Darmstücke fanden sich breite, tiefe, ringförmige Geschwüre mit schmierigen Belägen. **Kramer** (Glogau).

42) **M. O'Hara.** A method of performing anastomosis of hollow viscera by a new instrument.

(Annals of surgery 1901. Februar.)

O'H. beschreibt ein neues Instrument für intestinale und viscerele Anastomosen. Eine Reihe von Photogrammen erläutert dessen Gebrauch. Das kleine Instrument macht den Gebrauch anderer Instrumente, so wie die Hände des Assistenten überflüssig, eine Verunreinigung der Wunde durch Darminhalt wird ausgeschlossen. — Näheres ist im Originale einzusehen.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

43) **F. Roskoschny.** Zur Kasuistik der Darmausschaltungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 406.)

Eine fleißige, werthvolle Arbeit, welche über das reichhaltige einschlägige Material der früher Albert'schen, jetzt Hochenegg'schen Klinik in Wien ausführlich Bericht erstattet. Sämmtliche Fälle werden in sorgfältig geführten Krankengeschichten mitgetheilt, das klinische Gesamtergebnis allgemein durchgesprochen, zum Schlusse noch eine tabellarische Übersicht gegeben; die Litteratur ist berücksichtigt und in einer Liste zusammengestellt.

Die Fälle werden eingetheilt in »partielle Darmausschaltungen« (einfache Enteroanastomosen) und »totale Ausschaltungen« (Operationen mit Trennungen des auszuschaltenden Darmes und Einnähung seiner Schnittöffnungen in die Wunde). Von der ersten Gruppe werden 18, von der zweiten 16 Operationen mitgetheilt. Die Indikation zur Operation bestand stets in Darmstenosenerkrankungen, meist verbunden mit Geschwulstbildung. Die letztere war in der Mehrzahl der Fälle auf das Ileocoecum lokalisiert, und haben die tuberkulösen Erkrankungen das Übergewicht. Doch fehlt es auch nicht an Carcinomen, postappendicitischen fistulösen Affektionen etc. Der Entschluss zu diesen Operationen kann meist erst dann stattfinden, wenn nach Eröffnung der Bauchhöhle und vorgemommener Orientierung es sich herausstellt, dass eine radikale Exstirpation bzw. Resektion nicht möglich ist. Über die Wahl zwischen einfacher Enteroanastomose und Darmausschaltung sind keine präzisen Vorschriften möglich. Besitzt die zu Grunde liegende Darmerkrankung nicht zu große Dimensionen, verspricht, wenn dieselbe entzündlicher Natur ist, eine medikamentöse Einwirkung einen Erfolg, und scheint der Kranke dem schwereren Eingriffe der Ausschaltung gewachsen, so wird diese am Platze sein. Liegt aber eine bösartige Neubildung vor, sind Drüsenmetastasen da und beengt die Neubildung den Darm ringförmig bis zur Undurchlässigkeit, so wirkt schon die einfache Enteroanastomose ausgezeichnet. Die durch die Operationen ausgeschalteten Darmtheile waren sehr verschiedene. Bei den 18 einfachen Anastomosen wurden Ileum und Colon ascendens 7mal, Ileum und Colon transversum 6mal mit einander verbunden; 2mal fanden doppelte Anastomosen statt; auch am Colon descendens, S romanum und Mastdarm wurde operirt. Bei den 16 totalen Ausschaltungen wurden 16mal Ileum, 14mal das Coecum, 16mal das Colon ascendens ganz oder zum Theil, 2mal das Colon transversum, 1mal die Flexura lienalis ausgeschaltet. Die Länge der ausgeschalteten Darmenden war sehr verschieden. Die Maxima sind: 2 m und 2 m 10 cm, davon gut 50 cm Dickdarm. Bis auf 2 Fälle, wo das Ileum seitlich ins Colon eingepflanzt wurde, wurden die Därme stets durch seitliche Apposition zusammengefügt, und zwar meist mittels Seidennaht, nur 8mal Behufs Operationsbeschleunigung mit dem Murphyknopf. Die ausgeschalteten Theile wurden meist so versorgt, dass eine proximale und distale Fistel angelegt wurde; und zwar wurde der orale Stumpf unten, der aborale oben in den Wundwinkel gesetzt. Im weiteren Verlauf dienen diese Fisteln der Sekretion der ausgeschalteten Stücke als Entleerungsöffnungen, werden auch von Kothsteinen, Fruchtkernen etc. zum Austritt benutzt. Dergleichen lässt sich durch sie dieses Darmstück spülen — mit Kal. hypermanganicum, Salicyl, Sodalösung, Jodoformglycerin, gewöhnlich aber nur mit lauwarmem Wasser. Bei an Qualität und Quantität sehr wechselnder Sekretion pflegen die entzünd-

lichen Schwellungen dieser Darmtheile gut zurückzugehen, weicher, unempfindlich und auch wohl beweglich, bezw. für eine Sekundärextirpation geeignet zu werden. Von den 34 Operationen endeten 7 (6 Enteroanastomosen, 1 Ausschaltung) an direkten Operationsfolgen (Pneumonie, Perforationsperitonitis), 6 an indirekten Folgen tödlich. Der nächste therapeutische Erfolg ist der, dass 1—2 Tage nach der Operation sich bereits Stuhl einstellt, die Koliken nicht mehr wiederkehren und keine gesteigerte Peristaltik mehr besteht. Dann schwindet das Fieber, die Geschwulst wird schmerzfrei, das Gewicht nimmt bei stark gesteigertem Appetite zu. Der definitive Ausgang ist aber dem verschiedenen Grundleiden entsprechend sehr ungleich; Lungenphthise, Darmgeschwüre, das weiter wachsende Carcinom kommen hier in Betracht. R. theilt mit, dass von den 18 Enteroanastomosirten 3 noch bestimmt am Leben sind; davon sind 2 ganz wohl, bezw. arbeitsfähig, der dritte bedarf Krankenpflege. Von den Pat. mit totaler Ausschaltung leben sicher 7 (4 ganz wohl resp. arbeitsfähig, 3 unter Krankenpflege). Hinzuzufügen wäre noch, dass bei den Operirten beide Geschlechter gleich oft betroffen waren; sie waren meist in jüngeren und mittleren Jahren, nur 2 über 50 Jahre alt. Die Fisteln der nach Ausschaltung Geheilten pflegen sich mit der Zeit unter Bildung nur kleiner Darmprolapse einzusiehen, zu verengern, ja sich z. Th. spontan zu schließen. Auch nach abgeschlossener Heilung ist die Sekretmenge sehr wechselnd, so dass mancher Pat. täglich, andere nur alle 14 Tage sich verbinden müssen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

44) **E. Payr.** Ein gut funktionirender Verschlussapparat für den sacralen After nach Resectio recti.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 594.)

Der Apparat, den P. hier beschreibt und abbildet, ist nach dem Princip der T-Binde gemacht: an einen cirkulären Leibgurt ist vorn und hinten ein zwischen den Beinen durchgehender Gummischlauch aufgehängt, welcher die genau dem sacralen After anmodellirte, aus feinem Gummi gearbeitete Schlusspelotte trägt. Damit die Bandage nicht herunterrutscht, ist mit ihr ein hosenträgerartiger Haltapparat verbunden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

45) **M. M. Krjnkow.** Zur Frage von der operativen Behandlung der traumatischen Milzverletzungen.

Diss., St. Petersburg, 1901. 130 S. (Russisch.)

K. bringt 4 Fälle aus dem Obuchowhospitale in Petersburg; einer wurde von ihm, drei von Zeidler operirt. 1) Frau, 31 Jahre alt, war von ihrem Manne geprügelt worden. Symptome von Peritonitis und Flüssigkeitsansammlung im Bauche; keine ausgeprägte Anämieerscheinungen. Laparotomie 42 Stunden nach dem Trauma; im Bauche viel flüssiges Blut mit Gerinnseln; es wurden eine Cyste im rechten Eierstocke und eine 3fingerdicke rechte Tube gefunden und diese Adnexe entfernt; an der konvexen Fläche der Milz ein 3 cm langer und 1 cm tiefer blutender Riss. Schnitt parallel den linken Rippen, Tamponade des Milzrisses, so wie des Beckens; Schluss der Wunde in der Medianlinie. Im weiteren Verlaufe wurde nach 8 Tagen ein Abscess im hinteren Scheidengewölbe eröffnet, nach 12 Tagen ein zweiter in der seitlichen Bauchwunde und ein subdiaphragmatischer über der Milz (mit Resektion der 10. Rippe). Auch weiterhin dann und wann Temperatursteigerungen. Nach 3 Monaten geheilt entlassen. — 2) Pat., 17 Jahre alt, Schusswunde des Bauches und der Brust. Einschuss über der 7. linken Rippe etwas nach innen von der Mammillarlinie. Operation nach 3 Stunden. Erweiterung der Wunde; sie geht durch den unteren Pleuraraum und das Zwerchfell; durch letzteres ist ein Stück Netz vorgefallen, das amputirt wird. Naht dieser Wunden. Laparotomie; im Bauche viel Blut; zweiter Schnitt nach links. Milz durchschossen; heiße Luft (Holländer's Apparät) stillt die Blutung nicht. Tamponade der Milzwunde. Nach 5 Tagen werden durch Punktion aus der linken Pleura 25 ccm seröse Flüssigkeit entfernt; nach 11 Tagen Resektion der 10. Rippe und

Entleerung eines subdiaphragmatischen Abscesses über der Milz; nach 25 Tagen 130 ccm serösblutiger Flüssigkeit aus der linken Pleura punktiert; nach weiteren 18 Tagen neue Punktion; 4 Tage später wieder 170 ccm. Nach $2\frac{1}{2}$ Monaten geheilt. — 3) Pat., 30 Jahre alt, mit mehreren Stichwunden; 2 davon im 7. und 8. Interkostalraum, 4—5 cm lang mit Netzvorfall. Operation nach 3 Stunden. Beide Wunden werden durch einen Schnitt vereinigt; im Zwerchfell gleichfalls 2 Wunden. Der Schnitt wurde von oben nach unten durch die Bauchwand 12 cm weit geführt; er verlief am äußeren Rande des M. rectus. Brust- und Bauchraum geöffnet, Netz zurückgezogen. Wunde im Colon transversum, wird genäht; am Milzrande, vor dem Hilus, eine Schnittwunde, vorn 2 cm lang, hinten etwas kürzer; die Blutung wird durch 3 Nähte gestillt. Naht des Zwerchfells und der Brustwunde. Tampon in den Bauch über die Milz. Nach 12 Tagen Punktion der linken Pleura, 150 ccm seröser Flüssigkeit. Nach 52 Tagen geheilt. — 4) Frau, 30 Jahre alt, mehrere Stichwunden. Eine Wunde im 6. linken Interkostalraume in der Axillarlinie; eine zweite im 8. rechten. Bewusstlos. Operation nach $3\frac{1}{2}$ Stunden. Schnitt links von der Wunde zur Mittellinie, dann nach unten am äußeren Rectusrande, durch das Zwerchfell bis zu dessen Wunde, wo ein Stück vorgefallenen Netzes amputirt wird. Große Milzwunden; die versuchte Naht hält nicht; Splenektomie. Wunde rechts erweitert; Hämopneumothorax; wegen großer Schwäche oberflächliche Untersuchung. Tod nach $1\frac{1}{2}$ Tagen. Sektion: rechts geht die Wunde durch das Zwerchfell und 1 cm tief in den rechten Leberlappen. Todesursache: Anämie.

Aus der Litteratur bringt dann K. 40 Fälle von unkomplizierter subkutaner Milzruptur, 8 Fälle von Milzruptur complicirt durch Verletzung anderer Organe, 2 Fälle, wo perforirende gerissene Bauchwunden hinzu kamen, und 3 ungenau beschriebene Fälle von Milzruptur. Dann kommen Schussverletzungen der Milz: 2 nicht complicirte, 8 complicirte. Endlich Stich-Schnittwunden: 1 unkomplizirte und 2 complicirte. Ausführlich werden das Krankheitsbild und die Behandlungsmethoden geschildert; angezeigt ist, natürlich, möglichst frühzeitige Laparotomie. Zum Schlusse kommen 15 Thierexperimente — Stillung der Blutung aus Milzwunden durch Naht und Hitze. Das beigefügte Litteraturverzeichnis bringt 97 Nummern. In einer Anmerkung wird ein von Zeidler mit gutem Erfolge operirter Fall von traumatischer Blutcyste der Milz (nach Schlag entstanden) mitgetheilt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

46) M. L. Harris und M. Herzog. Über Splenektomie bei Splénomegalie primitive (Anaemia splenica).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 567.)

Verff. berichten über 2 in der Chicagoer Poliklinik mit Erfolg bei Splénomegalie primitive vorgenommene Milzextirpationen. In Fall 1 handelt es sich um ein 22jähriges Fräulein, deren Milzschwellung schon im 13. und 14. Lebensjahre gefunden war, und welche wiederholt an Magenblutung gelitten hatte. Ihre Haut war bräunlich pigmentirt, der Blutbefund bestand in Herabsetzung des Hämoglobingehaltes (40%), während echte Leukämie so wie Malaria Parasiten fehlten. Die Heilung der Operation verlief ohne Zwischenfall, doch bei febrilen Temperaturen (Angaben nach Fahrenheit). Nach derselben »außerordentlich starke Zunahme an Blutkörpern, rothen sowohl als weißen«. Nach 6 Monaten große Abnahme an Erythrocyten und endliche Rückkehr der Leukocyten zu normaler Zahl. Starke Gewichtszunahme, binnen 3 Monaten um 25 Pfund. Das Blutbrechen kehrte nach 4 Monaten noch 1mal wieder, veranlasste aber keine längere Erkrankung. Die letzte Untersuchung, 20 Monate nach der Operation, zeigte Pat. etwas blass, sonst aber blühend und gesund, die bräunliche Pigmentirung fast geschwunden. — Fall 2, ein 47jähriger Handlungsreisender hatte binnen 9 Monaten vor dem Spitals-eintritt unter Übelkeit, Leibschmerzen, Appetiteinbuße 30—40 Pfund verloren. Große Schwäche, Milzschwellung. Blutbefund ähnlich wie in Fall 1. Die Splenektomie heilte glatt. Eine wesentliche Blutbefundsänderung danach wurde im

Spitale nicht nachgewiesen, doch verließ Pat. dasselbe mit 15 Pfund Gewichts-gewinn am 25. Oktober 1900 und ist »seitdem«, Nachrichten zufolge, gesund und berufsfähig.

Verf. erläutern diese Fälle dahin, dass eine primäre Milzkrankung die Blutbeschaffenheit geändert habe. Die anatomisch-histologische Milzuntersuchung ergab eine wesentliche Vermehrung der Lymphendothelien. Nimmt man an, dass diese Zellen erythrolytisch, blutkörperchenzerstörend wirken, so erhält man eine Aufklärung, warum in solchen Fällen die Splenektomie heilsam sein kann. Verf. stützen sich bei dieser Theorie, die in Deutschland im Allgemeinen wohl noch fremdartig berühren dürfte (Ref.), auf eine Reihe neuerer litterarischer Arbeiten (18), größtentheils ausländischen Ursprunges. Sie zählen bereits 17 Splenektomien bei Anaemia splenica auf, von denen nur 4 tödlich endeten.

Eine makroskopische und 4 mikroskopische Abbildungen der Milzpräparate sind beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

47) **N. N. Michailow**. Ein Fall von Leberneuralgie, die Cholelithiasis simulirte.

(Klinisches Journal 1901. No. 1. [Russisch.])

Eine 19jährige nervöse und hysterische Frau erkrankte im Beginne der ersten Schwangerschaft an Gelenkschmerzen, die erst für rheumatische gehalten wurden; dann traten Schmerzen in der Lebergegend auf, die alle typischen Symptome der Gallensteinikoliken aufwiesen. Da alle inneren Mittel erfolglos blieben, wurde die Laparotomie gemacht, doch Leber und Gallenblase normal gefunden; auf jeden Fall wurde letztere in die Wunde genäht. Heilung mit Nahteiterung. Die Schmerzen in der Lebergegend waren sofort nach der Operation verschwunden. Die richtige Diagnose wurde erst später gestellt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

48) **A. Müller (Wetzikow)**. Über einen ungewöhnlichen Verlauf nach Gallenblasenoperation.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. No. 9.)

Verf. operirte eine Frau mit einer riesigen Geschwulst, die er als Hydrops der Gallenblase auffasste, nachdem Pat. wiederholt schwere Koliken durchgemacht hatte. Er stieß auf eine mit den Nachbarorganen vielfach verwachsene, enorm dilatirte Gallenblase und nähte ihre Vorderwand in die Bauchdecken ein. Am folgenden Tage trat heftiges Erbrechen galliger Massen, eine völlige Entleerung des riesigen Gallenblasensackes und gallig gefärbter Stuhl ein. Es blieb fraglich, ob die bei der Laparotomie bewirkte Verlagerung der Geschwulst eine Knickung des Gallenblasenhalses beseitigt hatte, oder welcher andere Umstand den Rückgang der Gallenstauung zur Folge gehabt hatte. Die Frau genas, indem sich die Bauchwunde durch Granulationen glatt schloss.

P. Stolper (Breslau).

49) **Chapot-Prévost (Rio de Janeiro)**. Un nouveau procédé de résection du foie.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 4.)

Bei einer Doppelmisbildung, einem Thoracoxiphopagen, dem Schwesternpaar Rosalina-Maria, machte ein junger Chirurg den Versuch der Trennung beider Individuen, weil das Röntgenbild annehmen ließ, dass nur der Schwertfortsatz und die äußeren Weichtheile die verbindende Brücke bildeten. Bei der Operation stellte sich heraus, dass man sich getäuscht hatte: eine breite Leberbrücke verband die beiden Geschwister auch innerlich. Unter diesen Umständen stand der Operateur von der Trennung ab wegen der Gefahr der Verblutung aus der Leber. Die Operation hatte keine nachtheiligen Folgen. Eine spätere Röntgenphotographie ließ übrigens deutlich die Verlöthung der beiden Leberorgane erkennen.

bemerkbar gemacht hätte. Der Draht bleibt bei dieser Methode dauernd in der Wunde und verhindert eben dadurch einen Rückfall. Die Menge des verwandten Goldes ist nur eine geringe und dem entsprechend der Preis. Seit der Zeit jener Veröffentlichungen ist die Zahl der so in der Klinik behandelten Unterleibsbrüche auf 120 gestiegen, und sie haben alle das gleich gute Resultat ergeben.

Gleichzeitig aber hat sich Prof. Tansini weiter bemüht, jede auch geringste Infektionsmöglichkeit bei der Operation zu vermeiden, sie

Fig. 1.



Fig. 2.

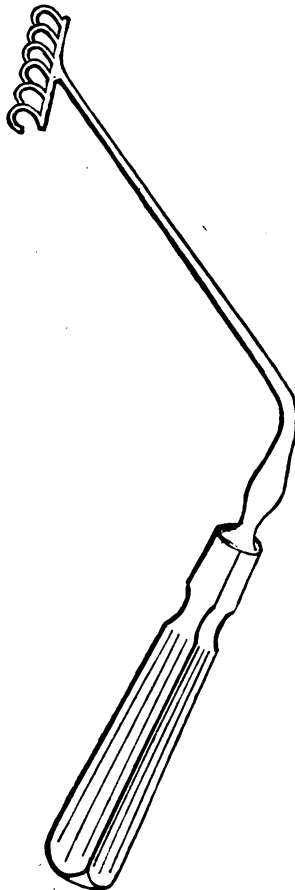
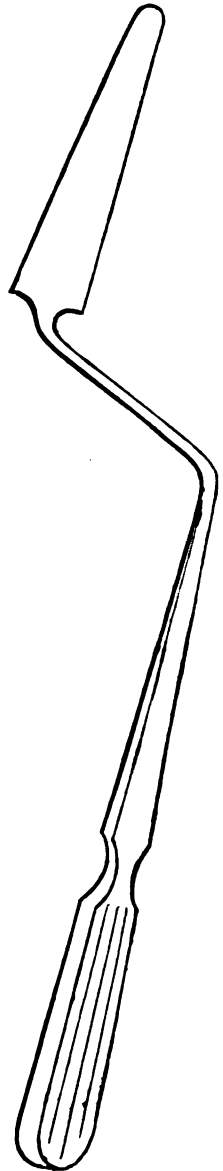


Fig. 3.



mit einer geradezu idealen Asepsis auszuführen. Da weder die genaueste Reinigung der Hände, noch der Gebrauch von Handschuhen solche garantiren können, hat er daher seit Anfang v. J.

erreicht, unter Verwendung besonderer Instrumente die Berührung der Wunde nicht nur durch die Hände der Assistenten mehr und mehr zu vermindern, ja ganz zu vermeiden, sondern dies auch dem Operateur selbst ermöglicht, indem er für die Operation der Hernien verschiedene Instrumente hat konstruiren lassen, welche gestatten, dieselbe mit Hilfe nur eines Assistenten und ohne Berührung der Wunde durch die Finger auszuführen. So wird der Samenstrang nicht mehr einem Assistenten anvertraut, sondern durch einen Haken (Fig. 1 in halber natürlicher Größe) gepackt und durch dessen Gewicht (146 g) in der für die Bassini'sche Operation nöthigen Entfernung vom Operationsfelde gehalten. Die Ränder der Aponeurose des Obliquus externus, die den gewöhnlichen Haken oder den Fingern der Assistenten entschlüpften und zuweilen irrthümlich von der Nadel des Operateurs angespießt wurden, werden jetzt durch zwei specielle Haken (Fig. 2, halbe natürliche Größe), die ihrerseits durch die Biegung des Schaftes und durch ihr eigenes Gewicht (250 g) ganz von selbst funktioniren, aus einander gehalten und gut geschützt.

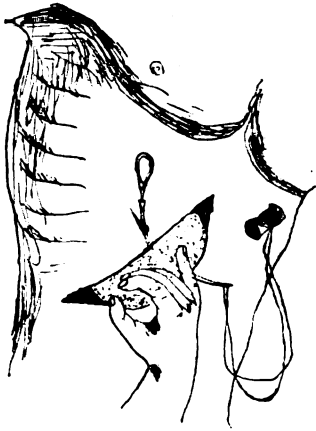
Ein in Fig. 3 (halbe natürliche Größe) wiedergegebener Spatel endlich dient zum Herunterdrücken der unteren Partien und verhindert, dass dieselben von der Nadel verletzt werden, während er gleichzeitig dieser das Erfassen des Poupart'schen Bandes erleichtert. Die Hand des Assistenten, die den Spatel halten muss, wird durch dessen Länge und die Form seines Griffes weit genug vom Operationsfelde abgehalten, so dass jegliche Berührung wegfällt.

Diese Instrumente verwendet also Prof. Tansini seit dem verflossenen Jahre und ist mit ihnen so zufrieden, dass er sie bestens empfiehlt; sie schließen die Berührung der Wunde durch die Hände der Assistenten aus, vermindern die Zahl der letzteren und ermöglichen im Nothfalle selbst die Zuhilfenahme eines beliebigen, gerade anwesenden Arztes; sie erleichtern die Operation und tragen dazu bei, diese in kürzerer Zeit und zuverlässiger auszuführen.

Die gleiche Idee kann auch bei allen anderen Operationen Anwendung finden, und folgt in der That Prof. Tansini schon seit längerer Zeit diesem Grundsatz, wie dies auch von Prof. König (Berlin) seit dem vorigen Jahre empfohlen und geübt wird.

Wie bereits gesagt, sind jetzt 120 auf einander folgende Fälle mit den vorerwähnten Instrumenten unter Verwendung des Golddrahtes behandelt worden, ohne dass auch nur in einem einzigen derselben, sei es unmittelbar, sei es später, Eiterung oder ein Recidiv beobachtet wäre.

C.-P. ersann nun eine neue Methode für die Blutstillung größerer Leberwunden und erprobte sie an 8 Hunden, einem Ziegenbocke und an 2 menschlichen Leichen. Diese Experimente ließen mit Sicherheit einen Erfolg erwarten auch an den Doppelmenschen. Verf. schildert sie mit sehr anschaulichen Abbildungen. Sie besteht im Wesentlichen darin, dass er eine Gazerolle an einem Doppelfaden befestigt, den er mittels sichelförmig gekrümmten Trokars durch die Bauchdecke, die in die Laparotomiewunde vorgezogene Leber und weiterhin durch die Rippenwand im Bereiche des rechten unteren Rippenbogens hindurchzieht. Er sticht also den Trokar durch die Brustwand, dann durch die Leber, schließlich durch die Bauchwand und nimmt in das Nadelöhr an der Spitze des Trokars die Fäden auf, um sie zurückzuziehen. 2 solche starke Doppelfäden genügen, um die Leber an das vernähte Peritoneum der Bauchwand heranzuziehen und die Blutstillung zu bewirken. Die Hautwunde wurde vollständig geschlossen. Der eine Theil des Doppelgebildes, Rosalina, überstand die Operation glücklich. Maria, die andere, aber starb am 6. Tage nach der Operation an Pleuritis; es war auch die



Pleura eröffnet worden. Die Obduktion lehrte indess, dass auch hier diese Methode der Blutstillung der Leberwunde vollauf ihre Schuldigkeit gethan hatte, obwohl 3 große Gefäße in der Schnittfläche der durchtrennten Leberbrücke lagen.

P. Stolper (Breslau).

50) Grandmaison. Périgastrite et cancer de la tête du pancréas ayant simulé un épithélioma de l'estomac.

(Méd. moderne 1901. No. 11.)

Der 62jährige Mann erkrankte im März 1900 mit leichtem Ikterus ohne sonstige Beschwerden. Im Mai bekam er häufiges und langdauerndes Erbrechen, ohne Schmerz in der Magengegend, stets lange nach dem Essen, nur Speisen herausbefördernd. Rapide Abmagerung.

Er ist sehr abgemagert und hochgradig kachektisch, Haut, Sclerae und die Unterfläche der Zunge ausgesprochen ikterisch. Nur kleine Mengen Milch werden genommen. Kein Erbrechen. Stuhl thonfarbig. Leber sehr vergrößert, aber weich und ohne Resistenzen; Gallenblase nicht zu fühlen. Im druckempfindlichen Epigastrium ist eine über 5Franksstückgroße Dämpfung und eine höckerige, unregelmäßige Geschwulst oberflächlich zu fühlen. Supraclaviculardrüsen nicht vergrößert. Im Urin etwas Eiweiß.

Diagnose: Carcinoma ventriculi.

Seit 6. August unstillbare, bald blutige Durchfälle. Tod am 2. September 1900.

Die Obduktion ergibt überraschenderweise, abgesehen von einem alten, vernarbten Magengeschwür und starken perigastritischen Adhäsionen, keine Spur von Veränderung am Magen, dagegen ein großes, weiches Carcinom des Pankreas-kopfes mit Metastasen der regionären Drüsen. Leber und Milz vergrößert, aber beide frei von Metastasen.

Die Stellung einer richtigen Diagnose war nach G.'s Ansicht in diesem Falle unmöglich.

R. v. Hippel (Kassel).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 36.

Sonnabend, den 7. September.

1901.

Inhalt: G. de Francisco, Über die Verwendung des Golddrahtes und einiger neuer
Instrumente bei der Radikaloperation der Hernien. (Original-Mittheilung.)

1) Ponfick, Topographischer Atlas der med.-chir. Diagnostik. — 2) v. Leyden und
Klempner, Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. — 3) Sajous, En-
cyclopädie der Medicin. — 4) Kocher und de Quervain, Encyclopädie der Chirurgie.
— 5) Le Dentu und Delbet, Klinische Chirurgie. — 6) Bretz, Wundvereinigung. —
7) Bock und Hasenknecht, Kriegschirurgen und Feldärzte der ersten Hälfte des 19. Jahr-
hunderts. — 8) Nimier und Lavaf, Behandlung der Krlegsverwundungen. — 9) Fischer,
Kriegschirurgische Operationen. — 10) Deeleman, Gewehröl und Panaritium. —
11) Moingard, Blutstillung im Felde. — 12) Makins, Chirurgische Erfahrungen in
Süd-Afrika. — 13) Küttner, Das Vereinslazarett des rothen Kreuzes auf dem chinesischen
Kriegschauplatze.

14) Senn, Erfahrungen aus dem spanisch-amerikanischen Kriege. — 15) Matignon,
Die Belagerung der französischen Gesandtschaft in Peking. — 16) Péralre, Gehirnschuss.
— 17) Clark, Nasenverschönerung.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Palermo.
Direktor: Prof. Dr. J. Tansini.)

Über die Verwendung des Golddrahtes und einiger neuer Instrumente bei der Radikaloperation der Hernien.

Von

Dr. G. de Francisco,
Assistenzarzt.

Im vergangenen Jahre habe ich im Centralblatt für Chirurgie
No. 7 und in der Deutschen med. Wöchenschr. No. 31 die neue Naht
besprochen, die Prof. Tansini bei der Radikaloperation der Hernien
anwendet, und dabei auf die überaus guten Resultate, die mit dieser
neuen Methode in 50 Fällen erzielt worden, aufmerksam gemacht.
In allen 50 Fällen wurde vollständige Heilung per primam ohne
irgend welche Störung erreicht, und verließen die Pat. nach 14 Tagen
das Bett, ohne dass sich im Verlaufe der Zeit Eiterung oder ein Recidiv

1) **E. Ponfick.** Topographischer Atlas der medicinisch-chirurgischen Diagnostik. 1. Lieferung.

Jena, Gustav Fischer, 1901.

Vor mehr als 50 Jahren hat Pirogoff seinen großartigen topographisch-anatomischen Atlas herausgegeben, der wesentlich aus Durchschnitten gefrorener menschlicher Körper bestand und normale wie pathologische Befunde in sich schloss, die durch Kupfertafeln wiedergegeben waren. Der Atlas hat bei uns keine große Verbreitung gefunden und ist längst vergriffen. An seine Stelle tritt jetzt der neue, kolorirte Atlas P.'s, der, auch aus Durchschnitten gefrorener Leichen bestehend, nur pathologische Zustände wiedergibt, diese aber wesentlich in Rücksicht auf die Lageveränderung, welche ein Krankheitsprocess in dem befallenen Organ, wie in seiner näheren und ferneren Umgebung hervorruft. Verf. hat die Absicht, dem jungen Diagnostiker und dem angehenden Operateur eine Folge von Blättern in die Hand zu geben, von denen ihm jedes einzelne als Richtschnur für eine Krankheit, oft gleichzeitig für mehrere dienen kann dadurch, dass es sich als unmittelbares Vergleichsobjekt verwerthen lässt. Es handelt sich bei der Auswahl der dargestellten Krankheitsfälle auch nicht um Curiosa, sondern um eine Wiedergabe typischer Dislokationen, wie sie dem Arzte bei den verbreitetsten Leiden oft vor Augen kommen. Die meisten Abbildungen sind in der Größe des Originals, nur einige in $\frac{2}{3}$ -Größe wiedergegeben, um so ihre Benutzung bei analogen Fällen des Lebens besonders zu erleichtern.

Es ist beabsichtigt, den Atlas in 5 Lieferungen zu je 6 Tafeln erscheinen zu lassen (die Lieferung zu 12 \mathcal{M}), deren jeder ein Deckblatt beigegeben ist, das eine detaillirte Figurenerklärung in lateinischer Sprache bringt, während die Tafeln selbst nur die farbige Nachbildung des Originals darstellen. Außerdem ist jeder Tafel eine ausführliche Darstellung des Verlaufes der dargestellten Krankheit, so wie des allgemeinen und örtlichen Leichenbefundes in deutscher, englischer und französischer Sprache beigegeben.

Hochinteressant ist gleich die erste Tafel, die auf einem Frontalschnitt die gewaltigen Verschiebungen darstellt, welche alle Organe der Herz- und Bauchhöhle bei Pneumothorax erleiden. Auf der zweiten Tafel — Horizontalschnitt durch den unteren Theil des Brustkorbes bei rekurrirender Endokarditis — treten als ganz besonders auffallend die durch allgemeinen Hydrops zu 2—3 cm breiten sulzig-gallertigen Schichten aufgeschwollenen alten pleuritischen Schwarten ins Auge, in denen sich hier und da cystenartige flüssigkeitsgefüllte Räume finden, an Stellen, wo es nicht zu Verwachsungen zwischen den Pleurablättern gekommen war. Tafel 3 giebt den medianen Sagittalschnitt durch Bauch- und Beckenorgane bei Colloidkrebs des Bauchfells, wobei letzteres in mehr oder weniger dicke, höckrige Platten

umgewandelt, die Bauchhöhle aber durch Flüssigkeit stark ausgedehnt erscheint, die zum größten Theile hinter der vorderen Bauchwand angesammelt ist, vielfach aber auch in unregelmäßigen Hohlräumen und Spalten mit isthmusartigen und mannigfach verschlungenen Zugängen sich befindet, die zwischen den Vorsprüngen und Wülsten der Därme und der verdickten Netzplatten bestehen. Tafel 4 giebt das Bild einer Cirrhosis hepatis mit ihren Folgen, Tafel 5 einen Horizontalschnitt durch die Oberbauchgegend bei Krebs des Magens und der epigastrischen und extraperitonealen Lymphdrüsen, Tafel 6 endlich einen Horizontal- und einen lateralen Sagittalschnitt durch Schädel und Gehirn bei einem Abscess der rechten Schläfengegend.

Dieses Doppelbild erweckt den Wunsch, es möchten auch bei den folgenden Tafeln solche Schnitte in verschiedenen Körperebenen häufiger zur Abbildung kommen, weil damit die topographischen Verhältnisse doch weit vollständiger klar gelegt werden, als bei Berücksichtigung von nur 2 Dimensionen. Doch dürfen wir für das Gegebene dankbar sein und wollen nur hinzufügen, dass die Ausführung der Originale durch Dr. Loeschmann und deren Wiedergabe durch die Fischer'sche Verlagsanstalt hohen Ansprüchen voll genügen.

Die 2. Lieferung soll in kürzester Zeit erscheinen.

Richter (Breslau).

2) **C. v. Leyden** und **F. Klemperer**. Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts; in akademischen Vorlesungen. Liefg. 4—12.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1901. Mit Illustrationen und Tafeln.

Auf meine erste kurze Besprechung der hier erscheinenden Sammlung von Vorträgen hinweisend, füge ich derselben hinzu, dass in den neu erschienenen Lieferungen sich eine Anzahl hoch interessanter Artikel aus dem gesammten Gebiete der klinischen Medicin befinden, mit Ausnahme allerdings der Chirurgie, aus der indess auch Arbeiten in baldige Aussicht gestellt sind. Es ist hervorzuheben, dass namentlich der Therapie alle Aufmerksamkeit geschenkt ist.

Richter (Breslau).

3) **Sajous**. Annual and analytical cyclopaedia of practical medicine. Bd. IV—VI.

Philadelphia, New York, Chicago, 1899—1901.

Mit dem VI. Bande ist die amerikanische Encyclopädie zu Ende geführt. Dass dieselbe in Deutschland eine größere Verbreitung finden wird, ist kaum anzunehmen, da wir ähnliche Werke, aber von wissenschaftlicherem Werthe, in genügender Zahl besitzen.

Richter (Breslau).

4) **T. Kocher** und **F. de Quervain**. Encyklopädie der gesamten Chirurgie. Liefg. 2—9.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1901. Mit zahlreichen Abbildgn.

Die Encyklopädie, bis zum Stichwort Erysipelas stetig vorgeschritten, zeigt bei vollster Wissenschaftlichkeit vor Allem das Bestreben, dem Arzt genaue Anweisungen für sein praktisches Wirken zu geben. Es wird geleistet, was auf dem verhältnismäßig beschränkten Raum nur gewährt werden kann, und wird das vollendete Werk der deutschen Chirurgie Ehre machen. Die Abbildungen sind einfach, aber durchaus klar.

Richter (Breslau).

5) **Le Dentu et Delbet**. Traité de chirurgie clinique et opératoire. Tome dixième.

Paris, Baillière et fils, 1901. 1334 S. 333 Abbildgn.

Dieser letzte in 2 Abtheilungen erschienene Band des seit 1896 im Erscheinen begriffenen Sammelwerkes beendet die Krankheiten der männlichen Geschlechtstheile (Sebileau), behandelt die der weiblichen Genitalien (Pichevin, Schwartz, Le Dentu und Bonnet) und schließt ab mit einem Kapitel über die Chirurgie der Extremitäten (aus der Feder von Mauclaire), das sich hauptsächlich mit orthopädischen Erkrankungen beschäftigt. Ein alphabetisches Inhaltsverzeichnis über alle 10 Bände gestattet eine rasche Orientirung.

So besitzt jetzt Frankreich 2 große Chirurgen, die den modernen Stand dieser Wissenschaft repräsentiren und die, ihre Grenzen weiterziehend, als dies in Deutschland der Fall ist, die Augenheilkunde und das ganze Gebiet der Gynäkologie mit umschließen. Wie schon der Titel anzeigt, beschäftigt sich das eben abgeschlossene Werk auch ausführlicher als es sonst die Franzosen in ihren chirurgischen Lehrbüchern thun, mit der Operationslehre und ist somit von einer Vollständigkeit, die, bei der Güte der meisten Abschnitte, den Fleiß und die Tüchtigkeit unserer französischen Kollegen in das beste Licht stellt.

Richter (Breslau).

6) **Bretz** (Indianapolis). A new method for coapting superficial incised wounds.

(St. Louis med. and surg. journ. 1901. März. p. 136.)

Die neue Nahtmethode besteht darin, dass man Heftpflasterstreifen etwas entfernt von den Wundrändern ihnen parallel an jeder Seite der Wunde auf die vorher desinficirte Haut klebt und dann Seidenfäden durch diese Streifen hindurchlegt, statt durch die Haut selbst. Die Vorzüge dieser Methode sollen bestehen in der schmerzlosen Anlegung, der Unmöglichkeit einer Nahteiterung, Fehlen der Stichmarken, Fortfall des Durchschneidens bei Absterben gequetschter Hautränder. Die Vereinigung soll eben so sicher erfolgen, als bei gewöhnlicher Naht.

Lühe Königsberg i/Pr.).

7) **Bock und Hasenknopf.** Die Kriegschirurgen und Feldärzte Preußens und anderer deutschen Staaten in Zeit- und Lebensbildern. II. Theil. Kriegschirurgen und Feldärzte der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (1795—1848). Mit einer Einleitung von Prof. Dr. Albert Köhler.

(Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medicinal-Abtheilung des Kgl. Preuß. Kriegsministeriums. Hft. 18. Mit 17 Portraits, 8 Abbildungen und 7 Tafeln.)

Berlin, Aug. Hirschwald, 1901.

Ein erfreuliches Zeichen in unserer rastlos vorwärts eilenden Zeit ist es, dass vielfach sich Ärzte finden, welche dem Studium der Vergangenheit ihr Auge zuwenden und sich bestreben, zu zeigen, dass es auch ehemals tüchtige Männer gab, auf deren Schultern wir heute stehen. Einem Theile dieser Männer ein Denkmal zu setzen, aere perennius, ist auch die Aufgabe dieser Arbeit, welche eine würdige Fortsetzung des 1899 erschienenen Heftes 13 der »Veröffentlichungen«: Kriegschirurgen und Feldärzte des 17. und 18. Jahrhunderts darstellt. Mit Dank erkennen wir das Verdienst der Medicinalabtheilung des Preuß. Kriegsministeriums an, welche diese Veröffentlichungen ermöglicht, mit Dank aber gedenken wir auch der unermüdlchen Mitarbeit des gerade in dieser Richtung so besonders thätigen A. Köhler.

Der einleitende Abschnitt giebt eine Übersicht über die Kriegereignisse nach dem Tode Friedrichs des Großen, Bekleidung, Behandlung, Verpflegung der Soldaten bis zur Katastrophe 1806 und bespricht in einem weiteren Kapitel die ärztliche Wissenschaft am Ende des 18. Jahrhunderts. Wir erfahren, dass bei dem Kriegszuge nach Holland 1787 von preußischer Seite auf dem Rhein ein schwimmendes Lazarett zur Verwendung kam, und zwar auf Veranlassung des Herzogs Karl Wilhelm Ferdinand von Braunschweig, welches sich sehr gut bewährte. Dieses Lazarett bestand aus 8 Rheinschiffen, die als Lazarettsschiffe eingerichtet waren, nebst 2 weiteren, welche das Personal und Material fortführten. Hospitalbaracken kamen schon 1794 in Frankfurt a/M. zur Behandlung von Typhuskranken zur Verwendung, später auch, 1807, in Königsberg i/Pr.; von deren Aussehen unterrichtet uns eine Zeichnung auf Tafel IV, woselbst auch noch ein Zelt aus dem Jahre 1786 abgebildet ist.

Der zweite Abschnitt ist der Betrachtung der Waffen, Wunden und Wundbehandlung gewidmet, und erfahren wir hier zahlreiche interessante Einzelheiten über die Ansichten der Zeit und ihrer großen Chirurgen hinsichtlich der einschlägigen Verhältnisse. Unter Anderem ersehen wir, dass das seit Ambroise Paré allgemein übliche primäre präventive Debridement, die Entspannung durch Incisionen, welchem noch Larrey und Dupuytren huldigten, von den deutschen Chirurgen, zumal v. Langenbeck und Rust, nach dem Vorgange von Baudens verlassen wurde. Auch die im Großen und

Ganzen noch heute geltenden Grundsätze hinsichtlich der Gefäßunterbindung am Orte der Verwundung und am Orte der Wahl wurden schon damals festgestellt. Auch die Tamponade, schon von Theden geübt, hat zahlreiche Anhänger, worunter auch Larrey zu nennen ist. Letzterem großen Chirurgen gebührt auch die Ehre, den schulgerechten Occlusivverband eingeführt zu haben. Die vielen Wundbalsame der älteren Zeit werden allseitig verlassen. Auch dürfen wir den von Rust geführten Krieg gegen die Charpie als einen Träger miasmatischer und contagiöser Stoffe nicht vergessen. Der cirkulären Einwicklung sehen wir in Dupuytren bereits einen Gegner erstehen.

Diätbeschränkung und Antiphlogose, namentlich durch Aderlässe, kalte Umschläge spielen dagegen noch in unserem Zeitabschnitte eine große Rolle. Reinheit der Luft wird stets gewünscht.

Larrey, v. Langenbeck und Rust wenden den primären Schluss der Hiebwunden durch Naht und Heftpflaster an. Über die accidentellen Wundkrankheiten klären sich allmählich die Ansichten. Starke Meinungsverschiedenheiten herrschen über die Behandlung der Schädelwunden. Der von Pott und Bilguer bei Schädelwunden der Trepanation gegebenen ausgedehnten Verwundung, welcher auch Mursinna noch huldigt, ersteht in Desault ein Gegner, und den von ihm vertretenen Grundsätzen huldigt auch Larrey. Dieser will nur trepaniren bei 1) Eintreiben von Splittern nach innen, so dass Dura und Hirn verletzt sind, 2) oberflächlicher Einkeilung von Kugeln zwischen Splittern, 3) Vorhandensein eines umschriebenen Blutergusses. v. Langenbeck dehnte die Indikationen der Trepanation wieder mehr aus, ohne jedoch so weit zu gehen, wie Rust, der wieder ganz auf Pott zurückkommt. Die Technik der Operation wird besonders von v. Langenbeck ausgebildet.

Ausgiebige Aderlässe übt namentlich Hennen bei penetrirenden Brustwunden neben Erweiterung zu enger Hautöffnungen, zum Entfernen von Fremdkörpern und Aufsuchen blutender Rippenschlagadern, deren Seltenheit aber allgemein angenommen wird. v. Langenbeck und Dupuytren benutzen Kugelzangen, verwerfen aber den Gebrauch von Sonden wegen der möglichen Verletzung der Lungen durch sie. Larrey übt bei diesen Wunden Verschluss mit Heftpflaster und Deckverband, wie auch bei Wunden des Herzens und Herzbeutels.

Auch die penetrirenden Bauchwunden erregen wenig Streit: Verschluss der Wunde (nach v. Langenbeck durch die blutige Naht unter Mitfassen des Bauchfelles), nach vorsichtigem Zurückbringen etwa vorgefallener Eingeweide, gilt allgemein als Grundsatz. Larrey verwirft die Naht, empfiehlt aber die von Lombard eingeführte Darznaht besonders für Verwundungen durch scharfe Waffen und wendet die Kürschnernaht an. v. Langenbeck und Rust geben der Darznaht größere Ausdehnung.

Hinsichtlich des Schussbruches der Glieder verwirft Larrey die Extension und tritt für einen inamoviblen Verband ein. Gefensterete, mit Harzmassen (Styrax) getränkte Leinenstücke werden aufgelegt, darüber ein Bausch Charpie und Kompressen, welche mit einer erhärtenden Mischung von Kampherspiritus oder Bleiwasser und Eiweiß getränkt sind, endlich Strohladen. Für ausgedehnte Anwendung der primären Amputation treten Gräfe, Dupuytren u. A. ein. Obwohl Malgaigne und Velpeau ihre Stimmen dagegen erheben, fordert noch Baudens für jeden Schussbruch des Oberschenkels die primäre Amputation.

Dasselbe gilt für die Gelenkwunden; auch hier folgte auf eine konservativere Strömung unter Larrey eine mehr zu primären Amputationen neigende Richtung des Deutschen Rust und des Franzosen Dupuytren, der bei der Belagerung von Antwerpen und während der Revolutionskämpfe wieder alle Schusswunden der Gelenke mit Amputation behandelte. Im Allgemeinen wird aber die absolute Nothwendigkeit der primären Amputation nach der Indikationsstellung Thomson's übereinstimmend angenommen: 1) wenn ein Glied abgeschossen ist; 2) wenn Knochen oder Gelenke zertrümmert sind; 3) wenn Weichtheile in großer Ausdehnung fortgerissen, Hauptgefäße und Nerven zerrissen und Knochen entblößt sind; 4) wenn durch eine matte Kugel ohne Hautzerreißung Knochen und Weichtheile heftig gequetscht und zerrissen sind, 5) wenn eine Hauptarterie zerrissen und der Knochen zerbrochen ist, 6) wenn Gelenke durchbohrt und die Knochenepiphysen zerschmettert sind.

Hinsichtlich der Operationstechnik erwarben sich v. Langenbeck und Gräfe hohe Verdienste. 1793 machte Goercke die erste Ellbogengelenkresektion wegen Schussverletzung.

Wenn wir so in unserer Zeitepoche die Kriegschirurgie einen außerordentlichen Aufschwung nehmen sehen, so bietet andererseits das Feld-Sanitätswesen leider ein weniger erfreuliches Bild. Doch knüpft sich auch da ein wesentlicher Fortschritt an die Namen Goercke, Gräfe u. A., nicht zu vergessen den umsichtigen Feldintendanten Ribbentrop, welcher mit Ersterem unausgesetzt bestrebt war, Verbesserungen ein- und durchzuführen. So sehen wir nicht nur überall Provinziallazarette erstehen, sondern begegnen auch der Organisation beweglicher — fliegender — Feldlazarette, welchen sich ferner 3 Haupt- und 1 Haupt-Reserve-Feld-Lazarett angliedern.

Am traurigsten sah es mit dem Rücktransporte der Verwundeten aus der Gefechtslinie nach den Verbandplätzen aus, welcher allgemein nur durch die Kameraden erfolgte und auf alle mögliche Art. Besondere Tragen hierzu wurden erst in der hier besprochenen Zeitperiode eingeführt. Goercke führte dazu noch besondere Krankentransportwagen ein, dagegen scheiterte sein mehrfach gemachter Vorschlag, besondere Krankenträger-Kompagnien aufzustellen, stets an dem Mangel an Geld.

Welche hohe Bedeutung der freiwilligen Privathilfe in den Freiheitskriegen zugewiesen war, wissen wir aus dem bekannten Werke Gurlt's; doch wird auch hier ihrer eingehend gedacht. Gleichzeitig gingen mit allen anderen organisatorischen Aufgaben auch die Bestrebungen Goercke's einher, den Stand der Militärärzte, ja der Ärzte überhaupt, zu heben, sowohl hinsichtlich ihres Bildungsstandes als auch ihres äußeren Ansehens.

Spärlich sind die statistischen Mittheilungen aus jener Zeit, doch wurden vom Juli 1813 bis zum März 1814 in preußischen Lazaretten behandelt 133965 Kranke und Verwundete, von denen 84805 geheilt wurden, 15748 starben; die Übrigen sind invalide geworden etc. Der 9. Mann ist gestorben, während Gräfe in den seiner Obhut anvertrauten Lazaretten nur 8% durch den Tod, 3% durch Invalidität verlor.

Die ungünstigen Erfahrungen der napoleonischen Kriege gaben dann später zu weiteren Verbesserungen des Feldsanitätswesens Veranlassung.

Treffliche Lebensbeschreibungen preußischer Feldärzte der Zeit: Mursinna's, Goercke's, Gräfe's und Rust's mit guten Abbildungen schließen die hochinteressante, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmeten Schrift. Hoffentlich haben wir weitere ähnliche Veröffentlichungen aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch zu erwarten, so weit hier schon von Geschichte die Rede sein kann, also etwa einschließlich des Krieges 1870/71 oder bis zur Einführung der Antisepsis.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Anmerkung. Den Verf. scheint eine kleine Arbeit v. Gräfe's aus dem Jahre 1827 unbekannt geblieben zu sein, die in doppelter Beziehung interessant ist: weil sie wohl den ersten Fall glücklicher Konservierung eines Fingers beschreibt, bei dem ein Schuss in der Gegend des ersten Interphalangealgelenkes Knochen und Weichtheile des rechten Zeigefingers so fortgenommen hatte, dass der Rest des Fingers nur noch an einer dünnen Hautbrücke — exkl. Beugesehne — hing, und weil dieser Schuss den 2. Sohn des Königs Friedrich Wilhelm III., den späteren Kaiser Wilhelm I. betraf. Derselbe hatte sich selbst aus unmittelbarer Nähe beim Laden eines Doppelgewehrs jene Wunde zugefügt. Die Heilung gelang so gut, dass der Prinz nach $4\frac{1}{2}$ Monaten mit dem um $\frac{1}{2}$ Zoll verkürzten Finger schon wieder Schreibversuche anstellen und nach etwa $\frac{1}{2}$ Jahre ihn beim Essen, Reiten, dem Gebrauch des Degens wieder voll benutzen konnte.

Richter (Breslau).

8) **H. Nimier et Ed. Laval.** Traitement des blessures de guerre.

Paris, F. Alcan, 1901. 522 S. Mit 52 Abbildungen.

Mit diesem Buche liegt wohl der Abschluss des in 5 Theilen erschienenen Werkes über Kriegschirurgie vor, dessen frühere Ab-

schnitte in diesem Blatte bald nach ihrem Erscheinen besprochen worden sind.

Die Autoren beginnen zunächst mit Feststellung der Verlustgrößen, welche in den letzten Kriegen die Truppen sowohl in Einzelkämpfen wie im Verlaufe des ganzen Feldzuges erlitten haben, um danach zu beurtheilen, wie großartig die Sanitätseinrichtungen und die ärztliche Hilfe zu berechnen sei, die eine Armee mit sich in das Feld führen muss, um den an sie zu stellenden Anforderungen annähernd genügen zu können. Sie behandeln dann die entsprechenden Einrichtungen in der französischen Armee mit häufigen Ausblicken auf die analogen Verhältnisse in Deutschland, namentlich so weit es sich um die Sanitätseinrichtungen der marschirenden und kämpfenden Armee handelt.

Was die von Seiten der Krankenträger zu leistende Hilfe betrifft, so wünschen Verf. diese mit Recht auf das Allernothwendigste eingeschränkt zu sehen; ihre Pflicht ist, die Verwundeten möglichst schnell und auf die schonendste Weise dem Arzte zuzuführen.

Auf dem Truppenverbandplatze ist antiseptisch, nicht aseptisch zu verbinden. Nicht aber soll man etwa einfache Wunden selbst mit Antiseptics ausspülen; diese sollen vielmehr unberührt bleiben, und höchstens in Fällen, bei denen der erste Verband als definitiver, tagelang liegenbleibender anzusehen ist, kann man bei mit einem Gazebausch bedeckter Wunde die Umgebung nach Möglichkeit zu reinigen versuchen; sonst soll man sich, nach Bestäubung der Wunde mit Jodoform, mit deren Bedeckung durch trockene Sublimatgaze und Ruhigstellung begnügen. Schwerverletzte sind schleunigst ohne alle weitere Eingriffe durch Deckverbände zum Transport auf den Hauptverbandplatz fertig zu machen. Dieser aber und die Feldlazarette erster Linie sollen schon hohen Ansprüchen an A- und Antiseptik entsprechen, so dass hier die Regeln der Friedenslazarette zur Ausführung gelangen können. Selbst die Spinalanästhesirung finden wir hier schon empfohlen.

Aus den specielleren therapeutischen Rathschlägen sei nur Einiges hervorgehoben. Primäre Blutungen, die spontan zum Stehen gekommen, soll man, wenn man die verletzte Arterie nicht ganz leicht erreichen kann, in jeder Beziehung in Ruhe lassen. Sekundäre Blutungen kommen ja nur noch selten zur Beobachtung; sie sind durch die häufigen Aneurysmen ersetzt. Auch bei Diaphysenschüssen ist im Allgemeinen Konservative zu beobachten; kommen Ostitis, Osteomyelitis, Eiterungen zur Entwicklung, so sind diese nach den allgemein gültigen Grundsätzen zu behandeln. Ist die Zerschmetterung der Diaphyse so gewaltig, dass sich die Verwundungsstelle anfühlt wie ein Sack voll Nüsse, so soll man wesentlich von der dann im Allgemeinen großen Ausschussöffnung her den Zerschmetterungsherd durchforschen, um danach zu bestimmen, ob man die erhaltende Behandlungsweise noch versuchen kann oder primär amputiren muss, was in jedem Einzelfalle wesentlich durch den Umfang der vor-

gefundenen Weichtheilverletzungen bestimmt wird. Entschließt man sich zur Konservativen, so räume man die völlig freien Splitter aus, drainire und stelle das Glied durch Schienen fest. Der weitere Verlauf und die während desselben eintretenden Zwischenfälle unterliegen weiteren Betrachtungen, wobei die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen ausführliche Besprechung finden. Doch wird dabei stets betont, der Kriegschirurg könne sich nicht an ganz bestimmte Regeln binden, müsse Eklektiker sein und jeden Einzelfall individuell behandeln.

Auch für die Gelenkschüsse gilt die Konservative als Regel; wo es sich dabei um umfangreiche Meta- und Epiphysenzerschütterung handelt, da soll man wohl primär durch umfangreiche Schnitte die ganz freien Knochensplitter, auch das in das Gelenk ergossene Blut entfernen, ohne aber typische Resektionen auszuführen, danach trocken verbinden und das Glied ruhigstellen.

Man sieht, die kriegserfahrenen Verff. huldigen im Allgemeinen den therapeutischen Grundsätzen, wie sie auch bei uns für die Schussverletzungen im Kriege Gültigkeit haben. So auch bei den Schädelchüssen, bei denen — auch den perforirenden — sie mit primären operativen Eingriffen sehr zurückhaltend sind, sich wesentlich mit oberflächlicher Desinfektion und für diese etwa erforderlichen Maßnahmen begnügen, in der Idee, wo es nothwendig wird, später mit Hilfe der Skioskopie zu Geschoss- oder Splitterextraktionen oder zur Eröffnung eines Gehirnabscesses zu schreiten. Aktiv möglichst früh operativ einzuschreiten kann man natürlich sich genöthigt sehen bei Verletzungen der Luftwege am Halse. Aber auch bei starken, intrathoracischen Blutungen rathen Verff. zu möglichst frühem operativem Vorgehen, um die Blutung durch lokale Tamponade wo möglich zum Stehen zu bringen, bezw. durch Herznaht. Eben so aktiv soll bei perforirenden Bauchschüssen verfahren werden. Die Verff. sind der Ansicht, es müsse das Geschick des Arztes und die fortschreitende Verbesserung der officiellen Sanitätseinrichtungen im Stande sein, all die anerkannten Schwierigkeiten, die dieser Indikation im Kriege entgegenstehen, siegreich zu überwinden.

Das Buch ist trefflich, frisch und präcis geschrieben von Kollegen, die Dienst und Leistungen des Feldarztes aus eigener Erfahrung kennen und dabei auf der Höhe der wissenschaftlichen Ausbildung stehen. Es sei dasselbe zum Studium im Original bestens empfohlen.

Richter (Breslau).

9) **H. Fischer.** Leitfaden der kriegschirurgischen Operationen.

(Bibliothek v. Coler Bd. V.)

Berlin, **August Hirschwald**, 1901. 157 S. mit 56 Abbildungen.

Verf. ist der Ansicht, bei der Wundpflege im Felde solle jede auf subjektivem Ermessen beruhende Willkür durch bindende Instruktionen ausgeschlossen sein, und es sollten deshalb die Ärzte

schon im Frieden auf einfache und gesicherte Methoden derselben so eingeübt werden, dass sie in der erdrückenden Noth der Verbandplätze ohne Verzug und ohne Besinnen wissen, welche Hilfe und wie sie diese in jedem einzelnen Falle zu leisten haben. Dazu soll vorliegendes Buch das Material zusammentragen.

Auch der erste Satz des Buches selbst stellt in Aussicht, dass nur von den Aufgaben der Verbandplätze die Rede sein soll. Weiter heißt es hier: auf den Verbandplätzen sollen nur Nothoperationen — Tracheotomien, Unterbindungen, Amputationen und Exartikulationen, die nicht aufschiebbar sind — vorgenommen werden. Dann aber finden wir nicht nur diese, sondern auch die Resektionen, die plastischen Operationen im Gesicht und so manche andere Eingriffe abgehandelt, die auf dem Verbandplatze nie zur Anwendung gelangen, wie auch vom späteren Verlauf der Wunden und ihrer Komplikationen die Rede ist. Das bringt eine Unsicherheit in die Beurtheilung des ganzen Buches. Daneben sind einige Bezeichnungen, die Verf. anwendet, geeignet, zu fehlerhaften Eingriffen Anlass zu geben, so wenn er rath, die einfachen Schusswunden zu tamponiren, womit er, dem Gebrauche entgegen, das einfache Bedecken der Wunde mit Verbandmaterial verstanden wissen will.

Seit Jahrzehnten mit kriegschirurgischen Arbeiten beschäftigt, kennt Verf. ja die Anforderungen, die auch die neueste Zeit auf diesem Felde stellt, sicher nach allen Richtungen auf das Genaueste. Um so mehr ist es zu verwundern, dass so mancher therapeutische Rath hier niedergelegt ist, der zur Zeit nicht mehr gilt, mancher, der einem an anderer Stelle gegebenen widerspricht, mancher endlich, der überhaupt unausführbar ist; so dass dem Ref. der Gedanke kommt, das Buch habe rascher, als es beabsichtigt war, fertig werden müssen, so dass eine letzte Durcharbeitung desselben unterblieben sei. So allein lassen sich auch die leider zahlreich vorhandenen sinnentstellenden Druckfehler entschuldigen, deren schlimmster der mehrfach wiederholte Rath, zu Infusionen unter die Haut, zur Abspülung der Dura mater und zur Ausgießung der Peritonealhöhle 6%ige Kochsalzlösung zu benutzen. Auch die — übrigens sehr einfachen — Abbildungen zeigen derartiges, wie z. B. Fig. 49, wo bei der Beckenstütze die senkrechte Röhre nicht außen am Bein, sondern hinter diesem dem Damm anliegen muss.

Ref. hebt diese Mängel des Buches nur deshalb hervor, weil es ja dem Arzt für seine erdrückende Arbeit auf dem Verbandplatze ein absolut sicherer und genauer Führer sein soll. Das kann es in der That werden, wenn in einer 2. Auflage die Unvollkommenheiten beseitigt sein werden, die diese erste in sich birgt.

Richter (Breslau).

10) **Deelemann** (Dresden). Gewehröl und Panaritium. Eine militärärztliche Studie.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Hft. 2.)

Für die Entstehung der gerade bei Soldaten ähnlich wie bei Köchinnen so überaus häufigen Panaritien hat man gewiss in erster Linie die an den Händen selbst haftenden Eitererreger verantwortlich zu machen, welche jeden kleinen oberflächlichen Substanzverlust benutzen, um in die Gewebe einzudringen. Allein es war schon mehrfach, so auch von Düms, auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, dass das zur Reinigung und Instandhaltung der Gewehre benutzte Gewehröl vielleicht selbst den Infektionsträger abgeben möge. In einer Anzahl Proben der von den Mannschaften benutzten Öle, welche bis zu 5 Monaten alt waren, vermochte D. nun *Staphylococcus pyogenes aureus* und *albus* in Reinkultur zu gewinnen, und erwiesen sich beim Thierversuche diese Kulturen höchst giftig. Besonders reich an bakterienhaltigem Bodensatz zeigten sich Proben, in denen sich dauernd ein Pinsel am durchlochtem Pfropfen befunden hatte. Auch der Säuregehalt zeigte sich in den benutzten pflanzlichen Ölen nach längerem Zeitraume sehr hoch. Daher hält D. es nicht für ausgeschlossen, dass am Gewehr haftendes Öl oder Waffenfett unter Umständen eine stärkere Zersetzung erleiden, und dass die dort freiwerdenden Fettsäurespuren zur Bildung eines Fermentes beitragen können, welches die Ausdehnung der Entzündungserreger bei gegebener Verletzung erleichtern mag. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

11) **Moingeard**. De l'hémostase en campagne; ses moyens; son emploi.

(Arch. de méd. et pharm. militaire 1901. Märzheft. p. 214; Aprilheft. p. 289 und Maiheft. p. 353.)

Die ausführliche Arbeit erstreckt sich auf primäre und sekundäre Blutungen der Kriegsverwundungen und benutzt die vorhandene Litteratur in ausgedehnter Weise. Schließlich kommt Verf. zu dem Schluss, dass im Gefecht die sofortige Blutstillung den Krankenträgern und Sanitätssoldaten zufallen muss. Der Vorschlag, diese in Ausübung der elastischen Umschnürung zu unterweisen, erscheint Verf. nicht gut durchführbar: 1) Sollten diese Sanitätsmannschaften nur Dinge handhaben, welche improvisirt werden können, 2) Gummigegenstände sind dem Verderben beim Aufbewahren sehr ausgesetzt, können mithin im Augenblick des Gebrauches leicht versagen, 3) diese Binden können nur an den Gliedmaßen angewendet werden, 4) da jede Binde zunächst nur einmal benutzt werden kann und mit dem Verwundeten zurückgeschafft wird, muss in den vorderen Linien schnell Mangel eintreten. Der hauptsächlichste Fehler einer elastischen Umschnürung, welcher in fast demselben Grade aber auch der Benutzung der Aderpresse anhftet, hat keine Erwähnung gefunden,

nämlich die dadurch bedingte venöse Blutstauung und aufgebobene arterielle Blutzufuhr, welche bei längerem Anhalten die höchsten Gefahren herbeiführen müssen. Daher sind beide sicher nur dann verwendbar, wenn ärztliche Hilfe voraussichtlich bald erreichbar ist, und das dürfte häufig nicht mit Sicherheit zutreffen. Auch liegt die Gefahr ja nahe, dass elastische oder unelastische Umschnürung von den Krankenträgern viel zu ausgedehnt verwendet werden wird, da diese eine mäßige Blutung von einer gefährlichen nicht werden unterscheiden lernen.

Verf. neigt daher dazu, die Krankenträger in der Ausübung der Digitalkompression am Orte der Wund unterweisen zu lassen, zweifelt aber mit Recht nicht nur an der Möglichkeit länger andauernder guter Kompression auf dem Transport, sondern auch daran, ob die Krankenträger sich im Augenblick der Gefahr daran erinnern werden, dass man eine Blutung anderswo als in der Wunde selbst stillen könne, ein Zweifel, der uns nach unseren eigenen Erfahrungen weniger berechtigt erscheint als die oben geäußerte Furcht vor allzu weit gehender, zu häufiger Anwendung der Umschnürung.

Übrigens scheint nach den Erfahrungen der neuesten Kriege in Cuba und Südafrika die Gefahr der Verblutung aus Gliedmaßenverwundungen nicht allzu groß zu sein, und bei Zerreißen großer Gefäßstämme des Rumpfes und der Körperhöhlen dürften die Aussichten für rechtzeitiges Eingreifen sachverständiger Hilfe überhaupt nur sehr gering sein.

Lilhe (Königsberg i/Pr.).

12) **Makins** (London). Surgical experiences in South Africa 1899/1900.

London, Smith, Elder and Co., 1901. 493 S.

M. hat als konsultirender Chirurg auf dem westlichen Kriegsschauplatze in Südafrika vom 19. November 1899 bis 10. Juli 1900 nach dem Zeugnisse der deutschen Ärzte wohl mehr Verwundete zu sehen Gelegenheit gehabt, als die Übrigen, sogar MacCormac und Treves nicht ausgenommen, die zwar in derselben Stellung, aber nicht so lange Zeit hindurch wirkten. In dem vorliegenden Werke sind die bereits im vorigen Jahrgange des Centralblattes No. 21 und No. 28 besprochenen Aufsätze aus dem Brit. med. Journ. gesammelt und erweitert, da dort namentlich nur die Weichtheilwunden besprochen waren. Doch ist der Vollständigkeit halber eine Wiederholung nicht zu vermeiden.

Die Sanitätseinrichtungen der englischen Armee vertheidigt M. gegen die theilweise gewiss übertriebenen Angriffe. Namentlich lobt er mit Recht die Aufopferung der Ärzte, doch gelingt es ihm weniger, die zweifellos dem Vorgehen der Armee nicht genügend folgenden Lazarette rein zu waschen. Er selbst muss zugeben, dass bei Magerfontain nicht genug Feldlazarette zur Stelle waren, dass die Abräumung des Schlachtfeldes durch die Krankenträger trotz der geringen

Zahlen der Verwundeten recht spät erfolgte, endlich dass die zur Ablösung der der Armee folgenden Feldlazarette bestimmten »stehenden Hospitäler« nicht beweglich genug waren, um ihrer Aufgabe rasch zu genügen. Dagegen scheinen die Lazarettzüge theilweise sehr früh, noch während der Gefechte, mit dem Rücktransport begonnen zu haben und nahe an das Gefechtsfeld herangeschoben zu sein.

Die Gesamtverluste betragen von einer Kopfstärke von 12420 nur 1512 Mann = 12%; davon gefallen einschließlich der innerhalb 48 Stunden Gestorbenen 364, noch nicht 3%. Das sind Ziffern, die keineswegs die in der Ära des Großkalibers gewohnten irgendwie überschreiten, eben so ist auch das Verhältnis der Todten zu den Verwundeten, 1 : 4,8, keineswegs hoch. Die hauptsächlichliche Entfernung, aus der die Verwundung erfolgte, betrug 800—1000 Yards.

Der aseptische Wundverlauf bildete bei Weichtheilwunden die Regel, Dank der Trockenheit und Reinheit der Luft; selbst der oft sehr lästige Staub war frei von pathogenen Keimen. Ein weiterer Grund für den günstigen Verlauf ist die Enge der Schussröhren in Folge des geringen Kalibers der Geschosse. Doch gilt dies weniger von den vielfach auch von den Buren geführten Henry-Martiny-Gewehren. Die Wunden durch Mausergeschosse der Buren waren noch leichter als die durch das Lee-Metford-Gewehr der Engländer. Diese Kleinheit des Geschossdurchmessers und die größere Geschwindigkeit erklärt alle Unterschiede zwischen den Wunden durch moderne und denen durch alte Gewehre; ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht nicht. Die engen Röhren fallen zusammen, bald ergossenes Sekret füllt den Kanal aus. Besonders ist dies am Einschusse der Fall, welcher meist rund und kleiner als das Kaliber ist, bei schrägem Aufschlagen des Geschosses auch oval. Dagegen ist der Hautausschuss oft schlitz-, zuweilen sternförmig, trichterförmig nach außen gestülpt, oft ist Fettgewebe hineingezogen, Bluterguss unter der Haut; hier kommt häufiger Eiterung vor, bleibt meist aber nur oberflächlich. Abbildungen entsprechender mikroskopischer Präparate erläutern diese Verhältnisse. Nur wo Knochen dicht unter der Haut liegt, ist die Einschussöffnung größer, oval, eben so wie auch bei Knochenverletzung die Ausschusswunde größer, unregelmäßig, oft stark zerrissen wird.

Kleiderfetzen sind selten in der Schussröhre vorhanden, die leichten Khakikleider hatten nur schlitzförmige Öffnungen. Dagegen fanden sich nicht selten Fetzen und Fäden der dicken Wollkleider der Hochländer (Kitt) mitgerissen, wodurch M. den häufigeren Eintritt von Eiterung bei diesen erklärt. Freilich wird an anderer Stelle auch das häufigere Vorkommen von Nahschüssen bei den Hochländern erwähnt, so dass die Vermuthung nahe liegt, dass hierdurch der häufigere Eintritt von Wundeiterung bei diesen tapferen Soldaten bedingt ist.

Das Geschoss selbst gilt M. als aseptisch, selbst wenn es eingefettet und mit Grünspan überzogen ist. Unregelmäßige Gestalt

der Hautwunden ist meist Folge von vorheriger Deformation des Geschosses durch Aufschlagen. Es werden stark deformirte Geschosse, abgerissene Mäntel u. dgl. abgebildet, meist auf dem Boden aufgesammelt. Dagegen hält M. den ausgedehnteren Gebrauch von Geschossen mit Hohlspitzen oder abgefeilten Spitzen nach seinen Erfahrungen für ausgeschlossen, obgleich in Patronaschen der Buren auch solche Geschosse vorgefunden und gewiss ausnahmsweise angewendet worden sind, und zwar auf beiden Seiten, wie auch die deutschen Ärzte übereinstimmend bezeugen. Von dem Gebrauche explosiver Geschosse ist gar nicht die Rede; die explosionsartigen Zerstörungen, die nicht selten vorkamen, hatten andere Gründe, entstanden theilweise durch das schon erwähnte vorherige Aufschlagen der Geschosse, theilweise durch ausgedehnte Knochenzertrümmerung. Steckenbleiben der Geschosse ist selten.

Der unmittelbare allgemeine Chok der Verwundung war zuweilen erheblich, es kamen auch sogar psychische Störungen vor. Doch waren dies Ausnahmen; im Ganzen war er nicht hervortretend, blieb sogar bei bald tödtenden Eingeweidewunden zuweilen aus. Sehr ausgeprägt war dagegen der örtliche Chok, auch ohne Verletzung größerer Nervenstämme, bei Gliederwunden; die funktionelle Leistung war meist vollständig aufgehoben, und zwar für Stunden, ja Tage. Auf den Allgemeinchok wirkte ersichtlich die seelische Stimmung des Verwundeten; als dieselbe niedergedrückt war, trat mehr Chok auf, z. B. nach dem Gefechte von Magerfontain. Hierauf bezieht M. auch theilweise das ersichtlich häufigere Auftreten der Wundeiterung in den späteren Zeiten des Krieges, neben dem schlechteren Körperzustande der Soldaten, so wie dem anscheinend häufigeren Gebrauche größerer Geschosskaliber, namentlich des Henry-Martiny-Gewehrs bei den Buren.

Den aseptischen Zustand der Wunden zu erhalten ist Aufgabe der Ärzte; einfache Deckverbände nach vorheriger Säuberung der Wundumgebung mit antiseptischen, Sublimat- oder Karbollösungen erfüllen diesen Zweck. Undurchlässige Stoffe zur Bedeckung sind nicht zu verwenden, sie hindern die Austrocknung der Wunde, eben so wie es auch das Aufstreuen von Pulvern thut. Häufiger Verbandwechsel ist nicht rathsam, selbst wenn die äußeren Lagen des Verbandes schmutzig und übelriechend geworden sind, entfernt man nur diese und lässt die tieferen Schichten liegen. Primäre Wundnaht wurde zuweilen verwendet, nicht mit gutem Erfolge.

Während des Gefechtes durch Krankenträger Verwundete zurückschaffen zu lassen, widerräth M. wegen der Gefahr erneuter Verwundung des Kranken und des Trägers.

Das erwartete häufige Auftreten von primären Blutungen traf nicht ein, der Tod durch Blutung nach außen war nach dem übereinstimmenden Urtheile Aller, selbst der Ärzte der Krankenträgerkompagnien, auf dem Schlachtfelde selten; häufiger war die innere Blutung in die Körperhöhlen und in die Gewebe in der Nachbar-

schaft der Schussröhren, und zwar sowohl primär, als auch am 2. oder 3. Tage (rekurrent). Nicht selten war Arterienunterbindung nöthig. Sekundäre Blutung am 10. bis 14. Tage war auffallend selten bei einfachen Wunden, häufiger bei Wunden mit »explosivem« Charakter, und zwar keineswegs auf Fälle von Eiterung und Infektion beschränkt, offenbar meist bewirkt durch nachträgliches Absterben gequetschter Theile des Gefäßrohres, seltener durch Anstechen seitens Knochensplittern.

Als Behandlung der Primärblutung, meist aus der Ausschussöffnung, genügte gewöhnlich der geringe Druck des Deckverbandes; genügt dieser nicht, so ist die Unterbindung am Orte der Verletzung angezeigt. Da aber oft, zumal an Femoralis, Poplitea, Carotis, gleichzeitig auch die Vene unterbunden werden muss, ist Absterben der Glieder oder des Gehirns zu fürchten. Daher thut man besser, die Unterbindung thunlichst zu vermeiden und durch stärkeren Druck das Aufhören der Blutung zu erstreben, freilich auf die Gefahr hin, dass ein Aneurysma oder Varix sich bildet.

Auch bei der Sekundärblutung ist die Unterbindung am Orte der Verletzung angezeigt, falls der Verlauf aseptisch ist, sonst die Amputation; schlägt Beides fehl, unterbinde man am Orte der Wahl, wovon M. günstige Erfolge sah.

Auffallend war die Häufigkeit der Aneurysmen in allen Formen. Jeder junge Feldarzt sah deren eine ganze Anzahl, während Pirogoff noch 1864 erklärte, noch nie einen aneurysmatischen Varix gesehen zu haben. Stets ist auch hier die doppelte Unterbindung am Orte selbst am Platze; nur wo diese unmöglich oder erfolglos ist, tritt Unterbindung am Orte der Wahl ein.

Die Behandlung interstitieller Blutungen und Hämatome sei stets zunächst abwartend, später Entleerung.

Tritt Eiterung im Verlaufe der Schussröhre ein, so pflegt sie nicht deren Verlaufe zu folgen, sondern es bilden sich in der Regel abgesackte Eiterherde, die dann eröffnet werden müssen.

Auch die Verletzungen der Knochen, von denen eine große Zahl, auch nach Röntgenaufnahmen, abgebildet wird, sind im Ganzen durch Kleinkaliber nicht so ausgedehnt, als früher durch größeres Kaliber. Doch fällt M. ganz besonders das Nebeneinander einfacher Durchlochung und hochgradiger Zertrümmerung in den verschiedenen Fällen auf. Letztere ist mit starker Zerreißung der Weichtheile verbunden, trägt einen »explosiven« Charakter, und kommen große Ausschussöffnungen namentlich da vor, wo Haut unmittelbar auf Knochen aufliegt. Ferner war hervorstechend der starke örtliche Chok bei Schussbrüchen, häufiges Auftreten hochgradiger Längsfissuren, die Seltenheit der Querbrüche und das Aufhören der Längssprünge in der Nähe der Gelenkenden.

Als Grundform des Bruches am Knochenschaft gilt immer noch die Schmetterlingsform. Einfache Durchlochung sah M. am Oberschenkel- und Schienbeinschafte, dem Schlüsselbeine und anderwärts,

jedoch nur selten, meist wohl bei abnehmender Geschwindigkeit. Die Übereinstimmung mit der Sammlung von Knochen- schüssen Mac Cormac's aus dem Kriege 1870/71 war ganz auffallend. An den platten Knochen und Gelenkenden war dagegen die einfache Durchlochung die Regel.

Im Gegensatze zu anderen Beobachtern hebt M. die langsame Heilung der Knochenbrüche hervor, zumal in den Fällen mit starkem örtlichen Chok. Oft war die Callusbildung stark, Sequesterbildung häufig, die oft erst spät, nach begonnenem Gebrauche des Gliedes und nach Schluss der Wunden auftrat. Fast stets kam es bei Knochenbrüchen zu Eiterung, eigentliche Pyämie war selten, tödliche Septhämie kam nur bei Schussbrüchen der Beine, nie der Arme vor.

Für die gewöhnlichen Fälle genügen einfache Deckverbände. Bei ausgedehnter Splitterung und großen Hautöffnungen sah M. gute Erfolge vom primären Debridement. Für Kontentivverbände hält M. Schienen aus Rohr für zweckmäßig. Häufiger Verbandwechsel und Transport sind nicht zu empfehlen. Primäre Amputationen waren selten nöthig, nur bei ausgedehnter Weichtheilverletzung. Intermediär sind sie zu unterlassen, sekundär nur bei Sepsis zu machen.

Verlauf und Art der Gelenkwunden war sehr günstig; oft waren die Knochen gar nicht verletzt, oft einfach durchlocht; war — selten — der Schaft auch verletzt, so war die Verletzung ernst, Resektionen wurden gar nicht gemacht.

Die Schädelbasisbrüche gaben nur dann Gelegenheit zu erfolgreichen Eingriffen, wenn das Dach der Augenhöhle und Nase verletzt war. Dagegen nöthigten Brüche des Schädeldaches oft zu primären Operationen, meist einfachem Debridement mit Erweiterung des Defektes, seltener, bei kleinen Öffnungen, zu typischer Trepanation, meist wohl entstanden durch Schuss aus großer Entfernung; hier lag oft Splitterung der Glastafel vor. Auch Spätoperationen wurden wegen späten Eintrittes von Reizungserscheinungen mit Glück ausgeführt. Plötzlichen Tod durch Hirnabscess hat M. nach seiner Rückkehr in die Heimath noch eintreten sehen, eben so traumatische Epilepsie, wovon er 1 Fall mit günstigem Erfolge operirte. Nach der Operation sei einfacher Verband und Ruhe anzuwenden, Transport zu vermeiden.

Gesichtswunden verliefen gut, eben so 3 Rachenwunden; 2 Wunden der Luftröhre führten trotz frühzeitiger Operation zum Tode. Bei Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarkes kann nur selten von operativen Erfolgen die Rede sein.

Nervenverletzungen, Erschütterung, Quetschung und Zerreißung waren zweifellos häufiger, als früher. Auch gab Druck des Narbengewebes nicht selten Veranlassung zu nervösen Störungen; häufig war Lähmung des M. radialis. Traumatische Neuritis, Neuritis ascendens und traumatische Neurosen wurden beobachtet.

Die engen Schussröhren in den Lungen schlossen sich sehr rasch, wohl Dank der Elasticität des Gewebes. Ganz unerwartet war der günstige Verlauf zahlreicher Bauchwunden, welche nach der anatomischen Lage als penetrierend angesehen werden mussten. Offenbar war häufig der Darm unverletzt geblieben. Aber selbst sichere Wunden des Magens und Dickdarmes geben eine gute Prognose, besonders Wunden des straff angehefteten Blinddarmes und aufsteigenden Darmes. Dagegen sah M. keine Genesung eintreten, wo sicher der Dünndarm verletzt war. M. ist daher gegen die Ausführung des Bauchschnittes, welcher keine günstigen Erfolge hatte, um so mehr, als ja die Diagnose der Verletzung einer Darmschlinge oder einer großen Drüse wenigstens anfänglich sehr unsicher, und die Ausführung der Operation unter den Feldverhältnissen nicht aseptisch ausführbar, gegenüber der Unsicherheit des Erfolges auch zu zeitraubend ist. Von 49 penetrierenden Bauchwunden gingen nur 15 in Tod aus, also nicht ganz 30%. Bei sicherer Darmverletzung fehlte nie die Ausbildung von Kothabscessen, auch nicht bei den in Genesung ausgegangenen Wunden. Doch war der Kothaustritt wohl sehr gering.

Die Verwundungen durch Splitter groben Geschosses bieten nichts Neues.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

13) H. Küttner. Das Vereinslazarett des Rothen Kreuzes auf dem chinesischen Kriegsschauplatze.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

K. schildert Anlage und Betrieb des von ihm geleiteten, aus 25 Gebäuden bestehenden Barackenlazarets des Rothen Kreuzes zu Yangtsun. Die klimatischen Verhältnisse, noch dazu im fremden, durch Krieg und Noth heimgesuchten Lande, dem Centrum der Boxerbewegung, boten eine Reihe erheblicher Schwierigkeiten, die besondere Vorkehrungen erforderten. So musste das ganze, 5525 qm große Areal von Wall und Graben umgeben werden zur Sicherheit gegen etwaige Überfälle und Diebstähle, wie vor Allem zum Schutze gegen die heftigen Nordstürme Petschilis. Die Gebäude selbst wurden so angelegt, dass nur 3 derselben direkt den Nordstürmen ausgesetzt waren, während sich die übrigen gegenseitig schützten. Breite Straßen, 2 größere Plätze garantirten freien Zugang von Luft und Licht. Wind und wechselnde Temperaturen gestalteten auch die Heizungsfrage schwierig, um so mehr, als das an Ort und Stelle zu beschaffende Material, chinesische Öfen und japanische Kohle, sich als wenig brauchbar erwiesen. Dagegen leisteten die mitgebrachten Meidinger-Öfen, so wie eine Anzahl zur Ergänzung beschaffter amerikanischer Öfen gute Dienste.

Als besonders wichtig verdient hervorgehoben zu werden, dass K. auf relativ einfache und anscheinend sehr glückliche Weise die Frage gelöst hat, die Doecker'schen Baraken den klimatischen Verhältnissen anzupassen, da dieselben ohne besondere Vorkehrungen in dem sehr strengen Winter Chinas nicht verwendbar gewesen

wären. Jede Baracke wurde mit einer Winterverkleidung versehen, und zwar in der Weise, dass um die fertig aufgestellte Baracke ein selbständiges Bauwerk mit eigenem Dache ausgeführt und ein Fachwerk mit Rohr, Lehm und Häcksel nach chinesischer Methode gefüllt wurde. Zur Erzielung einer genügenden Fußbodenwärme wurden die Böden der Baracken mit einer Pappschicht und darüber mit Lino-leum bedeckt, dann der Luftraum unter den Böden durch eine doppelte Wand abgeschlossen. In weiteren Ausführungen werden Eintheilung und Einrichtung der Gebäude, die Brunnen- und Ab-fuhranlagen, endlich der Hospitaldienst erläutert. Die Krankenzahl betrug vom 15. November bis 31. December 344 Kranke, und zwar 222 ambulante, 122 stationär behandelte. Von letzteren war etwa $\frac{1}{3}$ chirurgisch, $\frac{2}{3}$ innerlich erkrankt. Unter den chirurgischen Fällen rangirten an erster Stelle Frakturen und Luxationen, an zweiter Schuss- und Hiebverletzungen. Unter den inneren Affektionen spielte der Typhus mit 38% die größte Rolle. Honsell (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

14) N. Senn (Chicago). Medico-surgical aspects of the Spanish-American war.

(Chicago amer. med. assoc. press 1900. p. 379.)

S. hat als Chefarzt der amerikanischen Freiwilligen-Armee nicht nur die ersten Mobilmachungsarbeiten mitzumachen gehabt, sondern war später als chief of operating staff bei der Feldarmee, also in der Stellung eines konsultirenden Chirurgen mit dem Hospitalschiff »Relief« alsbald nach der Hauptschlacht bei Santiago an Ort und Stelle thätig. Dann finden wir ihn in Portorico wieder und endlich nach der Rückkehr der Truppen im Lager von Wikoff im Staate New York, in welchem nicht nur die zurückgekehrten Truppen gesammelt wurden, sondern auch ein großes Lazarett für die zahlreichen Kranken eingerichtet werden musste. S. erhielt dort die Behandlung der äußerlich Kranken, deren Zahl schließlich bis auf 75 gleichzeitig Behandelte stieg. In allen diesen verschiedenen Stellungen konnte S. reiche Erfahrungen sammeln, von denen uns hier hauptsächlich die im Felde selbst erworbenen zu beschäftigen haben.

Bei der Ankunft der »Relief« am 7. Juli fand man große Schwierigkeiten für die Ausschiffung, da das Meer tief, die Küste frei war und ein steifer Wind herrschte. Diese Umstände hatten die Hilfsleitung auch des schon vorher ange-langten Hospitalschiffes »Curette« außerordentlich erschwert, und hatten die nothwendigen Utensilien für die Behandlung der Verwundeten bei dem gänzlichen Mangel an vorgesehene[n] Vorrichtungen zur Ausschiffung nur höchst mangelhaft an Land gebracht werden können. Es ist dies wohl der größte Fehler, der für die Krankenpflege gemacht werden konnte. Übrigens ist an anderer Stelle aus den Berichten der medicinischen Journale festgestellt, dass überhaupt ein großer Theil der Sanitätseinrichtungen bei der Einschiffung der Truppen in Florida zurück-gelassen worden war: eine große Unterlassungssünde. An der Küste waren größere Lazarette eingerichtet, z. B. zu Siboney unter der Leitung des Majors La Garde, und war mit den beschränkten Hilfsmitteln Vorzügliches geleistet. 301 Verwundete waren bereits an Bord des Transportschiffes »City of Washington« geschafft und sollten die Heimreise antreten; weitere an Bord der »Olivette«. Etwa 400 Verwundete befanden sich noch im Lazarett; innerhalb der seit der Schlacht ver-gangenen 4 Tage waren gegen 1000 Verwundete durch das Lazarett gegangen. S.

fand die Verwundeten in gutem Zustande, die Behandlung war durchaus konservativ, nur sehr wenig primäre Amputationen waren gemacht. Steckengebliebene Geschosse waren nur dann entfernt worden, wenn dies leicht gelang. Eine Anzahl Pat. mit penetrierenden Brust- und Bauchwunden befanden sich ohne Eingriff wohl. Bei penetrierenden Schädelwunden waren die Einschussöffnungen erweitert, die Splitter entfernt und drainirt. Oberflächliche Hirnverletzungen verliefen günstig, Gelenkwunden unter konservativer Behandlung eben so. Die Chirurgen waren darin einig, dass man die explosive Wirkung der Geschosse auf die Knochen stark überschätzt habe. Bei Weichtheilwunden war aseptischer Wundverlauf die Regel.

Bei weiterem Vorgehen fand S. im Hauptquartier des kommandirenden Generals ein Hauptlazarett mit 68 verwundeten Offizieren und Soldaten, in welchem S. eine Amputation des Oberschenkels wegen Gangrän nach Zerreißung der Art. poplitea ausführte. Auch hier war günstiger Verlauf der Brust- und Bauchwunden ohne Eingriff die Regel, während nach 4 Laparotomien der Tod eingetreten war.

Weitere Beobachtungen bestätigten die erwähnten Thatsachen. Wenn bei Weichtheilwunden doch zuweilen Eiterung eintrat, so war dies überwiegend an den Austrittswunden der Fall, welche meist stärker zerrissen und größer waren, offenbar in Folge einer Kontaktinfektion von außen. Diese war durch ungenügendes oder falsches Anlegen des ersten Verbandes, so wie durch zu häufigen Wechsel des Verbandes ermöglicht worden. Der erste Verband ist nach S. entscheidend für das Geschick des Verwundeten, und er sieht den Grund für den häufig aseptischen Heilungsverlauf in der frühzeitigen Anlegung der ersten einfachen Deckverbände: »First-aid-package« durch Ärzte, Sanitätsmannschaften und Kameraden. Mit solchen Verbandpäckchen war die Armee reichlich ausgestattet, jeder Soldat trug eines an seinem Patronengürtel befestigt.

Auch eine große Zahl der Schussbrüche soll nach S. ohne Eiterung geheilt sein, was den Beobachtungen Makins' in Südafrika nicht entspricht, da dieser Chirurg bei fast allen Schussbrüchen Eiterung eintreten sah. Sucht man nun diesen Widerspruch zu lösen, so muss man die verschiedenen Verhältnisse beider Feldzüge in Betracht ziehen. Als wesentlichen Unterschied findet man dann die Verschiedenheit der Transportverhältnisse, die nach des Ref. Ansicht vollkommen hinreicht, jenen scheinbaren Widerspruch zu lösen. In Cuba war nur ein kurzer Landtransport von wenigen Kilometern nöthig, bis die Verwundeten in die Hauptlazarette an der Küste und von dort auf die Transportschiffe geschafft werden konnten. Waren dabei auch zunächst die Unterkunftsverhältnisse in jenen Lazaretten nicht sehr schön, so war doch durch die Nähe des Hafens die baldige Zufuhr von allem Nöthigen und der Abtransport auf den gut eingerichteten Schiffen gesichert. Ganz anders in Südafrika. Hier war die erste Unterkunft der Verwundeten sicher nicht günstig, die Feldlazarette hatten dem raschen Vorgehen der Armee nicht genügend folgen können, und die Räumung des Schlachtfeldes scheint nur langsam vor sich gegangen zu sein. Endlich — und das ist vielleicht die Hauptsache — mussten weite Transporte der Verwundeten nach den Haupt- und den Basis-Hospitälern stattfinden. Ref. glaubt hier eine Bestätigung des Habartschens Satzes: »der erste Transport entscheidet über das Geschick des Verwundeten« zu finden.

Beiden Kriegen aber ist schließlich doch ein großer Vortheil für Verwundete und Kranke gemeinsam: die verhältnismäßige Kleinheit der Verluste gegenüber der hohen Bevölkerungsziffer und den zur Verfügung stehenden riesigen Mitteln der reichen Mutterländer. In der Schlacht von Santiago fielen auf Seite der Vereinigten Staaten nur 157 Leute, etwa 1300 wurden verwundet, ein sehr günstiges Verhältnis. S. giebt zahlreiche Krankengeschichten, aus welchen Beispiele zu bringen, wir uns versagen müssen.

Dass später die Armee an Krankheiten, namentlich Gelbfieber, Malaria und Typhus schwer zu leiden hatte, und dass darunter auch der Heilungsverlauf häufig litt, ist bekannt; doch können über die Ziffern auch von S. keine bestimmten Angaben gemacht werden; diese werden erst von einem Berichte des Sanitätschefs zu

erwarten sein. Hier genüge die Feststellung der Thatsache, dass die Armee durch Krankheiten sicher weit höhere Verluste zu erleiden hatte, als durch die Waffen des Feindes, und dass selbst ein so kurzer Feldzug in tropischem Klima genügte, die in vorzüglichem Körperzustande ausgerückten Soldaten mit gebrochenem Körper zurückkehren zu sehen.

Dass dann die Einrichtungen in den großen, für die heimgekehrten Krieger errichteten Lagerlazaretten vorzügliche waren oder vielmehr richtiger allmählich wurden, wollen wir S. gern glauben, indem wir nochmals wiederholen, dass den reichen Hilfsmitteln des Landes gegenüber es sich doch immer nur um sehr kleine Ziffern handelte. Sowohl der Verwaltung als auch der zu ihrer Unterstützung aufgebotenen freiwilligen Hilfe unter Miss Clara Barton wird in dieser Hinsicht enthusiastische Anerkennung gezollt. Auch deutsche Gesellschaften in New York etc. waren sehr thätig. Die Behandlung der spanischen Verwundeten und die Versorgung der Civilbevölkerung nach der Kapitulation Santiagos mit Lebensmitteln etc. fiel ausschließlich der freiwilligen Hilfe anheim.

Bei der hohen Bedeutung, welche S. dem Verbandpäckchen zuschreibt, sei noch erwähnt, dass er die Beigabe eines antiseptischen Pulvers: 4 Borsäure auf 1 Salicylsäure empfiehlt. Dies soll auf die Wunden gestreut, dann mit Kompressen bedeckt und mittels Heftpflasterstreifen, die gleichfalls beisufügen sind, befestigt werden. Entblößung des Körpers zum Zweck des Verbindens ist zu vermeiden, die Kleider werden nur so weit aufgeschnitten, als unbedingt nöthig ist, etwaige einfache Schienen bei Schussbrüchen über den Kleidern angelegt; Säuberung der Wundumgebung ist unnöthig. Lühe (Königsberg i/Pr.).

15) J. Matignon. Morts et blessures pendant le siège de la légation de France à Pékin.

(Méd. moderne 1901. No. 14.)

Die Ausführungen M.'s bieten manches Interessante und zeigen, mit wie primitiven Mitteln unter den schwierigsten äußeren Verhältnissen der Militärarzt doch segensreich zu wirken vermag. M. hatte die ärztliche Fürsorge für die Mitglieder der französischen Gesandtschaft, welche an Kombattanten 9 französische Officiere und 45 Matrosen, 20 Österreicher und 16 Volontäre, also 90 Köpfe zählte. Zur Unterstützung seiner ärztlichen Thätigkeit stand ihm Niemand zur Verfügung, da weder die Franzosen noch die Österreicher Krankenwärter hatten, und M.'s eingeborener Diener, der im Verbinden geübt war, beim ersten Schusse davonlief. Von Instrumenten besaß er nur ein leidlich vollständiges Handbesteck. Tragbahnen wurden improvisirt theils aus Rohrliegesesseln, an die Bambusrohre angebunden wurden, theils aus Bambusrohren, zwischen denen eine Hängematte ausgespannt wurde. Als Krankenträger fungirten flüchtige eingeborene Christen, die sich auch im Feuer gut bewährten. In der Gesandtschaft hatte M. eine Krankenstube eingerichtet, in die er die Verwundeten legte, die nicht Zwecks größerer Operation der internationalen Ambulanz überwiesen werden mussten.

Was den Gesundheitszustand in der französischen Gesandtschaft betrifft, so ist hervorzuheben, dass trotz des bei der Hitze in großer Menge getrunkenen schlechten Wassers, das weder filtrirt noch gekocht war, trotz vorwiegender Fleischnahrung, die 55 Tage lang in Pferdefleisch bestand, kein Mensch krank wurde, abgesehen von einem Matrosen, der einen leichten chronischen Darmkatarrh dazu benutzte, um sich aus der Feuerlinie zu drücken.

M. befand sich stets in der Feuerlinie, legte hier jedem Verwundeten den ersten Verband an und ließ die leichter Verwundeten sofort an ihren Platz zurückkehren, um sie erst in einer Feuerpause definitiv zu verbinden.

Die Chinesen bedienten sich aller Arten von Geschossen, von Ziegel- und anderen Steinen angefangen bis zu Haubitzengranaten. Anfangs benutzten sie Mausergewehre von 11 mm Kaliber, später Mannlichergewehre. Das Kaliber der Kanonen schwankte zwischen 2,5 cm und 80, 70 und 47 mm. Mehr als 800 Granaten wurden auf die Gesandtschaft geworfen. Getödtet wurden von den Ver-

theidigern 18, verwundet 53. Das Verhältnis der Todesfälle durch Gewehrverletzung zu denen durch Granat- oder Explosionsverletzungen betrug 87,5 : 12,5%. Von den tödlichen Verletzungen waren 71,8% solche des Kopfes, von den nicht tödlichen 45,2%; von letzteren betrafen 13,2% die obere, 11,1% die untere Extremität. Durch Minenexplosion kamen 2 Todesfälle zu Stande, eben so viel durch die 800 Granaten.

Besonders bemerkenswerth ist die hohe Proportion der tödlichen Kopfverletzungen, in der Mehrzahl der Fälle durch kleinkalibrige Geschosse. Trotz der nahen Entfernung — 20—250 m — hatte das Geschoss den Schädel nicht immer durchbohrt. In diesen Fällen hatte das Geschoss eine Explosivwirkung hervorgerufen, so dass die ganze Schädelkapsel ein nur durch das Pericranium zusammengehaltener Haufen von Knochentrümmern war. Hatte das Geschoss dagegen die Hirnmasse passiert, so lokalisierte sich die Explosivwirkung in die Umgebung des Schusskanales. Trotz der oft großen Zertrümmerung und des Verlustes von 100 bis 150 g Hirnmasse trat der Tod selten unmittelbar ein, vielmehr gingen Herzschlag und Athmung trotz aufgehobener psychischer Funktion noch 10—25 Minuten fort.

Eine perforirende Brustverletzung wurde nur 1mal beobachtet; der Tod erfolgte nach 2mal 24 Stunden an septischer Pneumonie. Tödtlich endete ferner ein penetrierender Kehlkopfschuss — nach 36 Stunden — und eine ausgedehnte Bauchverletzung mit Darmwunden — 2 Stunden nach der Darmresektion.

An Extremitätenverletzung starb nur 1 Mann mit Komminutivfraktur des linken Oberschenkels in Folge hinzugetretener Sepsis in 20 Stunden.

Unter den 53 Verletzten waren 2, die durch Minenexplosion verschüttet wurden; obgleich sie keine Wunden oder Frakturen davongetragen hatten, entwickelte sich bei beiden eine psychische Störung, die dem Krankheitsbilde der Railway-spine entsprach.

Eine Übersicht über die Zahl der Gefallenen und Verwundeten der verschiedenen Nationen beschließt die interessante Arbeit. Bemerkenswerth ist, dass von den 19 Offizieren sämtlicher Kombattanten 14, die 3 Ärzte dagegen sämtlich verletzt wurden!

R. v. Hippel (Cassel).

16) M. Péraire. Trépanation pour un cas de balle de revolver intracrânienne.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris Année LXXVI. T. III. No. 2.)

Der Kranke hatte sich im Februar 1887 einen Revolverschuss in die rechte Schläfe beigebracht. Erst etwa 10 Jahre nachher stellten sich Symptome von Reizung ein: unerträgliches Kopfweh, welches am Arbeiten und Schlafen hindert, und beim Heben und Senken des Kopfes heftiger wird. Mit Hilfe von Röntgenaufnahmen lässt sich der Sitz des Geschosses ziemlich genau bestimmen, und obgleich äußerlich nichts mehr auf die ehemalige Verletzung hinwies, wurde es leicht gefunden; es war mäßig deformirt, und an seiner Spitze haftete ein ca. Centimeterlanges Knochenstückchen. Die Heilung verlief glatt. Christel (Metz).

17) Clark. Case operated on for exaggerated Roman nose.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 21.)

Es wurde unter dem vorspringenden Buckel des Nasenrückens ein kleines Stück des Septum mittels stark gebogener Schere und Zangen entfernt, die Nasenbeine intranasal vom Processus nasalis des Oberkiefers abgesägt, durch leichten Hammerschlag vollends abgebrochen und niedergedrückt. Nach 2wöchentlichem Schienenverbande war hinreichende Festigkeit eingetreten. Resultat nach vorliegender Abbildung sehr gut. Trapp (Bückerburg).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 37. Sonnabend, den 14. September. 1901.

Inhalt: W. Kramer, Zur chirurgischen Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen. (Original-Mittheilung.)

1) Cornil und Ranvier, Pathologische Histologie. — 2) Matzenauer, Hospitalbrand. — 3) Jordan, Venerische Bubonen. — 4) Hügel und Holzhäuser, 5) Boegehold, 6) Marcou, 7) Fischenich, 8) Juliusberg, 9) Welander, 10) Möller, 11) Allgeyer, Syphilis und ihre Behandlung. — 12) Lion, Jodkaliresorption. — 13) Quéau und Tesson, Schädelbasisbrüche. — 14) Broca, Anatomie und Chirurgie des Mittelohres. — 15) Trautmann, Operationen am Gehörgang. — 16) und 17) v. Marschalke, Rhinosklerom. — 18) Lichtwitz, Heißblutbehandlung bei Nasenkrankheiten. — 19) Schwenn, Bösartige Geschwülste der Nasennebenhöhlen. — 20) Kompe, Nasenbluten. — 21) Heuss, Talgdrüsen in der Mundschleimbaut. — 22) und 23) Chauveau, Zur Geschichte der Rachenkrankheiten. — 24) v. Stubenrauch, Phosphornekrose. — 25) Chipault, Gesichtneuralgie. — 26) Rodier, Facialislähmung. — 27) Stieda, Unterlippenkrebs. — 28) Mackenzie, 29) Scheler, Kehlkopfkrebs. — 30) Chiarl, Sängerknötchen. — 31) Tschudy, Luftröhrenkrebs. — 32) Ölsner, Brustkrebs. — 33) Tillaux und Riche, Unterbindung der Aorta abdominalis.

W. Merrens, Zur retrograden Bougirung des Ösophagus. (Original-Mittheilung.)

34) Pospelow, Syphilis der Enkelin. — 35) Clinton, Frakturen der Nase. — 36) Sundholm, Knochenblasen in der mittleren Nasenmuschel. — 37) Pantaloni, Acne hypertrophica der Nase. — 38) Radzich, Zungenabscess. — 39) v. Kryger, Endotheliom der Zunge. — 40) Catterina, Angiosarkom des weichen Gaumens.

Zur chirurgischen Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen.

Von

Dr. W. Kramer in Glogau.

Thrombose der Unterschenkelvaricen, besonders der oberflächlich gelegenen, ist ein sehr häufiges Vorkommnis, das früher als ein für die Heilung der Venenerweiterungen günstiger Vorgang angesehen und durch verschiedene therapeutische Methoden künstlich hervorzurufen gesucht wurde. Heut zu Tage gilt die Thrombose mehr für eine unangenehme Komplikation, durch welche zumeist die von den Varicen ausgehenden Beschwerden verschlimmert, häufig wieder-

kehrende Entzündungen mit ihren Ausgängen in Abscess-, Geschwürs- und Ekzembildung und selbst das Leben gefährdende Embolien veranlasst werden können, während wesentliche Besserungen oder gar wirkliche Heilungen des Leidens durch Organisation oder Verkalkung der Thromben nur höchst selten und dann in der Regel erst nach wochen- und monatelanger Bettruhe und Schonung des befallenen Beines zur Beobachtung kommen. Sind deshalb die früheren Versuche, die Thrombose zu Heilzwecken zu erzeugen, längst so gut wie ganz aufgegeben und an ihre Stelle sicherere und weniger gefährliche Verfahren zur Radikalheilung der Krampfaderen, wie die Ligatur der Vena saphena, die Totalexstirpation, getreten, so darf es um so mehr heute — unter dem Schutze der Asepsis — gerechtfertigt erscheinen, gegen die Gefäßverstopfung selbst, wenn sie dem Messer leicht zugänglich, zur Verhütung jener Folgezustände und Gefahren vorzugehen. Wenn man von der Entleerung vereiternder Thromben durch Einschnitt absieht, ist bisher nur die Totalexstirpation der von Thrombose befallenen Venenerweiterungen in Anwendung gezogen worden. Wird dieselbe auch in Zukunft für besondere Fälle, wie die, wo es sich um sehr starrwandige Gefäße handelt, ihre Berechtigung behalten, so dürfte doch für eine Reihe anderer, so fern sie leicht erreichbar sind, ein einfacheres, weniger eingreifendes Verfahren am Platze sein, das sich mir seit ca. 10 Jahren immer wieder bewährt und niemals zu Misserfolgen geführt hat. Es ist die von mir nicht nur bei umschriebener Knotenbildung, sondern auch und besonders bei Vorhandensein von förmlichen Geschwülsten, ganzen Paketen thrombosirter Varicen nach Incision der Haut — ohne oder nach vorheriger Lokalanästhesie — ausgeführte Längsspaltung der Gefäßstränge fast in der ganzen Ausdehnung der Verstopfung mit vorsichtiger Entleerung der Gerinnselmassen. Die in ca. 50 Fällen geübte Operation, zu der in erster Linie die trotz Fehlens frischer Entzündung seit Längerem bestehenden und auf andere Weise nicht zu beseitigenden Beschwerden der betreffenden Kranken Veranlassung gaben, war niemals von irgend welchen nachtheiligen Erscheinungen (Embolie etc.) gefolgt, niemals weder sofort noch später von Blutung aus den eröffneten Venen begleitet, wohl deshalb nicht, weil deren Lumen central und peripher bereits in Obliteration begriffen oder durch bereits fester haftend gewordene Gerinnselreste verschlossen war. Die gesetzten Wunden, deren Ränder nach der Entleerung der Thromben sich von selbst an einander legten, heilten unter Ruhelage der Operirten bei fieberlosem Verlauf stets in kürzester Zeit ohne Reaction, ohne Fistelbildung, und hinterließen schmale, schmerzlose Narben, an denen später in keinem Falle Geschwüre oder Ekzeme etc. aufgetreten sind. Durch den einfachen Eingriff wurden die betreffenden Kranken bald von ihren Beschwerden befreit und eine vollständige Verödung der Gefäße im Bereiche der früheren Thrombosen herbeigeführt.

Ich glaube deshalb die kleine Operation für Fälle der Art, wie die von mir in Angriff genommenen, als eine bei strenger Asepsis so gut wie ungefährliche und sicher wirkende Behandlungsmethode empfehlen zu dürfen.

1) **V. Cornil et L. Ranvier.** Manuel d'histologie pathologique. T. I.

Paris, 1901.

Das groß angelegte französische Werk der gesammten pathologischen Histologie, dessen 1. Band hier vorliegt, ist eigentlich die 3. Auflage des von den bekannten französischen Forschern 1876 und 1881 (2. Auflage) herausgegebenen Buches. C. und R. haben sich nun, um ein rascheres Erscheinen des umfänglichen, auf das Doppelte des früheren Umfanges berechneten Werkes zu ermöglichen, entschlossen, eine Anzahl Mitarbeiter heranzuziehen. Als Mitherausgeber werden auf dem Titel noch besonders A. Brault und M. Letulle genannt. Der weitaus größte Theil des vorliegenden Bandes ist der allgemeinen pathologischen Anatomie gewidmet.

Nach einem kürzeren einleitenden Kapitel über die Elemente der normalen Histologie von R. folgt als erstes größeres Kapitel, von C. bearbeitet, »Die allgemeinen Lehren von der Pathologie der Zellen und der Gewebe«. In lebhafter Darstellung, an der Hand einfacher, zum Theil wohl etwas schematisirter, in schwarz gehaltener Figuren werden die einfachsten Formen der Zellveränderungen geschildert; überall ist auch die neuere deutsche Litteratur in ihren Specialarbeiten in der Darstellung verwerthet. Auch das Kapitel der Entzündung und infektiösen Granulome ist von C. bearbeitet. Vielfach stützt er sich gerade in diesem Kapitel auf eigene Untersuchungen (oder solche seiner Schüler), und so treten Einzelheiten, z. B. die Veränderungen der Endothelien bei der Entzündung der serösen Häute, die ihn selbst beschäftigt haben, besonders hervor. Aber auch hier finden wir eine ausgiebige Verwerthung der neuesten Litteratur mit besonderer Berücksichtigung auch der neuesten deutschen Arbeiten.

In dem Kapitel über die infektiösen Granulationsgeschwülste sind auch farbige Figuren eingefügt, wie in den folgenden Kapiteln, die aber nicht alle als gleich gelungen bezeichnet werden können. Auch treffen wir unter den schwarzen Reproduktionen gelegentlich einen alten Bekannten aus Virchow's Geschwulstlehre wieder. — Die Geschwülste hat A. Brault bearbeitet. Auch dieses ziemlich umfangreiche Kapitel verräth eine sehr gründliche Durcharbeitung und Sichtung. Dass auch hier die eigenen Anschauungen und Studien des Verf.s gelegentlich besonders hervortreten, ist selbstverständlich. So ist z. B. der Glykogengehalt der Neubildungen unter Beigabe entsprechender farbiger Abbildungen besonders berücksichtigt. Gegenüber der parasitären Theorie über die Entstehung

der Geschwülste verhält sich Verf. ablehnend. Bei der Besprechung der Teratome fällt auf, dass die neueren Untersuchungen von Wilms und Pfannenstiel nicht berücksichtigt sind.

Es folgt ein größeres Kapitel über die Lehre von den Bakterien, von F. Bezançon. Die wichtigsten pathogenen Arten sind nach ihren kulturellen, biologischen und thierpathogenen Eigenschaften besprochen. Die Besprechung der Pathogenese der durch sie beim Menschen hervorgerufenen Krankheiten kommt dabei verhältnismäßig kurz weg. Auf Einzelheiten einzugehen, würde zu weit führen. Aufgefallen ist mir z. B. die Auffassung, dass das Marmorek'sche Streptokokkenserum sichere therapeutische Erfolge aufzuweisen habe. Der *Bacillus pyocyaneus* wird unter den sicher pathogenen Erregern aufgeführt. — Auch eine kurze Übersicht über die thierischen Parasiten des Menschen schließt sich an dieses Kapitel an.

Die letzten 200 Seiten des vorliegenden 1. Bandes sind schon der speciellen pathologischen Histologie gewidmet. — Den Anfang macht die Bearbeitung der Knochen, Knorpel und Gelenke von M. Cazin. Dieser, besonders den Chirurgen interessirende Abschnitt ist verhältnismäßig kurz behandelt. Eine Anzahl in schwarz gehaltener, theilweise etwas schematischer Figuren erläutern den Text. In der Eintheilung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen folgt Verf. Mauclaure, welcher trennt 1) typische Formen (entsprechend der *Osteoarthritis fungosa vulgaris*), 2) atypische Formen (*la forme sèche, la forme intraarticulaire et partielle, la forme extraarticulaire, la caries carnea, la forme hyperostante, les formes synoviales*). Die z. B. von König für so häufig gehaltenen gonorrhöischen Gelenkerkrankungen kommen besonders kurz weg.

Der 1. Band schließt mit der pathologischen Histologie des Bindegewebes und der serösen Häute (C.), die auch verhältnismäßig kurz abgehandelt ist.

Ein so umfassendes Werk der gesammten pathologischen Histologie, wie es das vorliegende zu werden verspricht, besitzen wir in der deutschen Litteratur nicht. Es ließ sich in dem Umfange wohl auch nur ermöglichen durch die Mitarbeit einer größeren Zahl von Forschern, die auf den von ihnen bearbeiteten Gebieten großentheils als Spezialisten zu betrachten sind. Darin liegt der besondere Werth des Buches. — Dass die schwarzen und farbigen Bilder des Werkes, die in einer reinen Histologie ja eine besondere Rolle spielen müssen, etwa besser wären, als in unseren entsprechenden deutschen Werken, wird man kaum behaupten können. Die vorzüglichen mikroskopischen Darstellungen z. B. in dem Ziegler'schen Lehrbuche können sehr wohl einen Vergleich mit den hier dargebotenen aushalten.

F. Henke (Breslau).

2) R. Matzenauer. Zur Kenntnis und Ätiologie des Hospitalbrandes.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 1—3.)

Auf Grund einer größeren Anzahl von Fällen, litterarischer Studien, histologischer und bakteriologischer Untersuchungen, so wie auf Grund des Urtheils älterer Kliniker, welche den Hospitalbrand noch aus reichlicher Erfahrung kennen, ist Verf. zu der Überzeugung gekommen, dass diese meist als »ausgestorben« angesehene Krankheit auch jetzt noch, wenn auch in selteneren Fällen und in meist milderer Form, vorkommt, und zwar am häufigsten in der Geschlechts- und Aftergegend. Die durch »ihre rapide Progredienz und hohe Destruktionskraft« ausgezeichneten, sehr übelriechenden Geschwüre sind mit einem pastösen, gelatinösen grauen, grünlichen bis schwärzlichen, gelegentlich sehr dicken Belage bedeckt, von einem schmalen, hellen Entzündungshof umgeben. Meist ist Fieber vorhanden. Die »diphtheritischen« und die »phagedänischen« Geschwüre, von denen man in der Syphilidologie so viel gesprochen hat, stellen die sog. »pulpöse« und »ulceröse« Form der Nosokomialgangrän vor, deren Differenzen nur in den anatomischen Verschiedenheiten des erkrankten Gewebes begründet sind. Histologisch ist Entzündung mit frühzeitiger Coagulationsnekrose vorhanden. Als Ursache dieser Prozesse bezeichnet M. mit aller Wahrscheinlichkeit einen (wohl anaeroben) Bacillus, »dessen Reinkultur allerdings nicht einwandfrei gelungen ist, der jedoch konstant und meist in reichlichen Mengen in Gewebsschnitten von progredienten Geschwüren nachweisbar ist. Der Bacillus ist schlank, geradlinig oder manchmal leicht geschwungen, 3—4 μ lang und 0,3—0,4 μ breit; er liegt zumeist einzeln, zuweilen zu zweit der Länge nach an einander gegliedert; seine Enden sind meist leicht abgerundet; er färbt sich nach Gramscher Methode. Die Infektiosität ist nicht sehr hochgradig; die Übertragung auf Menschen und Thiere gelingt nicht leicht.

Der Arbeit sind 4 Krankenabbildungen, welche allerdings nicht sehr deutlich die Veränderungen wiedergeben, und 9 gut ausgeführte histologische Bilder beigegeben. Die Häufigkeit dieser Krankheitsformen in dem Wiener Material ist auffallend, ihre Unterscheidung von event. aus anderen Gründen gangränös gewordenen Ulcera mollia und chronica (z. B. bei der malignen Lues) wird weiterer Studien bedürfen.

Jadassohn (Bern).

3) A. Jordan. Über die Häufigkeit des Vorkommens von venerischen Bubonen. Ein statistischer Beitrag.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Aus den statistischen Berechnungen J.'s ist nur hervorzuheben, dass bei dem Spitalmaterial in Russland die mit Bubonen komplizierten Ulcera mollia einen geringeren Procentsatz unter den Ulcera mollia überhaupt ausmachen, wohl weil auch viele nicht komplizierte weiche

Schanker zur Aufnahme kommen — im Gegensatz zu Westeuropa. Auch in J.'s Material sind die linksseitigen Bubonen häufiger als die rechtsseitigen, weil sich das in der Tiefe liegende Lymphgefäßnetz des Penis speciell nach links wendet. Einen Einfluss der Jahreszeiten hat der Verf., im Gegensatze zu Anderen, nicht konstatiren können.

Jadassohn (Bern).

4) G. Hügel und K. Holzhäuser. Mittheilungen über Syphilisimpfungen am Thiere.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

Verff. berichten im Anschluss an eine frühere Mittheilung, dass sie bei der Sektion eines früher geimpften Schweines, das Inguinaldrüsenanschwellung und papulöse Efflorescenzen gehabt hatte, Verhärtung und Vergrößerung der Lymphdrüsen an der Wirbelsäule, Verhärtungen in der Lunge und Leber und eine interstitielle Hepatitis gefunden haben. Eine Impfung mit sekundär-syphilitischem Blut verlief negativ, eine zweite erzeugte eine Art Erythem und papulöse Erscheinungen — die Sektion war ergebnislos; eben so traten bei einem weiteren Schwein Papeln auf und dasselbe blieb im Wachstum zurück. Die Verff. glauben nunmehr, bei 4 Schweinen Syphilis erzeugt zu haben, die Erscheinungen seien weniger stürmisch als beim Menschen; es sei wohl eine gewisse Abschwächung des Virus vorhanden.

Jadassohn (Bern).

5) Boegehold. Beiträge zur Pathologie der Lues.

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

Auf Grund einiger, im Detail wiedergegebener Fälle und seiner zahlreichen Erfahrungen unternimmt B. einen Vorstoß gegen die Dualitätslehre. Er findet, 1) dass »in einer allerdings beschränkten Zahl von Fällen nach einer Infektion mit Produkten der sekundären Lues (z. B. Condylomata lata) innerhalb weniger Tage post coitum ein weiches Ulcus auftritt, welches weich bleibt, nach etwa 14 Tagen unter einer geeigneten Behandlung (Umschlägen mit Cupr. sulf. etc.) heilt und doch von allgemeiner Lues gefolgt wird«. Solche Fälle bieten der Erklärung zweifellos gewisse Schwierigkeiten dar; leider berichtet Verf. nicht näher, auf Grund welcher Momente er ein Ulcus als weich bezeichnet. Zu erklären sind diese Fälle aber vollständig, wenn man zugiebt (wie kaum mehr geleugnet wird), 1) dass nicht jeder Primäraffekt hart ist; 2) dass die Inkubationszeit des Primäraffekts keineswegs immer eine lange ist; dabei kann man das letztere erklären, einmal mit der Annahme einer wirklich kurzen Inkubationszeit (die ja anerkanntermaßen in weiten Grenzen schwankt), oder dass zweitens eine Infektion mit Ulcus molle oder auch mit einfachen Eitererregern vorliegt. Nicht verständlich ist, warum der Verf. hierher auch diejenigen Beobachtungen rechnet, bei welchen der an sekundärer oder tertiärer Syphilis leidende Pat. jede ihm

bekannte Infektion, resp. Geschwürsbildung in Abrede stellt, und bei denen eine Narbe an den Genitalien etc. selbst bei der genauesten Untersuchung sich nicht vorfindet. Denn solche Fälle sind doch sehr wohl durch Übersehen eines typischen wenn auch kleinen Primäraffektes (der ja ohne Narbe heilt) zu erklären. Die anderen Behauptungen B.'s sind noch wesentlich leichter zu erklären. Jetzt — da die spezifische Natur des Ulcus molle erwiesen ist — können wohl Atypien im Anfangsverlauf der Lues die Diagnose erschweren; aber der Dualismus steht fest. Die Diagnose »Ulcus anceps« heißt nichts Anderes, als die Erklärung, man wisse zuerst nie, ob Lues folgen werde oder nicht; sie ist aber bei der nicht mehr zweifelhaften Existenz des Chancre mixte ganz selbstverständlich.

Jadassohn (Bern).

6) Marcou. Facteurs de gravité de la syphilis.

(Indépendance méd. 1901. No. 27.)

Verf. sucht die Theorie, welche den Grad der Bösartigkeit der Lues durch erworbene oder ererbte Prädisposition des inficirten Individuums so wie durch die äußeren hygienischen Verhältnisse, in welchen der Inficirte lebt, erklären will, zu widerlegen und hält diese Faktoren nur für eine unangenehme Komplikation der Lues, nicht für die Ursache ihrer Schwere. Diese ist vielmehr allein abhängig von der Quelle, aus der die Lues erworben wurde, also von der individuell verschiedenen Virulenz des inficirenden Virus, welche um so größer ist, je weniger eine spezifische Behandlung des Inficirenden resp. der vorhergehenden Generationen stattgefunden hatte. Nur aus diesem Grunde verlaufen die exotischen Luesfälle (Arabien, Algier) meist bösartiger, als es durchschnittlich bei uns der Fall ist. Könnten sämtliche Lueskranke der Erde einer genügend intensiven und langen spezifischen Behandlung unterworfen werden, so wäre damit die Lues zum Aussterben gebracht.

Mohr (Bielefeld).

7) F. Fischenich. Die Syphilis des Nasen-Rachens.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XI. p. 423.)

Verf. giebt auf Grund von 49 Fällen einen Überblick über die Erkrankungen des Nasen-Rachenraumes. Einen Primäraffekt an dieser Stelle, wie sie verschiedentlich durch Instrumente, z. B. Katheterismus der Tube, hervorgerufen werden, hat Verf. nie gesehen, auch nur einmal eine Sekundärinfektion, bestehend in Plaques muqueuses auf der hinteren Fläche des weichen Gaumens; das Hauptkontingent derluetischen Erkrankungen des Nasen-Rachens wird von der tertiären Form gestellt. Diese kann 2 Monate bis 22 Jahre nach der primären Infektion auftreten. — Anatomisch beginnt die Erkrankung gewöhnlich mit der gummösen Infiltration der Schleimhaut, die man jedoch nur selten zu sehen bekommt; meist sind es Ulcerationen der verschiedensten Größe und Aus-

dehnung, die sich dem untersuchenden Arzte zeigen. Diese Geschwüre können oberflächlich oder tiefgehend, bis auf den Knochen reichend, mit unterminirten Rändern, graugelb und schmierig sein. Selten kommt es zur Sequestrirung; sie sitzen am Rachen-dache, an den Tuben, auch an den Choanen. — Symptome sind: Halsschmerzen von außergewöhnlich langer Dauer, Kopfschmerzen, Druck im Kopfe, so wie Benommenheit, weiterhin starke Sekretion von schleimig-eitrigen, mit Blut untermischten Massen, deren Verschlucken fast immer Verdauungsstörungen hervorruft. Letztere, verbunden mit der durch den starken Schluckschmerz bedingten Nahrungsverweigerung, rufen starken Kräfteverfall, richtige Kachexie hervor. — Die Diagnose ist natürlich nur durch die postrhinoskopische Untersuchung zu stellen. — Die Therapie soll nicht nur eine allgemeine (Quecksilber, kombinirt mit Jodkali), sondern auch eine örtliche sein. Hierzu empfiehlt F. Ausspritzungen vom Rachen, nicht von der Nase aus, Einblasungen von Kalomel und Orthoform zu gleichen Theilen, Einpinselungen von Jodjodkaliglycerin. Energisch wirkende Caustica sollen vermieden, Granulationen und Sequester entfernt werden.

Manasse (Straßburg i/E.).

8) T. Juliusberg. Experimentelle Untersuchungen über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LVI. Hft. 1.)

Da die Frage: »Auf welchem Wege gelangt das Quecksilber der auf der Haut verriebenen grauen Salbe in den Organismus« noch immer nicht definitiv gelöst ist, hat J. eine Anzahl von sehr dankenswerthen Untersuchungen vorgenommen, über deren Methodik das Original nachgelesen werden muss und deren Resultate zweifellos von Bedeutung für die Art, wie wir die Schmierkur vornehmen sollen, sind. Verf. hat in einigen Versuchen an Menschen unter allen Vorsichtsmaßregeln graue Salbe in größeren Mengen eingerieben und möglichst sorgfältig so verbunden, dass eine Aufnahme verdunstenden Quecksilbers durch die Lunge so gut wie ausgeschlossen war. Dabei ergab sich eine auffallend geringe Resorption des Quecksilbers (Untersuchung von Urin und Koth) und eine sehr geringe oder noch gar keine Besserung syphilitischer Symptome. Er hat ferner bei Hunden Einreibungen theils so vorgenommen, dass ihnen eine sicher quecksilberfreie Athmungsluft zugeführt wurde, theils so, dass die Einathmung der Quecksilberdämpfe nicht gehindert wurde. Durch diese Versuche wurde nachgewiesen, »dass eine Aufnahme von Hg nach Inunktion auch bei vollständigem Ausschluss der Athmung stattfinden kann«, dass aber auch bei den Hunden durch die Lunge mehr Hg in den Körper übergeht, als durch die Haut. Die Annahme, dass Hg in Dampfform die Haut passirt, hält J. nicht für wahrscheinlich, er glaubt vielmehr, dass »ein Coerciren von Hg-Dämpfen auf der Haut durch den Feuchtigkeitsgehalt der Luft stattfindet und von dort die Resorption durch Salzbildung er-

folgt«. Auch in der Lunge fände dieses Coerciren — und zwar besonders reichlich — statt; »die sich bildenden kleinsten Metalltröpfchen sollen sich dann verhältnismäßig rasch in resorbirbare Verbindungen umwandeln« (Wienecke-Kunkel). Auch dafür sprechen einige Versuche J.'s. Endlich hat er in der Ausathmungsluft bei mit Hg behandelten Hunden Hg nicht nachweisen können.

Jadassohn (Bern).

9) E. Welander. Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis B. LIV. Hf. 1.)

Unermüdlich ist W. bemüht, die theoretische Basis seiner Modifikationen der Schmierkur weiter auszuarbeiten und sie gegen Angriffe mit Thatsachen zu vertheidigen. In der vorliegenden Arbeit betont er einmal (gegenüber Gschwend) die Schwierigkeit einer wirklich beweisenden Recidivstatistik (Gschwend hatte gemeint, dass die Recidive nach der »Säckchenbehandlung« zeitiger auftreten); er weist ferner nach, dass die Remanenz nach dieser Methode eine recht beträchtliche ist, und zwar sowohl was die Quantität der im Urin auffindbaren Hg-Massen in der ersten Zeit nach Aufhören der Kur, als auch was die Dauer der Remanenz überhaupt betrifft. Entgegen seiner früheren Ansicht hat sich Verf. jetzt durch eigene Versuche davon überzeugt, dass Hg-Dämpfe von der Haut resorbirt werden. Er hat endlich auch versucht, sich ein Urtheil darüber zu bilden, ob bei den Einreibungen Dépôts in den Follikeln und zwischen den Hornzellen angelegt werden, von denen aus Hg in Dampfform weiter resorbirt wird. Im Princip sind solche Dépôts in Form von Tröpfchen in den Follikeln vorhanden — aber die Menge des von ihnen abdunstenden Quecksilbers und die Dauer der dadurch bedingten Zufuhr von Hg können nach den Darlegungen W.'s keine irgend wie wesentliche Bedeutung haben. Er hält daher die Einreibungen für nicht nothwendig. Die Säckchenbehandlung könne nach Belieben modificirt werden.

Jadassohn (Bern).

10) M. Möller. Fortgesetzte Beobachtungen über Lungenembolie bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

M., welcher in früheren Arbeiten eine auffallend große Zahl von Lungenembolien nach Injektionen ungelöster (der Ausdruck »unlöslich« sollte, da er doch ganz unzutreffend ist, definitiv aufgegeben werden) Hg-Präparate veröffentlicht hatte, konstatiert jetzt, dass dieses unangenehme Ereignis nicht eintritt, wenn man die von Lesser angegebene Vorsichtsmaßregel befolgt, d. h. wenn man nach Einführung der Kanüle nachsieht, ob Blut aus ihr herausströmt, oder ob, was eben so wichtig ist, sich der Kanüleninhalt vorwölbt. Macht man dann die Injektion, so kann sich eine Embolie (event. mit sehr

geringen Symptomen, wie z. B. bloß Temperatursteigerung, Kopfschmerz, Übelkeit) ereignen; sticht man dann aber an anderer Stelle ein, so bleibt die Embolie aus, Temperatursteigerungen können aber auch ohne intravenöse Injektion eintreten (in Folge einer individuell größeren Reaktionsempfindlichkeit gegenüber resorbirtem Hg.). Bei intravenösen Injektionen von kleineren Mengen eines gelösten Hg-Salzes (—1 cg Sublimat) machen sich meist keine Störungen geltend. Kleine Mengen reinen Paraffins bedingen nicht klinisch konstatirbare Lungenerscheinungen, große Mengen flüssigen Fettes lebensgefährliche Embolien. (Noch sicherer wird man die Embolien durch die von Schäffer und Emery angegebene Methode, vor der Injektion zu aspiriren, vermeiden können. Ref.) **Jadassohn** (Bern).

11) **V. Allgeyer.** Über Veränderungen im menschlichen Muskel nach Kalomelinjektionen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 1.)

A. hat die seltene Gelegenheit, beim Menschen vor kurzer Zeit intramuskulär angelegte Kalomeldépôts zu untersuchen, sorgfältig ausgenutzt. Die Erscheinungen der verschiedenen Muskeldegenerationen, der Infiltration etc. werden eingehend besprochen; die entzündlichen Reaktionen und Nekrose waren nicht so hochgradig, wie man vielfach anzunehmen geneigt ist. Hg fand sich in Form von Kügelchen an einer Stelle — Kalomel war nicht mehr nachzuweisen —, also relativ schnell verarbeitet. **Jadassohn** (Bern).

12) **V. Lion.** Die Resorptionsfähigkeit der Haut für Jodkali in verschiedenen Salbengrundlagen.

(Festschrift zu Ehren von M. Kaposi.)

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1900.

Die Frage, ob die unverletzte Haut nicht flüchtige und die Haut nicht schädigende Stoffe resorbiren könne, ist noch nicht definitiv gelöst. Dem Verf. ist es gelungen, den Nachweis zu erbringen, dass aus größeren Mengen (50—100 g) von Jodkali-Vaselin, Vasogen und Adeps suill. (10%), die auf die Haut leicht aufgestrichen oder auf Lintflecken auf die Haut aufgelegt wurden, bei möglichster Vermeidung aller Fehlerquellen Jod resorbirt wurde. Dagegen gelang dieser Nachweis nicht bei in derselben Weise angestellten Versuchen mit Jodkali, Lanolin, Adeps lanae und Resorcin. Durch welche Theile der Haut die Resorption stattfindet (Follikel?) möchte L. noch unentschieden lassen. **Jadassohn** (Bern).

13) **E. Quénu et R. Tesson.** Des fractures postéro-antérieures (paramédianes) de la base du crâne.

(Revue de chir. 1901. No. 5.)

Bisher hatte man mit Aron angenommen, dass beim Sturze aufs Hinterhaupt die Fissuren, welche durch die Basis cranii verlaufen, das Felsenbein nach vorn hin durchqueren und in der Sella turcica enden, dass sie jedoch seltener ihren Verlauf in der Sutura petroso-sphenoidalis (? im Texte steht spheno-petrosa, was auch Verff. in petro-basilaris modificiren) nehmen. Angeregt durch eine eigene Beobachtung, welche ohne Weiteres die letztere Richtung des Weges erkennen ließ, haben Verff. mehrfache Versuche in der Weise angestellt, dass sie Leichen auf Bretter, deren Fußende mittels Scharnier am Boden drehbar eingelassen waren, derartig festbanden, dass sie mit dem Hinterkopfe überstanden. So ließ man sie rücklings mit ziemlicher Gewalt auf vorspringende Steinkanten aufschlagen.

Hierbei ergab sich ziemlich übereinstimmend, dass durch Sturz auf das Hinterhaupt Basalbrüche entstehen können, welche die drei Schädelgruben durchlaufen und in der Lamina cribrosa (bezw. früher) endigen. Sie verschonen fast immer das Felsenbein, folgen hingegen meist der Sutura petroso-basilaris, nachdem sie die Pars basil. occip. durchsetzt haben. Mitunter geht die Spalte durch das For. magnum hindurch.

Das Zustandekommen der Fraktur in ihren Einzelheiten zu erklären, ist kaum möglich. Ihre Form erhellt im Wesentlichen aus einer starken, von hinten nach vorn wirkenden Gewalt, welcher von den Theilen der Basis verschiedene Widerstände entgegengesetzt werden.

Wir können auf das Vorhandensein dieser Frakturform schließen, wenn bei benommenen Verletzten, deren Äußeres die Einwirkung starker Gewalt auf den Hinterkopf vermuthen lässt, Blutung aus Mund und Nase besteht. »Für die Ohnmacht seiner Therapie soll dem Chirurgen die richtig gestellte Diagnose einen schwachen Ersatz bieten.«

Christel (Metz).

14) **A. Broca.** Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne.

(Oeuvre médico-chirurgical No. 26.)

Paris, **Masson & Co.**, 1901.

B. beschreibt in ausgezeichneter Weise die Technik der Operationen am Warzenfortsatze und Mittelohre, so wie die für dieselben in Betracht kommenden anatomischen Verhältnisse. Die einzelnen Operationsmethoden sind durch zahlreiche Abbildungen illustriert.

Dem Texte ist ein kleiner Atlas beigefügt. Derselbe soll einerseits die durch das Wachsthum des Schläfenbeines bedingten Verschiebungen im anatomischen Aufbau demonstrieren, andererseits zur Vervollständigung der im Texte gegebenen Abbildungen dienen.

Leider haben die Figuren zum Theil bei der Reproduktion sehr gelitten.

Hinsberg (Breslau).

15) **F. Trautmann.** Leitfaden für Operationen am Gehörorgan.

Berlin, August Hirschwald, 1901. 104 S.

Der T.'sche Leitfaden erscheint als IV. Band der »Bibliothek v. Coler«. Er soll die wichtigsten Kapitel der operativen Otiatrie speciell den Sanitätsofficieren zugänglich machen und eine Ergänzung der vom Autor abgehaltenen 3wöchentlichen Kurse bieten.

Diesem Zwecke entsprechend, ist eine Reihe der wichtigsten Ohrerkrankungen und ihre operative Behandlung übersichtlich zusammengestellt, zum Theil durch gute Abbildungen illustriert.

Dass die einzelnen Kapitel dabei etwas ungleich behandelt wurden, ist durch den Zweck des Buches bedingt. Speciell den intrakraniellen Komplikationen, den wichtigsten Folgeerkrankungen der Ohreiterung, ist ein relativ großer Abschnitt gewidmet, u. A. auch der Meningitis serosa, während wir eine Besprechung der Meningitis purulenta vermissen. Bei der Wichtigkeit dieser Erkrankung, die den Otochirurgen auf Schritt und Tritt bedroht, dürfte sich die Einfügung eines entsprechenden Kapitels für eine 2. Auflage wohl empfehlen.

Hinsberg (Breslau).

16) **T. v. Marschalko.** Die Plasmazellen im Rhinoskleromgewebe; insbesondere über die hyaline Degeneration derselben auch bei einigen anderen pathologischen Processen. Ein Beitrag zur Kenntniss der sog. Russel'schen Körperchen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Von den sehr eingehend geschilderten Untersuchungen v. M.'s können hier nur die Resultate in aller Kürze wiedergegeben werden. Die »Plasmazellen« (Unna's) bilden im Rhinoskleromgewebe (wie bei anderen Processen) den Hauptbestandtheil des entzündlichen Infiltrats; ein großer Theil degenerirt; andere bilden wahrscheinlich Bindegewebe. (v. M. betont: die Plasmazellen sind nachgewiesenermaßen Lymphocyten — das scheint mir noch immer nicht wirklich bewiesen.)

Die »hyalinen« oder »kolloiden« Zellen sind hyalin degenerirte Plasmazellen — sie kommen auch bei anderen Processen vor, haben also nichts für das Rhinosklerom Specifisches — die Russel'schen Körperchen sind nichts als Produkte dieser Zelldegeneration.

Jadassohn (Bern).

17) **T. v. Marschalko.** Zur Histologie des Rhinoskleroms.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIII. Hft. 2 u. 3.)

Nach einer sehr ausführlichen historischen Darlegung berichtet Verf. über seine histologischen Untersuchungen über Rhinosklerom,

speciell über einige noch strittige Punkte. Er hält die bekannten Bakterien mit aller Bestimmtheit für die Erreger der Erkrankung. Die Befunde v. M.'s haben wesentlich pathologisch-histologisches Interesse und können daher hier nur in aller Kürze wiedergegeben werden: Die v. Mikulicz'schen Zellen sind durch die Einwirkung der Anfangs in jeder einzelnen nachweisbaren Bakterien degenerirte, den Leprazellen ähnliche Bindegewebszellen; die Bacillen haben jeder seine Kapsel und liegen in einer Gloca; nach starker Dehnung durch die Glocae wird die Zellmembran gesprengt, die Bakterien gelangen ins Gewebe, die v. Mikulicz'schen Zellen verschwinden langsam unter der Hypertrophie des kollagenen Gewebes. Die Bakterien liegen vermuthlich im Anfange in den Lymphspalten. Andere Zellen als die v. Mikulicz'schen enthalten nie Bacillen.

Jadassohn (Bern).

18) **L. Lichtwitz.** Du traitement aérothermique dans quelques affections nasales.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. Fasc. 4.)

L. empfiehlt HeiBluftbehandlung (trockene Luft von 80—90°) für einzelne Nasenerkrankungen (vasomotorischen Schnupfen, Schleimhauthypertrophien). Er rühmt die schnelle Wirkung und das Fehlen aller unangenehmen Nebenerscheinungen, wie sie z. B. bei Vaporisation vorkommen. Bezüglich des von L. verwendeten Apparates muss ich auf das Original verweisen.

Hinsberg (Breslau).

19) **R. Schwenn.** Ein Beitrag zur Lehre von den bösartigen Geschwülsten der Nebenhöhlen der Nase.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XI. p. 351.)

Verf. schildert den klinischen Verlauf und die anatomischen Untersuchungen einer Reihe (10) von bösartigen Geschwülsten der Nebenhöhlen; er theilt dieselben ein in Geschwülste der Kieferhöhlengegend, der vorderen Siebbeingegend, der hinteren Siebbeingegend und der Keilbeingegend. Bei der Schilderung der allgemeinen Symptome wird zunächst auf das häufige Vorkommen von Empyemen bei diesen Geschwülsten hingewiesen, eine Erfahrung, die Ref. nur bestätigen kann; ferner auf das rücksichtslose Fortschreiten, das in einer Verdrängung und Einschmelzung der umliegenden Knochenpartien zum Ausdrucke kommt. Sodann sind die Blutungen (besonders bei Sarkom) und die Schmerzen ziemlich charakteristisch. — Es werden dann weiter noch die speciellen Symptome, die für die Lokalisation in der oben erwähnten Unterscheidung charakteristisch sind, besprochen. Bei der 1. Gruppe — Kieferhöhlengeschwülste — wird besonders differentialdiagnostisch des einfachen Empyems gedacht, bei der 2. und 3. Gruppe — Siebbeingeschwülste — der Komplikationen von Seiten der Augenhöhle. (Ref. hat bei derartigen Fällen in wenigen Tagen absolute Blindheit auftreten sehen.) Die Augenhöhle ist bei Geschwülsten

der hinteren Siebbeingegend eher betheilig, als bei denen der vorderen; ferner ist bezüglich des Unterschiedes der 2. und 3. Gruppe zu erwähnen, dass bei der letzteren der Nasen-Rachenraum frühzeitiger betheilig ist. — Die Keilbeinhöhlengeschwülste sind in erster Linie charakterisirt durch Symptome von Seiten der Hirnnerven. — Primäre Stirnhöhlengeschwülste hat Verf. nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Manasse (Straßburg i/E.).

20) **K. Kompe.** Die Behandlung des Nasenblutens innerhalb der Grenzen der allgemein ärztlichen Praxis.

(Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. V. Hft. 2.)

Verf. theilt seine in 18jähriger Allgemeinpraxis erworbenen Kenntnisse über Nasenbluten mit. Von Seiten der Rhinologen wäre dem, wie Verf. selbst ganz richtig sagt, Manches hinzuzufügen, Manches wäre zu ändern.

Hinsberg (Breslau).

21) **E. Heuss.** Über postembryonale Entwicklung von Talgdrüsen in der Schleimhaut der menschlichen Mundhöhle.

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 11.)

H. bespricht die in letzter Zeit wiederholt beschriebenen außerordentlich häufigen Talgdrüsen in der Schleimhaut der Mundhöhle. Diese histologischen Untersuchungen haben ergeben, dass Haaranlagen nicht vorhanden sind, dass sich die Drüsen ganz so entwickeln wie die Talgdrüsen des rothen Lippensaumes; in einem Falle waren die Drüsen so groß, dass Verf. sie geradezu als *Acne rosacea* der Mundschleimhaut bezeichnen möchte. Er glaubt, dass sie sich durch äußere Reize entwickeln; die Pubertätszeit spielt nach ihm keine Rolle; eben so wenig könne es sich um verirrte Keime handeln; der Ausdruck »*Naevus*« sei daher nicht anwendbar. Die theoretisch interessanten Gebilde haben praktisch höchstens diagnostisch eine Bedeutung.

Jadassohn (Bern).

22) **C. Chauveau.** Contribution à l'histoire de la pathologie pharyngée pendant la période Gréco-Romaine.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. Fasc. 4.)

23) Derselbe. Contribution à l'histoire des maladies du pharynx pendant les périodes Byzantine et Arabe.

(Ibid. Fasc. 6.)

Ein interessanter Beitrag zur Geschichte der Medicin, für ein kurzes Referat nicht geeignet.

Hinsberg (Breslau).

24) **L. v. Stubenrauch.** Die Lehre von der Phosphornekrose. (Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 303. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1901.)

Verf., der zu dem vorliegenden Thema schon wiederholt werthvolle Beiträge geliefert hat, fasst in obiger Abhandlung das Ergebnis

seiner experimentellen Studien und makro- und mikroskopischen Untersuchungen von durch Operation gewonnenen Unterkieferpräparaten, zugleich unter Berücksichtigung der Arbeiten anderer Forscher, in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Phosphornekrose ist eine Krankheit, welche bisher nur beim Menschen beobachtet ist. Die bei Thieren experimentell durch Einwirkung von Phosphordämpfen erzeugten Prozesse dürfen nicht mit jenen beim Menschen identificirt werden.

2) Die Krankheit entsteht durch fortgesetzte Einathmung von Phosphordämpfen fast ausschließlich bei den Arbeitern der Phosphorzündholzfabriken; sie kann überhaupt in Betrieben auftreten, in welchen Phosphor zur Verdunstung gelangt (Phosphorbronze-, Schwedenfabriken, in welchen mit gelbem verunreinigter amorpher Phosphor verwendet wird).

3) Klinisch ist die Phosphornekrose dadurch charakterisirt, dass sie in der Regel an umschriebener Stelle beginnt und dann unaufhaltsam fortschreitet, bis der ganze Kiefer abgestorben ist.

4) Anatomisch zeigen die Unterkieferpräparate von Zündholzarbeitern im Frühstadium Appositionsvorgänge im Inneren des Kiefers, später sowohl innen wie außen auf der freien Oberfläche des Knochens, in Spätstadien hauptsächlich Resorptionserscheinungen im kranken Knochen neben massiger periostaler Knochenneubildung (Stadium der Apposition — Stadium der Resorption).

5) Die Kieferperiostitis, deren Produkte sich als massige Osteophyten auf dem kranken Knochen ablagern, entsteht in Folge eitriger Infektion des Knochens und des Periosts, ist also eine infektiöse und regenerative. Sie entsteht aber nicht durch Einwirkung der Phosphordämpfe von der Mundhöhle aus. (Deshalb ist der Ausdruck »Phosphorperiostitis« zu eliminiren.)

6) Der in den Arbeitsräumen der Zündholzfabriken cirkulirende Phosphor wirkt eingeathmet auf das Knochensystem im Allgemeinen ein. Die Knochen werden sklerotisch, wenn auch in geringerem Grade, wie dies z. B. bei wachsenden Thieren beobachtet wird.

7) Zum Zustandekommen des Zustandes »Phosphornekrose« sind 2 Faktoren nöthig, die Phosphorwirkung und die Infektion. Die erstere allein bedingt nicht das Absterben des Knochens. Die vom Blute aus in den Kieferknochen gelangenden Mengen von Phosphor bedingen dort wahrscheinlich im Marke primäre Veränderungen, die zu Apposition von Knochensubstanz im Inneren des Kiefers führen können, aber latent bleiben, so lange der Knochen nicht inficirt wird. Die Infektion bringt sekundär den durch Phosphor veränderten Knochen zur Nekrose. (Aus diesem Grunde ist auch die Bezeichnung »Phosphornekrose« unrichtig.)

8) Die primären Gewebsveränderungen im Kiefer, welche die Disposition zur Nekrose des Knochens bedingen, können sicher jahrelang fortbestehen, nachdem die gefährliche Luft nicht mehr eingeathmet wurde.

9) Die Infektion des Knochens findet in der Regel von Höhlen kariöser Zähne oder von den Zahnhälsen aus (*Pyorrhoea alveolaris*) statt.

Kramer (Glogau).

25) Chipault. Sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

(Indépendance méd. 1901. No. 25.)

Von 28 vom Verf. operirten Fällen gehörten 21 zu den schweren, unerträglichen Formen der Trigeminusneuralgie, welche dem Chirurgen viel häufiger vorkommen als die leichten, intern zu behandelnden Formen. Die chirurgische Behandlung sollte nicht zu lange hinausgeschoben werden, da dann in Folge der langdauernden peripheren Reizung möglicherweise bereits Veränderungen in den centralen Kernen aufgetreten sind, welche chirurgisch nicht beeinflusst werden können. Die extracraniellen Eingriffe am Trigeminus müssen in der peripheren totalen Resektion eines oder besser aller 3 Äste bestehen, und zwar möglichst von der Austrittsstelle aus dem Schädel bis in die peripheren Verzweigungen. Nach Resektion des Jochbeines und Zurückschlagen des Masseters sucht C. den Mandibularnerven am unteren Rande des Pterygoideus externus auf; nach Resektion des Kronenfortsatzes, Hinaufschlagen des Temporal Muskels und Durchtrennung des Pterygoideus wird der 2. Ast am Foramen rotundum, der 3. am Foramen ovale zugänglich. Für den 1. Ast empfiehlt C. die Villar'sche Technik. Zur Resektion des Ganglion Gasseri wird zunächst mittels des eben skizzirten Verfahrens die Schädelbasis freigelegt und nach den in Verf.s operativer Chirurgie des Nervensystems näher angegebenen Anhaltspunkten aufgemeißelt. Dabei muss der manchmal bis zum Foramen ovale reichende Keilbeinsinus vermieden und die knöcherne Umrahmung des ovalen Loches geschont werden. Nach intracranieller Resektion des Ganglion werden die Nervenenden nach oben und unten möglichst aus einander geschoben und das Foramen ovale und rotundum mittels einer Goldplombe möglichst hoch hinauf fest ausplombirt, um jede Wiedervereinigung zu verhüten (3 Fälle).

Die periphere totale Resektion des Nerven giebt in den meisten Fällen eben so gute Resultate wie die Resektion des Ganglion, die wegen ihrer viel größeren Gefahr zu Gunsten der peripheren Totalresektion eingeschränkt werden sollte, und zwar besonders auf die Fälle von primärer und sekundärer »Gasseritis«, auf deren Diagnose C. näher eingeht.

Auf das Ganglion lässt sich, falls seine Entfernung zu gefährlich erscheint, auch indirekt einwirken 1) durch Unterbindung der Carotis communis. Diesen Eingriff verwirft C. indess als zu gefährlich, zumal da bei schwerer Trigeminusneuralgie gewöhnlich Arteriosklerose vorhanden sei. Dagegen trat nach Resektion des oberen Ganglion des Halssympathicus (4 Fälle) zunächst Besserung ein, sodann gewöhnlich ein leichter Rückfall, schließlich aber in 3 länger

beobachteten Fällen Heilung, event. mit Zurückbleiben eines leichten Schmerzes im Bereiche des 3. Astes. Der Eingriff bringt eine vasomotorische Wirkung auf das Ganglion Gasseri, seinen centralen Ursprung und auf die peripheren Äste hervor. **Mohr** (Bielefeld).

26) **Rodier.** Paralyse faciale d'origine dentaire.

(Indépendance méd. 1901. No. 23.)

Verf. ist der Ansicht, dass viele der bisher auf rheumatische Einflüsse, resp. eine Erkältung zurückgeführten Facialislähmungen in Wirklichkeit durch eine infektiöse Osteo-Alveolitis in Folge von Zahnkaries hervorgerufen werden. Es sind das die Fälle, in welchen der Facialislähmung schmerzhaftere Erscheinungen von Seiten der Kiefer und Zähne vorhergingen. In den vom Verf. beobachteten Fällen erfolgte auf die Exstruktion des betreffenden Zahnes mit Ausschabung der Zahnücke immer Besserung und Heilung der Lähmung in wenigen Tagen. Verf. verwirft zur Erklärung des Zusammenhanges die Reflextheorie und glaubt, dass es sich um Fortleitung einer echten Neuritis des Trigeminus auf den Facialis vermittels der Verbindungsnerve zwischen beiden Nerven handele.

Mohr (Bielefeld).

27) **A. Stieda.** Zur Lymphdrüsenexstirpation beim Unterlippenkrebs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIII. Hft. 3.)

Um beim Unterlippenkrebs eine genaue Exstirpation der erkrankten Lymphdrüsen erreichen zu können, empfiehlt Verf., statt der gewöhnlich angewendeten Methode zweier Schnitte parallel zum Kiefer und eines sagittalen vom Kinn zum Zungenbein einen einzigen bogenförmigen Schnitt zu gebrauchen, welcher von einer Seite dem unteren Rande des Unterkiefers entlang nach der anderen Seite läuft. Derselbe dringt durch Haut, subkutanes Gewebe und Platysma, so dass man einen halbkreisförmigen Lappen nach unten zurückschlagen kann, nachdem man denselben bis zum Os hyoideum abpräparirt hat. Eine weit zugängliche Freilegung würde auch durch doppelte Lappenbildung zu erzielen sein, bei welcher die Schnittführung ungefähr dem alten Verfahren entspricht und bei dem nur noch eine Aufklappung beider Lappen nach beiden Seiten hin stattzufinden hätte. Verf. ist überhaupt im Allgemeinen der Ansicht, dass sich mittels der Lappenschnitte eine bessere Exstirpation der Drüsen erreichen lasse, und empfiehlt sie deshalb nicht nur für Halsdrüsen-, sondern auch Supraclavicular- und Inguinaldrüsenausräumungen.

E. Slegel (Frankfurt a/M.).

28) **J. W. Mackenzie.** Ein Wort zu Gunsten der Diagnose mit bloßem Auge und der Entfernung des ganzen Organes mitsammt dem Nachbargebiete möglicher lymphatischer Infektion bei Kehlkopfkrebs.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XI. p. 399.)

Die Überschrift gleicht dem Inhalte. Es giebt 3 hauptsächlich Methoden in der Diagnose des Kehlkopfkrebsses: 1) Untersuchung mit bloßem Auge oder Diagnose durch Augenschein unter Zuhilfenahme der klinischen Erscheinungen; 2) Thyreotomie, und 3) das Mikroskop. Am höchsten bewerthet M. die erste Methode, am geringsten die letzte. Ja, er warnt direkt vor der Probeexcision Zwecks mikroskopischer Untersuchung und verallgemeinert diese Ansicht für sämtliche chirurgische Gebiete, in so fern, als er behauptet, dass die ersten Vertreter der Chirurgie im Allgemeinen bei der Differenzirung der Neubildungen immer weniger sich Rath bei den Pathologen holen, Ausführungen, die jeder deutsche Arzt wohl mit berechtigtem Erstaunen lesen wird. Denn wir haben doch sämmtlich gelernt, dass die sicherste Diagnostik eben die ist, die durch die histologische Untersuchung gestützt ist, vorausgesetzt, dass zu letzterer geeignete Theile herangezogen werden.

Der 2. Theil der Arbeit räth zu einer möglichst radikalen Operation des Kehlkopfkrebsses, also zur Totalexstirpation mit Herausnahme der inficirten oder nicht inficirten Lymphgefäße und Lymphdrüsen des Halses.

Manasse (Straßburg i/E.).

29) **M. Scheier.** Zur Behandlung des Kehlkopfkrebsses auf intralaryngealem Wege.

(Allgem. med. Central-Zeitung 1901. No. 8.)

S. vertritt die Ansicht, unter gewissen, ganz besonders günstigen Bedingungen dürfe man versuchen, ein beginnendes Kehlkopfcarcinom intralaryngeal zu entfernen. Er betont ausdrücklich die Verantwortung, die der Operateur mit einem solchen Versuche übernimmt, und ist der Ansicht, es dürfe nie viel Zeit mit solch intralaryngealen Versuchen verloren werden, da sonst die Aussichten für eine Operation von außen dadurch verschlechtert würden.

S. hat 34 Fälle aus der Litteratur zusammengestellt, bei denen die Exstirpation auf natürlichem Wege versucht wurde; 11 davon waren nach einem Jahre noch recidivfrei. Ein vom Verf. selbst intralaryngeal operirter Pat. war nach 2³/₄ Jahren noch ohne Recidiv.

Hinsberg (Breslau).

30) **O. Chiari.** Beitrag zur Kenntniss des Baues der sog. Sängerknötchen.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XI. p. 415.)

C. spricht sich auf Grund einer großen Reihe von histologischen Untersuchungen der Sängerknötchen dahin aus, dass die letzteren drüsenfrei seien, also auch nicht von den Drüsen ausgehen könnten.

Manasse (Straßburg i/E.).

31) **E. Tschudy.** Über Behandlung akuter Trachealstenose durch Trachealintubation.

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

Unter einer großen Reihe von Kropfoperationen kommen immer einige vor, bei welchen wegen hochgradiger Dyspnoë oder plötzlicher Knickung der Luftröhre im Verlaufe der Strumektomie der Luftröhrenschnitt nothwendig wird. Dieser kann aber — wie in einem vom Verf. näher beschriebenen Falle — so schwierig werden, dass seine exakte Ausführung zu lange dauert, eine rasche Durchtrennung des blutreichen Kropfes aber die Eröffnung der Luftröhre illusorisch macht, so dass der Pat. auf jeden Fall verloren ist. Bei einer solchen Kranken half sich T. dadurch, dass er bei der Knickung der Luftröhre während der Operation schnell noch eine Magensonde in dieselbe einführte. Diese Methode der Intubation rettete der Kranken das Leben, und Verf. kann das Verfahren für alle diejenigen Fälle empfehlen, in welchen es sich um einen durch innerhalb kürzerer Zeit zu beseitigende oder spontan vorübergehende Ursache bedingten theilweisen oder gänzlichen Verschluss von Kehlkopf oder Luftröhre handelt. In diesen Fällen dürfte es die Tracheotomie überflüssig machen und verdrängen. Die Athmung erfolgt durch die Sonde in ungehinderter Weise. Das längere Liegenlassen der natürlich festen Sonde hat keine Schädlichkeit für die Luftröhre.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

32) **L. Ölsner.** Anatomische Untersuchungen über die Lymphwege der Brust mit Bezug auf die Ausbreitung des Mammacarcinoms.

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

Der Verlauf und die Ausbreitung der Lymphwege der Brustdrüse hat in den letzten Jahren ganz besonders auch von Seiten der Chirurgen eine eingehende Berücksichtigung gefunden. Die Studien darüber haben namentlich durch die Arbeiten von Heidenhain, Rotter u. A. speciell die operative Behandlung und Prognose des Mammacarcinoms beeinflusst. Trotzdem ist über dieses Gebiet der Anatomie noch keine absolute Einigkeit erzielt, und es ist gewiss dankenswerth, dass Verf. neue Beobachtungen zu sammeln bestrebt war. Er hat dieselben an den Leichen Neugeborener gemacht und hat sich dabei der Gerota'schen Injektionsmethode als der zweck-

mäßigsten bedient. Alle wichtigen Fragestellungen hat Ö. zu beantworten versucht. Neben einer Reihe nicht unwesentlicher Nebenfunde, welche die Anatomie der Brustdrüse und Funktion der Lymphdrüsen betreffen, sind die wichtigsten Hauptergebnisse nach Verf.s eigener Zusammenstellung etwa folgende:

1) Die Milchdrüse sendet 2, selten 3 starke Lymphgefäße zu der an und unter dem lateralen Rande des *M. pectoralis major* in Höhe des 2.—3. Interkostalraumes gelegenen Gruppe der *Glandulae lymph. thoracales ant.* und durch diese dann weiter in die *Glandulae subpector.* und *subclaviae*, nicht *supraclaviculares*, zum *Truncus subclavius*, der gewöhnlich als starker Lymphstamm im 1. Interkostalraum zwischen *M. subclavius* und *Vena subclavia*, also ventral von letzterer oralwärts läuft und schließlich entweder direkt oder nach Passirung einer *Glandula cervicalis profunda inferior* in den *Angulus venosus* mündet.

2) Die Gruppe der *Glandulae thorac. ant.* lässt sich topographisch von den anderen in der Axilla liegenden Lymphdrüsengruppen beim normalen Neugeborenen trennen, in praktischer Hinsicht aber nicht.

3) Die von Heidenhain, Rotter etc. mit Carcinomzellen embolisirt gefundenen Lymphgefäße, die den *Pector. maj.* und die *M. intercostales perforiren*, sind eben so normale Abzugswege der Lymphe der Mamma wie die axillären, stehen allerdings letzteren an Zahl und Mächtigkeit des Lumens nach.

4) Im *Pector. maj.* entspringende Lymphgefäße lassen sich nicht mit Sicherheit nachweisen.

5) Im subkutanen Fettgewebe wurzelnde Lymphgefäße konnten nicht nachgewiesen werden.

Die Prognose des Brustkrebses ist auch schon vor Verwachsung der Geschwulst mit der Umgebung wegen der zahlreichen Lymphwege aus der Drüse ungünstig. Doch rath Verf., die Indikationen zum operativen Vorgehen nicht einzuschränken, da beim Carcinom ähnlich wie bei septischen Erkrankungen neben der Virulenz auch die Quantität des inficirenden organisirten Virus eine Rolle spielt. Bei jeder auch noch so frühen Operation bleibt wohl noch eine gewisse Giftmenge zurück, doch ist der Organismus im Stande, eine bestimmte Quantität pathogenen Materials zu vernichten. In jedem Falle scheint Verf. die radikalste Methode erforderlich, und ist empfehlenswerth, den Sternaltheil des *Pector. maj.* und den *Pector. minor* mit fortzunehmen. Falls der Process weiter fortgeschritten ist, soll man das Schlüsselbein temporär reseciren, damit die Metastasen in den *Supraclaviculardrüsen* entfernt werden können.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

33) **P. Tillaux et P. Riche.** La ligature de l'aorta abdominale. (Recueil d'observations; Examen des faits expérimentaux, cliniques et chirurgicaux).

(Revue de chir. 1901. No. 1—3.)

Verff. hatten gelegentlich einer Operation wegen rapid wachsenden diffusen Aneurysmas der linken Leistengegend die Aorta unterbunden, ein seltener, in diesem Falle unbeabsichtigter Eingriff, welcher sie veranlasste, eine litterarische Umschau zu halten, die von großem Interesse ist. Sie stellten 13 Fälle — davon 12 veröffentlichte — zusammen, aus denen ersichtlich zu sein scheint, dass der Eingriff vorläufig zu den allerbedenklichsten gehört; denn sämtliche 13 Operirte sind erlegen. Es erhebt sich die Frage, ob eine Operation, die bisher stets tödlich verlief, überhaupt innere Berechtigung habe?

Dies zu entscheiden, haben Verff. die mitgetheilten Fälle genau geprüft, so wie ferner die hierauf bezüglichen Thierexperimente eingehendem Studium unterzogen. Folgendes sei als Ergebnis dieser Untersuchungen kurz angegeben.

Die Unterbindung der Aorta abdominalis ist experimentell an Hunden, Katzen und Kaninchen mehrfach geübt worden; von letzteren wurde sie sehr schlecht, von Hunden relativ gut vertragen, wenn der Eingriff unter den nöthigen Vorsichtsmaßregeln der Asepsis ausgeführt wurde. Die zuerst vorhandene Paraplegie der unteren Extremitäten schwindet bis etwa zum anderen Morgen; die Kollateralen füllen und verstärken sich relativ schnell. Es sind dies weniger die Epigastricae, als besonders die Artt. lumbales und mesentericae. Gangrän ist nicht eingetreten.

Wenn daher aus dem Thierexperiment die Aortenunterbindung als durchführbar erhellt, so sprechen auch pathologische Beobachtungen im gleichen Sinne: die Obliteration der Aorta an der Bifurkation, sei es durch Gerinnsel, sei es durch außerhalb des Gefäßsystems liegende Ursachen; bei Menschen hat man sie als zufälligen Obduktionsbefund entdeckt; bei den Pferden ist sie ein öfter beobachtetes Ereignis, für welches besonders intermittirendes Lahmen (Hinken) bezeichnend ist.

Endlich geht aus den zum Theil vollständig im Original mitgetheilten Krankengeschichten mit genügender Deutlichkeit hervor, dass es weder die Überbürdung des Herzens, noch Stauung im Gehirn oder Anämie des Rückenmarkes, noch endlich die etwa befürchtete Gangrän ist, die in allen bisher operirten Fällen zum Tode führte; sondern im Wesentlichen war es die Infektion (sei es als septische Peritonitis oder allgemeine Sepsämie oder Gangrän der Gefäßwand und Nachblutung), beziehentlich das erfolglos bekämpfte Leiden selbst.

Man darf daher wohl den Verff. beistimmen, wenn sie einerseits die Thierversuche wiederholt wissen möchten, andererseits schon

ohnedies der Ansicht zuneigen, dass in Zukunft die Unterbindung der Aorta als berechtigter Eingriff mit günstigem Erfolge wird ausgeführt werden.

Christel (Mets).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chir. Abtheilung des städt. Krankenhauses Moabit-Berlin. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Sonnenburg.)

Zur retrograden Bougirung des Ösophagus.

Von

Dr. W. Merkens, Assistenzarzt.

Den schwierigsten Theil dieser Therapie bildet nicht selten das Hindurchbringen des Fadens durch die verengte Speiseröhre. Wenn auch zahlreiche Methoden angegeben sind, so dürfte doch der folgende Fall von Interesse sein¹.

Es handelte sich um außerordentlich enge Strikturen in Folge einer Ammoniakverätzung. Die oberste befand sich hinter dem Kehlkopfe. Indessen gelang es bisweilen, diese vom Munde aus zu bougiren. Wir kamen sogar bis in die Gegend der Cardia. Hier befand sich die enge Stelle und trafen selbst feinste Sonden auf ein unüberwindliches Hindernis. Der Kranke konnte nur zeitweise dünne Flüssigkeiten in geringen Quantitäten zu sich nehmen und musste zum großen Theil per rectum ernährt werden. Er kam um so mehr herunter, als sich Lungen- und Pleuraerscheinungen hinzugesellten. Diesem bedauernswerthen Zustande wurde durch die Gastrostomie ein Ende gemacht. Die Operation wurde von meinem Chef szeitig und in der einfachsten Weise ausgeführt: Schrägschnitt, Einnähung des Magens; nach 3 Tagen Eröffnung mit dem Thermokauter. Die Fistel schloss um den eingeführten Katheter von Anfang an ausgeseichnet.

Wir warteten nun zunächst einige Wochen ab, theils um den Ernährungszustand zu heben, theils um zu sehen, ob durch die völlige Ruhigstellung die Speiseröhre wieder wegbar werden würde. Als letzteres nicht eintrat, schritten wir zur Einleitung der retrograden Bougirung. Nun kam die Schwierigkeit. Der Pat. war nicht im Stande ein Schrotkorn zu verschlucken, trotzdem er sich die größte Mühe gab; das Schrotkorn blieb stets oberhalb der ersten Striktur liegen.

Folgendes Verfahren führte zum Ziele. Wir warteten einen Zeitpunkt ab, wo der obere Theil der Speiseröhre für eine dünne Sonde passirbar war. Das Ende der Sonde wurde eingekerbt und aus dem Seidenfaden in der Nähe des Schrotkorns eine kleine Schlinge formirt. Nun wurde die Sonde, mit dem Seidenfaden armirt, in die Speiseröhre eingeführt, so weit es möglich war. Beim Zurückziehen streifte sich die Schlinge ab und blieb das Schrotkorn im Ösophagus liegen. Nun ging aber nach Sondirungsversuchen das Schlucken gewöhnlich ganz besonders schlecht. So auch dieses Mal. Pat. brachte fast gar kein Wasser hinunter. Es blieb daher nichts anderes übrig, als das Schrotkorn liegen zu lassen. Das aus dem Munde ragende Ende des Seidenfadens wurde mit Heftpflaster an die Stirn befestigt. So vergingen 3 Tage. Allmählich aber gelang das Schlucken wieder etwas besser, und endlich am 4. Tage glitt das Schrotkorn in den Magen. Der Magen wurde mit Wasser gefüllt und dieses, nachdem der Pat. in Knie-Ellbogenlage gebracht war, wieder abgelassen. Dabei wurde der Faden aus der Fistel herausgespült.

Die weitere Behandlung war die übliche mit Schläuchen. Wenn es uns auch nicht gelungen ist, in 3—5 Wochen, wie es nach v. Hacker (Handbuch der praktischen Chirurgie) die Regel ist, eine erhebliche Dilatation zu erzielen, so war der Erfolg dennoch außerordentlich befriedigend.

Der Fall wird in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie von anderer Seite ausführlich mitgetheilt werden.

¹ Der Pat. wurde von Sonnenburg am 8. Juli d. J. in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vorgestellt.

34) A. J. Pospelow. Syphilis der Enkelin.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

Noch immer ist es eine Streitfrage, ob die Syphilis >bis ins 3. Geschlecht< vererbt werden kann, d. h. ob hereditär syphilitische Eltern syphilitische Kinder zeugen können. In neuester Zeit wird speciell in Frankreich von >Dystrophien< gesprochen, welche auf Vererbung hereditärer Lues beruhen sollen — aber sehr sicher sind alle diese Angaben noch nicht. P. scheint freilich von ihrer Richtigkeit überzeugt zu sein. Wichtiger als die allgemeinen Betrachtungen ist der Fall, den er veröffentlicht. Ein 13jähriges Mädchen von schwächlichem Körperbau hatte außer Hutchinson'schen Zähnen eine Perforation des Nasenseptums und ein gummöses Geschwür am Gaumen (Heilung durch spezifische Behandlung; zugleich wesentliche Hebung des Allgemeinbefindens, stärkeres Wachstum). In der Familie scheinbar nichts; zahlreiche Geschwister gesund. Vater und Mutter sollen nie Lues gehabt haben — dagegen hatte der Vater, ein stattlicher Mann, Hutchinson'sche Zähne; sein Vater soll sicher ein Syphilitiker gewesen sein. Daraus schließt der Verf., dass dieses Kind eine >syphilitische Enkelin< war. Wirklich bindend ist wohl auch dieser Schluss nicht, trotzdem die Beobachtung sehr interessant und auffallend ist.

Jadassohn (Bern).

35) M. Clinton. Fractures of the nose.

(Buffalo med. journ. 1901. Juni.)

Auf Grund von 50 eigenen und sonst mitgetheilten Fällen von Nasenfraktur ist Verf. der Ansicht, dass Dislokation und Fraktur des Septumknorpels und der Triangularknorpel die häufigste Form der Nasenbrüche sei. Die einzelnen Frakturformen werden genauer beschrieben. Zur Stellung der genaueren Diagnose cocainisirt Verf. die Nasenschleimhaut; die Korrektion der Dislokation geschieht möglichst bald durch feste Tamponade; und zwar soll, besonders wenn ein äußerer Verband nothwendig ist, in den ersten Tagen überkorrigirt werden.

Bei Frakturen des Siebbeines, speciell der Lamina perpendicularis, sah Verf. mehrfach eine infektiöse Thrombophlebitis, welche durch die Lamina cribriformis auf das Gehirn fortschritt. Bei einer schweren, complicirten Gesichtsverletzung in Folge Eisenbahnunfalles bildete die linke Nasenhälfte mitsammt Nasenbein und Oberlippe die Spitze eines großen, abgelösten Weichtheillappens. Es bestand leichte Hirnerschütterung, der Vomer war zermalmt, die Lamina perpendicularis des Siebbeines zersplittert, die Lamina cribriformis gebrochen und gegen das Gehirn vorgetrieben. Nach Entfernung mehrerer Splitter Einführung des Fingers in die vordere Schädelgrube und Reposition des vorgeschobenen Bruchstückes; Tamponade der Wundhöhle, weiterer Verlauf ohne Infektion; die Hirnerscheinungen schwanden nach einigen Tagen.

In einem weiteren Falle sah Verf. nach Hufschlag gegen die Nasengegend im Verlaufe einiger Monate eine ausgedehnte Periostitis beider Nasenbeine und Oberkiefer eintreten.

Mohr (Bielefeld).

36) A. Sundholm. Beitrag zur Kenntnis der Knochenblasen in der mittleren Nasenmuschel.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XI. p. 382.)

Die Arbeit giebt die Krankengeschichten von 3 Fällen mit Knochenblasen der mittleren Muschel, denen die mikroskopischen Untersuchungen der exstirpirten Theile angeschlossen werden. Die Ansicht des Verf. über die Entstehung dieser Knochenblasen ist mir nicht klar geworden; es ist ihm wahrscheinlich, >dass hier Siebbeinzellen vorhanden sind, welche den Platz der mittleren Muschel eingenommen haben<.

Manasse (Straßburg i/E.).

37) Pantaloni (Marseille). Trois cas de restauration du nez dans l'acné hypertrophique.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 4.)

P. hat bei 3 durch hypertrophische Acne der Nase außerordentlich entstellten Herren mit bestem Erfolge operirt, sowohl bezüglich der Dauerheilung, als auch

der Plastik. Die Photographien vor und nach der Operation beweisen das in der That. In Chloroformnarkose schneidet er mit der Schere die hypertrophischen Partien vollständig bis auf den Knorpel weg. Er hat in keinem der Fälle einer besonderen Rhinoplastik bedurft. Seine Überzeugung ist daher, dass es ganz fehlerhaft ist, Leute mit einem so entstellenden Leiden anders als chirurgisch zu behandeln. (Vor 40 Jahren von B. v. Langenbeck mit Erfolg ausgeübt. Richter.)
P. Stolper (Breslau).

38) P. Radzich. Ein Fall von Zungenabscess, durch Peritonsillitis abscedens hervorgerufen.

(Med. Obosrenje 1900. December. [Russisch.])

R. traf in einem Falle diese seltene Komplikation. Es handelte sich um Peritonsillitis anterior sin., worauf sich am linken Rande der Zungenbasis ein Abscess bildete; letzterer wurde gespalten; der Mandelabcess brach von selbst auf.
Gükel (B. Karabulak, Saratow).

39) M. v. Kryger. Eine seltenere Geschwulstbildung in der Zunge (Endotheliom).

(Sonderabdruck aus der Festschrift der Universität Erlangen zum 80. Geburtstage des Prinzregenten Luitpold 1901.)

Verf. theilt den genauen histologischen Befund einer Geschwulst mit, die sich bei einer 31jährigen Frau im hinteren Abschnitte der linken Zungenhälfte entwickelt hatte. Die Schleimhaut war unversehrt, der kirschgroße, längliche Geschwulstknoten von derber Konsistenz, innerhalb der Zunge nicht zu verschieben, die Umgrenzung nicht sehr scharf, Drüsen nicht vergrößert. Bei der Entfernung der Geschwulst (vom Koeherschen Schnitt aus) ergab sich, dass die Wucherung nach verschiedenen Seiten hin Ausläufer in die Zungenmuskulatur aussandte. Heilung; nach 1 Jahre noch kein Recidiv.

Auf der Schnittfläche zeigte der Knoten ein Netzwerk glasig erscheinender, erhabener Leisten, in den Zwischenräumen lag weiches, etwas dunkler gefärbtes Gewebe. Das mikroskopische Bild war auf den ersten Anblick das einer Struma, resp. an einzelnen Stellen das eines Alveolärcarcinoms, die genauere Untersuchung ergab jedoch, dass die epitheloiden Zellen ihren Ausgang nahmen von den glatten Zellen, welche die Spalten des Bindegewebes und die Innenwand der Lymphgefäße auskleiden. Es handelte sich also um ein Endotheliom. Besonders das Bindegewebe, weniger die Geschwulstzellen waren eigenartig schleimig-hyalin entartet. Der innige Zusammenhang zwischen Endothel und Bindegewebe in der Geschwulst weist darauf hin, dass beide Elemente aus einer gemeinsamen Anlage, dem Mesenchym, entsprungen sind. Aus der Litteratur werden 4 gleichartige Fälle kurz berichtet. Hiernach scheint den Zungenendotheliomen gemeinsam zu sein: 1) Der Sitz am Grunde der Zunge. 2) Das Erhaltenbleiben der Schleimhaut. 3) Das langsame Wachstum. Die Geschwülste sind nicht immer gutartig, Recidive treten zuweilen auf, und die Wucherung kann, allerdings verhältnismäßig spät, einen mehr diffusen sarkomatösen Charakter annehmen (2 Tafeln).

Mohr (Bielefeld).

40) Catterina. Studio clinico e anatomo-patologico di un emoangiomasarcoma periteliale (cilindroma) del velo pendolo.

(Polielinico 1901. No. 6.)

Hühnereigroße, nachweisbar seit 4 Jahren bestehende Geschwulst der linken Gaumensegelhälfte. Mikroskopisch: Angiosarkom mit starker hyaliner Entartung einerseits des spärlichen Zwischengewebes, andererseits der Zellschläuche. 11 mikroskopische Figuren.
E. Pagenstecher (Wiesbaden).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 38. Sonnabend, den 21. September. 1901.

Inhalt: A. Hammesfahr, Die extraperitoneale Radikaloperation medianer Bauch- und
Bauchnarbenbrüche. (Original-Mittheilung.)

1) Christomanos, Bacillus pyocyaneus. — 2) Neufeld, Erysipel durch Pneumokokken.
— 3) Schütze und Scheller, Globulicide Substanzen im Serum. — 4) Cipriani, Amylo-
form. — 5) Delbet und Bigeard, Operationssepsis. — 6) Unna, Alkoholstifte. —
7) Ullmann, Lokale Hyperämie gegen Geschwürsprocess. — 8) Thöle, 9) Goldan,
10) Chipault, 11) Kammerer, Anästhesirung. — 12) Ssowinski, 13) Leven, 14) Scholtz,
15) Leven, 16) Scholtz, 17) Dalton, 18) Hodara, 19) Leistikow, Gonorrhoe. — 20) La-
peyre, 21) Munroe, Appendicitis. — 22) Bilfinger, 23) Ekehorn, Hernien. — 24) Dé-
lore und Patel, Darmsteine. — 25) Terrier und Auvray, Chirurgie der Leber und Gallen-
wege. — 26) Küstner, Gynäkologie. — 27) Pettit, Gynäkologische Anatomie. — 28) Ca-
thelin, Torsion des Hydrosalpinx. — 29) Traino, Eierstockskystom.

30) Bernhardt, Kasuistik. — 31) Lanz, Gonorrhoe. — 32) Witthauer, Korsett und
Leibbinde. — 33) Moser, Peritonitis bei Typhus. — 34) Kretz, Appendicitis. —
35) Gottstein, Fremdkörper im Magen. — 36) Michailow, Magengeschwür. — 37) Siegel,
Duodenalstenose. — 38) Hermes, 39) Wiart und Rénon, Innere Einklemmung. —
40) Kehr, Berger und Welp, Beiträge zur Bauchchirurgie. — 41) Umber, Pfortaderoblite-
ration. — 42) Rasumowski, Gekrösgeschwulst. — 43) Pantaloni, Fibrosarkom des
Samenstranges. — 44) Derveau, Gebärmutter und Hoden als Bruchinhalt.

Die extraperitoneale Radikaloperation medianer Bauch- und Bauchnarbenbrüche.

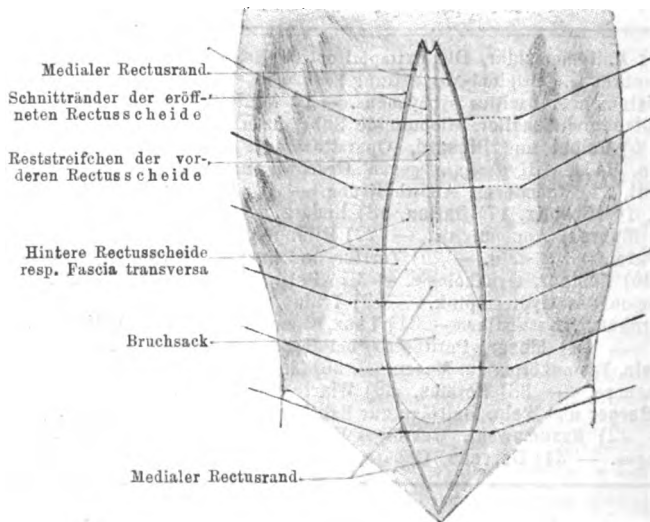
Von

A. Hammesfahr in Bonn.

Ich habe vor einigen Monaten in diesem Blatte (1901 No. 10)
eine Methode beschrieben, mit der es mir gelang, einen schon 9mal
vergeblich operirten medianen Bauchnarbenbruch von ganz enormer
Größe zu beseitigen. Da ich nun inzwischen noch mehrere mediane
Bauch- und Bauchnarbenbrüche nach demselben Verfahren und mit
demselben Erfolge operirt habe, und da uns ferner eine Methode,
die eine sichere Heilung dieser Brüche verbürgt hätte, bisher nicht
zu Gebote stand, so möchte ich es nicht unterlassen, den Fachkollegen
das Verfahren, das ich inzwischen in einem Punkte wesentlich mo-

dificirt und wohl auch vereinfacht habe, zur Nachprüfung zu empfehlen. Die Operation verläuft folgendermaßen: Man präparirt einen vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse reichenden ovalen, in der Mitte möglichst breiten Hautlappen mit dem subkutanen Fett ab. Damit entblößt man den Bruchsack von seiner häutigen Hülle, ohne dass man ihn eröffnet; natürlich ist an den Stellen, wo die äußere Bruchsackhülle nur aus dünner Hautnarbe besteht, vorsichtiges Abpräpariren geboten. Bei genügender Vorsicht wird es dann kaum passiren, dass man den Bruchsack eröffnet; sollte es aber einmal »nicht zu vermeiden« gewesen sein, so schließt man die Öffnung durch einige feine Nähte wieder. Ist nach Abpräpariren des Lappens die vordere Rectusscheide noch nicht in ihrer ganzen Breite freigelegt, so präparirt man beiderseits die Bauchhaut mit dem subkutanen Fett noch

Fig. 1.



weiter ab, wenigstens bis zu den lateralen Rectusrändern, am besten noch etwas darüber hinaus. Für die später anzulegende Naht ist es nun durchaus erforderlich, dass man einige Finger der linken Hand unter den Rectus schieben kann. Ich habe dazu in meinem ersten Falle das parietale Peritoneum von der Hinterfläche der Recti abgedrängt resp. abpräparirt; da das aber bei den Bauchnarbenbrüchen recht mühsam und schwierig sein kann, so verfähre ich jetzt folgendermaßen: Man eröffnet an irgend einer Stelle die Rectusscheide am medialen Rande; ist der mediale Rectusrand nicht deutlich durchzufühlen, so wird man ihn durch eine kleine Querincision im Bereiche der vorderen Rectusscheide leicht auffinden. Nun dringt man mit einem Finger durch die Incisionsöffnung in die Rectusscheide ein, und zwar zwischen hintere Muskelfläche und hintere Rectusscheide,

und spaltet auf dem nach oben und unten gleitenden Finger die Rectusscheide am medialen Rande in ihrer ganzen Länge. Hat man das — in wenigen Sekunden — sowohl am linken wie am rechten Rectus gemacht, so liegen beide Muskelbäuche, bedeckt von der vorderen Rectusscheide, übersichtlich und vollkommen zugänglich in ihrer ganzen Länge frei. Damit ist der erste Theil der Operation beendet, und es folgt die leicht und schnell auszuführende Naht, durch die die Recti so an einander gebracht werden, dass die medialen Ränder nach der Bauchhöhle zu — ähnlich wie bei der Lembert'schen Naht die Darmwundränder nach dem Darmlumen zu — sich umlegen.

Fig. 1 zeigt die anatomischen Verhältnisse in diesem Stadium der Operation. Durch die Eröffnung der Rectusscheide wird die Diastase der Recti noch etwas stärker; dabei wird die vordere Rectusscheide etwas mehr seitwärts gezogen als der Muskel selbst, so dass dieser — wie es die Figur zeigt — mit seinem medialen Rande unter dem Schnitttrande der vorderen Rectusscheide hervortritt.

Zur Naht nimmt man große und — zur Vermeidung aller Nebenverletzungen — nicht zu spitze Nadeln und starken, aber weichen und schmiegsamen Silber- oder versilberten Aluminiumbronzedraht. Die Nadel wird am lateralen Rectusrande eingestochen, gleitet an der Hinterfläche des Muskelbauches auf den zwischen diesem und hinterer Rectusscheide eingeführten Fingern der linken Hand medianwärts und wird an der Grenze zwischen mittlerem und innerem Drittel durch Muskel und vordere Scheide wieder ausgestochen. Dann macht sie auf der anderen Seite den umgekehrten Weg (cf. Fig. 1). 5—6 derartiger Drahtriegel genügen vollkommen, um die Recti so

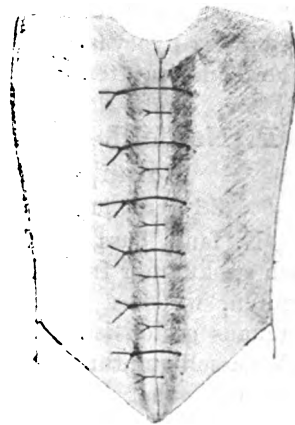


Fig. 2.

an einander zu bringen, dass man mit der Fingerkuppe kaum noch zwischen die nach der Bauchhöhle zu umgelegten medialen Ränder eindringen kann. Man ist überrascht, mit welcher Leichtigkeit sich in der geschilderten Weise die ad maximum aus einander stehenden Recti wieder an einander bringen lassen. Hat man sich überzeugt, dass alle Riegel gut schließen — gewöhnlich muss man nach dem Zuziehen der letzten Riegel die ersten noch etwas fester schnüren — so legt man zwischen je 2 Riegel noch eine oberflächliche — Fascie und Muskel fassende — Drahtnaht (cf. Fig. 2). Drainage mit einem kurzen Drain auf jeder Seite und Naht der Bauchhaut schließen die Operation.

Wir haben in letzter Zeit auch einfache Rectusdiastasen bei hochgradiger Enteroptose nach derselben Methode operirt und haben

damit — was Bandagen nicht vermocht hatten — eine Beseitigung der Beschwerden erreicht. Natürlich ist bei der Neuheit der Fälle über den Erfolg der Operation noch kein definitives Urtheil abzugeben.

1) **A. Christomanos.** Zur Farbstoffproduktion des *Bacillus pyocyaneus*.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVI.)

Im Gegensatz zu anderen Autoren sollen nach Verf. zwei sowohl morphologisch wie biologisch von einander getrennte Rassen des *Bacillus pyocyaneus* existiren, deren nahe Verwandtschaft jedoch unter Anderem auch dadurch bewiesen wird, dass bei Eliminirung der Phosphorsäure aus den Kulturmedien beide Rassen Pyocyanin produciren. Der *Bacillus pyocyaneus* α bereitet keinen blauen Farbstoff, sondern nur eine blaue, rasch grün werdende Fluorescenz, während der *Bacillus pyocyaneus* β Pyocyanin bildet.

Das Pyocyanin entsteht aus einer Leukosubstanz durch Sauerstoffzufuhr, ohne dass hierzu die Mitwirkung von lebenden Bacillen nothwendig ist; dergleichen auch unter Abschluss von Sauerstoff. Weder das Pyocyanin selbst, noch dessen Leukosubstanz wird durch hohe Temperaturen zersetzt.

Hübener (Dresden).

2) **F. Neufeld.** Über die Erzeugung von Erysipel am Kaninchenohr durch Pneumokokken.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVI.)

N. fand, dass der Fränkel'sche Pneumococcus im Stande ist, nach subkutaner Injektion am Kaninchenohr daselbst ein Bild hervorzurufen, welches dem durch Streptokokken verursachten Erysipel durchaus gleich ist. Nur bei sehr starker Entzündung unterscheidet sich dasselbe mitunter durch eine viel stärkere ödematöse Schwellung, ohne dass aber hieraus eine principielle Trennung zu rechtfertigen wäre.

Petruschky konnte für eine Reihe von Stämmen des *Bacterium coli* dasselbe Verhalten nachweisen.

Hübener (Dresden).

3) **Schütze und Scheller.** Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der im normalen Serum vorkommenden globuliciden Substanzen.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVI.)

Die Frage, ob und in wie weit die baktericiden Eigenschaften des extravaskulären Serums durch bakterielle Infektion am lebenden Thiere berührt werden, versuchten die Verf. in der Weise zu lösen, dass sie an Stelle der baktericiden die globuliciden Eigenschaften des Serums zu dieser Prüfung verwertheten. Diese Wirkung des

Blutserums, die schon von Buchner erkannt war, ist in letzter Zeit durch die bekannten Arbeiten von Bordet, Ehrlich und Morgenroth u. A. genauer studirt worden.

Da eine vollständige Analogie zwischen globuliciden und baktericiden Substanzen besteht, so können aus den nachstehend wiedergegebenen Resultaten Rückschlüsse auf die analogen Schicksale der baktericiden Substanzen gezogen werden.

1) Die im normalen extravaskulären Kaninchenserum für das Ziegenblut vorhandenen globuliciden Substanzen werden bereits in der ersten Viertelstunde nach der intravenösen Injektion genügend großer Mengen von rothen Ziegenblutkörperchen aufgebraucht.

2) Dieses Verschwinden der globuliciden Wirkung des extravaskulären Kaninchenserums nach der Einspritzung von Ziegenblut ist auf einen Verbrauch des entsprechenden Komplements im Thierkörper zurückzuführen.

3) Der Wiedereintritt der Regeneration der globuliciden Substanzen erfolgt im Durchschnitt in den ersten 2—4 Stunden nach der Injektion.

Hübener (Dresden).

4) **G. A. Cipriani.** Über die Resultate einiger experimenteller und klinischer Untersuchungen über das Amyloform.

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 8.)

C. hat konstatiert, dass eine Injektion von 10%iger Amyloform-Glycerinemulsion Meerschweinchenkadaver vor dem Faulen schützt, dass Staphylo- und Streptokokken sich auf Amyloform-Glycerin-gelatine nicht entwickeln, etc. Sehr günstige Resultate hat er bei Abscessen, Geschwüren, Verbrennungen, Wunden und endlich bei Otorrhoe mit Amyloform (theils als Gaze, theils als Pulver) erzielt. Es ersetzt nach C. das Jodoform auf das vortheilhafteste und besitzt dessen unangenehme Eigenschaften nicht.

Jadassohn (Bern).

5) **P. Delbet et L. Bigeard.** Asepsie opératoire.

(Suite de monographies cliniques sur les questions nouvelles en medecine, en chirurgie, en biologie No. 25.)

Paris, Masson & Co., 1901. 36 S.

Die Arbeit beschäftigt sich mit den Methoden der Asepsis. Nach kurzem historischen Überblick werden im ersten Theile die Mittel besprochen, welche auf physikalischem Wege eine Asepsis anstreben: trockene Hitze, kochendes Wasser mit oder ohne Zusatz von Soda oder anderen Salzen, Glycerin, Öl, Wasserdampf mit oder ohne Druck. An die Besprechung des Einzelnen knüpft sich eine kurze Kritik. Der zweite, Haupttheil, behandelt zunächst die äußeren großen Hilfsmittel, die dem modernen Chirurgen zu Gebote stehen sollen. Dabei wird nicht verkannt, dass die guten Resultate des einzelnen Chirurgen nicht im direkten Verhältnis stehen zur Vollkommenheit seiner Einrichtung.

Auf die Einzelheiten hier weiter einzugehen, ist nicht angängig. Im Allgemeinen decken sich die gestellten Anforderungen an den Operationsraum, an das Mobiliar desselben, an den Anstrich etc., mit denen, welche jetzt überall gestellt werden. Es verdient betont zu werden, dass die deutsche Litteratur in hervorragender Weise benutzt worden ist; wohl alle wichtigeren älteren und neueren Arbeiten auf diesem Gebiete sind in der Monographie herangezogen; so besonders die Arbeiten von Schimmelbusch, v. Mikulicz, Döderlein, Fürbringer und vielen Anderen.

In erschöpfender Weise wird das chirurgische Material besprochen, Kompressen, Schwämme, Unterbindungs- und Nahtmaterial. Beim Katgut wird das Verfahren von Roux empfohlen, die Sterilisation in Alkoholdämpfen. Zur Kontrolle wird empfohlen, das Naht- und Unterbindungsmaterial einige Tage lang in hermetisch verschlossenen Tuben mit steriler Nährbouillon aufzubewahren; bleibt die Bouillon klar, so ist auch das Katgut etc. absolut steril.

Den größten Raum nimmt die Besprechung der Desinfektion der Hände und des Operationsgebietes ein; doch ist auch hier nichts Neues zu berichten.

Bei der Frage der Handschuhe stehen Verff. auf dem Standpunkte, dass dieselben nur zum Schutze der Hände bei septischen Operationen und unsauberen Untersuchungen gebraucht werden sollen, ferner bei Operationen, welche bald auf andere, septische Eingriffe folgen, wenn der Operateur an Rhagaden, Ekzem o. dgl. leidet und sich nicht genügend desinficiren kann; endlich bei Operationen, welche keine Zeit zu längerer Vorbereitung gestatten, wie Tracheotomie, Wunden, Hämorrhagien, bei der Geburtshilfe und Ähnlichem.

Tschmarke (Magdeburg).

6) P. G. Unna. Alkoholstifte (Stili spirituosi).

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 11.)

Zur »diskontinuierlichen« Sterilisation oberflächlicher Hautinfektionen mit Kokken (Impetigines, Acne pustulosa etc.) empfiehlt U. häufige Betupfung mit den von ihm angegebenen (in der Schwannapothek in Hamburg erhältlichen) Alkoholstiften: Natr. stearinici 6,0, Glycerin 2,5, Alkohol ad 100,0.

Jadassohn (Bern).

7) K. Ullmann. Über die Heilwirkung der durch Wärme erzeugten lokalen Hyperämie auf chronische und infektiöse Geschwürsprocesses.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Bei venerischen Affektionen der Haut der männlichen Geschlechtstheile, spezifischen Infiltrationen der Muskeln, des Periosts, und der Gelenkapparate, wie auch bei sonstigen Geschwürsprocessen akut infektiöser oder chronischer Natur, ganz besonders aber bei

serpiginösen Schankern und beginnender Gangrän hat sich dem Verf. in zahlreichen Fällen die aktive Hyperämisierung durch Heißluftbehandlung nach Bier aufs beste bewährt. **Hübener** (Dresden).

8) Thöle (Frankfurt a/M.). Allgemeine Narkose und lokale Analgesie. Eine neue Äthermaske.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Januar-Heft.)

Der hier vorliegende Aufsatz sucht einen vollständigen Überblick über den heutigen Standpunkt der Narkosefrage zu geben und die Allgemeinnarkose mit der örtlichen Anästhesie in Vergleich zu stellen. Trotz der nicht in Abrede zu stellenden Gefahren der allgemeinen Narkose gebührt ihr dennoch der Vorzug in den meisten Fällen, da nur sie allein für den Kranken und Operateur die nöthige Ruhe herstellt.

Die Gefahren des Äthers sind geringer als die des Chloroforms; sie bestehen nur in seiner ungünstigen Wirkung auf die Athemorgane, indem er sowohl akutes Lungenödem, als auch Bronchitiden und Pneumonien hervorbringen soll. Doch werden diese Gefahren übertrieben. Da aber der Äther das Herz nicht ungünstig beeinflusst, verdient er nach T. überall dort den Vorzug, wo nicht eine schon bestehende Lungenaffektion ihn kontraindicirt.

Mischungen verschiedener Narkotica: Äther, Chloroform, Spiritus, sind wegen der verschiedenen Verdunstung dieser Mittel nicht zu empfehlen. Zur Äthernarkose empfiehlt nun T. eine von ihm erfundene Maske, welche in der Rostocker Klinik während dreier Jahre bereits erprobt ist. An einen einfachen Drahtkorb wird mittels einer Feder der Überzug, eine 6fache Gazeschicht mit Wachstaffel bedeckt, in einer Rinne an dem unteren Rande festgeklemt. Zum Aufgießen des Äthers dient nun ein Paar gewölbter Platten, welche über einander an einem 2 cm weiten Röhrchen befestigt und von diesem noch um 1 cm überragt werden. Das zwischen den beiden Platten liegende Stück des Röhrchens ist mehrfach durchlocht, eben so auch die kleinere Platte, und wird diese Vorrichtung durch eine 24fache etwa 12 cm im Quadrat messende Gazekompressse so hindurch gesteckt, dass letztere zwischen die beiden Platten festgeklemt und an beliebiger Stelle des Maskenüberzuges innen befestigt wird; das Ende des Röhrchens ragt dann durch den Überzug und den impermeablen Stoff nach außen hervor und wird hier mittels eines dritten Metallplättchens befestigt. Gießt man nun durch das Röhrchen Äther ein, so verbreitet sich dieser in der dicken Gazekompressse. Und zwar werden zunächst aus graduirter Flasche 3—5 ccm Äther aufgegossen, zunächst die Maske handbreit vom Gesicht abgehend gehalten, langsam genähert und erst fest aufgelegt, wenn sich der Kranke an den Geruch gewöhnt hat. Die linke Hand des Narkotiseurs hält den Kopf, schiebt den Unterkiefer vor, fixirt die Maske, während die rechte Hand zum Aufgießen des Äthers, Auswischen

des Mundes u. dgl. frei bleibt. Etwa alle 2 Minuten werden durch den Einguss weitere kleine Mengen von 5—8 ccm verabreicht, bis Betäubung eintritt, was in 7—8 Minuten unter Verbrauch von 50 bis 60 ccm zu geschehen pflegt; zur Unterhaltung der Betäubung wird stets eine neue Dosis angewendet, so wie die ersten Anzeichen beginnender Reaktion auftreten. Neben der Bequemlichkeit der Anwendung werden Gleichmäßigkeit und Ruhe der Narkose, geringes Excitationsstadium, leichtes Erwachen und geringer Ätherverbrauch, mithin auch geringe Nachwehen als Vortheile der Methode hervorgehoben. Athemstockungen wurden niemals beobachtet.

Beim Gebrauche des Äthers soll auch die vorausgeschickte Morphinanwendung weniger Gefahren bieten, als bei der Chloroformnarkose, da die verflachende Wirkung des Morphiums auf die Athmung weniger zur Geltung komme, weil der Äther die Athmung vertieft. Der Vorzug der Kombination beruht auf der Herabsetzung der Empfindlichkeit der Schleimhäute gegen Ätherdämpfe. Atropinzusatz zum Morphin soll die Schleimhautabsonderung beschränken, ist aber bei Verabfolgung kleinerer Dosen nicht nöthig.

Trotz der geringeren Schädlichkeit des Äthers für das Herz muss man dennoch auch bei seiner Anwendung den Puls neben der Athmung überwachen, weil doch zuweilen Herzstillstand beobachtet ist. Auch Reizung der Nieren ist selten.

So will denn T. den Äther als Narkoticum überall angewendet wissen, auch im Felde. Bei vorhandenen Herzleiden ist er allein erlaubt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

9) **S. O. Goldan.** Nitrous oxide and oxygen as a surgical anaesthetic. With a description of a new apparatus for administering these gases and report of 100 operations, the narcosis lasting a half hour and upward.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Juni.)

Der complicirte Apparat zur Verabfolgung einer Mischung von Lachgas und Sauerstoff ist nur mit Hilfe der beigegebenen Abbildungen verständlich. Charakteristisch für die Narkose mit diesem Gasgemisch ist das Fehlen der asphyxirenden Wirkung und die Möglichkeit einer langen Unterhaltung der Narkose (bis zu 2¹/₂ Stunden in den Fällen, über die kurz berichtet wird).

Die Anästhesie tritt in 1—2 Minuten ein unter mehr oder weniger angenehmen Hallucinationen und ohne Erstickungsgefühl. Die Kiefer werden fest auf einander gepresst; es empfiehlt sich daher, einen Pfropfen zwischen die Zähne zu stecken, ehe die Narkose beginnt. Cyanose, wie beim Gebrauch von Lachgas allein, tritt nie auf. Puls und Respiration sind wenig verändert, eher etwas beschleunigt. Die Pupillen sind normal oder etwas erweitert, die Lider geschlossen, die Conjunctivae unempfindlich. Die Perspiration ist, besonders bei längeren Narkosen, profus. Die Erschlaffung

der Bauchmuskeln ist nicht so vollkommen, wie bei Chloroform und Äther. Das Bewusstsein kehrt auch nach langen Narkosen unmittelbar zurück.

Der Chok ist viel geringer als nach Äther- oder Chloroformnarkose. Übelkeit und Erbrechen kommen gelegentlich, besonders nach längeren Narkosen, vor, halten aber selten an. Nicht selten sind mehr oder weniger heftige Kopfschmerzen.

Da sehr große Quantitäten des Gasgemisches zur Narkose nöthig sind, so ist dieselbe die theuerste Narkotisirungsmethode.

R. v. Hippel (Kassel).

10) A. Chipault. Sur la rachicocainisation sousarachnoïdienne et épidurale.

(Méd. moderne 1901. No. 25.)

Vorliegende Arbeit ist ein klassisches Beispiel für die Fähigkeit der Franzosen, neue Gedanken nicht-französischer Forscher nach geringfügiger und unwesentlicher Modifikation der Methode als ihre eigenen auszugeben. So ist nach C. die Methode der Rückenmarkcocainisirung jetzt bereits die »Methode Tuffier's«, die mit der von Bier nichts gemein hat, als eine Idee, die bis dahin nutzlos war und erst durch die Technik Tuffier's ausführbar geworden ist! Schon in No. 28 d. Centralblattes ist in dem Referat über Tuffier's Arbeit von Bertelsmann darauf hingewiesen worden, dass Tuffier selbst über die Technik Bier's durchaus irrthümliche Ansichten hat, und es bedarf für die deutschen Leser daher kaum einer besonderen Feststellung der Thatsache, dass die Darstellung C.'s der wahren Sachlage nicht entspricht. Anstatt über die »Enttäuschung« und »Überraschung« zu klagen, welche die neueste Mittheilung Bier's auf dem letzten Chirurgenkongress der ganzen Welt bereitet habe, hätte C. lieber die Zurückhaltung und nüchterne Selbstkritik des verdienten Forschers anerkennen sollen.

Er selbst geht sehr weit in der Verwerthung des Verfahrens, verwendet es z. B. gegen die gastrischen Krisen eines Tabikers, gegen einen akuten, schmerzhaften Muskelrheumatismus so wie zur Herstellung eines immobilisirenden Verbandes bei einem frischen Trauma der Wirbelsäule mit intrameningealem Bluterguss! Die Wirkung war eine ganz vorübergehende oder blieb überhaupt aus, bezw. es trat bei dem Tabiker erhebliche Verschlimmerung ein; eben so versagte die Methode bei einer Laminektomie Zwecks Resektion einer Nervenwurzel vollständig, sobald die Meningen eröffnet und Liquor nebst Cocain abgeflossen waren. Bei einem Ataktischen wurde Behufs Dehnung des N. plantaris die Methode angewandt; danach folgte für mehrere Tage eine Parese der unteren Extremitäten und Retentio urinae.

Für eine wesentliche Modifikation der Methode hält es C., dass die Punktion nicht im Interstitium zwischen 2. und 3. Lendenwirbel, sondern zwischen letztem Lendenwirbel und Kreuzbein vorgenommen

wird. Man vermeide so eine Verletzung des Rückenmarkes und der Wurzeln. Kontraindicirt ist die Methode, wie ihn seine Misserfolge lehrten, bei Erkrankungen des Rückenmarkes.

Eine wesentliche Verbesserung und die Methode der Zukunft nach Ansicht C.'s ist die von Sicard und Cathelin inaugurierte »Cocainisation épurale«, die in Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung ausgeführt werden soll, wobei die Nadel 5 cm tief zwischen Kreuz- und Steißbein eindringt. **R. v. Hippel** (Kassel).

11) **Kammerer.** Erfahrungen mit Cocainanästhesie.

(New Yorker med. Monatsschrift 1901. Januar.)

Verf. hat in 39 Fällen eine spinale Narkose durch Injektion von Cocain in die Lumbalgegend ausgeführt und berichtet über seine Erfahrungen. Im Allgemeinen kommt er zu ähnlichen Resultaten wie Tuffier, Bier u. A. Doch enthält der Bericht eine Menge interessanter Einzelheiten, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde. Verf. hat stets mit kleinen Dosen Cocain operirt, indem er 10—15 Tropfen einer 2%igen Lösung einspritzte. Von besonderem Interesse ist, dass er 10 Misserfolge zu verzeichnen hatte. 6mal gelang es ihm nicht, trotz mehrfach ausgeführter Punktion einen Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit zu erzielen. 4mal trat trotz gelungener Punktion und Injektion keine Analgesie ein. In der Mehrzahl der übrigen Fälle reichte dieselbe bis in die Gegend des Schwertfortsatzes; 1mal erstreckte sie sich über den ganzen Körper eines großen, kräftigen Mannes von 30 Jahren. Verf. nimmt eine verschiedene Empfänglichkeit des Menschen für Cocain an.

Nur in wenigen Fällen blieben die bekannten unangenehmen Nebenerscheinungen aus, welche sich mit denen einer gewöhnlichen Cocainvergiftung decken: plötzlich auftretende Blässe, erhöhte Pulsfrequenz, Kleinerwerden des Pulses, Übelkeit, Erbrechen, profuse Schweißsekretion, leises Zittern der unteren Extremitäten bis zu spastischen Kontrakturen derselben und heftige Kopfschmerzen hinterher. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass man die spinale Anästhesie bis jetzt mit einiger Sicherheit nur bei Operationen an den unteren Gliedmaßen und am Becken anwenden kann. So hat er 9mal bei Radikaloperation von Leistenbrüchen einen schönen Erfolg gesehen, auch bei Appendicitis, Kolostomie, Nierenschnitt und Blasenoperation. Mit Recht macht er auf die Empfindlichkeit des Bauchfells aufmerksam; die Spannung der Bauchdecken erschwerte zwei Gastroenterostomien sehr.

Verf. mahnt zur Vorsicht bei Beurtheilung und Anwendung der Methode und verlangt, dass dieselbe zunächst nur in größeren Kliniken versucht werde. Bis jetzt gäbe es nur eine strenge Indikation: ein Zustand des Pat., welcher die allgemeine Narkose unmöglich oder doch nicht wünschenswerth erscheinen lässt.

Tschmarke (Magdeburg).

12) **S. W. Ssowinski.** Über den Gonococcus und das Gonotoxin und ihre Rolle in der Pathogenese der gonorrhoeischen Erkrankungen.

Diss., St. Petersburg, 1901. 369 S. (Russisch.)

253 Seiten sind der Geschichte der Lehre vom Tripper gewidmet, 94 dem experimentellen Theile und 22 dem Litteraturverzeichnisse (507 Nummern). Schlussfolgerungen: 1) Gonotoxininjektionen unter die Haut, in die Gebärmutterhörner, die vordere Kammer, den Conjunctivalsack, das Bauchfell rufen Eiterung hervor, an der Hornhaut Ulceration. 2) Die Gonokokkenkörper und die Filtrate flüssiger Gonokokkenculturen durch Talk haben nur schwache eitererzeugende Wirkung. 3—5) Lang dauernde Erwärmung über 65° C. vermindert die eitererzeugende Wirkung des Gonotoxins, eben so die Sterilisation der Gonokokkenculturen und die Verdichtung letzterer im luftleeren Raume. 6) Das Gonotoxin wird im Thierkörper zerstört. 7) Es schwächt die Widerstandsfähigkeit der Gewebe. 8) Die Eitermikroben (*Staphylococcus albus*, *Bacterium coli* und *Bac. pyocyaneus*) können die gonorrhoeischen Erkrankungen verlängern. 9) Chronische gonorrhoeische Erkrankungen können nicht durch das Gonotoxin allein erklärt werden: es sind dann lebende Gonokokken oder Eitermikroben vorhanden. 10) Das Gonotoxin hält sich lange an kalten Stellen, ohne seine Giftigkeit zu verlieren.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

13) **L. Leven.** Wann können wir die Gonorrhoe als geheilt ansehen?

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 1.)

14) **W. Scholtz.** Bemerkung zu vorstehender Arbeit.

(Ibid.)

15) **L. Leven.** Erwiderung auf die Bemerkung etc.

(Ibid. Bd. LVI. Hft. 2.)

16) **W. Scholtz.** Welche Gesichtspunkte sind bei der Beurtheilung der Infektiosität chronischer postgonorrhoeischer Urethritiden maßgebend? (Zugleich Antwort etc.)

(Ibid.)

Die vorstehenden Mittheilungen knüpfen an die Behauptung L.'s an, dass man, wo in den Urinfilamenten noch Eiterkörperchen vorhanden sind, auch das Vorhandensein von Gonokokken voraussetzen müsse. Wäre das richtig, so wäre in der That die schwierige Frage des Ehekonsenses bei chronischer Urethritis mit einem Schlage gelöst — man brauchte sich mit Gonokokkensuchen nicht aufzuhalten. — Allerdings würden dann die zur Ehelosigkeit verurtheilten Menschen sehr zahlreich werden; denn leukocytenhaltige Fäden sind kolossal häufig und ihre Beseitigung oft enorm schwer, wenn nicht

unmöglich. Mit Recht polemisiert daher S. gegen diesen durch That-sachen nicht bewiesenen Standpunkt und verlangt nach wie vor die genaueste mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken mit Provokation event. mit Kultur. Auf die Einzelheiten der Diskussion braucht hier nicht mehr eingegangen zu werden, denn neue Argumente werden nicht vorgebracht. Die ganze Frage ist in den letzten Jahren genugsam erörtert. Nur die Empfehlung des Karbol-Gentiana-violetts für die Ausführung der Gram'schen Methode möchte ich, wie ich das schon an anderer Stelle gethan habe, unterstützen — speciell für den Praktiker ist diese lange haltbare Lösung viel angenehmer als das Anilin-Gentianaviolett. **Jadassohn** (Bern).

17) **G. Dalton.** The modern treatment of gonorrhoea.

(Edinb. med. journ. 1901. Juli.)

Für gewisse, ganz im Anfange befindliche Fälle von Tripperinfektion hält D. die Abortivbehandlung für angezeigt; man muss allerdings vorher darauf aufmerksam machen, dass sie sehr schmerzhaft sein und fehlschlagen kann. Zur Behandlung des akuten Stadiums der Gonorrhoe werden Irrigationen erst der vorderen, dann der hinteren Harnröhre und der Blase mit Protargollösungen (Anfangs 1 : 400) sehr empfohlen, da man auf diese Weise dem Pat. mehr Erleichterung verschaffe und ihn schneller heile, als wenn man während des akuten Stadiums von der Lokalbehandlung Abstand nehme. Die Irrigationen sollen, wo möglich, 2mal täglich gemacht und etwa 14 Tage gebraucht werden; dann wechselt man zweckmäßig mit der Methode und geht zu adstringirenden Injektionen über. Auch zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe werden Irrigationen neben resp. vor den übrigen sonst üblichen Maßnahmen empfohlen. **Willemer** (Ludwigslust).

18) **M. Hodara.** Über das Rasiren des Kopfes bei der Behandlung der Alopecia pityrodes, seborrhoica und praematura.

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 8.)

In mehreren Fällen der oben genannten Formen der Alopecia, die auf keine andere Weise zu heilen waren, hat H. durch mehrmaliges Rasiren (5—10mal, 1—2mal wöchentlich) und gleichzeitige Behandlung mit Kopfwasser, Pommade oder Seife sehr gute Resultate erzielt. **Jadassohn** (Bern).

19) **L. Leistikow.** Zur Behandlung des Tripperrheumatismus.

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 12.)

L. behandelt den Tripperrheumatismus mit mehrmals täglich zu wiederholenden sanften Einreibungen mit 10%igem Ichthyolvasogen (impermeabler Verband); die schmerzstillende Wirkung war sehr auffallend. Zugleich innerlich 3mal täglich 10—50 Tropfen von Ichthyol

10,0, Ung. 20,0 in reichlich Wasser nach der Mahlzeit; die Urethra anterior wurde mit prolongirten Einspritzungen von schwachen (0,02 %igen) Ichtharganlösungen, die Urethra posterior mit Spülungen (0,02 : 200,0) behandelt.

Diese Behandlung ergab sehr günstige Resultate.

Jadassohn (Bern).

20) L. Lapeyre. Essai sur les complications perihepatiques et pleurales de l'appendicite.

(Revue de chir. 1901. No. 4 u. 5.)

Aus den bisherigen Arbeiten über besagten Gegenstand, die im Wesentlichen Dieulafoy, Fodlee, Robinson, Körte u. A. angehören, müssen 2 Formen der Pleuritis nach Appendicitis gesondert werden: eine durch Embolie bzw. durch pyämische Metastasen gebildete, die rechts wie links vorkommen kann, und die eigentliche »Pleurésie appendiculaire«. Letztere ist wohlcharakterisirt und bietet ein recht typisches, vom Autor scharf umschriebenes Bild mit folgenden Eigenschaften:

Sie gehört im Allgemeinen der aufsteigenden Form der Appendicitis an; der Eiter, angehalten in der Beckenschaufel gegen das Vordringen ins kleine Becken, nimmt seinen Weg zwischen Bauchwand und hinterer Fläche des Colon, nicht im retroperitonealen Zellgewebe — wie Körte meint —, sondern rein intraperitoneal bis unter die Leber. Hier stehen ihm zwei Wege offen; entweder der eine oder der andere oder beide werden beschritten, wofür die Litteratur Beispiele bringt. Es kann die Eiterung in dem Raum (carrefour) halt machen, welcher von Leber, Colon, Bauchwand und Wirbelsäule begrenzt wird, als subhepatischer Abscess. Gelegentlich ergießt sich dieser auch durchs Foramen Winslowii in die Bursa omentalis, falls nicht vorher die Obliteration des Foramen eingetreten ist. Sodann — und hierzu besteht eine gewisse Disposition — kann der Eiter der seitlichen Bauchwand nach aufwärts folgen und den subphrenischen — suprahepatischen — Abscess bilden, der seine Grenze am Lig. susp. hepat. findet.

Während die Entzündung bisher wesentlich den peritonealen Weg nahm, leiten sie jetzt die Lymphgefäße ins Zwerchfell und durch dasselbe in die Pleurahöhle. An beiden Stellen, unter und über der Leber, kann der Process Halt machen, jedoch besteht keine Pleuritis ohne den subphrenischen Abscess, wenn derselbe auch nur durch dünne perihepatitische Auflagerungen repräsentirt zu sein braucht; die Pleuritis selbst kann eben sowohl trocken als serös als putride sein.

Es ist also die reine »Pleurésie appendiculaire« keine »Pleurésie à distance«, sondern eine durch kontinuierliche, erst retrocoecale, dann perihepatitische Wanderung erzeugt.

Zu erkennen ist die Entwicklung des Processes nach der Leber zu — der meist nicht vor dem 4. Tage eintritt — an den heftig

stechenden Schmerzen im Epigastrium bei schweren Infektionserscheinungen, und weiterhin die Pleuritis an Athemnoth und quälendem Husten.

Die Therapie sollte stets eine prophylaktische sein: die Frühresektion des Wurmfortsatzes sofort nach gestellter Diagnose. Steht man der voll entwickelten Krankheit gegenüber, so kann Laparotomie und Thorakotomie gleichzeitig oder nach einander vorgenommen werden, oder vielleicht besser transpleurale Eröffnung auch des subphrenischen Abscesses wie beim Leberabscess.

Christel (Mets).

21) **Munroe** (Boston). Lymphatic and portal affections following appendicitis.

(St. Louis med. and surg. journ. 1901. Februar.)

Oft entwickelt sich, ausgehend von einer Appendicitis, ein retroperitonealer Abscess, welcher selbst bei der Operation der Haupterkrankung zunächst übersehen wird, sich aber später durch andauerndes Fieber und septische Erscheinungen geltend macht. Oft genügen einige warme Umschläge, um dieser Entzündung der retroperitonealen Lymphräume Herr zu werden, falls sie früh genug erkannt wird. Hierzu führt das Auftreten einer Spannung und Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Niere unter Fiebererscheinungen, wenn die übrigen Organe sich gesund erweisen.

Weit bedrohlicher sind die Erscheinungen, wenn sich eine Entzündung der Pfortader entwickelt. Hier finden sich mehrfache Fröste, mehr oder weniger Gelbsucht, Schmerzhaftigkeit der Leber und allgemeines Krankheitsgefühl. Auch hier handelt es sich keineswegs um einen metastatischen Herd in der Leber, sondern um ein unmittelbares Fortkriechen des Processes. Nur energisches Eingreifen, Eröffnung und Drainage des Appendicitis- und des Leberherdes vermag bei diesen schweren Erkrankungen Hilfe zu bringen.

Es werden eine Anzahl Fälle mitgeteilt, und zwar sowohl solche, bei denen die Sachlage erkannt wurde und Operation stattfand, als auch solche, bei denen erst die Leichenöffnung Aufklärung brachte.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

22) **Bilfinger**. Zur Frage von der Entstehung der traumatischen Hernien.

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

Verf. stellt aus der Litteratur die Ansichten einer größeren Reihe namhafter Autoren über die Frage der Entstehung traumatischer Hernien zusammen. Im Großen und Ganzen haben sich die Chirurgen gegen das plötzliche Entstehen eines Bruchsackes durch ein Trauma erklärt. Indessen machen einige Autoren eine Ausnahme von dieser Allgemeinheit, wenigstens was die Entstehung der Brüche der Linea alba betrifft. Auch auf experimentellem Wege hat man,

wie B. nach seinem Litteraturstudium behaupten muss, die Frage bisher noch nicht entschieden. Es kommen bei der Entwicklung solcher Brüche am Lebenden Momente in Betracht, die man künstlich nur schwer herbeiführen kann. Man kann aus den Thierexperimenten jedenfalls nur das Eine schließen, dass traumatische Hernien selten sind und dass der Mechanismus bei ihrem Entstehen ein sehr complicirter sein muss. So bleibt bis jetzt als das wichtigste Entscheidungsmittel für die bearbeitete Frage nur übrig, Fälle zu finden, welche allen Kriterien entsprechen, welche zur Annahme einer traumatischen Hernie gehören.

B. ist so glücklich gewesen, einen derartigen Pat. zu beobachten:

Ein junger Mann wurde von einem Ochsen mit dem Horn gegen die linke Unterbauchgegend gestoßen, so dass er heftigen Schmerz empfand und kaum gehen konnte. Er fühlte auch durch seine Kleider hindurch sofort eine weiche faustgroße Geschwulst, welche auf Druck verschwand. Vorher war dieselbe nicht vorhanden gewesen, wie der Pat. ausdrücklich versichert. Bei der Untersuchung fand man in der linken Unterbauchgegend in der Mitte zwischen Spina anterior ossis ilei und Symphyse oberhalb des Lig. Pouparti einen für 3 Finger durchgängigen Riss in der Bauchmuskulatur bei unversehrter Haut. Beim Husten tritt daselbst eine Geschwulst hervor. Der Leistenkanal ist verschlossen, ein Leistenbruch nicht vorhanden. Durch die Operation, welche direkt angeschlossen ward, wurde auch weiterhin das Vorhandensein einer traumatischen Hernie bestätigt.

Bei einigen anderen Fällen der Litteratur hält Verf. ebenfalls den Beweis für einen traumatischen Bruch gegeben, dessen Vorkommen auch nach seiner Ansicht ein seltenes ist. Obschon bis heute für die natürlichen Bruchkanäle, Leisten- und Schenkelkanal, das Vorkommen traumatischer Hernien noch nicht sicher beobachtet wurde, so hält B. es immerhin für möglich, dass auch hier analoge Vorkommnisse sich ereignen können. Eine bestimmte Symptomatologie des traumatischen Bruches giebt es nicht, außer dass er durch sehr schwere Verletzungen hervorgerufen wird und mit sehr ernsten Erscheinungen, wie Schmerzen, Chok, Erbrechen einhergeht. Einklemmung ist dagegen bei diesen Fällen nicht immer vorhanden, wie viele Autoren meinen. Bis jetzt sind die traumatischen Hernien nur an der Stelle beobachtet worden, wo die Gewalt eingewirkt hat.

E. Stegel (Frankfurt a/M.).

23) G. Ekehorn. Die Brüche des Meckel'schen Divertikels.

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

Man hat bisher nur selten ein Meckel'sches Divertikel als Inhalt einer Hernie gefunden. Seit Littre beträgt die Summe der beschriebenen Darmanhangsbrüche trotz der häufigen Bruchoperationen nicht mehr als einige 20. Die Entstehung solcher Hernien ist meist analog derjenigen anderer Brüche. Das Divertikel, speciell sein Ende, ist dann meist frei. Unter gewissen Umständen aber, welche mit den Entwicklungsverhältnissen des Dottergangs und der A. omphalo-meseraicae zusammenhängen, kann auch ein angeborener Darmanhangsbruch entstehen, wie aus einigen einschlägigen Kranken-

geschichten erweislich ist. Dass peritonitische Vorgänge dabei im Spiele waren, ist nicht wahrscheinlich. Die Diagnose ist nie gestellt worden. Man traf den Befund ganz unerwartet. Die Einklemmungserscheinungen derartiger Brüche sind kaum je sehr stürmische. Wo dies doch der Fall ist, dürfte noch eine andere Darmschlinge an der Einklemmung mit beteiligt sein. Es giebt einige Fälle, bei denen auch ohne Operation resp. Reposition eine Heilung ohne schwerere Allgemeinerscheinungen mit Entzündung, Durchbruch und Kothfistelbildung erfolgte, und bei denen die Kothfistel spontan zur Selbstheilung kommen kann. Liegt die Durchbruchsstelle mehr der Darmwand an der Grenze des Divertikels an, so liegen die Verhältnisse natürlich ungünstiger. Einige Male sind die Pat. mit eingeklemmten Darmdivertikeln an Peritonitis gestorben, jedoch erst als der gangränöse oder perforirte Anhang in die Bauchhöhle reponirt worden war. Ist das Divertikel im Bruchsacke fixirt, so kann leicht der Darmtheil, von welchem es entspringt, in denselben nachgezogen werden. In 7 Fällen wurde das Divertikel ohne Einklemmung im Bruchsack vorgefunden, und zwar 3mal als Sektionsbefund, 4mal bei Radikaloperationen.

Das Meckel'sche Divertikel ist häufiger bei Männern als bei Frauen. Unter den 22 Fällen, die E. zusammenstellt, sind 10 Männer und 5 Frauen (einmal ist das Geschlecht nicht angegeben). Von 15 eingeklemmten Brüchen sind 10 als reine Darmwandbrüche anzusehen. 4 davon heilten spontan, eben so viele nach Radikaloperation, 2 starben an Peritonitis durch die oben erwähnten unzweckmäßigen Repositionsmanöver. Die Brüche, bei denen auch Darmschlingen eingeklemmt waren, sind als gewöhnliche eingeklemmte Hernien zu betrachten.

Die Einklemmung eines reinen Divertikelbruches ist demnach als ziemlich gutartig anzusehen. Über die Behandlung gegenüber anderen Hernien ist nichts Besonderes zu bemerken.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

24) H. Délore et M. Patel. De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin.

(Revue de chir. 1901. No. 3.)

Die Frage, ob bei hartnäckigen Kothfisteln besonders tuberkulöser Natur zur Heilung die völlige Ausschaltung nöthig sei, oder der einfache Verschluss dicht oberhalb der Fistel (exclusion unilatérale) genüge beziehentlich vorzuziehen sei, ist noch nicht einheitlich entschieden. Das beruht zum Theil in der Ungleichheit der Fälle, die, nach den beiden Methoden operirt, einen durchführbaren Vergleich nicht gestatten. Von den beiden Fällen tuberkulöser Coecal fisteln, die Verff. in der Poncet'schen Klinik beobachteten, und die mit Verschluss nur des oralen Endes behandelt wurden, spricht besonders der schöne Erfolg bei der zuletzt operirten Kranken zu Gunsten dieser Methode.

In der That bietet der einseitige Verschluss bezw. die unvollständige Ausschaltung wesentliche Vortheile, sowohl gegenüber ausgedehnten Resektionen als auch der vollständigen Ausschaltung: Der Eingriff ist weniger zeitraubend, fast ungefährlich, und gestattet zugleich, dass die Sekrete der erkrankten Darmpartie leicht nach abwärts fließen, diese also zugleich ruhig gestellt, drainirt und der Heilung entgegengeführt wird. Auch die Atrophie des umgangenen Darmtheiles dürfte in Folge verminderter Reizung schneller eintreten als bei völliger Ausschaltung. Schließlich ist auch von Wichtigkeit für die Entscheidung, ob halbe oder ganze Ausschaltung zu wählen sei, der Sitz der Erkrankung bezw. Fistel.

Für den stark secernirenden Dünndarm mit lebhafter Peristaltik ist der orale Verschluss allein wenig empfehlenswerth: durch gelegentliche Retroperistaltik würde die Öffnung nach außen erhalten bleiben. Hingegen findet die Einpflanzung des Ileum in das Colon ascendens bezw. S romanum mit einseitigem Verschluss seine glücklichste Verwendung, wenn die Klappengegend bezw. der coecale Colonabschnitt Sitz der Erkrankung (Neubildung oder Tuberkulose) ist. Die Methode führt in diesem Falle nicht nur Heilung der Fistel und des Processus herbei, sondern sie würde auch bei Tuberkulose jener Abschnitte ohne Durchbruch berechtigt sein.

Christel (Metz).

25) **F. Terrier et M. Auvray** (Paris). Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Paris, **Felix Alcan**, 1901. 318 S.

Der vorliegende Theil des Werkes behandelt die Verletzungen der Leber und Gallenwege, die Wanderleber und die Geschwülste der Leber und Gallengänge. In klarer, übersichtlicher Weise werden die einzelnen Punkte besprochen, mit besonders ausführlicher Betonung der uns für die betreffenden Abschnitte der Chirurgie zur Verfügung stehenden operativen Hilfsmittel (Lebernaht, Vaporisation etc.) und sehr dankenswerther eingehender Erörterung der Resultate und der Statistik der chirurgischen Eingriffe; die Ausführungen der Verf. werden durch 50 gute Abbildungen erläutert.

Bei den Verletzungen werden mit Recht die der Leber selbst und die der Gallengänge in getrennten Kapiteln behandelt.

Bei der Hepatopexis werden die in Frage kommenden Verfahren eingehender gewürdigt auf Grund von 25 tabellarisch geordneten Fällen (bis auf 3 nur von außerdeutschen Chirurgen operirt).

Das sehr interessante Kapitel über die Geschwülste berichtet zunächst über 52 Fälle operirter Lebergeschwülste (9 Sarkome, 9 primäre Carcinome, 1 sekundäres, 7 Adenome, 4 Angiome, 3 Geschwülste unbestimmter Natur, 14 Gummata, 5 »Kystes biliaires non parasitaires«). Mit 42 guérisons opératoires, 10 morts opératoires = 19,23% Sterblichkeit. Weiter wird berichtet über 55 Operationen wegen Geschwülsten der Gallenblase, und zwar 39 radikale (einfache

Cholecystektomie und Cystektomie mit Resektion von Lebertheilen) und 16 palliative (Cholecystostomie und Gastroenterostomie). Die Resultate sind bisher nicht verlockend.

Wir empfehlen das instruktive Werk der Beachtung der deutschen Fachgenossen. Die Ausstattung ist vorzüglich.

H. Lindner (Dresden).

26) Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie, bearbeitet von E. Bumm, A. Döderlein, C. Gebhard, A. v. Rosthorn und dem Herausgeber O. Küstner.

Jena, Gustav Fischer, 1901. Mit 260 Abbildgn. im Text. X u. 465 S.

Das vorliegende Lehrbuch ist hervorgegangen aus den im Jahre 1893 erschienenen »Grundzügen« der Gynäkologie von Küstner, der dies Mal auch die überwiegende Mehrzahl der Kapitel bearbeitet, hat. Von Bumm rühren nur die Kapitel über Sepsis und Antisepsis her, von Döderlein die Bearbeitung der desmoiden Uterusgeschwülste, die Tubenkrankheiten und die Gonorrhoe der weiblichen Genitalien, von Gebhard die Anatomie derselben und die Krankheiten der Ovarien, von v. Rosthorn endlich die Tuberkulose der Genitalien und des Bauchfelles; alles Übrige ist von Küstner selbst verfasst. Das Buch, welches in erster Linie für Studenten geschrieben ist, unterscheidet sich sowohl in der Anordnung wie in der Art der Darstellung von den gebräuchlichen Kompendien. Es sind mehr im Großen gehaltene klinische Vorträge über die einzelnen Kapitel der Gynäkologie, die zum Lernen und Nachdenken anregen. Die ersten 5 Abschnitte folgen der anatomischen Eintheilung; der 6. Abschnitt umfasst die mikrobischen Erkrankungen (Gonorrhoe, Tuberkulose und Sepsis), der 7. und 8. die allgemeine Diagnostik und Therapie, also eine ähnliche Eintheilung, wie sie sich in Veit's Handbuch der Gynäkologie findet. Originell ist die vielfache Verwendung von Kursivschrift, die besonders wichtige Sätze, gleichsam als Lehr- oder Grundsätze, aus dem Übrigen hervorhebt. Die Sprache ist überall klar und bündig, und Verff. präzisiren, wie sich dies für ein Lehrbuch gehört, ihren Standpunkt fest und bestimmt. Zahlreiche recht gute Holzschnitte, denen oft eine kurze, aber prägnante Krankengeschichte beigelegt ist, tragen zu Verständnis und Belebung der vorgetragenen Lehren wesentlich bei.

Die Namen der Mitarbeiter bürgen für die Gediegenheit des Inhaltes. In der Form hätten wir richtiger gefunden, die allgemeinen Kapitel an den Anfang zu stellen, weil es für den Lernenden doch in erster Linie darauf ankommt, mit ihrem Inhalt vertraut zu sein, ehe er an die speciellen Kapitel herantritt. Im Ganzen darf Küstner's Lehrbuch den besten Werken ähnlicher Art zugezählt werden und sei vor Allem allen Studirenden zum sorgfältigen Studium empfohlen.

Jaffé (Hamburg).

27) **P. Petit.** *Éléments d'anatomie gynécologique, clinique et opératoire.*

Paris, G. Carré et C. Naud, 1901.

Das Werk, 212 Seiten umfassend und mit 32 sehr schön reproducirten Abbildungen auf Tafeln ausgestattet, ist die Frucht einer 3jährigen mühevollen Arbeit, welche der Verf. im Laboratorium des Pariser Chirurgen Sébileau ausgeführt hat. Das Material ist eingetheilt in 4 Kapitel: Dammgegend (incl. Vulva und Anus), Beckenhöhle, Bauchdecken, Fossa iliaca. Jedes Kapitel enthält eine äußerst sorgfältige und ausführliche topographisch-anatomische Beschreibung, wobei die sonst in anatomischen Lehrbüchern oft etwas stiefmütterlich behandelten Fascien und die bindegewebigen Spalten und Zwischenräume eine eben so gründliche Behandlung erfahren haben, wie die Organe, Gefäße, Bandapparate, Drüsen etc. Besonders interessant ist das Kapitel über die Beckenhöhle, welches auch einige recht instruktive Gefriedurchschnitte enthält, ferner die Abschnitte über das Cavum Retzii, den Inguinalkanal, das Lig. rotundum und die Alexander-Adam'sche Operation. Die Darstellung des Stoffes ist für den Leser trotz der großen Ausführlichkeit keineswegs ermüdend, da zahlreiche klinische und operative Betrachtungen eingestreut sind. Die Abbildungen sind zum Theil etwas schwer verständlich, die überwiegende Mehrzahl jedoch von außerordentlicher Klarheit und Deutlichkeit. Das Werk sei den Chirurgen und Gynäkologen wärmstens empfohlen.

Pfannenstiel (Breslau).

28) **F. Cathelin.** *De la torsion des hydrosalpinx.*

(Revue de chir. 1901. No. 2 u. 3.)

Die 64 Seiten starke Arbeit ist eine recht eingehende Darstellung des Gegenstandes, der so zu sagen zu den hochmodernen gehört. 41 Beobachtungen — eigene und der Litteratur angehörig — bilden die Grundlage der Abhandlung. Folgendes sei kurz aus derselben herausgehoben:

Torsion der Hydrosalpinx kann nur bei freier Entwicklung des Sackes in der Ampulle, also nahe dem Fimbrienende, entstehen. Eine weitere Bedingung ist ferner, dass keine Verwachsungen die Geschwulst an andere Organe fixiren — daher nie Torsion bei Pyosalpinx —, sondern dass sie frei ins große Becken hinausragt. Die torquirte Geschwulst ist im Durchschnitt apfelsinengroß und meist oberhalb des Schambeins zu tasten, selten im Cavum vesico-uter. oder recto-uterinum. Die Zahl der Torsionstouren schwankt zwischen 1—4, meist 1—2. Vorwiegend wird die rechte Tube betroffen im Verhältnis von 2 : 1 (links).

Die Stieldrehung kann plötzlich oder in mehreren Schüben erfolgen, ist meist von heftigsten Schmerzen mit vorübergehendem Schwund des Bewusstseins, später mit Erbrechen und peritonealen Symptomen begleitet.

Die Diagnose stützt sich auf Anwesenheit einer glatten, fluktuirenden Geschwulst, die unter den oben geschilderten Erscheinungen, sei es zuerst gefunden, sei es vergrößert, wahrgenommen wird, in Folge von Blutung in den Sack und seine Wandung. In seltenen Fällen ist vielleicht die Tastung des torquirten Stieles möglich.

Zum Verständnis der Torsion, die ohne erkenntliche Unterschiede eben sowohl im Sinne des Uhrzeigers oder anders herum stattfinden kann, diene folgende Erwägung. Die Hydrosalpinx, welche bis auf den Rand der Beckenapertur hinaufgewachsen ist, befindet sich hier in labilem Gleichgewicht. In diesem Zustande wirken erstens Darm- und Blasenfüllung so wie Darmbewegung auf sie ein und bringen sie, besonders bei der Steilheit der Beckenneigung, leicht in eine Drehung nach vorn. Zweitens wirken ungleichmäßiges Wachstum, sei es, dass direkt Geschwülste der Tubenwand aufsitzen, sei es, dass interstitielle Hämatome entstehen, störend auf das innere Gleichgewicht der Geschwulst; somit ist eine Rollung um die Längsachse die nothwendige Folge. Auf die Drehung folgt wieder ungleichmäßiges Anwachsen der Geschwulst, Veränderung des Gleichgewichts mit sich, so dass die weitere Entwicklung der Torsion gewissermaßen die nothwendige Folge ihres Anfangs ist.

So die Theorie des Verf., welche durch einige Beobachtungen ihre Stütze erhält — für alle jedoch kaum eine genügende Erklärung abgeben kann. Im Übrigen ist die Arbeit mit ausführlicher Tabelle, Litteraturverzeichnis und Figuren ausgestattet und als sehr lesenswerth zu bezeichnen.

Christel (Metz).

29) Traino. Sugli innesti di tessuti embrionali nell' ovaia e sulla produzione delle cisti ovariche.

(Giorn. d. R. accad. di med. di Torino 1901. No. 4.)

Experimente an Meerschweinchen. Vorläufige Mittheilung. In das längsgespaltene Ovarium wurden Gelenkstückchen von Föten eingenäht: Unterkiefer, Phalangen, Haut. Sie heilten ein und entwickelten sich weiter. Alle Mal kam es zur Bildung einer Cyste, deren Wand vom Ovarium geliefert wird.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Kleinere Mittheilungen.

30) R. Bernhardt. Kasuistische Beiträge.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

I. Resorption lupöser Produkte unter Pockeneinfluss.

Die Erfahrung, dass unter dem Einfluss akuter Infektionskrankheiten chronische Hautprocessse sich involviren (allerdings meist nur vorübergehend), ist speciell bei Lupus und Erysipel gemacht worden; Verf. beschreibt einen Fall, in dem eine fast vollständige Rückbildung eines Lupus unter Variola vera stattfand — die histologische Untersuchung des scheinbar fast geheilten Lupus ergab starke Degeneration der Tuberkel, speciell völliges Verschwinden der Riesenzellen —,

doch waren noch Herde von epitheloiden Zellen zu erkennen; augenscheinlich aus ihnen entwickelte sich der Lupus sehr bald wieder.

II. 14 Jahre nach Tuberkuloseeinimpfung in Folge ritueller Vorhautbeschneidung.

In Warschau kommen jedes Jahr 6—12 durch die rituelle Circumcision bedingte Fälle von Vorhauttuberkulose vor. Die Mortalität beträgt ca. 40—50%. Interessant ist der von B. ausführlich berichtete Fall: Trotz Vereiterung der Inguinaldrüsen, trotz Tuberkulose der Halslymphdrüsen, trotz Übergreifen der Tuberkulose vom Präputialrest auf die Glans penis entwickelte sich der im 14. Lebensjahre wieder zur Untersuchung gekommene Knabe ganz vortrefflich; in den Knötchen vom Penis wurden Bacillen nachgewiesen. **Jadassohn** (Bern).

31) A. Lanz. Über gonorrhoeische Infektion präputialer Gänge.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

L. giebt einige interessante kasuistische Beiträge zu der Lehre von der pararethralen und präputialen Gonorrhoe. Ich hebe aus derselben Folgendes hervor. Auch L. hat, wie Ref. und andere Autoren, eine isolirte Erkrankung solcher Gänge bei Freibleiben der Harnröhre beobachtet. Er hat in einem Falle 4 Jahre nach der Infektion noch Gonokokken gefunden (Wichtigkeit der langen Dauer der Infektiosität!). Interessant ist, dass in diesem Falle die Gonokokken nur ganz oberflächlich im Epithel lagen, was in Widerspruch mit der viel vertretenen und speciell vom Ref. bekämpften Lehre steht, dass die chronische Gonorrhoe immer eine »Tiefeninfektion« sei. Eine Beziehung zu den Talgdrüsen hat auch L. (im Gegensatz zu Touton) nicht gefunden. **Jadassohn** (Bern).

32) Witthauer. Korsett und Leibbinde.

(Therap. Monatshefte 1901. Mai.)

W. tritt unter Aufzählung der dadurch bedingten Schädlichkeiten sehr energisch für die Abschaffung des schnürenden Korsetts ein und empfiehlt einen Ersatz für dasselbe, an welchem es ihm nach vielfachen Versuchen gelungen ist, eine Leibbinde zu befestigen, welche auch bei mageren Personen gut und sicher sitzt und sowohl nach Geburten, als auch nach Bauchschnitten zum Schutze der Narbe Verwendung finden soll. **Willemer** (Ludwigslust).

33) Moser. Über Peritonitis sero-fibrinosa und andere ungewöhnliche Komplikationen bei Typhus abdominalis.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

Bei einer Frau, welche akut fieberhaft erkrankt war, bildete sich ein Ascites heraus und starke Druckempfindlichkeit rechts vom Nabel; entsprechend dem unteren Leberrande fühlt man beim Athmen grobes Reiben. Es wurde ein durch Perforation entstandener, unterhalb der Leber gelegener Abscess angenommen, der zu allgemeiner Peritonitis geführt hatte. Daher Laparotomie. Es fand sich blutig tingirter Ascites, Fibrinauflagerungen auf der Leber. Rechts neben der Wirbelsäule stark geschwollene Drüsen. Einige Tage nachher Tod. Die Sektion ergiebt zweifellosen Typhus ohne Darmperforation. In der Typhuslitteratur findet sich keine ähnliche Beobachtung von sero-fibrinöser Peritonitis.

Ähnliches lag wohl in einem anderen Typhusfalle vor, bei welchem man am 14. Tage sehr deutliches Reiben an der ganzen tastbaren Fläche der stark vergrößerten Milz fühlte, das nach 4—5 Tagen wieder schwand.

Zum Schluss erwähnt M. noch einen Typhusfall, bei dem am 13. Tage ein völlig acholischer Stuhl beobachtet wurde, während in den Tagen vor- und nachher normale Färbung des Kothes bestand. Es muss sich also um eine vorübergehende Schwellung der Schleimhaut des Choledochus gehandelt haben.

Haeckel (Stettin).

34) **Kretz.** Phlegmone des Processus vermiformis im Gefolge einer Angina tonsillaris.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Mittheilung und Demonstration zweier zur Obduktion gelangter Fälle wie in der Überschrift bezeichnet.

Es fanden sich in beiden Fällen Streptokokken im phlegmonösen Eiter wie auch auf den Mandeln. Der eine Fall war operativ angegangen worden.

K. macht auf diesen Zusammenhang zwischen Hals- und Darmerkrankung aufmerksam, der durch Verschlucken von so vielem und virulentem Bakterienmateriale leicht verständlich ist. Sind nun bei der Vermischung der Bakterienflora des Darmes mit solchen virulenten Eitererregern sonstige Bedingungen für eine Erkrankung des Wurmfortsatzes gegeben, so tritt sie unter dem Bilde schwerer septischer Erkrankung auf. **Hübener** (Dresden).

35) **Gottstein.** Ein Fall von Fremdkörper (Gebiss) in der Pars cardiaca des Magens, diagnosticirt durch Radiographie und Ösophagoskopie. Gastrotomie. Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Die Überschrift sagt alles von dem Falle Wissenswerthe.

Borchard (Posen).

36) **Michailow.** Ein Fall von erfolgreichem chirurgischen Eingriff bei Blutung aus einem Magengeschwür.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Bei einer 48jährigen Frau, welche seit Langem an Magenbeschwerden litt, setzte eine Kurpfuscherin zwei Theegläser als Schröpfköpfe in der Nabelgegend, wodurch die schlaffe Bauchwand stark in die Gläser hineingezogen wurde. Danach trat eine sehr heftige Magenblutung auf, die das Leben bedrohte. M. fühlte bei der Laparotomie das Ulcus auf der hinteren Magenwand hart an der kleinen Curvatur an der Grenze des pylorischen und mittleren Drittels. Excision, Naht, Heilung. Im Grunde des Geschwürs sah man deutlich einen Ast der Coronararterie von Stecknadelkopfdicke, darin steckte lose ein frisches Gerinnsel.

Haeckel (Stettin).

37) **Siegel.** Die chirurgische Behandlung der Duodenalstenose.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

S. machte bei Duodenalstenose unterhalb der Papilla Vateri, hervorgerufen, wie es schien, durch Pankreascarcinom, die Gastroenterostomie. Da danach die Beschwerden nicht schwanden, fügte er eine Enteroanastomose der beiden zur Magen-Darmfistel führenden Ileumschlingen hinzu; danach Heilung. Da nach 2½ Jahren völliges Wohlbefinden constatirt wurde, hat es sich wohl um eine gutartige Stenose, nicht um Carcinom gehandelt. Die stenosirte Stelle wurde wieder durchgängig. Die Ableitung des Speisebreies hat also offenbar für die Heilung des Duodenalgeschwürs günstig gewirkt.

Im zweiten Falle handelte es sich um Pankreascarcinom, welches unterhalb der Papille das Duodenum verengte. Die Gastroenterostomie brachte sehr wesentliche Besserung, Erbrechen trat nur sehr selten auf. Nach 7 Monaten erfolgte der Tod. Die Sektion ergab Pankreascarcinom. **Haeckel** (Stettin).

38) **Hermes.** Einklemmung einer Dünndarmschlinge durch den ringförmig verwachsenen Wurmfortsatz.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Der Fall betrifft eine 22jährige Pat., die schon längere Zeit angeblich an Magenbeschwerden litt und plötzlich unter dem Bilde eines Ileus oder einer

akuten Perforationsperitonitis erkrankte. Bei der Operation fand sich eine 30 cm lange Dünndarmschlinge in dem durch die Verwachsung seiner Kuppe mit dem Blinddarme einen Ring bildenden Wurmfortsatz eingeklemmt. Der Processus vermiformis ging von der medialen und hinteren Seite des Blinddarmes aus und war mit seiner erweiterten Kuppe an dessen Vorderseite verwachsen. Am distalen Ende des Wurmfortsatzes war ein halbhaselnussgroßes, abgesacktes Empyem. Resektion des Wurmfortsatzes. Heilung. **Borchard** (Posen).

39) **P. Wiart et Bénou.** Grosse épiploécèle inguinale étranglée dans la cavité abdominale par l'enroulement de l'appendice iléo-coecale autour du pédicule. Opération. Guérison.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris Année LXXII. T. III. No. 2.)

Der an seinem Ende mit einer selbständigen Netzpartie verwachsene Wurmfortsatz war passiv bei der Rotation des Netzes mit herumgedreht und so zum abschnürenden Schlauche geworden. Der Einschnitt, welcher zuerst den leichten Bruch aufdeckte, der eingeklemmt schien, musste über das Lig. Pouparti hinaus verlängert werden, ehe die Abschnürungsstelle erreicht werden konnte.

Christel (Metz).

40) **Kehr, Berger und Welp.** Beiträge zur Bauchchirurgie, unter besonderer Berücksichtigung der im letzten Jahre ausgeführten 84 Gallensteinlaparotomien.

Berlin, Fischer's med. Buchhandlung (H. Kornfeld), 1901. 206 S.

Als Ergänzung seiner früheren Schriften über Gallensteinchirurgie veröffentlicht K. die Krankengeschichten des letzten Jahresberichtes seiner Privatklinik. Im Wesentlichen findet sich das wieder, was er bereits früher vielfach besprochen hat; er glaubt jetzt in der Cystektomie mit Hepaticusdrainage das Normalverfahren für die chronische recidivierende Cholelithiasis gefunden zu haben. Die Hepaticusdrainage ist der Choledochotomie mit nachfolgender Naht vorzuziehen. Für akute Fälle bleibt es bei der Cystostomie. Bei der Auswahl der zur Operation kommenden Fälle und der Indikationsstellung werden die socialen Verhältnisse, wie der Einfluss des Leidens auf den Einzelnen zu berücksichtigen sein.

Im Anschluss berichtet K. über eine Anzahl anderer interessanter Fälle aus der Bauchchirurgie und spricht sich über seine Anschauungen betr. der Appendicitisbehandlung aus. — Oberarzt Dr. Berger liefert (p. 142) einen Bericht über bakteriologische Untersuchungen der bei und nach Gallensteinoperationen gewonnenen Galle: unter 30 Fällen war dieselbe 6mal steril (in 2 Fällen fehlten Steine), 18mal fand sich Bact. coli allein, 3mal mit Staphylokokken, 1mal mit Streptokokken, je 1mal fand sich nur Staphylococcus resp. Streptococcus. In den Fällen von Hepaticusdrainage fand sich meist schon an dem der Operation folgenden, spätestens am 2. Tage die Galle steril. — Den Beschluss (p. 185) macht eine Arbeit von Berger über einen Fall von Exstirpation einer Gekröseyste, dem noch ein zweiter, von Dr. Weidling-Halberstadt operirter Fall angeschlossen wird.

Interessenten verweisen wir auf eigene Lektüre des Werkes.

H. Lindner (Dresden).

41) **Umber.** Beitrag zur Pfortaderobliteration.

Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem 47jährigen Trinker, welcher bis 2 Monate vor seinem Tode gesund war, stellten sich im Anschluss an einen alkoholischen Excess gewaltige Blutungen aus dem Magen-Darmkanal ein. Allmählich lassen dieselben nach, und es treten Zeichen einer Stauung im Pfortadergebiet auf unter Vorwiegen des Ascites, der sich nach der Punktion rasch wieder ansammelt. Die Blutungen treten wieder von Neuem auf und führen unter zunehmenden Stauungserscheinungen zum Tode. Die Obduktion ergibt eine vollkommene, der zeitlichen Entstehung nach weit

zurückliegende Obliteration des Pfortaderstammes, so wie der Milzvene bei normaler Leber und frischen Thrombosen in dem Gebiete der *V. mesaraica inferior*, der *V. lienalis gastrica* so wie kleinerer Gekrösvenen; dabei ausgedehnte Verwachsungen des großen Netzes mit der Leber, Niere, Milz, den Därmen und der Bauchwand, ferner des Zwerchfells und des Magens mit der Leber, der Därme unter einander, so wie mit dem Pankreas und der Gallenblase. In diesen Verwachsungen hatten sich Kollateralbahnen entwickelt, welche das Blut aus den gestauten Gebieten des Pfortaderkreislaufes in das Gebiet der großen Hohlvene abgeführt haben; so wurde der Pfortaderverschluss völlig kompensirt. Die klinische Bedeutung des Falles liegt in dem Beweise, den sie dafür giebt, dass decennienlang völliger Verschluss der Pfortader ertragen wird bei zeitiger Entwicklung der Kollateralen. Man kann daraus die Lehre ziehen, dass man durch frühzeitige, oft wiederholte Punktion des Ascites die Ausbildung der Kollateralbahnen begünstigen soll. Er lehrt ferner, dass die künstliche Herstellung solcher Kollateralen nach Talma Erfolg verspricht.

Haeckel (Stettin).

42) **W. J. Basumowski.** Zur Frage der Prognose bei Gekrösgeschwülsten.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 2.)

Der Fall ist schon früher im Centralblatte referirt, p. 430, No. 16, 1901. Jetzt wird über das Ende des Pat. berichtet. 4 Monate nach der letzten Nachricht, also 2 Jahre 11 Monate nach der ersten Operation, wieder ein Recidiv, mannskopfgroß. In der Narbe der Bauchwunde eine apfelgroße Geschwulst. Operation; breite Verwachsungen des Darmes mit der Neubildung und der Bauchwand; Resektion von 2 Stücken Dünndarm. Wegen Collapses Morcellement der Geschwulst, ein Stück an der Aorta wird zurückgelassen und vor die Bauchwunde gebracht. Bald darauf Tod. Sektion: noch eine Metastase im Gekröse des *S. romanum* und 7 Metastasen in der Leber; erstere *Myxoma fibrosum*, letztere *Myxoma cellulare*. Vom Dünndarme sind 235 cm zurückgeblieben, vom Dickdarme 155 (eine Folge der Atrophie des Darmes).

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

43) **Pantaloni (Marseille).** Un cas de fibrosarcome du cordon.

(Arch. prov. de chir. 1901. No. 4.)

P. operirte bei einem 49jährigen Manne eine seit 17 Jahren langsam gewachsene Geschwulst des Samenstranges mit bestem Erfolge. Dieselbe glich äußerlich einem fast kopfgroßen Leistenbruche. Die Untersuchung durch Letulle (Paris) ergab histologisch nur Fibrosarkom. P. glaubt, dass auch die wenigen Sarkome und Fibrome des Samenstranges, welche beschrieben sind von Parker, Albrecht, Majunski, Fibrosarkome waren. Die Operation glich in vielen Stücken einer Herniotomie.

P. Stolper (Breslau).

44) **Derveau.** Utérus, trompes et testicules contenus dans une hernie inguinale congénitale chez un homme.

(Cercle méd. de Bruxelles 1901. April 5.)

Bei einem 69jährigen Manne, der Ejakulationen hatte, und aus dessen Ehe 6 Kinder hervorgegangen waren, fand Verf. bei der Operation eines angeborenen Leistenbruches im Bruchsacke einen Uterus, Tuben und ein scheidenähnliches Gebilde, welches wahrscheinlich in die Harnröhre mündete. Der Hodensack enthielt außer der Hernie keinen Inhalt, in jedem der *Lig. lata* fand sich ein normaler Hode. Die Blase kam während der Operation nicht zu Gesichte. Über den Zustand der äußeren Genitalien etc. wird nichts berichtet. Bisher wurden 12 ähnliche Fälle beschrieben.

Mohr (Bielefeld).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 39.

Sonnabend, den 28. September.

1901.

Inhalt: E. Martin, Zur Epityphlitisoperation im freien Intervall. Enteroanastomose.
(Original-Mittheilung.)

1) Graser, Wundbehandlung. — 2) Petrow, Speiseröhrencysten. — 3) Sudsuki, Anatomie des Wurmfortsatzes. — 4) Ochsner, Appendicitis. — 5) Sultan, Unterleibsbrüche. — 6) Pariser, Erosionen der Magenschleimhaut. — 7) Gluziński, 8) Lund, Magengeschwür. — 9) Mintz, Magensarkom. — 10) Libman, Dünndarmsarkom. — 11) Schwarz, Milzextirpation. — 12) Pick, Infektion der Gallenwege. — 13) Ehret und Stolz, Cholelithiasis. — 14) Wohlgemuth, Bruch des Tub. maj. humeri. — 15) Tillmann, Schnellender Finger. — 16) Beck, Knochencyste. — 17) Vincent, Klumpfuß. — 18) Franke, Plattfuß. — 19) Unna und Delbanco, Madurafuß.

20) Velde, Die Belagerung der Gesandtschaften in Peking. — 21) Wendel, Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Stirnhirns. — 22) Kausch, Magenektasie bei Rückenmarksläsion. — 23) Appendicitis. — 24) Stuckert, Leberschuss. — 25) Kirschner, Knochentuberkulose. — 26) Halbandoff und Solowoff, Gelenkserkrankungen bei Syringomyelie. — 27) Schloffer, Armlähmung nach Brustschuss. — 28) Hartwell, Cyste im N. medianus. — 29) Wiessner, Handverrenkung. — 30) Schloffer, Traumatische Sehnenverdickung. — 31) Péralre, 32) Navarro, Mal perforant.

Zur Epityphlitisoperation im freien Intervall. Enteroanastomose.

Von

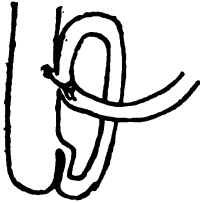
Dr. E. Martin in Köln.

Jaffé (Posen) empfiehlt in No. 31 dieses Blattes für gewisse Fälle von Epityphlitis, im freien Intervall die Darmresektion resp. die Enteroanastomose auszuführen. Es handelt sich um jene recht seltenen, aber zweifellos vorkommenden Fälle, wo es aus anatomischen oder technischen Gründen unmöglich ist, den Wurmfortsatz zu isoliren oder überhaupt aufzufinden. Die Resektion des Coecum ergab Jaffé zwei Erfolge, wenn auch nach sehr protrahirtem, durch lange bestehende Darmfisteln complicirtem Verlauf. Ein Fall von Enteroanastomose, in dem es bei dem langen Suchen nach der Appendix zu einer Verletzung des Coecum gekommen war, starb an Peritonitis,

konnte also keine Auskunft über den Werth der Anastomose in solchen Fällen geben.

Zur Unterstützung des Jaffé'schen Vorschlages möchte ich hier kurz über einen im Oktober 1900 operirten Pat. berichten, bei dem ich, von ganz ähnlichen Erwägungen wie Jaffé ausgehend, die Enteroanastomose anlegte und hierdurch ein günstiges Resultat erzielte.

Es handelte sich um einen Herren, der seit etwa 3 Jahren an typischer recidivirender Epityphlitis litt. Die letzten, in kürzeren Abständen auftretenden Anfälle waren fieberlos verlaufen mit Tumor der Ileocoecalgegend, Schmerzen und den Zeichen gestörter Darmpassage. Die ewigen Attacken zwangen den Pat. schon seit längerer Zeit zu fast völliger Unthätigkeit. Während der Vorbereitung zur Operation trat noch ein in wenigen Tagen abklingender Anfall unter den angeführten Symptomen auf. Höchste Temperatur 36,8, diffuser auf Druck recht empfindlicher Tumor. Bei der 14 Tage später vorgenommenen Operation erwies es sich trotz genauesten Suchens als ganz unmöglich, den Wurmfortsatz zu finden. Das unterste Ileum war durch alte, straffe Verwachsungen mit dem Coecum so eng und fest verbunden, dass ich die Lösungsversuche und mithin das Suchen nach dem Wurmfortsatz schließlich wegen der eminenten Gefahr der Darmverletzung aufgab. Mit Rücksicht auf den fieberlosen Verlauf, das vollkommene Fehlen aller frischen Entzündungserscheinungen an der Darmserosa, der im klinischen Bilde vorherrschenden und durch den anatomischen Befund voll erklärten Erscheinungen von erschwerter Darmpassage — für Tuberkulose oder dergleichen sprach nichts —, entschloss ich mich kurz und legte eine isoperistaltische seitliche Anastomose mit fortlaufender Naht zwischen Ileum und Colon ascendens an.



Ich sagte mir, dass sehr wahrscheinlich in dem vorliegenden Falle nicht der vielleicht in der Tiefe sich abspielende leichte Entzündungsprocess, sondern die durch die Verwachsungen erzeugte Störung der Darmpassage das Wesentliche sei und die Anfälle hervorrufe. Unter diesen Umständen machte ich die Anastomose, von der ich mir den gleichen Erfolg versprach, wie von einer ebenfalls erwogenen, aber doch immerhin wesentlich eingreifenderen Darmresektion. Der Verlauf bestätigte diese Annahme. Noch einmal trat kurz vor Abschluss der glatt erfolgenden Wundheilung ein kurzer Anfall von Leibscherzen und Empfindlichkeit der Ileocoecalgegend auf; seitdem befindet sich Pat. vollkommen wohl. Er kann seit jetzt $\frac{3}{4}$ Jahr wieder ungestört seinen Geschäften nachgehen.

Es liegt mir natürlich fern, aus diesem Falle, dessen Beobachtungszeit noch dazu viel zu kurz ist, allgemeine Schlüsse zu ziehen. Nachdem aber das Thema durch Jaffé zur Diskussion gestellt ist, glaubte ich den Fall schon jetzt mittheilen zu sollen, da er doch immerhin dafür spricht, dass die Enteroanastomose in Fällen von recidivirender Epityphlitis, bei denen durch die Operation im Intervall der Wurmfortsatz sich nicht ohne Darmverletzung isoliren oder überhaupt nicht auffinden lässt, und bei denen die Stenosenerscheinungen die entzündlichen überwiegen, eine gewisse Aussicht auf Erfolg bietet. Weitere Erfahrungen bleiben abzuwarten.

1) Graser. Über die Grundlagen, Hilfsmittel und Erfolge der modernen Wundbehandlung.

(Sonderabdruck aus der Festschrift der Universität Erlangen zur Feier des 80. Geburtstages Sr. Königl. Hoheit des Prinzregenten Luitpold von Bayern.)

Es ist eine interessante Übersicht historischer Natur über die allmähliche Entwicklung des antiseptischen, nachher des aseptischen Wundverbandes und entsprechenden Operirens. Es ist dargestellt, wie sich aus dem Lister'schen Verfahren durch die allmähliche Erkenntnis der schädlichen Organismen, durch die Erkenntnis, woran sie haften, wie sie eindringen und sich entwickeln, das »aseptische« Verfahren entwickelte, und wie noch fortdauernd neue Beobachtungen und Untersuchungen zu seiner Verbesserung und leichteren Verwendbarkeit auch für den praktischen Arzt gemacht werden. Auch seine Schwächen und Mängel sind dargestellt. So ist eine ausführliche Besprechung der Hände- und Operationsfeldreinigung gewidmet unter Hinweis darauf, dass völlige Keimfreiheit nicht zu erzielen ist, dass aber der Körper auch eine gewisse Schutzkraft gegen die Mikroorganismen besitzt; im Anschluss daran finden wir die Maaßregeln zur Verhütung der Infektion durch die Hände des Operateurs angeführt. Die Desinfektion einer inficirten Wunde ist unmöglich, jedoch ist, nach Ansicht des Verf., ein alkalisches, die Gewebe nicht schädigendes Desinficiens vielleicht nicht aussichtslos. Wichtiger jedoch ist die Herstellung guter physikalischer Bedingungen für Sekretabfluss und Austrocknung der Wundsekrete. Noch besonders wird hervorgehoben, dass wir unsere Erkenntnis auf diesem Gebiet nicht der Empirie, sondern strenger wissenschaftlicher Forschung verdanken.

Trapp (Bückerburg).

2) N. W. Petrow. Über Cysten der Speiseröhre.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift für N. W. Sklifossowski 1901. März. [Russisch.])

Zweierlei Arten Speiseröhrencysten kommen zur Beobachtung:

1) angeborene, welche ihren Ursprung fötalen Entwicklungsstörungen verdanken. Sie entstehen durch Abschnürung aus dem zu dieser Zeit noch Flimmerepithel tragenden Ösophagus und erreichen ein Wachsthum nach der Geburt bis Apfelgröße.

2) erworbene, welche zu den Retentionscysten gehören, und zwar durch Sekretstauung in den Schleimdrüsen der Speiseröhre entstehen. Diese Stauung in den Drüsen wird außer den auch von anderen Retentionscysten her bekannten wirksamen Momenten noch durch den Umstand gefördert, dass die Ausführungsgänge der Drüsen vielfach durch die Schleimhautfollikel der Speiseröhre hindurch verlaufen. Jede katarrhalische Ösophagitis und besonders der sogenannte follikuläre Katarrh führt durch Kompression der Drüsenausführungsgänge zur Stauung. Natürlich genügt zur Cystenbildung eine vorübergehende Kompression, wie sie akute Katarrhe bedingen, nicht; dazu bedarf es einer längeren Wirkung des ursächlichen Moments. Verf. beobachtete einen hierher gehörigen sehr seltenen Fall, bei

welchem durch Stagnation der Speisen im Ösophagus in Folge Cardiacarcinoms ein chronisch entzündlicher Zustand der Ösophagusschleimhaut eintrat, der zu excessiver Cystenbildung führte. Die 54jährige Pat. ging unter den Erscheinungen der Inanition in Folge Speiseröhrenstenose zu Grunde. Bei der Sektion fanden sich außer dem die Stenose bedingenden Cardiacarcinom auf der Uvula, der Epiglottis und den Gießkannenknorpeln vereinzelt kleine Cysten; die ganze Ösophagusschleimhaut indess war besät mit hanfkorn- bis haselnussgroßen Cysten. Mikroskopisch ließen sich die Anfänge der Cystenbildung auch in der Zunge, dem weichen Gaumen und dem Schlunde in Gestalt erweiterter Drüsenausführungsgänge nachweisen. Die Ursache der Cystenbildung erblickt Verf. in dem zugleich bestehenden chronisch entzündlichen Zustande der Schleimhaut, der in Hyperplasie der Bindegewebszellen und Follikelschwellung seinen Ausdruck fand. Verf. betont die praktische Wichtigkeit des Falles in Bezug auf die Erschwerung der Speisenpassage durch solche Cysten und die Gefahren der Sondirung in Folge der Brüchigkeit der Speiseröhrenwand. Eine beigegebene Tafel erläutert die sehr eingehend mitgetheilten mikroskopischen Details. **F. Ratheke** (Berlin).

3) **Sudsuki.** Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

In der pathologischen Anstalt des Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin untersuchte S. 500 Wurmfortsätze, welche keine größeren Veränderungen erkennen ließen, ohne Auswahl, wie sie der Zufall brachte. Er fand, dass der Wurmfortsatz im Durchschnitt 8,6 cm lang ist und 1,7 cm durchschnittlichen Umfang hat. Nur in einem Drittel der Fälle fand sich eine Gerlach'sche Klappe, und auch wo sie vorhanden ist, bildet sie kein Hindernis für Eintritt von Koth in den Wurmfortsatz.

Koth fand sich in über der Hälfte der Fälle im Wurmfortsatz, wirkliche Kothsteine nur 4mal. Letztere finden sich dagegen bei Perforationen des Wurmfortsatzes sehr häufig, sind also wohl oft Ursache der Perforation.

In einem Drittel der Fälle hat der Wurmfortsatz die Richtung nach unten von seiner Ursprungsstelle und erreicht sehr oft den Rand des kleinen Beckens; in den übrigen Fällen liegt er horizontal oder nach oben.

In 22,6% der Fälle war der Wurmfortsatz total oder partiell obliterirt. Mit dem Alter nimmt die Obliterationshäufigkeit zu, so dass über 70 Jahre jeder zweite Mensch einen obliterirten Wurmfortsatz hat. Dieser Process ist als ein Involutionvorgang, nicht als Produkt einer Entzündung anzusehen. Meist beginnt die Obliteration an der Spitze, doch fand S. in 2 Fällen sowohl an der Spitze als an der Basis eine obliterirte Stelle, dazwischen die Lichtung er-

halten, dilatirt und mit Schleim gefüllt; die Wand dieses Raumes trug kein Epithel. Das Epithel schwindet an den Obliterationspunkten völlig, während die lymphatischen Elemente lange erhalten sein können.

Verwachsungen waren bei obliterirten Wurmfortsätzen fast doppelt so häufig, als bei frei beweglichen. Haeckel (Stettin).

4) **A. J. Ochsner** (Chicago). Über Verwendung ausschließlicher Rektalernährung in akuten Appendicitisfällen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 39.)

O. ist dafür, dass man in Fällen akuter Appendicitis mit außerordentlichem Erfolge vorgeht, wenn man jede Einführung von Nahrung durch den Mund unterlässt. Jeder Chirurg, der in den ersten Tagen eine akute Appendicitis operirt hat, weiß, dass sich das Netz sogleich um den Wurmfortsatz schlingt, wenn letzterer irgend wie gefährlich erkrankt, d. h. wenn derselbe in Gefahr ist, nekrotisch zu werden, oder wenn ein Geschwür dem Durchbruch nahe steht, oder wenn ein Fremdkörper eingeklemmt ist. Giebt man dem Kranken absolut keine Nahrung durch den Mund, so schmiegt sich der Dünndarm an das Netz an, und im schlimmsten Falle entwickelt sich ein umschriebener Abscess, welcher ohne Gefahr von jedwedem Arzte geöffnet werden kann; außerdem bezweckt dieses Verfahren noch ein anderes Verhältnis, nämlich absolute Ruhe für die entzündeten Theile. Werden hingegen auch nur kleine Gaben flüssiger Nahrung verabreicht, so entstehen Gase, welche die entzündeten Theile reizen. Je früher die Behandlung eintritt, desto milder gestaltet sich der Anfall. Wenn die Diagnose nicht absolut klar ist, so kann man durch solche Behandlung dem Pat. unmöglich irgend wie schaden. Die früher beliebte Opiumtherapie bezweckte schließlich dasselbe, indem die Peristaltik aufgehoben wurde und das Opium dem Kranken den Appetit gründlich verdarb. Die Behandlung besteht in ausschließlicher Mastdarmernährung. Die Methode schließt selbstverständlich die Möglichkeit eines Recidivs oder eine Wahrscheinlichkeit desselben nicht aus, aber sie bringt den Pat. fast absolut sicher über den akuten Anfall. Operirt man während eines Anfalles und nach dem 2. Tage, so ist immer Drainage angezeigt, und man riskirt dann, später einen Bruch zu bekommen. Verf. rath daher, entweder während der ersten 2 Tage eines Anfalles zu operiren, oder dann, nachdem der akute Anfall vollkommen vorüber ist. O. hat seit der Einführung dieser Methode in jedem Falle außerordentliche Verbesserung der Resultate bekommen.

Gold (Bielitz).

5) **G. Sultan.** Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche.

(Lehmann's med. Handatlanten Bd. XXV.)

Das 244 Seiten starke Buch enthält in knapper, klar geschriebener Form eine eingehende Schilderung aller Brucharten und ist durch zahlreiche wohlgelungene Abbildungen, deren wichtigere farbig sind, illustriert. Die Abhandlung zerfällt in einen allgemeinen Theil, der sich mit der Definition des Bruches, der Bruchpforte etc., den subperitonealen Lipomen, Entstehung der Unterleibsbrüche, der allgemeinen Therapie, den Bruchzufällen, der Therapie der Brucheinklemmung, Begutachtung von Unterleibsbrüchen befasst. Der specielle Theil behandelt die verschiedenen Brucharten, auch die inneren Bruchformen, und geht des Genaueren auf die Radikaloperationen ein, deren Methode und Technik besonders bei der Bassini'schen Operation durch vorzügliche Abbildungen neben einer eingehenden, sehr verständlichen Beschreibung klargelegt werden. Es ist verständlich, dass Neues nicht gebracht werden konnte, und dass auf streitige Theorien (Brucheinklemmung) nur so weit eingegangen ist, als es unbedingt nothwendig war. Aber Verf. hat es verstanden, in präciser Form uns die Lehre von den Brüchen vor Augen zu führen, so dass das Buch für den Studirenden und praktischen Arzt ein werthvoller Wegweiser sein wird. Die Abbildungen sind klar und anschaulich, die Ausstattung des Buches ist eine gute.

Borchard (Posen).

6) **C. Pariser.** Über hämorrhagische Erosionen der Magenschleimhaut.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Diese pathologisch-anatomisch seit Langem erkannte und gut studirte Erkrankung der Magenschleimhaut wurde zuerst von Einhorn (1895) beschrieben (Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 20). 1897 entwarf P. ein klinisches Bild der hämorrhagischen Erosionen, welches er nun auf Grund weiterer Beobachtungen ergänzt. Die Affektion ist charakterisirt durch sehr heftige, brennende, an die Nahrungsaufnahme gebundene Schmerzen, die unabhängig von der Art der Nahrung $\frac{1}{4}$ bis $\frac{3}{4}$ Stunde nach der Einführung derselben auftreten und ca. 2 Stunden und auch darüber andauern. Diese Schmerzen erstrecken sich gleichmäßig über das ganze Organ und werden durch Druck in keiner Richtung alterirt, eben so durch Änderung der Körperlage nicht beeinflusst. Auf eine vorgenommene Magenausspülung verschwinden die Schmerzen. Die Untersuchung der Motilität und des Chemismus des Magens ergibt nahezu keine Abweichungen von der Norm. Im Ausgeheberten findet man regelmäßig kleine blutig gefärbte Schleimhautpartikelchen. Das Waschwasser erscheint meist durch eine minimale frische Blutung leicht röthlich tingirt. P. ist der Ansicht, dass die hämorrhagischen Erosionen nicht eine eigenwerthige Affektion, sondern eine merkwürdige

Komplikation einer chronischen Gastritis oder eine besondere Art der chronischen Gastritis darstellt, die er Gastritis chronica exfolians zu nennen vorschlägt. Die kleinen Erosionen haben keine Neigung, zu einem echten Geschwür zu werden, während große Erosionen zur Entstehung von rundem Magengeschwür Anlass geben können. Die Behandlung besteht in Höllensteinspülungen (1 : 1000 bis 1 : 2000), die jeden 2. Tag vorgenommen werden sollen. Die Nahrung muss eine möglichst reizlose sein und darf nur in Quantitäten zugeführt werden, die schnell den Magen verlassen können. Gold (Bielitz).

7) A. Gluziński (Lemberg). Über die Behandlung des peptischen Magengeschwürs.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Der Inhalt der Arbeit G.'s, die die Vervollständigung seines in der gemeinsamen Sitzung der Sektionen für innere Medicin und Chirurgie des IX. Kongresses polnischer Ärzte und Naturforscher in Krakau erstatteten Referats (s. d. Blatt 1900 No. 40) enthält, verdient seiner interessanten Statistik wegen eine etwas ausführlichere Wiedergabe.

Verf. findet den Unterschied zwischen der Leube'schen Statistik (2,4% Mortalität, aus klinischem Material berechnet) und der von v. Mikulicz (25—30%, Obduktionsmaterial) zum großen Theil darin begründet, dass auf Grund der Symptomatologie Fälle zu den Geschwürsfällen gerechnet werden, die nicht dem Bilde des echten chronischen Ulcus rotundum (Cruveilhier und Rokitanski) entsprechen, sondern nur einen oberflächlichen, sehr häufig ohne eigentliche Narbenbildung verheilenden Erosionsprocess darstellen, oft auch selbst eines solchen entbehren. Den günstigen klinischen Zahlen steht das Obduktionsmaterial schroff gegenüber.

G. hat das Krakauer Sektionsmaterial der letzten 10 Jahre (Browicz) gesichtet und fand unter 11298 Sektionen bei Weglassung der oben erwähnten oberflächlichen frischen Verschwärungen 95 Fälle älterer Geschwüre und Narben. Von diesen waren 29 = 30,5% aus einer mit dem vorhandenen Prozesse im Magen nicht streng zusammenhängenden Ursache zu Grunde gegangen; die restlichen 66 Fälle = 61% endeten durch das Geschwür oder dessen Folgezustände und vertheilen sich folgendermaßen:

	Frauen	Männer	Zusammen
Perforation und Peritonitis	9	18	27 = 28,4%
Blutungen	5	12	17 = 18,0%
Kachexie	3	3	6 = 6,3%
Operation wegen Pylorusstenose	2	6	8 = 8,4%
Übergang des Geschwürs in Carcinom	4	4	8 = 8,4%

Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass von den obigen 29 Fällen 7 an Tuberkulose starben, in 4 Fällen sich neben Narben

noch frische Geschwüre fanden und in 6 ein sich weiter entwickelndes Geschwür bestand, erscheint die Statistik der ungünstig verlaufenden Fälle des chronischen Magengeschwürs ohne Behandlung noch schlechter, als die von v. Mikulicz und von Debove und Rémond (50% Sterblichkeit).

Hinsichtlich der Lokalisation wiederholen sich in allen Handbüchern die Zahlen von Brinton, die auf 220 Autopsien begründet sind und sich nach anatomischen Gesichtspunkten wie folgt gruppieren: hintere Wand 49%, kleine Curvatur 26%, Pylorus 15,6%, vordere Wand 4,9%, große Curvatur 2,4% und Cardia 2,0%. Vom klinischen Standpunkte aus ist diese Gruppierung unzweckmäßig, da die chronischen Geschwüre oder Narben der Pars pylorica oder des Pylorus selbst, einerlei, ob sie auf der vorderen oder hinteren Wand, auf der kleinen oder großen Curvatur sitzen, dieselben Folgezustände, dasselbe klinische Bild hervorrufen, welches von dem durch Narben oder Geschwüre in anderen Theilen des Magens verursachten ganz verschieden ist.

Danach stellt sich das von G. gesichtete Material folgendermaßen dar:

Auf die Pars pylorica entfallen 56 Fälle, auf Pylorus und Cardia 4, Pylorus und Duodenum 2, Pylorus und Ösophagus 1, Duodenum 12, in Summa 75; auf die Mitte des Magens 17, und zwar hintere Wand 6, vordere Wand 2, kleine Curvatur 6, große Curvatur 3. Die übrigen 3 Fälle gehören der Cardia an.

Bezüglich des sonst betonten Überwiegens des weiblichen Geschlechts (Brinton 2 Frauen: 1 Mann, Steiner 11:8, Habersohn 127:74, Danziger 2:1, Anderson 35:3) bildete nur die Statistik von Wollmanz eine Ausnahme, welcher das Geschwür eben so häufig bei Männern wie bei Frauen fand. Dem gegenüber ergibt G.'s Zusammenstellung das Vorkommen des chronischen Geschwürs oder Narben bei Frauen in 39 Fällen = 41%, bei Männern 56 = 59%. Während bei den 29 Todesfällen aus anderen Ursachen der G.'schen Statistik 16 Frauen und 13 Männer betheiligt sind, ändert sich das Verhältnis dort, wo das Geschwür selbst Ursache des Todes war. Hier starben 43 Männer gegenüber 23 Frauen (vgl. die erste angeführte Tabelle).

Es sind durch Perforation mit consecutiver Peritonitis und durch Blutungen 2mal mehr Männer als Frauen zu Grunde gegangen, und es ist bei Männern 3mal so oft wie bei Frauen zur Operation gekommen. Auch in G.'s Klinik war dasselbe Verhältnis; es entfielen von 17 operirten Fällen 15 auf Männer und nur 2 auf Frauen. Unter 28 von v. Mikulicz operirten Fällen waren 22 Männer und 6 Frauen, in Carle's und Fantino's Statistik 24 wegen Geschwürs operirte Männer gegen 12 Frauen. G. sucht die Erklärung dieser immerhin auffallenden Thatsache in dem Einhalten einer entsprechenden Diät seitens der Frauen, welche bei der Behandlung des Magengeschwürs der wichtigste Faktor ist und bleiben wird.

Bezüglich der Indikationsstellung zum chirurgischen Eingriff weicht G. nirgends von der heute allgemein giltigen ab.

Eine besondere Besprechung erfahren noch die Fälle von Geschwür, die in carcinomatöser Umwandlung begriffen sind.

G. glaubt mit Hilfe seiner Untersuchungsmethoden im Stande zu sein, derartige Übergangsformen bereits vor der Übergabe des Pat. an den Chirurgen diagnosticiren zu können und berichtet, dass ihm bisher noch kein Irrthum zugestoßen sei, obwohl in manchen Fällen erst das Mikroskop die Diagnose entschied.

Der Gang der Untersuchung ist folgender:

Untersuchung im nüchternen Zustand; nach sorgfältiger Magenspülung die von Jaworski und G. angegebene Probe mit gekochtem Hühnerweiß; noch an demselben Tage Verdauungsprobe mit einem Beefsteak nach 4 Stunden. Diese 3 Proben sind eventuell mehrfach zu wiederholen.

In Fällen von Geschwüren fanden sich in allen 3 Proben ein stark saurer Inhalt und beträchtliche Mengen freier Salzsäure. Bei Umwandlungen des Geschwürs in Carcinom stellt sich eine gewisse sekretorische Insufficienz ein, die sich in folgender Weise offenbart:

Nüchtern und nach der Eiweißmethode findet sich freie HCl, nach der Beefsteakprobe nur Spuren freier HCl oder nur gebundene HCl; am 2. Tage ist wieder im nüchternen Zustande und nach der Beefsteakprobe freie HCl ausgesprochen, während sie nach der Eiweißmethode fehlt etc.

In späteren Stadien sieht man, nachdem in den ersten Tagen nach den Probemahlzeiten deutlich freie HCl gefunden ist, nach ausgiebiger Magenspülung ein Schwinden der freien HCl, welche ganz gebunden wird, oder der Mageninhalt wird neutral, oder es tritt manchmal nach einer Woche Milchsäure auf.

Solche Fälle sind frühzeitig dem Chirurgen zu übergeben, auch bei den geringsten Symptomen einer Pylorusstenose und subjektivem Wohlbefinden.

Nur die Geschwüre der Pars pylorica wandeln sich nach den Erfahrungen G.'s in Carcinome um.

Nachzutragen wäre noch, dass G. bezüglich der Lokalisation der Perforationsstelle auf Grund seines pathologisch-anatomischen Materials gegenüber der Ansicht von v. Mikulicz, der auf der Basis der operirten Fälle 80% der perforirenden Geschwüre an der vorderen Magenwand gelegen findet, folgende Tabelle bringt: Unter 28 Perforationsfällen betrafen 2 das Duodenum, 26 den Magen. Von den letzteren kam 1 auf die Cardia, 2 auf den mittleren Theil des Magens und 23 auf die Pars pylorica. Auf die große Curvatur fiel 1 Fall, auf die kleine 3 Fälle, auf die vordere Wand 6, dagegen auf die hintere 18.

Hübener (Dresden).

8) **Lund.** The surgical treatment of gastric ulcer with report of cases.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 23.)

Zum Schluss der wesentlich kasuistischen Mittheilung kommt Verf. zu den Schlüssen:

- 1) Bei Perforation soll unbedingt sofort operirt werden.
 - 2) Bei Fällen, die auf medicinische Behandlung nicht zurückgehen, soll vor völliger Erschöpfung des Pat. die Excision oder Gastroenterostomie gemacht werden.
 - 3) Bei kleinen Blutungen, die durch ihre häufige Wiederholung schwere Anämie zu erzeugen drohen, soll frühzeitig operirt werden.
 - 4) Bei Pat., die mehr als eine schwere Blutung erlitten haben, soll operirt, und zwar soll der Eingriff individuell angepasst werden.
- Die Folgezustände des Magengeschwürs sind in der Mittheilung nicht berücksichtigt.

Trapp (Bückeburg).

9) **W. Mintz.** Zur Kasuistik der primären Magensarkome.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 32.)

M. ergänzt die aus der Litteratur der letzten 40 Jahre von Schlesinger zusammengestellten 36 Fälle von primärem Magensarkom durch 5 Fälle, welche in der Schlesinger'schen Kasuistik nicht aufgenommen worden sind, und berichtet über einen weiteren Fall eigener Beobachtung:

Es wurden beobachtet 12 Lymphosarkome, 10 Rundzellensarkome, 5 Spindelzellensarkome, 2 Fibrosarkome, 4 Myosarkome, 2 Angiosarkome, 1 Rundzellen-Myxosarkom, 1 Fibrosarkom des Magens neben Carcinoma pylori.

In den übrigen Fällen wird die Neubildung schlechtweg als Sarkom bezeichnet. In der Mehrzahl der Fälle war der Sitz der Geschwulst an der großen Curvatur, am Pylorus; am häufigsten war sie diffus über den ganzen Magen verbreitet. Die Erkrankung war an 15- bis 78jährigen Individuen beobachtet. Bevorzugt war das 20. bis 35. Lebensjahr. In jenen Fällen, in welchen Magensaftuntersuchungen vorgenommen waren, fehlte die Salzsäure, hingegen war Milchsäure vorhanden. In 3 Fällen wurden die Boas-Oppler'schen Bacillen gefunden. Klinisch stimmt das Bild des Magensarkoms mit dem des Magencarcinoms überein, so dass die Differentialdiagnose zwischen beiden meist unmöglich ist.

M. legt nahe, selbst bei dem vollkommen ausgeprägten klassischen Symptomenkomplex der Lehrbücher etwas vorsichtiger mit der Carcinomdiagnose vorzugehen.

Gold (Bielitz).

10) **Libman.** Über Dünndarmsarkome.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

L. hat in kurzer Zeit 5 Fälle von primären Dünndarmsarkomen beobachtet, von denen 4 zur Autopsie kamen. Da seit der Arbeit

von Baltzer aus dem Jahre 1893 keine zusammenfassende Arbeit über diesen Gegenstand geschrieben, so entwirft L. auf Grund seiner eigenen und der in der Litteratur niedergelegten Fälle ein Bild der Pathologie, Symptomatik, Prognose und Therapie dieser Erkrankung. Er betont, dass 15mal das Duodenum, 18mal Jejunum und Ileum und 3mal der gesammte Darmkanal Sitz der Neubildung war. Die Serosa war bemerkenswertherweise meist frei von der Neubildung geblieben. Es kommt häufig zu einer Darmerweiterung am Sitze der Geschwulst dadurch, dass die Muscularis früh durchsetzt und gelähmt wird, und der Koth nun eine Erweiterung der Darmlichtung hervorruft. Betreffs der Symptomatologie hebt Verf. hervor, dass manche Fälle sehr ähnliche Erscheinungen wie eine akute Appendicitis machen. Die Prognose scheint absolut schlecht. Einige Pat. wurden mit gutem Erfolg operirt, jedoch fehlt das Endresultat, wie lange sie gesund blieben.

Haeckel (Stettin).

11) K. Schwarz. Ein Fall von Milzexstirpation wegen hypertrophischer Wandermilz.

(Wiener klin. Wochenschrift 1900. No. 52.)

Ein Fall von wegen Hypertrophie (225 g Gewicht) mit Erfolg exstirpirte Wandermilz bei einer 36jährigen Frau giebt S. Veranlassung, unter Berücksichtigung der in der Litteratur niedergelegten Indikationen für Splenopexie und Splenektomie folgende Schlussfolgerungen aufzustellen:

1) Im Princip ist in allen Fällen von Wandermilz die Splenektomie der complicirteren, in Bezug auf ihre Dauerresultate unsicheren Splenopexie vorzuziehen.

2) In denjenigen Fällen von Wandermilz, bei denen die Splenektomie wegen starker Verwachsungen oder sonstiger Komplikationen schwer ausführbar und gefährlich erscheint, ist eventuell der Splenopexie nach Rydygier oder Bardenheuer der Vorzug zu geben.

3) In allen Fällen von ganz bedeutend hypertrophirter Wandermilz kommt als operative Behandlung einzig und allein die Splenektomie in Frage.

Hübener (Dresden).

12) Pick. Zur Diagnostik der Infektion der Gallenwege.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

P. weist darauf hin, dass in den letzten Jahren eine erfreuliche Übereinstimmung in den Anschauungen über Entstehung der Gallensteine und das Wesen des Kolikanfalles sich angebahnt habe; dagegen bestehen noch wesentliche Differenzen zwischen Internisten und Chirurgen auf dem Gebiete der Therapie, und zwar zum Theil mit einer merkwürdigen Vertauschung der Standpunkte. Während nämlich die Internisten gerade bei Fällen von Cholelithiasis mit Infektion der Gallenwege Heilung vom chirurgischen Eingriff erwarten, lehnen Chirurgen (Riedel) die Operation in solchen Fällen ab, da

man bei bedenklicher Infektion des Gallengangsystems mit der Operation kein Glück habe. Jedenfalls geht daraus hervor, wie wichtig es ist, einen diagnostischen Anhaltspunkt zu haben, ob das Gallensystem schwer inficirt ist oder nicht. P. empfiehlt dazu die Feststellung der Leukocytenzahl. Bei eitrigen Entzündungen findet sich sehr oft eine Vermehrung der Leukocyten, 15 000—40 000, während tuberkulöse Entzündungen, Typhus abdominalis, wofern keine Mischinfektion dabei ist, normale Werthe oder selbst eine Verminderung der Leukocyten, 4000—9000, zeigen. P. sah nun in Fällen von *Fièvre intermittente hépatique* (Larlot) im Beginn der Erkrankung sowohl in der anfallsfreien Zeit als während der Anfälle fehlende Leukocytose. Später fand sich bei Sektionen, dass in der That kein Eiterungsprocess vorlag. Es wäre also danach das Fehlen der Leukocytose im Anfange der Erkrankung zur Differentialdiagnose gegenüber eitrigen Erkrankungen der Gallenwege zu verwerthen.

Haeckel (Stettin).

13) Ehret und Stolz. Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

In diesem 3. Theil ihrer Untersuchungen (cf. dieses Centralblatt 1901 p. 457) beschäftigen sich die Verff. mit der Entstehung der *Cholecystitis purulenta*. Durch zahlreiche Experimente weisen sie, zum Theil in Übereinstimmung mit den Untersuchungen früherer Autoren, nach, dass weder eine direkte Infektion der Gallenblase, selbst mit hochvirulenten Mikroorganismen, für sich allein, noch auch eine Störung des Gallenabflusses für sich allein im Stande ist, eine eitrig-cholecystitis purulenta zu erzeugen, dass das aber sehr gut möglich ist bei Kombination beider Momente, bei Infektion und gleichzeitiger Behinderung des Gallenabflusses. Zwischen der Leichtigkeit, mit welcher eine Infektion der Galle der Gallenblase wirksam wird und dem Grade der Störung des Gallenabflusses, besteht ein direktes Verhältnis. Je beträchtlicher die Behinderung des Gallenabflusses, d. h. je mehr Residualgalle bleibt, um so leichter kommt eine eitrig-cholecystitis purulenta zu Stande. Am ähnlichsten den menschlichen Verhältnissen gestaltet sich die Versuchsanordnung, wenn die Störung des Gallenabflusses nicht durch Unterbindung des *Ductus cysticus* oder *choledochus*, sondern durch Einbringen von Fremdkörpern in die Gallenblase (Steine, Drahtgestelle, Korkstücke etc.) hervorgebracht wird. Als Modus der Infektion wurde direkte Einbringung des infektiösen Materials in die Gallenblase gewählt, unter Verwerfung der Infektion vom *Ductus choledochus* aus. Unter besonderen Verhältnissen scheint auch eine Autoinfektion möglich. Bei Infektion von der Blutbahn aus ist es schwer, eindeutige Resultate zu erzielen.

Betreffs Gestaltung und Verlauf der so erzeugten eitrig-cholecystitis purulenta ergab sich das bemerkenswerthe Resultat, dass

die eitrige Entzündung auf die Gallenblase beschränkt blieb, höchstens $\frac{1}{6}$ der Länge des Ductus cysticus mitgriff; in scharfer Linie setzte sich stets der entzündete von dem nicht entzündeten Theile ab. Die Galle ist also nicht im Stande, in den Bereich der eitrigen Entzündung einzudringen.

Steinbildung kam nie bei diesen Experimenten vor, auch keine Cholestearinbildung.

Unter aller Reserve, welche gerade auf diesem Gebiete bei Übertragung von Schlüssen aus Thierexperimenten auf die menschliche Pathologie geboten ist, lenken die Verff. die Aufmerksamkeit auf folgende Punkte:

Das Resultat der Experimente legt es nahe, auch beim Menschen Entstehung eitriger Cholecystitis durch Infektion und Störung des Gallenabflusses zu erklären. Wenn ein mit Gallensteinen Behafteter einen akuten Durchfall bekommt, oder Otitis media, Pneumonie, Erysipel, Periostitis, Wochenbetterkrankung etc., so können in die in ihrer Motilität geschädigte Gallenblase Keime eindringen und eine Cholecystitis erzeugen; ähnlich beim Typhus. Ferner: wird bei dem so häufig konstatierten gelegentlichen Vorhandensein einiger Keime bei Gallenstein durch Einklemmung des Steines die Motilität sehr stark gestört, so führen die bis dahin harmlosen Keime zur Entzündung.

Nicht heftige, akute Entzündungen erzeugen Steine, sondern es sind ganz abgeschwächte Entzündungen, fast latent verlaufende Prozesse, die die Steinbildung befördern.

Die Erfahrung, dass Galle in den Bereich experimenteller eitriger Entzündung nicht eindringen kann, entspricht ähnlichen Beobachtungen am Menschen.

Haeckel (Stettin).

14) H. Wohlgemuth. Die Fraktur des Tuberculum majus humeri.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 43.)

Das Abreißen des Tuberculum majus kommt als isolirte Verletzung sehr selten, häufiger als Nebenverletzung bei Schulterverrenkung und Bruch im Humerushalse vor. Hier treten die Symptome der Hauptverletzungen in den Vordergrund der pathologischen Erscheinungen. Verf. erörtert die klinischen Erscheinungen, auf Grund welcher die Diagnose der Fraktur des Tuberculum majus gestellt werden kann. Doch giebt vollen Aufschluss über die Art und Ausdehnung der Verletzung allein die Skiaskopie.

Verf. demonstirte in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 2. Mai 1900 die Röntgenbilder zweier Verletzungen, die je eine Fraktur des Tuberculum majus bei Schulterverrenkung und Oberarmhalsbruch aufwiesen, und skizzirt die Krankengeschichten der beiden Fälle.

Gold (Bielitz).

15) **Tilmann.** Der schnellende Finger. (Aus der chirurg. Klinik zu Greifswald.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 43.)

T. hatte Gelegenheit, 5 Fälle dieser Abnormität der Bewegungsfähigkeit der Finger zu beobachten, und spricht seine Ansicht dahin aus, dass es sich bei schnellendem Finger um eine knotenförmige Verdickung der Beugesehnen handelt, die dadurch zu Stande kommt, dass die Sehnen beim Umfassen harter Gegenstände durch weiche arbeitsungewohnte Hände an einer Stelle gegen die an der Volarseite des Köpfchens des Mittelhandknochens befindlichen Knochenvorsprünge wiederholt gedrückt werden. Diese verdickte Sehne vermag den centralen scharfen Rand der Sehnenscheide der Finger in der Höhe der Mittelhandgelenke nicht zu passiren; es muss vielmehr erst eine Dehnung dieses Randes erfolgen, bis unter schnappendem Geräusch der Knoten unter den scharfen Rand hinweggleitet. Der Verlauf des Leidens ist ein sehr langwieriger. Seine Behandlung besteht in frischen Fällen in Fixation des betreffenden Fingers in gestrekter Stellung auf einer Schiene, in täglichem Verbandwechsel, in Pinselung mit Jodtinktur und Massage. In älteren Fällen, wenn die Schmerzen nachgelassen haben, empfehlen sich fortgesetzte passive Bewegungen. Versagen diese Methoden, dann bleibt nur die Entfernung des Knotens übrig.

Gold (Bielitz).

16) **C. Beck.** Osseous cysts of the tibia.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1901. Juni.)

Verf., der sich um die Nutzbarmachung der Röntgenstrahlen für die Chirurgie schon manches Verdienst erworben hat, weist neuerdings auf die Brauchbarkeit des Verfahrens zur Sicherstellung der Differentialdiagnose zwischen Osteosarkom und Knochencysten der langen Röhrenknochen hin. Während bisher diese Differentialdiagnose außerordentlich schwierig, ja in der Mehrzahl der Fälle ohne Probeoperation überhaupt nicht zu stellen war, konnte B. durch das skiagraphische Studium einer größeren Zahl von Osteosarkomen den Nachweis führen, dass sich bei ihnen die Grenzlinien des Knochens stets mehr oder weniger abnorm und unbestimmt, an manchen Stellen sogar völlig durchscheinend zeigen, während bei den Knochencysten die Knochenschale zwar dünn und schmal, aber stets deutlich und regelmäßig ist; eben so zeigt bei ihnen der leichte Schatten des völlig durchscheinenden flüssigen Centrums die gleiche Regelmäßigkeit. Die anstoßenden Epiphysen sind normal.

B. illustriert diese Verhältnisse durch die Krankengeschichten und Skiagramme von 2 Fällen, bei denen mit Hilfe des Verfahrens eine sichere Diagnose vor der Operation gestellt werden konnte. Die fundamentale Bedeutung dieser Beobachtung für die Therapie liegt auf der Hand.

B. v. Hippel (Kassel).

17) **E. Vincent.** Resultats éloignés de la tarsoplasie dans les pieds bots difficiles.

(Revue de chir. 1901. No. 5.)

Verf. überblickt die Reihe der Redressements von Klumpfuß, die er mittels umgeformten Osteoklasten Robin's in 16 Jahren ausgeführt hat. Aus seinem Material, das mehr als 500 Fälle umfasst, sucht Verf. auf folgende 3 Fragen zu antworten, die Ollier erhoben hat:

- 1) Wie sind die Dauererfolge?
- 2) Beobachtet man nicht nach dem Redressement Entzündung des Knochens, vor Allem Tuberkulose?
- 3) Welche Verletzungen bringt der Osteoklast bei der »Tarsoplasie« (dem Redressement) hervor?

Von 204 in der Zeit von 9 Jahren (1884—93) operirten Fällen hat Verf. nur 16 nachprüfen können: Es zeigte sich, dass die Erfolge bei den ärmeren Pat. im Allgemeinen nicht sehr zufriedenstellend sind, weil Mangel an Ausdauer und Sorgfalt der Nachbehandlung das einmal gewonnene Resultat bald wieder verloren gehen lässt; sie müsste monate- und jahrelang fortgesetzt werden durch Massage und Tragen geeigneter Fußbekleidung und von Schienenhilfsapparaten.

Was Frage 2) betrifft, so ist es interessant, dass Caries der Fußwurzel als Folge der Tarsoplasie niemals beobachtet wurde, so dass man beinahe annehmen möchte, dass die Kranken mit Pes varus der Caries besonders wenig ausgesetzt seien.

Um auf die 3. Frage zu erwidern, hat V. eine Anzahl redressirter Füße skiagraphisch untersucht. Hierzu waren natürlich nur ältere Individuen geeignet, und es zeigte sich, dass im Allgemeinen nur Verletzungen erzeugt waren, die man als Verstauchung bezeichnen könnte. Wirklicher Bruch wurde nur einmal beobachtet: es zeigte das Röntgenbild eine Durchtrennung des Os scaphoid. und vielleicht Absprengungen von den Metatarsen 4 und 5 (event. auch calcan. und cuboid.). Die Aufnahme stammt von einem 20jährigen Mann, der mit 11 Jahren die Tarsoplasie durchgemacht hatte; das Ergebnis war ein vorzügliches noch 8 Jahre später.

Auf die Wiedergabe technischer Einzelheiten, so wie Beschreibung des V.'schen Apparates darf wohl verzichtet werden; man erhält die Anschauung, dass der Lorenz'sche weit einfacher sei. Die Figuren sind leider zum Theil recht undeutlich, was vom oben besprochenen Röntgenbild bedauerlicherweise besonders Geltung hat.

Christel (Metz).

18) **Franke.** Neue Methode der operativen Behandlung des Plattfußes etc.

(Therapeutische Monatshefte 1901. No. 4.)

Einen schwereren Fall von Plattfuß behandelte F. erfolgreich durch operative Verkürzung der Sehne des Tibialis posticus; die

über einander verzogenen Schnittenden der Sehne wurden vernäht und dadurch eine Verkürzung von 1,5 cm herbeigeführt. T. empfiehlt dies vorher auch schon von Hoffa geübte Verfahren bei solchen Fällen von Plattfuß, welche, ohne schwerere Knochenveränderungen aufzuweisen, doch der unblutigen Behandlung trotzen.

Willemer (Ludwigslust).

19) **P. G. Unna** und **E. Delbanco**. Beiträge zur Anatomie des indischen Madurafußes (Mycetoma, Fungus disease of India).

(Monatshefte für praktische Dermatologie und Syphilis Bd. XXXI. No. 12.)

Unter eingehender Berücksichtigung der Litteratur berichten die Verff. über ihre histologischen Untersuchungen von Präparaten des vor Allem in Indien vorkommenden Madurafußes. Sie haben dabei interessante Resultate z. B. bezüglich der hyalinen Zelldegeneration erhalten. Das Resultat ihrer Arbeit ist, dass die Strahlenpilze des Madurafußes mit den Aktinomyces verwandt sind, dass aber auch nach dem histologischen Bild verschiedene einander nahe stehende Pilzarten dieser exotischen Erkrankung zu Grunde liegen. 2 Tafeln mit histologischen Bildern illustriren die Arbeit.

Jadassohn (Bern).

Kleinere Mittheilungen.

20) **Velde** (Peking). Bericht über die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse so wie über die Thätigkeit und Beobachtungen in dem internationalen Hospital während der Belagerung der Gesandtschaften in Peking.

(Sonderabdruck aus der Deutschen med. Wochenschrift 1900. No. 50.)

Wie aus den Tagesblättern bekannt ist, hatte V. während der Belagerung der Gesandtschaften in Peking als Chefarzt ein in der englischen Gesandtschaft eingerichtetes internationales Hospital zu leiten und hat in dieser Stellung sich der ungetheilten Anerkennung aller Beteiligten zu erfreuen gehabt. Das zur Verfügung stehende Verwundetenmaterial war nicht groß, doch kamen offenbar nur die schweren Verwundungen in das Hospital, während zahlreiche leichtere Verwundungen in den einzelnen Gesandtschaften »im Revier« behandelt wurden, wie aus der beigegebenen Tabelle über die gesammten Verluste hervorgeht. Im Hospital wurden eingeliefert 166, davon tod 5, innerhalb 24 Stunden verstorben 13, nach längerer Zeit 4, an Krankheiten (Ruhr) gestorben 2, im Ganzen gestorben 24. Von den Aufgenommenen litten an Krankheiten 40, an Wunden 126; einige hatten mehrere Wunden. Von diesen waren 97 durch Gewehr-, 18 durch Artilleriegeschosse, 10 durch abgesprengte Steine, 1 durch Speer hervorgebracht.

Unter den 33 Kopfschüssen finden wir 6 Todesfälle = 18,1%, wenig über den Durchschnitt; unter den Gesichtswunden heilten mehrere mit Taubheit, Verlust des Auges oder mit Gesichtslähmungen.

Von den 13 Verwundungen der Brust und des Rückens verliefen 3 = 23% tödlich, und zwar durch Verletzung großer Gefäße. Unter den Geheilten befindet sich auch einer, welchem durch ein 12 mm-Geschoss 3 Rippen zertrümmert waren mit breiter Eröffnung der Brusthöhle: es stießen sich große Fetzen Lungengewebe ab. Von den 7 Halswunden führten 2 = 28,8% zum Tode, und zwar 1mal durch Verletzung der Halsschlagader trotz Unterbindung, 1mal durch Verletzung

der Luft- und Speiseröhre trotz Tracheotomie, beide nach 24 Stunden. Noch erheblicher war die Sterblichkeit bei den 6 Bauchwunden, nämlich 5 oder 83,3%; nur 1 Haarseilschuss durch die Bauchdecken heilte rasch; 2 perforirende Bauchschüsse mit Verletzung der Leber und 2 mit Durchlöcherung des Darmes endeten nach wenigen Stunden tödlich, von den letzteren 1 nach Bauchschnitt und Resektion des vorgefallenen Darmstückes mit Einnähen der Darmenden in die Wunde. Endlich verfiel noch 1 Mann mit Zertrümmerung des Kreuzbeines ohne Darmverletzung dem Tode durch erschöpfende Eiterung. Weniger gefährlich waren die Verletzungen der Gliedmaßen; doch starben hiervon 2 an Wundstarrkrampf am 7. und 10. Tage nach der Verwundung; und zwar handelte es sich um 1 Knöchel- und 1 Unterschenkelknochenbruch. Den Infektionsstoff sucht V. in den mit Gartenerde beschmutzten Schuhen und Beinkleidern der Verwundeten. Sonst war die Eiterung selten und gewöhnlich nicht schwer, so dass nur wenig verstümmelnde Operationen nöthig waren.

Primäre Operationen wurden 9 gemacht mit 8 Todesfällen: 3mal Luftröhrenschnitt, 1mal Kehlkopfschnitt wegen Zerstörung der vorderen Kehlkopfwand (Heilung), 1mal Bauchschnitt, 2mal Aufmeißelung des Schädels, 2mal Unterbindung der Carotis und Femoralis. Dagegen gingen sämtliche sekundäre Operationen in Heilung aus, nämlich: 4mal Aufmeißelung großer Röhrenknochen, 2mal Aufmeißelung des Schädels, 2mal Entfernung des Augapfels, 1mal Brustschnitt, 1mal Resektion des Kniegelenks. Außerdem wurden 17mal Gewehrgeschosse und deren Theile, 4mal Sprengstücke von Granaten primär entfernt, meist durch kleine Einschnitte; sie lagen unmittelbar unter der Haut. Dass so viele Geschosse stecken blieben trotz der geringen Entfernung, aus welcher fast alle Verletzungen gesetzt waren, deutet allein schon auf die Häufigkeit der Aufschläger hin, neben der zerrissenen Beschaffenheit vieler Hautwunden. Vielleicht mag auch schlechtes Pulver u. dgl. benutzt worden sein. Dass Geschosse verschieden großen Kalibers nicht erheblichere Verschiedenheiten der Wunden bedingten, erklärt sich V. mit Recht aus dem geringen Abstände. Dagegen beobachtete er in mehreren Fällen eine heftige explosive Wirkung der Mannlichergeschosse, wie er meint, weil die Chinesen die Patronen nicht einfetten, schlecht aufbewahren, auch wochenlang bei feuchtem Wetter in offenen Gürteln bei sich tragen, wodurch dann tiefe, theilweise die Manteldicke durchsetzende Rostflecke entstehen, die starke Zerreißen des Mantels und der getroffenen Gewebe herbeiführen; mit Sicherheit ließ sich nachweisen, dass diese Geschosse nicht vorher aufgeschlagen waren.

Hinsichtlich der Behandlung bemerkt V., dass bei Anlegen des ersten Verbandes Desinfektion der Umgebung der Wunde ohne Berührung derselben, aseptischer Verband und Ruhestellung erstrebt wurden; bei Durchbluten des Verbandes, meist in 24 Stunden, Verbandwechsel. Primäre Blutung durch Wundtamponade stillen zu wollen, hält Verf. nicht für zweckmäßig, weil sich hinter dem Tampon Blut und Wundflüssigkeit ansammle und zu späterer Eiterung führe; auch die Wundverklebung sei dadurch ausgeschlossen.

Zwar ist die Zahl der Beobachtungen nicht groß, aber hochinteressant durch die Art, wie sie gemacht wurden. Unter schwierigen Verhältnissen bewährt sich der Mann!
Lühe (Königsberg i/Pr.).

21) Wendel. Charakterveränderungen als Symptome und Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Stirnhirns.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Bekanntlich ist nach Ansicht der Mehrzahl der Neurologen charakteristisch für Erkrankungen des Stirnhirns eine Reihe von Charakterveränderungen; Reizbarkeit, Gewaltthätigkeit, Boshaftigkeit und Witzelsucht. In den bisher veröffentlichten Fällen handelte es sich stets um bleibende, unverbesserliche Zustände mit nachweisbarem Defekt von Stirnhirnsubstanz. W. ist nun in der Lage, zwei charakteristische Fälle der gleichen Veränderung zu geben, die nach Verletzungen auftraten, aber nur vorübergehender Natur waren. In dem 1. Falle handelte es sich um eine complicirte Fraktur des Stirnbeines; nach einigen Tagen musste die

Dura eröffnet werden, um zertrümmerter Gehirns substanz Austritt zu gewähren. Bei dem früher bescheidenen und ruhigen Mädchen traten nach Aufhören der Bewusstlosigkeit die genannten Charakterveränderungen auf und schwanden innerhalb dreier Monate allmählich. Sie wurde vollkommen heil. In dem anderen Falle war es ohne Schädelfraktur zu einem extraduralen Blutergusse gekommen, der auf den Stirnlappen drückte. 3 Tage nach Entleerung des Blutergusses kam das Sensorium wieder, allein zugleich fanden sich jene Charakterveränderungen im ausgeprägtesten Maße ein, blieben 10 Tage bestehen, um völlig wieder zu verschwinden. Sehr bemerkenswerth ist, dass beide Male die Verletzung eine rechtsseitige war, womit übereinstimmt, dass auch bei chronischen Erkrankungen fast ausschließlich bei rechtsseitigem Sitz die Charakterveränderungen vorkamen. Danach ist es gewiss kein Zufall, dass W. bei einer ganz ähnlichen linksseitigen Verletzung die Charakterveränderung nicht beobachtete. Haecckel (Stettin).

22) Kausch. Über Magenektasie bei Rückenmarksläsion.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

K. sah in 2 Fällen von schwerer Rückenmarksschädigung durch Wirbeltuberkulose — einmal Querserreißung des Rückenmarkes, das andere Mal so starke Kompression, dass die Ganglienzellen an der Hauptverrenkungsstelle völlig geschwunden waren — bei der Autopsie enorme Magendilatation. Mit völliger Bestimmtheit lässt sich eine Erklärung nicht geben, doch scheint die Magendilatation erzeugt zu sein durch ein Zusammentreffen verschiedener Momente: das Rückenmarksleiden, die chronische Verstopfung, die Leere der Därme, die beständige Rückenlage, die mangelhafte Bauchpresse, der Marasmus wirkten zusammen
Haecckel (Stettin).

23) Über Appendicitis.

(Diskussion in der med. Gesellschaft in Christiania, referirt in »Norsk Magas. for Laegevid. 1900. Mai—November.)

J. Nicolaysen und K. Thul publiciren das Resultat von einer Statistik, die sie mit der Hilfe der Kollegen H. J. Thiel und R. Klem gesammelt haben. Das Material des Diakonissen-Krankenhauses ist ihnen von dem Oberarzt Dr. Vetlesen überlassen. — Die meisten Pat. gehören der privaten Klientel zu. — Die Statistik umfasst 202 Fälle; davon waren 81 Männer und 121 Weiber, was bemerkenswerth ist, da die meisten veröffentlichten Statistiken das Gegentheil aufweisen. Die Mortalität betrug 12 Fälle von 202 = 5,9%. Recidive traten in 60% auf. Das erste Recidiv kam im ersten Jahre in 75%, in den zwei ersten Jahren in 87%, was gegenüber den Lebensversicherungsgesellschaften sehr wichtig zu konstatiren ist. Nach zwei Jahren ist also die Gefahr gegenüber Recidiven bedeutend reducirt.

N. hat die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Appendicitis und einige Verhältnisse bei der Spontanheilung untersucht und kommt zu folgendem Resultate: Man ist berechtigt anzunehmen, dass die Entzündung von Bakterien hervorgerufen wird. — Die Operationsbefunde haben außerdem gezeigt, dass der Anfall im größeren Theil der Fälle auf Perforationen oder tiefen Ulcerationen mit umschriebenen peritonealen Abscessen beruht. Trotzdem zeigt diese Statistik eine relativ günstige Mortalität — nämlich 6%.

Sowohl die Statistik als die Funde bei Operationen im freien Intervall deuten dahin, dass eine Spontanheilung selbst sehr vorgeschrittener Destruktionen nach Appendicitis eintritt, und die untersuchten Fälle führen zu der Auffassung, dass der Heilungsprocess mit dem Absterben der Mikroben seinen Anfang nimmt, und dass danach die Ulcerationen durch Narbenbildung heilen und die anwesenden Abscesse resorbirt werden.

Mit Rücksicht auf Operation findet T. diese in jedem Falle von chronischer Appendicitis indieirt. Bei akuten Anfällen mit freien Intervallen ist zur Operation zu rathen, wenn Pat. in seiner Thätigkeit zu viel gehemmt wird, ängstlich ist, und besonders, wenn die Anfälle an Häufigkeit und Intensität zunehmen. Werden diese

dagegen seltener und gelinder, findet keine Druckempfindlichkeit in den freien Intervallen statt, so kann man sich exspektativ verhalten.

O. Semb referirt zwei Fälle von Appendicitis während Schwangerschaft und Geburt.

1) Schwangerschaft im 6. Monate; früher keine Appendicitis. Ein perityphlitischer Abscess wurde eröffnet; an demselben Tage Abort, am folgenden Tod. Von einem appendicitischen Abscess hatte sich die Infektion durch die rechte Tube zum Uterus fortgepflanzt und hier eine diphtheroide Endometritis rings um die Einmündungsstelle der rechten Tube hervorgerufen.

2) Schwangerschaft vom November 1899. Im Anfang des Decembers eine Appendicitis, welche chronisch wurde. Den 20. Februar 1900 Laparotomie: der Wurmfortsatz war im kleinen Becken verwachsen, das große Netz mit Colon ascendens und Coecum zusammengewachsen; zwischen den Verwachsungen mehrere kleine Eiterherde. Nach der Operation zunehmender Marasmus. 24. März Abortus; 25. März Tod. — Bei der Sektion findet man eine chronische Peritonitis mit Verwachsungen der Organe im Bauch und kleinen Becken und viele kleine Eiterherde zwischen den Verwachsungen. Doppelseitige eitrige Salpingitis. Auch im rechten Eierstock einige Eiterherde. S. meint, dass Schwangerschaft nicht zur Appendicitis disponirt, während der Schwangerschaft aber chronische oder latente Appendicitis vielleicht mehr zu Exacerbation neigt. — Die Schwangerschaft kann außerdem die Gefahr der Appendicitis vergrößern, wenn Verwachsungen zwischen Wurmfortsatz und dem schwangern Uterus oder Adnexen eintreten. Bei der Geburt können schützende Verwachsungen oder ein mit den inneren Geschlechtstheilen verwachsener Wurmfortsatz zerrissen werden. Die Infektion kann sich ferner von dem appendicitischen Abscess zum Uterus verpflanzen. Abortus ist häufig bei schweren Fällen von Appendicitis, selten bei den katarrhalischen Formen. Eine genügend große Statistik fehlt aber noch. Operation ist nach S.'s Anschauung nicht in allen Fällen nothwendig, nur wenn Recidive vorliegen, und in den schwereren akuten Fällen anzurathen.

Malthe operirt in dem freien Intervall nach folgenden Indikationen:

- 1) Nach häufigen, gelinden oder schweren Anfällen.
- 2) Nach einem oder mehreren Anfällen mit nachfolgenden, chronischen Beschwerden: Schmerzen, Dyspepsien etc.
- 3) Nach erstem Anfall, wenn dieser außerordentlich schwer oder lebensgefährlich gewesen ist, oder nach einem leichten Anfall, wenn er Arbeitsleute oder Leute mit körperlich anstrengenden Geschäften betrifft.

Er hat ca. 90 Fälle ohne Todesfall operirt. Seine Erfahrung bei akuter Appendicitis ist gering, da die meisten Fälle in Norwegen mit Narkoticis behandelt werden. Nach Broca beträgt bei Eingriffen im Verlaufe der ersten 24—48 Stunden die Mortalität 10%. Wenn die von Nicolaysen und Thul gebrachte Statistik mit nur 6% Mortalität ohne operativen Eingriff auch bei größerem statistischem Material Stich hält, reservirt M. sich gegenüber Eingriffen bei akuter Appendicitis.

Laache referirt über eine Hospitalstatistik von 130 Fällen, 58 Männer und 72 Weiber, wovon 58% in dem Alter von 20—30 Jahren, nur 12% in 30—40 und 3,8% in 40—50. Mortalität 10%. Recidive in 11%. Verstopfung ist in 15—20% vorausgegangen, Diarrhöe in 20%. — L. referirt über 3 Fälle, worin der Wurmfortsatz nur ganz wenig angegriffen war; im Ileum resp. Jejunum und Coecum dagegen waren Geschwüre und Perforationen gefunden worden. Lennander hat konstatiert, dass der Wurmfortsatz auch fehlen kann — selbst bei ausgeprägtem Appendicitisanfall. Oftmals handelt es sich um eine Enteritis follicularis, bei der auch der Wurmfortsatz angegriffen ist. — L. möchte gern den alten Namen Perityphlitis beibehalten, als mehr umfassend; auch Küster's Bezeichnung Epityphlitis ist besser als Appendicitis.

Die Therapie der akuten Appendicitis ist Opium, absolute Diät und Antiphlogose (Eisblase, Blutegel). Nur bei Abscessbildung ist chirurgischer Eingriff nothwendig, und auch die chronische Appendicitis gehört der Chirurgie zu. Eine

durchgeführte, nicht zu kurz dauernde Behandlung des ersten Anfalles ist von großer Bedeutung, indem dadurch oft Recidive verhindert werden.

Gjertsen empfiehlt vorsichtige Massage nach überstandenem Anfall, auch nach Resectio appendicis, indem ein atonischer Zustand des Dickdarmes mit Verstopfung und Meteorismus oft zurückbleibt.

H. J. Vetlesen glaubt, auf 20jährige Erfahrung gestützt, dass die angegebene Mortalität (6%) richtig ist. Er empfiehlt große Opiumdosen bei akutem Anfall, 20—30 Tropfen bis dreimal täglich.

Jervell hat 97 Fälle von Appendicitis in dem freien Intervall, 15 Fälle während des Anfalles operirt. Von den 97 sind zwei gestorben, von den 15 drei nach dem Eingriffe. Oft entwickelt sich chronische Appendicitis, ohne dass ein akuter Anfall vorausgegangen ist, und die Symptomatologie kann der einer Dyspepsie ganz ähnlich sein. Im Allgemeinen findet man Druckschmerz an McBurney's Punkt, und oft lässt der verdickte Wurmfortsatz sich als ein bleistiftdicker Strang tasten; eben so ist auch lokaler Meteorismus durch den Perkussionschall zu konstatiren. Das anatomische Substrat ist häufig eine Striktur mit Retention. — L. operirt im freien Intervall nur bei chronischer Appendicitis, wenn er zwischen den akuten Anfällen Zeichen eines chronischen Irritationszustandes der Appendix konstatirt. Bei einem akuten Anfall kann nämlich die Appendix ganz obliteriren und schrumpfen und niemals später Anlass zu Retention geben; dann ist ein operativer Eingriff nicht nothwendig. Rechtseitige Ureteritis und incarcerirter Nierenstein werden mit Appendicitis nicht ganz selten verwechselt. J. hat einen Pat. nach der Operation an akutem Magenverschluss verloren; 3 Tage hindurch hatte er an unablässigem Erbrechen gelitten. Bei der Sektion wurde eine enorme Dilatation des Magens und Collaps der Gedärme gefunden. Diese Erscheinung nach Bauchoperationen ist von J. Berg und Malthe früher beschrieben. Während der akuten Anfälle sind 10 bei Abscessbildung operirt, 1 bei akuter Perforation der Appendix, 2 bei Ileus, von Appendicitis hervorgerufen, 2 bei diffuser Peritonitis; nur die 2 letzten starben.

Brandt hat 2 Fälle von Appendicitis, mit Cholelithiasis verbunden, operirt. Bei 3 Pat. hat eine schwere Dysmenorrhoe nach einer Appendektomie aufgehört, was bemerkenswerth ist, da keine Adhärenzen mit den inneren Geschlechtstheilen gefunden waren.

Roll referirt die von einem internen Arst (Dr. Wolff, New Yorker med. Monatschrift, 1899 Juli) aufgestellten Indikationen für operativen Eingriff bei akuter Appendicitis, die er zu den seinen macht. »Ist der Puls 120 und hält so an, soll man augenblicklich operiren; eben so, wenn Frostanfall auftritt, dann ohne Rücksicht auf die Beschaffenheit des Pulses; weiter bei recidivirender Appendicitis, und wenn ein perityphlitischer Abscess konstatirt ist.«

Nach frühzeitiger Operation im Anfang der Krankheit erhält Pat. eine normale Bauchwand, seltener, wenn die Operation später in dem akuten Stadium nothwendig ist, indem oft Tamponade hier die Primärheilung verhindert. Der operative Eingriff gleich nach dem Anfange des akuten Anfalles giebt eine gute Prognose, später im Verlaufe der Krankheit, besonders bei schweren Symptomen, ist die Gefahr der Operation größer, doch wohl nicht größer als die bei interner Behandlung. Die Operationsprognose bei recidivirender Appendicitis ist dieselbe wie bei akuter. Ein Abscess muss sogleich geöffnet werden. Die perforative Peritonitis muss so schnell wie möglich operirt werden. Die operative Behandlung bei chronischer Appendicitis und im freien Intervall giebt in der Regel eine gute Prognose.

J. Nicolaysen. Bei Operation der akuten Appendicitis ist in vielen Fällen die Exstirpation des Wurmfortsatzes unmöglich, womit dann Recidive späterhin nicht ausgeschlossen werden. Oft folgen Bauchbrüche. Die von Thul und N. gesammelte Statistik weist auch dahin, dass chirurgische Behandlung in dem akuten Stadium nur ganz ausnahmsweise nothwendig ist.

Jervell hält die von Deaver und Morris bei akuter Appendicitis ordinirten Abführmittel für schädlich: Schmerzen und Erbrechen werden dadurch vergrößert. Er braucht große Opiumdosen im Anfang des Anfalles. Er operirt eine akute Appendicitis nur, wenn die innere Behandlung keine Besserung verschafft und wenn eine Eiteransammlung vorliegt, wo das Expektoriren gefährlich wird. Bei diagnosticirter, akuter Perforation operirt er so schnell wie möglich.

Nicolaysen schließt sich der Richtung an, die den operativen Eingriff der akuten Appendicitis so früh wie möglich anrät; nur bei zu spät ausgeführter Operation ist die Prognose schlecht. Die Opiumwirkung täuscht oft sowohl Arzt als Pat.

H. J. Vetlesen versteht nicht, welche Täuschung Opium bewirken soll. Euphorie lässt sich doch leicht von Pseudo-euphorie trennen. Maßgebend ist die Beschaffenheit des Pulses, die Respiration, die Gesichtsfarbe, der Ausdruck des Gesichts, die Beschaffenheit des Unterleibes.

P. F. Holst referirt eine Hospitalstatistik (med. Abtheilung B des Reichshospitals) von 117 Appendicitisfällen, 54 Männer und 63 Weiber. 25 Fälle sind operirt worden. Mortalität für alle Fälle 9,4%. Im Ganzen ist die Opiumtherapie hier durchgeführt.

75% sind Fälle des ersten Anfalles, 25% Recidive; danach ist der erste Anfall in der Regel der schwerste. Viele von den tödlich endenden Fällen sind im Beginn der Krankheit nicht mit Opium behandelt worden; das ist im Anfang des Anfalles das souveräne Mittel.

Malthe referirt über 9 Statistiken des Auslandes, wovon die von Kümmell (Chirurgenkongress Berlin 1899) mit 3,7% Mortalität die beste ist; diese Fälle sind nur intern behandelt.

Außer dem unmittelbaren Mortalitätsverhältnis bei der Operation der akuten Appendicitis riskirt man Fisteln, Hernien nach Tamponade, zurückgelassene Appendices, wodurch recidivirende Appendicitis drohen kann.

Mit Rücksicht auf Operation bei der diffusen supp. Peritonitis appendic. referirt er über 9 Statistiken. Die ausgezeichneten Erfolge dieser Operationen verlieren aber sehr viel an Werth, wenn man die Fälle in den Originaljournalen nachgeht. Es zeigt sich dann, dass mehrere von diesen geheilten Fällen gar nicht diffuse supp. Peritonitiden gewesen sind, sondern Abscesse mit serösen Peritonitiden, und dass sich auch progrediente supp. Peritonitis in diesen Zahlen mitgerechnet finden. Eine ganze Reihe Fälle sind ausgeschieden als ungünstig für die Operation, und das sind eben solche Fälle, bei welchen norwegische Chirurgen gewöhnlich die Gelegenheit haben werden, eine Operation anzurathen oder zu verweigern: solche Fälle, die Sonnenburg und v. Mikulicz-Tietze in ihren Statistiken mit resp. 9 Operirte—9 Tödt und 3 Operirte—3 Tödt aufführen. Ist die Peritonitis diffus und eitrig, dann stellt sich die Mortalität viel schlechter, selbst wenn man seine Fälle unter den besten wählt und die schwersten nicht operirt. Alle diffus eitrigen Fälle, die M. operirt hat, sind gestorben, während auch einige Fälle, die er als unoperativ zurückwies, geheilt sind nach Entleerung später lokalisirter Abscesse. Korte giebt an, 7 akut diffuse supp. Appendixperitonitiden konservativ behandelt zu haben, von denen 4 geheilt sind.

M. ist demnach mit Kümmell geneigt zu glauben, dass eine wirklich diffuse supp. Peritonitis nicht ohne Operation geheilt werden kann; dass aber die Diagnose ohne Laparotomie schwer zu stellen ist, das beweisen hinreichend die Irrthümer, die theils die Laparotomie enthüllt, theils Abwarten wahrscheinlich macht; das Krankheitsbild kann an einem Tage anscheinend hoffnungslos und am nächsten günstig aussehen.

Schließlich glaubt M., dass, falls die Ärzte auf dem Lande und in kleinen Städten sich verpflichtet fühlen, akute Appendiciten zu operiren, die Operationen ganz gewiss schlechtere Erfolge geben würden als konservative Behandlung.

J. Wislöff (Christiania).

24) Stuckert (Karlsruhe). Ein Beitrag zu den Schussverletzungen der Leber.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Hft. 5.)

Es wird eine Platspatronen-Schussverletzung aus nächster Nähe beschrieben, welche in der rechten Achsellinie in Höhe der 7. bis 8. Rippe begann und Pulverschleim, Kleider- und Muskelfetzen enthielt, wobei die Haut in größerer Ausdehnung abgelöst war, offenbar durch die Wirkung der miteindringenden Pulvergase. Nach Spaltung der Höhlen zum Zweck der Entfernung der Fremdkörper und Blutgerinnsel erwies sich die 7. Rippe zertrümmert, von welcher ein 5 cm langes Stück reseziert wurde. Pleura und Zwerchfell waren durchbohrt; um mehr Platz zu gewinnen, musste noch aus der 8. Rippe ein Stück reseziert werden, worauf die Leber auf der Oberfläche sternförmige Risse von ca. 6 cm Länge zeigte, in deren Mitte ein Loch von 5 Pfennigstückgröße, aus dem eine Blutwelle hervorquoll. Diese Schussröhre war fingerlang und mit Pulverschleim, Geschosstrümmern und Blutgerinnseln angefüllt, die thunlichst entfernt wurden. Jodoformgasetampon in die Leberwunde und in die Pleurahöhle. Es trat Fieber und Eiterung ein, Entleerung von Darmgasen durch die Wunde und von Blut mit Lebergewebssetzen durch den After mit dünnen Stühlen. Allmähliche Heilung, Schluss der Leber- und Hautwunde in etwa 2 Monaten vollendet. Es dürfte der Querdarm verletzt gewesen, aber rasche Verwachsungen dieses mit der Leberwunde eingetreten sein, welche einerseits offene Verbindung des Darmes mit der Wunde herstellten, andererseits die Bauchhöhle vor Infektion bewahrten. Die Leberwunde konnte erst nach breiter Eröffnung festgestellt werden, wogegen sich die Eröffnung der Pleura durch das Austreten von Luftblasen aus der Hautwunde gleich nach der Verletzung verrieth. Während des ganzen Verlaufes fehlten alle Zeichen von Lungenverletzung. Die recht erhebliche Blutung aus der Leber schien nur parenchymatös zu sein; sie stand alsbald nach der Tamponade. Lülke (Königsberg i/Pr.).

25) Kirschner (Mühlheim). Zur traumatischen Entstehung der Knochentuberkulose der Gliedmaßen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Hft. 5.)

Verf. hat einen Fall von Tuberkulose des Grundgelenkes der 3. Zehe bei einem sonst kräftigen jungen Manne beobachtet, welcher gerade über dem erkrankten Gelenke auf dem Fußrücken eine unscheinbare 1 cm lange Hautnarbe hatte. Diese Narbe rührte von einer kleinen Verletzung durch einen Kupferspan in der Fabrik her, an welche sich eine »Blutvergiftung« angeschlossen hatte; und zwar hatte dies sich etwa 3 Jahre vor der ersten Erkrankung des Mannes ereignet. Auffallend war nun, dass diese erste Erkrankung unter Ruhe und Wasserumschlägen rasch vorüberging, und dass der Mann den gewöhnlichen Fußdienst noch ein Vierteljahr lang mitmachte, ehe er sich abermals krank meldete, und nun bei der Operation sich bereits Zerstörung der Gelenkkapsel und beider Epiphysen vorfand. Obgleich Tuberkelbacillen im Eiter nicht gefunden werden konnten, ist K. doch über die tuberkulöse Natur der Erkrankung nicht im Zweifel und glaubt in der vorhergegangenen kleinen Hautverwundung die Eingangspforte für die Tuberkelbacillen suchen zu müssen. Diese Keime sollen damals in das Gelenk eingewandert und dann später unter dem schwächenden Einflusse einer noch durchgemachten Grippeerkrankung durch die anstrengenden Marschleistungen zur Entwicklung entfacht worden sein. Nur selten gelingt es, bei Gelenk- und Knochentuberkulose die Einwanderungspforte der Keime nachzuweisen; die hier versuchte ätiologische Schlussreihe scheint plausibel. Lülke (Königsberg i/Pr.).

26) Halbandoff und Solowoff. Zur Symptomatologie der Arthropathien bei Syringomyelie.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem 23jährigen Manne, welcher an Erscheinungen der Syringomyelie litt, trat nach einem Hufschlage gegen das rechte Ellbogengelenk eine enorme,

langsam zunehmende Schwellung auf. Die Röntgenphotographie ergab sehr ausgedehnte Knochenneubildungen, besonders auf der Beugeseite des Gelenkes. Das Gelenk perforirt, blutig-seröse, sterile Flüssigkeit wird abgesondert. Auch im linken Ellbogen und rechten Schultergelenke traten Veränderungen auf. Bei Schluss der Beobachtung besteht am rechten Ellbogen noch eine Fistel. 2 Skia-gramme und eine photographische Abbildung des rechten Ellbogens sind der Arbeit beigegeben.

Haeckel (Stettin).

27) Schloffer. Schussverletzung des Thorax. Ischämische Lähmung des rechten Vorderarmes.

(Aus der Sitzung vom 23. November 1900 des Vereins Deutscher Ärzte in Prag.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 1.)

18jähriger Mann schoss sich mit einem 7 mm-Revolver in die Herzgegend. Die Einschussöffnung befand sich in der Mitte des Sternums in der Höhe der 5. Rippe, Ausschuss war nicht zu finden; eben so wenig konnte das Projektil unter der Haut getastet werden. Rechter Radialpuls gar nicht, der linke kaum zu fühlen, Herzbefund normal. Am Tage nach der Verletzung ist der linke Radialpuls kräftig, der rechte noch immer nicht zu fühlen. Bewegungen im rechten Ellbogengelenk wurden ausgeführt, dagegen konnten Hand- und Fingergelenke nicht bewegt werden bis auf eine geringe Dorsalflexion der Hand. Muskulatur des rechten Vorderarmes war angeschwollen, hart und stark druckschmerzhaft. Leichte Cyanose der Haut von Hand und Vorderarm. Jeder Versuch, die Finger passiv zu bewegen, löste heftige Schmerzen im Oberarme aus. Sensibilität am Oberarme normal, im Vorderarme und Hand im Gebiete aller 3 Nerven herabgesetzt. In der Tiefe der rechten Achselhöhle fand sich nun in der Gegend der Arteria axillaris eine harte Resistenz, die für das Geschoss angesprochen wurde. Röntgenuntersuchung bestätigte später diese Annahme.

Motilität wurde ein wenig gebessert, Sensibilität kehrte am Vorderarme zur normalen zurück, blieb an der Hand und besonders den Fingern noch stark herabgesetzt.

Das Geschoss hat zweifellos die Unwegsamkeit der Arteria axillaris bewirkt. Ausgeschlossen ist wohl eine einfache Kompression der Arterie von außen; dagegen wird eine geringgradige Verletzung der Gefäßwand zur Thrombose der Arterie geführt haben, ohne dass es zur Perforation und zu einer Blutung gekommen wäre.

Zur Extraktion des Projektils lag keine Indikation vor.

In der Diskussion weist Pick auf die Seltenheit des Bestehenbleibens der Sensibilitätsstörung bei der ischämischen Lähmung hin.

Hübener (Dresden).

28) Hartwell. Cystic tumor of median nerve; operation; restoration of function.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 24.)

Haselnussgroße Geschwulst am rechten Vorderarm, an der Innenseite des Biceps. Beschränkung der Beweglichkeit des Vorderarmes, Verlust des Schmerz- und Berührungsempfindens im Bereich des Medianus. Die Geschwulst war eine Cyste mit wasserklarem schleimigem Inhalt, der die Nervenfasern beiseite drängte. Mikroskopisch fanden sich an ausgeschnittenen Nervenfasern Kernvermehrung und Wucherung der Scheide, theilweiser Schwund des Myelins. Fast völlige Herstellung der Funktion, kein Recidiv nach 8 Monaten. Trapp (Bübeckburg).

29) Wiessner. Ein Fall von doppelseitiger Luxatio manus dorsalis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 20.)

14jähriger Gymnasiast war beim halben Riesenschwunge vom Reck abgeglitten und auf die ausgestreckten Hände gefallen. Beide Hände erschienen bajonettartig gegen den Vorderarm abgeknickt. Bei der Palpation war die gegen die Vola manus vorspringende Gelenkfläche des unteren Radiusendes deutlich abzu-

tasten. Proc. styloideus stand unter dem Os naviculare, Beugesehne stark gespannt, Finger in Beugstellung. Reposition ohne Narkose durch Zug und Gegenzug und direkten Druck auf den Carpuskopf. **Borchard** (Posen).

30) **Schloffer**. Traumatische Sehnenverdickungen durch Operation geheilt.

(Aus der Sitzung vom 23. November 1900 des Vereins deutscher Ärzte in Prag.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 1.)

Bei einem 25jährigen Pat. traten im Anschlusse an ein Trauma zunehmende Schmerzen an der radialen Seite des Handgelenkes und im Daumen auf, die oft bis in den Oberarm ausstrahlten, namentlich bei stärkerer Beugung des Daumens. Über eine bestimmte mittlere Flexionsstellung hinaus konnte derselbe wegen der hochgradigen Schmerzhaftigkeit nicht gebeugt werden. Nach völliger Erfolglosigkeit aller Therapie legte S. ein Jahr nach der Verletzung die Stelle der größten Schmerzhaftigkeit frei, d. h. jene Stelle, an der die Sehnen des Abductor pollicis longus und des Extensor pollicis brevis durch ihren gemeinsamen Leitkanal am Proc. styloideus radii hinduretraten. Es ergab sich, dass etwas oberhalb des Kanales beide Sehnen spindelförmig verdickt waren, so dass sie bei stärkerer Flexion sich im Eingange zum Leitkanale feststemmten.

S. beseitigte diese Verdickungen dadurch, dass er aus denselben eine elliptische Partie in der Mitte herauschnitt, so dass nach Aneinanderlegung der Wundflächen die normale Dicke der Sehnen wieder erreicht war. Einige feine Seidennähte fixirten die Wundflächen an einander. Der Pat. konnte noch während der Operation (lokale Anästhesie) die Beugung des Daumens in normalem Umfange ausführen.

Die Untersuchung der excidirten Stückchen ergab normales Sehngewebe mit streifenförmig eingelagerten Partien stärkerer Rundzelleninfiltration.

Hübener (Dresden).

31) **Péraire** (Paris). De la guérison définitive des maux perforants plantaires par la méthode de Chipault.

(Travaux de neurologie chirurgicale 1901. No. 1.)

P. hat bei einem 56jährigen Manne mit chronischem Rheumatismus ein aller Behandlung trotzendes Mal perforant durch Dehnung des N. plantaris internus geheilt; nach 2 $\frac{1}{2}$ Jahren noch kein Recidiv. Der N. plantaris externus wurde mit Erfolg gedehnt bei einem unter dem Grundgelenke der 4. Zehe eines 22jährigen Mädchens sitzenden Ulcus perforans; auch hier reicht die Beobachtungsdauer über 2 Jahre. P. operirt unter Cocainanästhesie.

P. Stolper (Breslau).

32) **Navarro** (Montevideo). Deux cas de mal perforant traités par la méthode de Chipault.

(Travaux de neurologie chirurgicale 1901. No. 1.)

Ein 38jähriger Alkoholiker und ein 53jähriger Diabetiker wurden von ihrem Mal perforant am Fuße in 12 bzw. 19 Tagen durch die Dehnung der Nn. tibiales befreit. N. macht auf eigenthümliche nervöse Störungen nach der Operation aufmerksam, die indes das Heilresultat nicht beeinträchtigen; er sah im Bereiche des gedehnten Nerven nach einigen Monaten an Stelle der Anästhesie eine leichte Hyperästhesie und eine echte Hypertrophie des Fußes treten. Auch eine in beiden Fällen beobachtete Bewegungsstörung in den Metatarsophalangealgelenken kam den Pat. beim Gehen nicht zum Bewusstsein. **P. Stolper** (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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 40.

Sonnabend, den 5. Oktober.

1901.

Inhalt: O. Witzel, Ein operatives Verfahren zur Behandlung der Luxatio congenita
coxae. Heteroplastik des Limbus. (Original-Mittheilung.)

1) Török, 2) Kopytowski, 3) Gunsett, 4) Grouven, 5) Riecke, 6) Schoonheid, 7) Sel-
lel, 8) Feudt, 9) Unna, 10) Plaut, 11) Leistikow, 12) Unna, Dermatologisches. — 13) Hodara,
Gonorrhoe. — 14) Kausch, Sehnenreflexe bei Rückenmarksdurchtrennung. — 15) Neumann,
Kretinismus. — 16) Lenz, Schilddrüsenleber. — 17) Lohnstein, Harnröhrenstrikturen.
— 18) Clechanowski, 19) Freudenberg, 20) Schlagintweit, Prostatahypertrophie. —
21) Kukula, Blasennaht. — 22) Trekaki, Wanderniere. — 23) D'Urso, Hydronephrose.
— 24) Cuneo, Lymphbahnen des Hodens. — 25) Ohl, Hydrocele. — 26) Chute und
O'Neill, Erkrankung der Samenblase. — 27) Baudet und Duval, Exstirpation von Ductus
deferens und Samenblase.
28) Du Castel, 29) Zarubin, 30) Lublinski, 31) Bettmann, 32) Respighi, 33) Beck,
34) Philippsohn, 35) Pezzoli, 36) Wolfers, 37) Delbanco, 38) Graul, Dermatologisches.
— 39) Achwiedlanl, Noma. — 40) Vajda, Urethro-Kalibro-Dynamometer. — 41) Löw,
Doppelharnröhre. — 42) Heuss, Lichen planus der Harnröhrenschleimhaut. — 43) Chol-
zow, Harnröhrenstriktur. — 44) Tschlenoff, Tuberkulöses Geschwür am Penis. — 45) Mi-
challow, Harninkontinenz. — 46) Violet, Prostataktomie. — 47) Graubner, Blasenpalte.
— 48) Bayerl, Blasenanschuss. — 49) Gerson, 50) Davrinche, Blasenstein. — 51) Rasu-
mowski, Blasengeschwür. — 52) Zuckerkandl, Resektion der Blase. — 53) Hogge, Ex-
stirpation der Blase und Geschlechtsorgane. — 54) Alexandrow, Zur Harnleiterchirurgie.
— 55) Thumlin, Nephrektomie. — 56) Mohr, Polycystische Niere.

Ein operatives Verfahren zur Behandlung der Luxatio congenita coxae. Heteroplastik des Limbus.

Von

Prof. Oscar Witzel in Bonn.

In einem der Fälle von angeborener Hüftgelenksverrenkung, die
ich zur Zeit behandle, ließen gleich die ersten Versuche die unblutige
Reposition, wegen Mangels eines jeden Haltes, als auf die Dauer
völlig aussichtslos erscheinen. Ich beschritt deshalb (am 6. August)
zum ersten Male den folgenden, eben so einfachen, als meines Er-
achtens sicheren, Weg einer operativen Abhilfe.

Das 4 Jahre alte Kind mit linksseitiger Luxation wurde, mit
kräftiger Anziehung des Beines bis zu gleicher Länge der Extremi-

täten, in Narkose eingegipst; der in den Verband ganz einbezogene Fuß steht in Mittelstellung, die Spitze nach vorn. Nachdem wir uns durch einige Tage überzeugt hatten, dass der Verband bequem lag, wurde durch Anbringung eines Fensters in demselben die Hüftgelenksgegend freigelegt. Nach fester Unterstopfung der Umrandung des Fensters mit steriler Watte wurde die bloßgelegte Haut sorgfältig aseptisch hergerichtet und noch mit Jodtinktur bepinselt, um auch etwaige Keime in der Tiefe der Hauteinsenkungen unschädlich zu machen. In eine große, sterilisirte Kompresse, welche das ganze Kind deckte, wurde ein kleiner Schlitz geschnitten, dessen Ränder an der Haut, nahe der Fensterumrandung, mit Klauenschiebern festgehalten wurden. Quer über die Spitze des Trochanters, in der Ausdehnung von 8 cm, wurde eine Incision bis auf die Fascie geführt, der obere Rand des Schnittes wurde stark nach oben verzogen und nun im Halbkreis, ca. 2 cm von dem Trochanter entfernt, die Dicke der Weichtheile, welche die Gegend oberhalb der Pfanne deckte, mit einer eingestochenen Nadel auf durchschnittlich 3 cm festgestellt. Nun wurden in jenem Halbkreise nach hinten und oben von dem gut durchfühlbaren, fest am Becken anliegenden Kopfe 5 vergoldete Nägel so neben einander eingeschlagen, dass sie, in einer Pallisadenreihe stehend und mit

Fig. 1.

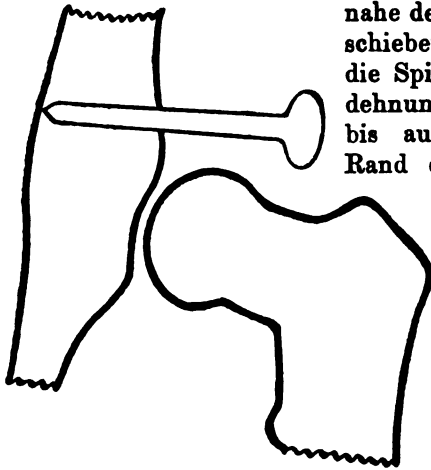
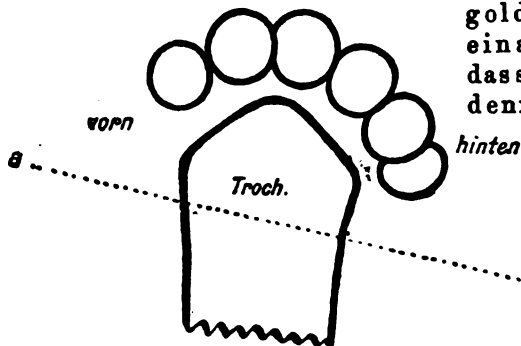


Fig. 2.



den abgerundeten Köpfen einen geschlossenen Ring bildend, jedes Ausweichen des Femur in dieser Richtung unmöglich machten. Da bekanntlich bei der

Luxatio congenita die betreffende Beckenwandpartie abnorm dick zu sein pflegt, trug ich kein Bedenken, die 3 mm dicken, ca. 4 cm langen, mit abgestumpfter Spitze versehenen Nägel 2 cm tief einzutreiben, den letzten hinteren etwas in schräger Richtung nach vorn, dicht neben seinem Nachbar, um eine Verletzung des Nervus ischia-

dicus zu vermeiden. Die Schläge wurden zuletzt unter Zwischenschaltung eines Hilfsinstrumentes, eines kurzen, dicken, an seiner Spitze für die Aufnahme des Nagelkopfes stumpf ausgehöhlten Stabes ausgeführt, um eine Quetschung der Muskeln durch den Schlag des Hammers zu vermeiden. Die Gesamtheit der Nägel bildet eine feste, unverrückbare Barriere, mit welcher man das ganze Becken verschieben kann, wie die Kontrolle an der bloßliegenden Spina anterior ergibt; sie kommt beim Nachlassen des Zuges am oberen Wundrande außerhalb des Bereiches der Nahtlinie, die dicht mit feinstem Silberdraht angelegt wird. Es folgt ein Kollodiumgazeverband, über den eine weitere Lage sterilisirter Gaze geklebt wird.

Das Verhalten des Kindes ist seit der Operation von dem eines nach unblutiger Reposition eingegipsten Kindes nicht verschieden. Die Nägel bleiben liegen und sollen, wie ich für die chirurgischen Kollegen nicht hinzuzufügen brauche, nicht nur rein mechanisch die Relaxation verhindern, sondern auch, nach bekannter Erfahrung, die Bildung eines knöchernen Limbus anregen.

Über den Verlauf dieses Falles, so wie der anderen, die unmittelbar gefolgt sind und folgen werden, wird unter Vorstellung der Kranken berichtet werden. Auch dem Gleiten des oberen Femurendes nach Resectio coxae werden wir in entsprechender Art und Weise eine Schranke setzen.

1) **L. Török.** Über das Wesen der sog. Angioneurosen der Haut, insbesondere über das Wesen der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Urticaria, des Erythema multiforme und des Erythema nodosum.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIII. Hft. 2 u. 3.)

Der Begriff der Angioneurosen ist bisher meist mit großer Bestimmtheit, aber mit sehr geringen thatsächlichen Unterlagen für eine Anzahl von Hauterkrankungen verwendet worden. Wie Philippsohn und wie der Ref., so kämpft auch T. gegen diesen Begriff; er geht wie der Erstere so weit, auch die Urticaria zu den entzündlichen Dermatosen zu zählen und berichtet über Untersuchungen, die speciell die Unna'sche Lehre vom Venenspasmus zu widerlegen geeignet sind, und über weitere Untersuchungen, welche durch Feststellung des Eiweißgehaltes des Exsudats bei Urticaria nachweisen sollen, dass dieses selbst mehr Eiweiß enthalten kann, als manches als entzündlich angesehenen. Dass das Erythema exsudativum und nodosum histologisch typische Entzündungen sind, hat auch T. in Übereinstimmung mit den oben Genannten bestätigt. (So sehr ich die letztere Anschauung und die, dass viele als Angioneurosen bezeichnete Arzneiexantheme entzündlich sind, für erwiesen

halte, so wenig scheint mir das bis jetzt für die Urticaria wirklich mit Sicherheit bewiesen.) Jadassohn (Bern).

2) **W. Kopytowski.** Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 1.)

Auf Grund sehr eingehender Untersuchungen kommt K. bezüglich der bisher noch wenig studirten histologischen Veränderungen beim Zoster zu der Anschauung, dass die von Unna als »retikulirend« bezeichnete nichts anderes als eine hochgradige hydropische Degeneration, die von dem genannten Autor »ballonirende« genannte Veränderung nichts anderes als eine Coagulationsnekrose sei; beide Veränderungen finden sich auch bei anderen Hautprocessen; die protozoenähnlichen Bilder kommen durch Epitheldegeneration zu Stande. Auch K. glaubt an einen infektiösen Ursprung des Zoster — etwas Näheres über die Art der Entstehung dieser Krankheit haben seine rein histologischen, durch gute Tafeln illustrierten Untersuchungen nicht ergeben. In einigen Fällen gefundene Bakterien haben keine Bedeutung. Jadassohn (Bern).

3) **Gunsett.** Impetigo herpetiformis beim Manne.

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

Auf Grund von litterarischen Studien und Beobachtungen eines Falles beim Manne entwickelt Verf. ein Bild dieser sehr seltenen Hautkrankheit; von 28 bisher publicirten Fällen betrafen 19 Schwangere oder Wöchnerinnen, 8 Männer, 1 eine nicht schwangere Frau. Dafür, dass die Krankheit auch bei Männern und bei Frauen außerhalb der Gravidität vorkommt, tritt G. mit Bestimmtheit ein. Speciell hält er das Auftreten der Schübe unter Schüttelfrost, remittirendem Fieberverlauf, schlechtem Allgemeinzustand für sehr wichtig für die Diagnose (in Bezug auf diese Momente aber muss ich sagen, dass ich eine als typische purulente »Acrodermatitis« beginnende Erkrankung mit ganz denselben Symptomen gesehen habe, so dass die Differenzirung, welche G. gegenüber diesen Formen vornehmen will, mir sehr schwierig erscheint). Die Prognose ist nicht mehr so absolut ungünstig, wie sie früher erschien — die Mortalität beträgt 52,7%. Jadassohn (Bern).

4) **C. Grouven.** Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als: Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, Pemphigus vegetans und Dermatitis herpetiformis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LV. Hft. 1 u. 2.)

G. giebt auf Grund eingehender litterarischer Studien und des reichen Materials der Bonner Klinik eine Art monographischer Darstellung des Pemphigus, aus der hier nur das wichtigste hervor-

gehoben werden kann: Nur der »idiopathische« Pemphigus soll als solcher bezeichnet werden; die kontagiösen pemphigoiden Krankheiten der Kinder müssen eben so abgetrennt werden, wie die symptomatischen Blasenbildungen bei Lepra, Lues etc. Ein akuter Pemphigus idiopathicus wird auch von G. im Princip zugegeben. Der Pemphigus vulgaris, foliaceus, vegetans gehören zusammen; die beiden letzteren können sich aus dem ersteren entwickeln; auch die Dermatitis herpetiformis ist zunächst als Untergruppe beim Pemphigus zu belassen. Die Blasen können in den verschiedenen Schichten der Epidermis entstehen (entgegen Kromayer); eosinophile Zellen sind auch nach dem Verf. sehr häufig; Bakterien- und Nervenbefunde haben bisher noch keinerlei Bedeutung. Bei Pemphigus foliaceus war nur die Horndecke abgehoben; Ödem, Quellung des Rete, eosinophile Zellen, Blutüberfüllung charakterisiren ihn. Die Dermatitis herpetiformis stellt auch anatomisch nur eine Abart des chronischen Pemphigus dar. Unsere ätiologischen Kenntnisse sind noch gleich Null; die Prognose ist immer dubiös, bei foliaceus und vegetans meist ungünstig, bei Dermatitis herpetiformis viel besser. Therapeutisch hat Strychnin im Stich gelassen, As und Eisen in einigen Fällen einen günstigen Erfolg gehabt (ich habe einen Fall von sehr chronischem Pemphigus vulgaris in Behandlung, in dem As geradezu specifisch wirkt: so lange es genommen wird, keine Blasen; wenn es ausgesetzt wurde, kehrten sie — bisher schon 4mal — sehr bald wieder!). Lokal werden eintrocknende, adstringirende oder desinficirende feuchte Verbände, Salicylsalben, Bäder etc. mit Vortheil benutzt.

Jadassohn (Bern).

5) E. Riecke. Über Ichthyosis congenita.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 2. u. 3.)

Auf Grund der Untersuchung zweier im pathologischen Institut zu Leipzig befindlicher Föten giebt Verf. eine die Litteratur eingehend berücksichtigende Darstellung der Ichthyosis congenita. Er unterscheidet 3 Gruppen von Fällen: die erste umfasst die hochgradigsten, schon bei der vorzeitigen Geburt vollkommen entwickelten Formen — eine Fortexistenz ist mit ihr unvereinbar; in der 2. Gruppe sind die Früchte oft reif geboren, sie können lange am Leben bleiben; die Veränderungen, speciell auch im Gesicht, sind weniger ausgebildet; in der 3. Gruppe (»Ichthyosis congenita tarda«) sind die Kinder bei der Geburt normal oder fast normal; die Erscheinungen entwickeln sich erst nach Tagen, Wochen oder Monaten; dabei leidet (im Gegensatz zur Ichthyosis vulgaris) die Gesamtentwicklung des Organismus; ein Fortvegetiren ist aber möglich. Ätiologisch wissen wir nichts Wesentliches; Verwandtschaft der Eltern scheint eine Rolle zu spielen. Innere Anomalien finden sich nicht. Verf. hält an der principiellen Verschiedenheit dieser kongenitalen von der gewöhnlichen Ichthyosis fest, zieht aber den meist gebrauchten Namen allen neu vorgeschlagenen vor. Die histologischen Veränderungen, deren Details

im Original nachgelesen werden müssen, bestehen in einer übermäßigen Bildung und Anhäufung von Hornzellen mit besonders starker Verhornung in den Haartrichtern, welche »zusammen mit dem embryonalen Haardurchbruch die auffallende Struktur des Hornschildes bedingt«. Sehr eigenartig sind die von dem Verf. beschriebenen Abschnürungen von Cutistheilen durch die Hornschicht.

Jadassohn (Bern).

6) **P. H. Schoonheid.** Zur Histopathologie des Lupus erythematodes und der elastischen Fasern.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Über das nach allen Richtungen hin noch so unklare Krankheitsbild des Lupus erythematodes liegt eine Anzahl von histologischen Untersuchungen vor, welche aber nicht zu ganz übereinstimmenden Resultaten geführt haben. Es ist deshalb dankbar zu begrüßen, dass Verf. ein größeres Material mikroskopirt hat. Der Process beginnt mit herdweiser Infiltration an den subpapillaren Gefäßen, schreitet in die Tiefe und Höhe fort, führt früh zu Betheiligung der Talg- und Schweißdrüsen, zur reaktiven Wirkung des Bindegewebes, zu schnellerer Verhornung, zu typischen(?) Degenerationen der elastischen Fasern und damit zu der narbenähnlichen Atrophie — ohne starken Schwund des Muttergewebes. In Übereinstimmung mit dem Ref. u. A. spricht sich Verf. dafür aus, dass der Lupus erythematodes zu den chronischen Infektionsgeschwülsten gehöre; ein Zusammenhang mit Tuberkulose ist unbewiesen.

Jadassohn (Bern).

7) **J. Sellei.** Über das idiopathische Kaposi'sche Sarcoma multiplex (pigmentosum) haemorrhagicum.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 9.)

Auf Grund eines klinisch charakteristischen Falles der bekannten Sarkomform kommt S. zu dem Schlusse, dass diese Erkrankung nicht zu den eigentlichen Neubildungen, sondern zu den Granulationsgeschwülsten zu rechnen und daher besser als Granuloma multiplex haemorrhagicum zu bezeichnen ist.

Jadassohn (Bern).

8) **H. Fendt.** Beiträge zur Kenntnis der sog. sarkoiden Geschwülste der Haut.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LIII. Hft. 2 u. 3.)

Aus der von Kaposi gebildeten Gruppe der »sarkoiden Geschwülste« möchte Verf. nur eine bisher sehr wenig bekannte und nur unscharf charakterisirte Krankheit mit diesem Namen bezeichnen, welche Kaposi als zweite Art der »Sarcomatosis cutis« aufführt: Multiple, verschieden oder auch gar nicht verfärbte Knoten von flachkugelige Form mit Verbreitung über den ganzen Körper. Die

hierhergehörigen Geschwülste haben sich auf Arsen, zum Theil auch unter der Einwirkung von Erysipel zurückgebildet. In dieser Beziehung unterscheiden sie sich nach dem Verf. von den eigentlichen Sarkomen; aber auch histologisch ist die Übereinstimmung keine vollständige; speciell die einfachen Zellinfiltrationen, die neben abgekapselten Geschwülsten auch in dem von F. berichteten Falle vorhanden waren, stimmen mit dem Sarkomtypus nicht überein. Außer einer Übersicht der in der Litteratur niedergelegten hierher gehörigen Fälle und einem Bericht über einen eigenen Fall bei einem 16jährigen Knaben (Heilung durch Arseninjektionen) giebt Verf. noch die kurzen Krankengeschichten von 3 durch Arsen nicht beeinflussten, nicht pigmentirten eigentlichen Sarkomen aus Herxheimer's Praxis. Er glaubt, dass die sarkoiden Geschwülste zu den Infektionskrankheiten gehören. Den Schluss der Arbeit bildet der Bericht über einen Fall von Carcinoma lenticulare cutis, der zur Differentialdiagnose mit Sarkomen und Sarkoiden herangezogen wird, und eine Polemik über einen Fall Joseph's, den dieser für ein Sarkoid, F. für eine Carcinomatose hält.

Jadassohn (Bern).

9) **P. G. Unna.** Paraformkollodium zur Behandlung von Hautsaprophyten.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 1.)

U. empfiehlt zur Beseitigung des Erythrasma, der Pityriasis versicolor, der Pityriasis rosea Bepinselung mit: Paraform. 2,0 f. pulv., subtiliss. contere c. Spir. aether. 2,0, Adde Collod. ricinat. 16,0. Abheilung unter Zinksalbe oder Vaseline, resp. zur Nachkur überfettete Formalinseife (mit 5% Formalin); die letztere wirkt auch bei Trichorhexis nodosa und Lepothrix.

Jadassohn (Bern).

10) **H. C. Plaut.** Giebt es in Hamburg wirklich eine Mikrosporie?

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

Bekanntlich hat Sabouraud als eine von den Trichophytien ganz abzusondernde Mycelerkrankung der Kinderköpfe die Grubysche Krankheit oder »Mikrosporie« beschrieben. In Deutschland hat nur Frau Trachsler Fälle gesehen, die sie zu dieser Krankheit rechnete. In der vorliegenden Mittheilung weist P. nach, dass trotz der klinischen Ähnlichkeit die von ihm gesehenen Hamburger Fälle keine Mikrosporien waren. Die Begründung, die wesentlich mykologischer Natur ist, muss im Original nachgesehen werden.

Jadassohn (Bern).

11) **L. Leistikow.** Zur Behandlung des Kindereczems.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 5.)

Für einfache squamöse so wie für leichtere papulöse und vesikulöse Ekzeme empfiehlt L.: Adip. lanae, Zinc. oxyd., Amyli aa 5,0; Vaseline. flav. 10,0, Hydr. oxyd. flav. 0,25—0,5; bei nässendem oder krustösem Ekzem Zinkichthyolsalbenmull (der mit Binde oder Heftpflaster fixirt wird — alle 24 Stunden zu wechseln). Bei den recidivirenden Fällen versagt Pyrogallus-Unguentum caseini (bis 2, ja selbst bis 3%) »fast niemals« (ich habe diese Konzentration oft wesentlich zu hoch gefunden).

Jadassohn (Bern).

12) **P. G. Unna.** Zur Anwendung der Masken.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 9.)

Die »Masken« verwendet U. jetzt wesentlich »zur lange dauernden, möglichst gründlichen und doch einfachen Applikation milder Mittel«, speciell zur Abheilung bei Lupus, Lupus erythematodes (mit Sublimat 1:500—1000, Kalium 1:1000—10000 Aq.) oder zur Druckbehandlung des Naevus flammeus. Sie werden jetzt in folgender Weise hergestellt: Ein Stück Zinkoxydpflastermull von der gewünschten Größe wird aufgelegt, mit Zinkleim überpinselt, mit Verbandmull bedeckt, wieder mit Zinkleim bepinselt, eine Mullbinde zur Herstellung der Bänder aufgelegt und angeleimt; die über Nacht liegen gebliebene Maske wird dann vorsichtig abgenommen, inwendig mit Zinkleim bepinselt, an einem warmen Orte getrocknet, in Zwischenräumen von einigen Stunden 3mal innen und 1mal außen mit Celluloidlösung bepinselt, getrocknet. Die nach 2 Tagen fertige Maske hält »bei täglichem Gebrauche ohne Renovirung einen Monat, mit alle 14 Tage wiederholter Aufpinselung von Celluloid mehrere Monate«.

Jadassohn (Bern).

13) **M. Hodara.** Über die Anwendung schwacher, heißer Waschungen mit Höllenstein bei der Behandlung der akuten Gonorrhoe und der akuten Epididymitis gonorrhoeica.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXI. No. 2.)

Janet'sche Spülung mit möglichst heißer Lösung von 1:4 bis 2000 Argent. nitr. ($\frac{1}{2}$ Liter) — meist Heilung in 2—4 Wochen ohne Komplikationen; eben so trotz akuter Epididymitis guter Erfolg.

Jadassohn (Bern).

14) **Kausch.** Über das Verhalten der Sehnenreflexe bei totaler Querschnittsunterbrechung des Rückenmarkes.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

Es galt bisher als Dogma, dass bei totaler Querschnittsunterbrechung des menschlichen Rückenmarkes die tiefen Reflexe, speciell die Sehnenreflexe stets fehlen, während die oberflächlichen, die Haut-

reflexe erhalten sein können. Die wenigen bisher publicirten Fälle, die von einer Erhaltung der Reflexe berichten, halten einer strengen Kritik nicht Stand. K. giebt nun aus der v. Mikulicz'schen Klinik einen zweifellosen Fall dieser Art:

Bei einer 20jährigen Kranken, welche 3 Jahre lang unter schwerer Kompression des Rückenmarkes durch Wirbeltuberkulose gelitten, mit fast völlig, zeitweise sogar völlig aufgehobener Motilität, mäßig stark gestörter Sensibilität, stark gesteigerten Reflexen und Muskeltonus, wird die Laminektomie gemacht. Dabei wird das Rückenmark, das mit der Dura an der Kompressionsstelle einem Wirbelbogen fest adhären war, durchrissen. Die Reflexe schwinden zunächst ganz, kehren aber nach 22 Stunden wieder; gegen das Ende nehmen sie an Intensität ab und sind schließlich vor dem Tode, welcher nach 5½ Monaten in Folge von Decubitus erfolgt, nicht mehr auslösbar. Die Autopsie ergiebt an der Läsionsstelle Fehlen des Rückenmarkes in 32 mm Länge.

Es beweist dieser Fall, dass sich Schwinden, Wiederkehr und Steigerung der Sehnenreflexe nach der Querschnittsunterbrechung beim Menschen genau wie beim Thierexperiment verhalten. Wenn in vielen anderen Beobachtungen von Totalläsion des Rückenmarkes beim Menschen die Reflexe fehlten, so erklärt sich das wohl so, dass diese Unfälle meist sehr schwerer Art sind und ganz andere Wirkungen machen, als eine glatte Querschnittstrennung beim Thierexperiment. Das so empfindliche Rückenmark wird durch das Unfalltrauma auch weithin, entfernt von der Hauptverletzungsstelle, geschädigt, und dabei wird meist der Reflexbogen zerstört.

Haeckel (Stettin).

15) Neumann. Ergebnisse der Schilddrüsenbehandlung bei sporadischem Kretinismus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Außer dem erworbenen Myxödem ist auch die angeborene myxödematöse Idiotie, der sporadische Kretinismus, in hohem Grade der Behandlung mit Schilddrüse zugänglich. Diese Behandlung bewirkt eine Abnahme des Körpergewichts, eine Zunahme der Körperlänge und Fortschritte in der geistigen Entwicklung. Wichtig zur Erzielung eines vollkommenen Erfolges ist, dass die Behandlung möglichst bald nach Beginn der Erkrankung eintrete.

Gold (Bielitz).

16) Lanz. Über Schilddrüsenfieber und Schilddrüsenintoxikation.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

Nach neueren Mittheilungen von Rauzy und Reinbach soll fast regelmäßig nach Kropfoperationen Fieber auftreten, das nicht bedingt sei durch Fehler in der Asepsis, sondern auf der Verletzung der Schilddrüse, auf einer plötzlichen Überschwemmung des Körpers mit Schilddrüsensubstanz durch die Quetschung des Organs, auf einer Hyperthyreosis beruhe. L. kann zunächst das regelmäßige Fieber

nach Kropfoperationen weder aus seinem eigenen noch aus dem Kocher'schen Material bestätigen. Er hat sodann die Frage experimentell an Hunden geprüft und gefunden, dass die verschiedensten Eingriffe an der Schilddrüse nicht im Stande waren, ein operatives Schilddrüsenfieber, eine Schilddrüseninfektion zu erzeugen, weder Quetschen, noch Einschneiden, Bearbeitung mit dem Thermo-kauter, Unterbinden der Gefäße bei Belassen der Schilddrüse an Ort und Stelle brachten Fieber hervor.

Als ein interessantes Nebenresultat sei erwähnt, dass L., entgegen der Lehre von Munk u. A., nach bloßer Ligatur aller Schilddrüsenarterien keinen Tod an Tetanie sah, weil er streng aseptisch operirt. Geschieht das nicht, so geht die Schilddrüse nekrotisch zu Grunde, und das giebt naturgemäß denselben Effekt, wie die Total-exstirpation der Drüse.

Haeckel (Stettin).

17) Lohnstein. Beitrag zur Behandlung der callösen resilienten Strikturen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 44.)

Zur Behandlung obiger Strikturen ist eine große Anzahl von Instrumenten und Behandlungsmethoden empfohlen worden. L. hält nur diejenigen Eingriffe von Erfolg und Nutzen begleitet, bei welchen die Harnröhrenschwielen so tief incidirt werden, dass nicht bereits fibrös entartetes Gewebe zur Bildung der neuen Lichtung verwerthet werden kann, und welche es ermöglichen, dass unmittelbar nach der Incision keine Bougirungen erfolgen müssen. L. bedient sich eines Urethrotoms, bei dessen Herstellung er das wirk-same Princip des Bottini'schen Incisors verwerthet.

Der Eingriff dauert nur einige Minuten und ist, selbst ohne Anwendung eines Anästheticums, nicht schmerzhafter als bei einer Cystoskopie; er wird auch von den Pat. gut vertragen. Die Wirkung der Operation war in allen Fällen eine vortreffliche, und sind auch die Dauerresultate als sehr günstige zu bezeichnen. Gold (Bielitz).

18) Ciechanowski. Anatomische Untersuchungen über die sog. »Prostat hypertrophie« und verwandte Processe.

(Mittheilungen aus d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

In einer überaus fleißigen Arbeit mit sorgfältigsten zahlreichen mikroskopischen Untersuchungen der Blase und Prostata, ihrer Gefäße und Muskulatur konstatirt C. im Gegensatze zur Guyon'schen Schule, dass die klinischen Symptome, welche in Fällen von sog. »Prostatismus« theils bei Prostatikern, theils bei Solchen, die keine Prostatavergrößerung haben, zu beobachten sind, keine einheitliche anatomische Grundlage, vor Allem nicht die Arteriosklerose als gemeinsame Ursache haben. Eine wesentliche Rolle bei Entstehung der Blaseninsufficienz spielt die mit dem Alter allmählich eintretende Atrophie der Blasenmuskulatur; eine aktive Vermehrung des Blasen-

bindegewebes scheint nur in Folge der häufig vorhandenen chronischen Blasenentzündungen zu Stande zu kommen; ein anderer Theil der Blaseninsufficienz entsteht durch die Vergrößerung der Prostata und durch sie bedingte Veränderungen der Gestalt des Orificium vesicale urethrae.

Was nun das Wesen der sog. »Prostatahypertrophie« betrifft, so beruht dieselbe weder in einer aktiven Proliferation der Drüsenelemente, noch der Muskelfasern, sondern in einer passiven Erweiterung der Drüsenelemente, in einer Sekretstauung in denselben. Diese Erweiterung kommt zu Stande durch kleinzellige Infiltrate, proliferative Prozesse im bindegewebigen Stroma der Prostata; und zwar ist diese Stromaveränderung besonders an den Ausführungsgängen der Drüse lokalisiert; die Erweiterung der Drüsenträume kommt um so rascher und intensiver zur Entwicklung, je näher der Harnröhre die Ausführungsgänge verengt resp. verschlossen werden. Die »Pseudoadenome« sind nicht qualitativ von diesem Vorgange unterschieden, sondern sie stellen nur eine lokalisierte Drüsenerweiterung dar und sind umgeben von einer Kapsel, welche aus concentrisch gelagerten Muskelfasern besteht. Die Prostatahypertrophie ist danach weder eine Hypertrophie, noch eine echte Neubildung, sondern sie ist wahrscheinlich Folge von Entzündungsprocessen, welche jahrelang latent verlaufen und keine, oder sehr geringfügige Symptome machen. Diese Entzündungsprocessen sind sehr wahrscheinlich auf Gonorrhoe zurückzuführen, obwohl sich das strikte bislang noch nicht beweisen lässt. Haeckel Stettin.

19) **Freudenberg.** Soll man während der Bottini'schen Incision den Zeigefinger im Rectum haben?

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XII. Hft. 5.)

20) **Schlagintweit.** Über die Schwierigkeit, den Bottini'schen Incisor an der gewünschten Stelle der Prostata anzusetzen.

(Ibid.)

In diesen Aufsätzen und noch in einer Erwiderung und 2 Schlussbemerkungen im 6. u. 7. Heft des Centralblattes für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane streiten sich die beiden Autoren darüber, ob man während der galvanokaustischen Incision nach Bottini den Finger im Mastdarm behalten solle oder nicht.

F., dem ja unzweifelhaft eine sehr große Erfahrung zu Gebote steht, hält den bezüglichen Vorschlag von S. (s. Centralblatt für Chirurgie 1901 p. 555) geradezu für gefährlich, da durch den Druck des Fingers das Messer verbogen, ja sogar der Mastdarm verletzt werden könnte. S. giebt dann an, der Finger (oder deren 2 — ob in letzterem Falle der Pat. chloroformirt wird, ist nicht gesagt) diene nicht zum Entgegendrücken, sondern zur Fixation der Prostata.

F. Brunner (Zürich).

21) Kukula. Die Blasennaht beim hohen Steinschnitt auf Grund bakteriologischer Untersuchungen des Harns.

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

Verf. kam schon in einer früheren Arbeit über die Blasennaht beim hohen Blasenschnitt zu dem Schlusse, dass ein bestimmter Zusammenhang zwischen der Leistungsfähigkeit der Naht und der Qualität des Harns bestehe, derart, dass die Lösung der Frage der Blasennaht vom bakteriologischen Standpunkt aus erstrebt und erzielt werden müsse. Er hat nun durch eine Reihe von Jahren hindurch an der Klinik Maydl's in dieser Richtung Versuche gemacht, welche geeignet sind, seine theoretische Voraussetzung völlig zu bestätigen.

Sind auch nach K.'s eigener Ansicht seine Untersuchungen über die Erreger der Cystitis und ihre wechselnden Eigenschaften noch keineswegs vollständige, so darf man doch behaupten, dass das Nachlassen der Blasennaht hauptsächlich durch eine Infektion der Nähte bedingt wird, sei es, dass dieselbe von außen her oder, was wohl häufiger ist, durch die Mikroben im Urin bewirkt werde. Jedenfalls kommt die Infektion durch den Harn vollkommen einer unter mangelhaften aseptischen Maßnahmen durchgeführten Operation gleich. Deshalb muss man die Frage, welches Verfahren des Blasenverschlusses, resp. der Blasenversorgung vorzuziehen sei, nach Lage des Falles entscheiden. Eine für alle Fälle geltende Methode giebt es eigentlich nicht. Bei sterilem, klarem Harn ist die primäre völlige Blasennaht das ideale Verfahren. Bei Kindern darf man sogar die Bauchdecken über derselben verschließen und wird einer prima intentio gewärtig sein dürfen. Auch bei Erwachsenen mit wenig fettreichen Bauchdecken kann man diese Methode anwenden, vorausgesetzt, dass keine Cystitis, keine Erkrankung der Harnröhre besteht. Die Kombination mit sofortiger Naht der Haut schützt am besten mit vor einer Infektion der Nahtlinie. Bei älteren Leuten und solchen, bei denen die Harnwege auch sonst nicht ganz gesund sind, geht man sicherer, wenn man einen Docht in den Wundwinkel einlegt.

Wo dagegen der Harn infektiös ist und es sich um Monoinfektionen handelt, empfiehlt K. die zweizeitige Methode nach Vidal de Cassis kombiniert mit der Cystopexis nach Rasumowski. Speziell wenn die anwesenden Mikroorganismen eine größere Virulenz besitzen, ist dies Verfahren anzurathen. Jedenfalls ist von vorn herein möglichst Alles zu vermeiden, was zu Cystitis führen könnte, und Verf. legt ganz besonders Gewicht darauf, dass man nicht durch nachlässiges Katheterisiren und zu häufiges Cystoskopiren diese Komplikation herbeiführt. Die Asepsis bei der Operation ist natürlich erstes Erfordernis, und der Eingriff selbst muss ohne Quetschung der Gewebe, mit Vermeidung größerer Blutergüsse und mit schonender Extraktion der Blasensteine vorgenommen werden. Unter solchen Umständen kann man auch bei Monoinfektionen durch nicht patho-

gene oder wenig virulente Pilze die vollständige Blasennaht versuchen. Tritt in diesen Fällen auch meist ein Nachlassen der Naht ein, so ist doch der weitere Verlauf vielfach ein recht günstiger.

Besondere Sorgfalt erfordern die Fälle von hohem Steinschnitt, welche mit pseudomembranöser Abstoßung der Schleimhaut und ammoniakalischer Harnsäure vorgenommen werden. Hier sind gewöhnlich Mischinfektionen vorhanden, und die Bakterien liefern hochtoxische Produkte, welche eine ausgedehnte Coagulationsnekrose der Gewebe veranlassen und auch schwere Störungen des Allgemeinbefindens zur Folge haben. Die vom Verf. mit solchem Urin angestellten Thiersuche sind sehr interessant und lesenswerth. Sie zeigen auch, wie resistent die im Harn solcher Pat. vegetirenden Pilze gegen die stärksten Antiseptica sind, die man bei der Cystitis anzuwenden vermag.

Diese Fälle erfordern dringend, dass man bei ihnen die oben genannte Methode nach Vidal de Cassis mit der Cystopexie kombiniert anwendet, um durch diese Vereinigung das Entstehen ausgedehnter Nekrosen und tiefgreifender Eiterung im Cavum Retzii zu vermeiden und eine Allgemeininfektion zu verhüten. Die einfache zweizeitige Methode liefert weniger günstige Resultate als diese Kombination. Sie kann bei dem 2. Akte der Operation große technische Schwierigkeiten bieten, es kann bei ihr leicht zu Lockerung der Verwachsungen kommen, und schließlich doch noch das Cavum Retzii inficirt werden.

Verf. fügt seinen Erörterungen die Krankengeschichten einer größeren Reihe von Fällen bei, welche mit günstigem Erfolg nach diesen Principien an Maydl's Klinik operirt worden sind.

E. Stiegel (Frankfurt a/M.).

22) P. Trökaki. Le rein mobile chez les Arabes.

(Egypte méd. 1901. No. 1.)

Verf. untersuchte 100 arabische Frauen ohne Auswahl auf Wanderniere, darunter 9 Jungfrauen und eine Schwangere. Er fand 41 mobile Nieren, bei 30 fühlte man das untere Drittel der Niere, bei 9 die unteren $\frac{2}{3}$ und bei 2 die ganze Niere. Ob bei den ersten beiden Kategorien die Niere wirklich beweglich oder nur palpabel sei, ist leider nicht gesagt. Unter den Fällen waren 38 Frauen, die geboren hatten und 2 Jungfrauen. Eine Beziehung zwischen dem Grade der Erschlaffung der Bauchdecken und Enteroptose einerseits und Nephroptose andererseits fand T. nicht. Da die Araberinnen sich nicht schnüren, kein Korsett und keine schweren Kleider tragen, so schließt Verf. aus dem Vorkommen der Wanderniere bei denselben, dass der Druck von Korsett und Bändern für gewöhnlich nicht bei der Wanderniere anzuschuldigen ist, vielmehr die vielfachen Schwangerschaften, »la déchéance physiologique«, die mangelhafte Ernährung und andere Faktoren, kurzum, dass die Ätiologie eine vielfache ist.

Goebel (Alexandrien).

23) **G. D'Urso.** Ricerche sperimentali sulle patogenesi della idronefrosi.

(Polielinico 1901. No. 7.)

In Folge von Unterbindung eines Harnleiters sahen die bisherigen Experimentatoren entweder Atrophie der Niere oder eine Hydro-nephrose sich ausbilden. Nach Lindemann rührt dies davon her, dass der Unterbindung eine Cirkulationsstörung in der Niere folgt, und dass die Anastomosen der Kapselgefäße nicht immer ausreichen, diese auszugleichen. D'U. unterbrach nun gleichzeitig mit der Harnleiterunterbindung diesen Kollateralkreislauf, indem er (bei Hunden und Kaninchen) die Niere aus ihrer Fettkapsel ausschälte. Trotzdem sah er auch in diesen Fällen die Entstehung beträchtlicher Hydronephrosen. Es kann also in dem besprochenen Verhältnisse nicht der wahre und einzige Grund für die verschiedenen Resultate liegen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

24) **B. Cuneo.** Note sur les lymphatiques du testicule.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris Ann. LXXVI. T. III. No. 2.)

C. hat die Injektionen zum Studium der Lymphbahnen des Hodens nach der Methode von Gerota gemacht; mittels dieser gelang es ihm, festzustellen, dass — wie früher theilweise bereits von Enoch u. A. nachgewiesen — 2 Schichten von Drüsen vorhanden sind, eine vor, eine hinter der Aorta liegende. Bei der ersteren wiederum ist zu unterscheiden zwischen 2 seitlichen und einer vor der Aorta gelegenen mittleren Gruppe.

Von jedem Hoden ziehen etwa 4—8 Lymphgefäße den Samenstrang hinauf zu ihren entsprechenden Knoten, und zwar treten die rechtsseitigen in die rechts, die linksseitigen in die links neben der Aorta liegende Gruppe ein.

Von beiden Seiten jedoch ziehen auch 1—2 Gefäßchen direkt zur mittleren Gruppe; links treten die Vasa efferentia höher ein als rechts. Auch konnte C. ein von Zeissl und Horwitz beschriebenes Lymphgefäß vom Innern des Hodens aus injiciren, welches seinen Weg zu einer Drüse auf der Art. iliaca ext. nimmt. Von der rechtsseitigen vorderen Gruppe treten nun Lymphgefäße sowohl in die vorn mitten als auch vor Allem in die hinter der Aorta gelegenen Drüsen ein zwischen den großen Gefäßen hindurch. Die von links kommenden Vasa efferentia treten auch theilweise in die mittlere Gruppe und wenden wieder nach außen um die Aorta herum in die hintere Schicht, oder sie treten direkt aus der linksseitigen Gruppe in die hintere.

Christel (Mets).

25) **Ohl.** Kasuistischer Beitrag zur Hydrocelenoperation nach Winkelmann.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIX. p. 586.)

O. empfiehlt die Winkelmann'sche Hydrocelenoperation (cf. d. B. 1898 p. 1092) auf Grund einer 19maligen Erprobung derselben

im Herzoglichen Krankenhause Braunschweig (Oberarzt Sprengel) auf das wärmste. Sie ist sehr einfach unter Infiltrationsanästhesie ausführbar, erfordert nur wenige Tage Bettruhe, kann event. sogar ambulant riskirt werden. Geeignet für sie sind leichtere unkomplizierte Fälle ohne Scheidenhautverdickung. Unbequeme Folgen der Scheidenhautumkrepelung kamen nicht vor.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) Chute and O'Neil. Some observations on chronic seminal vesiculitis.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 24.)

Verff. halten das Vorkommen von Samenbläschenerkrankung, namentlich nach chronischem Tripper, für häufiger, als allgemein angenommen wird; unter 540 Fällen fanden sie 60. Sie führen viele Beschwerden, die als neurasthenische betrachtet zu werden pflegen, auf derartige Erkrankung zurück. Die Symptome theilen sie in reflektorische und direkte. Die direkten sind: Schmerz oder Unbehagen im Mastdarm, Fäden im Urin von kurzer, kommaartiger Form, plötzliches Entstehen von Harnröhrenausfluss ohne Grund, nachdem solcher schon ganz aufgehört hatte, häufiges Uriniren, zuweilen mit Tenesmus. Die reflektorischen Erscheinungen bestehen in Schmerz in der Schambeingegend, Rücken, Eichel, Harnröhre, ohne objektiven Befund dortselbst. Sehr charakteristisch ist Schmerz im Samenstrang. Sehr wichtig sind die Unregelmäßigkeiten in der Erektion. Anfangs besteht sehr erhöhter Geschlechtstrieb mit häufigen, namentlich nächtlichen Erektionen und Pollutionen, um nachher einer mehr oder weniger großen Impotenz zu weichen. Die Diagnose kann nur durch rektale Untersuchung gestellt werden. Stets ist die Prostata verändert; Samenbläschen und Vas deferens sind häufig vergrößert und verdickt fühlbar, Schmerzen fehlen selten. Nach Ausdrücken der Samenbläschen entleert sich von selbst oder mit dem Urin eine charakteristische Flüssigkeit, die meist unbewegliche Samenfäden, viel Schleim, Epithelien und kurze, käsige Fäden und Bröckel enthält. Die einzige erfolgreiche Behandlung ist Massage vom Mastdarm aus, wobei die Bläschen kräftig ausgedrückt werden. Subjektive und objektive Symptome schwinden meist bald. Zurückbildung zur Norm ist häufig.

Trapp (Bückeburg).

27) R. Baudet et P. Duval. Exstirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale.

(Revue de chir. 1901. No. 3.)

Die von Villeneuve, Platon, Ouédroyt, de Béloséroff u. A. bisher geübten Methoden der Exstirpation des tuberkulös erkrankten Vas deferens müssen als unzureichend bezeichnet werden: Sie gestatten selten die gänzliche Entfernung des langen, ziemlich brüchigen Organs in Folge der mangelhaften Technik des starken Anziehens.

Nach genauester anatomischer Besprechung der Beziehungen des Vas deferens und der Samenblase zur Blase, dem Bauchfell und der Beckenfascie einerseits, dem Harnleiter und den zum Samenbläschen tretenden Gefäßen andererseits auf Grund der Studien von Cuneo und Veau entwickeln Verff. ihr Operationsverfahren; sie haben es an der Leiche 10mal, am Lebenden 2mal mit ausgezeichnetem Erfolg geübt.

Zuerst wird in Beckenhochlagerung der Hautschnitt vom Hoden aufwärts bis 2fingerbreit nach innen unten von der Spina iliaca ant. sup. gelegt, und bis durch den Leistenkanal in die Tiefe geführt. Die Art. epigastr. wird nach außen gezogen. In ziemlicher Tiefe gelangt man auf die zeltartig von den Samenblasen nach dem Becken quer herüberziehende Fascie, die stumpf getrennt wird. Die zutretenden Gefäße werden leicht isolirt und abgebunden. Schließlich wird das Samenbläschen aus seiner Lage durch bedächtiges Anziehen mittels Kocher'scher Pincette zugänglich gemacht, aus seinen Verbindungen gelöst und schließlich nebst dem Vas deferens auf der Prostata abgebunden, der Stumpf verschorft.

Den Harnleiter vermeidet man sicher, wenn man sich streng ans Bauchfell hält, welches durch Wundhaken stark nach aufwärts gezogen werden muss, damit das Licht auch in der Tiefe genügend sei; der Harnleiter liegt der Beckenwand dicht an.

Christel (Metz).

Kleinere Mittheilungen.

28) Du Castel. Erythème nouveau, purpura rhumatoïde et hydroa.

(Méd. moderne 1901. No. 19.)

Verf. sah bei einer Frau, die bis dahin gesund gewesen war, unter allgemeinem Unwohlsein und Fieber gleichzeitig am linken Bein ein Erythema nodosum, am rechten Bein eine Purpura rheumatica und am Halse ein Erythema exsudativum auftreten.

C. erörtert im Anschluss an diesen Fall das Wesen der 3 Krankheitsbilder, die er als zu einer einheitlichen Gruppe gehörig und auf einer Toxinämie beruhend auffasst.

B. v. Hippel (Kassel).

29) V. J. Zarubin. Zur Histologie der Sclerodermia circumscripta.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 1.)

Man weiß so wenig über die Ätiologie der Sklerodermie, über die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Formen, über die Bedeutung der histologischen — im Einzelnen noch sehr verschiedenen — Veränderungen, dass Beiträge zu dieser Frage, so wenig auch der Einzelne definitive Schlüsse ziehen kann, mit Dank zu begrüßen sind. In dem von Z. untersuchten Falle handelte es sich um eine sehr oberflächliche, circumscripte Sklerodermie, ähnlich der »kartenblattähnlichen« Form Unna's. Histologisch ergab sich leichte Entzündung, Verdichtung und Verdickung des collagenen Gewebes, Hyperkeratose, Verdünnung des Rete etc. Eine strenge Unterscheidung der von Unna einander gegenüber gestellten Formen der circumscripten Sklerodermie erscheint noch nicht möglich.

Jadassohn (Bern).

30) Lublinski. Diffuses chronisches Hautödem mit Beteiligung des Kehlkopfes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 49.)

Verf. berichtet über eine 52jährige Frau, die wegen Anschwellung des Gesichts, Halses und des Nackens, so wie des oberen Theiles der Brust, der Vorderarme und des Handrückens, der Unterschenkel und der Knöchel in seinem Krankenhause Aufnahme fand. Am meisten war die Pat. durch eine rauhe, belegte Stimme, so wie durch anhaltende Athembeschwerden, die sich besonders bei anstrengender Thätigkeit bemerkbar machten, beunruhigt. Die afficirten Hautpartien waren vollkommen glatt, matt glänzend und fühlten sich bei Berührung teigig und elastisch an.

Im Kehlkopfe fand sich ödematöse Schwellung der aryepiglottischen Falten, der Aryknorpel und der Interaryfalte.

Arsen führte trotz hoher Gaben mit langer Darreichung keine Besserung des Zustandes herbei. Hingegen verschwand unter Darreichung von Schilddrüsen-tabletten das Kehlkopfödem, und auch die Hautödeme besserten sich. Eine bestimmte Diagnose konnte L. nicht stellen. Er bezeichnet die Erkrankung als chronisch diffuses Hautödem mit Beteiligung des Kehlkopfes.

Gold (Bielitz).

31) Bettmann. Über die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 3.)

Man unterscheidet jetzt bei der bekannten Neigung, auf Traumen Blasen zu bekommen, wie sie in einzelnen Familien erblich vorkommt, 2 Formen: die einfache und die mit Atrophien einhergehende, über deren Zusammengehörigkeit noch Zweifel bestehen. B. spricht sich in Bezug auf diese ebenfalls noch sehr vorsichtig aus. Er hat 3 Brüder mit der »dystrophischen« Form beobachtet — die Eltern hatten die Krankheit nicht — das Bild war typisch; Nasenbluten, Mastdarmblutungen, Blasen in der Mundschleimhaut waren zugleich vorhanden. Die Experimente B.'s sprechen dafür, dass bei dem Leiden eine primäre abnorme Lockerung in der Haut vorhanden ist. Beide Arten der Blasenbildung, die sub- und die intraepidermoidale, scheinen auch bei dieser Krankheit vorzukommen. Ob die Erkrankung an den Händen der Mutter, die erst im Alter auftrat, mit der Epidermolysis der Kinder in irgend einem Zusammenhange stand, muss wohl offen gelassen werden. Dagegen ist hervorzuheben, dass die Eltern der Erkrankten Blutsverwandte waren.

Jadassohn (Bern).

32) Respighi. Neuer Beitrag zur Hyperkeratosis centrifuga.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. Hft. 6.)

R. beschreibt unter dem Namen Hyperkeratosis centrifuga die bisher meist als Porokeratosis bezeichnete eigenthümliche und sehr seltene Verhornungsanomalie auf Grund eines neuen Falles. Das charakteristische Symptom dieser Erkrankung sind kreisrunde Efflorescenzen mit hyperkeratotischem Saum und centraler Einsenkung; auch auf der Mundschleimhaut kommen Läsionen vor. Der ursprünglich als Gesetz angenommene Beginn von den Schweißdrüsen-Ausführungsgängen braucht deshalb nicht vorhanden zu sein. Daher ist der vom Verf. gewählte Name wohl vorzuziehen. Die Natur der Erkrankung ist noch ganz unerkannt.

Jadassohn (Bern).

33) C. Beck. Über Trichorrhesis nodosa der Schamhaare, zugleich ein Beitrag zur Symbiose der Bakterien.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 8.)

Bei der Trichorrhesis nodosa ist man noch immer im Zweifel, ob sie eine spezifisch parasitäre oder eine »trophische« oder eine durch mechanische Schädli-

gungen bedingte Haarkrankheit ist. B. hat sie in einem Falle auf einem Eksem der Regio pubis beobachtet. Er hat in den Haaren 2 Kokken gefunden, die dadurch interessant sind, dass der eine beliebig zu züchten war, der zweite aber nur aufging, wenn zugleich oder nachher der erste auf denselben Nährboden geimpft wurde (ein reines Beispiel einer einseitigen Bakteriensymbiose). B. glaubt nicht, dass bestimmte Bakterien die Trichorrhixis bedingen; er meint vielmehr, dass das Eksem durch das Jucken, vielleicht auch durch mangelhafte Einfettung der Haare zu Läsionen der Cuticula der Haare geführt und damit den Bakterien den Weg geöffnet habe, und dass nach Verletzungen der Haare verschiedene Bakterien, welche in den Haaren wachsen können, die Haarfibrillen trennen und die Knotenbildungen bedingen. **Jadassohn (Bern).**

34) L. Philippsohn. Über Phlebitis nodularis necrotisans. (Beitrag zu dem Studium der Tuberculides von Darier.)

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 2.)

Die Frage der »Tuberkulide« ist noch immer Gegenstand lebhafter Diskussion. Ob es sich in vielen dieser Fälle um eigentliche Tuberkulose — wie mir das schon längst höchst wahrscheinlich ist —, ob es sich in anderen um Toxinwirkung handelt, ob noch andere außer jedem Zusammenhang mit Tuberkulose stehen, ist zweifelhaft. P. giebt einen interessanten histologischen Beitrag zu dieser Frage, speciell was die noduläre und nekrotisirende, d. h. die eigenartigste Form dieser Exantheme angeht. Klinisch war irgend ein Zusammenhang mit Tuberkulose nicht nachweisbar. Histologisch stellte sich der Process als eine Entzündung mit Nekrose, die von den subkutanen Venen ausging, dar. Für Tuberkulose war histologisch kein Anhaltspunkt zu gewinnen; auch Bacillen konnten mikroskopisch nicht aufgefunden werden. So blieb denn die Ätiologie unklar. Das anatomische Bild aber erinnerte in Bezug auf seinen Ausgangspunkt, die subkutanen Venen, an einen Fall P.'s, in dem er Bacillen nachweisen konnte, der also eine zweifelhafte (»embolische«) Hauttuberkulose war. In diesem letzteren Falle war der Thierversuch früher negativ ausgefallen — ein neuerer mit Material von diesem Kranken angestellter Versuch ergab einen Iristuberkel, der sich aber spät entwickelte und, wie es scheint, spontan involvirte (abgeschwächtes Material?). (Thrombophlebitis tuberculosa und syphilitica hat auch der Ref. seither gesehen.)

Jadassohn (Bern).

35) C. Pezzoli. Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (Hallopeau-Leredde's »Naevi symétriques de la face«).

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Unter dem Namen »Adenoma sebaceum« sind multiple Geschwulstbildungen des Gesichtes beschrieben worden, welche augenscheinlich meist in früher Jugend auftreten und ein klinisch recht charakteristisches Krankheitsbild darstellen: kleine bis linsengroße, oft sehr zahlreiche, verschieden gefärbte Knötchen, speciell an Nase und Wangen. Histologisch bestand die Mehrzahl der bisher untersuchten Gebilde aus in den wesentlichsten Punkten normalen großen und dicht gelagerten Talgdrüsen — der normale Bau dieser Drüsen ließ den Namen »Adenom« als nicht gerechtfertigt erscheinen; man musste diese Gebilde als Naevi auffassen. Dabei war interessant, dass auffallend viele der mit dieser Affektion Behafteten in Bezug auf ihre Intelligenz minderwerthig, zum Theil wirklich schwachsinzig waren. In den beiden von P. berichteten Fällen traf das nicht zu. Auch P. hält die Gebilde für Naevi; er fand in den Präparaten des einen Falles eine Hyperplasie des Coriums, in dem anderen eine solche der Schweißdrüsen neben der Talgdrüsenanhäufung. Er tritt daher für den mehr umfassenden Namen »symmetrische Gesichtsnaevi« ein, im Gegensatz zu dem vom Ref. gewählten »multiple Naevi sebacei des Gesichtes«. (Das letztere ist nur ein Streit um ein Wort; es giebt multiple Gesichtsnaevi, welche im Wesentlichen das gleiche Krankheitsbild aufweisen — ohne Talgdrüsenhyperplasie; dann muss natürlich das

Beiwort »sebacei« wegfallen; die Hauptsache ist die Anerkennung der Naevusnatur; dass im 2. Falle des Autors zugleich ein Schweißdrüsennaevus vorhanden gewesen ist, scheint mir aus der Abbildung nicht mit Bestimmtheit hervorzugehen — solche Schweißdrüsen sieht man auch ohne alle Naevusbildung. Ref.)

Jadassohn (Bern).

36) M. Wolters. Haemangioendothelioma tuberosum multiplex und Haemangiosarcoma cutis.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LIV. Hft. 2 u. 3.)

Die an der ersten Stelle des Titels genannte Geschwulstform hat schon eine Unzahl von Namen bekommen, die mit den verschiedenen über ihre Histogenese aufgestellten Hypothesen übereinstimmen. Die kleinen für die Praxis nur kosmetisch oder differentialdiagnostisch wichtigen, im Gesicht und am Brustkorb vorkommenden, mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine kongenitale Basis zurückzuführende Neubildungen werden theils als Epitheliome, theils als Lymphangiome, theils als Hämangiomen bezeichnet. W. schließt sich der letzteren Auffassung auf Grund der Untersuchung eines Falles an, betont aber Järisch gegenüber, dass nicht eine direkte Fortsetzung der Zellstränge in die Gefäße vorkommt, sondern dass die Endothelien der letzteren wuchern und in Strangform in die Umgebung einwachsen. (Seither ist es, wie ich glaube, mit aller Sicherheit Gassmann an meiner Klinik gelungen, den Zusammenhang dieser Zellstränge mit dem Epithel durch Serienschnitte unmittelbar nachzuweisen. Ref.)

An zweiter Stelle publicirte W. einen auch klinisch sich ganz anders verhaltenden Fall: harte Geschwülste, die ziemlich schnell wuchsen, im Gesicht und am Körper, und die sich auf Arsen zurückbildeten (ob vollständig, konnte nicht verfolgt werden); die histologische Untersuchung ergab ein Angiosarkom, d. h. einen von der Gefäßadventitia ausgehenden Tumor mit Zwischensubstanz zwischen den neugebildeten Zellen. Eine kurze Auseinandersetzung über die Frage der Endotheliome und der Angiosarkome beschließt die Arbeit.

Jadassohn (Bern).

37) E. Delbanco. Ein im Subkutangewebe gelagertes Riesenzellsarkom (Myélome des parties molles, Tumeur à myélopaxes) an der Dorsalseite des Daumens.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 3 u. 4.)

D. veröffentlicht einen Fall von klinisch gutartiger Geschwulst, die sehr lange im subkutanen Gewebe über dem interphalangealen Daumengelenke bestanden hatte und sich leicht herauschälen ließ. Die histologische Untersuchung ergab den typischen Bau eines Riesenzellsarkoms. Mit Rücksicht auf eingehend wiedergegebene speciell französische Arbeiten glaubt D., dass auch in seinem Falle ein Zusammenhang mit dem Knochen — wenn er auch nicht nachweisbar war — bestand. Traumatische Reizungen spielen bei solchen Tumoren an Fingern und Zehen, wie auch bei der Epulis, eine wesentliche Rolle.

Jadassohn (Bern).

38) Graul. Über Nebenwirkungen des Orthoforms.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 24.)

G. sah in einem Falle, bei dem er wegen Verbrennung auf eine pfennigstückgroße Geschwürsstelle Orthoform in 10% Vaselinealbe gelegt hatte, schon nach 2 Tagen eine ausgedehnte Dermatose eintreten. Die Empfindlichkeit gegen Orthoform muss bei einzelnen Individuen eine sehr verschiedene sein, so dass man trotz der früher gerühmten Unschädlichkeit des Orthoforms immer an die Möglichkeit einer Intoxikation denken muss.

Borchard (Posen).

39) D. Achwlediani. Ein Fall von Heilung des Wasserkrebses (Noma).

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 25.)

A. sah bei einem 9jährigen Bauernknaben, bei dem das Ausbrennen mit dem Paquelin und Ätzen mit Chlorsink gar keinen Nutzen gebracht hatte, Noma unter

feißiger Anwendung von Pyoktanin heilen. Es wurden mit einer 1%igen Lösung alle gangränösen Stellen getränkt, und zwar Anfangs stündlich, nachher 2stündlich. Daneben Gurgelungen mit Kali chloricum. **Borchard (Posen).**

40) **L. Vajda. Urethro-Kalibro-Dynamometer.**

(Ärztliche Polytechnik 1901. April.)

Obiges Instrument ist ein Dilator, auf dessen Zeigerscheibe sich 2 Zeiger befinden; der eine giebt die Weite der Lichtung jedes beliebigen Theiles der Harnröhre an, der andere die Kraft, mit welcher die Dilatation jeweilig geschieht. Letzterer ist somit ein Widerstandsanzeiger und Anzeiger für Kraftdosirung. Eine Abbildung im Originale. **E. Fischer (Straßburg i/R.).**

41) **L. Löw. Über Doppelbildung der Harnröhre.**

(Wiener med. Wochenschrift 1900. No. 28.)

Bei dem 28 Jahre alten, an Gonorrhoe erkrankten Pat. handelte es sich um einen jener Fälle, wo die Harnröhre im prostatatischen Theil sich zu spalten scheint und der obere — falsche — Kanal vorn über dem Orificium externum an einem sonst normal aussehenden Gliede mündet. Der endoskopisch nicht sichtbare Zusammenhang mit dem hinteren Theil der Harnröhre wird durch Färbung desselben nach Einspritzung von Methylenblau in den Kanal nachgewiesen. Vom Kanale aus lässt sich auch in die Blase Flüssigkeit bringen, wie auch einige Tropfen Urin bei zugehaltener normaler Öffnung durch den Kanal dringen. Die Kommunikation kann aber nur haarfein sein. Der Fall ähnelt am meisten einer von Meisels veröffentlichten Beobachtung; in der Zusammenstellung ähnlicher Fälle fehlt aber der von Posner beschriebene (und vom Ref. operirte) Fall.

Herm. Frank (Berlin).

42) **E. Heuss. Lichen planus der Urethral Schleimhaut.**

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXI. No. 10.)

Bei einem Pat. mit Lichen planus der Mundschleimhaut und der Penis- und Scrotalhaut fand H. — da der Kranke über leichtes Kitzeln nach dem Uriniren klagte — »ein Netzwerk feinsten, weißer Streifen« auf der Harnröhrenschleimhaut (Gonorrhoe war nie vorhanden gewesen). Durch Arsenbehandlung heilten diese Plaques; es ist das der erste konstatierte Fall von Lichen planus in der Harnröhre.

Jadassohn (Bern).

43) **B. N. Cholzow. Die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Elektrolyse.**

(Boln. Gazeta Botkina No. 6—14. [Russisch].)

C. wandte in 22 Fällen die Elektrolyse mit der Olive an. Die Olive ist bei leicht dehnbarer Striktur um 3 Nummern, bei schwer dehnbarer um 2 stärker als der Durchmesser der verengten Stelle (nach Charrière). Oft genügt schon eine Sitzung, sonst 2—4, jede 12—13 Minuten lang. Stromstärke 5—6 Milliampères. Resultate: eine sehr alte Narbenstriktur blieb ungeheilt; eine zweite traumatische wurde bis No. 12—14 erweitert; überhaupt sind die traumatischen Strikturen schwer zu heilen. In den übrigen 20 gonorrhöischen Strikturen gab die Behandlung gute Resultate, Erweiterung von No. 12—26. 4 Fälle blieben 3—8 Monate recidivfrei, von den übrigen fehlen weitere Nachrichten.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

44) **M. A. Tschlenoff. Über einen Fall eines primären tuberkulösen Hautgeschwürs am Penis.**

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis Bd. LV. Hft. 1.)

Bei einem sonst gesunden Manne von 43 Jahren trat ein auf Jodkalium nicht heilendes, tiefes, mit derbem Rande versehenes Geschwür am Penis ein. Die histo-

logische Untersuchung ergab tuberkulösen Bau und einige Bacillen. Wahrscheinlich handelte es sich hier um den seltenen Fall einer tuberkulösen Infektion per coitum. Die Frau des Pat. war zwar gesund, andere Infektionsgelegenheiten aber waren vorhanden. (Wenn der Bacillenbefund nicht wäre, würde die Möglichkeit einer tertiären Lues trotz des histologischen Befundes und trotz des mangelhaften Jodkaliumerfolges vorliegen; denn tertiäre Syphilide am Penis können sehr »tuberkuloid« gebaut und der Jodkaliumentherapie gegenüber auffallend hartnäckig sein — auf Hg aber heilen. Ref.)
Jadassohn (Bern).

45) N. N. Michailow. Zur operativen Behandlung der Harninkontinenz nach Prof. Gubarow.

(Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. September. [Russisch.])

Eine 39 Jahre alte Bäuerin gerieth unter einen Pflug, der ihr eine Wunde am Bauche, an den Geschlechtstheilen und dem rechten Oberschenkel beibrachte. Bauchfell nicht verletzt, Schambein gebrochen, Blase extraperitoneal zerrissen, eben so die Harnröhre. Die Wunde heilte durch Granulationen, wobei ein Knochenfragment entfernt wurde. Darauf Inkontinenz. Man findet Vorfal eines Theiles der Harnröhrenschleimhaut, eine Harnröhrenfistel, einen Blasenstein und einen kindskopfgroßen rechtsseitigen Leistenbruch. Der Stein wurde durch die Harnröhre entfernt; er hatte sich um ein Knochenfragment gebildet. Dann wurde der Vorfal entfernt, die Harnröhre verengert und die Fistel geschlossen, ohne Erfolg. Nun Operation nach Gubarow: Entfernung eines eiförmigen Schleimhautlappens aus der Vorderwand der Scheide unter der Harnröhre, Naht des Defektes. Heilung. Eine letzte Operation beseitigte die Hernie.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

46) Violet. Nouvelle observation de prostatectomie trans-ano-rectale médiane.

(Province méd. 1901. No. 15.)

Auf dem Wege durch den Mastdarm hindurch nach Spaltung des Sphinkters hat Jaboulay im Ganzen jetzt 6mal die vergrößerte Prostata weggeräumt, theils durch extrakapsuläre Totalexstirpation, theils intrakapsulär total oder durch Enukleation, und er ist von seinen Erfolgen, wenigstens von den vier ersten Fällen, über die er bis jetzt berichtet hat, sehr befriedigt. In dem hier berichteten Falle handelt es sich um einen falschen Weg bei einer Retention, welcher den Katheter nicht mehr in die Blase gelangen ließ. Nachdem der Zugang zur Prostata vom Mastdarminnern aus gewonnen ist, wird die Drüse stumpf mit dem Finger subkapsulär ausgeräumt; es entsteht ein 1—2 cm großer Defekt der hinteren Harnröhrenwand, der Urin stürzt heraus, und über dem eingelegten Dauerkatheter wird durch die über einander geschlagenen und vernähten Prostatakapselhälften die hintere Harnröhrenwand von Neuem gebildet. Der Heilungsverlauf wurde gestört durch das Herausgleiten des Dauerkatheters mit folgendem Fieber; der den Pat. ausnehmend befriedigende Erfolg der Behandlung besteht in der Bildung einer Harnröhren-Mastdarmfistel. Der Urin entleert sich willkürlich, nur mit zu häufigem Drange, durch den After; nur wenige Tropfen gelangen durch die Harnröhre hindurch.

Jaboulay hält die Methode der subkapsulären Enukleation für ein Normalverfahren der Radikaloperation, und zwar auf dem oben genannten Wege, bei welchem die Spaltung des Sphinkters die Ausführung der Operation außerordentlich erleichtert, ohne dass selbst im schlimmsten Falle einer Kloakenbildung die willkürliche Urinentleerung, aber durch den After, in Frage gestellt sein soll.

Herm. Frank (Berlin).

47) Graubner. Kasuistischer Beitrag zur operativen Therapie der Blasenspalte.

(St. Petersburg med. Wochenschrift 1900. No. 36.)

G. operirte bei einem 11jährigen Mädchen mit Blasenektomie nach Maydl und erzielte völlige Heilung. Das Wichtige an dieser Mittheilung ist, dass sich

die Nachbeobachtung auf etwas länger als 1 Jahr erstreckte. Das Mädchen hatte keinerlei üble Folgen von der Operation; sie war völlig kontinent; einmal am Tage wurden gebundene Fäces entleert und 3—4mal Urin mit sehr geringer Beimengung von Koth. Nachts wurde sie nicht geweckt und hat das Bett nie durchnässt.
Haeckel (Stettin).

48) B. Bayerl. Eine Harnblasenschussverletzung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 19.)

Fall von extraperitonealer Blasenschussverletzung — bei einem Knaben — mit Eingangsöffnung oberhalb des linken Schambeines ohne Ausschussöffnung, wobei sich das kleine Geschoss aus der einen der zur Beseitigung der Harninfiltration angelegten Schnittwunden am Rücken des Gliedes entleerte. Heilung.
Kramer (Glogau).

49) Gerson. Über die Häufigkeit des Blasensteinleidens in Thüringen nebst Ausführungen über die Behandlung desselben.

(Korrespondenzblätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1900. No. 1 u. 4.)

G. berichtet über 40 Steinkranke, welche Riedel in Jena behandelt hat, so wie über 14 weitere früher von Demselben Operirte unter ausführlicher Mittheilung sämtlicher Krankengeschichten.

Bei 14 Kranken führte die Lithotripsie zum Ziele; 12 heilten, 2 starben. Von letzteren starb der eine, ein 6jähriger Knabe, 2 Tage nach der Operation an eitriger Peritonitis, ausgehend von einem großen, alten Abscess der rechten Niere. Der andere, ein 75jähriger Mann, starb 10 Tage nach der Operation; er hatte große Abscesse älteren Datums unter dem Peritoneum über den beiden Mm. psoas, frische Pneumonie und Vereiterung der Nieren. Bei 3 dieser Kranken handelte es sich um Inkrustationen und Fremdkörper (Holzstück, Blätter, Haarnadel), welche sie zu masturbatorischen Zwecken in die Blase eingeführt hatten.

Von 15 mit Boutonnière behandelten Kranken starben 2; der eine der Letzteren hatte Schrumpfung und Vereiterung beider Nieren, der andere neben Prostatahypertrophie ein Blasendivertikel, von dem aus sich eine prävesicale Phlegmone entwickelte. Bei 2 Kranken hatte sich der Stein um Stearinbougies gebildet, welche sie in die Harnröhre eingeführt hatten, die aber in die Blase gerutscht waren.

27 Kranke wurden mit Sectio alta behandelt. Es starben 5; einer davon ohne Zweifel an den Folgen des Verweilkatheters, der zur Entwicklung eines großen Prostataabscesses geführt hatte. Der Verweilkatheter wird deshalb durchaus verworfen. Die Übrigen starben meist an Nierenvereiterungen.

Während Riedel in 11½ Jahren in Thüringen 40 Kranke mit Blasensteinen beobachtete, stellten sich in der gleichen Zeit 300 aus Thüringen stammende Gallensteinranke vor.
Haeckel (Stettin).

50) Davrinche. Expulsion spontanée par l'anüs d'un volumineux calcul vésical.

(Soc. centrale de méd. du département du Nord 1901. Mai 24.)

Bei dem zur Zeit 31jährigen Pat. ging vor 24 Jahren ein hühnereigroßer Blasenstein spontan durch den After ab (Urat- und Oxalatkern, Phosphatschale). Pat. hat seither nur seitweilig durch die Harnröhre urinirt, sonst regelmäßig durch den Mastdarm, welcher mit der Zeit äußerst tolerant geworden ist. Inkontinenz ist nicht vorhanden.
Mohr (Bielefeld).

51) W. J. Basumowski. Ein Fall von solitärem Blasengeschwür.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 2.)

Pat., 62 Jahre alt, im März und September 1897 Hämaturie. Cystoskopie: Zottengeschwulst am Fundus. Diagnose: Blasenkrebs. Operation am 4. November

1897: es werden 2 Papillome am Fundus entfernt; neben dem rechten Harnleiter findet man ein rundes Geschwür von typischem Aussehen. Kauterisation mit dem Paquelin. Offene Behandlung, Heilung nach 2 Monaten. 3 Jahre später vollständig gesund. **Gückel (B. Karabulak, Saratow).**

52) O. Zuckerkandl. Resektion der Harnblase.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 3.)

67jähriger Pat. bekam vor 4 Jahren Hämaturie, Anfangs intermittierend, später dauernd; im Verlaufe vermehrter Harndrang, Dysurie und ausstrahlende Schmerzen beim Harnlassen. Cystoskopisch war am Scheitel ein etwa thalergroßer Substanzverlust zu sehen, dessen gewulsteter Rand sich scharf gegen die angrenzende hyperämische Blasenschleimhaut abgrenzte. In Chloroformnarkose und Beckenhochlagerung suprasymphysärer Längsschnitt. Die Blase muss hinter der Symphyse eröffnet werden, da die oberen Partien sich als infiltrirt erweisen. Mit dem Finger tastet man eine massige, den ganzen Blasenscheitel erfüllende Aftermasse, die an ihrer vertikalen Fläche ein derbes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern von etwa Thalergröße trägt. Der Versuch, die Blase aus ihrer Serosahülle auszulösen, gelingt nicht, da das Bauchfell am Scheitel festgewachsen ist. Verlängerung des Schnittes nach oben und Eröffnung der Bauchhöhle. Das Bauchfell wird jenseits der Geschwulstgrenzen bogenförmig umschnitten, die centrale Lefze stumpf nach allen Seiten abgedrängt, so dass die der Geschwulst angrenzenden normalen Theile der Blase bloßgelegt sind. Von außen her erfolgt nun die Ausschneidung der Neubildung im Gesunden. Erhalten bleiben der Blasengrund mit den Harnleitermündungen und die unteren Partien der seitlichen, vorderen und hinteren Wand.

Vernähung des Bauchfells; hierauf wird der Blasenrest, so weit möglich, durch Nähte zu einem Hohlraume umgewandelt, in dessen tiefsten Punkte ein Knierohr zur Ableitung des Harns gelegt wird.

Anfangs blutiges Erbrechen und blutige Diarrhöen, Singultus, der 10 Tage anhält. In der 6. Woche Entfernung des suprapubischen Drains, danach in wenig Tagen Schluss der Wunde unter Harnröhrenverweilkatheter.

Pat. kann den Harn 2 Stunden halten, die Blase fasst 200 ccm. Harnentleerung geht anstandslos von statten.

Die cystoskopische Untersuchung zeigt die Decke der Blase in eine Spitze auslaufend; hierselbst strahlige Narbe.

Die histologische Untersuchung der (im Gesunden) entfernten Geschwulst ergab Carcinom. **Hübener (Dresden).**

53) Hogge. Un cas d'extirpation de la vessie et des organes génitaux en totalité pour tumeur de la vessie, guéri depuis plus de trois ans.

(Progrès méd. 1901. No. 4.)

H. entfernte bei einem 45 Jahre alten Manne 1897 Hoden, Penis, Prostata, Samenblasen und Blase in einer Sitzung; die Harnleiter nähte er in den Mastdarm ein, sie lösten sich jedoch und bildeten vor dem Mastdarme eine Kloake, von der aus H. dieselben sondiren und die pyelitischen Nierenbecken auswaschen konnte. 1 Jahr später gelang es, die Harnleiter in den Mastdarm einzunähen. Bei der ersten Operation wurde von einem großen prärectalen Schnitt aus der Mastdarm von der Prostata, den Samenblasen und der Blase gelöst; alsdann wurde die Symphyse getrennt, das Bauchfell von der Blase gelöst und die Blase sammt Geschwulst, Prostata, Samenblase, Hoden und Penis in toto entfernt. Pat. fühlt sich heute, 1901, wohl. **E. Fischer (Straßburg i/E.).**

54) S. A. Alexandrow. Zur Harnleiterchirurgie.

(Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. December. [Russisch.])

Die 21jährige Pat. hatte eine schwere Vesico-Recto-Vaginalfistel seit 7 Jahren und war wegen derselben 36mal operirt worden, u. A. mit Episiokleisis und Bauchfistel, doch immer ohne Erfolg. Endlich entschloss sich A., die Harnleiter in den Mastdarm einzupflanzen, über dem Sphincter tertius, retroperitoneal. Die Harnleiter wurden etwas schräg von oben nach unten eingenäht. Der Stuhl wurde 6 Tage lang zurückgehalten, der Urin durch ein Drainrohr herausgeleitet. Harn-drang erst sehr vermehrt, später urinirte Pat. 9—11mal während 24 Stunden. 2 Monate später wurde sie gesund und mit ihrem neuen Zustande sehr zufrieden entlassen. Während der 2 Monate sah A. keine Symptome von Harnzurückhaltung oder Intoxikation vom Darne aus; der Darm passte sich bald seiner neuen Funktion an.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

55) Thumim. Nephrektomie wegen Pyelonephritis calculosa. (Kasuistischer Beitrag zur Bedeutung der funktionellen Nierendagnostik aus Prof. Landau's Frauenklinik in Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 45.)

Casper und Richter haben dargethan, dass Phloridzin die Niere zur aktiven Zuckerproduktion veranlasst und diese Thatsache zur Ausarbeitung einer diagnostischen Reaktion von außerordentlicher Feinheit benutzt, und mittels des Harnleiterkatheterismus nach vorhergegangener subkutaner Phloridzininjektion aus beiden Nieren Urin aufgefangen, wobei sie fanden, dass die gesunde Niere jedes Mal positiv, die kranke je nach dem Grade der Erkrankung entweder im geringen Maße oder gar nicht mit Zuckerausscheidung reagirt. So ist es möglich, die Nieren einzeln bezüglich der Thätigkeit ihres Parenchyms zu prüfen. Verf. theilt einen diesbezüglichen Fall mit, in welchem die Phloridzinmethode zum Zwecke der Sicherstellung der funktionellen Diagnose vor der Nephrektomie ausgeführt wurde. Die Reaktion gab Aufschluss über die Funktionstüchtigkeit der gesunden Niere, und konnte T. auch feststellen, dass es sich bei der kranken Niere nicht nur um Eitersackbildung des Nierenbeckens selbst, sondern auch um schwere Parenchymveränderungen handelte.

Gold (Bielitz).

56) Mohr. Zur Behandlung der polycystischen Nierenentartung.

(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VI. Hft. 4 u. 5.)

Bei einem Kranken mit septischer Allgemeinerkrankung nicht ganz klaren Ursprunges tritt eine akute, septische Nephritis auf und eine Schwellung der linken Nierengegend, die einen perinephritischen Abscess annehmen lässt. Bei der Operation findet sich letzteres nicht, sondern eine vereiterte Cystenniere. Obwohl man durch Tastung an der anderen Niere gleichfalls cystische Entartung findet, wird doch die linke exstirpirt, einmal um diesen sicher gestellten Eiterherd zu beseitigen und so die Sepsis einzudämmen, sodann weil sie so stark entartet war, dass sie wohl kaum zur Urinsekretion noch beitrug. Glatte Heilung.

Wenn im Allgemeinen bei polycystischer Entartung die Nierenexstirpation nicht ausgeführt werden soll, da zu oft die andere Niere eben so erkrankt ist, so sind Ausnahmen von dieser Regel gestattet: 1) wenn die Niere durch ihre Größe oder Dislokation sehr starke Beschwerden macht, die durch konservatives Verfahren (Nephropexie) nicht beseitigt werden können, 2) wenn sehr starke Hämaturie besteht, 3) wenn ausgedehnte eitrige Prozesse an einer Cystenniere stattgefunden haben, wie im vorliegenden Falle.

Haeckel (Stettin).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 41. Sonnabend, den 12. Oktober. 1901.

Inhalt: C. Lauenstein, Das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung, eine gelegentliche Ursache der Sehnenscheidenphlegmone bei Fingeramputationen wegen Verletzung. (Original-Mittheilung.)

1) Walther, Bericht über die Sitzungen der Sektion für allgemeine Chirurgie auf dem internationalen ärztlichen Kongress zu Paris 1900. — 2) Brabec, Hospitalbrand. — 3) Ransom, Tetanus. — 4) Park, Krebs. — 5) Stempel, Hämoglobinurie durch Heizgase. — 6) Korff, Narkose nach Schneiderlin. — 7) Schäfer, Wirkung von Nebennierenextrakt. — 8) Lothelissen, Nerven- und Sehnennaht. — 9) Schmitt, Lokalanästhesie bei Bauchoperationen. — 10) Lipawski, Appendicitis. — 11) MacLagan, Chirurgische Eingriffe bei Unterleibstypus. — 12) Stevens, Echinokokkenheilung. — 13) Ehrhardt, Galle in der Bauchhöhle. — 14) Riedel, Gallensteine. — 15) Robson, Pankreatitis.

C. Mariani, Fernere Ergebnisse der beiderseitigen Resektion des Hals-sympathicus bei 9 Kranken mit gewöhnlicher Epilepsie. (Original-Mittheilung.)

16) Hoepfl., Chirurgische Mittheilungen. — 17) Mazzoni, Krankenhausbericht. — 18) Finkelstein, Lymphdrüsentuberkulose. — 19) Brabec, Aktinomykose. — 20) Schöbl, Kombinierte Geschwülste. — 21) Serenin, Symmetrische Lipome. — 22) Kopfstein, Carcinom einer epidermalen Cyste. — 23) Blumberg, Antistreptokokkenserum. — 24) Strauven, Noma. — 25) McKenzie, Nebennierenextrakt bei Nasenbluten. — 26) Francesco, Medullaranästhesie. — 27) Pasquier und Leri, Cocain bei Icthis. — 28) Thin, Lepra. — 29) Breton, Epilepsie. — 30) Boeckel, Appendicitis. — 31) Moynihan, Duodenalzerreißung. — 32) Lewy, Magenkrebs. — 33) Barling, Dilatation des Duodenum. — 34) Karo, Mastdarmgonorrhoe. — 35) Niederle, Mastdarmkrebs. — 36) Ninni, Pankreasverletzung. — 37) Fullerton, Meningo-Encephalocèle. — 38) De Rouville, Spina bifida.

Das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung,
eine gelegentliche Ursache der Sehnenscheidenphlegmone
bei Fingeramputationen wegen Verletzung.

Von

Dr. Carl Lauenstein,

Oberarzt des Hafenkrankehauses zu Hamburg.

Wiederholt habe ich erlebt, dass eine unvorhergesehene Infektion der Sehnenscheiden entfernt vom Orte ihrer Verletzung dadurch zu Stande gekommen war, dass bei der Versorgung der verletzten Finger die Sehnen vor ihrer Abtragung mehr oder weniger stark vorgezogen

worden waren. Die abgeschnittenen Sehnenstümpfe hatten sich weit — oft bis zu 5 cm — in ihre Scheiden zurückgezogen. Trotz Offenlassens der Wunden der Fingerstümpfe tritt in solchen Fällen Fieber auf, es gesellen sich ganz allmählich Schwellung und Schmerzen hinzu, und als Ursache findet man nach einigen Tagen die Eiterung der Sehnenscheide, veranlasst durch den Sehnenstumpf, der, beim Vorziehen inficirt, nach der Abtragung sich zurückgezogen und so die Infektion in die Sehnenscheide übertragen hat. Auf die Bedeutung solcher Sehnenscheideneiterungen, die ich z. B. wiederholt an den Beugesehnen zu beobachten Gelegenheit hatte, brauche ich hier nicht näher einzugehen. Das besprochene Ereignis kommt meiner Erfahrung nach am leichtesten bei den Handverletzungen vor, wie sie der du jour-Arzt in Hospitälern mit Verletzungsmaterial und in poliklinischen Verhältnissen zu behandeln hat.

Veranlassung, auf diesen Infektionsmodus, der natürlich auch am Fuße eine Rolle spielen kann, und darauf, dass das Vorziehen der Sehnen vor ihrer Abtragung unnöthig, weil gefährlich ist, hinzuweisen, war mir, dass ich in unseren gebräuchlichen größeren und kleineren Handbüchern der Chirurgie diese Thatsache nicht erwähnt finde.

1) Comptes rendus der Sektion für allgemeine Chirurgie des 13. internationalen medicinischen Kongresses zu Paris 1900.

Herausgegeben von Ch. Walther.

Paris, Masson & Co., 1901. 823 S.

Der vorliegende, mit zahlreichen Abbildungen ausgestattete Band bildet die 10. der 17 Abtheilungen, in welchen die Vorträge des Kongresses vereinigt worden sind, und umfasst die zum Theil weiter ausgearbeiteten Vorträge chirurgischen Inhalts in der Sprache des Originals (Kongress-Sprachen: französisch, englisch, deutsch, italienisch). Ausgeschlossen ist die Chirurgie des Kindesalters (enthalten im Bd. V), die der Harnwege (Bd. XI) und die Kriegschirurgie (Bd. XVII). Die meisten vorliegenden Arbeiten wurden in diesem Blatte 1900 No. 48—51 kurz referirt. **Mohr** (Bielefeld).

2) **A. Brabec.** Über nosokomiale Gangrän.

(Wiener klin. Rundschau 1901. No. 20, 22—24.)

Die interessante Arbeit verdient schon deswegen Beachtung, weil der Hospitalbrand heut zu Tage sehr selten ist und daher der Mehrzahl der jüngeren Ärzte ein ganz unbekanntes Krankheitsbild sein dürfte. B. schickt zunächst seinen Betrachtungen die Beschreibung eines Falles voraus, den er in der Klinik des Prof. Maydl beobachtete. Dieser Fall von Hospitalbrand am Unterschenkel einer 13jährigen Pat. bot alle Characteristica der Erkrankung dar: Fieber, enorme Schmerzhaftigkeit, Jauchung mit stinkender Verflüssigung

der Weichtheile und Freilegung von Sehnen und Knochen, Durchfälle und schwere allgemeine Kachexie; vor Allem fanden sich Vincent'sche Bacillen mit Spirillen im Eiter und in den Geweben.

Verf. hat genaue Nachuntersuchungen über die Färbbarkeit dieser Bacillen angestellt; eine Reinzüchtung gelang auch ihm trotz mühevoller Versuche auf keine Weise. Er ist der Überzeugung, dass das wechselvolle klinische Bild der nosokomialen Gangrän durch die leicht auszuführende bakteriologische Untersuchung wegen ihrer Einfachheit und Sicherheit auch von weniger geübter Hand jederzeit richtig gedeutet werden kann. Ferner schildert er den pathologisch-histologischen Befund. Es finden sich Infiltrate, die oberflächlich nekrotisch und ganz von typischen Vincent'schen Bacillen durchsetzt sind; letztere sind: »zarte, fadenförmige, 5—10 μ lange, gerade oder gebogene Bacillen, theils vereinzelt, theils in Fäden zu 2 bis 5 Stück angeordnet, mit abgerundeten Enden und einer Spirille, die 2mal so lang als der Bacillus und sehr zart ist«. Ferner besteht diffuse, obliterierende Gefäßentzündung neben vielen Extravasaten in der Umgebung.

In einem interessanten geschichtlichen Überblick zeigt Verf., dass der Hospitalbrand in älterer Zeit eine endemische Krankheit der Spitäler, Kasernen, Gefängnisse etc. war und dass er besonders zu Kriegszeiten die schrecklichsten Verwüstungen angerichtet hat, bis die antiseptische Wundbehandlung ihn mit der Zeit fast ganz beseitigte. Jetzt findet er sich nicht mehr endemisch in Spitalern, nur ab und zu werden vereinzelte Fälle beschrieben, die meist außerhalb der Krankenhäuser entstanden waren.

Verf. definirt den Begriff der Krankheit dahin, dass er sagt, es sei ein Process sui generis, der sich den übrigen pathologischen Processen schwer angliedern lasse und wie etwa Noma eine Sonderstellung unter ihnen einnimmt; sie wird seiner Meinung nach primär durch den specifischen Mikroorganismus erzeugt, ohne vorherige Nekrose. Es sind 3 Grade zu unterscheiden:

- 1) Leichte Fälle, mäßiges Fieber und Schmerzen, schmieriger Wundbelag.
- 2) Heftiges Fieber und Schmerzen, tiefes, nosokomiales Geschwür.
- 3) Pulpöse Form: stinkende, fortschreitende Jauchung, Membranbildung, Hämorrhagien, septischer Charakter, schwere Allgemeinerscheinungen.

Was die Therapie anlangt, so giebt Verf. an, dass nur in den leichtesten Fällen Antiseptica (kein Ferrum candens) versuchsweise angewendet werden sollen. In allen schweren Fällen, um die drohende Sepsis zu vermeiden, ist frühzeitige Amputation mit offener Nachbehandlung des Stumpfes am Platze. Schmieden (Bonn).

3) F. Ransom. Die Vertheilung von Tetanustoxin und Tetanusantitoxin im lebenden thierischen Körper.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 13 u. 14.)

Tetanustoxin sowohl als Antitoxin wird aus dem subkutanen Gewebe mittels der Lymphgefäße aufgenommen und dem Blutstrom zugeführt. Nach intravenöser Injektion tritt ein beträchtlicher Theil des Toxins so wie des Antitoxins in die Lymphe über. In der Cerebrospinalflüssigkeit dagegen erscheint das Antitoxin nur in verhältnismäßig sehr kleinen Mengen, und das Toxin konnte mit Sicherheit überhaupt nicht nachgewiesen werden. Injektion des Tetanusantitoxins in den subarachnoidalen Raum verursacht keine Erhöhung der normalen entgiftenden Kraft der Nervensubstanz, und das Antitoxin geht schnell und fast vollständig in die Blutbahn über. Nach Injektion des Toxins in das Centralnervensystem verliert die Nervensubstanz wenigstens eine Zeit lang die Fähigkeit, Gift zu neutralisiren und wird selbst toxisch. Dies beruht nicht auf anhängender Cerebrospinalflüssigkeit, sondern das Gift wird vielmehr von der Nervensubstanz festgehalten. Das Verschwinden des Tetanustoxins aus dem Blute von Hühnern nach intravenöser Injektion kleiner Giftmengen beruht nicht auf einer Anhäufung des unveränderten Toxins in irgend einem Organe. Zu der Zeit, wo nach dem Verschwinden des Toxins Antitoxin im Blute zu erscheinen beginnt, ist keine Anhäufung von Antitoxin in irgend einem Organe zu finden. Auf eine einzelne, intravenös gegebene, kleine und ganz unschädliche Toxindosis reagirt der Hühnerorganismus mit der Herstellung einer beträchtlichen Antitoxinmenge. Schulz (Barmen).

4) R. Park. The nature of the cancerous process.

(Buffalo med. journ. 1901. Juli.)

P., ein Anhänger der parasitären Entstehungstheorie der bösartigen Geschwülste, hält sämtliche früheren Geschwulsttheorien für unzulänglich. Die Cohnheim'schen Anschauungen erklären nur das Vorhandensein gewisser Zellen an ungewöhnlichen Orten, nicht aber das eigenartige Verhalten der Zellen in bösartigen Geschwülsten. Reizwirkung und Trauma haben nur in so fern Beziehungen zur Geschwulstbildung, als sie analog ihrer Wirkung bei der Tuberkulose die Widerstandsfähigkeit des Gewebes gegenüber der Krebsinfektion herabsetzen. Die bisherige Abneigung vieler Krebsforscher gegen die parasitäre Theorie erklärt sich durch den Umstand, dass die Untersuchung frischen und noch lebenswarmen Gewebes und die Interpretation der Lebenserscheinungen der Geschwülste gegenüber dem Studium todtten Gewebes an gehärteten Schnitten zu sehr vernachlässigt worden ist. Für die parasitäre Entstehung sprechen: die infektiöse Grundursache analoger Geschwulstformen bei der Pflanze und beim Thier, die vielfachen Analogien zwischen bösartigen Geschwülsten und infektiösen Granulations-

geschwülsten, die Metastasenbildung, die sonst in der Pathologie immer als ein Zeichen der Infektiosität angesehen wird, schließlich die lokale Infektiosität der bösartigen Geschwülste. Gegen die Ansicht, dass die vielfach beschriebenen und als Parasiten gedeuteten Formelemente in den Geschwülsten bloße Zelldegenerationen seien, spricht, dass solche Formen in gesunden Geweben und in gutartigen Geschwülsten nicht vorkommen, dass sie ferner unter anderen Umständen bisher nicht künstlich reproducirt werden konnten, und dass ganz ähnliche Elemente nach Krebsinokulationen entstanden sind. Die gleichen Elemente zeigen, wenn sie lebenswarmem Krebsgewebe entnommen sind, unter dem Mikroskop deutliche amöboide Bewegungen.

Im Krebslaboratorium der Universität Buffalo fand P. fast bei allen untersuchten bösartigen Geschwülsten Organismen, deren Kulturen auf Thiere immer pathogen wirkten, aber nicht immer deutliche Carcinome hervorbrachten. Die vielfachen Misserfolge bei den Versuchen, durch Einimpfung von Krebsgewebe oder Parasitenkulturen bei Thieren Krebs zu erzeugen, erklären sich aus unserer Unkenntnis bezüglich der Biologie der anscheinend sehr empfindlichen Parasiten, welche nach P.'s Untersuchungen den gewöhnlichen bakteriologischen Methoden und Kulturmedien vollkommen inadäquat sind. Am besten bewährte sich zur Kultur die Methode von Gaylor und Clewes: kleine Kollodiumkapseln werden mit Kulturen oder frischem Gewebssaft gefüllt, versiegelt und in die Bauchhöhle eines Thieres gebracht. Hier erfolgt starkes Wachstum und Zunahme der Virulenz. Verimpfung auf ein zweites Thier führt zu akuter hämatogener Infektion und Knotenbildung in den verschiedensten Körpertheilen, entsprechend einer miliaren Carcinose. Die Knoten haben oft den genauen Charakter eines Adenocarcinoms.

Ohne auf eine genauere Beschreibung seiner Parasiten einzugehen, deren Lebensverhältnisse noch nicht genügend studirt sind, hebt Verf. eine große, bis auf Einzelheiten genaue Übereinstimmung seiner Untersuchungen mit den jüngst von M. Schüller (Die Parasiten im Krebs und Sarkom des Menschen; Jena, 1901) veröffentlichten hervor. Wahrscheinlich handelt es sich um protozoenähnliche Organismen.

Mohr (Bielefeld).

5) W. Stempel. Über die Gefahren der Gasheizungsanlagen. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Hämoglobinurie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 2.)

Verf. bespricht eingehender die verschiedenen Ursachen, welche eine Hämoglobinurie erzeugen können, mit besonderer Berücksichtigung derjenigen ätiologischen Faktoren, welche hauptsächlich für die Chirurgie in Betracht kommen. Hier sind vor Allem die früher geübten Bluttransfusionen vom Thiere aus und eine Reihe medikamentöser Intoxikationen zu nennen. S. weiß als neue, bisher unbekannt, resp. noch nicht publicirte Ätiologie für Hämoglobinurie die Ein-

athmung von Gasen anzuführen, welche in gewisser Beziehung zur Chirurgie stehen. Durch ungenügende Verbrennung der Heizgase, wie sie vielfach in chirurgischen Operationssälen angewendet werden, entstehen nämlich Produkte, welche, wie des Verf. eigene ausführlich beschriebene Krankengeschichte lehrt, durch fortgesetzte Einathmung allgemeine Erscheinungen von Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen etc. hervorrufen können und schließlich sogar Hämoglobinurie zu veranlassen im Stande sind. S., der stets gesund war, hat auf diese Weise wiederholt Anfälle von Hämoglobinurie sich zugezogen. Erst die Abschaffung seines im Operationszimmer aufgestellten Gasheizapparates beseitigte die Wiederkehr des Leidens. Deshalb erhebt er die Forderung, dass das Heizgas aus den Operationszimmern zu verbannen sei. Einen bestimmten chemischen Nachweis, welcher Stoff die Schädigung herbeiführe, kann man bisher nicht führen. Indessen vermuthet S., dass das Acetylen wohl am ehesten in Betracht käme.

E. Stegél (Frankfurt a/M.).

6) **B. Korff.** Die Narkose des Herrn Dr. Schneiderlin.
(Aus der Klinik von Prof. Schinzinger in Freiburg i/Br.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Die Schneiderlin'sche Narkose besteht in der mehrmaligen subkutanen Darreichung von Scopolaminum hydrobromicum in Dosen von 3 dg an mit Morphin (1 cg und mehr). In Schinzinger's Klinik ist die Methode etwas modificirt in Anwendung gekommen: Es wurden zunächst 3—4 dg (bei Kindern von 7—10 Jahren 1—2 dg) Scopolaminum hydrobromicum und 1 cg (bei Kindern $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ cg) Morphin 2—3mal in 2stündigen Pausen injicirt und $\frac{1}{2}$ —1 Stunde nach der 2. bzw. 3. Einspritzung, falls noch keine genügende Anästhesie eingetreten war, so viel Chloroform auf Tropfmaske geträufelt, als zur Narkose nöthig war. Oft reichten ein Paar Tropfen aus, höchstens wurde bis $\frac{1}{3}$ der sonst zur Chloroformbetäubung erforderlichen Menge verbraucht. Die Narkose war ruhig, nicht durch Erbrechen gestört; nach ihr schliefen die Pat. stundenlang weiter und vermochten nach dem Erwachen, frei von allem Unbehagen, Kopfweh etc., bald etwas Nahrung zu sich zu nehmen. Folgeerscheinungen traten unter 80 Fällen, in denen die Schneiderlin'sche Narkose angewandt worden, nur 1mal — bestehend in Verminderung der Pulsfrequenz auf 46 während 24 Stunden — auf.

Hiernach erscheint die Schneiderlin'sche Narkose weiterer Prüfung, besonders auch zur Feststellung der Maximaldosis des Scopolamins, werth.

Kramer (Glogau).

7) **E. A. Schäfer.** On certain practical applications of extract of suprarenal medulla.

(Brit. med. journ. 1901. April 27.)

S. empfiehlt auf Grund von Thierversuchen das Extrakt der Nebenniere bei plötzlicher Herzschwäche, in Folge von Chok, Blu-

tungen, Intoxikationen, hauptsächlich auch bei Unfällen in der Narkose. Das zur Verwendung gekommene Material bestand aus der gesunden Marksubstanz der Nebenniere des Ochsen oder des Schafes. Dieselbe wurde schnell bei einer Temperatur von nicht mehr als 50° getrocknet. Zur Anwendung kam eine filtrirte Abkochung von 0,35:30. Dieselbe soll in eine oberflächliche Vene oder in verzweifelten Fällen ins Herz selbst durch die Brustwand hindurch injicirt werden. Irgend welche nachtheiligen Wirkungen hat S. bei seinen Versuchen nicht beobachtet.

Dessgleichen soll eine Abkochung von 3,0:400,0 bei lokaler Anwendung eine kräftige Kontraktion des Uterus anregen. S. stellt eine ausführliche Publikation über die Versuche in Aussicht.

Weiss (Düsseldorf).

8) G. Lotheissen. Zur Technik der Nerven- und Sehnen-naht.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 2.)

Bei Verletzungen von peripheren Nerven, bei denen die Diastase der Fragmente eine primäre Wundvereinigung unmöglich macht, hat man verschiedene Verfahren angewendet, dem Heilungsproceß zu Hilfe zu kommen. Man bediente sich eines Katgutstranges oder Röhren aus verschiedener Substanz. Alle diese Methoden haben nach L.'s Ansicht Nachtheile, welche ihre allgemeine Brauchbarkeit in Frage stellen. Verf. empfiehlt als geeignetes Mittel in Formalin gehärtete Gelatineröhren. Solche in 2%iger Lösung gehärtete Stäbe und Röhren, welche auch sterilisirt werden können, verfallen nach den Experimenten L.'s je nach der Zeit, in welcher sie in Formalin gelegen haben, einer mehr oder weniger langsamen Resorption. Die Anwendung ist empfehlenswerth bei Nervennahten und auch bei Naht der Sehnen, wo besonders darauf zu achten ist, dass mehrere durchschnittene Sehnen nicht mit einander verwachsen. Bei Nervendefekten, bei denen eine Regeneration oft erst im 3. Monate beginnt, ist es rathsam, Röhren zu benutzen, bei denen die Härtung 6 bis 7 Tage gedauert hat.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

9) A. Schmitt. Über Bauchoperationen ohne Narkose. (Aus der Königl. chirurg. Klinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 30.)

S. bedient sich bei den Bauchoperationen ohne Narkose einer 1%igen Cocainlösung, von der ca. 3 Pravaz'sche Spritzen in der Ausdehnung des Hautschnittes verbraucht werden; üble Nach- und Nebenwirkungen des Cocains wurden niemals beobachtet. Die Mehrzahl der Fälle, in denen in dieser Weise verfahren wurde, betrafen aufs Äußerste herabgekommene Kranke, die einer Gastroenterostomie oder Gastrostomie oder einer Laparotomie wegen Darmverschluss oder eines Bauchschnittes wegen eingeklemmter Hernie etc. be-

durften. Ein Nachtheil ist es, dass die Bauchmuskeln nicht zum Erschlaffen gebracht werden können; auch bei Injektion von Cocainlösung in dieselben ließ sich das starke Pressen der Pat. nicht verhindern. Das Bauchfell wurde nie anästhesirt, war indess nur bei Dehnen und Zerren stark empfindlich; bei ausgedehnteren Verwachsungen möchte S. deshalb der Narkose den Vorzug geben, die auch bei entzündetem Peritoneum für zweckmäßiger gehalten wird. Magen und Darm sind für Schneiden, Stechen und Nähen etc. unempfindlich, während das Aufklappen derselben oft schmerzhaft ist. Auch das Abbinden des Mesenterium bei Darmresektion geht mit Schmerzgefühl einher, das des Netzes veranlasst bei Vermeiden von Zerren solches nicht. Die Harnblase ist nur beim Abstreifen des Bauchfelles und bei Auseinanderziehen der Blasenwunde empfindlich.

Es ergibt sich aus Vorstehendem, dass eine absolute Schmerzlosigkeit bei der Anwendung der lokalen Anästhesie sich nicht in allen Fällen erreichen lässt; doch sind die Schmerzen und Beschwerden während der Operation ohne Narkose im Verhältnis zu den Gefahren der Allgemeinnarkose und zu deren Folgen so gering, dass man sie den Kranken zumuthen darf. Allerdings lassen sich auch bei der Lokalanästhesie Komplikationen von Seiten der Athmungsorgane nicht immer verhindern; 2 Pat. bekamen nach Gastroenterostomien eine Pneumonie, deren Eintreten freilich durch den schlechten Allgemeinzustand des betr. Kranken begünstigt wurde. Immerhin kann auch in dieser Hinsicht das etwas langsamere Operiren bei lokaler Anästhesie durch die Gefahr der Abkühlung der Baucheingeweide von nachtheiligem Einfluss sein. **Kramer** (Glogau).

10) S. M. Lipawski. Zur Frage von der Appendicitis.

Diss., St. Petersburg, 1901. (Russisch.)

10 klinische Beobachtungen mit bakteriologischer Untersuchung des Eiters und makro- und mikroskopischem Studium des Wurmfortsatzes gaben keine Anhaltspunkte zur Erklärung der Ursachen und Ausgänge; fast in allen Fällen fand man im peritonealen Exsudat die verschiedensten Mikroorganismen. Dann machte L. 30 Experimente an Kaninchen. 8 davon mit mechanischer und chemischer Reizung der Appendix zeigten, dass schwache Reize der Art nur unbedeutende entzündliche Erscheinungen hervorrufen; starke mechanische Reizung erzeugt eine Appendicitis, die aber nicht zu Perforation in die Bauchhöhle führt, da sich bindegewebige Membranen an der Serosa ablagern. 22 Versuche mit Einbringung von Streptococcus- und Bact. coli-Kulturen in die Art. appendicularis und in die Wurmfortsatzhöhle (mit Unterbindung oder Abquetschung der Wand, oder chemischer Reizung derselben in einigen Versuchen) zeigten, dass die Injektion von schwacher Kultur des Streptococcus in die Arterie keine sichtbaren Veränderungen hervorrufft; doch genügte das Einführen der Streptokokkenkultur in die Wurmfortsatz-

höhle, um starke Entzündung hervorzurufen, alle Schichten der Appendix für die Bakterien durchgängig zu machen und selbst die eine oder andere Form von Peritonitis zu erzeugen. Mikroskopisch zeigte die Appendix in allen Fällen Entzündungserscheinungen; war dazu der Fortsatz noch stark verengt oder ganz unterbunden, oder waren große Mengen der Kultur eingeführt, so entstand Gangrän der Schleim- und Muskelhaut. Die Einführung von schwachen Bouillonkulturen des *Bact. coli commune* in die Appendix erzeugte Entzündung und Granulationsbildung von Seiten der Serosa des Fortsatzes; wurden mechanische oder chemische Reizungen noch mit der Wirkung des *Bact. coli* verbunden, so war die Entzündung intensiver und führte zuweilen zum Tode durch diffuse Peritonitis; doch drang durch die unverletzte Appendixwand nur der *Streptococcus* in die Peritonealhöhle.

So liegt wohl die Ursache der Appendicitis beim Menschen nicht nur in einer der 3 bisher angenommenen Bedingungen (Fremdkörper, Abschluss der Appendixhöhle, Stagnation von Koth und reizenden Substanzen), sondern in einer Kombination aller zusammen.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

11) J. T. MacLagan. The surgical treatment of typhoid fever.

(Brit. med. journ. 1901. Juni 15.)

McL. bespricht diejenigen Zustände bei Typhus abdominalis, welche einen chirurgischen Eingriff erfordern. In erster Linie steht die Perforation des Darmes. Die Aussicht, welche die Operation bietet, richtet sich nach der Art der Perforation. Es sind 2 Formen zu unterscheiden. Die eine ist charakterisirt durch eine Verschwärung sämtlicher Schichten der Darmwand; es entsteht ein großes Loch, und die Überschwemmung der Bauchhöhle mit Darminhalt ist eine so rapide, dass ein chirurgischer Eingriff wenig Aussicht auf Erfolg bietet. Zudem sind die Kranken dann auch so stark kollabirt, dass eine Operation kaum noch in Frage kommt.

Anders verhält es sich bei den kleinen Perforationen. Das Allgemeinbefinden ist nicht so herunter, die Beschmutzung der Bauchhöhle nicht so intensiv, die Operation gestaltet sich einfacher, und dem entsprechend ist die Aussicht auf Erfolg größer, vorausgesetzt, dass frühzeitig genug eingegriffen wird. Die Diagnose hat vor Allem 3 Symptome zu berücksichtigen: Schmerz in der Bauchhöhle, welcher allerdings bisweilen bei dem benommenen Zustande der Kranken nicht deutlich ausgesprochen ist, Abnahme der abdominalen Athmung — dieselbe nimmt einen mehr thorakalen Charakter an — und Rigidität der Bauchdecken. Jedes einzelne dieser Symptome, wenn es zu Ende der dritten Typhuswoche auftritt, ist verdächtig, das Zusammentreffen aller drei erhebt die Diagnose zur Gewissheit. Sofortige Laparotomie ist dringend indicirt; bestehen Zweifel, so ist

der Probeschnitt vorzunehmen, der nicht viel verderben, wohl aber viel Unheil verhüten kann.

Noch in einer Kategorie von Typhusfällen hält McL. die chirurgische Therapie für indicirt und aussichtsreich, wenn nämlich nach Abstoßung der Schorfe eine Stauung im Darmkanal auftritt. Der Kranke ist stark benommen; es besteht hohes Fieber, der Puls ist klein und frequent, der Leib stark aufgetrieben, es gehen nur kleine Quantitäten eines flüssigen, höchst übelriechenden Stuhles ab. Der Kranke geht zu Grunde an septischer Infektion in Folge von Resorption des stagnirenden Darminhalts und durch Behinderung der Athmung in Folge des Druckes, welchen das stark ausgedehnte Colon auf das Zwerchfell ausübt. Einführung eines Darmrohrs nützt nicht viel, da der Sitz der Stagnation nicht erreicht wird. McL. rath in solchen Fällen einen künstlichen After am Blinddarm anzulegen, da die Hauptaufgabe nunmehr darin zu suchen ist, das septische Material zu entfernen. Persönliche Erfahrungen über den Eingriff stehen dem Verf. nicht zu Gebote. Seine Beobachtungen am Krankenbett haben ihn veranlasst, besagten Vorschlag zu machen.

Weiss (Düsseldorf).

12) M. Stevens. The spontaneous cure of hydatid cysts.

(Brit. med. journ. 1901. Mai 11.)

Im Anschlusse an die Ergebnisse einer Sektion, bei welcher in der Leber 2 abgestorbene Echinokokkensäcke gefunden wurden — der eine der Säcke war mit einer kittähnlichen Masse ausgefüllt, in welcher nur spärliche Scolices nachweisbar waren, in dem zweiten waren daneben noch eine gelatinöse Flüssigkeit so wie Reste der geschichteten Cuticula vorhanden —, bespricht S. die Ursachen, welche zur Spontanheilung führen können. Von den in Frage kommenden Verhältnissen: 1) primäres Absterben des Parasiten; 2) Eindringen von Galle in den Cystensack; 3) Resorption der Cystenflüssigkeit; 4) abnorme Wachsthumsvorgänge seitens der Tochterblase; 5) Veränderungen der umgebenden Kapsel, glaubt S., dass in den meisten Fällen Veränderungen in dem umliegenden Gewebe für den Tod der Blase verantwortlich zu machen sind. Das Gewebe wird sklerotisch; dadurch wird die Blutzufuhr behindert, zum Theil auch abgeschnitten, und die Folge davon ist die Unterernährung der Cyste. Als Vergleich zieht S. die Vorgänge heran, welche bei Verkäsung des Tuberkels eine Rolle spielen.

Die Gründe, welche S. für seine Ansicht vorbringt sind folgende:

1) Abgestorbene Echinococcuscysten haben ihren Sitz meist an der Peripherie der Organe, wo die Blutcirculation nicht so intensiv ist.

2) In vielen Fällen finden sich keinerlei Anzeichen, dass die Cyste sich verkleinert hat.

3) Bei Echinococcuscysten der Lunge findet sich die Cyste meist im Degenerationsstadium, wenn die umgebende Kapsel dick und derb ist.

4) Bei kleinen degenerirten Lungencysten zeigt, wenn die Kapsel nicht abnorm dick ist, das Lungengewebe eine beträchtliche Verdickung.

In dem vorliegenden Falle war die Leber deutlich cirrhotisch.
Weiss (Düsseldorf).

13) O. Ehrhardt. Über Gallenresorption und Giftigkeit der Galle im Peritoneum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 2.)

Verf. war bestrebt zu untersuchen, ob die Anwesenheit größerer Gallenergüsse in der Bauchhöhle von Thieren unschuldig ist, wie dies einige Autoren, zuletzt noch Bostroem, behaupteten, ferner ob event. schädliche Wirkungen sich durch irgend welche Maßnahmen verringern oder beseitigen ließen.

Wenn er durch geeignete Eingriffe eine dauernde Ergießung von Galle in die Bauchhöhle hervorrief, erholten sich die Thiere zuerst von der Operation, bald wurden sie aber immer mehr ikterisch und starben nach 2 bis 6 Tagen. Der Symptomenkomplex, unter dem sie zu Grunde gingen, war dem Bilde des Icterus gravis verwandt.

In der Bauchhöhle war bei der Sektion nur wenig Galle zu finden, dagegen waren die Organe allgemein ikterisch. Das Bauchfell zeigte keine Entzündung, sondern war spiegelnd glatt. Die gallenhaltige Flüssigkeit im Bauchfellraum war steril. Es erscheint also als höchst zweifelhaft, dass die Galle eine chemische Peritonitis hervorzurufen im Stande ist. Der Ikterus war verursacht durch Überschwemmung des Blutes mit Galle vom Ductus thoracicus aus, so dass eine echte Cholämie bestand.

In einer weiteren Versuchsreihe suchte Verf. die Resorption der Galle zu hindern. Er erreichte dies dadurch, dass er das Bauchfell mit schwach virulenten oder abgetödteten Bakterienkulturen inficirte. Eine so hervorgerufene milde Bauchfellentzündung hemmt in der That die Aufsaugung der Galle, und speciell in 2 Versuchen konnte Verf. nachweisen, wie die Gallenresorption auf diese Art vermindert, die Ansammlung galliger Flüssigkeit in der Bauchhöhle vermehrt war und wie durch peritonitische Verklebungen die künstlich hervorgerufene Trennung der Wandung der Gallenwege verklebt und durch adhärente Darmschlingen geschlossen war.

Diese Versuche legen es nahe anzunehmen, dass auch die beim Menschen beobachteten Fälle von Verletzung der Gallenwege auf ähnliche Weise verlaufen, dass in den Fällen von Heilung ebenfalls leichte bakteritische Infektionen bestanden, welche eine ausgedehntere Resorption verhüteten. Jedenfalls sprechen die Versuche L.'s dafür, dass ein aktives Verfahren bei Kontinuitätstrennungen der Gallenwege durchaus berechtigt und rathsam ist. Denn auf die Naturheilung durch eine leichte Peritonitis und Verklebung des Risses in den gallenführenden Gängen kann man nicht mit absoluter Sicherheit rechnen. Bei vielen Fällen kommt es nicht zu diesen Heilungs-

vorgängen; darum erfordern einschlägige Fälle entweder die Naht des Risses oder doch mindestens eine Ableitung der Galle nach außen. Ein frühzeitiger Eingriff bald nach dem Trauma bietet die besten Aussichten. In späterer Zeit ist besonders die Auffindung der Riss-Stelle oft sehr erschwert. Trotzdem ist auch eine späte Laparotomie der Behandlung mit mehrfachen Punktionen überlegen.

E. Stegel (Frankfurt a/M.).

14) Riedel. Über die Gallensteine. Säkularartikel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 1—3.)

R. leitet seine so inhaltvolle und interessante Besprechung ein mit einem historischen Rückblick über das, was das letzte Jahrhundert zu unserer Kenntnis des Gallensteinleidens beigetragen hat. Schon zu Ende des vorletzten Jahrhunderts konnte Sömmering 213 Autoren citiren, die über Gallensteine geschrieben hatten. Dass bei der Bildung von Gallensteinen die Infektion eine große Rolle spielt, erscheint zweifellos; das allein aber reicht nicht aus, um die Gallensteinkoliken zu erklären. Gallensteine können Zeit Lebens in der Gallenblase ruhig liegen bleiben ohne Symptome zu machen, eine Gefahr bilden sie dadurch, dass sie zu Carcinombildung Anlass geben. Unter 5—600 Gallensteinkranken R.'s finden sich 43 Krebsfälle. Stellt sich ein größerer Stein in den Blasenhalss ein, so wird der Ductus cysticus verlegt und es entsteht ein Hydrops vesicae felleae, oder aber es kommt zur Schleim- und Eiterbildung in der Gallenblase. Auch dieser Hydrops kann sich viele Jahre durchaus ruhig verhalten und ganz symptomlos bleiben, bis plötzlich ein akuter Schub unter den bekannten Erscheinungen der Gallensteinkolik einsetzt. Die Ursache dieser Entzündung kann ein Trauma sein. Durch Wiederholung solcher akuter Entzündungen wird zuweilen die Perforation der Steine in Nachbarorgane vorbereitet. Ikterus tritt bei solchen Gallensteinkoliken in 10—15% auf. R. nennt denselben den »entzündlichen« im Gegensatz zum reell-lithogenen Ikterus und erklärt seine Entstehung dadurch, dass sich eine Schleimhautschwellung von der entzündeten Gallenblase auf das gesammte Gallengangsystem fortsetzt. Ist der Kolikanfall erfolgreich, wird der Stein durch den Ductus cysticus in den Ductus choledochus getrieben, so ändert sich mit einem Schlage das Bild: aus dem mehr oder weniger harmlosen Lokalleiden ist ein Allgemeinleiden geworden, es tritt Stauungsikterus auf. Für gewöhnlich bleibt nach dem ersten erfolgreichen Anfall eine zusammengeschrumpfte Gallenblase zurück, die in offener Kommunikation mit dem Ductus choledochus steht, also Galle enthält. Bald lässt der Krampf des den Stein umklammernden Choledochus nach, die Galle fließt am Stein vorbei, der Ikterus verschwindet. Die Gefahr der Infektion scheint nur dann gering zu sein, wenn die Steine, welche die Papille passieren, ganz klein sind; sie können auf einmal oder in mehreren Anfällen durch die Gallenwege getrieben werden, bis sie nach wenigen Tagen im Stuhl er-

scheinen; dieses ist der alte typische Anfall, zugleich der günstigste Ausgang.

Dem Praktiker giebt R. folgende Weisung: Zeigen sich nach einem Anfalle mit Ikterus kleine Steine im Stuhl, so braucht nicht operirt zu werden; folgen aber hernach mehrere erfolglose Anfälle, so ist die Operation in Betracht zu ziehen, weil sich neben kleinen auch größere Steine vorfinden werden. Es muss operirt werden, wenn nach vielen erfolglosen Anfällen der Stein im Choledochus stecken bleibt; nur wenn nach wiederholten Anfällen selbst größere Steine im Stuhl erscheinen, kann man sich zunächst abwartend verhalten; denn wenn ein größerer Stein die Papille passirt hat, können auch weitere folgen, ganz abgesehen davon, dass jener der einzig existirende resp. der letzte ausgeworfene sein kann. Stellen sich dann aber wieder erfolglose Anfälle ein, so ist die Operation angezeigt. Ein erfolgloser Anfall ohne Ikterus ist Grund zum Operiren; man soll nicht abwarten, bis es so weit kommt, dass nach vielen vergeblichen Anfällen ein Stein in die Tiefe getrieben wird; wir sollen ihn, so lange er noch relativ harmlos, noch möglichst frei von Infektion ist, eliminiren, und da wir mit keinem anderen Mittel sicher auf ihn einwirken können, sollen wir operiren. Wenn diese frühzeitige Indikationsstellung allgemein durchdringt, würden die unrettbaren Fälle beim Gallensteinleiden eben so selten werden, wie heut zu Tage durch präzise und rechtzeitige Indikationsstellung die brandigen Brüche selten geworden sind. Schulz (Barmen).

15) **M. Robson.** An adress on pancreatitis.

(Brit. med. journ. 1901. Mai 11.)

R. betont, dass entzündliche Vorgänge im Pankreas häufiger vorkommen, als allgemein angenommen wird, dass dieselben vielfach aber der Diagnose noch nicht zugänglich sind. Die Bedingungen für Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse sind die nämlichen wie für diejenigen der Gallenwege. Bei letzteren ist eine Infektion vom Duodenum aus häufiger zu beobachten, und es ist nicht recht ersichtlich, wesshalb das Pankreas von der Invasion der Infektionserreger verschont bleiben sollte. Es kommen 3 Wege in Betracht, auf welchen die Infektion statthaben kann. 1) Direktes Übergreifen eines entzündlichen Processes auf das Pankreas von der Umgebung her, wie bei Krebs und Geschwür des Magens und des Duodenum. 2) Zufuhr der Infektionsstoffe auf dem Wege der Blutbahn. 3) Infektion des Drüsengewebes vom Ausführungsgange aus. R. hält das letztere Vorkommnis für das häufigste. Aetiologisch kommen neben dem Trauma, welches häufiger eine sogenannte hämorrhagische Pankreatitis im Gefolge hat — Misshandlung des Organs gelegentlich vom Laparotomiren spielt dabei auch eine Rolle —, hauptsächlich Cholelithiasis in Betracht, namentlich in solchen Fällen, bei welchen der Ductus choledochus durch Steine verschlossen ist. Es gelingt dann

an der Leiche häufig, auch Eiter aus dem Ausführungsgang des Pankreas auszudrücken.

Unter den Symptomen der Pankreaserkrankungen hebt R. besonders die Neigung zu Blutungen hervor. Vielfach findet sich damit vergesellschaftet ein starker Ikterus, verursacht durch Cholechusverschluss in Folge von Druck seitens des Pankreas. R. hat die Erfahrung gemacht, dass die Neigung zu Blutungen bei Gallensteinikterus lange nicht so ausgesprochen ist, wie bei Ikterus, welcher sich auf Grund einer Pankreaserkrankung entwickelt. Einen Kranken, welcher an Krebs des Pankreaskopfes litt, und bei welchem wegen der Cholämie die Cholecystostomie ausgeführt wurde, verlor R. an retroperitonealer Blutung. Bei einem anderen solchen Falle trat eine tödliche Blutung aus dem Innern der Gallenblase und den Stichkanälen auf. R. lässt seinen Pat. 1—2 Tage vor der Operation 2—4 g Calciumchlorid 3mal täglich per Klysma verabfolgen, eben so noch 2 Tage nach der Operation 3mal täglich je 4 g.

Die Ursache der Blutungen ist noch nicht klar. Ob vielleicht der Resorption des bei der Fettnekrose abgeschalteten Glycerins eine Rolle zukommt, will R. dahingestellt sein lassen. Cammidge, welcher auf Veranlassung von R. Untersuchungen bez. dieses Punktes anstellte, fand, wenn nach dem Kochen des Urins mit irgend einem oxydirenden Agens die Phenylhydracineprobe angestellt wurde, eine sehr große Anzahl gelber Nadeln, welche in Scheiben- oder Rosettenform angeordnet waren. Harn, welcher vorher nicht behandelt worden war, Urin von Gesunden oder namentlich auch solchen Kranken, welche an einfachem katarrhalischem Ikterus litten, zeigte die Reaktion nicht. Die Zahl der Untersuchungen ist indessen noch so klein, dass dieselben für die Diagnose noch nicht verwerthbar erscheinen.

Was die Behandlung angeht, so fällt dieselbe bei akuten Fällen mit der Behandlung der Peritonitis zusammen. In erster Linie handelt es sich darum, den Collaps zu bekämpfen. Dann muss das septische Material so früh wie möglich entleert werden, sei es von einem Laparotomieschnitte aus oberhalb des Nabels oder von hinten durch den linken Angulus costo-vertebralis. R. empfiehlt, von einem kleinen vorderen Schnitte aus die Verhältnisse klarzustellen und dann die eigentliche Ausräumung und Drainage von hinten her zu bewerkstelligen.

In den subakuten Fällen ist die Zeit zum Handeln nicht so eng begrenzt. Der Meteorismus ist zu bekämpfen durch Magenspülungen, Terpentinklystiere und kleine Dosen von Kalomel; treten dann Durchfälle auf, so giebt R. Salol, Wismuth mit kleinen Dosen von Opium. Drängt das Befinden des Kranken zu chirurgischem Eingreifen, so verfährt R. wie in den akuten Fällen. Nur einmal hat er vom vorderen Schnitt aus drainirt; der Kranke ging zu Grunde. Bei einem Kranken, bei welchem es in Folge eines Magengeschwürs zu einem Abscess im Pankreas gekommen war, führte

R. die Gastroenterostomia post. aus. Der Kranke genas. Im Ganzen hat R. 5 solcher Fälle operirt, von denen 3 durchkamen.

Die chronische Pankreatitis hat ihren Grund meistens in einer Cholelithiasis. Die Art des Eingriffes richtet sich nach den vorgefundenen Verhältnissen. Im Allgemeinen bevorzugt R. die Cholecystostomie, wobei die Drainage der Gallenblase so lange fortzusetzen ist, bis die Galle ein normales Aussehen hat und zum größten Theil ihren normalen Weg nimmt. Mit der Cholecystenterostomie hat R. einen Misserfolg zu beklagen. Nach anfänglicher Besserung ging der Kranke 3 Monate nach der Operation zu Grunde. Die Wirkung der Drainage der Gallenblase ist nach R. so zu erklären, dass der Druck auf den Ausführungsgang des Pankreas aufhört und dieser dadurch indirekt drainirt wird. Steine im Ausführungsgang werden vom Duodenum aus, dessen vordere Wand incidirt wird, entfernt; haben dieselben ihren Sitz mehr in der Substanz der Drüse, so dringt R. auf dieselbe vor und entfernt sie mittels Incision.

Im Ganzen hat R. 22 solcher Fälle behandelt. Einer ging im Anschlusse an die Operation zu Grunde, 2 starben einige Monate später. Die übrigen wurden geheilt.

R. erläutert seine Ansichten durch die Mittheilungen einschlägiger Krankengeschichten, deren Einzelheiten anzuführen, hier zu weit führen würde.

Weiss (Düsseldorf).

Kleinere Mittheilungen.

(Krankenhaus S. Andrea in Massa Marittima, Italien.)

Fernere Ergebnisse der beiderseitigen Resektion des Halssympathicus bei 9 Kranken mit gewöhnlicher Epilepsie.

Von

Dr. Carlo Mariani, Oberarzt.

Im Oktober des Jahres 1899 theilte ich auf dem Kongresse der Italienischen Gesellschaft für Chirurgie in Rom eine präventive Anmerkung über die doppelseitige Resektion des Halssympathicus bei 8 Kranken von Epilepsia vulgaris mit. Dieselben waren jedoch nur operirt: der eine seit 7 Monaten, die anderen seit 6 $\frac{1}{2}$, 5, 4 $\frac{1}{2}$ Monaten und der letzte seit 20 Tagen.

Da die Operation erst kürzlich gemacht war, konnte ich nicht zu einem gründlichen Schlusse kommen, obwohl meine Patt. in der oben genannten Zeit alle mehr oder weniger epileptische Anfälle gehabt hatten. Ich musste abwarten, welche genaue Entscheidungen über die Wirksamkeit der bezeichneten Kur die weitere Beobachtung gebe. Zunächst operirte ich noch einen anderen Epileptiker; seitdem aber verweigerte ich diese Behandlung allen, die mich darum baten. Jetzt ist nun genug Zeit vorüber gegangen, um ein bestimmtes Urtheil über den Zustand solcher Kranken zu gestatten, und ich werde darüber berichten.

Von den 9 Patt. sind 7 vor mehr als 2 Jahren operirt worden, die anderen 2 vor fast 2 Jahren, alle zwischen April und November 1899. Ich behandelte so nur ganz entschiedene Fälle von Epilepsia vulgaris, verweigerte die Operation dagegen Allen, die erst seit kurzer Zeit erkrankt waren und Solchen, bei welchen mir

die Diagnose nicht sicher erschien, um so ein möglichst sicheres Resultat des Eingriffes zu erzielen.

Da alle Krankengeschichten, außer der letzten, schon weitläufig von mir publicirt sind (Clinica chirurgica 1900 No. 1 u. 2 — Atti del 14. Congresso Italiano in Roma), werde ich hier nur von den Ergebnissen sprechen.

Von den 9 Patt. ist nicht einer von seiner Epilepsie befreit worden, obwohl bei den meisten Operirten in den ersten Monaten die Anfälle an Häufigkeit nachgelassen hatten; denn später erfolgten diese wieder in alter Heftigkeit und Häufigkeit. 2 der Operirten waren Idioten; ihr Verstand erlitt nach der Operation nicht die geringste Veränderung.

Die Patt. leben alle, außer einem 12jährigen Kinde, welches 16 Monate nach der Operation in einem epileptischen Anfalle starb. Bei keinem traten nach der Operation Störungen oder Veränderungen in den Funktionen des Organismus, bei keinem Atrophie in den Gesichtswetheilen ein; nur eine leichte Senkung des Augapfels trat zu Tage. Die Heiserkeit, die bei 3—4 Fällen einige Tage nach der Operation eintrat, verschwand vollständig. Die Sehkraft blieb eben so wie vor der Operation, und nach einer genauen Untersuchung des Augeninnern wie nach Messung der Sehfunktionen von 4 dieser Operirten, die eine Autorität in diesem Fache ausführte, fand sich nicht die geringste Veränderung. Von den 9 Operirten waren 8 männlichen, 1 weiblichen Geschlechts. Der Älteste war 45, der Jüngste 5 Jahre alt; Letzterer hielt die doppelseitige Operation mit der größten Standhaftigkeit aus.

Ich habe stets in Chloroformnarkose operirt und dabei den Musc. sterno-cleido-mastoideus nach außen, die großen Gefäße nach innen und vorn gezogen. Immer habe ich den ganzen Halssympathicus auf beiden Seiten in derselben Sitzung ohne Schwierigkeit entfernt. Das Ganglion superius wurde mit einer Kocher'schen Pincette abgerissen; die seitwärts befindlichen Äste wurden mit der Schere abgesehnt; mit solcher wurde auch das Ganglion cervicale inferius und womöglich noch ein tieferes Stück des Nerven entfernt. Manchmal allerdings ließ sich das Ganglion inferius nicht erreichen und blieb dann zurück.

Nur einmal wurde der Eingriff complicirt durch Zerreißen der V. jugularis int.; diese wurde aber sogleich unterbunden, und es folgte weiter keine Störung.

So darf ich denn als Schluss meiner persönlichen Erfahrungen sagen, dass die Resektion des Halssympathicus für die Behandlung der Epilepsia vulgaris eine unnütze Operation ist. Andere Fälle, die in Italien von Postempski und Schiassi operirt wurden, so wie Braun's Fälle, welche auf dem letzten deutschen Chirurgenkongress vorgestellt wurden, bestätigen meinen Schluss.

16) A. Hoepfl. Chirurgische Mittheilungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901, No. 29.)

1) Solitärer Leberabscess bei 36jähriger Frau, durch Punktion mit nachfolgender Drainage 6 Tage nach der Laparotomie entleert. — Heilung.

2) Blasen-Scheidenfisteloperation: Unterstützung der Heilung durch Bauchlage.

3) Netzcyste eines 3jährigen Kindes — Heilung durch Laparotomie. Die Cyste war mannskopfgroß und mit schleimiger, braun-schwärzlicher Flüssigkeit gefüllt.

4) Impermeable Ösophagusstriktur bei 4jährigem Kinde. — Heilung durch Gastrotomie und Sondirung ohne Ende. **Kramer (Glogau).**

17) G. Mazzoni. Resoconto statistico-clinico della sezione chirurgico-ginecologica dell' arcispedale femminile del SS. Salvatore al Laterano.

(Giugno 1891—Giugno 1899.)

Rom, Bertero e Co., 1901. 448 S. u. 1 Taf.

M. giebt in dem vorliegenden Buche einen Rückblick über seine operative Thätigkeit in dem besagten Zeitraume von 8 Jahren. Als er im Jahre 1891 die

ärztliche Leitung in dem oben bezeichneten Hospital übernahm, musste er sich die chirurgische Abtheilung gewissermaßen erst selbst schaffen, da operative Eingriffe früher zur Ausnahme gehörten und sonach auch die nothwendigen Räume und Hilfsmittel fehlten. Nach 8jähriger Arbeit konnte er nun auf eine reiche Ernte blicken. M. referirt über 1803 Operationen. Das Material ist in dem Berichte nach den einzelnen Organsystemen geordnet. Jedem dieser Kapitel ist eine Tabelle vorangesetzt, welche über die Krankheit, die Art des chirurgischen Eingriffes und den Endausgang referirt. Hieran schließen sich die näheren Krankenberichte und Besprechungen. Aus der Fülle des Materials sei nur einiges Wenige herausgegriffen. So hat M. 5 Fälle von tuberkulösen Darmstrikturen operirt. Hierfür rät er, die erkrankten Darmabschnitte mittels Enteroanastomose aussuschalten; es sei denn, dass die Verhältnisse für die Resektion besonders günstig liegen. Er bedient sich dabei der Darmaht, die er dem Murphyknopfe vorsieht, und die auch nicht viel mehr Zeit beanspruche, als letzterer. 2mal führte er die Plastik nach Heineke an der Strikturestelle aus. — Aus dem Kapitel der Leberchirurgie seien 16 Abscessbildungen, meist Folgen dysenterischer Erkrankungen, erwähnt, die 10mal transpleural (5 Todesfälle) und 6mal transperitoneal (6 Heilungen) angegriffen wurden. Bemerkenswerth ist folgender Fall: Endometritis und Perimetritis gonorrhoeica mit Fistelbildung zum Mastdarme, dadurch Enterocolitis ascendens und in Folge davon multiple Leberabscesse mit Durchbruch in Pleura und Lungen. — Von tuberkulösen Peritonitiden hat M. 128 Fälle operirt (Laparotomie und Trockentupfen der Bauchhöhle) mit durchweg guten Resultaten. — In der Nierenchirurgie vertritt er im Großen und Ganzen dieselben Anschauungen, wie er sie schon früher mittheilte (cf. Centralblatt für Chirurgie Bd. XXI p. 1134). Nephropexis hat M. 26mal nach seiner eigenen Methode ausgeführt (Freilegung der Niere von hinten, Bildung von 2 Lappen aus der Capsula fibrosa in Form eines Ξ , die nach außen geschlagen werden, und Vernähung derselben mit der tiefen Lumbalfascie). Er ist mit den Dauerresultaten zufrieden. Für die Nierentuberkulose kommt als Radikaloperation die Nephrektomie, in den seltensten Fällen die Nierenresektion in Betracht. Dabei scheint es zur Heilung nicht nothwendig zu sein, den ganzen kranken Harnleiter zu entfernen. Behufs Prüfung der Funktion der anderen Niere rät er vom Harnleiterkatheterismus wegen der Inficirungsgefahr ab. — 1mal entleerte er einen pararenalen Abscess transpleural, um später durch die Nephrotomie die Konkremeute zu entfernen. Heilung. — Ein anderes Mal war die alleinige (linke) Niere gewandert und hydronephrotisch, in Folge von Steineinklemmung. Nephropexie. — Nephrotomie und Extraction des Konkremeutes aus dem Harnleiter durch das Nierenbecken. Heilung. — Es seien noch eine große Blutcyste, ein Echinococcus des Mesenterium, ein Blasenwurm an der Beckenschaufel mit Durchtritt unter dem Poupert'schen Bande erwähnt. — Alles in Allem bietet das Buch eine reiche Kasuistik und manche lehrreiche Erörterungen.

A. Most (Breslau).

18) B. K. Finkelstein. Zur Frage von der Lymphdrüsentuberkulose. (Wratsch 1901. No. 22.)

Analyse von 456 Fällen aus dem Obuchowspitale 1891—1900. 329 Patt. standen im Alter von 10—20 Jahren. Kombination von Lymphdrüsentuberkulose mit Knochen- oder Gelenktuberkulose war selten, mit Lungentuberkulose 51mal, mit Skorbut 7mal (diese Patt. müssen wegen der Möglichkeit starker Blutung bei der Operation erst gekräftigt werden). Von 329 Fällen von Tuberkulose der Halsdrüsen wurden 223 nicht exstirpirt, 172 exstirpirt. Fälle mit kleinen, nicht vereiterten Drüsen werden mit heißen Umschlägen behandelt. Von 197 Fällen mit periglandulärer Entzündung hatten 90 schon Fisteln; in den 107 Fällen, wo die Drüsen noch nicht aufgebrochen waren, wurde 2mal mit Erfolg punktiert, 105mal incidirt und ausgekratzt. Injektionen von Arg. nitr., Chlorsink und Arsen blieben erfolglos. Die Exstirpation wurde bei 201 Patt. gemacht, 172 am Halse, 16 in der Aohsel, 12 in der Leistengegend, 1 am Ellbogen; es wurden 250 Geschwülste entfernt. Dazu noch 16 Recidivoperationen. 11 Operirte starben, davon nur einer

an der Operation selbst (Chok mit Glottisödem). 1mal entstand nach Entfernung der Leistendrüsen Ödem der Beine und der Vorhaut in Folge Affektion der Beckendrüsen. Später sah F. bei 43 Recidive und nur bei 9 gute dauernde Heilung; die meisten Patt. wurden übrigens nicht weiter untersucht.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) A. Brabec. Über abweichendes Auftreten der Aktinomykose beim Menschen.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Es handelte sich um eine scharf begrenzte, bewegliche Bauchgeschwulst mit gesunden Bauchdecken. Die Diagnose lautete auf Neubildung oder abgekapselten Abscess nach Appendicitis. Bei der Operation fand man eine Geschwulst des großen Netzes, die mit dem vorderen Peritoneum parietale und dem Colon transversum verwachsen war, und an deren unterem Pole der normale Wurmfortsatz fixirt war. Die Geschwulst besaß eine $1\frac{1}{2}$ —2 cm dicke Kapsel, bestand aus Bindegewebe und enthielt Kavernen mit glasig-schleimigem Inhalte ohne Körner. Nach Weigert'scher Färbung fand man typische Aktinomykose.

G. Mühlstein (Prag).

20) J. Schöbl. Kombinierte oder polymorphe Geschwülste besonderer, bisher nicht beobachteter Art.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Unter seinen kombinierten Geschwülsten versteht der Autor nicht solche Geschwülste, wie man sie in Hoden, Ovarien, Nieren und verschiedenen Drüsen findet, oder Teratome, sondern solche, welche als selbständige histoide Geschwülste im Sinne Virchow's entstehen und bei ihrer weiteren heteroplastischen Ausbreitung von Gewebe zu Gewebe ihren Charakter nach der Beschaffenheit des Gewebes, in das sie gerade eindringen, ändern. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Nachbargewebe durch dasselbe bis jetzt noch unbekanntes Agens zur atypischen Wucherung veranlasst wird, durch welches die Wucherung jenes Gewebes entstanden ist, von dem die Geschwulst ihren Ausgang genommen hat. S.'s Beobachtungen stehen im Gegensatze zu der allgemein gültigen Ansicht, dass die Ausbreitung der histoiden Geschwülste und das Wachsthum der Metastasen selbständig und ohne Mitbetheiligung des Parenchyms, in das sie eindringen, erfolgt. Von den mehrfachen Beobachtungen des Autors wird folgender Fall als Beispiel angeführt. Es handelte sich um einen 5jährigen Knaben, bei dem der Autor eine kindskopfgroße, exophthalmische Geschwulst entfernt hatte. Dieselbe war als Gliom von der Retina ausgegangen; die Sclera war von den Geschwulststellen nicht bloß zerfasert, sondern auch zur atypischen Wucherung angeregt worden, so dass sie fibromatöse Massen bildete. In dem umgebenden Bindegewebe nahmen die Geschwulstzellen sarkomatösen Charakter an, und in der Peripherie der Geschwulst fanden sich gewucherte glatte Muskelfasern und Gefäße; schließlich war die Geschwulst mit Epithel und Pseudopapillen überzogen; das Epithel wucherte stellenweise keilförmig in die sarkomatösen Massen hinein. Die Geschwulst stellt also ein Glio-fibro-sarco-myo-angio-carcinoma papilliferum dar.

G. Mühlstein (Prag).

21) W. P. Serenin. Über multiple symmetrische Lipome.

(Medicinskoje Obosrenje 1901. Januar. [Russisch.])

S. sah während der letzten 5—6 Jahre etwa 10 Fälle. 3 davon werden beschrieben wegen ihres Interesses in ätiologischer Hinsicht. Beim 1. Pat. litten Mutter und 2 Brüder an derselben Krankheit; der jüngere Bruder — ein Schreiber — ist nervös, die Geschwülste sind besonders groß am rechten Ellbogen, der beim

Schreiben besonders gereizt wird. Pat. selbst ist Militär; die größten Geschwülste befinden sich an beiden Oberschenkeln genau dort, wo die Taschen der Hosen und der Degen getragen werden. Der 2. Pat. — ein Bildhauer — ist sehr fettleibig; die meisten Geschwülste sitzen am Bauche, der leicht gestoßen werden kann — also auch traumatische Momente; die Geschwülste traten nach Abdominaltyphus auf. — Die 3. Pat. ist eine Kinderwärterin; die meisten Lipome sitzen an den oberen Extremitäten, die beim Tragen der Kinder am meisten traumatisch beeinflusst wurden. Auch hier ging Unterleibstyphus voran; außerdem fiel Pat. bald darauf in kaltes Wasser.

Die 3 Fälle beweisen somit die Wichtigkeit der Heredität und der trophischen Alterationen in der Pathogenese der lipomatösen Diathese.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

22) W. Kopfstein. Cancroid in einer epidermalen Cyste.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Ein 58jähriger Mann war als 10jähriger Knabe von einem Dache herabgestürzt und hatte ein Trauma des Kreuzbeines erlitten; hier war nach einigen Monaten eine kleine Geschwulst entstanden, die im Verlaufe von 20 Jahren zur Faustgröße heranwuchs. Nach 48 Jahren begann sie rasch zu wachsen. Status: Eine kindskopfgröße Geschwulst in der Sacralgegend, von normaler Haut bedeckt, fluktuierend. Operation am 10. November 1900. Incision in der Mittellinie, Resektion des Sackes, Auskratzung der mit dem Kreuzbeine verwachsenen Partie. Heilung. Makroskopisch war nichts Verdächtiges zu konstatieren. Der Sack ist 1 cm dick, glatt, glänzend; den Inhalt bildet ein gelblicher Brei, aus Epithelien und Detritus bestehend, ohne Haare und Zähne. Mikroskopisch bestand die Wand aus einem mehrschichtigen Epithel, unterhalb dessen die eigentliche, wenig vaskularisierte Kapsel lag. Drüsen und Haare fehlten; an einer Stelle fand sich carcinomatöse Degeneration mit zahlreichen Perlkugeln. Es handelte sich demnach um eine epidermale Cyste post trauma. Die Entstehung ist so zu erklären, dass gelegentlich des Traumas ein Epidermisfragment ins subkutane Gewebe verpflanzt wurde und dass sich aus dem Fragmente eine Dermoidcyste entwickelte (Grosse und Reverdin). Autor fand nur 3 ähnliche Fälle in der Litteratur, und zwar von Franke (2) und Wolff (1).

G. Mühlstein (Prag).

23) M. Blumberg. Beobachtungen bei der Behandlung von Puerperalfiebererkrankungen mit Marmorek'schem Antistreptokokkenserum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 5 u. 6.)

In der Leipziger Gebärklinik wurden mit dem Marmorek'schen Antistreptokokkenserum folgende Erfahrungen gemacht: Bei einem Falle einer Infektion mit anaëroben Diplokokken war, obwohl Pat. gesundete, kein Erfolg zu verzeichnen. Von 4 Patt. mit einer Streptokokkenmischinfektion wurden gründlich nur 3 behandelt; 2 starben, bei der dritten fiel die Temperatur gleich nach der Injektion. 2 Patt., bei denen die Lochien steril waren, wurden geheilt, eben so 2 mit reiner Streptokokkeninfektion; bei der einen fiel die Temperatur jedes Mal nach der Injektion und stieg bei Aussetzung des Serums wieder an. 3 Patt., deren Lochialsekret nicht untersucht war, wurden gesund. Es ist danach immerhin eine günstige Wirkung des Marmorek'schen Antistreptokokkenserums bei der Streptokokkeninfektion der Wöchnerinnen möglich. Als Nebenwirkungen der Infektion ist zuerst eine lokale Hautaffektion zu verzeichnen, welche nach Art eines Erysipels, jedoch ohne Fieber verläuft. Auch ein universelles, binnen 24 Stunden wieder verschwundenes Exanthem wurde beobachtet, eben so eine Urticaria. Das Lokal-exanthem lässt sich dadurch vermeiden, dass man die Injektion nicht perkutan, sondern subkutan macht. Eiweißausscheidung wurde nach den Injektionen nicht beobachtet.

Schulz (Barmen).

- 24) **Strauwen.** Noma guéri par injections de sérum antidiphthérique.
(Soc. méd.-chir. du Brabant 1901. Juni 25.)

Verf. erzielte bei einem schweren, rasch fortschreitenden Falle von Noma bei einem Kinde nach Diphtherieserumeinspritzung rasche Besserung und nach mehrfacher Wiederholung der Einspritzungen völlige Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

- 25) **D. Mc Kenzie.** Suprarenal gland extract in the epistaxis of haemophilia.

(Brit. med. journ. 1901. April 27.)

Bei einem 13jährigen Jungen, welcher in Folge von Hämophilie an lang andauerndem Nasenbluten litt — die Blutung bestand schon 18 Tage und konnte durch Tamponade der Nase nur mühsam in Schach gehalten werden; so wie die Tamponade aufhörte, fing die Blutung von Neuem an — machte Mc K. schließlich einen Versuch mit Nebennierensubstanz. 3 der im Handel käuflichen Tabletten zu je 0,3 g wurden zu Pulver zerstampft und mit ca. 100 g Wasser versetzt. Nach Absetzen der festen Bestandtheile wurde ein mit der klaren Flüssigkeit getränkter Wattebausch locker in die Nase hineingestopft. Die Blutung stand sofort. Nach einigen Stunden wiederholte sich dieselbe, jedoch in geringem Grade. Nach Wiederholung der Applikation des Nebennierenextraktes stand die Blutung endgültig. **Weiss** (Düsseldorf).

- 26) **P. Francesco.** Sur l'anesthésie medullaire.

(Rivista Veneta 1901. Februar 28.)

Bericht über 52 mit Cocainisirung des Rückenmarkes operirte Fälle, bei welchen genaue Urinuntersuchungen vorgenommen wurden. Der Urin blieb in sämtlichen Fällen nach der Operation frei von Eiweiß und Zucker.

Mohr (Bielefeld).

- 27) **Pasquier et Leri.** Valeur comparée des injections sous-arachnoïdiennes et épidurales de cocaine dans le traitement de la sciatique.

(Soc. de biologie 1901. Juli 6.)

Verff. erzielten bei schweren Formen von Ischias mit epiduralen Injektionen von 1—2 cg Cocain in 1/2iger Lösung gute Erfolge. Dagegen beobachteten sie bei intraduraler Injektion von 5 mg Cocain in 2 Fällen lang andauernde toxische Erscheinungen. Die epidurale Methode ist also vorzuziehen.

Mohr (Bielefeld).

- 28) **G. Thin.** The treatment of two cases of nerve leprosy in which recovery took place.

(Brit. med. journ. 1901. Mai 4.)

In dem 1. Falle handelt es sich um einen 11jährigen Jungen, welcher in West-Indien geboren, im Alter von 4 Jahren nach England gekommen war. Wenige Monate nach der Ankunft daselbst wurden die ersten Anzeichen einer Hautaffektion bemerkt. Als T. den Jungen zum 1. Male sah, fanden sich beide Ober- und Unterschenkel bläulich-violett verfärbt. Die Haut war größtentheils anästhetisch, eben so am Arme, Handgelenke und im Gesichte.

Die Therapie bestand in der Darreichung von Chaulmoograöl, innerlich sowohl wie äußerlich. Nach 3 Monaten war das Erythem weniger ausgesprochen; die Dose des Öles wurde auf 21 Tropfen pro die gesteigert.

Nach weiteren 5 Monaten fand sich am Handgelenke eine große Blase, welche sich bis zum Daumen erstreckte; daneben bestand über dieser Partie Schmerzgefühl. In der rechten Lendengegend bestand ein Erythem neben kleinen Papeln. Solche Papeln fanden sich auch am Bauche so wie über der Ulna und an den Unterschenkeln. Die Haut der letzteren war viel blasser geworden und zeigte

ein nahezu normales Aussehen. Ein paar Tage später war die Blase an der Hand im Abheilen.

Darauf verlor T. den Kranken aus den Augen, bis derselbe sich 13 Jahre später abermals vorstellte.

Das einzige noch vorhandene Zeichen der Erkrankung war eine Verstümmelung der Hände und Füße, welche sich auf das Fehlen einzelner Phalangen und das Vorhandensein von Kontrakturen erstreckte. Das Gefühlsvermögen war an einigen Stellen der Unterschenkel und an der rechten Ferse abgeschwächt, völlig fehlend über beiden Patellae.

Das Chaulmoograöl war $2\frac{1}{2}$ —3 Jahre genommen worden; dann vertrug der Kranke dasselbe nicht mehr. Nichtsdestoweniger machte auch nach Aussetzen des Mittels die Besserung Fortschritte.

Im 2. Falle fand sich eine runde, leicht verfärbte Hautpartie im Gesicht, deren Centrum völlig anästhetisch war. Der Rand war etwas erhaben. Eine gleiche Hautpartie fand sich über der Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern. Äußerlich wurde zunächst eine 5%ige, dann eine $7\frac{1}{2}$ %ige Pyrogallussäuresalbe angewendet; innerlich wurde Gurjunöl gegeben. Der Flecken der Rückenhaut verschwand innerhalb eines Monats vollständig, das Gefühl stellte sich völlig wieder her. Die Anästhesie im Gesicht ging allmählich wieder zurück. Es traten noch einige kleine, bräunliche, anästhetische Flecken an der unteren Extremität ein, welche sich indessen wieder zurückbildeten. 3—4 Jahre nach Beginn der Erkrankung war nichts Pathologisches mehr zu sehen. Weiss (Düsseldorf).

29) Breton. Epilepsie Jacksonienne etc.

(Soc. centr. de méd. du Dép. du Nord 1901. Juni 28.)

Bemerkenswerth ist, dass bei dem 14jährigen Kinde lokalisierte Krampfanfälle erst 11 Jahre nach einem Sturze aus dem Fenster auftraten. Auch späterhin blieben die Anfälle immer auf die linke Seite beschränkt. Die Operation ergab eine Fissur der rechten Parietalgegend und darunter eine subdurale, kleine Blut-cyste, welche eröffnet und drainirt wurde. Heilung seit $1\frac{1}{2}$ Jahre beobachtet.

Mohr (Bielefeld).

30) J. Boeckel. Vomito-negro dans l'appendicite.

(Gas. méd. de Straßbourg 1901. Juni.)

24 Stunden nach einem Stoße gegen den Unterleib traten bei dem betreffenden Kinde akut die Erscheinungen einer schweren Appendicitis auf mit Bildung eines ausgedehnten Eiterherdes. Am 5. Tage der Erkrankung Hämatemesis mit Entleerung eines sehr großen Spulwurmes. Operation, Heilung.

Verf. glaubt, dass der wahrscheinlich den Wurmfortsatz verschließende Spulwurm zunächst eine Erosion der Schleimhaut hervorgebracht habe, und dass es in Folge des Traumas zu einer Entfernung des Wurmes von seinem Sitz und einer von der Erosion ausgehenden Allgemeininfektion gekommen sei. Auf diese sei auch das Blutbrechen in erster Linie zurückzuführen. Mohr (Bielefeld).

31) B. G. A. Moynihan. A case of gastro-jejunosomy for complete rupture of the intestine at the duodeno-jejunal flexure.

(Brit. med. journ. 1901. Mai 11.)

Die näheren Umstände des Falles sind leider nicht angegeben. Bei der Operation fand sich eine vollständige quere Durchtrennung des Darmes an der Flexura duodeno-jejunalis. Das Duodenum war sehr schwer zugänglich zu machen, so dass eine Vereinigung der Darmenden nicht ausführbar erschien. Es wurde deshalb das Duodenum so gut es ging vernäht. Zur Sicherung der Naht wurde ein Lappen des abgerissenen Gekröses über die Nahtlinie gelegt. Das Jejunum wurde in den Magen mittels Murphyknopfes eingepflanzt. M. beabsichtigte noch eine Anastomose zwischen Duodenum und Jejunum anzulegen, der gefährdrohende Zustand des Kranken veranlasste ihn jedoch, die Operation möglichst schnell zu beenden und sich mit der Vereinigung von Magen und Darm zu begnügen.

Pat. erholte sich nach dem Eingriffe und genas. Es wurde noch verschiedentlich die Anlage einer Anastomose zwischen Duodenum und Jejunum in Erwägung gezogen, doch wurde Mangels jeglicher ungünstigen Erscheinungen davon Abstand genommen.

Am 104. Tage nach der Operation traten plötzlich starke Schmerzen im Leibe ein, der Junge kollabirte und war nach einigen Stunden todt.

Die Sektion ergab eine Perforation des untersten Theiles des Duodenum, nahe der Stelle, wo dasselbe verschlossen war. Die Perforation war hervorgerufen durch den Druck seitens des Murphyknopfes, welcher in die zugenähte Darmschlinge gerathen war.

In dem vorliegenden Falle mussten Galle und Pankreassaft ihren Weg durch den Magen genommen haben. Irgend welche üblen Erscheinungen waren davon nicht aufgetreten. Weiss (Düsseldorf).

32) B. Lewy (Berlin). Ein Fall von Magenkrebs mit ungewöhnlichem Verlaufe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 16.)

Das in mehrfacher Beziehung Ungewöhnliche dieses ausführlich beschriebenen Falles gewinnt durch die sorgfältig gestellte makroskopische und mikroskopische Sektionsdiagnose um so größeres Interesse. L. fasst die Krankengeschichte selbst wie folgt zusammen: »Bei einem kräftigen Manne bestand seit Jahren eine Magen-erkrankung, welche sich subjektiv in häufigen, heftigen Schmerzen, objektiv in mäßiger Magenerweiterung äußerte; ferner war zeitweilig Fehlen von Salzsäure festgestellt, zuletzt dagegen reichlich Salzsäure gefunden worden. Der Ernährungszustand hatte trotz der langen Dauer der Krankheit nicht gelitten. Niemals hatte blutiges Erbrechen bestanden. — Bei diesem Pat. entwickelte sich innerhalb kurzer Zeit unter sehr heftigen Schmerzen eine starke Schwellung des linken großen Brustmuskels, welche bald auf die anderen der linken Schulter benachbarten Muskeln und die entsprechenden Hauttheile übergriff; diese Schwellung geht [unter Arsenbehandlung allmählich fast ganz zurück. Während des Schwindens dieser ursprünglichen Schwellung entwickeln sich an verschiedenen Stellen in der Haut und unter ihr nicht schmerzende Tumoren von sehr verschiedener Größe, ferner kommt es zu einer schmerzhaften Affektion des Unterleibes, in welchem sich ähnliche Geschwulstmassen, wie zuerst im Pectoralis, um das Rectum herum nachweisen lassen, ferner kommt es interkurrent zu einem pleuritischen Ergüsse, zu Nephritis, zu heftigen Fieberanfällen, schließlich tritt Exitus letalis an Erschöpfung ein.«

Die Sektion ergab Scirrhus von altem Magengeschwür ausgehend mit vielfachen Metastasen, Pyelonephritis, Adhäsiones pulmonum. Ein operativer Eingriff war durch den klinischen Verlauf ausgeschlossen. Besonders auffallend ist die Anwesenheit von Salzsäure noch 4 Monate vor dem Tode und die seltene Lokalisation der Metastasen in den willkürlichen Muskeln, während Leber, Milz etc. frei blieben. Die schmerzhaften, teigigen Muskelschwellungen glaubt L. als entzündliche Reaktion auffassen zu müssen. W. Schultz (Kiel).

33) G. Barling. Note on a case of enormous dilatation of the first part of the duodenum.

(Brit. med. journ. 1901. Mai 11.)

Es handelt sich um einen 31jährigen Mann, welcher seit seiner Kindheit an Verdauungsstörungen gelitten hatte, und bei welchem seit 4 Jahren Schmerzen und Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme sich eingestellt hatten. Vor ca. 3 Jahren war schon eine Laparotomie ausgeführt worden. Dieselbe hatte indessen zu keinem Resultate geführt. Der Kranke war immer mehr heruntergekommen und war gezwungen, zur Linderung seiner Beschwerden fortgesetzt Morphinum zu nehmen. Bei der abermaligen Laparotomie fand sich eine starke Auftreibung des Magens; der Pylorus zeigte keine Veränderungen. Indessen fanden sich in der Umgebung

starke Verwachsungen einerseits mit der vorderen Bauchwand, andererseits mit der unteren Leberfläche. Das schlechte Allgemeinbefinden ließ jedoch eine weitere Nachforschung betreffs der Ursache der Verwachsungen gefährlich erscheinen. Um die Abflussverhältnisse aus dem Magen zu verbessern, wurde eine Magen-Darmfistel angelegt. Nach anfänglichem Wohlbefinden verschlechterte sich der Zustand plötzlich am 5. Tage, und der Mann ging zu Grunde.

Bei der Sektion fand sich eine Peritonitis, welche ihren Grund hatte in einer Zerreißung des außerordentlich ausgedehnten Duodenum, dessen Wandung stellenweise papierdünn war. Der unterhalb des Pylorus gelegene ausgedehnte Theil des Duodenum war mit der Leber, vorderen Bauchwand und der Flexura hepatica coli fest verwachsen. Die hintere Wand der Höhle zeigte normale Schleimhaut; dagegen war dieselbe an der vorderen Wand größtentheils zerstört. An der Öffnung des Sackes nach dem Duodenum hin, welche für 2 Finger durchgängig war, fanden sich 3 von normaler Schleimhaut bekleidete Klappen, durch deren Zusammenlegung der Abfluss stark beeinträchtigt wurde. Der Grund für die Dilatation des Duodenum war nicht mit Sicherheit festzustellen. B. ist geneigt, die Klappenbildung für eine fehlerhafte kongenitale Anlage zu halten.

Weiss (Düsseldorf).

34) W. Karo. Zwei Fälle von Rectalgonorrhoe, als Folge von Entleerung gonorrhöischer Eiteransammlungen ins Rectum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Der eine Fall ist schon von Jadassohn in der Festschrift für Neumann publicirt; der andere Fall stammt ebenfalls aus der Klinik Jadassohn. In beiden Fällen handelte es sich um Gonorrhoe und gonorrhöische Eiteransammlung in der Prostata, die einmal operativ, das andere Mal spontan in den Mastdarm entleert wurde. Einige Tage nach dem Durchbruche trat Mastdarmgonorrhoe auf. Für ähnliche Fälle empfiehlt Jadassohn folgendes therapeutische Handeln. Incision nach den üblichen Vorbereitungen vom Mastdarme aus; mehrmalige Injektion 1%iger Höllensteinlösung in die Abscesshöhle; Ausspülung des Mastdarmes mit 1:1000 bis 3000 Höllensteinlösung; Drainage nach Casper mit Drain und Jodoformgaze; tägliche Ausspritzung der Abscesshöhle mit 1%iger und des Mastdarmes mit schwacher Höllensteinlösung; möglichst späte Entfernung des Drains und noch einige Zeit lang (bis man sich von dem definitiven Verschlusse der Wunde mit dem Mastdarmspiegel überzeugt hat) prophylaktische Ausspülung des Mastdarmes mit 1:1000 bis 3000 Höllensteinlösung, event. auch Einlegung von Ichthyol-suppositorien, die wohl ebenfalls gegen eine Mastdarminfektion prophylaktisch wirksam sein werden.

Schulz (Barmen).

35) B. Niederle. Die Ergebnisse der operativen Therapie des Rectumcarcinoms.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Der Bericht erstreckt sich auf 188 Fälle aus der Klinik Maydl, von denen 136 operirt wurden, und zwar 61 radikal und 75 palliativ. Von den 61 Fällen entfallen 13 auf die perineale und 48 auf die sacrale Methode; die postoperative Sterblichkeit betrug 15%. Die Kraske'sche Methode lieferte schlechtere Resultate; die längste Lebensdauer nach der Operation betrug 3½ Jahre, die durchschnittliche 1 Jahr. In 75 Fällen wurde die palliative Kolotomie ausgeführt mit 4% Sterblichkeit; die längste Lebensdauer betrug 3¼ Jahre, die durchschnittliche 10—11 Monate. Autor gelangt zu folgendem Schlusse: in Fällen, wo eine Radikaloperation möglich ist, soll die einfachste Methode gewählt werden; in Fällen, die an der Grenze der Operabilität stehen, ist die palliative Kolotomie angezeigt.

G. Mühlstein (Prag).

36) G. Ninni. Il primo intervento operatorio nelle ferite del pancreas.

(Arte med. 1901. No. 24.)

Kurze Mittheilung des folgenden, bezüglich des glücklichen Ausganges in der Litteratur wohl noch allein dastehenden Falles: Revolververletzung mit Einschussöffnung links vom 2. Lendenwirbel und Austrittsöffnung des Geschosses in der Regio epigastrica rechts von der Parasternallinie. Laparotomie und Naht von 7 Darmwunden. Dabei wird ein Hervorquellen von mit Blut gemischter Flüssigkeit aus der Tiefe zwischen Magen und Colon beobachtet. Nach Spaltung des Lig. gastro-colicum wird eine Kontinuitätstrennung (ob vollständige oder unvollständige ist nicht näher bezeichnet. Ref.) des Pankreas an seinem Übergange vom Kopfe in den Hals konstatiert. 2 tiefgreifende Nähte, Reinigung und Schluss der Bauchhöhle, Heilung.

A. Most (Breslau).

37) A. Fullerton. Case of meningo-encephalocele treated by excision of the mass.

(Brit. med. journ. 1901. Juni 22.)

Die in Rede stehende Missbildung kam bei einem weiblichen Kinde zur Beobachtung. 3 Tage alt wies dasselbe am Hinterkopfe eine Geschwulst auf, welche nahezu die Größe des Kopfes des Kindes erreichte und beim Schreien eine vermehrte Spannung aufwies. Der Stiel der Geschwulst saß zwischen der Protuberantia occipitalis externa und dem Foramen magnum. Als das Kind 3 Wochen alt war, wurde der Stiel elliptisch umschnitten, die Dura war fest mit der Haut verwachsen. Es floss eine beträchtliche Menge Cerebrospinalflüssigkeit ab und präsentierte sich Gehirnmasse von der Größe eines Hühnereies. Dieselbe wurde mit der Schere abgetragen. Dabei zeigten sich alarmirende Symptome und das Kind wurde blass und schnappte nach Luft. Die Wunde wurde rasch geschlossen: die Öffnung im Schädel war so beträchtlich, dass bequem ein Finger eingeführt werden konnte. Darüber kam ein Kompressivverband. Das Kind zeigte zunächst Cheyne-Stokes'sches Athmen, erholte sich aber bald. 14 Tage lang sickerte aus der Wunde Liquor cerebro-spinalis durch. Am Tage nach der Operation zeigte sich auf beiden Augen Strabismus convergens, welcher sich indessen innerhalb einer Woche verlor. Der untere Theil der Wunde schloss sich p. p., der obere, wo die Lappen nicht exakt zusammenpassten, durch Granulationsbildung.

Leider ging das Kind 4 Wochen nach der Operation an einer akuten Bronchitis zu Grunde. Die exsidierte Gehirnpartie erwies sich als Occipitallappen.

Weiss (Düsseldorf).

38) De Rouville. Un cas de cure radicale de spina-bifida lombaire.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1901. p. 226.)

Die Geschwulst war am 21. Lebenstage nussgroß und wuchs bis zum 19. Monat bis zu Apfelsinengröße, die Haut war darüber stark verdünnt, die Geschwulst durch Druck nicht zu verkleinern, dabei werden keine Gehirnerscheinungen ausgelöst. Starke Entwicklung der Venen am Kopfe, etwas starrer Blick. Das Kind ist geistig gut entwickelt. Die Geschwulst lässt sich bei der Operation von der Haut trennen, die Geschwulstwand wird mit Ausnahme eines Theiles, an dem Nervenfasern sichtbar sind, reseziert, letzterer in die Wirbelspalte versenkt. Eine einsige Lage Nähte von Silberdraht. Heilung per primam. 19 Monate später leichter Hydrocephalus ohne bedeutende Störung der geistigen und körperlichen Entwicklung. Verf. giebt der Radikaloperation den Vorzug vor Injektionen und hält plastischen Verschluss für überflüssig.

F. Göppert (Katowitz).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 42.

Sonnabend, den 19. Oktober.

1901.

Inhalt: I. G. Kelling, Becken-Hängelage bei horizontalem Rumpf für Operationen in der Nähe des Zwerchfells. — II. M. W. Herman, Zur Technik der Skolioidektomie. (Original-Mittheilungen.)

1) Ritter, 2) Ravogli, Krebs. — 3) Donati, 4) Silhol, Blutveränderungen bei Krebs. — 5) Gaudler, Otitis. — 6) Krieg, 7) Gerber, Atlas der Nasenkrankheiten. — 8) Haas, Osteome der Nase. — 9) Grünwald, Rachenphlegmone. — 10) Formanek, Cachexia strumipriva. — 11) Schulz, Basedow. — 12) Cavazzani, Kropfoperation. — 13) Burckhardt, Peritonitis nach Pleuritis.

N. Muus, Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt. (Original-Mittheilung.)

14) Wiesinger, Varix im Scheitelbein. — 15) Kolben, Traumatische Spätopoplexie. — 16) Péraire, Trepanation. — 17) Bendant, Zur Chirurgie von Gehirn, Rückenmark und Ganglion Gasseri. — 18) Szapeshko, Resektion des Ganglion Gasseri. — 19) Raoult, 20) Luc, 21) Bar, 22) Malherbe, Ohrleiden. — 23) Fremaget, Echinococcus der Thymsdrüse. — 24) Vymola, Sklerom. — 25) Escat, Nasenchondrome. — 26) Broeckaert, Lymphangiosarkom der Nase. — 27) Payr, Zur Rhinoplastik. — 28) Furet, Sinusitis sphenoidalis. — 29) und 30) Angléras, Hydrorrhoea nasalis. — 31) Lecène, Tuberkulose der Parotis. — 32) Ardenne, Perichondritis des Schildknorpels. — 33) Rosciano, 34) Goris, Kehlkopfexstirpation. — 35) Kudrjaschoff, Spondylitis deformans. — 36) Krause, Rückenmarksgeschwülste. — 37) Gordon, Halsrippe. — 38) Smoler, Cystadenom der Schilddrüse. — 39) Kopfstein, Mediastinitis. — 40) Amburger, Brustwand- und Mediastinalgeschwülste. — 41) Ewald, Aortenaneurysma. — 42) Flerow, Herzruptur. — 43) Perthes, Pleuraempyem.

I.

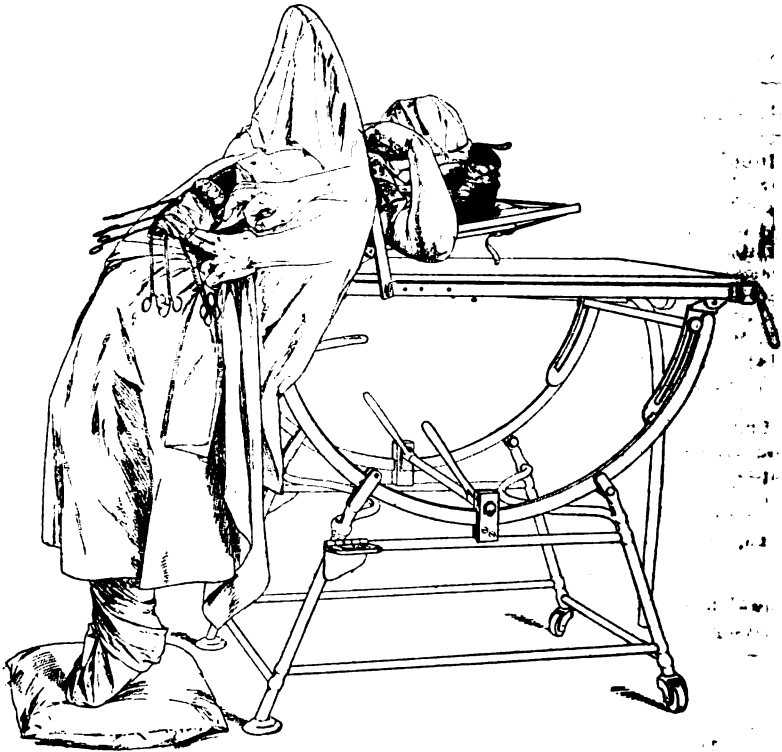
Becken-Hängelage bei horizontalem Rumpf für Operationen in der Nähe des Zwerchfells.

Von

Dr. Georg Kelling in Dresden.

Es ist eine Erfahrung, die wir bei Operationen am Magen und an der Leber leider häufig machen müssen, dass Theile der erkrankten Organe, vom Rippenbogen bedeckt, schwer oder gar nicht zugänglich sind. Lannelongue hat für solche Fälle seine Methode der Rippenresektion angegeben; doch ist dies ein großer und entstellender Eingriff, zu dem man sich um so schwerer entschließen

wird, als man nicht immer vorher angeben kann, ob trotzdem das operative Ziel erreicht wird. Es empfiehlt sich vielmehr statt dessen eine Lagerung anzuwenden, welche den Vortheil hat, dass sie während der Operation schnell auszuführen ist, nicht entstellend wirkt und die Zwerchfellgegend in sehr übersichtlicher Weise zur Anschauung bringt. Sie ist angezeigt bei ausgiebigen Magenresektionen und bei Operationen an der Oberfläche der Leber, hier mit Durchtrennung des Ligamentum suspensorium verbunden. Die Lagerung ist nachgeahmt derjenigen, welche die Anatomen anwenden, wenn sie die Muskulatur des Zwerchfells präpariren wollen. Sie lagern die Leiche mit dem Oberkörper etwa horizontal; der Rumpf wird



in der Lendengegend annähernd rechtwinklig gebeugt, so dass Becken und Füße senkrecht zu hängen kommen. Die Bauchhöhle wird dadurch gleichsam aufgeklappt. Ich benutze den Stelzner'schen Operationstisch, an dem zum Zweck dieser Lagerung einige kleine Vorrichtungen angebracht werden müssen. Bekanntlich ist an diesem Operationstisch die Platte, auf welcher der Oberkörper des Pat. ruht, über den ganzen Tisch verschieblich. Am oberen Rande dieser verschieblichen Platte sind nun zwei Knöpfe angebracht; sie dienen zum Befestigen eines Gurtes, welcher den Oberkörper des Pat. festhält. Der Gurt läuft, unter dem Hals gekreuzt, von den Knöpfen

über beide Schultern, dann durch die Achselhöhle quer über den Rücken. Die Platte mit dem Oberkörper des Pat. wird bis an den Fußrand des Tisches gerückt. Die Beinhalter werden schräg nach unten gestellt, und der Pat. wird so befestigt, dass die Wirbelsäule im Lendentheile gebeugt wird und die Beine nach unten hängen. Die Oberschenkel werden an den Beinhaltern angeschnallt. Damit nun aber die Zwerchfellgegend gut zugänglich ist, wird zu dem Schnitt in der Linea alba vorher ein ausgiebiger Querschnitt hinzugefügt. Derselbe geht etwa von der Spitze der 12. Rippe quer über den Bauch nach der Mitte zu. Es muss nun noch verhütet werden, dass die Eingeweide herausfallen. Zu diesem Zwecke nimmt man eine Serviette, welche über die Eingeweide geschlagen wird. Oberhalb der Serviette bleibt der zum größten Theil schon freipräparirte Magen. Diese Serviette wird nun an dem unteren Rande des Querschnittes und auch ein Stück am Schnitttrand der Linea alba befestigt, am besten mit den von v. Mikulicz angegebenen Peritonealklemmen, oder auch mit Nähten. Ein Assistent, der zur Seite des Pat. stehen muss, hält nun mit der einen Hand, welche auf die in die Bauchhöhle eingeschlagene Serviette gelegt wird, die Eingeweide zurück. Die andere Hand des Assistenten fasst hakenförmig den Rippenbogen und zieht ihn ab. Die Instrumente müssen auf einem besonderen Tische liegen. Der Operateur setzt sich auf einen Schemel, so dass er von vorn ans Zwerchfell herankommt. Der untere Theil des Bauches und die Beine sind mit einem großen Tuch bedeckt, welches mit Klemmen, event. an der Haut, befestigt wird. Es ist zweckmäßig, das Narkoseterrain vom Operationsterrain zu trennen, wie man es bei Kropfoperationen ausführt. Es wird an die seitlichen Schlitten des Operationstisches ein eiserner Bogen angeschraubt, an welchem das trennende Tuch befestigt wird. Wenn wir während der Operation von der gewöhnlichen Rückenlage in die Hängelage übergehen wollen, müssen wir die auf dem Bauche liegenden Instrumente und Tücher entfernen. In die Bauchhöhle wird die am Schnitttrande befestigte Serviette eingeschlagen, dann oberhalb derselben einige Mikulicz'sche Perltücher eingestopft und der Leib mit einem sterilen Tuch bedeckt. Beim Lagewechsel, auf welchen das Personal eingeübt werden muss, schützt der Operateur mit seinen Händen die Bauchwunde. Es ist auch ohne Schwierigkeit möglich, in dieser Becken-Hängelage eine Darmschlinge etwa zur Gastroenterostomie herauszuholen. Zu dem Zwecke wird die Serviette herausgezogen, Netz und Colon emporgeschlagen und nun die Darmschlinge entweder über das Colon oder durch das Mesocolon hindurch geführt. Die Serviette wird dann wieder eingeschlagen und um die Darmschlinge herumgenommen. Nachdem der beabsichtigte Zweck erreicht ist, bringen wir den Körper zur Fortsetzung der Operation in die Rückenlage zurück.

II.

(Aus der chirurgischen Klinik des Hofrath Prof. L. Rydygier.)

Zur Technik der Skolikoidektomie.

Von

Dr. M. W. Herman in Lemberg,
Assistent der Klinik.

In unserer Klinik wird folgende, auch anderswo übliche, Art der genannten Operation angewandt: Nachdem der Proc. verm. von den etwa vorhandenen Verwachsungen gelöst worden ist, wird sein Mesenterium unterbunden, worauf die Serosa wie auch theilweise die Muskelschicht an seiner Basis cirkulär durchschnitten werden. In der auf diese Weise sich bildenden Rinne wird der Proc. verm. unterbunden und distalwärts amputirt. Jetzt schneiden wir die zurückgebliebene Schleimhaut des Stumpfes so weit es geht aus; es bleiben jedoch immer am Boden des Trichters Reste derselben, mit Bakterien imprägnirt. Endlich invaginiren wir den Stumpf in das Coecum und legen darüber die 2reihige Lembert'sche Naht. Daraus resultiren Ver-

Fig. 1.

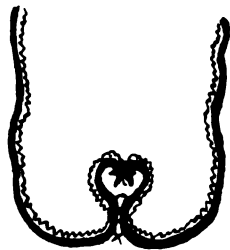
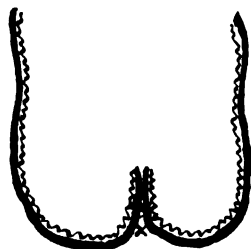


Fig. 2.



hältnisse wie sie die beigefügte Fig. 1 darstellt. Der Stumpf des Proc. verm. ragt mit den Resten der inficirten Schleimhaut in eine vollkommen geschlossene Höhle hinein (cavité close). Wenn nun die in den Resten der Schleimhaut zurückgebliebenen Bakterien eine besonders starke Virulenz besitzen, so kann es in diesen außerordentlich günstigen Verhältnissen zu einem eitrig-entzündlichen Prozesse kommen; der angesammelte Eiter verursacht entweder eine Nekrose der Coecumwände oder bricht direkt durch die Naht in die Bauchhöhle durch, was natürlich eine diffuse septische Peritonitis nach sich ziehen muss. Auf diese Weise haben wir in der Klinik einen Kranken 5 Tage nach der wegen Skolicoiditis chron. interna so ausgeführten Operation verloren.

Dem Übel kann man durch eine kleine Modifikation der Stumpfbehandlung abhelfen. Nachdem der Proc. verm. freigelegt worden ist, amputiren wir denselben einige Millimeter oberhalb seiner Basis,

ohne ihn vorher zu unterbinden. Denn die Gefahr, dass flüssiger Koth in die Bauchhöhle hineinfließt, besteht fast niemals. Im Proc. verm. selbst habe ich nie flüssigen Koth gesehen, und dem Hinausfließen eines solchen aus dem Blinddarme kann man dadurch vorbeugen, dass man vor der Amputation zu beiden Seiten des Processus 2 Katgutnähte anlegt, die man während der Amputation anspannt und mittels derselben das Coecum in die Höhe hebt oder dadurch, dass man ein Kompressorium an den Blinddarm anlegt. Unmittelbar nach der Abtragung des Processus stülpt man den Stumpf in das Lumen des Blinddarmes ein. Die Öffnung an dessen Basis schließen wir durch eine 2reihige sero-muskuläre Naht. Die auf diese Weise gewonnenen Verhältnisse illustriert Fig. 2. Es besteht nun keine cavité clause, die serösen Flächen des Processus sind einander zugekehrt, und seine Schleimhaut blickt in das Cavum des Blinddarmes.

Aus diesen Gründen möchte ich dieses Verfahren aufs wärmste empfehlen.

1) C. Ritter. Die Ätiologie des Carcinoms und Sarkoms auf Grund der pathologischen Forschung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 161.)

Die Arbeit giebt den Text eines von R. im Juni 1900 im Greifswalder medicinischen Verein gehaltenen Vortrages. Derselbe besteht im Wesentlichen aus einer kritischen Umschau auf der neueren pathologisch-histologisch-biologischen Carcinom- und Sarkomliteratur mit Rücksicht auf die Frage, ob es überhaupt möglich sei, die Annahme, dass die bösartigen Geschwülste infektiöser Natur seien, mit dem gegenwärtigen Stande der Forschung in Einklang zu bringen, wobei auf die bislang als Carcinom- und Sarkomerreger proklamirten Bakterien oder Parasiten gar nicht weiter eingegangen wird. Die Arbeit hat demgemäß selbst mehr den Charakter einer kritisch-referirenden Zusammenstellung, wesshalb sie zur eingehenden Berichterstattung an diesem Orte sich nicht eignet, zumal sie sich auf die feinsten Specialien der rein theoretischen Pathologie erstreckt. R. kommt zu dem Resultat, dass die Möglichkeit der Infektiosität vom Carcinom und Sarkom nicht zu verneinen sei. Keine der Eigenschaften dieser Neubildungen kommt ihnen allein zu, alle finden sich im Gegentheil mehr oder weniger auch bei den infektiösen Entzündungen. Histologisch spezifische Carcinom- bzw. Sarkomzellen giebt es nicht. Auch die Funktionslosigkeit der bösartigen Geschwulstzellen, die Änderung der Wachstumsrichtung und das regellose Wachstum selbst können nicht als einzig den bösartigen Geschwülsten zukommende Eigenheiten aufrecht erhalten werden. Nicht anders ist es mit den verschiedenen Zellendegenerationsprocessen, die in bösartigen Neubildungen stattfinden, der Verkäsung, Verhornung, der gallertigen Entartung, der Nekrose, die sich alle sehr leicht unter

der Annahme einer Infektiosität erklären lassen. Schwieriger ist, die Metastasenbildung der bösartigen Geschwülste mit dieser Annahme zusammenzureimen; doch ist die Metastasenlehre noch durchaus nicht völlig aufgeklärt und abgeschlossen. Stimmt man der Infektiositätslehre der bösartigen Geschwulst zu, so wird man die Geschwulstzellen an sich nicht für bösartig, sondern für nützlich, für eine Schutzreaktionsleistung des Organismus anzusehen haben. In der Praxis hat man an die Gefahr zu denken, bei Operationen mit dem Messer aus der angegriffenen Geschwulst Carcinomerreger ins Gesunde zu übertragen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

2) **Ravogli.** Etiologie and pathologie of cutaneous cancer.

(Journ. of cutan. and gen.-urin. disease Vol. XIX. Part. 2.)

R. theilt die Hautcarcinome in lobuläre, lenticuläre und papillomatöse. Das lobuläre nimmt seinen Ausgang vom Stratum mucosum der Epidermis oder von den Hautdrüsen. Die Epithelzellen dringen in das Bindegewebe ein und zerstören die Hautdrüsen, so dass von der ursprünglichen Struktur der Talg- und Schweißdrüsen nur geringe Spuren zurückbleiben. Die Ulceration ist nur oberflächlich, erfasst nur den Papillarkörper. Das lenticuläre Hautcarcinom beginnt als ein in der Tiefe der Haut abtastbares bewegliches Knötchen, welches zu einer nussgroßen, harten, elastischen Geschwulst auswächst. Die Hautdecke der Geschwulst wird von zahlreichen erweiterten Blutgefäßen durchzogen. Sobald die Neubildung zerfällt, tritt ein tiefes, von zahlreichen kleinen, harten Knötchen umgebenes Geschwür zu Tage. Es zeigt alveoläre Struktur mit wenig veränderten Papillen, stark vergrößerten Gefäßen und zu Nestern gruppierten Epithelzellen.

Das papilläre Hautcarcinom ist die bösartigste, schnell zu Metastasen führende Form. Das Stratum mucosum ist gewuchert und bedeckt die verlängerten Papillen. Diese verlängerten Papillen sind nicht mehr die alten Papillen der normalen Haut, sondern ein Produkt der Bindegewebshypertrophie in Folge des großen Gefäßreichtums der Geschwulst. Das papilläre Carcinom ist als eine Varietät des tiefen lenticulären anzusehen.

Chotzen (Breslau).

3) **Donati.** Il sangue negli individui affetti da tumori maligni.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1901. No. 6.)

Ausführliche Studien über die Blutbeschaffenheit bei Fällen von bösartigen Geschwülsten, meist Krebsen. Untersucht wurde Hämoglobingehalt, das frische mikroskopische Bild, Zahl der rothen und weißen Körperchen, Verhältnis derselben zu einander, die Färbekraft des Blutes, die mit Neutralroth und Methylenblau sich färbenden

Erythrocyten, die einzelnen Formen der Leukocyten. Aus den Resultaten dieser Untersuchungen, verglichen mit denen anderer Autoren, ergeben sich folgende Schlüsse: Die Blutuntersuchung kann zur Stellung der Diagnose und Prognose in gewissen Fällen, aber nur mit Vorsicht verwandt werden. Viele Punkte sind noch strittig. Im Allgemeinen verursachen die bösartigen Geschwülste Verminderung des Hämoglobingehaltes und in geringem Grade der Zahl der Erythrocyten, Verminderung der Färbekraft, Alterationen der Größe und Form der Erythrocyten, in einer gewissen Zahl der Fälle eine absolute und relative Vermehrung der Leukocyten. Manchmal charakteristische Veränderung im Verhalten der verschiedenen Formen der letzteren; Anwesenheit jodophiler Zellen, besonders in schweren Fällen; Verminderung des spec. Gewichts, des Eiweißgehaltes, der Trockensubstanz, Vermehrung des Zuckergehaltes.

Im Speciellen findet sich folgendes:

Hautcarcinome machen wenig Veränderung. Die Färbekraft kann abnehmen. Häufig eosinophile Zellen.

Brustkrebs vermindern den Hämoglobingehalt, die Zahl und Färbekraft der rothen Zellen in leichterem Grade. Häufig Größenveränderungen. Hyperleukocytose durch Vermehrung der eosinophilen bei Verminderung der polynucleären Zellen.

Die **Ösophaguskrebs**e begleiten hauptsächlich morphologische Veränderungen der Erythrocyten und Vermehrung der großen mononucleären Leukocyten.

Magencarcinome machen beträchtliche Verminderung des Hämoglobins, der Zahl und Färbekraft der Erythrocyten. Häufig polychromatophile Erythrocyten, Poikilo- und Mikrocyten. Normo- und Megaloblasten. Hyperleukocytose in 50% der Fälle. In 80% Verdauungsleukocytose. Die polynucleären neutrophilen Leukocyten vermindern sich auf Kosten der anderen Formen.

Krebse des Darmkanals haben ähnliche, doch inkonstantere Wirkung.

Bei **Uteruskrebsen** starke Anämie, zumal durch die Blutungen begünstigt.

Bei **Carcinomen anderer Organe** lässt sich ein einheitliches Schema nicht geben.

Sarkome: je nach dem Sitz, besonders aber bei Knochensarkomen, beträchtliche Verminderung von Hämoglobingehalt, Färbekraft. Makro- und mikroskopisch Poikilocyten. Normo- und Megaloblasten. Gewöhnlich Hyperleukocytose, hauptsächlich Vermehrung der Lymphocyten.

Bei **Lymphosarkomen** hohe Grade von Leukocytose.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

4) **J. Silhol.** L'examen du sang en chirurgie et en particulier au point de vue diagnostic.

(Revue de chir. 1901. No. 7.)

Nach S. sollte von Rechtswegen das Blut eines jeden Kranken vor der Operation nach drei Richtungen hin untersucht werden; durch Bestimmung des Hämoglobingehaltes, Zählung der Blutkörperchen und Trockenpräparate.

Abgesehen davon, dass bei einem Hämoglobingehalt unter 40% wo möglich nicht operirt werden sollte, lässt sich oft aus dem Blutbefunde mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose präcisiren, vor Allem wo es sich um Zweifel über die Art mancher Magenleiden handelt.

Trifft nämlich niedriger Hämoglobingehalt zusammen mit Herabsetzung der rothen, Vermehrung der weißen Blutkörperchen und Poikilocytose, so kann fast mit Sicherheit Carcinom angenommen werden.

Für andere Erkrankungen trifft dies Verhalten nicht so unzweideutig zu.

Christel (Mets).

5) **Gaudier.** Emploi de l'oxygène dans le traitement de certaines otorrhées chroniques.

(Soc. belge d'otologie 1901. Juni 2.)

Verf. verwendete Sauerstoffgas zu Einblasungen in die Paukenhöhle, entweder durch den äußeren Gehörgang bei bestehender Perforation, oder durch die Tube, am besten abwechselnd auf beiden Wegen, und erzielte gute Erfolge bei chronischen eitrigen Katarren der Paukenhöhle, welche auf die Schleimhaut beschränkt geblieben waren.

Mohr (Bielefeld).

6) **R. Krieg.** Atlas der Nasenkrankheiten. 7 Liefg.

Stuttgart, F. Enke, 1901. Mit 475 Abbild. auf 38 Tafeln.

7) **P. H. Gerber.** Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Liefg. 1—3.

Berlin, S. Karger, 1901.

Dass unter unseren zahlreichen medicinischen Atlanten bisher eine bildliche Darstellung der Nasenerkrankungen fehlte, mag auffallend erscheinen, erklärt sich aber wohl durch die Schwierigkeiten, die die complicirte Perspektive des Bildes bei der Rhinoscopia anterior der zeichnerischen Wiedergabe in den Weg stellt. Merkwürdigerweise erscheinen jetzt zwei Atlanten fast gleichzeitig, die diese Lücke ausfüllen sollen. In den Bildern des K.'schen Atlases, die der Autor selbst gemalt hat, ist vielfach eine von der Natur etwas abweichende Darstellungsweise gewählt worden, indem Ansichten aus mehreren verschiedenen Blickrichtungen in einem Bilde kombinirt sind: das gewährt den Vortheil, dass das Bild für den Geübten beziehungsreicher, seine Deutung erleichtert wird; in dem G.'schen Atlas haben

sich die darstellenden Künstler strenger an das beim Einblick in die Nase in bestimmter Richtung sich ergebende perspektivische Bild gehalten. Beide Arten der Darstellung haben ihre Vor- und Nachteile: für den Lernenden ist nach Ansicht des Ref. die Darstellung in G.'s Atlas lehrreicher und leichter verständlich. Die Schwierigkeiten der Perspektivzeichnung machen sich aber auch beim letzteren bemerklich. Was die Farbengebung der Abbildungen betrifft, so möchte Ref. den G.'schen Bildern entschieden den Vorzug geben: sie ist ja auch bei K.'s Bildern vortrefflich, bei den einfacheren Farbennuancierungen sogar tadellos, bei schwer wiederzugebenden Farben haben aber in dem G.'schen Werke anscheinend Künstler und Lithograph sich besser gegenseitig eingearbeitet. Wer die Schwierigkeiten farbiger Reproduktion genau kennt, wird die Leistung, die der K.'sche Atlas darstellt, deshalb nicht gering schätzen, sondern nur bedauern, dass die künstlerische Hand des Autors nicht mehr auf den Lithographen hat einwirken können.

Der bereits vollständige K.'sche Atlas zeichnet sich durch eine große Reichhaltigkeit aus: manche seltenen Erkrankungen, auch der äußeren Nase und der Nachbargebiete, sind in ihm dargestellt, eine Aufzählung des Gebotenen würde aber hier zu weit führen. Zuweilen geht der Autor nach Ansicht des Ref. im Streben nach Vollständigkeit etwas weit, indem er z. B. alle entfernten Stückchen einer Septumcrista einzeln abbildet. Auch der begleitende Text, der hier, außer in deutscher, noch in englischer Sprache gegeben ist, erscheint dem Ref. etwas zu ausführlich. Die Doppelsprachigkeit stört ein wenig beim Nachlesen des Textes. Wäre es nicht zweckmäßiger, in solchen Fällen eine deutsche und eine englische Ausgabe des Textes getrennt zu veranstalten? Die Übersichtlichkeit würde dadurch sicher gewinnen!

Der G.'sche Atlas ist nur von einem ganz kurzen Texte begleitet, was dem Ref. sehr zweckmäßig erscheint: für ausführlichere Mittheilung interessanter Fälle dürfte eine gesonderte Publikation praktischer sein. Doch mögen darin Geschmacksverschiedenheiten walten. Die bisher erschienenen Tafeln des G.'schen Werkes erscheinen sehr sorgfältig ausgewählt. Über die zu erwartende Reichhaltigkeit lässt sich noch nichts Rechtes sagen, da noch zu wenig Lieferungen erschienen sind.

Zwischen den beiden Atlanten zu wählen, fällt schwer; sie ergänzen sich durch die Art der Darstellung gegenseitig. Hoffentlich wird auch der dargestellte Stoff in beiden sich zu einer vollständigen Sammlung ergänzen! — In Bezug auf buchhändlerische Ausstattung sind beide Werke mustergiltig und machen den Autoren und Verlegern alle Ehre.

Kümmel (Breslau).

8) **E. Haas.** Über die Osteome der Nasenhöhle.

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

H. fügt der bisherigen Kasuistik über Nasenhöhlenosteome (nur 20 Fälle) eine weitere Beobachtung aus der v. Bruns'schen Klinik an: 34jährige Frau. Nussgroßes, mindestens 12 Jahre zurückdatirendes Osteom, bestehend aus rein spongiöser Knochensubstanz und ausgegangen vom Dache der Nasenhöhle. Exstirpation nach medianer Spaltung der linken Nasenhälfte. Glatte Heilung. Seither beschwerdefrei.

Nasenhöhlenosteome sind nach Verf.s Ausführungen weit seltener als solche der Nasennebenhöhlen. Sie setzen sich theils aus eburnisirter, theils, was häufiger der Fall zu sein pflegt, aus spongiöser Knochensubstanz zusammen. Nicht selten handelt es sich um sog. todte, d. h. frei losgelöste Geschwülste. Über die Pathogenese derselben ist wenig Sicheres bekannt; wahrscheinlich ist eine Entwicklung auf knorpeliger Grundlage, und zwar fötalen Ursprunges, anzunehmen. Als Ausgangspunkt scheint am häufigsten das Siebbein zu dienen. Unter den Symptomen werden Juckreiz, Blutungen, Ozaena, Naseneiterungen, ferner Verschluserscheinungen, Kompression des Thränenganges und neuralgiforme Schmerzen angegeben. Zum Zwecke der Exstirpation muss ein möglichst freier Zugang geschaffen werden. Gelingt die Entfernung nicht leicht auf natürlichem Wege, so ist eine Spaltung der äußeren Nase angezeigt, event. wird es nöthig, auch noch weitere Hilfsschnitte auszuführen.

Honsell (Tübingen).

9) **L. Grünwald** (München). Zur Entstehung und Behandlung der Phlegmonen im Rachen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 30.)

G. unterscheidet folgende Formen von Rachenabscessen: 1) die supratonsilläre Phlegmone, am häufigsten. Unter den Symptomen sind besonders charakteristisch: Kieferklemme, Schwellung und Röthung der einen Hälfte des weichen Gaumens, oft mit Ödem der oberen Hälfte der Gaumenbögen und Uvula; geringe oder gar keine Schwellung der Mandeln. Eröffnung mit Sonde vom Infektionsort, d. h. von dem Recessus supratonsillaris aus. 2) Den Peritonsillarabscess, selten, durch Fremdkörperinfektion oder von Zahnerkrankungen aus entstehend. Uvula frei; Kieferklemme wenig entwickelt. Mandel nicht geschwollen. 3) Den Mandelabscess, selten; Mandel geschwollen, Fehlen stärkerer Kieferklemme. Eröffnung durch Einführen der Sonde von der Fossa supratonsillaris aus nach unten in das Mandelgewebe, mit Spaltung der Vorderwand des Abscesses, der bei ungenügender Entleerung chronisch werden kann. 4) Akute Retronasalphlegmone. Rachen, so weit sichtbar, kann frei sein. Schwere Allgemeininfektion, hohes Fieber, große Prostration, Schlingbeschwerden. Entleerung des Eiters gewöhnlich durch die Nase, deren einseitige Verstopfung bemerkenswerth ist.

Kramer (Glogau).

10) **E. Formanek.** Zur Kenntnis der Cachexia strumipriva.
Vortrag, gehalten auf dem III. Kongress tschechischer Naturforscher und Ärzte
in Prag. 25.—29. Mai 1901.

Die Untersuchung des Harns und der Organe thyrektomirter Hunde ergibt, wie F. schon früher gezeigt hat, keine Anhaltspunkte für die Erklärung der Cachexie; von mehr Erfolg dürften Stoffwechseluntersuchungen begleitet sein. F. bestimmte den N aus dem Harnstoff und Ammoniak vor und nach der Operation und fand eine bedeutende Zunahme des N nach der Operation; das Verhältnis des Gesamt-N zu jenen des Ammoniaks blieb unverändert. Ein Fall war dadurch sehr interessant, dass nach einiger Zeit wieder normale Verhältnisse eintraten; bei der Sektion fanden sich accessorische Schilddrüsen im Thymusgewebe. — Weiter untersuchte F. den Einfluss der Ammoniums Salze auf das Blut und konstatierte bei systematischer Verabreichung solcher Salze einen Zerfall der Erythrocyten und Auftreten ähnlicher Symptome wie bei Exstirpation der Schilddrüse (Zittern, Salivation, breitspuriger Gang, Verblödung, zuletzt, Krämpfe mit der für thyreoprive Cachexie charakteristischen Stellung der Extremitäten), ja sogar auch Hyperämie der Organe, insbesondere jener der Bauchhöhle. Durch die Annahme, dass es sich bei der thyreopriven Cachexie um eine Ammoniakvergiftung handelt, könnte man sich auch erklären, warum nach der Operation im Hungerzustande keine Krämpfe auftreten und Milchkost besser vertragen wird als Fleischkost.

G. Mühlstein (Prag).

11) **G. Schulz.** Zur Frage der operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Verf. giebt zunächst eine Übersicht über Geschichte, Ätiologie, Symptomatologie so wie die theoretischen Erklärungen des Morbus Basedowii. Von den verschiedenen Theorien findet die Schilddrüsentheorie ihre wesentlichste Stütze in den operativen Erfolgen. Dass die Schilddrüse das Krankheitsbild beherrsche, lehre die auffallend rasche Besserung nach Strumektomie und die vielfach konstatierten Dauerheilungen. S.'s eigene Erfahrungen stützen sich auf 20 operirte und nachuntersuchte Fälle des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses. Am auffallendsten war nach der Operation zunächst die Verlangsamung der Pulsfrequenz; die Kranken wurden ruhiger, fühlten sich wohler, die früheren Angst- und Erregungszustände gingen zurück. Auch der Exophthalmus besserte sich häufig schon in den ersten Tagen, und bei der Nachuntersuchung war mit Ausnahme eines Recidivs nie mehr ein solcher vorhanden. Der zurückgelassene Kropfrest hatte ebenfalls mit Ausnahme des gleichen Falles stets eine deutliche Verkleinerung erfahren. Im Ganzen ist in 18 der 20 Fälle ein vollständiger Erfolg der Operation eingetreten; 14 hiervon waren sehr schwer Kranke, 4 mittelschwere Fälle; nur

ein einziger wirklicher Misserfolg war zu verzeichnen. Was die Indikation für das operative Eingreifen anlangt, so hält Verf. in jedem Falle den Versuch, die Krankheit auf nicht operativem Wege zu beseitigen, für vollauf berechtigt; es soll daher auch nicht operiert werden, ehe man sich von der Erfolglosigkeit der internen Medikation überzeugt hat; andererseits muss sich der Pat. aber auch noch in gutem Ernährungszustand befinden.

Als Operationsmethode wurde in letzter Zeit fast ausschließlich die partielle Strumektomie geübt, die nur in besonders geeigneten Fällen mit der E nukleation kombinirt wurde. Zur Narkose kam Chloroform in Verwendung. _____ **Honsell** (Tübingen).

12) **T. Cavazzani** (Sandrigo). Di una modificazione alla tecnica della strumectomia col metodo Bottini.

(Clinica chir. 1900. Hft. 10.)

C. kombinirt den Kragenschnitt durch die Haut mit der medianen Trennung der Fascie und Kropfkapsel, um auch der Ästhetik der Narbe Rechnung zu tragen. _____ **J. Sternberg** (Wien).

13) **E. Burckhardt**. Über Kontinuitätsinfektion durch das Zwerchfell bei entzündlichen Processen der Pleura.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Angeregt durch 2 Fälle metapneumonischer Infektion des Bauchfells, bei welchen eine direkte Überwanderung der Keime durch das Zwerchfell angenommen werden konnte, tritt Verf. der Frage nach der Entstehungsweise der peritonitischen Entzündung nach pleuralen Affektionen näher. Auf Grund seiner Untersuchungen an Zwerchfellen von Personen, die an Pneumonie oder Empyem gestorben waren, durfte er folgern, dass bei jedem Entzündungsprocesse, der die Pleura diaphragmatica angreift, ein Hineinwachsen von Keimen statthat. Ob diese Keime bis zum Bauchfell gelangen, hängt von der Virulenz derselben, von der Widerstandsfähigkeit des Organismus so wie auch von der Schwere und Zeitdauer des Processes ab. Experimentelle Untersuchungen an Thieren ergaben analoge Resultate. Indifferente, in den Pleuraraum eingebrachte Partikelchen fanden sich nur zwischen und unter dem Endothel, wurden jedoch nicht ins Gewebe aufgenommen. Ähnlich verhielten sich auch nicht-pathogene Keime; pathogene riefen dagegen eine Entzündung hervor und drangen nach Zerstörung des Endothels ins Zwerchfell ein. Wurde außerdem eine Schädigung des Zwerchfells gesetzt, so wurde dasselbe völlig von den Mikroorganismen durchwachsen. Verf. schließt daher, dass bei entzündlichen Processen der Pleura die Keime ins Zwerchfell einwachsen und dasselbe event. auch durchwachsen können, je nach der Schwere und Dauer des Processes. Vorbedingung ist Schädigung des Bauchfellendothels. _____ **Honsell** (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus Prof. Dr. Røvsing's Privatklinik zu Kopenhagen.)

Zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt.

Von

Dr. N. Muus.

Im Centralbl. für Chir. No. 31 1901 findet sich eine kleine Mittheilung von Prof. Th. Kölliker über ein eigenthümliches Symptom des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt. Kölliker beobachtete eine Flexionskontraktion bei einer Pat. mit einem Schenkelbruch, der nur einen verwachsenen Wurmfortsatz und etwas mäßig verdicktes Netz enthielt. Nach Exstirpation dieser beiden Theile und Radikaloperation verschwand die Flexion vollständig. Da man so häufig Omentalhernien ohne jede Flexion sieht, schreibt Kölliker dieses Symptom dem verwachsenen Wurmfortsatz zu.

Ich kann diesem Schlusse beitreten, indem wir in der Klinik einen ähnlichen Fall beobachtet haben.

Eine 64jährige Frau hatte Jahre hindurch einen rechten Schenkelbruch, welcher ab und zu hervortrat, aber leicht reponirt werden konnte. Es blieb aber eine kleine Geschwulst zurück, die das Tragen des Bruchbandes verhinderte. In den letzten Monaten wurde sie schmerzhafter, so dass Pat. nur in gebeugter Stellung herumgehen und sich gar nicht aufrecht halten konnte. In der Rückenlage wurde das rechte Bein in der Hüfte um ca. 30° flektirt gehalten und konnte wegen Schmerzen nicht weiter gestreckt werden. Bei direktem Druck war die Geschwulst nur sehr wenig schmerzhaft. Bei der Operation am 18. April 1901 zeigte sich ein kleines präperitoneales Lipom um einen Bruchsack, der nur einen gesunden verwachsenen Wurmfortsatz enthielt. Dieser wurde reseziert, Radikaloperation gemacht; danach konnte das Bein vollständig gestreckt werden, und die Frau geht jetzt in ganz natürlicher Stellung herum.

Ich glaube, wie Prof. Kölliker, dass eine solche Kontrakturstellung im Hüftgelenke für die Diagnose auf mit dem Bruchsacke verwachsenen Wurmfortsatz ein beobachtungswerthes Symptom ist.

14) Wiesinger. Auftreibung des Schädelknochens in der vorderen Scheitelgegend.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Bei einem 14jährigen Mädchen trat seit 5 Jahren unter ständigen heftigen Schmerzen eine langsam wachsende Auftreibung an oben genannter Stelle auf, die auf interne Behandlung mit Jod, Quecksilber etc. nicht zurückging. Nach operativer Freilegung des Knochens schimmerte derselbe bläulich durch. Nach Entfernung einiger oberflächlicher Knochenlamellen fand man einen großen Varix im Knochen, dessen Ausläufer mit dem Sinus longitudinalis in Verbindung standen. Eine Unterbindung war nicht möglich, deshalb Exstirpation bei bedeutender Blutung. Tamponade. Heilung. Ätiologisch ist es zweifelhaft, ob ein Trauma im 3. Lebensjahre als die Ursache anzusehen ist. **Borchard** (Posen).

15) S. Kolben. Über einen Fall von traumatischer Spätapoplexie.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. No. 25.)

Ein Trunkenbold kommt, aus einer Kopfwunde blutend, nach Hause, nicht bewusstlos; am 2. Tage Kopfschmerzen, seitdem vergesslich, nimmt absonderliche Gewohnheiten an und wird nach einigen Wochen bewusstlos, mit linksseitiger

Facialislähmung, sterbend auf der Straße gefunden. Diagnose: Apoplexie. Bei der Sektion (Kolisko) zeigt sich ein querer Basisbruch mit bereits geglätteten Rändern, Zerreißen der Dura, seiner rechten Hälfte entsprechend, Extravasat an derselben und an den Meningen; von hier nach vorn sich erstreckend ein mäßiger Bluterguss in der Marksubstanz der rechten Hemisphäre.

In der Litteratur finden sich sonst noch 7 Sektionsbefunde von traumatischer Spätapoplexie. Auch in dem hier beschriebenen Falle muss man bei dem chronischen Alkoholismus in der Deutung der Intervallärsymptome vorsichtig sein. (Es muss wohl auch zweifelhaft bleiben, ob das alkoholische Gehirn nicht bereits den »vorbereiteten« Boden für die Apoplexie abgegeben hat, die dann nicht nur in dem Nachgeben der »traumatischen Erweichungsnekrose« ihre spezifische Ätiologie fände.)
Herm. Frank (Berlin).

16) M. Péraire. *Trépanation pour les traumatismes anciens de la région cranienne.*

(Revue de chir. 1901. No. 7.)

Über einen der hier mitgetheilten Fälle wurde bereits in No. 36 dieses Centralblattes berichtet. Der andere betrifft einen Hirnabscess, der sich im Verlaufe von etwa 7 Jahren nach 2maliger Kontusion und Depression der nämlichen Schädelstelle entwickelt hat, wesentlich unter Erscheinungen einer Osteoperiostitis. Als erstes Symptom zeigte sich 2 Jahre nach den Traumen ein Abscess, der spontan aufbrach, sich späterhin abwechselnd schloss und öffnete; die Eiterretention brachte jedes Mal Fieber, Kopfweh, Schlaflosigkeit mit sich. Die 1894 vorgenommene Untersuchung und Trepanation erschloss einen Hirnabscess, der durch eine enge Knochenperforation mit der Oberfläche in Verbindung stand; Gummidrain, Heilung.

Christel (Metz).

17) G. Bendani (Bologna). *Contributo alla chirurgia del sistema nervoso centrale e del ganglio di Gasser.*

(Clinica chir. 1900. No. 5.)

Unter den von B. Operirten finden sich folgende Fälle von Affektionen des Centralnervensystems:

1) Epilepsie (essentielle).

36jähriger Mann (ref. d. Centralblatt 1889 p. 700) — nach 8 Monaten neuerliche Anfälle, die seither sehr spärlich und schwach sind. — 29jähriger Mann, Zeit Lebens schwerer Epileptiker, operirt 1889, Trepanation über beiden motorischen Centralzonen; Meningen, Gehirn und Liquor cerebrospinalis normal. Drainage, Naht. In den ersten Monaten sehr seltene und schwache Anfälle, später wieder intensive, in deren einem Pat. 1896 stirbt. Die Autopsie ergibt nichts Abnormes. — 50jähriger Mann, seit 28 Jahren schwerer Epileptiker. 1889 operirt, auffallend dickes Schädeldach (mehr als 1 cm), Hervorquellen der Hirnsubstanz. 4 Monate anfallsfrei, dann der frühere Zustand. 1896 Tod im Anfall, Sektionsbefund negativ, nur »Gehirnwindungen wenig deutlich«. — 10jähriger Knabe, seit 2 Jahren häufige Anfälle. Operation 1889, negativer Befund; einige Monate Pause, dann von Neuem die heftigsten Anfälle, deren einem Pat. 1897 erliegt. Nekropsie giebt negativen Befund.

2) Jackson'sche, nicht traumatische Epilepsie.

68jähriger Mann, weder Trinker, noch Luetiker, hat vor 14 Monaten einen apoplektischen Insult erlitten. Rechtsseitige Hemiparese. Mehrmals im Tage Anfälle, welche im Gebiete des rechten Facialis beginnen, auf die rechten Extremitäten übergreifen; selten mit Bewusstseinsstörungen. Nachher ist die Hemiparese deutlicher. Explorative Kraniektomie: Injektion der Arachnoidealvenen, fibrinöses Exsudat über der ganzen Zona Rolandica sinistra. Tod nach 5 Tagen: Gelbe Erweichung unter der Roland'schen Furche.

3) Jackson'sche Epilepsie.

40jähriger Mann. Im Jahre 1888 erhielt er mehrere Beiliebe auf den Schädel, zwei an der Stirn, einen über dem linken Scheitelbein. Nach einigen Tagen Splitter entfernt; Heilung; nur zeitweise athetotische Bewegungen des rechten Armes. Nach 6 Jahren Anfälle: Beginn mit Augenbewegungen, dann auf die rechte obere, die linke, endlich die unteren Extremitäten übergreifend, manchmal mit Bewusstseinsverlust. Operation am 6. November 1894: Derbe Narbe der Meningen, mit der Zona Rolandica verwachsen, im Sulcus mäßige Serumansammlung. Drainage, Naht; Heilung per primam. Die Anfälle sind sofort geschwunden und nicht wiedergekehrt. — 48jähriger Mann. Vor 20 Monaten Beiliebe über den Schädel. Lähmung des rechten Beines, Anästhesie der rechten Körperhälfte. Nach 8 Monaten epileptische Krämpfe im rechten Beine im Liegen; im Stehen nur beim Beugen des Knies. Das Bein schleift beim Gehen. Depression über dem linken Scheitelbeine. Am 11. September 1897 Operation: Entfernung eines Splitters aus der Gehirnschubstanz und einer verwachsenen Duranarbe. Heilung per primam. Die Parese ist geringer, eben so die Kontrakturen, der Gang normal.

4) Allgemeine traumatische Epilepsie.

28jähriger Mann. Hufschlag in die Stirn, links; Hirnvorfall. Heilung mit ganz leichter Paralyse der rechten Glieder und des Facialis und linksseitiger Ptosis. Nach 3 Jahren beginnen gehäufte, schwerste epileptische Anfälle. Große Impression im linken Stirnbeinhöcker. Am 21. Oktober 1889 Operation. Ein 4 cm breites Knochenstück wird aus dem adhärensten Gehirn entfernt, eine Serumcyste entleert. Drainage, Naht. Heilung per primam. Die Konvulsionen allmählich seltener und leichter, in den letzten Jahren sehr selten.

5) Solitärer Tuberkel.

8jähriges Mädchen. Wachsender Hydrocephalus, Amaurose, Paraplegie aller Extremitäten. Trepanation und Paracentese des linken Seitenventrikels, 100 ccm klares Serum. Tod. Symmetrische Solitærtuberkel an den 3. Schläfewindungen.

6) Hirngeschwulst.

32jährige Frau. Seit einem Jahre auffallende Kopfschmerzen unter der linken Fronto-Parietalnaht, manchmal leichte Parese der rechten oberen Extremität mit Aphasie. Operation: Mit dem Knochen verwachsene heteroplastische Geschwulst der Dura, ausgehend vom Proc. falciformis. Tod. Endotheliom des Proc. falciformis.

7) Traumatische Hemiplegie.

5jähriges Kind. Stich mit einer Heugabel in die linke Scheitelgegend. Nach 2 Tagen (7. Mai 1894) wegen der bleibenden rechtsseitigen Hemiplegie, Parese des linken Beines, Blasenlähmung und motorischen Aphasie Trepanation; Entfernung des eingedrückten Scheitelbeinstückes, eines 1 cm tief liegenden Splitters und Desinfektion der Meningen. Drainage, Naht. Eine kleine Encephalocoele wird nach 19 Tagen, da jede Plastik unmöglich, abgetragen. Naht der Hirnhäute. Heilung per primam. Das Kind ist jetzt sehr intelligent, hat keinerlei Zeichen von Paralyse; nur die Streckung der Finger der rechten Hand erfolgt langsamer.

8) Otitische Meningitis.

49jähriger Mann, seit wenigen Tagen krank. Trepanation, unter den Meningen ebenfalls Eiter. Tod. — 7jähriger Knabe, seit 2 Monaten krank; Trepanation; nach anfänglicher Besserung Tod.

9) Trepanationen wegen Traumen.

9jähriger Knabe, Schlag auf den Schädel. Paraplegie; sonst keine Störungen. Ein Splitter von 9 cm Länge und 4 cm Breite wird aus der rechten Scheitelgegend gehoben und nach Reinigung der Meningen mit Drahtnähten wieder fixirt. Tod. — 25jähriger Mann. Sturz auf die linke Stirn-Scheitelbeingegend aus 10 m Höhe. Trepanation mit Hebung eines Fragmentes. Heilung per primam ohne irgend welche bleibenden Folgen.

10) Kleinhirngeschwulst.

17jähriger Junge. Diagnose vor der Operation: Geschwulst der linken Kleinhirnhälfte mit Kompression der linken Hälfte des Pons und des Bulbus. Trepanation der Hinterhauptsgegend. Vordringen bis ins Tentorium. Eine harte Geschwulst wird nach Abheben des Hinterhauptlappens des Großhirns theils mit dem Finger, theils mit dem Löffel entfernt. Fibrosarkom. Heilung in 4 Wochen. Nach 10 Wochen Recidivoperation mit tödlichem Ausgange. (Die interessantesten Details des Nervenstatus eignen sich nicht zum Referate.)

11) Laminektomie.

15jähriges Mädchen. Diagnose: Pachymeningitis tuberculosa in regione dorsali. Laminektomie am 6., 7. und 8. Brustwirbel. Ausschabung der käsig infiltrirten Innenseite der Dura (die Vorderfläche frei). Tod nach anfänglicher Besserung der Lähmungserscheinungen. — 19jähriger Mann. Sturz auf den Rücken. Paraplegie, Blasenlähmung. In der Annahme einer Kompression der Cauda equina (?) Laminektomie am 4. Lendenwirbel mit negativem Befund. Nach 2 Monaten Besserung der Lähmungserscheinungen.

12) Exstirpation des Ganglion Gasseri.

68jährige Frau. Exstirpation nach Hartley-Horsley. Tod nach 5 Tagen. — 61jährige Frau. Gleiche Methode. Tod während der Operation.

J. Sternberg (Wien).

18) K. Ssapeschko. Zur Geschichte der Resektion des Ganglion Gasseri.

Vortrag, gehalten auf dem russ. Chirurgenkongresse 1900 (s. Centralblatt 1901. No. 16. p. 430).

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 4.)

Der Pat. leidet seit 5 Jahren an Neuralgie im Gebiete des N. mandibularis. Vor einem Jahre Resektion des Nerven, doch ohne Erfolg. 21. Januar 1896 neue Resektion; der Nerv wurde völlig gesund gefunden. Nach 2 Jahren wieder starke Schmerzen. 20. Februar 1898 Resektion des Ganglion Gasseri nach des Verf.s Methode (s. oben citirtes Referat). Nach einem Jahre von Neuem Schmerzen in der Wange, obgleich noch nicht besonders stark. Pat. entzog sich weiterer Beobachtung. — Die Resektion des Ganglion ist angezeigt in Fällen, wo alle 3 Äste des Trigeminus ergriffen sind, ferner nach erfolgloser Resektion einzelner Äste; das Ganglion muss dabei möglichst vollständig entfernt werden, was bei Befolgung der Methode des Verf.s sehr erleichtert wird.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

19) A. Raoult. Occlusion du méat et des parois du conduit auditif à la suite d'un traumatisme. Réfaction du conduit.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1901. No. 30.)

In Folge eines Kuhhornstoßes erlitt ein 10jähriger Knabe eine ausgedehnte Verletzung der Ohrmuschel und des Gehörkanals mit Zerreißen seiner häutigen und knorpeligen Wände; dieselbe hatte eine hochgradige Verengung bei geringer, eitriger Sekretion zur Folge. Da Dilatationen nicht Abhilfe schafften, musste die Ohrmuschel abgelöst und der narbige Gehörkanal hinten oben kreuzförmig eingeschnitten werden; hierauf erst gelang es durch energisches Dilatiren, einen einigermaßen durchgängigen Gehörkanal zu erhalten und die Eiterung zum Verschwinden zu bringen.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

20) Luc. Nouvelle contribution à l'étude de la périostite temporale d'origine auriculaire sans suppuration intra-osseuse.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 23.)

Nachdem Verf. im Gefolge einer akuten Mittelohreiterung mit spärlicher Sekretion und schmerzhafter mehr über und vor, als hinter der Ohrmuschel lokali-

sirter Schwellung bei der Aufmeißelung das Antrum leer gefunden hatte, begnügte er sich bei zwei ähnlichen Fällen zunächst mit der Incision und Entleerung eines subperiostalen Abscesses, um erforderlichen Falls die Knochenoperation folgen zu lassen. In beiden Fällen incidirte er außerdem die prall vorgewölbte Gehörkanalswand und erzielte nach Entleerung des Eiters völlige Heilung. Verf. erwähnt zwar die Furunkulose des Gehörkanals, geht aber nicht des Näheren darauf ein, warum diese Abscesse, die vor und über der Ohrmuschel sich fanden, nicht Furunkeln ihre Entstehung verdanken könnten. Bei einem weiteren Falle von Schwellung der Temporalgegend, die nach Grippe auftrat und spontan zurückging, fehlt die Ohruntersuchung, und ist derselbe daher als Vergleichsobjekt für obige Affektion belanglos.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

21) **L. Bar.** Cas de pyohémie otique avec dermatomyosite sans thrombophlébite apparente du sinus.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 27.)

Verf. berichtet über einen Fall von Influenzaotitis, in deren Verlaufe unter schweren pyämischen Erscheinungen schmerzhaftes Schwellungen der Jugularisgegend, der verschiedensten Gelenke und des rechten Beines auftraten. Eine erst verhältnismäßig spät vorgenommene Aufmeißelung zeigte im Antrum und den Zellen wenig Eiter; im Sinus war flüssiges Blut unter normalem Druck. Verf. schließt sich der Koerner'schen Ansicht an, dass man die Pyämie mit Sinusthrombose (meist bei chronischen) von der ohne Thrombose (meist bei akuterer Fällen) scheiden müsse.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

22) **A. Malherbe.** Abscès profond du cou consécutif à une otite grippale latente.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1901. No. 29.)

Im Verlaufe von Influenza und Masern erkrankte Pat. an eitrigem Mittelohrentzündung mit geringer Beteiligung des Warzenfortsatzes; später zeigte sich an der betreffenden Halsseite in der Höhe des Kehlkopfes unter dem Musc. sternocleidomastoideus eine apfelgroße, circumscribte, fluktuierende Geschwulst. Bei der Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, der beträchtliche Knochenzerstörungen und schwammige Granulationen aufwies, ließ sich jedoch eine breitere Kommunikation mit dem Abscess nicht auffinden. Derselbe musste daher von außen direkt an Ort und Stelle aufgesucht und eröffnet werden. Er lag unter der tiefen Halsfaszie. Glatte Heilung.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

23) **Fromaget.** Kyste hydatique de la glande lacrymale orbitaire.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux 1901. Juli 5.)

Verf. entfernte bei einer 65jährigen Frau eine Echinokokkencyste der Thränenröhren; die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Vollständige Heilung mit gutem kosmetischem Resultate wurde 4 Monate p. op. festgestellt. In der Litteratur findet sich bisher kein einziger ähnlicher, zweifelloser Fall.

Mohr (Bielefeld).

24) **K. Vymola.** Infektiöses Sklerom.

(Sborník klinický Jahrg. II. Hft. 4.)

Autor berichtet über 7 Fälle dieser Erkrankung aus der Klinik Kaufmann's in Prag. Die Reinkultivierung des Rhinosklerombacillus gelang in allen Fällen; jedoch schlugen alle Experimente, Rhinosklerom durch Impfung mit den Bacillen oder dem Rhinoskleromgewebe hervorzurufen, fehl. Therapeutisch wurden Versuche mit dem Bakterienplasma (-protein) angestellt, das nach Buchner's Methode hergestellt und durch Eindampfung konzentriert wurde. Man begann mit Injektionen von 0,5 ccm und stieg bis 8,5 ccm. Die Reaktionserscheinungen bestanden in Temperaturerhöhung bis um 2,8° C., allgemeiner Mattigkeit, Schüttelfrost, stärkerer Sekretion aus der Nase, Brennen, Jucken und Schmerzen in der Nase, Athembeschwerden, Hustenreiz, Kopfschmerzen, besonders in der Stirngegend, und

Trockenheit im Halse. Sämmtliche so behandelte Fälle (5) wurden bedeutend gebessert entlassen, namentlich war die Athmung eine freiere.

G. Mühlstein (Prag).

25) E. Escat. Volumineux chondrome nasal opéré par les voies naturelles.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1901. No. 29.)

Ein 62jähriger Mann, dem wegen einer einseitigen Nasengeschwulst anderwärts die Nase zur Exstirpation derselben aufgeklappt worden war, kommt mit einem Recidiv. Die äußerst harte Geschwulst nimmt eine ganze Nasenhöhle unter Verdrängung von Septum und Nasenboden ein. In Narkose wird die mäßig breitgestielte Geschwulst mittels 4 Meißelschlägen von der Insertionsstelle getrennt und so auf natürlichem Wege exstirpirt. Glatte Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass ein Chondrom vorlag.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

26) Broeckaert. Lymphangio-sarcome (endothéliome intra-lymphatique) développé dans un polype de la muqueuse nasale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 24.)

Ein 72jähriger Mann, dem früher mehrfach Polypen exstirpirt worden waren, bemerkte seit einigen Wochen eine Schwellung der linken Wangen- und Augen- gegend. Die Untersuchung ergibt außerdem Verbreiterung der Nase, Verdrängung des Septum nach der anderen Seite und in der linken Nasenhöhle eine graue, im mittleren Nasengang inserirende bewegliche Geschwulst; Choanen sind frei. Die Probeexcision führte bei der mikroskopischen Untersuchung zur Diagnose eines »Sarcome alvéolaire endothelial«. Exstirpation der Geschwulst mittels Schlinge und scharfem Löffel. Einige Wochen danach Tod in Folge von Erysipel. Im Anschluss daran giebt Verf. eine genaue histologische Beschreibung und zieht die Möglichkeit der Transformation gewöhnlicher Schleimpolypen in die erwähnte Geschwulst in Betracht; er bespricht die diesbezügliche Litteratur und streift am Schluss die klinischen Erscheinungen der Endotheliome.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

27) E. Payr. Beiträge zur Technik der Rhinoplastik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 140.)

P. deckte einen fast völligen Defekt der Nasenspitzenweichtheile einschließlich des knorpeligen Septums, entstanden durch eine Carcinomoperation, folgendermaßen: Präparirung zweier langer, gestielter, 2½ cm breiter Hautlappen aus dem Verlauf der Nasolabialfurchen, deren Wurzel nahe den Nasenflügeln genommen wurde und deren Ende beiderseits bis an den Kiefferrand ging. Der Defekt in der Backe war leicht vernäbar. Die Lappen wurden nun so nach aufwärts und medial umgeschlagen, dass sich ihre Wundflächen berührten und an ihrem unteren Rande in Ausdehnung von ca. 3 cm zusammengenäht wurden. Der hierdurch gebildete derbe »Sporn« wird als neues Septum in den Nasendefekt eingesetzt, wo er gut einheilt. Später werden die Stiele der benutzten Lappen durchtrennt und mit den Rändern des Nasendefekts zusammengesamt und vernäht. Die ursprünglich beabsichtigte Deckung der freiliegend gebliebenen Wundflächen der umgekrempelten Lappentheile erwies sich als entbehrlich, da deren Überhäutung spontan erfolgte, wobei der untere Rand der Lappen (den neugebildeten Nasenflügeln entsprechend) sich stark nach außen umrollte, auf diese Weise eine gute Form der neuen Nasenlöcher herstellend. Gutes kosmetisches Endresultat, das durch Photogramm illustriert wird, während 4 andere Figuren die Schnittführung und Lappenanwendung darstellen.

Nach Bericht seines Falles geht P. kurz auf die seinem Verfahren ähnlichen rhinoplastischen Operationsmethoden von Thiersch, Helferich, v. Hacker,

Lexer ein, welche auch theils mit der Epidermis nach innen gewandte Lappen, theils Lappen aus der Nasolabialfurchenhaut verwenden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **F. Furet.** La sinusite sphénoïdale chronique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 19.)

Verf. bespricht zunächst die Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose des chronischen Keilbeinhöhlenempyems, ohne etwas wesentlich Neues zu bringen, und wendet sich sodann ausführlicher der Behandlung zu; er unterscheidet 3 Wege, auf denen man die Keilbeinhöhle eröffnen kann: 1) den intranasalen, 2) den Weg durch die Stirnhöhle (Jansen, Taptax), 3) den Weg durch die Kieferhöhle (Jansen, Luc). Während Jansen bei kombinirtem Nebenhöhlenempyem diesen Weg mit Eröffnung der hinteren Siebbeinzellen wählt, dringt Verf. bei chronischem, bisher auf andere Weise erfolglos behandeltem Keilbeinhöhlenempyem durch die gesunde Kieferhöhle vor, eröffnet die Keilbeinhöhle, sich medialwärts vom Siebbeinlabyrinth haltend, unmittelbar über der Choane und durch die Scheidewand hindurch, ev. auch den Sinus sphenoidalis der anderen Seite. Die Wangenschleimhautwunde wird durch Naht geschlossen und die Nachbehandlung intranasal zu Ende geführt. In dem einen auf diese Weise operirten Falle war die Heilung nach drei Monaten vollendet.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

29) **Angiéras.** Sinuso-hydrorrhée maxillaire syphilitique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 26.)

Bei einem 23jährigen hereditär syphilitischen Mädchen traten im Gefolge einer chronischen Periostitis des Oberkiefers öfters heftige Schmerzen (Krisen) in der betreffenden Nasen- und Augengegend auf, die jedes Mal nach ausgiebiger Entleerung serösen Sekrets durch die Nase verschwanden. Auf eine antisiphilitische Kur gingen sämtliche Erscheinungen zurück.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

30) **Angiéras.** Hydrorrhée nasale d'origine parotidienne consécutive à une opération d'empyème du sinus maxillaire.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 26.)

Nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle mittels ausgedehnter Entfernung der vorderen Wand stellte sich eine ungemein reichliche Entleerung dünnflüssigen Sekretes durch die Nasenhöhle der betreffenden Seite ein. Als Ursache ergab sich eine Fistel des Ductus Stenonianus; Kauterisation derselben brachte die Speichelsekretion durch die Nase zum Versiegen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

31) **P. Lecène.** Un nouveau cas de tuberculose primitive de la parotide.

(Revue de chir. 1901. No. 4.)

Zu den seltenen Lokalisationen der Tuberkulose gehört die in der Parotis, wie überhaupt in den Speicheldrüsen. Von ersterer sind nur 8 Fälle — und zum Theil nur unzureichend — beschrieben bezw. untersucht.

Die vorliegende Beobachtung ist daher in mancher Beziehung beachtenswerth. Erstens bot das erkrankte Individuum keinerlei sonstige Anzeichen tuberkulöser Herde. Die Infektion der Parotis konnte daher nicht vom Blute aus erfolgt sein. Eben so ist wohl Einwanderung den Duct. Stenon. aufwärts auszuschließen, so dass nur die Lymphbahnen von der Mundhöhle aus die Erkrankung der Drüse vermittelt haben können.

In der Parotis hatte sich eine gut abgegrenzte, abgerundete Geschwulst von der Größe einer Walnuss entwickelt, die eine sichere Diagnose nicht gestattete. Erst der mikroskopischen Untersuchung war es vorbehalten, durch den Nachweis

von Riesenzellen in entzündetem Gewebe und schließlich auch von Tuberkelbacillen die tuberkulöse Natur der Geschwulst erkennen zu lassen.

Christel (Metz).

32) **F. Ardenne.** Sur un cas de périchondrite suppurée primitive et externe du cartilage thyroïde.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 21.)

Verf. giebt eine Übersicht über die verschiedenen Ursachen der Perichondritis des Kehlkopfes und berichtet im Anschluss daran über einen geheilten Fall von primärem perichondritischem Abscess an der Außenseite des rechten Flügels des Schildknorpels. Intralaryngeal war nichts Pathologisches nachweisbar. Verf. hebt die enorme Seltenheit derartiger Affektionen, deren Existenz von manchen Autoren überhaupt geleugnet werde, hervor. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

33) **G. Rosciano.** Contribution à l'étude de l'extirpation totale de larynx.

(Ann. di laring. ed otol. 1901. p. 17.)

R. berichtet über 2 Fälle von totaler Kehlkopfentfernung, mit sofortigem Nahtverschlusse des Schlundes. Die Operirten konnten bereits am Tage der Operation Flüssigkeiten ohne Hilfe der Schlundsonde zu sich nehmen. Einige Tage später gab die Schlundnaht im oberen Wundwinkel nach; die sich bildende Fistel wurde durch Kapillardrainage geheilt; bis zur Heilung geschah die Ernährung durch die Schlundsonde. Die Gefahr der Aspirationspneumonie ist bei dieser Operationsmethode bedeutend vermindert; die Einsetzung eines künstlichen Kehlkopfes ist nicht mehr möglich, doch vermag sich der Kranke vermittels der »Rachensprache« später verständlich zu machen. **Mohr** (Bielefeld).

34) **Goris.** De l'oesophagorrhaphie après l'extirpation du larynx.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otologie et de rhinol. 1901. No. 25.)

In drei Fällen, in denen Verf. mehr oder minder ausgedehnte partielle Kehlkopfresektionen vornahm, verursachte nach Entfernung der Kanüle der in den Respirationsweg vorgebauchte, seiner früheren Stütze beraubte Speiseröhrentheil Athem- und Schluckbeschwerden. Verf. excidirte einen Theil der Speiseröhre und schloss die so entstandene Öffnung durch die Naht. Danach Aufhören jeglicher Beschwerden. Zwei Fälle wurden vollkommen geheilt. Einer ging an Bronchopneumonie zu Grunde. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

35) **A. Kudrjaschoff** (St. Petersburg). Spondylitis deformans.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Die Arbeit beginnt mit der Mittheilung einer Krankengeschichte. Im Anschluss an einen multiplen Gelenkrheumatismus in Folge von Erkältung entwickelte sich bei dem 42 Jahre alten Pat. eine bogenförmige Kyphose im oberen Abschnitte der Brustwirbelsäule, Atrophie der Rückenmuskulatur und völlige Steifigkeit der ganzen Wirbelsäule mit Ausnahme der mittleren Halswirbel, welche unter Knarren und Schmerzen eine beschränkte Bewegung des Halses zuließen. Druckempfindlichkeit war im oberen Abschnitte der Wirbelsäule deutlicher ausgesprochen als im unteren. Die Diagnose wurde gestellt auf chronische Arthritis deformans der Wirbelsäule (Spondylitis deformans).

Alsdann referirt Verf. über die bisher erwachsene Litteratur unter Gegenüberstellung des Typus Bechterew und des Typus Strümpell-Marie. Darauf folgt die Beschreibung von 6 Präparaten aus dem chirurgischen Museum der militär-medicinischen Akademie in St. Petersburg. Gemeinsam ist diesen Präparaten außer anderen Verschmelzungen die brückenförmige Ankylose der Wirbelkörper. Ein Fall zeigt, welche Gefahr für das Leben in der Erhaltung der Beweglichkeit an einzelnen Stellen enthalten ist. In diesem Falle war nämlich in Folge eines Sturzes eine Verrenkung zwischen dem ersten und zweiten Halswirbel eingetreten, welche den Tod zur Folge hatte. **J. Riedinger** (Würzburg).

36) F. Krause (Berlin). Zur Segmentdiagnose der Rückenmarksgeschwülste, nebst einem neuen durch Operation geheilten Fall.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 20—22.)

Ein außerordentlich interessanter Beitrag zu dem noch wenig bearbeiteten Gebiete der Rückenmarkschirurgie. K. erwähnt einleitend, dass er seit der Erschließung dieses Gebietes durch Victor Horsley im Jahre 1887, einschließlich der von ihm selbst in dieser Arbeit mitgetheilten 3 Fälle, 32 Fälle von Operation von Rückenmarksgeschwülsten in der Litteratur gefunden habe. Von diesen seien 14 gestorben, 18 geheilt oder gebessert; und zwar seien unter den ersten 20 Fällen 50% mit tödlichem Ausgange, unter den letzten 12 aber nur 33%. Dieser Fortschritt sei zum Theil auf Verbesserung der Technik zurückzuführen, zum größeren Theil jedoch auf die Vervollkommnung der Höhen- oder Segmentdiagnose, die es ermöglicht, weniger verletzend vorzugehen.

Bei allen 3 Fällen war es möglich, die Lage der Geschwulst ohne das Vorhandensein lokaler Anzeichen allein aus den nervösen Erscheinungen richtig zu diagnosticiren, während noch Horsley sich bei seinen Fällen um mehrere Wirbelbogen geirrt hat.

Im 1. Falle konnte K. die im Anschlusse an ein Trauma entstandene nicht bösartige Geschwulst nach Entfernung des 6.—9. Wirbelbogens herauschälen. Operationsdauer 45 Minuten. Keine Unterbindung. Die Pat., die vorher völlig unfähig war, die unteren Extremitäten zu gebrauchen, konnte einige Zeit nach der Operation mit Hilfe des Geländers Treppen ersteigen und am Volkmannschen Bänkehen allein gehen. Eine völlige Herstellung trat nicht ein; das Leiden hatte 3½ Jahre bestanden.

Fall 2 wurde nicht operirt; es handelte sich um Carcinometastase eines Wirbelkörpers.

K.'s 3. Fall ist 1894 in der Münchener med. Wochenschrift No. 22 bereits veröffentlicht, damals ohne genaue Berücksichtigung der Segmentdiagnose. Es handelte sich um ein Spindelzellensarkom, dessen Entfernung leider nach 4 Tagen vom Tode an Lungenödem gefolgt war.

K. weist darauf hin, dass die Geschwulst immer etwas höher zu suchen ist, als die obere Grenze der nervösen Störungen. Bezüglich der sehr interessanten Einzelheiten bei der Stellung der Segmentdiagnose in den 3 Fällen muss ich auf das Original verweisen.

In einem Nachtrage empfiehlt K. ein vom Privatdocenten Dr. Seiffer konstruirtes spinales Sensibilitätschema der allgemeinen Beachtung, da dasselbe einem dringenden Bedürfnisse entspreche.

W. Schultz (Kiel).

37) T. E. Gordon. A case of cervical rib.

(Brit. med. journ. 1901. Juni 8.)

Es handelt sich um einen 32jährigen Arbeiter, der früher immer gesund gewesen war. Bei demselben zeigten sich als erstes Symptom Anfälle von Blässe und Taubheit der Finger der rechten Hand. Anfänglich traten diese Anfälle nur Morgens beim Aufstehen auf, später indessen auch während der Arbeit; dabei war zeitweise ein Gefühl der Schwäche der betreffenden Hand zu merken. Dann traten Schmerzen und Schwellung an der rechten Hand auf; 3 Monate nach Auftreten der ersten Symptome war der Radialpuls nicht mehr zu fühlen. 1 Monat später erfolgte die Aufnahme ins Krankenhaus. Die rechte Hand war leicht geschwollen, das untere Drittel des Vorderarmes war blauroth und fühlte sich kalt an; Art. radialis ohne Puls, eben so Art. brachialis im unteren Drittel des Oberarmes; das Gefäß war als ein derber Strang zu fühlen. Die Art. subclavia pulsirte heftig, die Frequenz des Pulses betrug 110. Im rechten hinteren Halsdreieck war eine knöcherne Leiste zu fühlen, linkerseits konnte eine solche nicht abgetastet werden. Indessen zeigte das Röntgenbild, dass auch hier eine Halsrippe existirte, nur war dieselbe etwas tiefer gelegen als diejenige der rechten Seite. Es trat Gangrän der Zeigefingerspitze auf, und eben so zeigte der 3. und 4. Finger

Anzeichen beginnender Gangrän. Die rechte Halsrippe wurde entfernt, worauf eine komplette Lähmung des rechten Armes eintrat. Der Zustand der Hand besserte sich indessen, und die Gangrän kam zum Stillstand. Die Schmerzen schwanden, die Lähmung ging allmählich zurück. Wenn der Arm gehoben und nach hinten geführt wurde, verschwand der Puls aus der Art. brachialis und axillaris. Nach Senken des Armes erschien derselbe erst wieder, nachdem eine Rotationsbewegung ausgeführt worden war.

G. bespricht im Anschlusse an die Krankengeschichte die Ursachen, welche zu der Thrombosierung der Arterie geführt haben. Er kommt zu dem Schlusse, dass wahrscheinlich Nerveneinflüsse eine Rolle spielen. Die Anatomie der betreffenden Körpergegend ergibt, dass die Halsrippe in enger Beziehung zu den 2 untersten Cervicalnerven und dem oberen Dorsalnerven, so wie zu dem unteren Cervicalganglion des Sympathicus steht. Letzteres entsendet mehrere Zweige zu den unteren Stämmen des Plexus brachialis. Für eine Beteiligung des Sympathicus spricht die gesteigerte Herzaktion und die starke Pulsation der Art. subclavia. Weiss (Düsseldorf).

38) F. Smoler. Über einen 27 Jahre lang beobachteten Fall von Cystadenoma papillare der Schilddrüse.

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

Es handelt sich in Verf.'s Fall um eine Frau, welche nach bereits längerer Beobachtungszeit 1878 im Alter von 37 Jahren zum 1. Male in der Billroth'schen Klinik wegen eines faustgroßen, perforirten Cystadenoma papilliferum der Schilddrüse operirt worden war. Obwohl die völlige Exstirpation nicht gelang, heilte die Wunde aus, und der Geschwulstrest verkleinerte sich. Erst 1881 stellte sich Pat. wieder mit einem ebenfalls perforirten Recidive vor. Ausschabung, neue Vernarbung. 7 Jahre völliges Wohlbefinden, dann neues Recidiv, welches 1897 von Wölfler unter großen technischen Schwierigkeiten extirpirt wurde. Seither völliges subjektives und objektives Wohlbefinden. Histologisch zeigte die zuletzt exstirpirt Geschwulst im Ganzen dreierlei Haupttypen: den des normalen Schilddrüsengewebes, den des papillären Cystadenoms und endlich den eines bösartigen Adenoms resp. Adenocarcinoms.

Unter Einbeziehung der Fälle der Litteratur hebt Verf. hervor, dass trotz all der klinisch und anatomisch vom Typus der gutartigen Geschwulst abweichenden Eigenschaften das papilläre Cystadenom der Schilddrüse dennoch eine relative Gutartigkeit besitze. Als principieller Unterschied gegenüber den bösartigen Geschwülsten ist das vollkommene Fehlen von Metastasen zu betrachten. Histologisch handelt es sich um ein cystisches Adenom, in dem jedoch ein intensives Wachstum im Sinne einer papillären Geschwulst aufgetreten ist, und bei welchem die Proliferation schließlich die Wandung durchbrach, um zu gewaltigen Zottenbildungen auszuwachsen. Nur an Orten bedeutender Widerstandsfähigkeit werden statt langer Papillen kurze dicke Zapfen producirt. Die operative Therapie dürfte mit Rücksicht auf die relative Gutartigkeit der Geschwulst bei radikaler Entfernung eine eben so gute Prognose geben wie die Exstirpation gewöhnlicher Kropfknoten. Honsell (Tübingen).

39) W. Kopfstein. Vier Fälle von eitrigem Mediastinitis anterior.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

I. 13jähriges Mädchen mit Caries sterni; chronischer Verlauf und Bildung eines mediastinalen Abscesses. Nach Trepanation und Resektion des Brustbeines und Auskratzung trat Heilung ein.

II. 33jähriger Mann. Nach einem stumpfen Trauma entstand ein mediastinaler Abscess mit chronischem Verlaufe und Perforation zwischen der 3. und 4. Rippe unter dem rechten M. pectoralis. Incision, Resektion des Brustbeinrandes und der angrenzenden Rippen und deren Knorpel. Heilung.

III. Akute Phlegmone des Mediastinum nach Phlegmone des Halses post extractionem dentis. Kontraincision im 2. Interkostalraume und Drainage. Tod an Sepsis.

IV. 18jähriger Jüngling. Metastatischer Abscess im Mediastinum nach Typhus abdominalis. Der Eiter brach rechts im 2. Interkostalraume, dann nahe dem Proc. xiphoid. im 5. Interkostalraume und schließlich am Halse zwischen dem linken M. scalenus ant. und dem Kopfnicker durch. Erweiterung der Perforationsöffnungen und Drainage. Der Eiter senkte sich in die Herzgegend, bildete rings um den Herzbeutel einen Abscess, der zwar incidirt wurde, aber trotzdem noch in die linke Pleurahöhle durchbrach. Resektion einer Rippe. Heilung.

G. Mühlstein (Prag).

40) N. Amburger. Zur operativen Behandlung der Brustwand- und Mediastinalgeschwülste.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

A. schildert zunächst 6 einschlägige Fälle aus der Czerny'schen Klinik. In den beiden ersten handelte es sich um Sarkome des Brustbeines, in 2 weiteren um mediastinale Geschwülste, ausgegangen von der Membrana sterni posterior resp. der Außenseite der Brust; die beiden letzten Fälle betreffen Rippengeschwülste. Die Diagnose war stets ohne Schwierigkeit zu stellen. Jeweils war ein mehr oder minder großes Stück der Brustwand entfernt worden, wobei, mit Ausnahme eines Falles, stets die Pleura eröffnet wurde; außerdem musste im letzten Falle ein Theil des Zwerchfells resecirt werden. Stürmische Erscheinungen im Anschluss an den Pneumothorax sind nie beobachtet worden, dagegen traten 4mal nach der Operation eitrige Processe in der Wunde bzw. in der Pleurahöhle auf, die in 2 der Fälle zum Tode führten. 3mal kam es später wieder zu Recidiven; 1 Fall kann als dauernd geheilt betrachtet werden.

Unter Einbeziehung der verwertbaren Fälle aus der Litteratur sind bisher 56mal Geschwulstoperationen am Brustkorb mit Eröffnung der Pleura ausgeführt worden. In 17 derselben erfolgte der Tod bald nach der Operation; 20mal traten Recidive auf, 19 Fälle blieben, so lange sie beobachtet wurden, geheilt. Um die Folgen des Pneumothorax zu vermeiden, sind die verschiedensten Maßregeln ergriffen worden. Als sicherstes Mittel, die Lunge bei offener Pleurahöhle funktionsfähig zu erhalten, darf wohl die Pneumopexie (Bayer, Krause, Gross) angesehen werden. In 11 Fällen wurden Theile der Lunge mitresecirt, und zwar 3mal mit Ausgang in Heilung. Verletzungen des Herzbeutels dürften nach der bisherigen Erfahrung die Prognose nicht verschlimmern. Auch bei Ergriffenheit des Zwerchfells hat die chirurgische Behandlung noch günstige Resultate gezeitigt, und es braucht daher auch diese Komplikation an sich noch keine Gegenindikation gegen einen radikalen Eingriff zu bilden.

Honsell (Tübingen).

41) C. A. Ewald. Ein unter dem Bilde eines Mediastinaltumors verlaufenes Aortenaneurysma.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Eine 43jährige Frau zeigte Cyanose des Gesichtes, Halses, der Ohren und Hände, Schiefhaltung des Kopfes, Anschwellung der cyanotischen Partien, Dyspnoë, vom Beckengürtel aufsteigende Netze von Venensträngen, anscheinend normale Herzverhältnisse. Die Obduktion ergab ein Aortenaneurysma, welches die V. cava sup. komprimierte. Die vorhandene Dämpfung am Brustkorbe im Zusammenhalte mit dem Röntgenbilde und den geschilderten Kompressionserscheinungen ließ nur an eine Mediastinalgeschwulst denken.

Schulz (Barmen).

42) J. M. Flerow. Über traumatische Herzrupturen.

(Medicinskoje Obosrenje 1901. März. [Russisch].)

Ein kräftiger Mann, 40 Jahre alt, erhielt einen Schlag mit der Deichsel gegen das Brustbein. Tod nach etwa einer halben Stunde. Sektion: Fraktur des Brust-

beines, der 2.—4. Rippe rechts und der 4. Rippe links vom Brustbeine. Perikard und Pleuren unversehrt; im Perikard etwa 270,0 Blut; am Herz, am rechten Atrium in der Nähe des Herzohrs eine 1,5 cm lange Ruptur.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

43) Perthes. Erfahrungen bei der Behandlung des Empyems der Pleura.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 4 u. 5.)

P. giebt die Erfahrungen wieder, die er an einem größeren Materiale mit seiner Methode der Luftverdünnung zur Heilung des Pleuraempyems gewonnen hat. Das Material setzt sich zusammen aus 12 frischen, unkomplizierten Fällen, 11 älteren, zum Theil veralteten Fällen, 8 Fällen mit Komplikationen (Lungengangrän, Lungentuberkulose, subphrenischem Abscess). Von diesen sind 25 mit Aspiration behandelt, während 7 von vorn herein für das Verfahren nicht geeignet erschienen.

Als frische, unkomplizierte Fälle sind solche zu betrachten, welche rechtzeitig, d. h. innerhalb der ersten 6 Wochen zur Operation kommen. Von 12 derartigen waren 6 Pneumokokken-, 4 Streptokokkenempyeme. Sie heilten sämmtlich unter Aspirationsbehandlung; nie blieb eine Fistel, welche etwa zu einer sekundären Thorakoplastik nöthigt hätte. Die durchschnittliche Heilungsdauer bis zum vollständigen Schluss der Wunde betrug 58 Tage, war also kürzer, als in den meisten anderen Statistiken.

Bei veralteten chronischen Empyemen ist es von ausschlaggebender Bedeutung, vorher genau zu konstatiren, ob sich der Fall überhaupt für die Aspirationsmethode eignet, oder nicht. Man muss zu diesem Zwecke feststellen die Kapazität der Höhle, ihre Lage und räumliche Ausdehnung, die Wiederausdehnungsfähigkeit der Lunge, so wie das etwaige Vorhandensein von Kommunikationen zwischen der Empyemhöhle und den Bronchialverzweigungen. Letztere Komplikation schließt natürlich das Aspirationsverfahren von vorn herein aus. Die Methoden, genannte Punkte festzustellen, werden ausführlich besprochen. Unter den 11 veralteten Fällen wurden 5 mit dem Aspirationsverfahren völlig geheilt. Bei den übrigen kam es entweder nur zu einer wesentlichen Verkleinerung der Höhle, oder es wurde noch eine — wenn auch sehr wenig umfangreiche — Thorakoplastik nöthig, oder es musste wegen Schmerzen des Pat. die Behandlung abgebrochen werden; 2 Fälle wurden von vorn herein als ungeeignet von dem Verfahren ausgeschlossen.

Unter den Fällen mit Komplikationen werden zunächst diejenigen von Lungenabscess und Lungengangrän besprochen. P. beobachtete 3 derartige; 1 heilte, 2 starben. Mit Aspiration wurde keiner behandelt. Lungenfisteln begegnete P. in 7 Fällen; 1 blieb ungeheilt, 6 heilten; bei dreien war durch die Fistel nicht einmal die Anwendung des Aspirationsverfahrens dauernd unmöglich, da die Fistel sich wieder schloss oder von der eigentlichen Empyemhöhle abgeschlossen blieb. Unter den mit Lungentuberkulose komplizierten Fällen handelte es sich 2mal um ein akutes, nicht tuberkulöses Streptokokkenempyem; beide Male Heilung des Empyems. Einmal wurde ein rein tuberkulöses Empyem beobachtet und mit Injektionen von Jodoformöl behandelt; der Kranke ging an seiner rasch fortschreitenden Lungentuberkulose zu Grunde. Komplikation mit subphrenischem Abscess lag 3mal vor; stets war Ursache Perityphlitis. Alle wurden zur Heilung gebracht. Das Aspirationsverfahren ist dabei zu empfehlen. Haeckel (Stettin).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 43.

Sonnabend, den 26. Oktober.

1901.

Inhalt: C. Deutschländer, Perimetrische Buckelmessung. (Original-Mittheilung.)

1) Gayet und Bonnet, Osteomalakie. — 2) Phelps, Behandlung von Gelenkentzündungen. — 3) Schultze, Exartikulationen. — 4) Ghillini und Canevazzi, Statik des Skeletts. — 5) Schanz, 6) Krauhik, Skoliosen. — 7) Schanz, Kyphose. — 8) Bothezet, Arthrodese der Schulter. — 9) Eigenbrodt, Verrenkung von Carpalknochen. — 10) Jeanbrau, Syndaktylie. — 11) König, Erkrankungen des Hüftgelenks. — 12) Cacciari, Angeborene Hüftverrenkung. — 13) Rossi, Kniescheibenbruch. — 14) Le Clerc, Apophysitis der Tibia. — 15) Grisel, Unterschenkelbruch. — 16) Wieting, Säbelscheidenform der Tibia. — 17) Timmer, Herstellung von Fußabdrücken. — 18) Brissart, Operationen am Fuß.

19) Graff, Orthopädische Apparate. — 20) Elgart, Osteomyelitis. — 21) Mathieu, Gonorrhöische Gelenkentzündung. — 22) Monro, Allgemeine Ankylose. — 23) Codivilla, Angeborene Skoliose. — 24) Klaussner, Lux. clav. stern. — 25) Kirmisson und Kuss, Caries sicca der Schulter. — 26) Guinard und Gardner, Totalresektion des Humerus. — 27) Ambard, Verrenkung des Radius. — 28) Apprillé, Radiusdefekt am oberen Ende. — 29) Beck, Fractura proc. coron. ulnae. — 30) Schilling, Schnellender Finger. — 31) Jouon, 32) Lepage und Grosse, 33) Codivilla, Hüftverrenkung. — 34) Jouon, Gelenkmaus. — 35) André, Knieankylose. — 36) Phocas und Pancot, Angeborene Bengestellung des Knies. — 37) Maillefert, Kniescheibenverrenkung. — 38) Girou, Kniekehlcysten. — 39) Monod, Traumatische Epiphysenlösung. — 40) Schäfer, Exostose der Fibula. — 41) Franke, Plattfuß. — 42) Le Dentu, Pes valgus. — 43) Durand, Kahnbeinverrenkung. — 44) Jouon, Zehenmissbildung. — 45) Vince, Mal perforant du pied. — 46) Biso, Nervenverletzungen. — 47) Stierlin, Aneurysmen.

Berichtigung.

Perimetrische Buckelmessung.

Von

Dr. Carl Deutschländer in Hamburg.

Für die Messung der pathologischen Form- und Gestaltsveränderungen der Wirbelsäule und des Brustkorbes sind eine ganze Reihe von Verfahren angegeben — Hoffa zählt in seinem Lehrbuche der orthopädischen Chirurgie einige 30 auf —, aber keins von diesen erfreut sich einer allgemeineren Verbreitung, da sie entweder zu unzuverlässig oder zu complicirt oder zu kostspielig sind, und so bildet die objektive Beurtheilung der Deformationen des Thorax einen wunden Punkt in der Pathologie dieser Erkrankungen. Wohl lassen

sich mit den Messapparaten von Schulthess, Zander, v. Heintleth u. A. nach gehöriger Einübung exakte Messbilder herstellen, aber nicht Jeder ist in der Lage, sich derartige complicirte und kostspielige Apparate anzuschaffen, und auch nicht Jeder hat einen Röntgenapparat zur Verfügung, mittels dessen er regelmäßig die Veränderungen am Knochenskelett verfolgen kann, abgesehen davon, dass dieses Verfahren recht kostspielig ist, namentlich wenn die sehr empfehlenswerthen stereoskopischen Röntgenaufnahmen gemacht werden.

Die gewöhnliche Photographie ist als wissenschaftliche Messmethode völlig unzuverlässig und nicht verwerthbar, mag man sie mit oder ohne Fadenkreuze ausüben; höchstens besitzen die stereoskopischen Aufnahmen einige Bedeutung.

Seit einiger Zeit wende ich ein Verfahren an, das mir ermöglicht, ohne großen Aufwand von Zeit und Mühe objektiv sichere Messungen am deformirten Brustkorb auszuführen, und das ich zur Nachprüfung empfehlen möchte. Ich gehe in folgender Weise vor: Der Pat., dessen Skelettveränderungen ich regelmäßig zu kontrolliren beabsichtige, wird in Bauchlage auf einen flachen Tisch gelegt, die Arme desselben werden rechtwinklig zum Brustkorb abducirt. Sodann wird mittels einer oder zweier Gipsbinden ein genauer Rückenabdruck gemacht, wie derselbe bereits von Beely, Tilmann u. A. empfohlen worden ist. Nach dem Erhärten wird die Gipsschale abgenommen und auf der Höhe der Konvexität ein Loch gebohrt. Dieser Gipsabdruck ist nun der Buckelmesser.

Will man feststellen, ob nach einiger Zeit am Skelett Veränderungen eingetreten sind, so wird der Gipsabdruck auf seiner Innenfläche mittels einer Flamme vollständig eingerußt. Der Pat. kommt in dieselbe Lage, die er bei der Anfertigung des Buckelmessers eingenommen hat, und nun wird die in der angegebenen Weise vorbereitete Gipsschale ohne Anwendung jeden stärkeren Druckes auf den Rücken des Pat. gelegt. Durch das Loch auf der Höhe des Buckels führt man einen Blaustift oder einen anderen markirenden Gegenstand ein. Nimmt man die Gipsschale ab, so wird an den Stellen, wo eine Abflachung eingetreten ist, der Rücken des Pat. keine Rußfärbung annehmen, da keine Berührung mehr stattfindet. Da man mittels des Blaustiftes einen festen Punkt markirt hat, so kann man mit Leichtigkeit im ganzen Umkreis durch Messung die Grenzen feststellen, bis zu denen eine Berührung stattgefunden hat, und es lassen sich ohne Weiteres die gefundenen Zahlen in ein perimetrisches Schema eintragen, wie es bei den Ophthalmologen zur Bestimmung der Gesichtsfeldgröße üblich ist. Es bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung, dass man auch die Rußzeichnung des Gipsabdruckes selbst mittels Schellacklösung fixiren oder auch das Rußbild des Rückens auf einem weißen Bogen Papier abdrücken und fixiren kann.

Hat keine Abflachung, sondern eine Zunahme des Buckels stattgefunden, so wird sich auf dessen Höhepunkt ein stärkerer Ruß-

abdruck bilden, während die Peripherie frei bleibt. Jedenfalls ermöglicht die Betrachtung der Rußbilder und deren perimetrische Darstellung eine objektive Beurtheilung der Formverhältnisse des Buckels.

Will man sich gleichzeitig über Veränderungen der Wirbelsäule orientiren, so muss man sich bei der Anfertigung der Gipsschale diejenigen Punkte der Wirbelsäule, die für die Messung in Betracht kommen, gleichfalls durch Löcher markiren. Bei einer späteren Messung führt man durch diese Löcher einen Blaustift ein, und aus dem Abstand bezw. dem Zusammenfallen der korrespondirenden Punkte lässt sich leicht ein Schluss bezüglich der eingetretenen Veränderungen ziehen.

Zwei Dinge sind jedoch unbedingt nöthig, wenn das Verfahren irgend welchen Anspruch auf Objektivität erheben darf: erstens muss das Messobjekt stets die gleiche Lage bei jeder Messung einnehmen, zweitens muss die Gipsschale stets in gleicher Weise auf dieselben Stellen des Rückens gelegt werden.

Hinsichtlich des ersten Punktes empfehle ich das Messen in Bauchlage auf einem flachen, ungepolsterten Tische. Ehe man die Messung vornimmt, wartet man einige Minuten, bis völlige Ruhe Lage ohne jede Muskelanstrengung eingetreten ist; die Arme werden rechtwinklig abducirt, der Kopf nach der Seite des Buckels gedreht. Diese Lagerung lässt sich leicht in gleichmäßiger Weise wiederholen. Den belasteten Brustkorb zu messen, halte ich nicht für rationell, weil hierbei die Haltung zu sehr unter dem Einflusse der Muskelthätigkeit steht, deren Wirkung zu verschiedenen Zeiten äußerst verschieden ist. Es ist ja eine bekannte Thatsache, dass Anstrengungen, Gemüthsstimmungen etc. in Folge der Beeinflussung der Muskulatur die Haltung des Rumpfes in ziemlich weiten Grenzen variiren. Nur dann haben Messbilder des belasteten Brustkorbes einen gewissen Werth, wenn sie mit den in Bauchlagerung aufgenommenen Messbildern korrespondiren.

Die zweite Forderung lässt sich leicht durch die Technik der Anfertigung des Rückenabdruckes erfüllen. Man muss bei der Herstellung desselben darauf achten, dass die Linien des Halses, der Schulter und der Achselhöhle, so wie der Darmbeinkämme und der Glutäalfurche gut ausgeprägt werden. Man besitzt hierdurch eine ganze Reihe von Punkten, welche stets ein gleichmäßiges Auflegen der bewussten Gipsschale gewährleisten.

In dieser Weise durchgeführt, ist das Verfahren meines Erachtens ein einfaches Mittel zur objektiven Beurtheilung von Niveaudifferenzen am Rücken, das sich auch unter den einfachsten Verhältnissen anwenden lässt. Man ist hiermit in den Stand gesetzt, selbst geringfügige Veränderungen eines Gibbus zu erkennen, was für die Frage des Fortschreitens einer Skoliose, eines traumatischen Gibbus, einer Wirbelcaries, der Kümmell'schen Krankheit, Arthritis deformans etc. von größter Wichtigkeit ist.

1) G. Gayet et L. M. Bonnet. Contribution à l'étude des osteomalacies.

(Revue de chir. 1901. No. 1 u. 2.)

Die Osteomalakie kann lokalisiert und als allgemeine Knochenkrankung auftreten; beide Formen sind verschieden in ihren Ursachen: die der lokalen sind in Traumen und entzündlichen Vorgängen (Tuberkulose), die der allgemeinen wesentlich in Ernährungsschädigungen des gesammten Organismus zu suchen.

Eine anatomische Scheidung in verschiedene Arten der Osteomalakie erscheint bei genauer Vergleichung der Objekte nicht gerechtfertigt. Allen ist die fundamentale Eigenschaft des Schwundes der Kalksubstanz gleich; dabei kann diese einfach herausgeschwemmt erscheinen: d. h. die osteoide Substanz bildet gleichmäßige Schichten ohne Ausbuchtungen, mit glatten Rändern; in anderen Fällen bestehen zahlreiche Lakunen. Hier findet sich neben der Dekalcination noch Knochenneubildung, dort — besonders bei senilen Formen — völliger Schwund der Knochensubstanz und Ersatz durch fibrilläres Gewebe. Auch das Knochenmark, in allen Fällen verändert, ist bald fett, bald abnorm zellenreich und mit vielen Riesenzellen durchsetzt.

Wodurch entsteht diese Gleichgewichtsstörung im Kalkgehalt des Knochens zu Gunsten der Auflösung und Fortschwemmung?

Die verschiedensten Theorien sind aufgestellt, zahlreiche Experimente ausgeführt zur Klärung der Frage. Bei den lokalen Processen mit vorausgegangenem Trauma kommen nervenreflektorische Wirkungen in Frage; anders bei den allgemeinen. Hier wurden zuerst verschiedene Säuren (Milchsäure z. B.) beschuldigt. Hingegen war bei Thieren selbst anhaltende Milchsäurefütterung nicht im Stande, der Osteomalakie ähnliche Störungen hervorzurufen.

Demnächst wurde die abnorme interne Sekretion der Ovarien nach verschiedener Richtung angeschuldigt; z. B. sollte eine abnorme Phosphatabscheidung hervorgebracht werden. Verf. selbst hat in dieser Hinsicht Versuche an schwangeren Kaninchen vorgenommen und diesen Glycerin-Ovarialextrakt eingespritzt. Es stellte sich da zum Theil beträchtliche Steigerung des Phosphatgehaltes im Urin heraus. Doch müsste nach Ansicht des Ref. noch erwiesen werden, ob Injektionen von 10—25 g Glycerin nicht ebenfalls bei Kaninchen in diesem Sinne wirken; und eine selbst hochgradige Phosphaturie ist noch keine Osteomalakie. Dass endlich auch mikrobiäre Einflüsse (*Micrococcus nutriticans*) als Ursache für die Osteomalakie herangezogen wurden, sei nur erwähnt.

Neben der abnormen Thätigkeit beim Weibe kommen Vorgänge wie perniciose Anämie u. A. beim Mann ätiologisch in Frage.

Bei lokalen Processen, Deformitäten z. B. und großer Schmerzhaftigkeit, ist chirurgisches Eingreifen indicirt und erfolgreich ausgeführt.

Christel (Metz).

2) **Phelps.** Traitement des arthrites tuberculeuses et purulentes par le drainage avec des tubes de verre et par l'acide phénique pur (avec un rapport sur 70 cas).

(Revue d'orthopédie 1901. No. 1.)

Die Gelenkeiterungen, auch die fungösen, will der amerikanische Orthopäde nicht anders behandelt wissen, wie eine Appendicitis; sie sollen frühzeitig, so wie nur der Abscess festgestellt ist, durch Schnitt freigelegt werden, wodurch nicht nur die hohen Sterblichkeitsziffern zum Verschwinden kommen sollen, sondern auch die Resektionen mit all ihren ungünstigen Folgen der Verkürzung etc. allermeist vermieden werden könnten. Im gegebenen Zeitpunkt muss man durch eine sorgfältige Durchforschung des Gelenkinneren den Zustand desselben übersehen und durch Kratzen, Ausschneiden die erkrankten Theile ausschalten können. Das hervorragende Mittel zur radikalen Ausheilung der Gelenkeiterungen, welchem er seine vorzüglichen Erfolge zu verdanken glaubt — er beschränkt sich in seinen Ausführungen nur auf seine Erfahrungen beim Hüftgelenk — ist aber die reine Karbolsäure, aus deren Berührung mit dem Eiweiß er hypothetischerweise ein die bakteriellen Toxine paralyisirendes Albuminat hervorgehen lassen möchte. Denn die Wirkung ist hier, wie beim Erysipel, in Bezug auf Temperaturherabsetzung, auf die lymphangioitische Infektion eine durchaus antiseptische. Zu seiner Technik gehört ferner aber die Anwendung sehr weiter Glasröhren (ca. $\frac{3}{4}$ —6 cm im Durchmesser), durch welche Verf. bis auf den Grund des Gelenkes sehen kann, um die Veränderungen Tag für Tag zu kontrolliren, durch welche hindurch er von Neuem die Karbolsäure einwirken lassen, durch Verbandstoffe drainiren kann etc. Sein Verfahren ist folgendes: Breite Eröffnung des Gelenkes, um es in allen seinen Theilen übersehen zu können; der Kopf wird ausgerenkt, die kranken Theile abgekratzt, 0,1%iges Sublimat. Dann wird das Gelenk angefüllt mit reiner Karbolsäure, welche eine Minute darin bleibt und dann durch reinen Alkohol ersetzt wird; der letztere wird mit 2%iger Karbolsäurelösung ausgespült. An Stelle der weiteren Wundversorgung mittels Ausstopfung, Naht oder dgl. werden dann die weiten Glasröhren eingeführt, bei größeren Knochenhöhlen auch mehrere, durch welche hindurch die weitere Behandlung stattfindet. Dazu kommt die Extension mit 9—12 Pfund. Bei den 70 Hüfteiterungen hat Verf. 20 Resektionen ausgeführt, durch seine geschilderte Behandlung aber mindestens 30 Resektionen sich erspart. Bei den 50 nicht resecirten Fällen hat er fast jedes Mal größere Knochentheile entfernt; 15mal lag der Kopf als Sequester abgelöst vor. Die Fälle datiren aber aus den letzten beiden Jahren bis zur letzten Woche vor der Veröffentlichung; über eine Nachuntersuchung der älteren Fälle ist Nichts berichtet.

Herm. Frank (Berlin).

3) **F. Schultze** (Duisburg). Zur Technik der Exartikulation der größeren Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 150.)

S. empfiehlt Behufs blutlosen Operirens bei den Exartikulationen der größeren Gelenke die zu trennenden Weichtheile erst nach vorgängiger Umstechung und Abbindung zu durchschneiden. Er gebraucht die bekannten langen Klemmzangen nach Richelot-Doyen. Nach Vollendung der Hautlappenschnitte werden die sämtlichen Weichtheile in mehreren großen Bündeln versorgt. Verf. schiebt die Klemmzange geschlossen unter die vorzunehmenden Muskelbündel, öffnet sie dann weit, um Platz zu schaffen, wonach zugeklemt wird. Dann beiderseitige Unterbindung des Bündels, distal mit beliebigem starkem Faden, proximal mit dünner Seide oder Katgut. Trennung des Bündels zwischen den Ligaturen, wobei der centrale Stumpf möglichst lang zu lassen ist. Regelrechte Versorgung der großen Gefäßstämme, Resektion der Nerven etc. S. hat nach dieser Methode eine Oberschenkel- und 2 Oberarmexartikulationen mit Glück ausgeführt. Für die Oberschenkelexartikulation befürwortet er eine Beseitigung des Gelenkpfannenhohlraumes durch Glattmeißelung desselben, zur Hautvereinigung die von ihm angegebene fremdkörperfreie, sog. »Klemmnaht« (cf. unser Blatt 1900 p. 1026).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

4) **C. Ghillini** und **S. Canevazzi** (Bologna). Betrachtungen über die statischen Verhältnisse des menschlichen Skeletts. (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 2. — Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 23.)

Unter Anerkennung der Verdienste Albert's, dessen Andenken die Arbeit gewidmet ist, weisen die Verff. darauf hin, dass einzelne von Albert aufgeworfene Fragen über das Zustandekommen der Deformitäten der unteren Extremitäten von ihnen schon beantwortet seien. Ausgehend von der Bedeutung des Druckes, unterwerfen sie insbesondere die Ergebnisse, die Albert an einem Leichenpräparat durch experimentelle Belastung und Fixation der unteren Extremitäten in verschiedenen Stellungen gewonnen hat, einer Nachprüfung am Lebenden. Sie kamen dadurch zu ganz anderen Resultaten und zur Überzeugung, dass die Verfolgung der Bewegungen in physiologischen Grenzen nicht zur Erklärung der Deformitäten hinsichtlich ihrer Entstehung hinreiche. Den Schluss der Arbeit bilden einige Bemerkungen über die Knochenform.

J. Riedinger (Würzburg).

5) **A. Schanz**. Über die mechanischen Gesetze der Skoliosenbildung.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Die Überlastungsverbiegung der Wirbelsäule muss nach denselben Gesetzen und in denselben Formen erfolgen, wie sich eine

elastische, senkrecht stehende und mit ihren Endquerschnitten an Horizontalebene gebundene elastische Tragsäule unter Überlastung verbiegt. Somit haben wir die Erklärung für eines der wichtigsten Gesetze in der Skeliosenbildung, nämlich das Gesetz, dass zu jeder skoliotischen Krümmung 2 Gegenkrümmungen gehören. Durch den Einfluss der antero-posterioren Krümmung kommt die skoliotische Wirbelsäule in eine Diagonalebene zu liegen, und so entsteht die rebenförmige Biegung.

Nach Ansicht des Verf. bewirkt nun weiter die Wirbelbogenreihe eine statische Verstärkung der Wirbelkörperreihe. Es wäre somit die Anschauung H. Meyer's von der größeren Kompressionsfähigkeit der Bogenreihe nicht richtig. Da ferner bei einer Überlastung die nicht verstärkten Theile höher überlastet werden als die verstärkten, so erklärt sich nach S. hieraus das Phänomen der Torsion. Die Veränderungen, welche die Keilwirbel, die Zwischenwirbel und die Schrägwirbel erlitten haben, stellen mechanische Nothwendigkeiten dar.

J. Biedinger (Würzburg).

6) W. Krahulik. Über Scoliosis ischiadica.

(Vortrag, gehalten auf dem III. Kongress tschechischer Naturforscher und Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Diese Krankheit war in den 5 Fällen des Autors bedingt durch Kontraktion der seitwärts an der Wirbelsäule inserirenden Muskeln und nicht durch abnorme Haltung der Extremitäten und des Beckens. Die Ursache für die Muskelkontraktur muss in einer Entzündung des Plexus lumbosacralis und lumbalis gesucht werden. Die Kontraktur kann verschiedene Muskeln zu beiden Seiten der Wirbelsäule betreffen; sie entsteht theils reflektorisch auf der gesunden Seite, theils durch Überwiegen der entzündeten motorischen Fasern auf der kranken Seite; die Wurzelentzündung kann auch auf die gesunde Seite übergreifen. Die Form der Deformität der Wirbelsäule hängt von der Resultirenden der Muskelkräfte ab. Demgemäß findet man theils eine gerade Wirbelsäule, theils heterologe, theils homologe Skoliose; mit fortschreitender Neuritis kann bald plötzlich, bald allmählich eine Form in die andere übergehen. G. Mühlstein (Prag).

7) A. Schanz (Dresden). Das Redressement schwerer habitueller Kyphosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Die von S. angewandten Maßnahmen bestanden, gleich den bei fixirten schweren Skeliosen üblichen, zunächst in Mobilisirung der kontrakten Wirbelsäule mittels forcirter Extension und direkten lordosirenden Druckes auf den Scheitel der Krümmung mit nachfolgender Anlegung eines von den Trochanteren bis auf den Hals reichenden Gipsverbandes; event. wurde nach einigen Tagen zur weiteren Korrektion der Deformität das Redressement etc. wiederholt.

Der Gipsverband wurde jedoch nach wesentlich kürzerer Zeit — ca. 6 Wochen — als bei der Skoliose durch einen portativen Apparat ersetzt, der den Zweck hatte, entlastend für die Wirbelsäule zu wirken und eine korrigierende Wirkung im Sinne der Korrektion der Deformität zu entfalten — Stützkorsett, event. mit Kopfstütze und einem über die Höhe der Rückenkrümmung von den Armstützen aus verlaufenden Gummizug. Nachts wurde ein Gipsbett angewandt. Die erreichten Resultate waren sehr günstige. **Kramer** (Glogau).

8) **Bothezet.** L'arthrodèse scapulo-humérale dans le traitement de la luxation paralytique de l'épaule.

(Revue de chir. 1901. No. 5—7.)

Die Arbeit behandelt das Thema umfassend und ausführlich, was freilich bei der relativen Jugend der Operation und der noch geringen Zahl der einschlägigen Fälle nicht so schwierig ist. Vor Allem hat B. die genaue Abgrenzung der Indikationen und die Aufstellung der Technik sich zur Hauptaufgabe gemacht.

Nur seltene Fälle sind für die Operation geeignet. Es sind die (Kinder-) Lähmungen, welche den M. deltoïdes und die am Schulterblatt entspringenden Rollmuskeln des Oberarmes betreffen, event. noch die Muskulatur des Ellbogens. Dagegen muss die Funktion des Levator scapulae, des Trapezius und des Serrat. major so wie einiger Gruppen oder sämtlicher Muskeln des Unterarmes erhalten sein.

Eine weitere Vorbedingung ist der Nachweis, dass die Lähmung der Schulter eine absolute, durch Massage und Elektrizität nicht mehr heilbare sei. Dieser kann als erbracht gelten, wenn nach 3monatlicher sachgemäßer Behandlung weder faradische noch galvanische Erregbarkeit der Muskeln erhalten blieb, wenn vielmehr die Atrophie besonders des Deltoïdes eine vollständige geworden ist. Oft gelingt es, die Wiederherstellung der Muskelfunktion anzubahnen und zu beschleunigen, wenn die paralytische Schulterverrenkung durch entsprechende Apparate gehoben ist.

Wenn aber die Vorbedingungen, d. h. 1) auf die Schultergelenk- (event. einschließlich Ellbogen-) Muskeln beschränkte, 2) unheilbare Lähmung da sind, dann soll die Arthrodese nicht länger hinausgeschoben werden; denn 1) wird dem weiteren Umsichgreifen der Inaktivitätsatrophie vorgebeugt; 2) bleibt das betreffende Glied nicht weiter im Wachstum zurück.

Die Technik der Arthrodese ist verhältnismäßig einfach: nach Öffnung des Gelenkes durch vorderen Längsschnitt werden Synovialis und Knorpel so weit möglich excidirt bzw. abgekratzt; der Oberarm wird im Winkel von etwa 45° einwärts gerollt, sein Kopf durch 2 Metalldrähte an Gelenkpfanne und Akromion festgeheftet. Wenn andere Autoren — z. B. Wolf — eine knöcherne Ankylose nicht

erzielten, so ist zum Theil die Nachbehandlung daran Schuld. B. hält eine 7—8wöchige Immobilisirung für nöthig.

Wo die Muskulatur des Ellbogens auch gelähmt ist, wird zweckmäßig auch dieses Gelenk zur spitzwinkligen Ankylose gebracht werden.

Unter entsprechenden Bedingungen hat B. 3mal die Arthrodesse des Schultergelenkes, einmal mit der des Ellbogengelenkes zusammen, ausgeführt und recht ermutigende Resultate erzielt.

Christel (Metz).

9) **Eigenbrodt.** Über isolirte Luxationen der Carpalknochen, speciell des Mondbeins.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Verf. giebt zunächst 4 interessante Fälle von isolirter Verrenkungen des Os lunatum wieder, welche ihm sämmtlich unter der Diagnose »typische Radiusfraktur« zugegangen waren. Wie des weiteren ausgeführt wird, sind am Os capitatum vollständige Verrenkungen überhaupt noch nicht beschrieben worden, und auch die dorsalen Subluxationen desselben sind eigentlich nur inkomplete Verrenkungen im Intercarpalgelenk. Verrenkungen des Multangulum majus und minus wurden je 4mal, solche des Os pisiforme 5mal, des Os hamatum 3mal beobachtet. Entschieden häufiger wiederum sind Verrenkungen des Naviculare (9 Fälle), die wichtigste Rolle endlich spielen die Verrenkungen des Lunatum, deren Kasuistik einschließlich Verf.s eigener Fälle 24 Beobachtungen umfasst; hierzu kommen noch 3 weitere, in welchen das Lunatum mit dem Naviculare oder einem Stück des letzteren zusammen verrenkt war. Pathologie und Therapie der Mondbeinluxationen werden eingehend erörtert.

Honsell (Tübingen).

10) **L. Jeanbrau.** Note sur le traitement de la syndactylie par le procédé de Didot perfectionné. Technique de M. le prof. Forgue.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 1.)

Die Forgue'sche Änderung des bekannten Verfahrens besteht in Zuhilfenahme eines langen rechteckigen Lappens aus der Rückenhaut der Hand. Derselbe wird durch Drehung des Stiels am Fingeransatz in die Lücke eingesetzt, welche der eine etwas schmäler genommene Lappen aus der Haut des einen Fingers übrig lässt. Handelt es sich z. B. um eine Verwachsung des 3. und 4. Fingers, so wird die Rückenfläche des 4. Fingers breit weggenommen, um den 3. Finger ganz zu decken; der aus der Beugefläche des 3. Fingers genommene Lappen ist aber zu kurz, um den 4. Finger zu decken, und dazu dient der Ersatzlappen aus dem Handrücken.

Herm. Frank (Berlin).

11) **F. König.** Erkrankungen des Hüftgelenkes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. No. 3.)

I. Die Coxitis gonorrhoeica. Davon beobachtete K. 20 Fälle, 11 bei Frauen, 9 bei Männern. Manche Fälle verlaufen mild, in den meisten Fällen aber treten intensive Schmerzen auf, entweder sofort beim Beginne der Erkrankung oder sich steigend im Verlaufe einiger Tage. Die geringste Bewegung verursacht gewaltige Schmerzen. In einigen wenigen — leichten — Fällen steht das Bein normal. Die schweren Fälle zeigen Stellungsanomalien, und zwar entweder mäßige Flexion mit Adduktion und Außenrotation, so dass das kranke Glied bei horizontaler Rückenlage verlängert erscheint, oder, was für später viel gefährlicher ist, Flexion mit Adduktion und Innenrotation, was scheinbare Verkürzung bewirkt. In diesen Fällen tritt später reelle Verkürzung ein. Das Röntgenbild zeigt den Gelenkkopf in Subluxationsstellung. Entsprechend der Stellungsanomalie findet sich Beweglichkeitsbehinderung. Sehr konstant ist die Schwellung des Gelenkes, zumeist an der Vorderseite, hier manchmal mit fluktuirendem, selten phlegmonösem Charakter. Im akuten Stadium findet sich hohes, atypisches Fieber. Manchmal heilt die Krankheit völlig aus. In den meisten Fällen aber resultirt eine Verkürzung des Beines mit größerer oder geringerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit und der Bewegung. Doch lässt sich dieser Ausgang bei geeigneter Behandlung wohl vermeiden, er rührt von der Miterkrankung der Gelenkknorpel und Gelenkknochen her. Das wichtigste bei der Behandlung ist ein Extensionsverband zur Druckentlastung. Die Extensionsbehandlung kann auch dann noch eingeleitet werden, wenn der Kranke schon mit einer Kontraktur behaftet ist. Bestehende Ankylose wird nach den sonstigen chirurgischen Regeln behandelt.

II. Arthritis deformans coxae. Malum coxae senile. Dieselbe ist nicht mit chronischem Rheumatismus identisch. Sie ist eine ausgesprochene Panarthrit. Der Knorpel wird aufgefasert, an seine Stelle tritt funktionell der subchondrale Knochen, vom Rande der Gelenkflächen entstehen eigenthümlich geformte, knorpelüberzogene Knochenneubildungen. Das Kugelgelenk der Hüfte wird zu einem einachsigen Walzengelenk, welches den Gang der Bewegung bestimmt. Der Gelenkkopf bekommt schließlich die Form eines Pilzes, welcher bald mit seiner Gelenkfläche immer schmaler und schmaler wird. Manche von den neugebildeten Knorpeln und Knochenplatten sind frei geworden und stellen die Gelenkmäuse dar. Die Krankheit beginnt mit Schmerzen in der Hüfte und im Knie, manchmal mit reibenden, knirschenden Geräuschen im Hüftgelenke, einem Gefühle der Steifigkeit am Morgen und Behinderung, insbesondere der seitlichen Bewegung. Nach und nach stellt sich der Fuß in Innenrotation. Dabei bleibt es bei Vielen. Andere werden von heftigeren, bald periodisch, bald bei jeder Bewegung auftretenden Schmerzen

geplagt. In progressiven Fällen tritt schließlich eine mehr oder weniger totale Versteifung der Hüfte auf. Am Schenkelhalse findet man eine harte Schwellung, und zwar auf der Vorderseite zwischen der Stelle, an welcher sich der Gelenkkopf befindet, und dem vorderen Rande des Trochanter. Dazu kommt oft noch eine geringe Verkürzung des Beines um $1\frac{1}{2}$ —3 cm. Spontanheilungen kommen wohl nicht vor, Besserung der Symptome erzielt man durch Ruhe, Bäder und zweckmäßige Abwechslung von aktiven und passiven Bewegungen, und zwar oft mehr als durch den Gebrauch von Thermen, wie Gastein, Teplitz, Wildbad. Am besten sind für den Anfang der Erkrankung medico-mechanische Übungen, welche die Veränderung des Gelenkkopfes hemmen sollen. Treten stärkere Schmerzen auf, so Ruhe. Ein Schutzapparat à la Hessing ist sehr zu empfehlen. Bei hochgradigen Veränderungen Resektion. Schulz (Barmen).

12) A. Cacciari (Bologna). Über eine neue Einrenkungsmethode der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Das Verfahren, das Ghillini in der orthopädischen Klinik in Bologna in 100 Fällen erprobt hat, beruht auf folgenden Voraussetzungen. Das obere Ende des Femur ist bald nach oben, bald nach unten, bald nach hinten, bald nach vorn verschoben. Diese Verschiebungen können kombiniert sein, indem sie nämlich nach oben und vorn, nach oben und hinten, nach unten und vorn, nach unten und hinten erfolgen können. Ist der Schenkelkopf nach oben verschoben, so bringt G. bei der Einrenkung den Schenkel in starke Abduktion und Beugung. Wenn der Kopf unten ist, führt er Abduktion und Streckung aus. Ist der Kopf nach vorn verschoben, so rotirt G. den Schenkel nach innen. Wenn der Kopf hinter der Pfanne steht, so wird der Schenkel nach außen rotirt. Bei Verschiebung des Kopfes nach oben und vorn wird Beugung, Abduktion und Rotation nach innen, bei Verschiebung nach oben und hinten Beugung, Abduktion und Rotation nach außen, bei Verschiebung nach unten und vorn Adduktion, Streckung und Rotation nach innen, bei Verschiebung nach unten und hinten Adduktion, Streckung und Rotation nach außen ausgeführt. Der Einrenkung in der Narkose gehen kräftige Circumduktionsbewegungen des Hüftgelenkes voraus, schon um die Bildung einer soliden Nearthrose zu erleichtern. Der erste und der zweite Verband bleiben je 3 Monate liegen, während welcher die Kinder nach Möglichkeit herumgehen.

Ghillini hat diese Methode bei Kranken bis zu 13 Jahren angewandt. Befindet sich Ghillini Kranken gegenüber, welche an einer beträchtlichen Verkürzung des Gliedes leiden, so legt er auf die Dauer von 2—4 Wochen einen Streckverband an mit einem Gewicht von 14 kg, um dadurch eine Erschlaffung der Muskeln zu erzielen.

J. Riedinger (Würzburg).

13) **B. Rossi** (Mailand). La frattura della rotula. (Preisschrift.)
(Clinica chir. 1900. No. 6. u. 7.)

Die Arbeit basirt auf einem Materiale von 196 Kniescheibenbrüchen, welche innerhalb der letzten 30 Jahre am Ospedale Maggiore in Mailand unter 14116 Frakturen zur Beobachtung kamen. Gegenüber den von Malgaigne und Durante aufgestellten Zahlen von 2% ergibt sich das Verhältnis von 1:72. Auffallenderweise entfallen 107 Fälle auf die Wintermonate. 156 Pat. standen im Alter von 31—70 Jahren; 173 waren Männer.

In Bezug auf den Mechanismus der Verletzung hat R. nur 2 sichere Fälle von reiner indirekter Fraktur nachweisen können.

Er sagt geradezu: »Die indirekte Fraktur ist äußerst selten und meiner Meinung nach an einen pathologischen Zustand der Kniescheibe gebunden. Bei normalem Knochen wird es, wie ich glaube, leichter als zur Fraktur, zum Zerreißen der Quadricepssehne oder des Ligamentum patellare kommen«. Ricard und König haben 26—33% indirekter Frakturen angenommen. R. findet in den meisten Fällen ($\frac{3}{4}$) kombinierte Ursachen für das Zustandekommen der Verletzung. Von selteneren Formen zählt R. einen Längsbruch, einen Fall von Bruch in 8 Theile etc. auf. $\frac{4}{5}$ waren reine Querbrüche. 3mal sind offene Brüche notirt, 2mal bilaterale.

R. legt großes Gewicht auf die präpatellare fibröse plastische Schicht (strato fibroso plastico soprarotuleo), welche bei Kontinuitätstrennung des Knochens starke Zerrung erleidet und auch zumeist verträgt; die Callusbildung geht von ihr aus. Wird sie stark geschädigt, so entsteht nur ein fibröser Callus.

Von abnormer Callusbildung wäre zu erwähnen die Verlängerung eines Callus nach der Heilung (in Folge Gehens) von 1 auf 3 cm.

Die Therapie wird mit besonderer Litteraturkenntnis besprochen.

Die Beschreibung und Aufzählung der unblutigen und blutigen Methoden umfasst allein 16 Seiten und enthält etwa 40 Namen.

Ca. 25 Apparate (Berger hat allerdings 95 zusammengefunden) werden näher besprochen.

Am längsten verweilt sodann R. naturgemäß bei den Vorschlägen der direkten Immobilisation der Fragmente, der Naht. Er reklamirt die Idee der Nath für Aurelio Severino in Neapel (im 17. Jahrhundert).

Die Principien der Behandlung sind folgende: Für Fälle, in denen die Distanz der Fragmente kleiner ist als 1 cm, genügt zumeist die unblutige Immobilisation zur Erzielung von Heilung mit gutem Gange. R. bevorzugt den Verband in 8-Touren mit der Kreuzung in der Kniekehle (»konzentrische Annäherung«, zuerst von Lavanguyon angegeben). Die Extremität ist auf eine dünne, genau passende Volkman'sche Schiene, modificirt von Bassini, gelagert. Mit der Resorption des Extravasates wird der Druck schwächer; der Verband muss nach je 7—10 Tagen erneuert werden.

Steigert sich nach 2—3 Wochen noch die Distanz der Fragmente, so wird an die Eröffnung des Gelenkes und die direkte Naht der Bruchstücke gegangen. Dasselbe ist der Fall bei allen Frakturen, bei denen von Anfang an die Retraktion des oberen Fragmentes eine bedeutendere ist. Diese bilden aber den weitaus größeren Theil aller Brüche. So wird die direkte Naht zur Methode der Wahl.

Die Fragmente werden einzeln an einander genäht, bei vielfacher Splitterung »cerclage« nach Berger. Zur Naht dient Seide. In seltenen Fällen muss man das oder die oberen Fragmente an das Lig. patellare annähen, weil das untere Fragment zu klein ist, um durchlocht werden zu können. Gutsitzender Bindenverband mit oberflächlicher Stärkebindenlage über der Bassini'schen Schiene. Verbandwechsel nach 10—12 Tagen. Dann kurzer Bindenverband von der Mitte des Oberschenkels bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels, so dass mäßige Bewegungen im Kniegelenk möglich sind. Dadurch wird eine Steifigkeit im Kniegelenk eben so wie eine Muskelatrophie am Oberschenkel hintangehalten. Vom 15.—18. Tage ab Gehübungen, Massage, Gymnastik.

Über veraltete Frakturen werden keine neuen Erfahrungen beigebracht. Als Kontraindikationen gegen die blutige Vereinigung der Bruchenden kann R. nur die allgemeinen, die Narkose ausschließenden, ferner entzündliche Gelenkzustände oder benachbarte Schenkelfrakturen ansehen.

R. hat nur vollkommene Heilungen als Ausgang der blutigen Behandlung gesehen. Er schließt die Details von 27 Fällen an, unter welchen sich 13 genähte befinden und illustriert die Spätfunde, 1—5 Jahre nach dem Eingriff, durch Skiagramme.

J. Sternberg (Wien).

14) Le Clerc. Des apophysites du tibia pendant la croissance.

(Revue mens. des malad. de l'enfance 1901. p. 109.)

Ausführliche Darstellung der Krankheit nach der Litteratur und 10 eigenen Beobachtungen. Die Möglichkeit der Erkrankung ist gegeben mit dem Auftreten eines selbständigen Knochenkerns in der Apophyse im 8.—9. Lebensjahre und hört auf mit der Verschmelzung desselben mit dem übrigen Knochen im 20.—21. Jahre. Die Ursache ist fast immer ein Trauma. Die Diagnose ist durch den Sitz der Affektion leicht. Trotz oft stark entzündlicher Erscheinungen ist der Ausgang in Eiterung selten. Außer dieser nöthigen mitunter häufige Rückfälle und Neuralgien zur Trepanation.

F. Göppert (Kattowitz).

15) **Grisel.** Description d'un appareil plâtré à traction élastique pour fractures de jambe à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 2.)

Der in 4 beschriebenen Fällen von Unterschenkelbruch an oben bezeichneter Stelle bewährt befundene Apparat setzt sich aus zwei Hülstheilen zusammen, dem Gipsstiefel für das periphere Ende und der Hülse für den oberen Theil des Unterschenkels. Am Stiefel ist ein Steigbügelband, am oberen Theil zwei seitliche Schienen mit Verbindungsstück jenseits der Ferse, also ebenfalls steigbügel-förmig, eingegipst; durch elastischen Zug zwischen diesen beiden peripheren von der Ferse hervorragenden Steigbügeln wird Extension und Kontraextension zwischen den Bruchstücken ausgeübt.

Herm. Frank (Berlin).

16) **J. Wieting.** Zur Säbelscheidenform der Tibia bei der Syphilis hereditaria tarda.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Wie Verf. an der Hand mehrerer von ihm untersuchter Fälle ausführt, stimmt die bei der Lues hereditaria tarda gefundene Knochenaffektion dem ganzen Wesen nach mit der im tertiären Stadium der erworbenen Lues beobachteten Form überein. Man findet eine Erkrankung der sämtlichen den Knochen zusammensetzenden Gewebe mit meist vorwiegender Bethheiligung der Vorderseite des mittleren Drittels der Tibia. Die Substantia compacta wird durch spongiöses Knochengewebe ersetzt, das die dünne periostale Schicht gleichsam aufbläht. Aus dieser Wucherung ergiebt sich eine erhebliche Zunahme des anteroposterioren, so wie auch ferner des frontalen Durchmessers. Bei der späteren sklerosirenden Umwandlung ist das Bild kein absolut regelmäßiges, da es stellenweise zu stärkerer Lockerung, vielleicht auch zu Nekrose kommen kann. Zwei Punkte sind aber doch für die Lues hereditaria tarda gegenüber der aquirirten tertiären Lues, wenigstens wenn die Infektion im späteren Leben erworben wurde, charakteristisch: einmal eine sehr deutliche Verlängerung des Unterschenkels, dann eine reelle Verkrümmung der Tibia in nach vorn konvexem Bogen mit scheinbarer Abflachung der Seitentheile. Auf die erstere Erscheinung ist schon verschiedentlich hingewiesen worden, die letztere wurde dagegen bisher in der Litteratur noch nicht besonders erwähnt. Ihre Ursache ist theils in der vorherrschend sagittalen Biegungsbeanspruchung der Tibia, theils im Verhalten der oberen Tibiaepiphyse, der Fibula und der Muskulatur zu suchen.

Honsell (Tübingen).

17) **H. Timmer** (Amsterdam). Eine neue Methode, Fußabdrücke zu machen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. beschreibt seine Methode, auf die er nach dem Besuch einer Steindruckerei kam, wie folgt: »Man nehme zwei dicke Glasplatten, womöglich aus Spiegelglas, eine Tintenrolle, ein wenig Druckerfarbe guter Konsistenz und Watte mit Talcum venetum. Auf die eine Glasplatte thut man ein wenig Druckerfarbe und rollt dieselbe mit der Tintenrolle aus, wodurch die Platte überall mit einer gleich dünnen Schicht Tinte bedeckt wird. Auf die andere Platte legt man einen Bogen glattes Papier. Nun lässt man den Pat. auf die erste Platte treten und danach auf die zweite. Man hat dann einen sehr schönen Abdruck erhalten, den man im Nu trocknen kann mittels Watte mit Talcum venetum.« Der Abdruck ist positiv, wie einige Abbildungen zeigen. Das Verfahren, dass beliebig wiederholt werden kann, eignet sich besonders für die Poliklinik. Zur Entfernung der Druckerfarbe dienen Terpentin, Petroleum oder Wasser und Seife.

J. Biedinger (Würzburg).

18) **H. Brissart**. Sur les opérations économiques du pied.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1901.

Verf. bespricht in seiner Arbeit die verschiedenen Operationsmethoden bei Verletzungen und Erkrankungen des Fußes, bei welchen die Fußwurzelknochen gesund, die Haut der Fußsohle indess zu weit geschädigt ist, um den Chopart auszuführen.

Er hält die Stümpfe für die besten, bei welchen der Hautlappen möglichst gut gepolstert und frei beweglich ist, und bei denen eine Gelenkverbindung zwischen Fußwurzel und Unterschenkel wieder hergestellt wird.

Dem entsprechend sind unter den zahlreichen Modifikationen des Pirogoffs die besten die Verfahren von Le Faure und Ricard. Ersterer legt den Hautschnitt auf die Außenseite und bildet so, wie Roux dies zuerst angegeben, einen Fußsohlenlappen, dessen Basis an der Innenseite liegt; und er verändert das Verfahren von Pasquier-Le Fort dahin, dass er nicht die Pars superior des Calcaneus absägt, sondern die Pars inferior des Talus. Er erhält so die Articulatio talo-calcanea.

Ricard behält den Hautschnitt Pirogoff's bei, exartikuliert den Talus und bildet so ein Gelenk zwischen Calcaneus und den Knöcheln.

Beide Autoren nähen die Sehnen der Flexoren möglichst sorgfältig an die der Extensoren, um so eine Equinusstellung zu verhindern.

Coste (Straßburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

19) H. Graff. Einige neue orthopädische Apparate.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. beschreibt unter Beigabe von 5 Abbildungen 2 auf Veranlassung von Schede für die Bonner chirurgische Universitätsklinik von der Firma Eschbaum in Bonn angefertigte Pendelapparate für das Hüftgelenk, denen er gegenüber den Apparaten von Krukenberg, welche zum Vorbild dienten, den Vorzug der besseren Fixation des Beckens einräumt. Der eine Apparat ist für Beugung und Streckung, der andere für Ab- und Adduktion des Hüftgelenkes eingerichtet. Die Fixation des Beckens erfolgt in dem einen Falle durch Schaufelpelotten, welche den Darmbeinkamm auf beiden Seiten von hinten und oben umgreifen und einen Zug auf das Becken nach hinten ausüben. Eine weitere Pelotte wirkt von der Symphyse her. Im anderen Falle wird das gesunde Bein zur Sicherung gegen die Mitbewegung des Beckens in extremer Abduktion fixirt. Außerdem wirkt je eine Pelotte von außen her auf die rechte und linke Seite des Beckens.

Weiterhin beschreibt Verf. einen verbesserten Redresseur = Osteoklast, dessen Gebrauch an der Hand von 4 Abbildungen erläutert wird. Hergestellt wird der Apparat ebenfalls von der Firma Eschbaum. **J. Riedinger** (Würzburg).

20) J. Elgart. Osteomyelitis bei Neugeborenen.

(Vorgetragen auf dem III. Kongresse tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag. 25.—29. Mai 1901.)

Die Osteomyelitis kommt im 1. Lebensjahre äußerst selten vor, weil das Kind frühzeitig der septischen Infektion erliegt. Autor beobachtete folgenden Fall: Eine Schwangere acquirirte im 7. Schwangerschaftsmonate eine Polyarthrits acuta, worauf nach 4 Wochen die Frühgeburt erfolgte. In der 1. Lebenswoche war das Kind ruhig, bekam dann ein pustulöses Ekzem, und Ende der 2. Woche trat am rechten Unterschenkel ein Abscess auf, der incidirt wurde. 3 Monate später wurde die Nekrotomie ausgeführt; der Sequester umfasste die obere Hälfte der Tibia. Die Heilung erfolgte nach 6 Wochen mit einer Verkürzung des Beines um 1½ cm. Ob die Osteomyelitis auf eine intra-uterine Infektion von der Mutter aus oder auf das eitriche Ekzem zurückzuführen ist, lässt sich nicht entscheiden.

G. Mühlstein (Prag).

21) Mathieu. Traitement galvanique de l'arthrite blénnorrhagique.

(Soc. de thérapeutique 1901. Juni 26.)

M. erzielte bei 13 Fällen von gonorrhöischer Gelenkentzündung bedeutenden Grades, mit und ohne periartikuläre Schwellung, gute Erfolge mit dem quer durch das betroffene Gelenk geleiteten Strom von 20—50 Milliampères Stärke; Sitzungsdauer ¼ Stunde, täglich 1 Sitzung, am 1. Tage 2. Besserung trat bereits 2 bis 3 Stunden nach der 1. Sitzung ein; am Tage darauf waren gewöhnlich die Schmerzen und die Gelenkschwellung bedeutend vermindert, Heilung meist nach 2—6 Sitzungen, immer ohne Gelenkversteifung und ohne Muskelatrophien. Der faradische Strom wirkte bedeutend schlechter. **Mohr** (Bielefeld).

22) F. K. Monro. A case of almost universal ankylosis.

(Brit. med. journ. 1901. Mai.)

M. giebt die Beschreibung eines Falles dieser seltenen Erkrankung. Dieselbe begann bei einem 18jährigen jungen Manne, welcher vorher — abgesehen von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten — immer gesund gewesen war, mit Schmerzen in der linken Hüfte, welche namentlich Morgens beim Aufstehen sehr heftig waren, dann aber, nachdem die betreffende Körpergegend eingeübt war und der

Kranke sich etwas bewegt hatte, nachließen. Nach 2 Jahren war der Kranke ge-
nöthigt, seine Arbeit einzustellen, weil sämtliche Gelenke der unteren Extre-
mitäten, des Rückens und namentlich auch der Halswirbelsäule schmerzhaft geworden
waren. Die befallenen Gelenke wurden zunächst schmerzhaft — am stärksten
war das bei den Kniegelenken ausgesprochen —; dann trat eine Schwellung und
schließlich eine Versteifung derselben ein. Schließlich war eine Bewegung nicht
mehr möglich, so dass der Kranke von seinem 22. Lebensjahre ab zu Bett liegen
musste. Allmählich wurden dann auch die oberen Extremitäten befallen. Schließ-
lich trat auch eine völlige Ankylose der Kiefergelenke ein; die Ernährung ging
nur durch eine Lücke in der Zahnreihe vor sich. Die einzigen Gelenke, die gegen
das Lebensende — der Kranke starb im Alter von 46 Jahren — einen Rest von
Beweglichkeit aufwiesen, waren das rechte Schulter-, rechte Handgelenk und die
Metacarpo-phalangealgelenke des 1., 2., 3. und 5. rechten Fingers. Sensibilität
war überall erhalten. Die Athmung zeigte hauptsächlich abdominalen Typus,
allerdings bewegte sich auch der untere Theil des Thorax. Ein Auge war im
Laufe der Jahre in Folge einer akuten Irido-Cyklitis zu Grunde gegangen. Die
Verdauungsthätigkeit war wenig gestört. Eigentliche Todesursache wurde eine
Pleurpneumonie.

Weiss (Düsseldorf).

23) Codivilla (Sangiorgi). Sulla scoliosi congenita.

(Arch. di ortopedia 1901. No. 2.)

Demonstration und Besprechung einer angeborenen links konvexen Lumbal-
skoliose mit gleichzeitiger Hypertrichose auf einem halbmondförmigen Bezirk im
Bereich der oberen Lendenwirbel. Das Röntgenbild weist nach, dass derjenige
Lendenwirbel, welcher den Gipfel des skoliotischen Bogens bildet, in seiner linken
Hälfte verdoppelt ist; das keilförmige Stück, welches sich zwischen die anderen
Wirbel einschiebt, besitzt einen eigenen Querfortsatz.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

24) F. Klaussner (München). Ein Fall von Luxatio claviculae ster- nalis duplex congenita.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Die bald nach der Geburt bemerkte, rechterseits totale Verrenkung der Clavi-
cula und linksseitige Subluxation der letzteren nach oben und vorn verursacht
der 9jährigen Pat. keinerlei Beschwerden und Funktionsstörungen, so dass von
einer Operation — Silberdrahtnaht — bisher Abstand genommen werden konnte.

Kramer (Glogau).

25) Kirmisson und Kuss. Carie sèche de l'épaule.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 3.)

Die Autoren theilen einige Beobachtungen von typischer Caries sicca theils
bei älteren, theils bei jugendlichen Individuen mit, bei denen der tuberkulöse
Charakter trotz des von dem gewöhnlichen Bilde der Tuberkulose abweichenden
Verlaufes durch die anatomische und bakteriologische Prüfung des resecurten
Knochens sichergestellt werden konnte. Auch das nachträgliche Auftreten tuber-
kulöser Eiterung in der Nachbarschaft des Gelenkes wurde beobachtet. Dass aber
nicht jeder »kalte« Abscess in dieser Gegend trotz aller sonstigen klinischen
Merkmale tuberkulös zu sein braucht, zeigen 2 Fälle, wo der klinische Aspekt
mit dem Charakter des Tumor albus durchaus für Tuberkulose zu sprechen schien,
wo aber die genaue bakteriologische Prüfung das Nichtvorhandensein des tuber-
kulösen Virus klarstellte.

Herm. Frank (Berlin).

26) Guinard et Gardner. Des résultats fonctionnels de la résection totale de l'humérus non suivie de régénération osseuse.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 2.)

Schussverletzung des linken Oberarmknochens 1859 bei Solferino; 30 Jahre
hindurch fortwährende Sequestereiterungen; 1889 Herausnahme des ganzen

Knochenrestes. Jetzt 12 Jahre später zeigt sich der Arm ohne den köchernen Halt des Humerus und die Hand funktionell überraschend brauchbar. Die willkürlich fest kontrahierte Muskulatur am Oberarm ersetzt zum Theil die steife Stütze des Knochens, wobei sich derselbe um die Hälfte verkürzt; der Vorderarm beugt sich ohne weitere Nachhilfe um einen Winkel von 135°; die Hand (Drehung des Vorderarms fehlt) und die Finger sind nicht atrophisch und vollkommen gebrauchsfähig; einfaches Auflegen des Ellbogens genügt zum Ankleiden, Cigarretten-drehen, Billardspielen etc. Ein fest um den Arm geknotetes Tuch erhöht die Brauchbarkeit des Armes. In der Litteratur sind etwa 10 totale Humerusesektionen vertreten, von denen etwa 4 bezüglich der fehlenden Knochenregeneration mit diesem Falle verglichen werden können. In 3 von diesen 5 Fällen war das endgültige Ergebnis ein so vorzügliches wie in dem obigen Falle, sogar ohne besondere mechanische Stütze, dass die sonst wohl ausgeführte Exartikulation der Schulter hier ein großer Fehler gewesen wäre.

Herm. Frank (Berlin).

27) **Ambard.** Double luxation congénitale du radius en haut et en arrière chez un malade soupçonné de syphilis héréditaire.

(Revue de orthopédie 1901. No. 3.)

Für den Verdacht auf hereditäre Syphilis liegt kein positiver Anhalt vor, sondern gewisse Veränderungen am Nasenskelett und an den Augen, welche, »ohne durchaus spezifisch zu sein, jedenfalls sehr verdächtig sind rudimentärer Stigmata, hereditärer Syphilis«.

Herm. Frank (Berlin).

28) **Appraillé.** Malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius.

Thèse de Paris, G. Steinhell, 1901. 46 S.

Den in der deutschen Litteratur gefundenen, von O. Schmidt und Tschmarke veröffentlichten 3 Fällen von angeborenem Mangel des oberen Abschnittes des Radius fügt Verf. einen weiteren, von Longuet beobachteten Fall hinzu, bei dem sich durch Tastung am linken Vorderarm ebenfalls ein Fehlen des oberen Abschnittes des Radius nachweisen ließ. Auf dem Röntgenbilde dagegen schien es, als ob sich das obere Ende des Radius von der Seite her mit der Ulna kreuzte. Deshalb nahm Longuet an, dass es sich nicht um eine Hemmung in der Entwicklung, sondern um eine Ablenkung während des Wachstums handelte. An der Kreuzungsstelle waren beide Knochen mit einander verwachsen. Außerdem zeigte ein bogenförmiges Stück des Ligamentum interosseum Verknöcherung. Während Pronation und Supination des Vorderarmes aufgehoben waren, ließ der Daumen eine abnorme, kompensatorische Beweglichkeit erkennen. Das lanzenförmig auslaufende untere Ende der Ulna war seitlich mit dem Radius, vorn mit der ersten Reihe der Mittelhandknochen verwachsen. Die Muskulatur des Vorderarmes war atrophisch. Eine Verkrümmung der Ulna war nicht vorhanden. Rechts war bei der 19 Jahre alten, an Strabismus leidenden, körperlich und geistig wenig entwickelten Pat. angeborener Mangel des Radius und des Daumens, so wie Klump-hand nachweisbar.

Nach der Besprechung der Kasuistik und der Symptomatologie der Missbildung folgt ein Kapitel über die Entwicklungsvorgänge an den oberen Extremitäten. Auf Grund derselben kommt Verf. zur Überzeugung, dass vorübergehender Druck im Verlaufe des zweiten embryonalen Monats die Deformität verschuldet hat. Therapeutisch wird die Möglichkeit der operativen Trennung beider Vorderarmknochen in Erwägung gezogen.

J. Riedinger (Würzburg).

29) **C. Beck.** Über die Fraktur des Processus coronoideus ulnae.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 193.)

Diese Fraktur ist häufig nur mit Hilfe der Röntgenbilder zu diagnosticiren, wie aus 3 von B. beigebrachten Fällen erhellt. Details und insbesondere die mitgetheilten Skiagramme siehe Original. Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

30) T. Schilling. Über den schnellenden Finger.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Verf.'s Fall von schnellendem viertem Finger betraf einen 32jährigen Borstenzurichter, bei welchem sich das Leiden nachweislich im Zusammenhang mit beruflichen Schädlichkeiten innerhalb von 8 Wochen ausgebildet hatte. Bei der Operation fand sich als Ursache der Störung eine spindelförmige Verdickung der tiefen Beugesehne, und zwar direkt unter der Gabel des hohen Beugers. Durch Spaltung dieser Gabel wurde ein dauernder Erfolg erzielt.

Anschließend an die kasuistische Mittheilung werden die pathologischen Befunde von 34 Fällen der Litteratur zusammengestellt und Ätiologie, klinisches Bild so wie Therapie der Affektion in übersichtlicher Weise besprochen.

Honsell (Tübingen).

31) E. Jouon. Luxation soudaine de la tête du fémur en bas et en avant, vers le trou ovale, au début d'une coxalgie de la hanche gauche. Réduction complète et facile sous le chloroforme dix-huit mois après le déplacement.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 1.)

Ein 14 $\frac{1}{2}$ jähriger Junge geht gesund zur Schule; nach dem Frühstück beim Aufstehen spürt er einen plötzlichen Schmerz in der Hüfte, das Bein stellt sich in die Luxationsstellung, leichte Flexion, Abduktion, Rotation nach außen, und von Stund an hinkt er, macht aber ein Krankenlager nicht durch. Auch bei Aufenthalt in verschiedenen Krankenhäusern geschieht nichts, bis 1 $\frac{1}{2}$ Jahre nach Entstehen der Verrenkung von Gérard-Marchant in 2 Minuten durch verstärkte Flexion, Adduktion und Rotation nach innen die Einrenkung vollzogen wird. Das ganze Bild der plötzlichen wirklichen Ausrenkung, der eben so glatten Einrenkung nach so langer Zeit erinnert an die von Kirmisson als charakteristisch für das Anfangsstadium der Coxitis beschriebenen Fälle (s. Referat im Centralblatt für Chirurgie 1900 p. 246), obwohl die Richtung der Verschiebung des Kopfes nach vorn unten an sich schon sehr auffällig ist, welche nicht verwechselt werden dürfen mit der »Spontanluxation« nach Zerstörung des Gelenkapparates im späteren Verlauf der Coxitis. Aber weder aus der Erzählung des Herganges bei der Entstehung der Verrenkung, noch aus sonstigen Andeutungen über den späteren Verlauf geht hervor, mit welchem Recht eigentlich der Autor auf eine Coxitis schließt. Ein etwas rauhes Athmen in der Spitze, einiges Krepitiren, bei vollem Wohlbefinden, ohne hereditäre Veranlagung, und »ein wenig verwaschene Einzelheiten am oberen Femurende im Röntgenbilde in Folge wahrscheinlicher tuberkulöser Veränderungen« berechtigen doch nicht allein zur Annahme tuberkulöser Hüftgelenkentzündung.

Herm. Frank (Berlin).

32) Lepage et Grosse. Luxation congénitale de la hanche droite chez un nouveau-né atteint de malformations multiples.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 4.)

Die mannigfachen Verbildungen am Körper des am 14. Tage verstorbenen Kindes haben verschiedene Ursachen. Verkrümmungen der Oberschenkel, am Fußgelenke sind auf Platzmangel im Uterus zu beziehen, die rechtsseitige Verrenkung, die Spaltung des Gaumens, des Sternens dagegen sind Hemmungsbildungen. Die Gelenkpfanne ist kaum angedeutet, der Kopf atrophisch und verbildet, Hals fehlt, Ligament übermäßig lang, deutliche Atrophie des Os ilei und des Kreuzbeinfügels der entsprechenden Seite; das Becken dadurch asymmetrisch, und zwar auf der kranken Seite abgeflacht, der schräge Durchmesser verkürzt (anders wie bei der angeborenen Verrenkung im höheren Alter).

Herm. Frank (Berlin).

33) A. Codivilla (Bologna). Über die operative Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 2.)

Nach einigen Bemerkungen über den Entstehungsmechanismus der angeborenen Hüftgelenksverrenkung berichtet Verf. über seine Erfahrungen an 66 unblutig und 10 blutig behandelten Fällen dieses Leidens. Nach der unblutigen Methode ist die Reposition 56mal beim ersten Versuche erfolgt. Die Kinder hatten ein Alter von 3—16 Jahren. Etwa in der Hälfte der Fälle blieb die Reposition bestehen. Physiologische oder nahezu normale Verhältnisse traten nur in 4 oder 5 Fällen ein. Als Ursachen der Relaxation sind angegeben: Steilstellung und Flachheit der Pfanne, Abflachung des oberen Pfannenrandes, starke Neigung des Schenkelkopfes nach vorn, ferner der von der Kapsel auf den Schenkelhals ausgeübte Zug, die Muskelspannung und das Körpergewicht. Die Immobilisierung durch Gipsverbände in starker Abduktion dauerte im Durchschnitt etwa 8 Monate. Die Fixation erfolgte in der Regel bei einwärts rotirtem Oberschenkel. Bei sehr hochgradiger Torsion des oberen Femurendes wurde in einigen Fällen der Gipsverband nach 10 Tagen theilweise entfernt und nach vollzogener Osteotomie im unteren Abschnitte des Femur der periphere Theil des Beines in Rotation nach außen fixirt, um oberes und unteres Femurende in möglichst normale Beziehungen zu einander zu bringen. Vor Anlegung des ersten Verbandes schlug C. in diesen Fällen durch den Trochanter hindurch in der Richtung der Achse des Schenkelhalses bis ins Centrum des Femurkopfes einen vergoldeten stählernen Nagel so ein, dass er noch einige Centimeter über die Haut hervorragte. Der in den Gipsverband aufgenommene Nagel wurde mit diesem nach 1½ Monaten entfernt.

In 4 Fällen, in denen die Anheftung der Kapsel oben am Darmbein und das Fehlen des Pfannendaches die Ursache der Relaxation war, wurde durch einen blutigen extraartikulären Operationsakt, der in Lostrennung der Kapsel vom Darmbein, Zusammenfaltung und Naht derselben, so wie in der dadurch bedingten traumatischen Reizung Zwecks Neubildung des Pfannendaches bestand, die Retention bewirkt. Musste die Kapsel eröffnet werden, wie es in 3 Fällen geschah, gebrauchte C. zur Reposition ein von ihm konstruirtes Instrument, dessen Abbildung beigegeben ist. — Dasselbe besteht aus einem rinnenförmigen Hebel mit langem Stiele. Beim Gebrauche des Instrumentes wird das untere Ende desselben mittels zweier nach oben gerichteter Haken fest gegen Spina anterior inferior und hinteren Pfannenrand angestemmt, während der in der Rinne liegende Schenkelkopf nach abwärts gedrängt wird. Die eine Hand des Operateurs sucht den Hebel von der Darmbeingrube zu entfernen, die andere bringt den Oberschenkel in Abduktion. — In diesen 3 Fällen gelang jedoch die Reposition nicht, sondern nur eine Transposition. Außerdem blieb mehr oder weniger Steifigkeit des Gelenkes zurück. Um bei Aushöhlung der Pfanne Ankylose zu verhüten, schlägt C. vor, den Schenkelkopf mit seiner Kapselhaube bedeckt in die Pfanne zu reponiren.

In 3 Fällen wurde außerdem die Pseudarthrosenoperation nach Hoffa mit gutem Erfolge ausgeführt. Schließlich giebt C. an, dass bei der blutigen Einkerbung der Einschnitt am besten dem vorderen Rande des M. tensor fasciae latae entlang geführt wird. Man verlängert den Einschnitt ev. nach oben, dem Darmbeinkamm entlang, wonach man den M. tensor fasciae latae und einen Theil der Mm. glutei vom Darmbein lostrennt. Um die Bildung von Kontrakturen hervorrufenden Narben zu verhüten, hält es C. für nothwendig, nach vollzogener Operation die Wunde sofort zu schließen und nicht zu drainiren.

J. Riedinger (Würzburg).

34) E. Jouon. Arthrotomie pour un cas étranger ostéo-cartilagineux de l'articulation du genou gauche d'origine traumatique.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 3.)

Die Verletzung bestand in 2 Stößen gegen das linke Knie vorn innen an einen Haufen Ziegelsteine bei einem 36jährigen, kräftigen, gelenkgesunden Arbeiter im

Zwischenraume von 6 Wochen. Schon nach dem 1. Stoße fast unmittelbar (Zeichen des Blutergusses? Ref.) Anschwellung des Knies, 3 Tage nach dem 2. Stoße das erste Fremdkörpersymptom. Bei der Operation zeigte sich der Condylus internus ein wenig abgestoßen und vaskularisirt. Keine Arthritis deformans.

Herm. Frank (Berlin).

35) **André. Déviation angulaire consécutive à la résection et à l'arthrectomie du genou pratiquées dans le jeune âge.**

(Revue d'orthopédie 1901. No. 2.)

Primäre Resektion im Alter von 6 Jahren wegen Tuberkulose. Im 14. Lebensjahre zeigt sich stark spitzwinklige Ankylose im Knie; der Junge kann sich nur hockend fortbewegen. Von der Tibia scheint nur eine schmale Knochenscheibe zu fehlen; dagegen ist das untere Femurende durch Zurückbleiben der hinteren und Übergreifen der vorderen Partie wie ein Pistolenkolben herumgekrümmt. Keilförmige Resektion mit Tenotomie. Heilung mit 12 cm Verkürzung nach vorübergehenden Sensibilitäts- und Mobilitätsstörungen.

Im 2. Falle handelt es sich um ein bei der primären Arthrektomie mit Ausschneiden von Knochen 8jähriges Kind, bei welchem sich die Flexionsstellung wahrscheinlich durch die Wirkung der Beuger herstellte, bevor die sehr verzögerte knöcherne Ankylose die Stellung fixirte. Nach 2 Jahren Beugekontraktur im Winkel von 120°, die durch Bogenresektion nach Helferich ausgeglichen wurde.

Herm. Frank (Berlin).

36) **Phocas et Pancot. Deux cas de flexion congénitale du genou.**

(Revue d'orthopédie 1901. No. 3.)

1) 6jähriger Knabe mit angeborener Beugung des Unterschenkels im Winkel von 120° (und Verrenkung der Kniescheibe nach außen. Behandlung mit Tenotomie der inneren Sehnen und allmählicher Geradestellung in Narkose mit funktionell sehr gutem Erfolge.

2) 2jähriges Mädchen. Während der Schwangerschaft verschiedene Unfälle der Mutter. Missbildungen am Schädel und Gesicht und symmetrisch an den Extremitäten; an den oberen: Beugungsstellung am Ellbogen, skiagraphisch zeigen sich Verbiegungen am Humerus und Radius; an den unteren: Überabduktionsmöglichkeit an den Hüften, unverhältnismäßige Kürze der Oberschenkel zu den Unterschenkeln (Analoges auch an den oberen Extremitäten), im Knie Beugungsstellung im rechten Winkel, Fehlen der Kniescheiben und gleichzeitig Innendrehung der Unterschenkel, Plattvarusfuß. Behandlung: Offene Durchschneidung der Muskelansätze in der Kniekehle zu beiden Seiten (eigentliche Sehnen werden nicht sichtbar), ohne Erfolg auf die Stellung, desswegen Resektion einer 2½ cm breiten Schicht vom Femur und Tibia von vorn her im Gelenke, dann Geradestreckung. Der Erfolg der Behandlung ein leichtes Genu varum.

Herm. Frank (Berlin).

37) **G. Mallefert. Die Luxation der Kniescheibe durch Verschiebung nach oben.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 198.)

M. beobachtete als zufälligen Befund bei einem an Rheumatismus leidenden Manne einen abnormen Hochstand der Kniescheibe. Dieselbe befand sich oberhalb der Oberschenkelkondylen, und war zwischen ihrem unteren Ende und der Tuberositas tibiae ein derber, sehniger, die ganz normal ausführbare Extension vermittelnder Strang fühlbar. Pat. war vor 15 Jahren seiner Angabe nach mit dem stark gebeugten Knie gegen eine Granitschwelle gefallen, wonach starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Gelenkes folgten. Nach 4wöchentlicher Bettlägerigkeit Herstellung der Gehfähigkeit. Ohne einen Einriss des Lig. patellae ist das Zustandekommen dieser Verrückung bezw. »Luxation« (Malgaigne) der Kniescheibe nicht denkbar.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) Giron. Volumineux kyste séreux poplité sans communication avec l'articulation.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 3.)

Die ungewöhnlich umfangreiche Cyste, von dem mittleren Drittel des Oberschenkels bis zur Höhe der Wadenmuskulatur reichend, bei einem 25jährigen Manne, wird durch Exstirpation glatt beseitigt. Herm. Frank (Berlin).

39) Monod. Décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité inférieure du tibia.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 2.)

Die sehr seltene Verletzung wurde bei einem 14 $\frac{1}{2}$ jährigen, ausnehmend kräftigen Jungen herbeigeführt durch einen Fehltritt beim Laufen über ein spitzes Steinpflaster, wobei er fühlte, dass der Fuß sich drehte. Heilung nach 5 Wochen mit folgender guter Funktion, obwohl das Röntgenbild noch ziemliche Verschiebung — daneben Bruch des Wadenbeines — zeigt. Herm. Frank (Berlin).

40) F. Schäfer. Ungewöhnliche Größe einer kartilaginären Exostose der Fibula.

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

Verf.s Mittheilung bietet einen neuen Beleg für die Erfahrung, dass die an sich harmlosen kartilaginären Exostosen gelegentlich eine gewisse, relative Bösartigkeit erlangen können. Der in mehrfacher Hinsicht interessante Fall ist kurz folgender:

Bei einem 11jährigen Knaben fand sich neben multiplen Exostosen geringen Umfanges am linken Unterschenkel eine über kindskopfgröße, in Tibia und Fibula übergreifende, knochenharte, höckerige Geschwulst, die in kurzer Zeit herangewachsen war und zu erheblichen Schmerzen so wie fast völliger Gebrauchsunfähigkeit des Gliedes geführt hatte. Klinische Diagnose: Ossales Sarkom oder Enchondrom. Amputation, da isolirte Herausnahme der Geschwulst unmöglich war. Diese erwies sich als spongiöse Exostose mit eigenthümlich großen Erweichungscysten, ausgegangen vom oberen Theile der Fibula. Zu erwähnen wäre ferner noch, dass Tibia und Fibula erheblich im Längenwachsthum zurückgeblieben waren, und dass sich außerdem auch noch an anderen Knochen Wachsthumstörungen nachweisen ließen. Honsell (Tubingen).

41) F. Franke. Zur Ätiologie und Therapie des angeborenen Plattfußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 2.)

F. beobachtete und behandelte ein 4jähriges Mädchen mit angeborenem Klump- und Plattfuß. Bei der operativen Behandlung des Pes valgus konstatarie er nun einen bisher noch nicht gesehenen Befund, nämlich vor Allem eine Verlagerung des Ansatzes der Sehne vom Musc. tibialis anticus, welche sich nicht an der Seite des inneren Keilbeines, sondern auf dessen Rücken ansetzte. Dieser Befund ist nach des Verf.s Ansicht nur durch eine primäre Entwicklungsstörung zu erklären und lässt sich weder mit der bekannten Drucktheorie noch den anderen Hypothesen in Einklang bringen, welche man bei den angeborenen Fußmissbildungen im Allgemeinen aufgestellt hat. In dem vorliegenden Falle würde die falsche Insertion des Musc. tibialis anticus genügen, namentlich falls er sich noch mit einer Anomalie des Wachstums oder der Länge vom Musc. tibialis posticus vereinigen sollte, um die Entstehung des Plattfußes zu erklären. Denn die Funktion dieser beiden Muskeln hat nach theoretischen Erwägungen wie klinischen Beobachtungen einen wesentlichen Einfluss auf das Bestehen der Fußwölbung. F. legt sich deshalb die Frage vor, ob nach Analogie seines Falles nicht im Allgemeinen bei dem angeborenen Plattfuß sowohl wie auch bei dem angeborenen Pes equinovarus die Muskulatur eine größere Rolle spielt, als man ihr bisher zuschreibt.

Dem interessanten Befunde des geschilderten Falles, der auch noch eine Verwachsung der Sehne des *Musc. tibialis posticus* mit seiner Sehnenscheide aufwies, sind noch einige therapeutische Notizen beigelegt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

42) Le Dentu. Talus valgus paralytique traité par la résection du tendon d'Achille et l'anastomose du tendon du jambier antérieur avec celui de l'extenseur propre du gros orteil.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 3.)

19jähriger Mann mit unregelmäßig über die Extensoren vertheilter Paralyse; der *Extensor hallucis proprius* hat seine funktionelle Energie größtentheils behalten. Operation nach Milleken, nachdem aus der zu langen Achillessehne ein transversales Stück herausgeschnitten ist, unter Bildung einer Scheide über den vernähten Sehnenstücken des *Extensor hallucis* und *Tibialis anticus*. Volle Heilung; mit der wiedergekehrten Statik des Fußes hat sich sogar in dem vorher gehämten *Extensor communis digitorum* eine Funktion eingestellt; die früher herunterhängenden Zehen können aufgerichtet werden.

Herm. Frank (Berlin).

43) Durand. Subluxation du scaphoïde du pied.

(Soc. de chir. de Lyon 1901. Juni 6.)

Fall aus der Höhe mehrere Meter in senkrechter Haltung, Aufschlagen auf den linken Fuß, klinische Erscheinungen einer Tarsalfraktur, Knöchel unversehrt. Das Röntgenbild zeigt eine Verschiebung des Kahnbeines, dessen obere Fläche über 1 cm über die Fläche der Keilbeine hervorragt. Mohr (Bielefeld).

44) E. Jouon. Déformation très prononcée des deux gros-orteils simultant >l'orteil en marteau< chez un jeune homme présentant en même temps deux malformations congénitales: une luxation congénitale de la hanche droite et un infundibulum para-coccygien. — Malformations héréditaires des pieds et des orteils chez les accendants et les collatéraux directs du malade.

(Revue d'orthopédie 1901. No. 1.)

Die Zehenmissbildung bei dem 12jährigen Knaben besteht bei sonst absolut normalem Fußskelett in starker Dorsalbeugung des 1. Gliedes und starker Plantarbeugung des Nagelgliedes, so dass die Zehe die Gestalt eines liegenden Accent circonflexe erhält, und ist erst im Alter von 3 Jahren entstanden. Es handelt sich also nicht um eine angeborene Missbildung, aber auch sonst ist die Pathogenese dunkel; eine Muskelverkürzung oder Paralyse liegt nicht vor. An der exartikulierten Zehe zeigt sich als eigentliches Hindernis bei deren unmöglicher Geraderichtung eine Verkürzung der seitlichen Gelenkbänder, vielleicht auf Grund einer gehemmten Anlage, analog einer von William Anderson beschriebenen Anomalie des *Hallux flexus*.

Herm. Frank (Berlin).

45) Vince. Élongation nerveuse dans le mal perforant.

(Cercle méd. de Bruxelles 1901. Juni 7.)

Bei einem 60jährigen Tabiker mit beiderseitigem Mal perforant wurde links der Plantarnerv gedehnt, rechts derselbe bei der Operation nicht gefunden. Zunächst trat beiderseits Vernarbung des Geschwürs ein, später erfolgte rechts ein Rückfall, während links dauernde Heilung eintrat. Mohr (Bielefeld).

46) D. Biso. Tre casi di lesioni traumatiche autiche di nervi periferici.

(Clinica chir. 1900. No. 11.)

Fälle von später Nervennaht mit günstigem Resultat.

1) 35jährige Frau. Schnittwunde an der Ellbeuge, Naht. Symptome der Ulnarisverletzung bezüglich Motilität und Sensibilität. Während die Sensibilität sich bessert, Abmagerung der ulnaren Handmuskulatur, trophoneurotische Geschwüre im Bezirk. Operation nach 6 Monaten: Freilegung der verwachsenen und am unteren Ende aufgetriebenen Nervenquerschnitte. Direkte Naht mit Katgut. Nach 4 Jahren fast vollständige Bewegungen, vollständige Sensibilität, keinerlei Ernährungsstörung.

2) Operationsverletzung des N. radialis mit sofortiger Naht (Seide). Trotzdem vollständige Paralyse. Sensibilität wenig gestört. Nach 6 Monaten Operation: Lösung des ans Periost verwachsenen und verdickten Nerven, Excoision der deutlichen Nervennarbe. Direkte Naht mit Katgut. Nach 6 Monaten bedeutende Beweglichkeit der betroffenen Muskulatur. Nach 3 Jahren vollständige Heilung.

3) Fraktur des Humerus, Paralyse des Ulnaris bei einem 8jährigen Knaben. Der Nerv in festes Narbengewebe verwachsen. Freilegung, Exstirpation der Narbe. Nach wenigen Monaten vollständige Heilung.

Genau anatomische Details über die exstirpirten Nervenenden zeigen die Bildung von Neurofibromen an den centralen Enden und von konischer Verschmälerung durch Degeneration der Cylinder an den peripheren.

J. Sternberg (Wien).

47) R. Stierlin. Zur Kasuistik der Aneurysmen und des Angioma arteriale racemosum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 71.)

3 Fälle aus S.'s Thätigkeit. 1) Angioma racemosum arteriale bei einem in den 20ern stehenden Manne, dessen erste Anfänge weit zurück datirten und welches in Ausdehnung eines halben Handtellers in der rechten Supraorbitalgegend saß. S. umstepte den Geschwulstbezirk mittels gekrümmter Nadel durch eine Kette von komprimirenden Seidennähten, welche über Gazebäuschchen geknotet wurden. 10 Tage später Radikalexcoision unter geringfügiger Blutung. Der erzeugte Hautdefekt wurde mit Transplantationen gedeckt. Heilung. — 2) Aneurysma traumaticum verum art. femoralis sin., durch Schuss bei einem 26jährigen Manne entstanden, in der Mitte des Oberschenkels sitzend, orangengroß. Unter Blutleere typische Radikalexstirpation. Heilung. — 3) Aneurysma spontaneum art. iliacae communis utriusque. 49jähriger Mann, angeblich nicht luetisch, doch Trinker. Vor 3 Jahren scheint ein linksseitiges Poplitealaneurysma durch Druck geheilt zu sein. Jetzt plötzlicher Krankheitsbeginn nach einer Wagenfahrt mit heftigem Leibsmerz links und Collaps. Befund: Große Dämpfung im Bauche mit Resistenz oberhalb der Leistengegend, Sugillationen am Hodensack, Damm etc. Bei Besserung des Allgemeinbefindens wurde dieses »Hämatom« durch die charakteristischen Zeichen der Pulsation und Gefäßgeräusche als Aneurysma diagnostizirbar. Operation abgelehnt. Das Aneurysma wuchs zu monströsen Dimensionen nach rechts bis zur Parasternallinie, nach oben bis unter die Rippen hinauf. Schließlich plötzlicher Tod. Die Sektion zeigte außer dem riesigen Aneurysma der linken Iliaca communis ein gänseeigroßes der gleichen Arterie rechts, ferner Atherom der Aorta etc.

Dem Berichte sämmtlicher 3 Fälle sind kurze Allgemeinbemerkungen beigefügt. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Berichtigung. P. 1006 Z. 22 u. 24 v. o. lies dmg statt dg.

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 44. Sonnabend, den 2. November. 1901.

Inhalt: I. L. Casper, Die Verwerthung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie. — II. Bayer, Ergänzung zu der Mittheilung von Prof. Witzel in No. 40 (1901) d. Bl. (Original-Mittheilungen.)

1) Pfeiffer, Botryomykose. — 2) Nigler, Myasthenia paroxysmalis angiosclerotica. — 3) Adrian, Neurofibromatose. — 4) Wlaeff, Zur Behandlung bösartiger Geschwülste. — 5) Sackur, 6) Giordano, Gelatine und Blutgerinnung. — 7) Tédeprade, 8) Chipault, Spinalanästhesie. — 9) Wolff, Zimmtsäure bei Tuberkulose. — 10) Treves, Resorptionfähigkeit der Harnröhrenschleimhaut. — 11) Parascandolo, Cystitis. — 12) Fierl, 13) Reskam, 14) Delbet, 15) Lennander, 16) Legueu, Zur Nierenchirurgie. — 17) Jachontow, Harnleitertransplantation. — 18) Duhot, Zur Pathologie der Samenblasen. — 19) Marraosini, Hodendegeneration nach Schädigungen des Samenstranges. — 20) Labadie-Lagrave und Legueu, Gynäkologie. — 21) Perrin, Leucoplacta vulvo-analis.
22) v. Leyden, Tetanus. — 23) Mollard, Melanotischer Krebs. — 24) Féré und Francillon, Symmetrische Lipome. — 25) Chamberlain, Röntgenstrahlen gegen Krebs. — 26) Lannols, Chinin gegen Krebs. — 27) Bramson, Wundenreinigung. — 28) Nicolich, Harnseparator. — 29) Albarran und Cathelin, Incontinentia urinae. — 30) Wichmann, Harnröhrenkrebs. — 31) Ehrlich, Blasenkrebs. — 32) Mann, Blasenexstirpation. — 33) Héresce, Cystoskopie. — 34) Comba, Pyelitis. — 35) Kellermann, Nierenverletzung durch Muskelzug. — 36) Gréhé, 37) van Engelen, Nierengeschwülste. — 38) Elter, Retroperitonealcyste.

I.

Die Verwerthung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie.

Von

Leopold Casper in Berlin.

(Vortrag, gehalten auf der Naturforscher-Versammlung in Hamburg 1901.)

Auf dem diesjährigen Chirurgenkongress habe ich eine Reihe von operirten und secirten Fällen mitgetheilt, welche die Bedeutung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Frage der Leistungsfähigkeit der einen Niere bei Erkranktsein der anderen veranschaulichten.

Die Methode, die Herr Kollege Paul Fr. Richter und ich angegeben haben, besteht bekanntlich darin, dass wir den Harn beider Nieren gleichzeitig getrennt auffangen. Wir messen die funktionelle Kraft jeder von beiden Nieren aus der zu vergleichenden Menge des im Harn ausgeschiedenen N, des durch Phloridzin-Injektion künstlich producirten Zuckers (Sa) und der Gefrierpunktserniedrigung des Harns (Δ). Bei gesunden Nieren sind die 3 Werthe auf beiden Seiten gleich, bei einer kranken Niere sind sie stets auf der kranken Seite niedriger als auf der gesunden: »Je kränker die Niere, um so kleiner die Werthe«.

Im Laufe zahlreicher Untersuchungen ergab sich nun, dass die Methode auch darüber hinaus geeignet ist, uns in schwierigen Fällen der Bauchchirurgie bei der Diagnose willkommene Unterstützung zu leisten.

Einige Fälle mögen das illustriren.

Fall I. Im Sommer des Jahres 1899 erkrankte Frau Dr. E., unter den Erscheinungen einer rechtsseitigen Nierensteinkolik. Fieber, Erbrechen, blutiger Harn, heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend. Sie hatte dann Ruhe bis zum Oktober 1900, als alle 3 Tage heftige rechtsseitige Koliken auftraten, die mit dem Abgehen vieler kleiner und Mitte November eines großen, sehr langen Steines endigten. Seitdem hatte sie rechts keine Anfälle und gar keine Schmerzen mehr. Bald darauf aber stellte sich Druckgefühl und Schmerz in der linken Nierengegend ein. Es kam nicht zu richtigen Koliken, wohl aber zu charakteristischen ausstrahlenden Schmerzen von der linken Nierengegend nach unten und vorn. Nach jeder stärkeren Bewegung trat blutiger Harn auf. Die Niere war beiderseits als nicht vergrößert durchsupalpieren. Herr Prof. Rotter, mit dem ich den Fall zusammen behandelte, und ich dachten an einen Stein in der linken Niere.

Die Ureterenuntersuchung ergab folgendes Resultat:

Rechts:	Links:
Harn trübe, albumenhaltig. Sediment: zahlreiche rothe Blutsellen.	Klar, albumenfrei. Im Sediment nur Epithelien.
$\Delta = 0,95,$	1,06,
Sa = 0,8,	1,2,
N = 0,24.	0,38.

Auf Grund dieser Ergebnisse stellten wir die Diagnose auf einen Stein im rechten Nierenbecken. Die Minderwerthigkeit der rechtseitigen Zahlen im Verein mit dem Blut- und Albumenbefund rechts, Freisein des linken Nierenharns führten uns trotz der auf der linken Seite vorhandenen Schmerzen zu der Annahme eines rechtsseitigen Steines. Die Nephrolithotomie, ausgeführt von Herrn Prof. Rotter, ergab die Richtigkeit dieser Diagnose. Pat. ist genesen.

Fall II. Die 34jährige Arbeiterfrau E. B. stammt von gesunden Eltern, Seit 14 Tagen Schmerzen in der rechten Bauchseite; kein Erbrechen; kein Durchfall. Rechts unterhalb des Rippenbogens ein Tumor, der hart und etwas druckempfindlich ist; bei der Athmung nicht verschieblich. Tumor bimanuell von hinten und vorn palpabel. Urin: frei und in jeder Beziehung normal.

Bei der Aufblähung des Rectums mit Luft fühlt und sieht man das Colon vor dem Tumor sich aufblähen. Die Perkussion ergibt Darmschall oberhalb des Tumors.

Die Ureterenuntersuchung mit Phloridzin ergab auf beiden Seiten klaren normalen Harn und gleiche Werthe für Δ und Sa. Demnach diagnosticirten wir einen Tumor, der die Niere wenig oder gar nicht betrifft, jedenfalls ihre Funktionskraft nicht tangirt hat, einen Tumor, der dem Nierenlager angehört, aber nicht der Niere selbst.

Die Operation, ausgeführt von Prof. Rotter, ergab gemäß unserer Annahme völlige Unversehrtheit der rechten Niere. Dieselbe ist überlagert von einem allseitig mit der Umgebung verwachsenen Tumor der Nebenniere. Nebennierenadenom. Entfernung desselben. Heilung.

Von großem Interesse ist Fall III, der trotz völlig anderer Diagnose dennoch eine gewisse Ähnlichkeit mit dem vorigen hat.

Herr H., 40 Jahre alt, ist immer gesund gewesen. Im Herbst 1899 klagte er aber zeitweise Schmersen in der linken Lendengegend, eine Art Ermüdungsgefühl. Kein Fieber, keine Schüttelfröste. Bei gelegentlicher Harnuntersuchung wurde etwas Eiweiß gefunden. Dieser Befund wiederholte sich bei späteren Untersuchungen. Bei nun vorgenommenener genauer Prüfung konstatarie Herr Geh.-Rath v. Mikulicz eine Vergrößerung der linken Niere. Der untere Pol der linken Niere ist als glatter Tumor fühlbar. Deutliches Ballotement, keine Druckempfindlichkeit. Der Harn ist klar, sauer, frei von rothen Zellen, enthält aber einige Leukocyten und spärliche Phosphate. Da die Schmershaftigkeit in der linken Nierengegend und der zeitweise Albumengehalt des Harns fortbestand, rieth Mikulicz, zur diagnostischen Freilegung der Niere, schiekte aber zuvor Behufs Ureterkatheterismus den Kranken zu mir. Ich war damals von Berlin abwesend, deshalb konsultirte Pat. einen anderen Chirurgen, der denselben Befund erhob und mit Wahrscheinlichkeit einen Tumor des Nierenbeckens diagnosticirte.

Nach meiner Rückkehr untersuchte ich den Kranken. Ich konnte den Palpationsbefund nur bestätigen. Der Blasenharn zeigte einige weiße Zellen und Spuren Albumen. Der Ureterenkatheterismus ergab Folgendes:

Rechts:	Links:
Harn klar, etwas Albumen, 1 hyaliner Cylinder.	Klar, kein Sediment, feinste Spuren Albumen.
$\Delta = 1,64,$ Sa = 1,6.	1,87, 2,07.

Gestützt auf diesen Befund, der die Funktionskraft der linken Niere als höher erkennen ließ denn die der rechten, gab ich mein Urtheil dahin ab, dass zwar eine Unregelmäßigkeit an der linken Niere vorhanden sei, dass diese aber die Niere selbst unbeschädigt gelassen haben müsse. Der Kranke ging zu Mikulicz zurück und dieser führte die Nephrotomie aus. Die Operation ergab folgendes bemerkenswerthe Resultat, das Herr v. Mikulicz so gütig war, mir mitzuthellen: An der Niere befanden sich mehrere bis hühnereigroße Cysten, die nicht mit dem Nierenbecken zusammenhingen. Nierenbecken und Nierensubstanz selbst frei und normal. Spaltung der Cysten; Tamponade; Heilung. Die Operation hat also unsere Annahme vollauf bestätigt; denn die Cysten hatten die Niere nicht alterirt.

Von großer Wichtigkeit erscheint mir der folgende Fall IV. Er betrifft den 38jährigen Johann B., der mir mit der Diagnose einer Hydronephrose zugeschickt wurde. Pat., bis zum 29. April dieses Jahres vollkommen gesund, erkrankte mit Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, Schmersen in der rechten Lendengegend und beständigem Druckgefühl daselbst. Angeblich kein Schüttelfrost, kein Fieber, kein Erbrechen.

Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker, absolut normal. In der rechten Nierengegend fühlt man zwischen den beiden palpierenden Händen einen etwa kindkopfgroßen länglichen Tumor von solider Konsistenz, der dem rechten Nierenlager anzugehören scheint. Palpation ist nicht schmershaft. Bei der Aufblähung

des Colon ergibt die Perkussion tympanitischen Schall; dasselbe liegt also vor dem Tumor.

Die Urinuntersuchung ergab auf beiden Seiten ganz normalen Harn.

Rechts:	Links:
$\Delta = 1,41,$	1,41,
Sa = 2,0%.	2,0%.

Auf Grund dieses Ergebnisses negirten wir die Diagnose Hydronephrose. Der große Tumor konnte danach unmöglich der Niere angehören. Die Funktion des Tumors ergab stinkenden Eiter. Bei der Operation gelangt man retroperitoneal hinter das Colon ascendens in eine große Eiterhöhle, die mit stinkendem Eiter gefüllt ist. Entleerung. Tamponade. Heilung.

So sehr auch Lage und Gestalt dieses perityphlitischen Abscesses eine Nierengeschwulst vorgetäuscht hatten, die gleichen funktionellen Nierenwerthe auf beiden Seiten im Verein mit dem ganz normalen Harn ließen mit Bestimmtheit voraussagen, dass der Tumor nicht der Niere angehören konnte.

Fall V betrifft eine Dame von 33 Jahren, Frau H., die vor 6 Jahren einen Anfall von Gallensteinikolik mit Ikterus gehabt hat. Vor 3 Jahren bekam sie während einer Gravidität heftige Nierensteinkoliken links, nach der Entbindung entleerte sie dann eine große Anzahl Nierensteine.

Im Sommer 1899 erkrankte sie während einer Gravidität wieder an heftigen Nierensteinkoliken, und zwar wieder links. Während eines Anfalles war die Urinmenge wesentlich vermindert. Einige Monate darauf Abgang des Steines nach heftiger Kolik.

Am 4. Januar 1900 erkrankte Pat. plötzlich von Neuem mit heftigen Schmerzen in der rechten Nierengegend, die auch auf Druck schmerzhaft war. Die Schmerzen traten anfallsweise auf, sie strahlten nach der Blase hin aus. Urinmenge auf 500 ccm vermindert; Urin stark getrübt, sauer, im Sediment Epithel und weiße Blutkörperchen. Man fühlt in der rechten Seite einen höckrigen, mäßig beweglichen Tumor, der Verdacht auf Ren mobilis mit Steinen erweckte. Beim Aufblähen des Rectums ist der Tumor nicht mehr zu fühlen. Der Harn enthält geringe Mengen Albumen, Leukoeyten.

Der Ureterenkatheterismus ergab folgendes Resultat:

Rechts:	Links:
Harn klar, ohne Sediment.	Trübe, Pus und Albumen in mäßiger Menge.
N = 0,224,	0,35,
$\Delta = 0,59,$	0,69,
Sa = 0,4,	0,4.

Die fast völlige Übereinstimmung der Funktionszahlen, vor Allem aber die Abwesenheit aller corpusculären Elemente in dem rechten Nierenharn bestimmten mich, von einer Operation der rechten Niere abzurathen. Ich nahm an, dass es sich um eine Gallensteinikolik handle, die von einer rechtseitigen Nierensteinkolik sehr schwer zu differenziren war. Der Verlauf des Falles gab dieser Annahme recht. Wenige Wochen darauf wurde die Pat. gelb. Sie ist nach Ablauf des Ikterus genesen, ohne dass die Koliken wiedergekehrt sind.

Endlich will ich noch 3 Fälle mittheilen, die wir unter dem Namen der Nephralgie zusammenfassen können, einen Krankheitsbildes, das in den letzten Jahren viel von sich reden gemacht hat.

Da die Fälle einander sehr ähnlich sind, so will ich der Kürze halber nur den einen schildern. Er betrifft eine junge Dame, A. W., von 24 Jahren. Vor 2 Jahren Partus. Anfang November plötzlich erkrankt mit Durchfall, Erbrechen und Schmerzen im Leib. Bei der Aufnahme bestanden nur Schmerzen in der

rechten Nierengegend und beim Urinlassen. Druckempfindlichkeit des ganzen Leibes. Niere in der Mammillarlinie palpabel, über faustgroß. Pat. kann nicht Urin lassen, muss katheterisirt werden. Dabei bekommt man nur sehr wenig Urin aus der Blase. Der Harn ist klar, normal, ohne Sediment. Die Lumbalgegend rechts ergiebt Dämpfung. Die rechte Niere ist von weicher Konsistenz und sehr druckempfindlich. Druckempfindlichkeit der Fossa iliaca entlang dem rechten Ureter.

30. November. Ureterkatheterisation.

Rechts:	Links:
Urin = 13 cem,	13 cem,
Δ = 0,74,	0,80,
Sa = 0,4%,	0,4%,
N = 0,266%,	0,273%,
kein Albumen, Harn klar,	kein Albumen, Harn klar,
also völlig normale Verhältnisse.	

27. December. Pat. klagt von Neuem über plötzlich auftretende, außerordentlich heftige Schmerzen in der rechten Nierengegend. Während des Anfalles wenig Urin, nach dem Anfalle viel Urin auf einmal.

5. Januar. Operation. Niere und Nierenbecken sind frei und normal; auch der Ureter kann bis zur Blase sondirt werden mit einer dicken Sonde. Die Incision wird wieder vernäht; die ganze Wunde ebenfalls wieder geschlossen. Normaler Wundverlauf. Heilung.

Es handelt sich also um einen Fall von Nephralgie, der unter dem typischen Bilde einer Nierensteinkolik verlief und noch besonders interessant ist durch die reflektorische Oligurie. Nur die Gleichwerthigkeit der funktionellen Nierenwerthe und die Abwesenheit von rothen Zellen im Harn ermöglichten die Vorhersage, dass hier ein Stein nicht vorhanden sei.

Die beiden anderen Fälle gleichen dem vorigen, Herrn Rotter gehörigen Falle fast vollkommen. In dem zweiten und in dem dritten, der aus der Praxis des Herrn P. Manasse stammt, bestanden heftige einseitige Nierenschmerzen, die sich zeitweise zu Koliken steigerten. Es fehlten in beiden abnorme Beimischungen zum Harn. Gestützt hierauf, wie auf die Thatsache, dass die Werthe für N, Δ und Sa auf beiden Seiten völlig gleich waren, bestritt ich beide Male das Vorhandensein eines Steines. Bei beiden ergab die Nephrotomie normale Nieren ohne Konkremente.

Ein 4. Fall dieser Art, den ich vor 4 Jahren operirt habe, verlief genau unter dem gleichen Bilde. Heftige, unerträgliche, einseitige Nierenkoliken bei normalem Harn. Während jeder Kolik schwoll die Niere fühlbar an. Ich nahm einen den Ureter zeitweise verlegenden Stein im Nierenbecken an, der jedoch bei der Operation nicht gefunden wurde. Dieser Fall stammt aber aus der Zeit, bevor wir die funktionelle Nierendiagnostik trieben; die Fehldiagnose ist daher nicht zu verwerthen.

In allen 4 Fällen wurde übrigens durch die Operation Heilung herbeigeführt; die Nierenkoliken traten nicht wieder auf. Doch dies nur nebenbei. Ich gehe eben so wenig auf den therapeutischen Effekt der Nierenspaltung, wie darauf ein, wie diese merkwürdigen Fälle zu erklären sind.

Heute interessirt uns nur die diagnostische Seite der Frage, und nach dieser Richtung hin will ich kurz resumiren.

Der Ureterenkatheterismus, verbunden mit der funktionellen Untersuchungsmethode ließ uns im 1. Nierensteinfalle die Seite der Erkrankung, die auf keine andere Weise zu ermitteln gewesen war, mit Präcision erkennen. Im 2. Falle, dem Nebennierenadenom, gestattete er die Vorhersage, dass die Niere selbst nicht ergriffen sei.

Ähnlich war es im dritten, dem Falle mit den Nierencysten. Im vierten verhalf er uns zur Differentialdiagnose zwischen Nierentumor und perityphlitischem Abscess. Im fünften konnten wir eine Gallensteinkolik von einer Nierensteinkolik differenzieren. Im 6., 7. und 8. Falle endlich, den Nephralgien, die ganz den Eindruck von Nierensteinkoliken erweckten, durften wir auf Grund unserer Untersuchung das Vorhandensein von Nierensteinen von der Hand weisen.

Ich glaube deshalb, durch Mittheilung dieser Fälle dargethan zu haben, dass der Ureterenkatheterismus, verbunden mit der funktionellen Nierenuntersuchung, der Nierenchirurgie und auch im Allgemeinen der Bauchchirurgie willkommene Unterstützung bei schwierigen zu diagnosticirenden Fällen zu leisten im Stande ist.

Zum Schlusse will ich nicht hervorzuheben unterlassen, dass man diese Methode aber nicht unterschiedslos in allen nicht gleich klar liegenden Casus anwenden soll, dass sie vielmehr als ultimum refugium reservirt bleiben muss für diejenigen Fälle, in welchen wir mit den sonstigen bewährten diagnostischen Untersuchungsmethoden nicht zum Ziele gekommen sind. Unsere Methode soll die früheren Verfahren nicht ersetzen, sondern sie soll sie ergänzen.

II.

Ergänzung zu der Mittheilung von Prof. Witzel in No. 40 (1901) dieses Blattes.

Von

Bayer in Prag.

Dem von Prof. O. Witzel publicirten Verfahren zur Behandlung der kongenitalen Hüftluxation liegt eine Idee zu Grunde, welche Gussenbauer noch in Prag ausführte, indem er zur Erhaltung des Resultates nach blutiger Herabhöhlung des Schenkelkopfes und zur Anregung periostaler Verdichtungen am Becken zwei, drei Stahlnägel über dem Schenkelkopf in das Becken einschlug¹. Ich habe dann dieses Verfahren im Prager Kinderhospital wiederholt, und um eine sicherere Fixation des Kopfes zu erzielen, gleichzeitig aber auch die Gelenkkapsel zur Schrumpfung zu bringen, mehrere lange Stahlnägel, welche ich durch einen halbmondförmigen, mit Löchern für die Nägel versehenen Stahlbügel in richtiger Lage zusammenhielt, angewendet. Ich habe den Kopf unblutig herabgeholt und die Nägel perkutan eingeschlagen. Wir haben die Nägel später wieder entfernt; denn sie hatten bloß die Bestimmung, Kapselschrumpfung und periostale Verdickung anzuregen. Da durch dieses Verfahren wohl eine Besserung, doch keine ideale Heilung des Leidens erzielt werden konnte, habe ich es wieder verlassen. Mein

¹ XXII. Chirurgenkongress 1893.

gewesener Assistent, gegenwärtig Primarchirurg in Brünn, Herr Dr. Wilh. Bittner erwähnt dieses Verfahren in seiner Publikation »Zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung« (Mittheilungen des Centralvereins deutscher Ärzte in Mähren 1900 December).

1) Pfeiffer. Über Botryomykose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 30.)

Die Erkrankung kommt beim Pferde relativ häufig vor, und zwar in 3 Typen: 1) als Botryomykose der Haut, 2) als Botryomykom oder Mykofibrom, 3) als botryomykotischer Abscess. Erstere entsteht durch Friktion von Geschirrtheilen auf der Haut und nachfolgende Infektion. Hierbei bilden sich vielfache, erbsen- bis haselnussgroße, blumenkohlähnliche Gebilde. Das Centrum der einzelnen Wucherungen enthielt meist ein sog. Granulationsknötchen mit dem typischen, bis sandkorngroßen, gefärbten Botryomycesrasen.

Das Botryomykom findet sich am häufigsten am Samenstrang, am Euter, der Vorderbrust, dem Halse und besteht aus einer bindegewebigen Neubildung, in welche stechnadelkopfgröße bis hühnereigröße Granulationsherde von grau-gelblicher bis braun-röthlicher Farbe eingesprengt sind. Die Geschwülste können die Größe eines Kürbis erreichen. Der botryomykotische Abscess bildet die häufigste Grundlage der sog. Brustbeule des Pferdes und liegt mit dem Musc. sterno-cleido-mastoideus in der Gegend der Bugdrüsen.

Die Ätiologie der Botryomykose ist noch nicht völlig aufgeklärt. P. glaubt, dass diese Erkrankung durch Infektion mit Kokken zu Stande kommt. Diese ballen sich erst nach längerer Zeit unter gegenwärtig noch nicht näher zu definirenden Umständen zu Kugelhaufen zusammen und grenzen sich durch die Hülle gegen die Nachbarschaft ab. Mehrere solcher umhüllter Kokkenhäufchen legen sich nun neben einander und bilden den Kugelrasen. In der Hülle sieht man nur wenig gefärbte Kokken, in späteren Fällen überhaupt keine mehr; bei ganz alten Botryomykomen findet man die Mehrzahl der Kugelhaufen vollkommen verkalkt.

Es macht den Eindruck, dass die Kugelhaufen oder Botryomycesrasenform der Kokken das Produkt eines degenerativen Vorganges darstellt.

Die Ausbreitung des Processes erfolgt in der Mehrzahl der Fälle in der Nachbarschaft, seltener durch Metastasenbildung. Die freien Kokken gelangen auf dem Wege der Lymph- und Blutbahnen in innere Organe, finden dort schlechte Existenzbedingungen und verfallen der Degeneration zu Botryomycesrasen, wie im Primärherde.

Borchard (Posen).

2) **H. Higier.** Zur Myasthenia paroxysmalis angiosclerotica und der sog. spontanen Gangrän.

(Gas. lekarska 1901. No. 12—14.)

Auf Grund reicher eigener Erfahrung so wie eines genauen Studiums der Litteratur gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Das Leiden scheint in Russisch-Polen und Litthauen namentlich unter der jüdischen Bevölkerung relativ häufig zu sein und namentlich bei jungen Männern vorzukommen. 2) Unter den prädisponirenden Momenten spielen neuropathische Veranlagung und Enge des Gefäßsystems eine besondere Rolle. 3) Zu den veranlassenden Ursachen gehört häufige Durchnässung, Überanstrengung der Füße, zum Theil Nikotinismus und Alkoholismus. Syphilis scheint fast gar nicht in Betracht zu kommen. 4) Die Angiosklerose tritt mit Vorliebe an den unteren Extremitäten, oft symmetrisch auf. 5) Im klinischen Bilde sind dreierlei Schmerzformen zu unterscheiden: a. Schmerzen während des Gehens, welche oft Hinken verursachen, b. in späteren Stadien quälende Parästhesien, c. Schmerzen als Begleitsymptom der Gangrän. 6) Es bestehen zweifellos 2 Formen von Angiosklerose, die eine mit dem primären Sitz im Gefäßsystem, die andere mit primärer Degeneration der Nerven und sekundärer Obliteration der Gefäße.

Trzebielky (Krakau).

3) **C. Adrian.** Über Neurofibromatose und ihre Komplikationen.

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

Unter Berücksichtigung der Litteratur wie gestützt auf 12 eigene Beobachtungen aus den Straßburger Kliniken erörtert Verf. verschiedene Erscheinungsformen, insbesondere die Komplikationen der Neurofibromatose. Von den generellen oder Kardinalsymptomen des Leidens, den zahlreichen Haut- und Nervenfibromen so wie den Pigmentveränderungen müssen, wie er ausführt, zunächst eine Reihe von Symptomen zweiter Ordnung abgetrennt werden, welche — wie Angiome, Neurolipome, Komedonen — noch nicht als eigentliche Komplikationen anzusehen sind. Es können ferner generelle Symptome auch an Schleimhäuten, serösen Überzügen, drüsigen Organen etc. auftreten. Unter den eigentlichen Komplikationen werden zunächst diejenigen Veränderungen erwähnt, welche an Neurofibromen selbst vor sich gehen und die Folge von Druckkläsion, Cirkulationsstörungen, Infektion oder bösartiger Degeneration sein können. Dann werden die bei Neurofibromen beobachteten Anomalien seitens des Intellektes und der Psyche so wie ferner die sehr verschiedenartigen physischen Störungen geschildert, unter welchen angeborene oder doch in frühesten Jugend bemerkbar werdende Veränderungen die größte Rolle spielen. Eine besonders eingehende Behandlung erfährt die Beeinflussung des Nervensystems bzw. die Funktionsstörungen desselben. Der Umstand, dass bei den Kranken so vielfach Miss- und Hemmungs-

bildungen vorkommen, bietet nach Verf. eine neue wesentliche Stütze für die Annahme, dass die Neurofibromatose als Hemmungsbildung im weiteren Sinne aufzufassen sei. Honsell (Tübingen).

4) **Wlaeff** (Saint-Petersbourg). *Traitement de tumeurs malignes par le serum anticellulaire.* — Rapport par M. Paul Regnier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 132.)

Regnier berichtet über die hochinteressanten Untersuchungen W.'s über die Ätiologie und Therapie der bösartigen Geschwülste. W. hat an 504 Thieren, Katzen, Hunden, Hühnern, Affen, Mäusen, Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen, Tauben, Gänsen, Eselinnen experimentirt, und zwar über die Bedeutung der aus bösartigen Geschwülsten des Menschen gezüchteten Blastomyceten. Er stellte fest, dass die von anderen Forschern, San Felice, Curtis, Plimmer isolirten Blastomyceten sich wenig von einander unterscheiden, dass sie aber, wie die Bakterien, in ihrer Virulenz durch Passage des Thierkörpers gestärkt werden können, dass ihre Virulenz und ihre Morphologie im Organismus der verschiedenen Thiere sich verändert. Hierdurch erklärt er sich das verschiedene Resultat der Impfungen von Reinkulturen solcher Blastomyceten, welche bald Sepsämie, bald akute Nephritis, Pneumonien, Abscesse, Cysten, Pseudolupus, zuweilen aber auch wirkliche Neubildungen erzeugten, die von anerkannten Autoritäten durch das Mikroskop als Adenome anerkannt wurden.

Während er diese Untersuchungen vornahm, suchte W. zugleich durch Immunisation ein aktives Serum gegen die Blastomyceten zu erlangen und gewann ein solches durch Impfung von Vögeln, Tauben, Hühnern, Gänsen, Thieren, die gegen die Blastomyceten refraktär sind.

Injicirte er dies Serum Ratten, bevor er ihnen Blastomyceten einimpfte, so blieben sie nach dieser Impfung gesund, während sie ohne vorgängige Seruminjektion nach der Blastomycetenimpfung erkrankten. — Injicirte er das Serum Thieren, welche Geschwülste hatten, so genasen die Thiere, falls die Geschwülste noch nicht generalisirt waren, indem die Neubildung nekrotisirte, abfiel, die Wundfläche vernarbte; anderenfalls starben sie. — Untersucht man das peritoneale Exsudat einige Tage nach der Seruminjektion, so findet man eine Anzahl Blastomycetenzellen von polynucleären Zellen umgeben, andere im Zerfall begriffen und von Leukocyten eingehüllt, so dass es den Anschein gewinnt, dass das Serum durch Anregung der Phagocytose wirkt.

Auf Grund dieser Thiersversuche entschloss sich W., das Serum bei der Behandlung des Carcinoms des Menschen zu versuchen, bisher freilich nur bei inoperablen Fällen. Die ersten Versuche wurden in der Abtheilung Regnier's gemacht. Der erste Pat. war ein

Mann mit ausgedehntem Unterlippenkrebs mit Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen. Die während eines Monats vorgenommenen Injektionen besserten den Zustand so, dass Regnier dann die Geschwulst exstirpieren konnte und eine Lippenplastik vornahm. Eine einige Zeit danach auftretende verdächtige Ulceration der Lippe heilte unter der Serumbehandlung. Dagegen machte ein Drüsenrecidiv eine neue Operation erforderlich. — Der Serumbehandlung unterworfen wurden ferner 3 Fälle von Brustkrebs, ein recidivirendes Sarkom des Wadenbeins, 4 Zungencarcinome, 1 Krebs des Gaumensegels. Der letzte Pat. starb in Folge einer Schluckpneumonie. Bei allen anderen Pat. konnte eine wirkliche Besserung konstatiert werden bezüglich der Schmerzen, des Allgemeinbefindens, der Blutungen, die zum Stillstand kamen, des Schlafes und des wiederkehrenden Appetites. Einige sehr auffallende Fälle werden ausführlich mitgeteilt. Bei keinem Pat. wurde freilich bisher eine wirkliche Heilung erzielt; die Geschwülste wurden wohl kleiner und schmerzlos, aber verschwanden nicht vollständig.

Die Wirksamkeit der Seruminjektionen zeigte sich auch darin, dass das Geschwulstgewebe, gleichviel wie weit entfernt von ihm die Injektion vorgenommen wurde, zunächst eine kongestive Schwellung mit Zunahme des Schmerzes erkennen lässt, welche aber nachher von Abschwellung und Schmerzabnahme gefolgt ist. An der Stelle der Impfung selbst tritt nach einigen Stunden eine Schwellung und erythematöse Röthung der Haut ein, die sich ziemlich weit ausdehnen kann. Während der 2 ersten Tage beobachtet man eine geringe Temperatursteigerung, um so höher, je größere Dosen man injicirte. Andere Störungen wurden nicht bemerkt. — Injektionen von Serum nicht immunisirter Gänse blieben wirkungslos.

Weitere Versuche müssen abgewartet werden.

Beichel (Chemnitz).

5) Sackur. Gelatine und Blutgerinnung.

(Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Medicin u. Chirurgie Bd. VIII. Hft. 1 u. 2.)

Die jetzt viel ventilirte Frage des Nutzens von Gelatineinjektionen bei schweren Blutungen studirte S. experimentell im Institut Filehne's und prüfte in erster Linie die Versuche von Dastre und Floresco nach.

Ließ er aus Arterien von Hunden oder Kaninchen Blut in Schälchen mit saurer oder neutralisirter Gelatine fließen, so ließ sich keine Beschleunigung der Gerinnung des Blutes nachweisen gegenüber der Gerinnung desselben ohne Gelatinezusatz.

Spritzte er Thieren Gelatine in die Venen ein, so gerann das Blut nicht schneller, als es bei diesen Thieren geschehen war, bevor die Gelatineinfusion stattgefunden hatte.

Nach subkutaner Injektion von Gelatinelösung zeigten Hunde keine Veränderung in der Schnelligkeit der Blutgerinnung. Bei

Kaninchen wurde zwar öfters, aber keineswegs immer, ein schnellerer Eintritt der Blutgerinnung beobachtet.

Einen sehr bemerkenswerthen Nebenbefund erhob S. Er fand, dass alle Kaninchen, denen intravenös Gelatine eingespritzt war, nach 24 Stunden starben. Als Ursache ergaben sich Gefäßverlegungen und Blutungen in Lungen, Herz und Nieren. Da sich nun mikroskopisch bei Zusatz von Gelatine zum Blut eine Konglutinirung der rothen Blutkörperchen nachweisen lässt, so sind wahrscheinlich Ballen verklebter rother Blutkörperchen die Ursache der Gefäßverstopfungen. In diesem Sinne kann man also von einer die Coagulation begünstigenden Wirkung der Gelatine sprechen. Danach ist die Anwendung der Gelatine durchaus nicht als so völlig ungefährlich anzusehen, wie das bisher geschehen.

Bei direkter Applikation der Gelatine auf Wunden war eine besonders schnelle Hämostase nicht zu konstatiren.

Die Anwendung der Gelatine dürfte den meisten Erfolg versprechen bei Blutungen in sackförmige Räume, in denen also die Cirkulation verlangsamt ist; also bei Blutergelenken, sackförmigen Aneurysmen.

Haeckel (Stettin).

6) E. Giordano. Ricerche sperimentali intorno al valore della gelatina come emostatico nelle ferite e resezioni del fegato.

(Arte medica 1901. No. 27.)

G. hat die Experimente von Cornil und Carnot (Semaine méd. 1898) über den hämostatischen Werth der Gelatine bei Schnitt- und Resektionswunden der Leber an Hunden und Kaninchen nachgeprüft. Die Resultate, welche er erzielte, waren weniger günstige: Die Gerinnung hätten zwar unter dem Einfluss der direkt auf die Wunde gebrachten Gelatine die Tendenz sich zu organisiren, da Verf. eine sekundäre Blutung nie beobachtete; immerhin sei der hämostatische Werth der Gelatine bei der Leber ein sehr geringer und versage bei Verletzungen größerer Gefäße. Für den Menschen würde dieselbe sonach nur bei parenchymatösen Leberblutungen event. in Frage kommen.

A. Most (Breslau).

7) A. Tédeprade. L'analgesie par injections de cocaine sous l'arachnoide lombaire en chirurgie.

Thèse de Paris, 1901.

Nach einem kurzen historischen Überblick über die Entstehung der Methode, bei welchem die Arbeiten Bier's annähernd gewürdigt werden, beschreibt Verf. ausführlich die Technik, wie sie Tuffier angegeben, und die Erfolge größtentheils an der Hand von 60 eigenen Beobachtungen. Misserfolge sah er nie, glaubt dieselben vielmehr lediglich Fehlern in der Technik zuschreiben zu müssen, während Tuffier selbst eine Idiosynkrasie für einzelne Fälle zugiebt. Die

Gefahren und vor Allem die durch das Verfahren veranlassten Todesfälle erscheinen indess nicht genügend gewürdigt; denn sonst könnte Verf. unmöglich zu dem Schlusse kommen, dass die unangenehmen Begleiterscheinungen selten länger wie einen Tag dauern, keine Gefahren vor Allem für das Herz haben, und somit die Methode schon heut, wenn nicht überlegen, so doch mindestens gleichwerthig den anderen Anästhesirungsmethoden sei. **Coste** (Straßburg i/E.).

8) **A. Chipault.** L'anatomie du canal sacré à propos de la technique des injections sous-arachnoïdiennes et épidurales.

(Tribune méd. 1901. Juli 17.)

Die Lumbalpunktion sollte nicht im Bereiche der lumbalen Zwischenwirbelräume, sondern im lumbosacralen Zwischenraume gemacht werden, weil dieser geräumiger, von leicht bestimmbar Anhaltspunkten umgeben ist und direkt in den Subarachnoidalraum führt, so dass keine Gefahr vorhanden ist, die Nervenwurzeln zu verletzen.

Die Epiduralpunktion sollte in der Weise ausgeführt werden, dass man sich der Cornua sacralia als Anhaltspunkt für den Eingang in den Sacralkanal bedient, die Nadel sodann an der Hinterwand des Kanals entlang wenigstens 5 cm nach oben führt. Man vermeidet so am besten eine Verletzung der an der Vorderwand des Kanals liegenden Nerven. Es ist nothwendig, möglichst hoch hinauf einzuspritzen, weil die Nervenwurzeln und ihr Venensystem segmentweise angeordnet sind, weil ferner im Leben das epidurale Fett flüssig und in bindegewebigen Fächern eingeschlossen ist, welche der Injektionsflüssigkeit Widerstand leisten. **Mohr** (Bielefeld).

9) **M. Wolff.** Demonstration von Präparaten tuberkulöser Thiere nach Hetol- (Zimmtsäure) und Igazolbehandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 28.)

Einen irgend wie günstigen Einfluss von Hetol auf experimentell erzeugte Tuberkulose konnte W. nicht nachweisen. Die Igazol-Meerschweinchen sind sogar sämmtlich früher gestorben. Außerdem aber wurden noch leichtere, unkomplizierte Fälle von menschlicher Tuberkulose mit Hetol behandelt. Doch auch hier hat weitaus in den meisten Fällen die Behandlung versagt. Auch das Resultat der Igazolbehandlung in Bezug auf den lokalen Erfolg spricht durchaus gegen Anwendung des Mittels. Bei Männern 9mal Status idem, 1mal Hämoptoe, 2mal Verschlechterung, 1mal Exitus letalis; bei Frauen 9mal Status idem, 5mal Verschlechterung.

Borchard (Posen).

10) **M. Treves.** Ricerche sperimentale intorno al potere di assorbimento della mucosa uretrale.

(Gazz. med. di Torino 1901. No. 27.)

Nach den Versuchen von T. besitzt die Harnröhre zwar eine beträchtliche Resorptionsfähigkeit, dieselbe unterliegt aber bedeutenden individuellen Schwankungen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

11) **C. Parascandolo** (Neapel). Contributo all' etiologia e patogenesi della cistite.

(Clinica chir. 1900. No. 7—10.)

Sehr ausführliche bakteriologische und experimentell-pathologische Arbeit, aus deren Schlusssätzen angeführt sein mag:

3) Akute Cystitis ist an eine bakterielle Infektion oder an eine Intoxikation mit deren Stoffwechselprodukten gebunden.

4) Impfung mit Reinkulturen pyogener Mikroben in eine gesunde Blase erzeugt nicht Cystitis.

5) Impfung mit *Proteus vulgaris* in Reinkultur erzeugt in einer gesunden Blase Cystitis.

6) Eben so Impfung mit Toxinen von *Staphylococcus pyogenes albus*, *Bacterium coli commune*, *Proteus vulgaris*.

8) Subkutane Inokulation filtrirten Urins von Infektionskranken erzeugt Cystitis.

9) Wird die Blasenwand durch Traumen, Kälte, Ätzungen oder Harnretention verändert und werden dann Reinkulturen in die Blase gebracht, so können die anfänglichen Erscheinungen der Cystitis eintreten; wird aber die Blase mit löslichen Stoffwechselprodukten beschickt, so entwickelt sich das klassische Bild der schweren Cystitis.

11) Schwere Schädigungen des centralen Nervensystem erzeugen Funktionsstörungen der Blase.

12) Treten dazu Bakterienimpfungen, besonders Toxininokulation, so entsteht schwere Cystitis und neurotrophische Zerstörungen der Blasenwand. **J. Sternberg** (Wien).

12) **Fiori.** Degli interventi chirurgici sul rene.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1901. No. 96.)

F. zeigt, dass, wenn man der Nierenresektion in einem zweiten Akt die Resektion der gegenüberliegenden Niere folgen lässt, die Erfolge besser sind, als wenn man zuerst die Nephrektomie vornimmt und dann die Nephrotomie auf der anderen Seite.

Dreyer (Köln).

13) **Roskam.** Le rein mobile et son traitement.

(Gaz. de gynécol. 1901. August 1.)

Entwickelt sich eine Wanderniere erst im Verlauf einer Neurasthenie oder Hysterie, so ist auf die Behandlung dieser Erkran-

kungen das Hauptgewicht zu legen, und die operative Behandlung erst dann am Platze, wenn die anderen Methoden versagen. Dagegen soll eine Wanderniere, welche bereits vor der Entwicklung einer Hysterie oder Neurasthenie bestand, immer möglichst bald operirt werden, da sie in diesem Falle die genannten Erkrankungen verursacht und unterhält. Außerdem ruft jede schmerzhaft wanderniere in den Verdauungsorganen Störungen und Bildung von Toxinen hervor, welche auf hysterische und neurasthenische notorisch sehr ungünstig einwirken.

Mohr (Bielefeld).

14) P. Delbet. De la contusion rénale et son traitement.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. No. 6 u. 7.)

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf 319 Fälle von Nierenkontusionen (in der am Ende der Arbeit zusammengestellten Kasuistik sind aber 321 Beobachtungen aufgezählt). In 225 Fällen wurde kein chirurgischer Eingriff vorgenommen: 122 Heilungen, 103 †. In einer großen Anzahl dieser ungünstig ausgegangenen Fälle lagen noch schwere anderweitige Verletzungen vor; die Nierenkontusion war nicht die Todesursache. In 50 Fällen wurde primär oder sekundär operativ eingegriffen, sei es mittels Punktion, Incision oder partieller Nephrektomie. 48 Heilungen auf 2 Todesfälle. Bei 44 Kranken wurde die primäre oder sekundäre Nierenexstirpation vorgenommen: 33 Heilungen, 11 Todesfälle. Keiner dieser Todesfälle ist der Nephrektomie selbst zur Last zu legen, wohl aber sind mehrere dadurch verschuldet, dass man die Operation zu spät ausgeführt hat.

Auf Grund seiner Untersuchungen stellt D. folgende Sätze auf: Die Behandlung der Nierenkontusion ist rein symptomatisch. Ein unmittelbarer chirurgischer Eingriff ist nur dann indicirt, wenn man einen Einriss ins Bauchfell und eine intraperitoneale Blutung vermuthet. Die Blutung an und für sich ist niemals Indikation für einen unmittelbaren Eingriff. Sekundär muss operativ eingegriffen werden bei subperitonealem andauernd wachsendem Bluterguss, bei Anurie und bei andauernder Hämaturie. Auch bei sekundären Blutungen sind operative Eingriffe indicirt. Die operative Behandlung soll möglichst konservativ sein. Man entfernt die verletzte Niere nur dann, wenn der Nierenstiel zerrissen ist, oder wenn die Niere auf dem Durchschnitte ein »braungelbes Aussehen« zeigt als sicheres Symptom einer schweren, tiefergehenden Parenchymveränderung. In allen anderen Fällen legt man die Niere frei, tamponirt und lässt die Hautwunde weit offen.

Paul Wagner (Leipzig).

15) K. G. Lennander. Über Spaltung der Nieren mit Resektion des Nierengewebes bei akuter Pyelonephritis mit miliaren Abscessen.

(Nord. med. arkiv 3. F. Abth. I. p. 1. [Deutsch.])

Die Heilwirkung der Nierenspaltung auf die akute, nicht in Folge einer Retention entstandene Nephritis ist in den letztverflossenen 10 Jahren von mehreren Forschern konstatiert worden. Verf. giebt in vorliegender Arbeit zuerst eine Übersicht der diesbezüglichen bisher veröffentlichten kasuistischen Mittheilungen und bespricht danach in kritischer Weise die diagnostischen und therapeutischen Einzelheiten. Darauf folgt eine ausführliche Mittheilung von 5 Fällen akuter Pyelonephritis mit miliaren Abscessen, welche Fälle Verf. selbst operirt hat. Es mag von den sehr ausführlichen, mit epikritischen Bemerkungen versehenen Krankengeschichten eine zusammenfassende Übersicht gegeben werden.

Fall 1. 27jährige schwangere, vorher syphilitisch infectirte Frau, die mit Temperatursteigerungen, Lumbalschmerzen und Albuminurie 13 Tage vor der Entbindung akut erkrankte. 3 Tage nach der Entbindung Excision (Lumbalschnitt) einer kleineren Partie des Nierenparenchyms, welches miliare Abscesse in der Richtung der Kanäle enthielt; Gazetamponade; schnelle Entfieberung. Heilung.

Fall 2. Infectirtes, großes Ovarialkystoma mit Perimetritis und vergrößertem Uterus mit lebhaft blutenden Polypen (klinische Diagnose: Carcinoma corporis uteri). Am 27. September 1899 Exstirpation des Ovarialkystoms, des Netzes, der Gebärmutter und des oberen Scheidentheils. Am 6. Oktober kam Urin durch die Scheide, und es zeigte sich ein Loch in der Harnblase oberhalb der Scheide. Im Übrigen Alles gut bis zum 23. Oktober; dann stellten sich plötzlich gewaltsame Symptome einer suppurativen Pyelonephritis in der herabgesunkenen rechten Niere ein. Am 28. Oktober Nephrotomie mit Spaltung der ganzen Niere und Excision der am meisten veränderten Theile derselben (miliare Abscesse). Tamponade; vollständige Genesung.

Fall 3. 46jährige Frau, erkrankte am 14. Oktober 1899 an akuter Cystitis. 2. November akute Pyelonephritis in der herabgesunkenen rechten Niere. 4. November rechtsseitige Nephrotomie mit Excision der erkrankten Theile der Niere (miliare Abscesse). 11. Januar 1901 war der Urin steril; 16. März geheilt und »gesund« aber mit Spuren von Eiweiß und spärlichen Leukoeyten entlassen. 22. Mai akute Pneumonie und akute hämorrhagische Nephritis; 29. Mai Krisis. Unter Milchdiät war der Urin am 15. Juni von Eiweiß und Cylindern frei geworden. 20. Oktober 1900 fühlte sich Pat. gesund, hatte aber wieder Eiweiß und Cylinder im Urin.

Fall 4. Bei einem 40jährigen Tischler mit Lungentuberkulose zeigten sich Cystitisymptome, und 2 $\frac{1}{2}$ Wochen später, 10. December 1899, traten Schmerzen zuerst in der rechten, dann auch in der linken Nierengegend auf. Am 15. December Nephrotomie mit Resektion von Nierengewebe wegen rechtsseitiger Pyelonephritis mit miliaren Abscessen — Bacterium coli in Reinkultur. Zustand gut bis zur Nacht vom 19. zum 20. December, wo eine Blutung durch Blase und Harnröhre begann. Fieber, heftiger Harndrang, Blase mit Blut gefüllt. Der behandelnde Arzt, welcher der Meinung war, dass eine nicht zu stillende Blutung aus der rechten Niere vorliege, legte am 21. December eine Zange an die Gefäße derselben. Pat. starb an Sepsämie am 24. December. Die Blase war mit verjauchenden Geriunseln gefüllt, Diphtherie und Blutungen in der Schleimhaut. Rechter Harnleiter etwas erweitert, in der linken Niere nur parenchymatöse Degeneration. Tuberkulose in der linken Lungenspitze und beinahe im ganzen oberen rechten Lungenlappen.

Sepsis. Vielleicht eine Doppelinfection — Tuberkulose und *Bacterium coli* der rechten Niere.

Fall 5. Frau von 40 Jahren. Übereilte Entbindung im December 1899. Danach eine Harnleiter-Gebärmutter-Scheidenfistel. Am 3. Juni Nephrotomie mit Resektion von Nierengewebe wegen einer akuten rechtsseitigen Pyelonephritis mit miliaren Abscessen. Infection wahrscheinlich durch *Bacterium coli* verursacht. Vor und nach dieser Operation Zeichen von Nephritis in der linken Niere. Im September 1900 findet man, dass, während 1150 ccm Urin aus der rechten Niere durch die Lumbalfistel aufgesammelt wurden, 1380 ccm aus der linken Niere in die Harnblase kamen. Vom Gansen des abgesonderten Harnstoffes, Chlornatrium und Schwefelsäure kamen etwa $\frac{1}{3}$ aus der rechten, $\frac{2}{3}$ aus der linken Niere (Mörner). Am 21. September Uretero-Cysto-Neostomie extraperitoneal. Am 9. November wurde Pat. fast geheilt und gesund, aber mit Spuren von Eiweiß, Leukoeyten und hie und da einem körnigen Cylinder im Harn entlassen. Am 19. Januar 1901 »gesund« und frei von Eiweiß und Cylindern.

Verf. fasst die Schlussfolgerungen seiner sehr instruktiven Arbeit in folgender Weise zusammen.

Bei frühzeitig gestellter Diagnose und frühzeitig ausgeführter Operation (Spaltung der Niere nebst Resektion der am meisten veränderten Theile) kann man hoffen, auch bei Pat., welche nicht an Harnretention leiden, zu finden:

1) dass eine akute Pyelonephritis mit miliaren Abscessen häufiger einseitig ist als man bisher auf Grund der Sektionsresultate (16 : 100) geglaubt hat und

2) dass die Veränderungen in der operirten Niere häufig nicht weit ausgebreitet sind, so dass ein großer Theil dieser Niere gerettet und seine natürliche Funktion wieder hergestellt werden kann.

Hanssen (Gimbrishamn).

7) F. Legueu. Des formes communes de la tuberculose rénale et des indications de la néphrectomie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. No. 6.)

Verf. theilt zunächst 2 Beobachtungen mit, von denen die eine einen Fall von primärer Blasentuberkulose mit sekundärer Betheiligung der einen Niere, der andere eine primäre Nierentuberkulose mit sekundärer Infection der Blase betraf. Bei beiden Kranken brachte die Exstirpation der erkrankten Niere auffallend rasche Besserung.

Verf. geht dann genauer auf die Symptomatologie und Diagnose der Nierentuberkulose ein, zunächst derjenigen Form, wo keine Blasenerscheinungen vorhanden sind, dann der mit Cystitis kombinierten Nierentuberkulose, bei der häufig die Blasenerscheinungen in den Vordergrund treten. Bezüglich der Behandlung der Nierentuberkulose bevorzugt L. natürlich auch die lumbale Nephrektomie; er führt dieselbe aber nur dann aus, wenn der tuberkulöse Process fortschreitet, zur Abmagerung führt, wenn Hämaturie vorhanden ist und starke Schmerzen die Kranken peinigen. Denn der Verf. kennt Kranke mit sicherer Nierentuberkulose, bei denen der Process seit Jahren

still zu stehen scheint, und bei denen er deshalb eine Nephrektomie nicht für indicirt halten würde.

Die Nephrektomie ist natürlich auch kontraindicirt bei Erkrankung der anderen Niere, während Blasentuberkulose oder Lungentuberkulose keine Kontraindikationen bilden. Tuberkulöse Blasenaffektionen sind fast immer auch bei primärer Nierentuberkulose vorhanden; die Nephrektomie ist auch hier von günstigem Einflusse: in die Blase gelangt kein bacillenhaltiger Urin mehr, und die Blasen-schleimhaut kann dann mit viel besserem Erfolge direkt behandelt werden. Auch die Lungentuberkulose wird durch die Exstirpation der tuberkulösen Niere günstig beeinflusst.

Die Nephrektomie wird auf lumbalem Wege vorgenommen. Der Harnleiter wird bei stärkerer Erkrankung möglichst vollkommen entfernt, sonst nur in seinem oberen Theile resecirt.

Paul Wagner (Leipzig).

17) Jachontow. Über Transplantation der Harnleiter in den Mastdarm.

Diss., St. Petersburg, 1901. (Russisch.)

J. bringt 107 Fälle aus der Litteratur. Indikationen zur Operation: Bildungsfehler der Blase 74mal, Carcinom, Sarkom, Tuberkulose der Blase 15, Blasen fisteln 4, Uteruscarcinom 6, Verwundungen der Harnleiter bei Operationen 4, unbekannt 4. Operationsmethoden: 1) seitliche Anastomosen zwischen Harnleiter und Mastdarm 2mal, zwischen Blase und Mastdarm 9mal; 5 starben, bei 2 schloss sich die Fistel wieder, bei 4 war das unmittelbare Resultat gut. 2) Einpflanzung des centralen Harnleiterendes in den Darm, 34mal; 22 starben, 10 wurden geheilt, 2 unbekannt. 3) 50 Operationen nach Maydl und 10, wo der Blasenlappen in andere Theile des Darmes eingepflanzt wurde. 12 starben, 1 temporärer Erfolg, 47 wurden geheilt. 4) 2 Fälle von künstlicher Blasenbildung: Gersuny — Tod, Ssubbotin — geheilt. Um die Bedeutung der Transplantation des Trigonum vesicae in den Darm zu studiren, machte J. 21 Experimente und kam zu folgenden Schlüssen: Untersuchung des transplantirten Stückes nach 3—18 Monaten zeigt vollständige Einheilung in den Darm. Das Stück kann sich mit regenerirtem Epithel bedecken, das aber später wieder schwinden kann und durch gefäßreiches Granulationsgewebe ersetzt wird; letzteres kann selbst nach 1½ Jahre unvernarbt sein. Das Darmepithel leidet wenig unter dem Einflusse des Urins und nur in nächster Nähe des Lappens. Überwachsung des letzteren durch Darmepithel wurde nicht beobachtet. In den Harnleitern sah man Zerfall des Epithels, zuweilen unter Mitwirkung von Bakterien. In den Nieren waren immer deutliche Veränderungen, von schwachen parenchymatösen bis zu schweren interstitiellen, selbst eitrigen Entzündungen. J. kommt zum Schlusse, dass die Transplantation des Trigonum in den Darm zu verwerfen

ist; man muss Methoden ausarbeiten, wo der Urin in vom übrigen Darm ausgeschaltete Behälter geleitet wird.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

18) **R. Duhot.** Contribution à l'étude anatomo-pathologique des vésicules séminales.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. No. 7.)

Die vom Verf. im Wiener pathologischen Institut angestellten eingehenden pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die Samenbläschen haben ergeben, dass die Spermatocystitis — sowohl die akute wie die chronische Form — viel häufiger ist, als man gemeinhin glaubt. Die Blennorrhagie ist nicht die einzige Ursache dieser Affektion, alle Eiterungsmikroben können sie hervorrufen. Besonders häufig ist die chronische Spermatocystitis, entweder als Folge einer chronischen Blennorrhagie, oder verursacht durch die häufigen Entzündungen der Nachbarorgane. Die durch die Entzündung erzeugten pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Samenbläschen sind zahlreich und schwer, sie können die Funktionen des Organs hindern und Unfruchtbarkeit verursachen, indem sie den Samen schädigen und die Spermatozoen tödten.

Paul Wagner (Leipzig).

19) **Marraosini.** Contributo allo studio delle alterazioni del testicolo consecutive alle lesioni del cordone spermatico e in modo speciale del dotto deferente.

(Gasz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 111.)

M. führte seine Versuche in 6 Serien durch, und zwar an Hunden jeglichen Alters (jungen, erwachsenen, alten). Entweder durchtrennte er allein das Vas deferens oder den Nervus spermaticus oder den Samenstrang oder Vas deferens plus Samenstrang. Oder er führte eine langsame Vernarbung des Vas deferens herbei. Wenn ein Theil der Wandung des Vas deferens erhalten ist, so besteht die Möglichkeit einer neuen Kanalisierung. Die Resektion des Vas deferens und die Retention der Samenflüssigkeit hat auf die Epididymis nur die Wirkung einer Erweiterung der Kanäle. Der Hoden wird dagegen durch einen Verschluss des Vas deferens gar nicht afficirt, während eine einfache Samenstrangresektion regressive Ernährungsstörungen bis zum Untergang der Spermatogenese, aber keine Sklerose veranlasst. Letztere wird durch Resektion des Nervus spermaticus hervorgerufen. Die Funktion der Spermatogenese ist also wahrscheinlich unabhängig von trophischen Einflüssen. Sehr wichtig ist, dass immer, wenn Ernährungsstörungen eintraten, eine Wucherung der interstitiellen Zellen, namentlich in der Gefäßnachbarschaft stattfand, ohne dass selbst nach 152 Tagen wirkliche sklerotische Veränderungen sich angeschlossen hätten.

Dreyer (Köln).

20) **F. Labadie-Lagrave et F. Legueu.** *Traité médico-chirurgical de gynécologie.* Deuxième édition, revue et augmentée.

Paris, Félix Alcan, 1901. 1258 p. Avec 323 figg. dans le texte.

Wie in der im Jahre 1898 erschienenen 1. Auflage dieses Werkes haben die Verff. auch jetzt wieder den Zusammenhang zwischen Gynäkologie und allgemeiner Medicin hervorgehoben.

In dieser Auflage sind die neueren Ergebnisse der Forschung umfassend berücksichtigt. Ausführlicher bearbeitet wie früher sind die Kapitel über die Verletzungen des Uterus, über Fremdkörper in demselben, ferner über die Tuberkulose der Genitalien, die Stieldrehungen bei Adnexgeschwülsten und die Tuboovarialcysten.

Bei der chirurgischen Behandlung der Erkrankungen der weiblichen Genitalien haben die Verff. u. A. die Enukleation der Myome, ferner die abdominale Totalexstirpation (bei Tubenaffektionen, Carcinomen und Myomen) eingehend berücksichtigt.

Eine wesentliche Vermehrung haben auch die Abbildungen erfahren.

Das Werk bringt in seinen einzelnen Abtheilungen sehr übersichtlich und klar alles Wissenswerthe und kann nur bestens empfohlen werden.

Neck (Chemnitz).

21) **Perrin.** *Contribution à l'étude de la leucoplasie vulvo-anale, ses rapports avec le kraurosis vulvae, son traitement.*

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1901. Hft. 1.)

Auf Grund klinischer Beobachtungen und mikroskopischer Untersuchungen (2 Krankengeschichten) kommt P. zu dem Schluss, dass Leukoplakie und Kraurosis nur verschiedene Entwicklungsstufen derselben Affektion sind. Er rath zur operativen Entfernung, weil sich sehr oft Carcinome aus den ursprünglich gutartigen Herden entwickeln. Außerdem erscheint ihm dieser Eingriff als einzig rationell gegenüber einem so lästigen und quälenden Leiden. In beiden mitgetheilten Fällen blieben die Pat. mehr als 2 $\frac{1}{2}$ Jahre vollkommen recidivfrei.

W. Klingmüller (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

22) **v. Leyden.** Ein geheilter Fall von Tetanus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

22jähriger Pferdeknecht, der schon 2 Jahre zuvor einen Anfall von Kopftetanus gehabt haben will, wurde am 3. Erkrankungstage aufgenommen und bekam gleich nach Entziehung von 10 ccm Spinalflüssigkeit eine Duralinfusion von 5 ccm Antitoxin. Die gleiche Infusion wurde 3 Tage später wiederholt. Der Fall selbst war ein schwerer, da unmittelbar vor der Injektion die Temperatur 41° betrug; am Abend desselben Tages sank sie auf 38,5° und am nächsten Tage auf 37,4°. Eine subkutane Injektion wurde nicht gemacht.

Borchard (Posen).

23) Mollard. Cancer mélanique.

(Soc. nationale de méd. de Lyon 1901. Juli 29.)

Bei dem betreffenden Pat. entstand vor 9 Jahren eine kleine, schwarz pigmentirte Hautgeschwulst am Halse, welche während der nächsten 5—6 Jahre fast stationär blieb. Vor 3 Jahren Entfernung der Geschwulst, 2 Jahre später Entstehung massenhafter kutaner und subkutaner Metastasen über den ganzen Körper, zur Zeit schwere Kachexie, innere Metastasen, außer den Hautgeschwülsten diffuse Hautpigmentation und zahlreiche Pigmentflecke.

Bemerkenswerth ist der verhältnismäßig langsame Verlauf der Erkrankung so wie eine zeitweilig auftretende, intensive, schwarzbraune Färbung des Urins, hervorgerufen durch ein lösliches, vom Uromelanin zu unterscheidendes Pigment. Blut und Eiweiß fehlten im Urin. **Mehr** (Bielefeld).

24) C. Féré et Marthe Francillon. Note sur la coïncidence des lipomes symétriques avec la paralysie générale progressive.

(Revue de chir. 1901. No. 6.)

Im vorliegenden Falle handelt es sich um relativ kleine Lipome, die in geringer Anzahl symmetrisch über die Vorderarme und Oberschenkel vertheilt waren. Das Auftreten der frühesten reicht etwa 20 Jahre vor den Beginn der Paralyse zurück, die als durch Trauma — Lues fehlt in der Anamnese — entstanden angenommen werden muss.

Verf. können sich den bisherigen Theorien über Entstehung symmetrischer Lipome, so weit sie neuropathische bzw. vasomotorische Reize verantwortlich machen, nicht anschließen. Nach ihnen gehöre die symmetrische Lipomatosis in das Gebiet teratomatöser Anlagen — der sog. Embryome —, wosu die Erbllichkeit und gleichseitiges Vorkommen von Lipomen mit anderen Missbildungen am männlichen Gliede bzw. Individuum sprechen. Eben so dürfe die Paralyse oft der Ausdruck angeborener Irritabilität sein, die heterogenen Reizen, wie Alkohol und sonstigen Excessen geringen Widerstand entgegensetzt.

Merkwürdig berührt es, in 2 deutschen Litteraturangaben 7 Ungenauigkeiten zu finden. **Christel** (Mets).

25) Chamberlain. Traitement du cancer par les rayons X.

(Journ. of electro-therapeutic of New York 1901. Mai.)

Verf. behandelte 13 Fälle von Hautcarcinom mit Röntgenstrahlen, Sitzungsdauer 3—10 Minuten, Entfernung der Röhre 8—25 cm, 2—6mal wöchentlich eine Sitzung, Behandlungsdauer sehr wechselnd. In der Mehrzahl der Fälle war der Erfolg »sehr ermuthigend«. Gesichtsepitheliome ohne Drüsenanschwellung können zur Heilung kommen, Schmerzen werden gelinder, zu stark wuchernde Granulationen zerstört. **Mehr** (Bielefeld).

26) P. E. Lannois. Traitement des tumeurs malignes inopérables ou récidivantes par la quinine (Méthode de Jaboulay).

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 167.)

Bei einem Falle von inoperablem Brustcarcinom einer 50jährigen Frau ersielte L. durch längeren Gebrauch von Chinin einen unerwarteten Erfolg. Die Neubildung bestand bereits seit 3 Jahren, war in Ausdehnung eines 5Francstückes geschwürig, von Hautmetastasen umgeben; die Achseldrüsen waren stark vergrößert, es bestand schwere Kachexie, und gewisse Zeichen erweckten den Verdacht einer Wirbelsäulenmetastase. Nach 4wöchentlicher Behandlung mit subkutanen Injektionen von je 0,25—0,50 Chinin waren die Schmerzanfälle minder heftig und häufig geworden, der Schlaf und auch etwas Appetit wiedergekehrt. Nach 54 Injektionen binnen 3 Monaten und Verbrauch von 16 g Chinin hatte sich das Allgemeinbefinden der Kranken wesentlich gehoben; sie hatte guten Appetit und heitere Gemüthsstimmung wiedergewonnen, sich gekräftigt, so dass sie wieder

einige Stunden täglich aufstehen konnte; die geschwürige Partie der Geschwulst hatte sich bis auf einen kleinen Rest überhäutet, die Hautmetastasen waren abgeblasst und kleiner geworden, die axillaren und supraclavicularen Lymphdrüsen waren bis auf Erbsengröße abgeschwollen. Eine wirkliche Heilung war freilich bis zur Zeit der Veröffentlichung nicht eingetreten. **Reichel** (Chemnitz).

27) **M. Bramson.** Un nouvel appareil pour la réunion des plaies.

(XIII. Congrès internationale de médecine Paris. 2.—9. August 1900.)

Verf. bespricht einen neuen, von ihm angegebenen Apparat und erläutert denselben durch eine Abbildung. Das Princip des Apparates besteht darin, dass 2 dünne, biegsame Metallplatten durch trokarähnliche Instrumente an den Wundrändern angebracht und die Platten dann durch eine Art Haken und Ösen in der Mitte vereinigt werden. Die Vortheile, die Verf. in diesem Apparat sieht, bestehen in leichter Sterilisirbarkeit, schnellerer und schmerzloserer Anlegbarkeit als bei der Naht, so wie in der Verstellbarkeit des Apparates. Auch soll die Heilung rascher von Statten gehen und die zurückbleibenden Narben nicht so sichtbar sein, wie bei der gewöhnlichen Naht. Die leichte Abnehmbarkeit des Apparates ermöglicht auch eine öftere Kontrolle, wie weit die Verklebung der Wundränder gediehen ist. Weiterhin bietet der Apparat den Vorzug, dass die durch denselben erzeugten Stichkanäle nicht mit der Wunde, wie dies bei der Naht der Fall ist, communiciren und somit eine Infektion der Stichkanäle weniger leicht möglich ist, als wenn dieselben mit der Wunde in direkter Verbindung stehen. Für die Sekundärvereinigung von Wunden hat der Apparat den Vortheil, dass man bei wenig nachgiebigen Geweben allmählich durch gesteigertes Zuziehen des Apparates vorgehen kann.

Diese genannten hauptsächlich, so wie noch einige andere Vortheile hat Verf. durch diesbezügliche Versuche bestätigt gefunden.

Silberberg (Hirschberg i/Schl.).

28) **G. Nicolich.** L'instrument séparatif de l'urine de Downes (separate urin siphon).

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1901. No. 6.)

Verf. hat praktische Versuche mit dem Urinseparator von Downes angestellt. Derselbe besteht aus 2 Theilen, von denen der eine in die Blase, der andere beim Weibe in die Scheide, beim Manne in den Mastdarm eingeführt wird. Das Instrument hat große Ähnlichkeit mit dem Urinseparator von Harris. In einigen Fällen hat sich das Instrument sehr gut bewährt, in anderen dagegen versagt.

P. Wagner (Leipzig).

29) **Albarran et Cathelin.** Les injections épidurales dans l'incontinence d'urine.

(Soc. de biol. 1901. Juli 13.)

In 4 Fällen von Inkontinenz der Blase aus verschiedenen Ursachen (Blasentuberkulose, Paraplegie mit Cystitis, Sphinktererschaffung bei Greisinnen) kehrte nach epiduraler Injektion von 1 cg Cocain die Sphinkterkontraktilität am 1.—2. Tage zurück und hielt, zum Theil nach mehrfacher Wiederholung der Einspritzung, längere Zeit an.

Mohr (Bielefeld).

30) **H. Wichmann.** Ein Fall von isolirtem Carcinom der Urethra.

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

Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein von der Harnröhrenmündung ausgegangenes ulcerirtes Carcinom, welches die gesammte Harnröhre mit Ausnahme ihres oberen Theiles ergriffen hatte, ohne der 43jährigen Pat. nennenswerthe Beschwerden zu verursachen. Wiesen schon die bestehenden derben Drüsenvergrößerungen in beiden Leistengegenden auf eine primäre Neubildung im Bereich der

Urogenitalsphäre hin, so war das erste Zeichen, welches speciell auf eine Erkrankung der Harnröhre schließen ließ, ein eigenthümlich sackiges Aussehen der äußeren Harnröhrenöffnung gewesen. Die Neubildung wurde sammt den Drüsen extirpirt, der Harnröhrenrest an die Schnittfläche der Vulva angenäht. Nach 3 Wochen stellte sich wieder Kontinenz ein. **Honsell** (Tübingen).

31) **E. Ehrlich.** Gallertkrebs der ekstrophirten Harnblase. Gleichzeitig ein Beitrag zum Maydl'schen Operationsverfahren der Blasenektomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Bei einer 44jährigen Arbeiterfrau hatte sich im Gebiete der ekstrophirten Harnblase eine zerklüftete, ulcerirte Geschwulst gebildet, die bis in die umgebende Haut hineinreichte. Exstirpation der Geschwulst sammt der Blase. Einpflanzung der Harnleiter in die Flexura sigmoidea. Tod nach 6 Tagen in Folge doppelseitiger Pyelonephritis und Darmdiphtherie.

Nach dem mikroskopischen Befunde lag ein Gallertcylinderepithelcarcinom vor, außerdem fand sich in einigen der Harnblasenwand entnommenen Partien Schleimhaut vom typischen Bau des Dickdarmes, die offenbar den Ausgangspunkt der Geschwulst gebildet hatte. Wie des weiteren ausgeführt wird, dürften auch für die Deutung der Herkunft der Adenome und Adenocarcinome der Harnblase entwicklungsgeschichtliche Störungen in Betracht kommen. In klinischer Beziehung betont Verf., dass die Gefahren der Maydl'schen Methode nicht zu gering angesehen werden dürfen. Vor Allem habe man mit der Möglichkeit einer Pyelonephritis zu rechnen, es bestände aber auch die Möglichkeit einer schweren Reizwirkung auf den Darm, sobald der Harn in ammoniakalische Gährung übergegangen sei. Andererseits müssten aber auch die Leistungsfähigkeit und Vorzüge der radikalen Therapie anerkannt werden. **Honsell** (Tübingen).

32) **M. Mann.** Removal of the female urinary bladder for malignant disease.

(Buffalo med. journ. 1901. Juli.)

M. berichtet über 2 mit Erfolg operirte Fälle von Blasenexstirpation beim Weibe wegen bösartiger Neubildung. In Beckenhochlagerung Eröffnung des Blasenperitoneums, stumpfe Ausschälung der Blase, Entfernung mitsammt der Basis und der bereits ergriffenen vorderen Scheidenwand, Entfernung des Uterus, Schluss der Peritonealhöhle über dem Beckenboden. Die Harnleiter münden in die Scheide. **Mohr** (Bielefeld).

33) **P. Héresco.** De la cystoscopie appliquée à l'étude du diagnostic et des indications opératoires des tumeurs urétérales et des calculs enchatonnés de la vessie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin 1901. No. 6.)

Verf. theilt 2 eigene Beobachtungen mit, die wiederum den großen diagnostischen Werth der Cystoskopie beweisen; in dem einen Falle handelt es sich um ein Papillom des Harnleiters, in dem anderen um einen eingekapselten Blasenstein.

Ureterenpapillome sind außerordentlich selten. Albarran hat 18 Fälle gesammelt; nur 3mal saß das Papillom am unteren Theile des Harnleiters und sprang in die Blase vor. Nur in einem von diesen 3 Fällen wurde die cystoskopische Untersuchung angewendet, und zwar mit Erfolg. In dem Falle des Verf. handelte es sich um einen 32jährigen, psychisch belasteten Kranken, der seit langen Jahren an Phosphaturie und Pollakiurie litt; außerdem traten bei dem Kranken zeitweise rechtsseitige Nierenkoliken auf. Als Ursache derselben ergab die Cystoskopie ein maiskorngroßes, gestieltes Papillom des untersten Theiles des rechten Harnleiters, das zeitweise die Harnleitermündung vollkommen verlegte und dadurch zu Retention

des Urias, Dehnung des Harnleiters und Nierenbeckens und kolikartigen Schmerzen führte. Exstirpation des Adenopapilloms von einem hohen Blasenschnitte aus. Infektiöse Pyelonephritis der rechten Niere. Nephrektomie. Heilung.

Der 2. Fall betraf einen 68jährigen Kranken mit Blasenstein. Es sollte die Lithotritie vorgenommen werden. Die noch kurz vor dem beabsichtigten Eingriffe ausgeführte Cystoskopie ergab aber, dass es sich um einen eingekapselten Stein handelte. Extraktion desselben von einem hohen Blasenschnitte aus. Heilung. Verf. hebt hervor, dass bei jedem Blasensteinkranken, bei dem sich auch nur das geringste abnorme Symptom zeigt, wenn irgend möglich vor der beabsichtigten Steinoperation die Cystoskopie vorgenommen werden soll. Bei eingekapseltem Stein ist die Lithotritie kontraindiziert, es muss dann der hohe Steinschnitt ausgeführt werden.

P. Wagner (Leipzig).

34) Comba. Pyélite à bacille d'Eberth.

(Rivista critica di clin. med. 1901. No. 9.)

Bei einem 7jährigen Mädchen trat im Verlauf eines mittelschweren Typhus unter Temperatursteigerung und Schmerzen eine Geschwulst in der Gegend der rechten Niere auf. Der Urin wurde eitrig und enthielt virulente Typhusbacillen. Heilung.

Möhr (Bielefeld).

35) Kellermann (Wiesbaden). Nierenverletzung und paranephritischer Abscess durch Muskelzug.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Hft. 2.)

Die Nierenerscheinungen traten in diesem Falle sogleich nach Ausführung der »Hooke« über den quergestellten Kasten auf, als der Mann beim Herunterkommen auf der anderen Seite des Kastens sich nicht aufrecht halten konnte und der Oberkörper dabei stark nach hinten übergebogen wurde. Am Hinfallen wurde der Mann durch die zur Unterstützung bereit stehenden Leute verhindert. K. nimmt an, dass hierbei durch den Muskelzug ein Riss in der Niere entstanden sei. Nach Eröffnung des Abscesses durch den Simon'schen Schnitt erfolgte übrigens Heilung.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

36) B. Grohé. Unsere Nierentumoren in therapeutischer, klinischer und pathologisch-anatomischer Beleuchtung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 1.)

G. hat das Material der Jenenser Klinik Riedel's vom Jahre 1888 an bearbeitet. Praktisch chirurgisch ist die Mittheilung insbesondere dadurch von Interesse, dass Riedel für die Nephrektomie wegen Geschwulst den laparotomischen Operationsweg bevorzugt und seine hiermit erreichten Resultate denen von anderen Chirurgen mit der lumbal-extraperitonealen Schnittmethode gewonnenen ziemlich gleich kommen. Die Zahl der beobachteten und hier durchweg in eingehender Kranken- und Operationsgeschichte meist nebst genauer histologischer Geschwulstuntersuchung bezw. auch Sektionsbefund mitgetheilten Fälle beträgt 17, von denen 15 operirt wurden, und zwar 13 durch Laparotomie, 2 durch Lendenschnitt. Ausgänge wie folgt:

I. bei den transperitoneal Operirten:

- | | |
|---|-------------|
| a) von 6 Fällen, wo die Geschwulst unverschieblich war, starben an Operationsfolgen | 4 = 66,66 % |
| b) von 7 Fällen, wo dieselbe verschieblich war | 1 = 14,21 % |

II. bei den lumbal Operirten:

- | | |
|--------------------------------|------------|
| c) starben von den 2 Operirten | 1 = 50,0 % |
|--------------------------------|------------|

Summa von den 15 Operirten 6 = 40,0 %.

Von den Überlebenden sind nachweislich späterhin, meist wohl an Recidiv, 5 gestorben, und zwar nach $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{3}{4}$ und $2\frac{1}{2}$ Jahren. Als lebend wurden 3 registriert nach $\frac{3}{8}$, 1 und 5 (!) Jahren nach der Operation. Über den 9. Genesenen fehlt Bericht. Genauer anatomisch konnten 11 der extirpirten Geschwülste

untersucht bzw. bestimmt werden, und zwar als I. eigentliche Nierengeschwülste: a) Strumae suprarenales aberratae 7, b) Cystadenoma 1, c) Carc. diffus. infiltr. 1. II. Geschwülste der Nierenbecken: a) Carcinoma papillif. 1, b) Adenocarcinom 1. Recht interessant ist auch der letzte nicht operirte Fall (No. 18), in dem die 53jährige Pat. außer ihrer in einer Struma suprarenalis bestehenden Nierengeschwulst eine sekundäre metastatische Geschwulst des rechten Stirnbeines hatte. Bezüglich aller Einzelheiten auf das Original verweisend, wollen wir nur eine (in Fall 11) vorgekommene Naht der Vena cava besonders erwähnen. Klinisch war für die Diagnose meist die Tastung der vorhandenen großen Geschwülste maßgebend, gegen welche die auch bei mancher anderen Nierenerkrankung vorkommende Hämaturie an Wichtigkeit fast surücktritt. Doch bleibt die letztere selbstverständlich stets ein alarmirendes Symptom, das immer zur Hinzuziehung eines Chirurgen Anlass geben sollte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) van Engelen. Sarcome du rein.

(Cercle méd. de Bruxelles 1901. Juni 7.)

Bei einem 10jährigen Kinde trat im Anschlusse an einen Sturz Blutharnen auf, und in der linken Nierengegend fand sich eine umfangreiche, weiche Geschwulst, welche als Bluterguss in Folge von Nierenquetschung aufgefasst wurde. Durch Lendeneinschnitt wurde ein Bluterguss eröffnet, in welchem sich Gewebstrümmer fanden, die sich mikroskopisch als Sarkom erwiesen. Tamponade der Wundhöhle, Tod nach 3 Wochen. Das Kind war vor dem Unfalle anscheinend vollkommen gesund gewesen.

Mohr (Bielefeld).

38) J. Elter. Zur retroperitonealen Cystenbildung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Bei einem 13jährigen Knaben stellten sich nach einer schweren Quetschung der Oberbauchgegend kolikartige Schmerzen, Appetitlosigkeit, Kräfteverfall ein. Die klinische Untersuchung ergab 14 Tage später im Epigastrium eine umfangreiche Geschwulst, die am ehesten als Pankreaszyste angesprochen werden konnte. Durch Laparotomie wurde eine retroperitoneale hinter Magen und Quercolon gelegene Cyste freigelegt, und zwar ohne Zusammenhang mit dem Pankreas. Eröffnung derselben, Vernähen der Cystenwand mit dem Peritoneum parietale. Lockere Tamponade. Glatter Heilungsverlauf. Entlassung nach 1 Monat mit noch offenem Fistelgange. Nach der chemischen Untersuchung der aufgefangenen Flüssigkeit musste eine Lymphzyste resp. ein Lympherguss angenommen werden, der retroperitoneal in Folge des Traumas entstanden war.

Aus den folgenden, Pathologie und Therapie der retroperitonealen Cysten betreffenden Ausführungen sei hervorgehoben, dass unter den retroperitonealen Cysten Bildungen der verschiedensten Herkunft vorkommen können. Am besten gekannt sind die Cysten des Pankreas; neben diesen kommen aber des weiteren auch noch Echinokokken-, Nebennieren- und Nierencysten, Cysten in der Hinterwand des Magens, Mesenterial- und retroperitoneale Lymphcysten, so wie einige andere, äußerst seltene Formen in Betracht. Ihre wichtigsten Symptome bestehen in Druckerscheinungen, Magenbeschwerden, kardialgischen Anfällen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, ileusartigen Erscheinungen, blutigen Diarrhöen, so wie erheblichem Kräfteverfall. Objektiv findet man meist eine rundliche, ev. fluktuirende Geschwulst im Epigastrium, wenig verschieblich, von Magen und Quercolon der Regel nach überlagert. Die Behandlung hat, wo es möglich ist, in Exstirpation, sonst in Incision und Drainage zu bestehen, wobei die transperitoneale Freilegung wegen leichter Ausführbarkeit und geringerer Gefahr einer Nebenverletzung der retroperitonealen im Allgemeinen vorzuziehen ist. Die Punktion wurde mit Recht verlassen.

Honsell (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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 45. Sonnabend, den 9. November. 1901.

Inhalt: H. Marx, Chinin als Stypticum und Antisepticum. (Original-Mittheilung.)

1) Clark, Nachweis umschriebener Flüssigkeitsansammlung im Bauch. — 2) Vincent, Bauchwunden. — 3) Loison, 4) Hartmann, Typhöse Darmperforation. — 5) Remedi, 6) v. Burckhardt, Appendicitis. — 7) Schwartz, 8) Faure, Zur Herniologie. — 9) Gherardl, Pylorusstenose. — 10) Tuffier, Magenkrebs. — 11) Lanz, Zur Magen Chirurgie. — 12) Giannettasio und Lombardi, 13) Weber, Gastroenterostomie. — 14) Rholwaldt, Dünndarmsarkom. — 15) Cabot, Bauchfellverwachsungen. — 16) Delors und Patel, Widernatürlicher After. — 17) Ebstein, Untersuchung des Mastdarms. — 18) Navarro, 19) Reber, Mastdarmstrikturen. — 20) Berger, Mastdarmkrebs.

Grosse, Trachealknorpeldefekt und Silberdrahtnetzdeckung. (Original-Mittheilung.)

21) Wilms, Fremdkörper in der Speiseröhre. — 22) Zembrzuzki, Verätzung der Speiseröhre. — 23) Maucclair, 24) Roger, 25) Auvray, 26) Girard, 27) Vincent, 28) Karpilus, Bauchverletzungen. — 29) Hämig, 30) Poirier, Appendicitis. — 31) Weber, Subphrenischer Abscess. — 32) Justian, 33) Albertin, Bruch tuberkulose. — 34) Lauenstein, 35) Dubujadoux, Leistenbrüche. — 36) v. Meer, Hernia obturatoria. — 37) Köppelin, Haargeschwulst im Magen. — 38) Caminitti, Myom des Pylorus. — 39) Keiling, 40) Franke, Magenresektion. — 41) Saritschew, Darmsteine. — 42) Batut, 43) Cavailon, Darm-invagination. — 44) Caminitti, Darmverschluss durch Meckel'sches Divertikel. — 45) Tusini, Netzechinococcus.

Chinin als Stypticum und Antisepticum.

Von

Dr. Hugo Marx,

leitender Arzt des Kreiskrankenhauses in Lübecke i/W.

Auf Grund von Versuchen, die ich gelegentlich des Studiums der Blutbakterien¹ anstellte, und gestützt auf eine Reihe bakteriologischer wie klinischer Beobachtungen glaube ich das Chinin als wirksames Stypticum und Antisepticum empfehlen zu dürfen. Wir wissen, dass das Chinin ein spezifisches Protoplasmagift ist (Arbeiten von Binz u. A.); seine desinficirende Kraft lässt sich theoretisch hieraus ableiten; Experimente, die hier zu erörtern, nicht der Raum ist, die ich jedoch in extenso an anderer Stelle zu publi-

¹ Diese Versuche erscheinen theilweise demnächst in der Berliner klin. Wochenschrift.

ciren gedenke, demonstrieren überdies genugsam die antiseptischen Eigenschaften des Chinins. Die blutstillende Wirkung des Chinins entspringt aus der Fähigkeit seines salzsauren Salzes, die rothen Blutkörperchen zu agglutinieren; eben so ruft das Mittel eine Agglutination in Bakterienaufschwemmungen hervor. Diese Thatsachen lassen sich am deutlichsten an einem mit einem Tropfen einer Lösung:

Chinin. hydrochlorici 1,0
 Spirit. rect. 3,0
 Aq. dest. ad 100,0

versetzten Blutstropfen bezw. Tropfen einer beliebigen Bakterienaufschwemmung² direkt unter dem Mikroskop beobachten.

Für die praktische Verwendung des Chinins bedient man sich am besten der feuchten Tamponade bezw. Kompression, indem Gazebäusche, die in 1—2%ige Chininum hydrochloricum-Lösung getaucht sind, in die Wunde eingeführt bezw. auf die blutende Fläche (bei parenchymatöser Blutung) aufgedrückt werden. Eine Schädigung des Gewebes habe ich in keinem Falle beobachtet; nie traten Reaktionen irgend welcher Art ein. Die desinficirende Wirkung des Chinins gilt natürlich nur in so weit, als es überhaupt möglich ist, bereits inficirte Wunden zu desinficiren. Jedenfalls kann man stets, in Anbetracht des Fehlens schädlicher Nebenwirkungen des Chinins, den Versuch einer Desinfektion mit diesem Mittel unternehmen. Sicher aber ist das Chinin im Stande, bei aseptischen Operationen einmal jeden letzten Rest parenchymatöser Blutung zu stillen, dann aber auch die spärlichen, von den operirenden Händen in die Wunde gelangten Keime vollends unschädlich zu machen.

Wie weit die antiseptische Kraft des Chinins bei Sepsis, etwa in der Form intravenöser Einführung, reicht und darüber, ob sich die Applikation von nach Art der Jodoformgaze hergestellter Chinin-gaze empfiehlt soll in einer demnächstigen Veröffentlichung abgehandelt werden.

Lübbecke, den 3. Oktober 1901.

1) J. C. Clark. Moyen de déceler un épanchement liquide localisé ou une collection kystique dans l'abdomen.

(Univ. of Penna. med. bulletin 1901. Mai.)

Verf. empfiehlt zum Nachweis umschriebener Flüssigkeitsansammlungen resp. cystischer Geschwülste der Bauchhöhle die dreihändige Perkussion, welche bei diagnostisch zweifelhaften Fällen ihm gute Dienste leistete. Es wird z. B. bei umschriebener supponirter Flüssigkeitsansammlung der rechten Nierengegend die entsprechende Lendengegend mit der linken Hand, Daumen nach vorn, übrige Finger nach hinten, umgriffen, und mit der rechten Hand von vorn

² Für Bakterien eine 0,5%ige Lösung.

her die Geschwulst umfasst, so dass sie zwischen beiden Händen fixirt ist. Sodann perkutirt der Assistent auf der rechten Hand, worauf bei flüssigem Inhalt deutliche Fluktuation wahrgenommen wird.

Mohr (Bielefeld).

2) E. Vincent. Plaies perforantes de l'abdomen.

(Revue de chir. 1901. No. 7.)

V. erhebt seinen Schild gegen den »Prurigo secant« der Chirurgen, welche bei penetrirenden Bauchwunden sofort laparotomiren, und stützt sich zunächst auf statistische Erhebungen von Wassilief und Morton. Erster weist nach, dass die Sterblichkeit der Bauchverletzten ohne Laparotomie 25%, nach Laparotomie 63% betrage (bei Hiebwunden 12% bezw. 24%). Revue de chir. 1891. Morton berechne, auf 234 Laparotomien wegen penetrierender Bauchwunden 96 Erfolge, d. h. 59% Sterblichkeit.

Während nun Wassilief nach eigenen glücklichen Erfahrungen doch zur Laparotomie rath, formulirt V. seine Grundsätze etwa folgendermaßen:

1) Absolut gültige Regeln giebt es für die Bauchwunden eben so wenig wie für alle übrige Chirurgie.

2) Bei Hufschlag ist es rathsam, zu laparotomiren, da besonders Gangrän zu befürchten ist.

3) Hingegen solle man abwarten bei Schusswunden,

4) bei Bauchstichverletzungen,

5) bei Verletzungen des Bauches durch Messer, Säbel, Bajonnett, bis Zeichen von Peritonitis eintreten; nur in den Fällen, wo Chok oder Collaps starke innere Blutung vermuthen lassen, sei Laparotomie als geringere Gefahr anzuerkennen.

3 eigene Beobachtungen genügen V. zur Bekräftigung seiner Thesen; die erste betrifft eine perforirende Magenwunde (Messer), die mit Glück genäht wurde. Die zweite berichtet von einer Pfählung in der rechten Unterbauchgegend ohne Darmverletzung, die dritte von Bauchverletzung durch Fall in eine Sichel und Netzvorfall; auch die beiden letzten Verwundeten heilten ohne Laparotomie.

Die lange Reihe von Principien steht wohl kaum in rechtem Verhältnis zu den 3 mitgetheilten Krankengeschichten, deren letzte beiden doch nur beweisen, dass Bauchverletzungen nicht immer durch Darmwunden complicirt zu sein brauchen und darum auch exspektativ behandelt heilen können. Gegenwärtig ist es doch weit mehr das Ziel der Chirurgie, die breiten Schichten, die noch misstrauisch und ablehnend dem muthigen Vorgehen der »Laparotomisten« gegenüberstehen, von der größeren Sicherheit der Laparotomie zu überzeugen.

Christel (Metz).

3) Loison. Quelques réflexions au sujet du diagnostic et du pronostic des perforations intestinales d'origine typhoïdique.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 4.)

L. tritt warm für ein aktives chirurgisches Eingreifen bei Perforation typhöser Darmgeschwüre ein. Die Schwierigkeit der Diagnose hält er nicht für so groß, wie sie von manchen Seiten geschildert wird. Freilich schaltet er dabei von vorn herein die Fälle aus, in denen die Diagnose überhaupt noch zwischen einer beginnenden Appendicitis und einem beginnenden Typhus schwankt, so wie die Fälle von Perforation und Peritonitis bei sog. ambulanten Typhus; bei ihnen kann eben nur die Diagnose »Peritonitis« gestellt werden. Auch giebt er zu, dass in einigen schweren Fällen von sog. adynamischem Typhus eine Darmperforation zuweilen einige Tage bestehen kann, ohne deutliche Symptome zu machen. Gerade in diesen Fällen wäre aber auch eine Operation erfolglos. — Handelt es sich indess um typische mittelschwere Fälle von Typhus, so lassen der plötzlich unterhalb des Nabels, meist etwas mehr nach rechts hin auftretende intensive Schmerz, die Kontraktur der Bauchmuskulatur daselbst, mehr oder minder deutliche Änderungen der Fieberkurve, namentlich aber die plötzliche und bedeutende Zunahme der Pulsfrequenz die Diagnose der Darmperforation meist sicher stellen.

Unter Ausscheidung aller zweifelhaften Fälle, so wie solcher, in denen es bereits zur Abkapselung eines Eiterherdes um eine Perforationsstelle herum gekommen war, fand L. in der Litteratur 90 operirte Fälle von Perforation typhöser Darmgeschwüre auf mit 74 Todesfällen, 16 Heilungen, also 21,6% Erfolgen. In diesen 16 Fällen war die Perforation 3mal während der 2. Woche, 5mal während der 3., 1mal während der 4., 1mal in der 5., 1mal in der 6., 2mal während der 7. Woche und 3mal während der Rekonvalescenz oder eines Recidivs eingetreten. — In 12 erfolgreich operirten Fällen, in denen der Zeitpunkt der Operation angegeben ist, wurde 6mal zwischen der 6. und 12. Stunde nach dem vermuthlichen Eintritt der Perforation, 4mal zwischen der 12. und 24. Stunde, 1mal in der 26. und 1mal in der 60. Stunde operirt. Mit Recht betont aber L., dass man die Entscheidung darüber, ob man noch operiren solle oder nicht, nicht von der Zeitdauer, sondern dem Allgemeinbefinden des Pat. abhängig machen müsse. Selbst bei mehrfachen Perforationen ist schon Heilung durch Operation erzielt worden.

Reichel (Chemnitz).

4) Hartmann. Traitement opératoire des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 8.)

H. ist, wie Loison, Anhänger der Frühoperation bei Perforation typhöser Darmgeschwüre; er stützt sich wesentlich auf statistische Angaben Keen's. Nach diesem hängt der Erfolg vorzugsweise da-

von ab, dass die Perforation in einem etwas späten Stadium des Typhus erfolgt und die Operation möglichst frühzeitig statt hat. Von 80 während der ersten 3 Wochen des Typhus Operirten genesen 15 = 18,75%, von 42 nach der dritten Woche Operirten heilten 22 = 52,38%. — Von 75 während der ersten 24 Stunden nach der Perforation vorgenommenen Operationen hatten 19 einen glücklichen Ausgang = 25,33%; von 38 nach Ablauf der ersten 24 Stunden Operirten genesen nur 6 = 13,63%.
Reichel (Chemnitz).

5) **V. Remedi.** Sull' appendicite. Contributo clinico e nota sperimentale preventiva.

Cagliari-Sassari, G. Dessì, 1901. 44 S.

R. theilt 16 Fälle mit, bei denen er vorwiegend wegen chronischer Appendicitis die Entfernung des Wurmfortsatzes mit durchweg gutem Resultate ausgeführt hat. — Verf. hat die exstirpirten Appendices einer eingehenden Prüfung unterzogen und lenkt dabei die Aufmerksamkeit auf die Knickung des Wurmfortsatzes, die in seinen Fällen 14mal in mehr oder minder hohem Grade vorhanden war, und zwar 11mal kombinirt mit einer Verdickung der Appendix unterhalb der Biegungsstelle. Mikroskopisch konnte er dort alle Formen einer chronischen Entzündung nachweisen. Bei Fällen von ausgesprochen chronischer Appendicitis beobachtete R. mitunter auch eine Atrophie des Organs, einmal sogar mit Verödung seiner Lichtung, also ähnlich der Ribbert'schen Altersinvolution; doch ist er nicht geneigt bei seinen Fällen eine Art Naturheilung anzunehmen, da er immer noch alte Entzündungsherde mikroskopisch nachweisen konnte. — Der Schluss der Arbeit bildet eine vorläufige Mittheilung von Thierexperimenten, bei denen er durch Anlegung eines Knickungswinkels an der Appendix ähnliche pathologisch-anatomische Veränderungen hervorzurufen sucht, wie die soeben beim Menschen beschriebenen. Bis jetzt erzielte er 2 anscheinend positive Resultate.

A. Mest (Breslau).

6) **H. v. Burckhardt.** Über akute fortschreitende Peritonitis bei Epityphlitis und ihre chirurgische Behandlung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 369.)

v. B. kommt hier auf seinen Vorschlag zurück, den von v. Mikulicz zunächst für die fibrinös-eitrige Peritonitisform eingeführten Krankheitsbegriff der fortschreitenden Peritonitis auch auf die jauchig- oder serös-eitrigen Krankheitsformen auszudehnen, ein Vorschlag, der bislang wenig, insbesondere bei Sonnenburg keine Beachtung gefunden hat. Nachdem er seine Namensbezeichnung, zum Theil gegen Sonnenburg's neueste Veröffentlichungen polemisirend, nochmals begründet und empfohlen hat, theilt er tabellarisch 17 von ihm operirte einschlägige Fälle mit, von denen 14 genesen sind. Er theilt die Fälle in 3 Gruppen:

1) Akut einsetzende Peritonitis, wo die Entzündung vom Wurmfortsatz direkt in die Bauchhöhle übergehend fortschreitet. Schon innerhalb der ersten 12—24 Stunden bedrohliches Krankheitsbild mit auf Intoxikation beruhenden schweren allgemeinen Erscheinungen. Baldigste Operation erforderlich. 2) Zunächst mehr örtliche Erscheinungen. Erst am 2. oder 3. Tage Beginn der die erste Gruppe charakterisirenden schweren allgemeinen Intoxikationserscheinungen bei Nachweisbarkeit von Fortschreiten der Entzündungsbezirke. Auch hier ist Zuwarten gefährlicher als Operation. 3) Der fortschreitenden Peritonitis geht eine abgekapselte Abscessbildung voraus, so dass sie erst später in Erscheinung tritt.

Therapeutisch beschränkt sich v. B. nicht auf den rechtsseitigen Flankenschnitt. Auch die linke Leistengegend soll stets durch einen dem der rechten Seite analogen Schnitt geöffnet werden. Sind auch hier die Därme erheblich verändert oder fließt auch hier Sekret, so wird ein 3. Schnitt unterhalb und parallel der 12. Rippe in der Lende hinzugefügt. Als 4. Schnitt endlich erfolgt auch ein rechtsseitiger Lendenschnitt, falls trübes Sekret bzw. Eiter zwischen Colon ascendens und Bauchwand abgeht. Von ihm aus wird zwischen Leber und Zwerchfell drainirt. Zur Drainage dienen außer Gazetampons Hegar'sche, übrigens auch mit von Zeit zu Zeit wechselnder Gaze ausgefüllte Glasröhren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

7) Schwartz. Cure radicale des hernies du gros intestin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 192.)

Da die gewöhnlichen Methoden der Radikaloperation der Hernien bei sehr weiter Bruchpforte, wie sie bei Dickdarmbrüchen die Regel bildet, leicht von Recidiven gefolgt sind, empfiehlt S. speciell für diese nach Abbindung und Resektion des Bruchsackes in der üblichen Weise den Verschluss der Bruchpforte durch Muskelplastik. Nachdem er den inneren Pfeiler des Leistenringes freigelegt hat, öffnet er die Scheide des Rectus abdominis, schneidet aus dem vorderen, unteren, äußeren Theil dieses Muskels einen Lappen mit unterer Basis von ca. 3—4 cm Breite, 8—10 cm Länge, steckt ihn durch ein unter dem inneren Ringpfeiler gemachtes Loch und befestigt ihn in der Gegend des Leistenkanals durch Nähte, nach oben an den unteren Rand des Obliquus internus und transversus, nach unten an das Poupart'sche Band. Die Scheide des Rectus wird wieder durch Naht geschlossen. Über dem transplantierten Lappen werden die Pfeiler des Bruchringes in der gewöhnlichen Weise vereinigt. — Unter 70 derart operirten Fällen hat S. niemals einen Unfall erlebt und bei 10 später nachuntersuchten Pat. die Dauerheilung konstatiren können.

Reichel (Chemnitz).

8) **Faure.** La hernie inguinale congénitale: traitement.

(Indépendance méd. 1901. No. 36.)

Verf. vergleicht die Endresultate der Championnière'schen und Bassini'schen Radikaloperation des angeborenen Leistenbruches mit einander. Beide Verfahren gaben ihm neben einzelnen Recidiven gute Resultate. Bei sehr weitem Leistenring und bei der Operation von Recidiven zieht er die Bassini'sche Methode vor, bei den gewöhnlichen Fällen das Championnière'sche Verfahren.

Mohr (Bielefeld).

9) **G. B. Gherardi (Parma).** Considerazione cliniche-sperimentali sulla patogenesi delle alterazioni gastriche consecutive alle stenosi benigne del piloro e studi sui risultati prossimi e remoti della gastroenterostomia e pyloroplastica.

(Clinica chir. 1900. No. 5, 6, 11 u. 12.)

Die Resultate der umfangreichen Arbeit sind von G. selbst in folgender Zusammenfassung gegeben. Aus der Beobachtung von 15 sorgfältig verfolgten Fällen ergibt sich:

- 1) Der Erfolg einer Operation ist um so besser und sicherer, je früher der Eingriff erfolgt.
- 2) Das Allgemeinbefinden bessert sich ungemein, aber sicherer und auffälliger nach der Gastroenterostomie.
- 3) Der Magen nimmt nach der Gastroenterostomie seine normalen Dimensionen wieder an, nicht so gut nach der Pyloroplastik.
- 4) Die Motilität bessert sich wesentlich, und wird normal nach der Gastroenterostomie, nicht immer nach der Pyloroplastik.
- 5) Die Entleerung des Magens ist anfänglich beschleunigt, kehrt aber allmählich zur Norm zurück.
- 6) Die Salzsäureproduktion wird wieder fast normal.
- 7) Der neue Pylorus ist kontinent.
- 8) Nach der Gastroenterostomie ist Rückfluss von Galle beobachtet, aber nie nach der Pyloroplastik.
- 9) Die Gastroenterostomie ist als Operation vorzuziehen, weil die Pyloroplastik Recidive geben kann.

Die experimentellen Studien berechtigen G. zu folgenden Schlüssen:

- 1) Der Reiz, welcher in die Regio pylorica gebracht wird, erzeugt Störungen schwerer Art, sowohl von Seiten der Magenfunctionen als des Allgemeinbefindens; diese Störungen stehen in direktem Verhältnis zur Intensität des Reizes und zu seiner Angriffsstelle.
- 2) Nie wurde nach künstlicher Stenosirung des Pylorus eine echte Magendilatation angetroffen, weil die Stenose leicht überwunden werden konnte.
- 3) Die Gastroenterostomia posterior behebt alle durch künstliche Stenosenbildung erzeugten Störungen.

4) An der neuen Öffnung konnte mikroskopisch keine echte Sphinkterbildung nachgewiesen werden. J. Sternberg (Wien).

10) **Tuffler.** De l'hémo-diagnostic au point de vue chirurgical, dans le cancer de l'estomac et dans les infections.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 1.)

T. berichtet über die Ergebnisse einer freilich noch beschränkten Untersuchungsreihe über den Werth der Blutuntersuchung für die Diagnose von Magencarcinomen und Infektionen. — In einem Falle eines diffusen alveolären Magencarcinoms ohne fühlbare Geschwulst, ohne Hämatemese, überhaupt ohne Erbrechen, war die Diagnose wesentlich auf Grund der intensiven Anämie mit starker Leukocytose gestellt worden; die chemische Untersuchung des Magensaftes sprach auch zu Gunsten der Annahme eines Carcinoms. Der Kranke wurde durch Operation geheilt und war noch nach 2 Jahren gesund. Nach Entfernung der Neubildung schwand die Polynucleose wie die Anämie. — Umgekehrt ergab die Blutuntersuchung bei einer jungen Frau mit einem Magengeschwür und starkem Bluterbrechen nur eine hochgradige Anämie, aber ohne Leukocytose und ohne Polynucleose. — Freilich ist der Blutbefund nicht immer beweisend, da eine zu einem einfachen Magengeschwür sich oft hinzugesellende Infektion eine Leukocytose bedingen kann.

T. sagt: »Die Leukocytose kann bei den Geschwülsten, selbst denen des Magens (5mal unter 12 Fällen), ausbleiben; sie kann auch erst im Stadium der Kachexie eintreten, und sie kann nur temporär sein. Einen differentialdiagnostischen Werth besitzt sie nur, wenn sie konstant, dauernd und durch keine Therapie der Besserung zugänglich ist«.

In 3 anderen Fällen zweifelhafter Diagnose entschied die Blutuntersuchung über das Vorhandensein oder Fehlen einer Eiterung.

Hartmann macht in der Diskussion darauf aufmerksam, dass die durch Neubildungen bedingte Leukocytose sich vorzugsweise auf Vermehrung der mononukleären Zellen beziehe.

Reichel (Chemnitz).

11) **O. Lanz.** Die Quetschmethoden im Dienste der Magen-chirurgie.

(Beiträge sur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Verf. berichtet zunächst über Thierversuche, bei welchen er zuquetschte Darmlichtungen Ende zu Ende vereinigt hatte, ohne die Lichtung selbst während der Operation zu eröffnen (Abklemmen eines Darmstückes, Resektion desselben, cirkuläre Naht der jenseits der Quetschfurchen aufsteigenden Wülste des normalen Darmes). Des weiteren werden die Vortheile der Quetschmethode für die verschiedensten Zweige der chirurgischen Technik auf Grund eigener Untersuchungen und Erfahrung erörtert. Sehr werthvolle Dienste hat das

Verfahren Verf. bei der Magenresektion geliefert, wie an 2 von ihm operirten Fällen dargelegt wird. Er legt zunächst an Magen und Duodenum mittels Angiothryptors je ein breites Quetschbett an und ersetzt alsdann den Angiothryptor durch 2 schmale Klemmen. Durchtrennung der Quetschfurche mittels Thermokauters direkt an der Klemme auf der Geschwulstseite. Somit bleibt jenseits der Klemme ein gequetschter Saum zurück, der durch fortlaufende Naht geschlossen wird. Entfernung der Klemme, Lembertnaht. Am Duodenum gelang es auch, die Quetschfurche einfach durch Massenligatur zu besorgen, für den Magen schien sich dieses vereinfachte Verfahren dagegen nicht zu eignen.

Honsell (Tübingen).

12) **N. Giannettasio** e **M. Lombardi** (Bologna). Nuovo processo di gastroenterostomia.

(Clinica chir. 1900. No. 11.)

Vorläufige Mittheilung über Thierversuche. Die Methode gründet sich auf die Eck'sche Porta-Cava-Fistelbildung. Sie verläuft in folgenden Akten: Anlagerung der Organe und Lembert'sche fortlaufende Naht von 5—6 cm Länge; Fixation der Fadenenden in Klemmen. 3—4 mm von der Nahtlinie werden die Nadeln des Eck'schen Instruments eingestochen und durchgeführt, so dass sie je 0,5 cm innerhalb der Nahtgrenze ein- bzw. austreten. Etwas außerhalb dieser Stellen werden abschließende Schnürnähte aus Katgut angelegt und vor dem Knüpfen fixirt, dann 1—2 Reihen Serosaknopfnähte über die ganze Länge der Anastomose gelegt. Nun wird, während die Assistenz die beiden Organe in guter Position an einander hält, unter kräftigem Zug das Instrument durchgezogen, somit der neue Weg eröffnet. Nun schnelles Knüpfen der Grenznähte, event. zur Sicherung noch eine hintere Serosanahatreihe. Inhalt kann nicht austreten; die Operation dauert 10—15 Minuten. — Man kann auch die Serosa und Muscularis mit dem Messer trennen, größere Gefäße unterbinden und die Schere nur durch die Schleimhaut führen. — Die Autoren konnten sich nach 30 Stunden bis 14 Tagen von der guten Beschaffenheit der Anastomose überzeugen.

J. Sternberg (Wien).

13) **W. Weber**. Über Misserfolge nach Gastroenterostomie wegen Stenose und ihre Verhütung.

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

Wie Verf., auf 40 Fälle Lindner's gestützt, ausführt, spielt unter den verschiedenen Momenten, welche den Erfolg einer Gastroenterostomie in Frage stellen können, die Rückstauung die wichtigste Rolle. Mit annähernder Sicherheit kann derselben durch 2 Methoden, durch die im Sinne v. Hacker's und Petersen's ausgeführte hintere Gastroenterostomie, so wie ferner durch die angeschlossene Enteroanastomose begegnet werden. Lindner hat sich in den letzten Jahren

stets der Wölfler'schen Gastroenterostomie mit gleichzeitiger Enteroanastomose bedient und erzielte hiermit sehr günstige Resultate. Peritonitis, Chok, Pneumonie und namentlich auch eine tödliche Rückstauung wurden völlig vermieden. In den Fällen, in welchen der Tod im Anschluss an die Operation erfolgte, trugen Herzschwäche, Blutungen resp. in einem Falle eine echte Achsendrehung der angenähten Darmschlinge die Schuld. Letzterer Fall wird eingehend besprochen. Für das in den ersten Tagen nach der Operation nicht selten beobachtete vorübergehende Erbrechen schien in der Hauptsache eine Atonie des Magens verantwortlich zu sein.

Honsell (Tübingen).

14) M. Rheinwaldt. Über das Sarkom des Dünndarmes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 3.)

Anschließend an 43 Beobachtungen der Litteratur und 2 neue Fälle aus dem Diakonissenhaus zu Stuttgart bespricht Verf. Pathologie und Therapie der Dünndarmsarkome. Die Sarkome werden, wie er ausführt, in allen Theilen des Dünndarmes angetroffen. Sie sitzen in der Kontinuität einer Darmschlinge und nehmen größtentheils den gesammten Umfang derselben ein. Im Gegensatz zu den Carcinomen pflegen sie die Lichtung nicht einzuengen, führen vielmehr häufig eine deutliche »aneurysmatische« Erweiterung desselben herbei; immerhin kommen in einer Minderzahl von Fällen auch Stenosen vor. Neben umschriebenen Geschwülsten lässt sich als besondere Gruppe die diffuse Sarkomatose des Dünndarmes aufstellen, bei welcher ein mehr oder minder großes Stück des Dünndarmes von mehrfachen, oft konfluirenden Infiltraten durchsetzt ist. Die nur selten fehlenden Metastasen haben ihren Sitz vorwiegend in den mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen, dann im Bauchfell, dem Netz, den Nieren, gelegentlich auch in anderen Organen. Histologisch überwiegen kleinzellige Rundzellensarkome und lymphadenoide Sarkome. Den Ausgangspunkt bildet gewöhnlich die Submucosa, seltener die Mucosa oder das subseröse Bindegewebe. Die Diagnose kann der Regel nach erst bei der Operation oder nach dem Tode, wenn nicht gar erst bei der mikroskopischen Untersuchung gestellt werden, da ein für die Dünndarmsarkome pathognomonisches Symptom nicht existirt. Die operative Thätigkeit soll sich auf solche Fälle beschränken, bei denen Stenoseerscheinungen im Vordergrund stehen, Marasmus fehlt oder doch als Folge der Ernährungsstörung durch die Stenose zu erklären ist. Die Prognose der Operation ist recht ungünstig. Nach dem bisherigen kasuistischen Materiale beträgt ihre Mortalität 38,8%; nur in 22,2% wurde Heilung erzielt.

Honsell (Tübingen).

15) Cabot. Some forms of intestinal obstruction due to adhesions.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 26.)

Die Hauptursachen für Bauchfellverwachsungen sind Appendicitis und Magengeschwüre. Die durch Verwachsungen gebildeten Knickungen und Winkel machen keine Erscheinung, so lange der Darm sonst gesund ist; kommt aber Überladung hinzu, oder eine Entzündung in der Nähe, durch die die Peristaltik beeinträchtigt wird, so tritt der Verschluss ein. Die Winkel- und Knickungsbildung erfolgt durch den Zug schrumpfender Adhäsionen hauptsächlich da, wo ein beweglicher Darmtheil in einen weniger freien übergeht: an der Ileocecalklappe und am Übergang vom S romanum in den Mastdarm. Bei der Operation muss man oft die festen Verwachsungen mit dem Messer abtrennen. Sind sie Folge von Appendicitis, so muss der Wurmfortsatz entfernt werden, da sonst Recidive auftreten.

Fall I. Es bestand kein absoluter Verschluss. Bei der Operation fand sich ein starkes Band in der Mitte zwischen Basis des Blinddarmes und der Flexura hepatica, welches an die laterale Bauchwand angewachsen war und allmählich den Darm verschlossen und um seine Längsachse gedreht hatte. Nach Durchschneidung des Bandes blähte sich der vorher zusammengefallene Darm unter Rotation medianwärts auf. Wurmfortsatz entfernt.

Bei Verwachsungen des S romanum spielen entzündliche Prozesse im kleinen Becken die Hauptrolle, indem sie das ins Becken herabhängende Darmstück zur Verklebung bringen, wonach durch Narbenschrumpfung eine starre Fixation eintritt.

Fall II. Bei einem älteren Mann wurde wegen partiellen Darmverschlusses die Operation gemacht. Es fand sich breite Verwachsung des oberen Theiles der S.-Krümmung mit der Blase und linken Beckenwand: die Ursache war hier auch Appendicitis.

Fall III. Operation bei älterem Mann wegen kompletten Darmverschlusses. S.-Krümmung mit der linken Beckenwand breit verwachsen. Ursache: wahrscheinlich eine in der Kindheit überstandene schwere Ruhr.

Fall IV. Bei 30jähriger Frau fand sich gelegentlich der Ventrofixatio uteri die S.-Krümmung tief ins kleine Becken hinein gezogen, an der linken Tube angewachsen. Pat. hatte früher vielfach an Verstopfung gelitten, die nur schlecht auf alle möglichen Abführmittel u. dgl. reagirt hatte. Trapp (Bückerburg).

16) H. Delore et M. Patel. Du traitement de l'anus contre nature.

(Revue de chir. 1901. No. 5 u. 6.)

In der Einleitung wird die mikroskopische Anatomie des Sporns besprochen und ein gewisser Nachdruck gelegt auf die starke Verdickung der Serosa des abführenden Schenkels, wodurch dessen Lichtung verengert, die Schleimhaut gefaltet wird. Es folgt die Darstellung der Methoden, nach denen bisher die Heilung des widernatürlichen Afters (besonders nach Hernien) versucht bzw. herbeigeführt wurde.

Verff. theilen hierbei, je nachdem das Bauchfell durch die Operationsmethoden eröffnet wurde, oder nicht, diese in extra- und intraperitoneale ein.

Die extraperitonealen Methoden der Sporndurchtrennung mittels Enterotoms und seitlichen Verschlusses mit und ohne Plastik werden zur Zeit kaum noch oder doch nur unter besonderen Verhältnissen angewendet.

Meist bediente man sich in letzter Zeit intraperitonealer Eingriffe, und je nach den Umständen wählte man entweder die seitliche Darmnaht (Entérorraphie latérale) oder die Enteroanastomose oder die Resektion und cirkuläre Naht.

Vorbedingung für erfolgreiche seitliche Darmnaht ist die Beseitigung des Sporns; sie ist zeitraubend und nicht ungefährlich. Da bei longitudinaler Vernähung die Bildung einer Stenose zu befürchten ist, verdiente die Methode nur am Dickdarm verwendet zu werden.

Die Enteroanastomose kann mit mehrfachen Abweichungen ausgeführt werden, was besonders den Verschluss der zum After führenden Darmenden betrifft.

Am unsichersten bleibt die einfache Anastomose; auch nach Verschluss sowohl des oralen als auch beider Darmenden bleiben oft Fisteln bestehen; auch die Ileocolostomie ist nicht sicher genug.

Das Operationsverfahren, welches gleichzeitig die widernatürliche Öffnung unterdrückt und den natürlichen Weg der Verdauung wieder herstellt, ist die Resektion des offenen Darmstücks mit nachfolgender cirkulärer Naht. Sie wurde in der Poncet'schen Klinik vorwiegend mittels der Villard'schen Modifikation des Murphyknopfes ausgeführt. Verff. bemühen sich, die dem Knopfe vorgeworfenen Nachtheile zu widerlegen, seine Vortheile zu beleuchten, Dinge, die bekannt sind. Die Villard'sche Verbesserung beruht auch darin, dass die Wülste des Knopfes besser abgerundet sind, wodurch dem vorzeitigen Durchschneiden der gefassten Darmtheile vorgebeugt sei.

In der angegebenen Weise ist in der Poncet'schen Klinik 13mal die Heilung des widernatürlichen Afters ausgeführt worden, mit 2 Todesfällen an Lungenkomplikationen bei unversehrter Naht.

Christel (Metz).

17) **Ebstein.** Die Untersuchung des Mastdarmes von außen und deren therapeutische Verwendung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 30.)

E. weist darauf hin, dass man den mit Koth gefüllten Mastdarm von außen her linkerseits in der Gesäßspalte als einen in der Regel reichlich daumendicken Wulst fühlt, der, lateralwärts von der Steißbeinspitze oder noch etwas höher beginnend, sich bis zum After erstreckt. Diese Wahrnehmung hat er in zweifacher Weise ausgenutzt, nämlich erstens, um den unteren Dickdarmabschnitt von seinem stagnirenden Inhalt zu befreien, zweitens um durch Massage die aus-

treibende Kraft des betreffenden Darmtheils zu kräftigen und seine Leistungsfähigkeit aufzubessern. Borchard (Posen).

18) **A. Navarro** (Montevideo). Traitement des rectites sténosantes.

(Revue de chir. 1901. No. 6.)

Die meist übliche Behandlung durch Dilatation und antiseptische Ausspülungen ist wohl im Stande, in den Fällen, wo eine cirkuläre Striktur vorhanden ist, erträgliche Zustände herbeizuführen; gewöhnlich aber handelt es sich um Verengung langer Strecken von nahezu spiraligem Verlauf, so dass wohl das unterste Hindernis durch Erweiterung überwunden, die darüber liegenden Partien jedoch unbeeinflusst gelassen werden.

Auch die einfache Anlegung eines Anus praeternaturalis ist nicht im Stande, völliges Versiegen des Ausflusses herbeizuführen, so dass neben der Unbequemlichkeit des Kunstafters noch die lästige Sekretion aus dem Mastdarm fortbesteht.

Um diesen schweren Krankheitszustand zu heilen, muss man die ganze erkrankte Darmpartie abtragen. Hierzu bedient sich N. der bisher üblichen Technik, die ja relativ nicht allzu schwierig ist, abgesehen von der Auslösung des Mastdarmes aus der Eintrittsstelle in den Beckenboden. N. hat weder die Hypogastricae noch die Haemorrhoidalis inf. vorher umstochen bzw. abgeklemmt.

Auf diese Weise hat er 3mal Darmstücke von 24—48 cm mit 1 Todesfall entfernt; dieser betraf einen Alkoholiker, der früher bereits an Angina pect. gelitten hatte (plötzlicher Tod ohne Autopsie).

Eine Art Kontinenz des widernatürlichen Afters und damit eine wesentliche Einschränkung der mit ihm verbundenen Unannehmlichkeiten erzielt N. in folgender Weise: das Colon, möglichst hoch durchtrennt, wird mäßig gespannt, unter Drehung nach Gersuny am Peritoneum parietale im oberen Wundwinkel befestigt, dann längs der Incision zwischen die Muskeln gebettet. Der Eintritt der Kothmassen macht sich hierdurch bemerkbar, und die Patt. können daher einer unfreiwilligen Entleerung zuvorkommen. Christel (Metz).

19) **M. Reber**. Über eine bisher nicht beschriebene Form von Rectalstrikturen und eine neue Behandlung derselben.

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

In den von R. mitgetheilten Fällen der Hildebrand'schen Klinik war die Mastdarmstriktur jeweils im Anschluss an eine abdominale Uterusexstirpation wegen Myom aufgetreten und hatte in relativ kurzer Zeit zu äußerst hochgradiger Verengung geführt. Beide Male wurde eine Heilung auf operativem Wege, und zwar mittels einer neuen Methode erzielt. Nach Resektion des Steißbeins und des untersten Kreuzbeinabschnittes wurde die hintere Mastdarm-

wand durch Längsschnitt eröffnet. Es folgte die ringförmige Excision der Strikturstelle noch innerhalb der Wanddicke; Ringnaht der Schleimhautwundränder; quere Vereinigung des Längsschnittes. Gutes Resultat.

Die wahrscheinliche Ursache für das Zustandekommen der Striktur glaubt Verf. in dem gynäkologischen Eingriffe, und zwar speciell darin suchen zu dürfen, dass bei der Vereinigung der zurückbleibenden Peritonealwunde die Douglas'schen Falten angespannt und nach vorn unten gezogen werden. Hierbei wäre es möglich, dass Gefäße, wie die A. haemorrhoidalis superior, gezerrt, in ihrer Lichtung verengert oder selbst verschlossen würden, und die hieraus folgende Ernährungsstörung in der Wand des oberen Mastdarmtheils würde dann ihrerseits die Striktur zur Folge haben. Die neue von Hildebrand durchgeführte Operationsmethode biete den Vortheil, die Striktur ohne Resektion des Darmes in allen seinen Schichten und namentlich ohne Eröffnung des Bauchfells zu entfernen.

Honsell (Tübingen).

20) Berger. Sur la technique et les résultats de l'exstirpation du rectum cancéreux.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 194.)

Zur Wahrung der Asepsis bei der perinealen Exstirpation des Mastdarmes empfiehlt B. einmal einige Tage vorher die Kolotomie vorzuschicken und den unteren Darmtheil von diesem Kunstafter aus gründlich zu reinigen, sodann bei Beginn der Operation den After durch eine Tabakbeutelnaht zu schließen, nach Auslösung und Herabholen des carcinösen Mastdarmes bis vor die Wunde die Peritonealhöhle durch Naht zu schließen, nun den Mastdarm in seiner ganzen Länge zu spalten, ihn nochmals vom Kunstafter aus auszuwaschen, dann oberhalb der Neubildung mit einer elastischen Ligatur zu umschnüren, unterhalb dieser zu durchtrennen und den Stumpf an die Haut anzunähen. Die elastische Ligatur bleibt liegen, bis sie sich selbst löst.

Reichel (Chemnitz).

Kleinere Mittheilungen.

(Aus der chirurg. Abtheilung des Karl Olga-Krankenhauses zu Stuttgart, Oberarzt Prof. Dr. Landerer.)

Trachealknorpeldefekt und Silberdrahtnetzdeckung.

Von
Dr. Grosse.

In No. 10 des Centralblattes für Chirurgie 1900 veröffentlichte Prof. Witzel, Bonn, seine Methode über Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze, die in der Wunde selbst angelegt werden; in No. 17 d. Bl. 1900 empfahl Göpel, Leipzig, die Verwendung vorher fertiggestellter Silberdrahtnetze zu demselben Zweck und deutete dabei an, dass sich diese Netze viel-

leicht auch an anderen Stellen — zu Knochenersatz etc., auch zur Deckung von Trachealdefekten, verwenden lassen könnten.

Ein geeigneter Fall zu diesem Versuch bot sich im hiesigen Krankenhaus im Juni 1900. Ein 12jähriges, 9 Jahre früher wegen Kehlkopfdiphtherie tracheotomirtes Mädchen litt seither an dyspnoischen Zuständen, die mit den Jahren sich so verschlimmert hatten, dass das Kind sich nur noch ganz vorsichtig bewegen konnte, weil sonst sofort inspiratorische Dyspnoë eintrat, dass es nur noch in einem Halbschlaf von 5—10 Minuten Dauer liegen konnte, bei tieferem Einschlafen aber sofort in schwerste Dyspnoë gerieth und nur in Orthopnoë sehr mangelhaft Schlaf finden konnte. Dadurch war die ganze Entwicklung des Kindes sehr zurückgeblieben.

Es bestand ein Defekt vorn in der Trachea über 3—4 Ringe hinweg (unterhalb der Schilddrüse); die allein erhaltenen Seitentheile waren vorn scharnierartig verbunden, klappten im Inspirium zusammen. Schon bei Ruhe waren meist inspiratorische Einziehungen vorhanden, die Athmung leicht stridorös. Elendes, anämisches Kind. Leichter Basedow.

Es wurde am 16. Juni die Trachealstelle bloßgelegt, Trachea vorn und seitlich isolirt, ein ziemlich festes Drahtgeflecht von knapp 2 cm Breite und 3 cm Länge oder Höhe, halbrinnenförmig gebogen, um die schlaff zusammenklappende Trachealstelle herumgelegt und hier mittels Aluminiumbronzenähten (extramukös angelegt) seitlich und vorn befestigt. Die Trachea wurde so aus einander gezogen und durch das feste Geflecht dilatirt erhalten. Die vorher sehr schlechte Athmung wurde sofort vollkommen frei. Das Netz heilte reaktionslos ein, obgleich die Operation bis zur Isolirung der Trachea vorgenommen werden musste ohne Desinfektion der Hände, der Instrumente, des Operationsfeldes; denn beim Niederlegen der Pat. auf den Operationstisch trat sofort totale Asphyxie ein; es musste deshalb sofort operativ eingegriffen werden, um das Leben event. durch Tracheotomie zu retten; erst als die Trachea — uneröffnet — frei lag und mit Pincetten aus einander gehalten werden konnte, kehrte die Athmung sofort wieder, und nun konnte die Desinfektion der Hände etc. in der notwendigsten Weise noch vorgenommen werden. Die Heilung erfolgte also trotzdem ganz reaktionslos.

Der Effekt der Operation war ein vollkommener. Die Athmung war sofort eine freie, ruhige, normale. Der Schlaf wurde von der Stunde der Operation an ein ganz ungestörter. Die Einziehungen waren verschwunden. Dyspnoëanfälle kamen nicht wieder vor. Das Kind erholte sich rasch; es ist zwar etwas anämisch und mager geblieben (ungünstige häusliche Verhältnisse), hat sich aber sonst gut entwickelt, macht jetzt auch in der Schule gute Fortschritte.

Der Zustand ist nun seit $\frac{5}{4}$ Jahren immer der gleich gute geblieben. Das Netz liegt, deutlich unter der Hautnarbe fühlbar, an der alten Stelle. Es hat in keiner Weise dem Zug der Trachea nachgegeben, wird das nun wohl auch nicht mehr thun, da man doch annehmen muss, dass die dilatirt erhaltene Trachea jetzt durch die Maschen des Netzes hindurch mit den straffen Sterno-cleido-mastoidei durch ziemlich festes Bindegewebe verwachsen ist, so dass das Netz einem starken Zug nicht mehr Widerstand zu leisten braucht.

Somit dürfte das Netz seine Probe bestanden haben, und kann das Heilungsergebnis als ein dauernd befriedigendes angesehen werden. Es kann nach diesem Beispiel das Verfahren für ähnliche Fälle als ein recht geeignetes und technisch ziemlich einfaches sehr empfohlen werden.

21) Wllms. Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem unteren Theil des Ösophagus vom Magen aus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 348.)

Wiederholt haben sich Chirurgen genöthigt gesehen, um Fremdkörper aus dem unteren Theil der Speiseröhre, die von oben her nicht zu erreichen waren, vom Magen aus zu entfernen, die vordere Magenwand so weit zu spalten, dass die

ganze Hand in den Magen einführbar und damit der ösophageale Fremdkörper den Fingern zugänglich wurde (Richardson 1887, Wallace 1894, Thiriart 1900). Obwohl die Erfolge nicht schlecht waren, bleibt dies Verfahren der hohen, ihm anhaftenden Infektionsgefahr wegen anstößig und verbesserungsbedürftig. In der Leipziger Klinik wurde ein Pat., dem ein heruntergeschlucktes künstliches Gebiss zwischen 8. und 9. Brustwirbel sitzen geblieben war (Röntgenbild), folgendermaßen behandelt. Bauchschnitt in der Mitte oberhalb des Nabels. Ein Stück der Magenvorderwand nahe der Cardia wird hervorgeholt. Auf diesem Stück Anlegung einer Serosa und Muscularis fassenden, einen kleinen Kreis umziehenden Tabaksbeutelnaht. Innerhalb dieses Kreises kleine Magenincision, eben hinreichend, den mit einem Condom armirten Zeigefinger einzuführen, wonach die Tabaksbeutelnaht der Magenwand den Finger wasserdicht abschnürend zugebunden wird. Dann Einführung der ganzen Hand in die Bauchhöhle, wobei der Zeigefinger die sich einstülpende Magenwand mitnimmt. Das jetzt zugänglich gewordene Gebiss wird herausgeholt, der Condom vom steril gebliebenen Finger entfernt. Naht etc. Heilung. — Hervorzuheben ist noch, dass die 1. Röntgenaufnahme, gerade von vorn, resultatlos blieb, während eine zweite mit schräg von rechts nach hinten links auffallendem Licht deutlich die Metallstäbchen zeigte, mit denen die Zähne befestigt waren. Über die Höhe, bis zu welcher man vom Mageninnern durch die Cardia mit dem Finger in die Speiseröhre hinauf dringen kann, haben Koekel und Birch-Hirschfeld eine Reihe von Leichenversuchen gemacht, denen zufolge man bei jüngeren Erwachsenen gewöhnlich den 8. Brustwirbel oder wenigstens die Intervertebralscheibe zwischen 8. und 9., bei alten Individuen durchschnittlich den 9. oder die Grenze vom 9. und 10. Wirbel erreicht. Dagegen kommt man von einer Ösophagotomiewunde mit dem Finger nach unten nur bis zum 5. oder 6. Brustwirbel. Für Fremdkörperextraktionen vom Magen aus ist von Wichtigkeit, den Magenschnitt nicht zu weit von der Cardia anzulegen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) L. Zembrzuski. Ein Fall von Ausstoßung der Schleimhaut des Ösophagus nach Verbrühung mit Lauge.

(Gaz. lekarska 1901. No. 13.)

Ein 18jähriges Mädchen stellte sich in der Ambulanz mit der Angabe vor, sie habe vor 5 Tagen in selbstmörderischer Absicht Laugenessenz getrunken. 4 Tage hindurch habe vollständige Dysphagie bestanden, bis Pat. ein wurstförmiges Gebilde erbrochen hat, worauf wesentliche Linderung erfolgte. Das mitgebrachte wurstförmige Gebilde bildete ein graues, 18 cm langes, an dem breiteren Ende 12,9, an dem entgegengesetzten 4 cm im Umfange betragendes Rohr, dessen Wände stellenweise durchlöchert waren. Nach mikroskopischer Untersuchung bestand es aus der des Epithels beraubten Speiseröhrenschleimhaut, stellenweise sogar aus der Muskelschicht. Pat. erhielt einige Tage bloß Eis, worauf dann behutsam die Sondirung und zwar mit sehr gutem Erfolge vorgenommen wurde.

Trzebicki (Krakau).

23) Mauclair. Contusion de l'abdomen. Contracture de la paroi abdominale. Coeliotomie. Tamponnement d'une déchirure du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 234.)

24) Roger (d'Agde). De la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Rapport par M. Hartmann.

(Ibid.)

In beiden von M. und R. mitgetheilten Fällen von Bauchkontusion erlaubte das Symptom der Kontraktur der Bauchmuskulatur die Diagnose auf intraperitoneale Verletzung zu stellen. Im Falle M.'s ließ die Laparotomie einen Riss der Leber in der Höhe ihres oberen Befestigungsbandes finden und durch Tamponade die Blutung stillen; doch folgte der Tod am 4. Tage. Im Falle R.'s wurde eine Operation nicht gestattet, und Pat. starb an Peritonitis.

Hartmann sieht in diesen Fällen eine weitere Stütze der Richtigkeit seiner im Oktober 1898 aufgestellten These: Bei einer Kontusion des Bauches bildet bei Abwesenheit jedes anderen Zeichens das Vorhandensein einer Kontraktur der Bauchwand, die nicht auf die gequetschte Stelle beschränkt ist, eine Indikation zur sofortigen Laparotomie; dagegen enthalte man sich jedes Eingriffes bei Fehlen einer solchen Kontraktur, welche Symptome sonst auch vorliegen. Er hat nach diesem Grundsatz seitdem sämtliche in das Hospital aufgenommene Fälle von Bauchquetschung, im Ganzen 27, behandelt: 17mal fehlte eine Kontraktur; diese Fälle genasen sämtlich ohne jeden Eingriff. In 10 Fällen war dies Symptom vorhanden: von diesen wurden 9 Pat. laparotomirt. 5mal fand sich eine Zerreißung des Dünndarmes (1mal Heilung, 4mal Tod), 2mal eine Zerreißung der Leber (1mal Heilung, 1mal Tod), 1mal Zerreißung des Mesenterium (Tod), 1mal eine intraperitoneale Zerreißung der Harnblase (Genesung). Der 10. Pat. verweigerte jeden Eingriff; er starb an den Folgen einer Darmzerreißung.

Hartmann betont, dass nur eine ausgedehnte, bezw. allgemeine Kontraktur der Bauchdecken die erwähnte diagnostische Bedeutung besitzt, nicht aber eine auf den gequetschten Punkt begrenzte. Auch muss man sich hüten, durch ungeschickte Betastung eine allgemeine Kontraktur auszulösen. Die vorher erwärmte Hand muss sacht platt auf den Bauch gelegt werden und dann die Spannung der Bauchwand durch sanften Druck prüfen. Reichel (Chemnitz).

25) Auvray. Trois cas de plaies pénétrantes de l'abdomen. Rapport par M. Rochard.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 24.)

Die 3 von A. mitgetheilten Beobachtungen lassen sich kurz folgendermaßen wiedergeben:

1) Revolverschuss im linken Hypochondrium. Aufnahme ins Krankenhaus 14 Stunden später mit Zeichen florider Peritonitis. Sofortige Operation: Der Dünndarm ist an 2 Stellen von einer zur anderen Seite perforirt, das Geschoss an der Wand des Colon transversum aufgehalten, die es durchbohrt hat, ohne in die Darmlichtung zu fallen; es bestehen also 5 Perforationen. Etagenförmige Darmnaht. Drainage. Tod am folgenden Tage.

2) Messerstich durch den Musculus rectus abdominis etwas nach links oben vom Nabel. Puls 99, Temperatur 37,3 6 Stunden nach dem Falle. Laparotomie. Ein spritzendes Gefäß des Netzes wird unterbunden, eine kleine Wunde im Mesocolon genäht; der Darm ist unverletzt. Bauchnaht. Heilung, doch kompliziert durch einen Abscess der Bauchwand.

3) Messerstich im linken 7. oder 8. Interkostalraume in der Linea axillaris. Zur Wunde ist ein Stück Netz von ca. 10 cm Länge vorgefallen und in ihr eingeklemmt. Resektion des vorgefallenen Netzstückes. Seitliche Laparotomie, um das Netz im Niveau der Zwerchfellwunde zu fassen und in die Bauchhöhle zurückzuziehen. Hierbei dringt Luft in die Brusthöhle, ohne jedoch Störung zu machen. Schwierige Naht der Zwerchfellwunde. Bei Besichtigung des Dickdarmes wird eine erbsengroße Perforation auf beiden Seiten des Colon descendens gefunden und genäht. Darminhalt war nicht ausgetreten. Drainage. Bauchnaht. Heilung.

Zur Erleichterung der Zwerchfellnaht empfiehlt A. auf Grund von Leichenversuchen die Resektion des 7., 8., 9. und 10. Rippenknorpels. Der Berichterstatter Rochard hält dies Verfahren für zu kompliziert und befürwortet das transpleurale Vorgehen, das schon oft erfolgreich angewendet wurde. In den Fällen A.'s findet er einen weiteren Beleg für die Richtigkeit seiner schon früher vertretenen Anschauung, dass es gefährlich sei, in Fällen penetrierender Bauchwunden durch Messerstich das ganze Eingeweide auf das Vorhandensein etwaiger Perforation abzusuchen oder gar zu evisciriren; es genüge vielmehr eine sorgfältige Prüfung der der Wunde benachbart gelegenen Eingeweide. Ähnlich spricht sich Tuffier aus.

Delorme empfiehlt bei thorakoabdominalen Wunden gleichfalls den transpleuralen Weg Behufs Naht der Zwerchfellwunde, und swar soll sich die Rippen-

resektion vorn und seitlich auf die 6., hinten auf die 7. Rippe beschränken. Tiefer gelegene Rippen oder Rippenknorpel zu resequiren, bedeute eine Gefährdung der Aktion des Zwerchfells in Folge Schädigung seiner Insertionspunkte; ein höher oben geführter Schnitt würde aber das Niveau der Konkavität des Zwerchfells übersteigen.

Reichel (Chemnitz).

26) **H. Girard.** Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen avec issue du grand épiploon à travers la plaie thoracique; intervention d'urgence; thoracoplastie; guérison sans incident.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 107.)

Der 28jährige, bald nach der Verletzung in ziemlich bedrohlichem Zustande ins Krankenhaus aufgenommene Pat. bot im linken 7. Zwischenrippenraume zwischen Mamillar- und vorderer Axillarlinie eine 4 cm lange Stichwunde, durch die ein großes Stück Netz vorgefallen und eingeklemmt war, außerdem eine zweite nur in die Subcutis dringende Wunde in der linken Lendengegend. G. resequirte zunächst unterhalb der ersten Wunde die 8. Rippe in 10 cm Länge, eröffnete breit die Pleurahöhle und befreite das Netz durch Vereinigung seiner Incision mit der Stichwunde aus seiner Einklemmung. In der Pleurahöhle fand sich nur wenig Blut. Dem Netz folgend gelangte er an die 3 cm lange Schnittwunde des Zwerchfells, sicherte ihre Ränder durch Klemmen, erweiterte die Wunde, resequirte das vorgefallene Netzstück und reponirte den Netzstumpf. Nunmehr vereinigte er durch Nähte die Pleura costalis mit der Umgebung der Zwerchfellwunde, schloss damit den Pleuraraum ganz ab, brachte sich dann durch die Wunden den Magen und das Colon zu Gesicht — sie waren unverletzt —, dergleichen die Milz, die einen kleinen Einriss zeigte. Nach Stillung der Blutung vernähte er die Zwerchfell- wie Brustwunde vollständig. Nach reaktionslosem Verlauf genas Pat. völlig.

Reichel (Chemnitz).

27) **Vincent.** Plaie de l'abdomen par arme du feu.

(Soc. de méd. d'Alger. 1901. Juni 12.)

Schuss aus dem französischen Armeerevolver M. 90, Operation 3 Stunden später. Blutung in die Bauchhöhle in Folge Verletzung einer Mesenterialarterie, multiple Darmperforationen, vollständige Durchtrennung des Dünndarmes, Kothmassen in der Bauchhöhle. Darmnaht, Resektion eines Stückes Dünndarm und cirkuläre Vereinigung, Heilung. Der günstige Ausgang ist in erster Linie auf die Kürze der Zeit zwischen Verletzung und Operation zurückzuführen.

Mohr (Bielefeld).

28) **B. Karplus.** Zur Kasuistik subkutaner Darmverletzungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

Ein 53jähriger Mann rennt gegen einen Barrierenstock an; der Stoß trifft das rechtsseitige Bruchband, welches gegen einen freien Leistenbruch getragen wird. Heftiger Schmerz in der Leisten- und unteren Bauchgegend, so dass der Mann nach Haus fahren muss. Wiederholtes Erbrechen. Dann lassen die Schmerzen nach; Allgemeinbefinden am nächsten Tage zufriedenstellend, kein Erbrechen mehr, normaler Puls und Athmung, nur örtliche Schmershaftigkeit am Unterbauch, besonders rechts. Kein Stuhl. Nach ca. 44 Stunden, nach Klyisma, plötzlich rascher und schwerer Collaps, Symptome der Peritonitis perforativa, Bauch gleichmäßig vorgetrieben, in den Hypogastrien, rechts stärker als links, und in der Magen-gegend schmershaft. Bruchsack leer, Leistenkanal frei. Bei der Operation, 15 Stunden nach der Verletzung, 6—7 Stunden nach der Perforation, zeigte sich an der dem Gekrösansatz gegenüberliegenden Stelle — einer dem unteren Dünndarm angehörigen Sohlinge — eine ca. 2 cm lange Perforationsstelle, aus welcher sich Darminhalt entleert. Die Perforationsöffnung liegt innerhalb einer gangränösen Partie des Darmes, welche Gangrän sich über die ganze Peripherie des Darmes erstreckt, am Gekrösansatz ca. 6 cm lang ist. Gekröse blutig imbibirt. Tod nach wenigen

Stunden. Der Mechanismus der Perforation war offenbar nicht Berstung einer Schlinge mit provisorischer Verlegung der Öffnung durch Schleimhaut, sondern ausgebreitete blutige Imbibition der Darmwand durch den Stoß, vielleicht auch Thrombosierung von Gekrösgefäßen mit folgender Gangrän. Die gequetschte Darmpartie soll in solchen Fällen cirkulär reseziert werden (Hahn) einfache Übernähung der Perforation ist ungenügend.
Herm. Frank (Berlin).

29) G. Hämig. Klinische Beobachtungen über Perityphlitis.

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

Wie fast alle Autoren betrachtet H. die Appendicitis im Allgemeinen nicht als eine akut über Nacht auftretende Krankheit, sieht vielmehr im einzelnen Anfall nur die akute Verschlimmerung einer schon länger bestehenden Erkrankung des Wurmfortsatzes. Der Regel nach entspreche ein schwerer Anfall einer bedeutenderen Schädigung des Wurmfortsatzes, doch kommen auch sehr schwere Verlaufsweisen bei nur geringfügigen Veränderungen des Wurmfortsatzes vor. Unter 112 Resektionen im freien Intervall wurden 21mal Kothsteine gefunden; sie bleiben, wie ausgeführt wird, immerhin gefährliche Objekte, wenn man ihnen auch heutigen Tages nicht mehr die wichtige ätiologische Rolle zuschreibt wie früher. Eigentliche Fremdkörper wurden nur 2mal angetroffen. In vereinzelt Fällen erwies sich neben dem Wurmfortsatz auch die Blinddarmwand in schwerem Maße in Mitleidenschaft gezogen; selten waren ferner Perforationen in den Darm und sonstige Organe.

Besüglich der operativen Indikationsstellung im akuten Anfall wird in der Krönlein'schen Klinik der Grundsatz vertreten, sofort zu operiren, wenn allgemeine Peritonitis droht oder schon besteht. Nach Verlauf einiger Tage wird operirt, wenn die schweren Anfangssymptome nicht zurückgehen, wenn ein Abscess nachweisbar ist, oder wenn sich beunruhigende Erscheinungen einstellen. Der Wurmfortsatz wurde primär mitentfernt, wenn er sich gerade präsentirte oder ohne größere Verletzungen aufzufinden war. Die erzielten Resultate waren recht befriedigende: von 61 Pat. sind nur 5 gestorben; eine Peritonitis im Anschluss an die Operation kam nie vor. Die operative Behandlung bei bereits vorhandener allgemeiner Peritonitis bestand in breiter Laparotomie, Entleerung des Exsudates und vorwiegend trockener Reinigung; 16mal konnte hierbei auch der Wurmfortsatz entfernt werden. Interessant ist, dass in nicht weniger als 9 Fällen, von denen die neueren im Auszug mitgetheilt werden, Perityphlitis im Bruchsack beobachtet wurde.

Unter 112 Appendicitisoperationen im freien Intervall wurde kein Todesfall, ja nicht einmal eine nennenswerthe Störung des Wundverlaufes beobachtet; so weit festzustellen war, sind auch keine Bauchbrüche eingetreten.

Honsell (Tübingen).

30) Poirier. Traitement de l'appendicite.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 45.)

P. verfielt von Neuem den schon früher von ihm aufgestellten Satz: Die akute Appendicitis muss unter allen Formen und allen Graden operirt werden, und zwar so früh als möglich. Nach diesem Grundsatz hat er in den letzten 2 Jahren alle in das Krankenhaus aufgenommenen Pat. mit akuter Appendicitis innerhalb 3 Stunden nach ihrer Aufnahme theils selbst operirt, theils von seinem Assistenten operiren lassen und sehr gute Resultate erzielt. 1899 wurden 26 Fälle operirt, davon 7 nach Ablauf der akuten Erscheinungen, à froid. Diese 7 heilten sämmtlich. Von den übrigen 19 Pat. boten 11 nur die Zeichen umschriebener Eiterung; auch sie genasen alle. Bei 8 Pat. war die Bauchfellentzündung bereits generalisirt; gleichwohl genasen nach der Operation 6; nur 2 starben. Im Jahre 1900 gelangten 20 Pat. zur Operation, nur 1 im Intermediärstadium, 19 im Stadium der akuten Eiterung, und zwar 5 mit Zeichen diffuser Peritonitis. Alle Pat. wurden durch die Operation gerettet. Minder günstig waren die Resultate in der Privatpraxis; von 18 Operirten — darunter 4 im Stadium à froid, 14 während des Anfalles —

starben 4. 2 der letzteren waren gleich unter dem Symptomenbild der allgemeinen Perforationsperitonitis erkrankt; bei den beiden anderen aber wurde nach P.'s Ansicht der richtige Zeitpunkt zur Operation durch zweckloses Zögern veräumt.

Schreitet die peritoneale Infektion nach dem Eingriff fort, so macht P. nicht etwa Ausspülungen, sondern einen kräftigen Aderlass mit unmittelbar folgender intravenöser Injektion von Serum. In 2 Fällen ersielte er hierdurch unerwartete Heilung.

Reichel (Chemnitz).

31) J. Weber. Ein weiterer Beitrag zur Kasuistik der subphrenischen Abscesse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 127.)

W., welcher früher bereits aus Sonnenburg's Krankenhaus in Berlin-Moabit 9 postappendicitische subphrenische Abscesse veröffentlicht hat (cf. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIV p. 423 und unser Blatt 1900 p. 512), liefert hier aus demselben Spital eine neue Serie von 11 einschlägigen Fällen, von denen aber nur die ersten 6 appendicitischen Ursprungs sind. Fall 2 heilte merkwürdigerweise ohne Incision aus, obwohl der subphrenische Eiter durch Probepunktion sichergestellt war. Die übrigen Pat. sind operiert und bis auf Fall 1 genesen. Nur in Fall 1 und 5 drang die Incision direkt unterhalb des Zwerchfells auf den Abscess, sonst eröffnete sie, der vorausgeschickten Probepunktion folgend, zunächst unter Rippenresektion die Pleurahöhle, wonach die durch den Abscess vorgewölbte Zwerchfellskonvexität aufgeschnitten wurde, so dass die Operation also »perpleural« stattfand. In den übrigen Beobachtungen bestand die Krankheitsursache bei Fall 7 in einer Schussverletzung (geheilt nach Eröffnung des Eiterheerdes), in Fall 8 in einer Gallenblasenperforation (Extraktion von 19 Gallensteinen aus dem eröffneten Abscess, dessen Eiter auffallenderweise nicht gallig verfärbt war; Heilung), in Fall 9 in einer Echinokokkenvereiterung (Heilung nach perpleuraler Zwerchfellsincision und Eiterentleerung), in Fall 10 in eitriger Adnexerkrankung der weiblichen Genitalien (+ trotz Operation). In Fall 11 endlich wurde bei der Sektion eines an putriden Pleuritis und Bronchitis gestorbenen Pat., der auch Beingangrän hatte, nebenbei ein etwa hühnereigroßes subphrenisches Empyem gefunden.

Melnhardt Schmidt (Cuxhaven).

32) F. Justian. Ein Beitrag zur Kasuistik der Tuberculosis herniosa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 64.)

Ein neuer von J. aus einem Wiener Militärkasernenspital beigebrachter Fall betrifft einen Infanteristen (Alter nicht angegeben), der ziemlich gleichzeitig mit einer Erkrankung an einem linksseitigen Pleuraexsudat einen mannsfaustgroßen rechten Leistenbruch bemerkt hatte. Nach Genesung von der Pleuritis, die zunächst mit Punktion, dann — nach Rückkehr und Eitrigwerden des Exsudats — mit Thorakotomie behandelt werden musste, wurde der Bruch nach Bassini operiert. Hierbei zeigte sich, dass der Bruchsack derb und verdickt und auf seiner serösen Fläche mit miliaren bis hirsekorngroßen, gelblich-weißen Knötchen besetzt war, eben so wie die Serosa einer vorgeschwollenen Darmschlinge. Bei seiner Eröffnung entleerte sich aus ihm und aus dem Bauch auf Druck reichliche seröse Flüssigkeit. Die Heilung war nicht fieberfrei, und hatte sich in der 2. Woche im Bauch wieder etwas Exsudat angesammelt, das auf Schmierseifenreibungen stetig abnahm. Zur Zeit der Berichterstattung geht der Mann der Genesung entgegen.

Dieser Fall von Bruchtuberkulose ist als ein sekundärer anzusehen nach primärer Erkrankung der serösen Häute (Pleura und Peritoneum). Verf. giebt auf Grund der von ihm verglichenen einschlägigen Litteratur (28 Fälle) einige Allgemeindaten zur Klinik des Leidens. Danach sieht er $\frac{2}{3}$ aller Fälle eben so wie den seinigen als sekundärer Natur an. Das jüngere Lebensalter, selbst Kindesalter, scheint bevorzugt, von den Geschlechtern überwiegt das männliche mit seinen häufigen Leistenbrüchen. J. unterscheidet 3 anatomische Formen der Erkrankung: 1) eine Aussaat miliarer Knötchen, 2) die knotige Erkrankungsform mit kirschkern-

bis haselnussgroßen Knoten, 3) eine tuberkulöse Bruchsackentzündung mit fächerförmigen durch Scheidewände gebildeten Abtheilungen. Von 28 bekannten Fällen wurden 23 chirurgisch behandelt, bei denen 15mal dauernde Heilung konstatiert ist. Einige Male wurden gleichzeitig tuberkulöse Hoden bzw. Nebenhoden extirpirt. Die richtige Diagnose wurde vor der Operation nur 4mal gestellt. Sie stützte sich einmal auf die Probepunktion eines kalten Abscesses im Bruchsack, sonst auf die Fühlbarkeit von Verdickungen und Unebenheiten am Bruchsack, verbunden mit gleichzeitigem Ascites, Entleerbarkeit von Flüssigkeit aus dem Bruchsack in den Bauch durch Druck etc. **Meinhard Schmidt (Cuxhaven).**

33) Albertin. Tuberculose herniaire.

(Province méd. 1901. No. 31.)

Demonstration eines 2jährigen Kindes mit sehr schmerzhaftem rechts- (oder links-) seitigem Leistenbruch. Bei der Operation zeigt sich die Darmerosa glatt, der Bruchsack aber mit miliarer Tuberkulose besetzt. Unmittelbar im Anschluss an die Operation Bronchopneumonie. Heilung. **Herm. Frank (Berlin).**

34) Lauenstein. Operation eines äußeren Leistenbruches, der mit Leistenhoden verbunden war.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 29.)

L. entfernte nicht den Hoden, sondern verlagerte ihn mit dem ausgelöste-Bruchsacke hinter die Bauchdecken. Darüber wird der Leistenkanal fest verschlossen. Die Heilung war eine so gute, dass Pat. seiner Militärpflicht völlig genügen konnte. **Berehard (Posen).**

35) Dubujadoux. Deux cas de hernies inguinales volumineuses.

Rapport par M. Chauvel.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 181.)

Es handelt sich um Fälle von großen Hodensackbrüchen, die als Inhalt Dünn- darm, Blinddarm, den Wurmfortsatz, und einen Theil des Dickdarmes enthielten der eine Fall betraf ein Kind von 13 Monaten, der andere einen Mann von 45 Jahren. D. betont die Schwierigkeiten der Reposition in solchen Fällen bei der Operation. Erst wenn man das Colon vorsichtig von der Unterlage abgelöst und zurückgedrängt hat, lässt sich der gesammte übrige Bruchinhalt zurückbringen.

In der Diskussion erwähnte Tuffiez eine von ihm mehrfach mit bestem Erfolg ausgeführte Modifikation der Radikaloperation von Scrotalhernien bei ausgedehnter Flächenverwachsung einer Darmschlinge mit dem Bruchsack — er spricht nicht von den Brüchen des Colon. Er durchtrennt nicht, wie dies gewöhnlich geschieht, den Bruchsack unmittelbar rings um die Verwachsungsfläche und reponirt dann die durch Ablösung des verwachsenen Bruchsackstückes von der Unterlage beweglich gewordene Schlinge, da diese dann mit ihrer blutenden Oberfläche im Innern der Bauchhöhle neue Verwachsungen einginge, sondern er durchschneidet den Bruchsack ringsum in einiger Entfernung von der Verwachsung und schlägt die dadurch an der Schlinge haften bleibende Bruchsackmanschette über die Schlinge zurück, so dass diese nun vollständig von Bauchfell wieder umkleidet ist; er nennt dies Verfahren: la péritonisation des surfaces cruentées. **Reichel (Chemnitz).**

36) A. v. Meer. Über wiederholte Einklemmung im Foramen obturatorium sin. (Darmwandhernie), kombiniert mit Volvulus ilei.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 583.)

v. M. berichtet über eine 62jährige Frau, die von Bardenheuer im Kölner Bürgerhospital wegen Ileuserscheinungen 2mal mit Erfolg laparotomirt wurde. Beide Male fand sich eine Dünndarmwand im linken Canalis obturatorius eingeklemmt, aber durch Zug leicht zu lösen. Die 2. Operation fand 1½ Jahr nach

der ersten statt. Bei der zweiten fand sich neben der Darmeinklemmung auch ein »Volvulus der zuführenden geblähten Darmschlingen von 360°, der jedoch noch nicht zu einer vollständigen Darmabschnürung geführt hatte und leicht zurückgedreht wurde«. Dem Verf. sind aus der Litteratur 7 Fälle von Laparotomie bei Hernia obturatoria bekannt, von denen nur 2 genesen sind. Der bedrohliche Zustand der Bardenheuer'schen Kranken bei beiden Operationen verbot es, der Beseitigung der Darmeinklemmung noch eine Radikaloperation des Bruches hinzuzufügen. Zur Ausführung einer solchen schlägt Bardenheuer vor, einen Periost-Knochenlappen von der hinteren Fläche des Schambeins her auf das Foramen obturatorium zu legen und darüber das Bauchfell zu vernähen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) Köppelin. Demonstration einer Haargeschwulst aus einem Magen.

(Sitzungsbericht aus der Société des sciences méd. zu Lyon vom 19. Juni 1901.)

(Province méd. 1901. No. 25 u. 26.)

Der Fall scheint dem Autor in seiner Art einzig, giebt aber genau die Verhältnisse in den schon früher bekannten Fällen wieder. 15 $\frac{1}{2}$ jähriges, hysterisches Mädchen; die harte Geschwulst füllt den ganzen Magen wie ein Abguss aus, bietet alle diagnostischen Schwierigkeiten; das Haarkonvolut wiegt 760 g. Subjektive Erscheinungen sehr gering — geringer aber doch nicht fehlender Appetit, seit 2 Jahren einiges, immer nächtliches, Erbrechen wässriger Massen.

Herm. Frank (Berlin).

38) R. Caminiti (Rom). Un caso di mioma del piloro.

(Poliolinico 1901. Vol. VIII. C.)

Anatomische Details über einen Fall eines reinen Pylorusmyoms, das bei einem schwer tuberkulösen Individuum gefunden wurde. Keine Erscheinungen während des Lebens. Starke Magendilatation mit sehr verdünnter Wandung. Die Geschwulst setzt sich scharf gegen die Nachbarschaft ab und erreicht, nur das obere Viertel des Pylorusumfangs freilassend, die Größe einer Walnuss. Die Lichtung lässt eben einen Federkiel passieren. Die Schleimhaut unversehrt, doch stellenweise beginnende Atrophie der Drüsen.

J. Sternberg (Wien).

39) Kelling. Ein in physiologischer Beziehung beachtenswerther Fall von Magenresektion nebst Bemerkungen zur Gastroenterostomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 155.)

K. schloss an die Pylorusresektion nach der II. Billroth'schen Methode wegen Carcinom bei einer 48jährigen Frau einen Gallenblasensteinschnitt, gefolgt von Drainage der Gallenblase nach Poppert. Die Gastroenterostomie war dabei nach v. Hacker 3 Handbreiten von der Plica duodeno-jejunalis mit Murphyknopf ausgeführt. Nachdem nach 9 Tagen die auf die Gallenblasennaht gelegten Tampons entfernt wurden, ging die Naht des Duodenalstumpfes und zum Theil die der Gallenblase auf. Man sah im Wundgrunde ganz deutlich die Duodenalschleimhaut. Im Weiterverlaufe entleerten sich nun aus dem klaffenden Duodenum nach jeglicher Nahrungsaufnahme außer Galle und Pankreassaft die Ingesta. Hiermit ist der interessante Beweis geliefert, dass die genossene Nahrung durch die Magen-Darmfistel zunächst rückläufig nach aufwärts ins Duodenum gelangte, wo sie sich mit Galle und Pankreassaft mischte. K. schätzt die Länge des hier antiperistaltisch vom Magen aus durch die Speisen zurückgelegten Darmweges auf wenigstens 50 cm. Möglicherweise resp. wahrscheinlich ist dieser Vorgang ein stets nach der Gastroenterostomie eintretender. Dies zugegeben, kann man schließen, dass man zur Gastroenterostomie sehr wohl eine etwas längere, bezw. von der Plica weiter entfernte Jejunumschlinge wählen kann, also nach H.'s Rath 3 Handbreiten unterhalb der Plica, nicht, wie Petersen will, nur 3—10 cm davon entfernt. Es gelang K., seine Pat. durchzubringen. Der Verlust des Speisebreies wurde zunächst durch einen über die Wunde aufgesetzten Glastrichter verhindert,

welcher wasserdicht auf die umgebende Haut geklebt wurde. In der ersten Zeit stieg der Nahrungsbrei 1—2 cm hoch in diesen Trichter. Nach beginnender Wundschumpfung wurde statt des Trichters ein aus Wattefasern mit Celluloidlösung in Aceton präparierter wasserdichter Wunddeckel applicirt. Endausgang völlige Heilung mit 20 Pfund Gewichtsgewinn.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

40) F. Franke. Ein seltener Fall von Magenresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 229.)

Der F.'sche Fall interessirt besonders deshalb, weil er einen 79jährigen (!) Herren betrifft und dieser die ungewöhnlich complicirte Operation vortrefflich überstand, obwohl die Rekonvalescenz durch eine Pneumonie mit sekundärem, Rippenresektion erforderndes Empyem, begleitet von hohem Fieber und hochgradiger Pulsfrequenz, complicirt war. Die Geschwulst, durch trotz nur unbedeutender Klagen häufig geübte Palpation entdeckt, saß links unter den Rippen und erwies sich bei der Laparotomie als der kleinen Curvatur angehörig. Zunächst wurde nur gastroenterostomirt, dann aber, da der Kräftezustand das erlaubte, eine ausgedehnte Magenresektion mit Nahtverschluss von Magen und Duodenum hinzugefügt. Wegen verdächtigen, blässbläulichen Aussehens der Magenwand abwärts von der Anastomose wurde hier in großer Ausdehnung Netz aufgenäht Zwecks Blutzuführung durch letzteres, und da ferner der abführende Schenkel der zur Anastomose benutzten Darmschlinge stark geknickt erschien, wurden auch die beiden Darmschenkel der letzteren anastomosirt. Dann erst Bauchnaht etc. Von Interesse ist, dass die Geschwulst sich nach vorn übergekippt zeigte. Die Entstehung der postoperativen Pneumonie ist F., da sonstige veranlassende Momente für sie fehlen, durch Embolien zu erklären geneigt. Von Interesse ist, dass das Empyem bei dem Kranken durch die zunächst versuchte Punktion nebst Formalin-injektion nicht beseitigt werden konnte (vgl. dieses Blatt 1901 p. 236: F. Franke, Über eine neue Behandlungsmethode des Leberechinococcus. Ref.). (Betreffs der seltenen Magenoperation im Greisenalter bemerke ich, dass ich an einer 76jährigen Pat. eine Pylorusresektion machte. Eingriff gut überstanden, doch Tod an Peritonitis in Folge von Nahtundichtigkeit. S. dieses Blatt 1890 p. 251. Ref.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) J. Saritschew. Fall von Darmsteinen.

(Jahresbericht der Moskauer chir. Ges. 1901. T. XX. Russisch.)

Die 68jährige Pat., welche seit Jahren an habitueller Verstopfung litt, erkrankte nach einem Diätfehler unter Ileussympptomen, denen sie am vierten Tage erlag. Bei der Sektion fanden sich im Dickdarm 35 größere und 10 kleinere Steine mit einem Gesamtgewicht von 710 g. Der größte Stein wog 34 g, war 6 $\frac{1}{2}$ cm lang, 6 cm breit und 3 cm dick. Die chemische Untersuchung ergab, dass die Steine aus kohlenurem Kalk bestanden. Durch Nachforschungen bei den Angehörigen wurde festgestellt, dass die Kranke seit Jahren die Gewohnheit hatte, Kreide zu essen. Abgesehen von habitueller Verstopfung hatten die Steine keinerlei Symptome gemacht, und auch die letzte tödliche Erkrankung stand außer Zusammenhang mit ihnen; denn als Ursache des Ileus fand sich eine innere Einklemmung und Gangrän einer Dünndarmschlinge durch einen offenbar auf perimetritische Prozesse zurückzuführenden peritonitischen Strang. **F. Ratheke** (Berlin).

42) Batut. Invagination aigue et tuberculose intestinale latente. Péritonite. Laparotomie. Mort.

(Demonstration in der Société de chirurgie de Lyon. 20. Juni 1901.)

(Province méd. 1901. No. 27.)

Ein Dragoner erkrankt nach einem anstrengenden Ritt von 60 km mit heftigen Leibschmerzen, galligem Erbrechen, raschestem Verfall. Nach 2 Tagen Operation, bei welcher sich einige tuberkulöse Serosapartien finden. Wegen des Collapses

muss die Operation abgebrochen werden. Bei der Sektion findet sich, abgesehen von den tuberkulösen Geschwüren im Darm, innerhalb des Beckens, 80 cm vom Blinddarm ab, eine Invagination im brandigen Zustand, mitten im invaginiten Theil ein tiefes Geschwür mit harten Rändern, wahrscheinlich auch tuberkulöser Natur, keine allgemeine Peritonitis.

Herm. Frank (Berlin).

43) P. Cavillon. Sur un cas d'invagination intestinale subaiguë chez l'adulte.

(Province méd. 1901. No. 24.)

46jähriger Mann, welcher 3 Wochen vor der ärztlichen Beobachtung ziemlich gleichmäßige Leibscherzen empfindet, dann noch 14 Tage in Beobachtung bleibt mit einer den Ort öfter wechselnden Geschwulst, anfallsweise auftretenden Schmerzen und Wechsel zwischen Diarrhöe und blutigem Stuhl. Bei der Operation zeigt sich an der Invagination theilweise ein Theil des Ileum, Coecum, Colon ascendens, ungefähr die Hälfte des Colon transversum. Der Blinddarm zeigt einige der Tuberkulose verdächtige Knötchen auf der Serosa. Trotz des langen Bestehens der Einstülpung gelingt die Desinvagination ganz leicht und leicht. Nach einfacher Geradelegung des Darmes Heilung.

Herm. Frank (Berlin).

44) B. Caminiti (Rom). Sull' occlusione intestinale da diverticolo di Meckel.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1900. No. 138.)

Mittheilung eines Falles von innerer Incarceration durch ein Meckel'sches Divertikel. 36jähriger Mann, der oft an Verdauungsbeschwerden gelitten, erkrankt an Verstopfung, Leibscherzen, ganz besonderem Meteorismus. Kleine Geschwulst in der rechten Fossa iliaca. Am 7. Tage der Undurchgängigkeit Operation (im Bauernhause): Ein federkieldicker, derber Strang (Meckel'sches Divertikel) zieht von der freien Dünndarmwand — hier mit einem Mesenterium versehen (fornito di mesenterio) — zum Nabel. Durch diesen Strang und feste, flächenhafte Verklebung an der vorderen rechten Bauchwand war eine 40 cm lange Dünndarmsohlinge eingeklemmt. Tod am 4. Tage p. op. — Zum Schlusse folgt eine sorgfältige kritische Studie über die bisher bekannten gleichen Fälle (46 mit 36 Todesfällen). (Ref. kann 2 von Gersuny operirte anfügen, wovon einer mit tödlichem Ausgang.)

J. Sternberg (Wien).

45) G. Tusini (Pisa). Sopra una forma rara di echinococco dell' omento con disseminazione a tipo di pseudo-tubercolosi peritoneale.

(Clinica chir. 1900. No. 9.)

Ein Befund disseminirter Echinokokkenerkrankung des Bauchfelles, für den T. kein Analogon in der Litteratur gefunden hat. 51jährige Frau, von Ceci operirt. Enormer Ascites, Organresnen normal. Nach dem Abfluss der trüben, reichflockigen Flüssigkeit präsentirt sich eine Menge loser, theils lebender, theils todtter Echinokokkenblasen. Die Flüssigkeit war umschlossen von einem Sack der, Leber, Magen, das geschrumpfte Netz, die unter sich verwachsenen Därme, das Peritoneum parietale, die Geschlechtsorgane übersiehend und verklebend, aus einem speckartigen Gewebe mit vielen kleinen, graugelben, zerreißlichen Fettschen, wie käsiger Natur bestand. Flächenblutung bei der Ablösung. Tamponade. Heilung. Die histologische Untersuchung ergab, dass die auskleidende Membran keinerlei Charaktere des Parasiten zeigte, sondern nur die der chronischen Peritonitis. T. nimmt an, dass das Netz dem primären Sitz des Parasiten gedient hatte, und dass die Verbreitung auf dem Wege der Lymphbahnen erfolgt ist.

J. Sternberg (Wien).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 46. Sonnabend, den 16. November. 1901.

1) **Eulenburg**, Real-Encyclopädie. — 2) **Jamaln**, Kleine Chirurgie. — 3) **Paul und Sarwey**, Händedesinfektion. — 4) **Finney**, 5) **Stengel**, 6) **Mayo**, 7) **Hare**, Narkose bei Herzkranken. — 8) **Beddard**, Transfusion und Venaesektion. — 9) **Pilzer**, Angioma cavernosum. — 10) **Schuster**, Traumatische Neurose. — 11) **Grohé**, Elastische Fasern bei regenerativen Processen. — 12) **Ziegler**, Knochenbrüche. — 13) **Ollier's** Laboratorium, Subperiostale Resektionen. — 14) **Heusner**, Osteoklase. — 15) **v. Hints**, Zerreißung von Gelenkbändern. — 16) **van Hassel**, Gelenktraumen. — 17) **Blecher**, Blutstauung bei Gelenksteifigkeiten. — 18) **Schanz**, Statische Deformitäten. — 19) **Stempel**, Malum coxae senile. — 20) **Auler**, Kapselplastik. — 21) **Mertens**, Fersenbeinbrüche. — 22) **Remedl**, Varicen der Unterextremitäten.

C. Lauenstein, Ein Recidiv nach der Winkelmann'schen Radikaloperation der Hydrocele. (Original-Mittheilung.)

23) Naturforscherversammlung. — 24) **Tavel**, Wunddiphtherie. — 25) **Payr**, Magnesium bei der Blutgefänaht. — 26) **Pagenstecher**, Extremitätenmissbildungen. — 27) **Gallois** und **Piollet**, Gefäbrisse bei Schlüsselbeinbrüchen. — 28) **Codivilla**, Nerven-naht am Plexus brachialis. — 29) **Eversmann**, Ellbogenverrenkung. — 30) **Walravens**, Handplastik. — 31) **Nordmann**, Lymphcysten des Oberschenkels.

1) **A. Eulenburg**. Real-Encyclopädie der gesammten Heil-
kunde. 3. gänzlich umgearbeiteten Auflage. Bd. XXVI.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1901. 992 S.

Dieser letzte Band umfasst die Artikel Verstümmelung bis Zymose und enthält außerdem ein ungemein umfangreiches Generalregister.

Mit ihm liegt zum 3. Mal dieses große Sammelwerk vollendet vor, gegenüber der vorhergehenden Auflage in der That nicht nur an Umfang, sondern vor Allem auch an geistiger innerer Durch-
arbeitung zu einer Höhe emporgewachsen, die jedes ähnliche Werk des In- und Auslandes in den Schatten stellt, schon dadurch, dass es auch in dieser neuesten Auflage in dem kurzen Zeitraum von 7 Jahren erschienen ist, also durchaus die neuesten Erfahrungen und Lehren unserer Wissenschaft wiedergiebt. Dem Arzt ersetzt es eine Bibliothek, da es alle Abschnitte der Heilkunde einschließlich der

propädeutischen Disciplinen gleichmäßig berücksichtigt; es giebt ihm auch die Gelegenheit zu ausgedehnteren Studien durch reichliche Litteraturhinweise und in der Tüchtigkeit der Mitarbeiter gewährt es eine Garantie für den Werth der Einzelartikel, die selbst nicht selten volle Monographien über die behandelten Themen darstellen. Dass die medicinische Litteratur der ganzen gebildeten Welt benutzt wurde, braucht als selbstverständlich kaum hervorgehoben zu werden.

Damit die Besitzer der Encyklopädie über die weiteren Fortschritte unserer Wissenschaft auf dem Laufenden erhalten werden, sollen übrigens vom Jahre 1902 ab — wie schon nach der 2. Auflage — wieder Ergänzungsbände in dem Umfange von etwa 40 Bogen pro Jahr unter dem Titel »Encyklopädische Jahrbücher der gesamten Heilkunde, Neue Folge« erscheinen, wie früher mit alphabetischer Artikelfolge und wohl eben so brauchbar und fördernd wie die erste Reihe dieser Jahrbücher.

Die Ausstattung — auch durch Abbildungen — ist die anerkannt gute der Verleger.

Bichter (Breslau).

2) **A. Jamain.** Manuel de petite chirurgie. 8. édition par Terrier et Peraire.

Paris, F. Alcan, 1901.

In dieser 8. vermehrten und verbesserten Auflage des J.'schen Handbuchs der kleinen Chirurgie liegt uns ein werthvolles Werk vor, dessen Reichhaltigkeit erstaunlich ist. Ausgehend von dem Wunsche, dem Praktiker einen brauchbaren Leitfaden an die Hand zu geben, aber auch dem Anfänger Gelegenheit zu bieten, theoretische Studien zu machen, haben die Verf. eine Fülle werthvoller Erfahrungen und Methoden zusammengetragen, und zwar aus allen Gebieten der chirurgischen und orthopädischen Technik. Das Werk ist über 1000 Seiten stark. In knapper, klarer Form finden wir ohne viel historische Einleitung in jedem einzelnen Kapitel Alles, was heut zu Tage für den chirurgischen Praktiker Gültigkeit hat. Der Text ist von fast 600 Textfiguren begleitet, die, wenn auch nicht durchweg schön, so doch sehr anschaulich sind und das Verständnis des Gesagten in vortrefflicher Weise unterstützen. Mit großem Fleiße sind die neuen Fortschritte berücksichtigt, überall aber blickt die Absicht durch, den möglichst einfachen Methoden, die sich ohne viel Kosten durchführen lassen, Geltung zu verschaffen, in so weit sie in ihrer Wirkung den luxuriösen Mitteln gleichwerthig sind. Durch ein gutes Inhaltsregister ist seine Verwendbarkeit als Nachschlagebuch gesichert. Die vorliegende neue Auflage ist durch eine Reihe neuer Kapitel zweckmäßig bereichert.

Ref. trägt kein Bedenken, es als ein hervorragend gut durchgearbeitetes, sehr brauchbares Handbuch der kleinen Chirurgie zu bezeichnen.

Schmieden (Bonn).

3) **Paul und Sarwey.** Experimentaluntersuchungen über Händedesinfektion.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36—38.)

In Fortsetzung ihrer früheren werthvollen Versuche über Händedesinfektion, die auch mit einer Nachprüfung der von anderen Forschern empfohlenen Methoden einhergingen, sind Verf. zu dem Ergebnisse gelangt, dass es auch mit Hilfe sehr starker Bakteriengifte, wie des Sublimatäthyl- oder Sublimatmethylalkohols, des Sublimat-acetons, der Quecksilbernitrat- oder Quecksilbersulfat-Acetylen-Diaminlösungen etc. nicht gelingt, die vorher in heißem Wasser mit Seife und Bürste gründlich mechanisch gereinigte Haut der Hände keimfrei zu machen. Am günstigsten noch erwies sich das Sublimat-aceton (2⁰/₀₀) und der Sublimatmethylalkohol. **Kramer** (Glogau).

4) **J. M. T. Finney.** Anaesthetics in heart disease.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. August.)

5) **A. Stengel.** Cardiac accidents after anaesthetization.

(Ibid.)

6) **W. J. Mayo.** Pre-existing heart disease in reference to surgical operations.

(Ibid.)

7) **H. A. Hare.** The safest anaesthetic to use in organic diseases of the heart and vessels.

(Ibid.)

F. wirft die Frage auf, ob die so weit verbreitete Sorge vor einer allgemeinen Narkose bei organischen Erkrankungen des Herzens wirklich berechtigt ist, und sucht dieselbe auf Grund von 142 an Herzkranken ausgeführten Narkosen zu beantworten. Die Mehrzahl derselben war ätherisirt, die Minderzahl chloroformirt worden, fast alle hatten die Narkose sehr gut vertragen. Insbesondere vertragen Kranke mit Herzklappenfehlern die Narkose durchschnittlich sehr gut, während die Myokarditis besondere Vorsicht erheischt. Überhaupt kommt nach F. Alles auf die Technik der Narkose an; ob Äther oder Chloroform spielt dem gegenüber eine geringere Rolle. Jeder soll die Narkose üben, mit der er die größte Erfahrung hat (er selbst zieht den Äther vor), und der Ausbildung in der Technik des Narkotisirens sollte eine viel größere Sorgfalt zugewandt werden, als es bisher meist geschieht; denn die weitaus überwiegende Mehrzahl der Narkosentodesfälle kommen nicht auf Rechnung des Narkoticums, sondern des Narkotiseurs.

Auch S.'s Erfahrungen beziehen sich in der Hauptsache auf Äthernarkosen; seine Ansichten über die Nachwirkung des Anästheticums auf das Herz fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

1) In allen Fällen von postoperativen Herzstörungen ist es schwer zu entscheiden, ob letztere auf das Anæstheticum oder auf die Operation zurückzuführen sind.

2) In vielen Fällen von Herzkrankheit hat der Äther vorübergehend einen günstigen Einfluss auf den Zustand des Herzens. Trotzdem ist es nicht unwahrscheinlich, dass in manchen dieser Fälle sekundär ein ungünstiger Einfluss sich geltend macht, dessen Symptome erst nach einigen Tagen auftreten.

3) Von Wichtigkeit ist die Erkenntnis, dass gewisse Folgen von Operationen, wie basale Pneumonien, Magen-Darmstörungen und besonders Embolien, in Wirklichkeit Folgen von Herzschwäche und deshalb in ihrer Entstehung auf die Narkose oder den Chok der Operation zurückzuführen sind.

4) Die unangenehmen Wirkungen der Anæsthetica sind wohl eher auf die Störung des nervösen Mechanismus oder der »Essential muscular automaticity«, als auf Veränderungen in Myokard, Endokard oder Perikard zu beziehen.

M. stimmt mit F. darin überein, dass gut kompensirte Herzklappenfehler keine Kontraindikation für die Narkose geben und dieselbe in der Regel von diesen Kranken sehr gut vertragen wird. Viel gefährlicher ist die Myokarditis, die, wenn deutlich ausgeprägt und diagnosticirbar, eine unbedingte Kontraindikation gegen alle Operationen giebt, zu denen nicht eine *Indicatio vitalis* zwingt. Leider sind die beginnenden Fälle von Myokarditis schwer oder gar nicht diagnosticirbar, und diese stellen das Hauptkontingent der plötzlichen Todesfälle während oder im Gefolge der Narkose.

Auch H. ist der Ansicht, dass Herzranke im Allgemeinen die Narkose viel besser vertragen, als man denken sollte, und sehr selten üble Zufälle dabei vorkommen. Das beste Anæstheticum für sie ist nach seiner Ansicht der Äther in Verbindung mit Sauerstoff, contraindicirt nur bei Gefäßerkrankungen und erhöhter arterieller Spannung. Chloroform hält er bei Myokarditis für sehr gefährlich, Stickoxyd bei Gefäßdegeneration für durchaus contraindicirt. Sein Urtheil über die spinale Anæsthesie lautet, sie werde sehr bald zu den »medizinischen Kuriositäten« gehören.

R. v. Hippel (Kassel).

8) A. P. Beddard. Some remarks on transfusion and venesection.

(Guy's Hospital reports. Vol. LV. London, J. & A. Churchill, 1901.)

Die ungemein ausführliche Arbeit, welche auf die physiologischen Verhältnisse eben so genau eingeht, wie auf die klinischen Beobachtungen und therapeutischen Forderungen, eignet sich nicht zum Referat und muss im Original nachgelesen werden.

R. v. Hippel (Kassel).

9) **Pilzer.** Zur Genese des Angioma cavernosum.

(Virchow's Archiv Bd. CLXV. p. 427.)

Verf. hat ein kavernöses Angiom vom Oberschenkel bei einem 14jährigen Kinde operirt und kommt auf Grund der histologischen Untersuchung dieser Geschwulst zur Aufstellung folgenden Satzes: Ein Kavernom entsteht dadurch, dass primär, nach Ruptur von Gefäßen, es zu freien Blutergüssen in das Gewebe kommt und dass sekundär von diesem Gewebe, als Reaktion auf den Reiz, die dem Hämatom zunächst liegende Bindegewebszellschicht sich in die vielfach besprochene Endothelwand verwandelt, mit dieser den Bluterguss von allen Seiten umgibt und so eine Kaverne bildet.

Zum Schluss löst Verf. die ganze Angiomfrage auf eine einfache Weise. Er hält die einzelnen bisher getrennten Formen nicht für etwas Besonderes, sondern nur für verschiedene Stadien eines und desselben pathologischen Vorgangs; derselbe würde nach seiner Ansicht folgendermaßen vor sich gehen:

1) Der normale Blutdruck findet in Folge mangelhafter Elastizität der Gefäßwände und des Gewebes ungenügenden Gegendruck, weitet die Kapillaren und die kleinsten Gefäße aus — Teleangiektasie.

2) Durch Einwirkung eines Traumas oder durch fortgesetzte mechanische Irritation kommt es zur Berstung der stark gedehnten Gefäßwände und zu Blutaustritten ins Gewebe. Es tritt als neues Moment hinzu die Reaktion des Gewebes, die Wandbildung — Kavernom.

3) Der Blutdruck erweist sich als stärker als die Reaktionskraft des Gewebes. Durch fortgesetzten Zufluss neuer Blutmengen unterliegen die Interstitien starkem Druck, sie werden zu dünnen Septen und schwinden schließlich ganz. Der Endeffekt ist die Bluteyste.

Fertig (Göttingen).

10) **P. Schuster.** Über die häufigsten objektiven Symptome der traumatischen Neurosen.

(Fortschritte der Medicin 1901. No. 19 u. 20.)

Im Gegensatz zu den Neurosen engeren Begriffes, bei denen die Willkür des Untersuchten ausgeschlossen ist, sind objektive Symptome im weiteren Sinne solche, bei deren Feststellung der Arzt auf die Mitwirkung des Pat. angewiesen ist, und welche in ihrer Intensität von diesem beeinflusst werden können, wie z. B. Sensibilitätsuntersuchung, Feststellung der groben Kraft, Coordination u. A. Hiervon soll im Nachstehenden ausschließlich die Rede sein.

Die allgemeine Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit scheint sich nicht so leicht, als angenommen wurde, erweisen zu lassen. Der Widerstand seitens der Kranken ist hier (Lösung kleiner Rechenaufgaben, rasches Ermüden dabei) nicht ausgeschlossen.

Die einwandfreie Feststellung der allgemeinen Adynamie erscheint schwierig.

Das Schwanken beim Augenschluss besteht in einem Taumeln des Kranken nach vor- oder rückwärts; auch hier kann der Kranke willkürlich eingreifen. Dagegen ist der flimmernde Tremor der Augenlider beim Lidschluss kaum nachzumachen. Von Seiten des Rumpfs kommt bei Aufregungen u. dgl. ein dem physiologischen Kältezittern ähnlicher Tremor vor.

An den Extremitäten, besonders den Armen, beobachtet man einen schon in der Ruhe event. schwach vorhandenen, bei Anstrengungen sich rasch steigenden und verbreitenden Tremor; eine zweite Form, ein grober Schütteltremor, in der Ruhe nicht vorhanden, tritt bei intendirten Bewegungen (Erheben des Armes, Hüftbeuge im Bette) ein, endet gewöhnlich nach einigen Minuten. Wiederholte Beobachtung nöthig.

Fibrilläre Muskelzuckungen sind entgegen den bei amyotrophischen Processen über ganze Muskelgebiete verbreitet und setzen sich von einem zum anderen Abschnitte fort; die gesteigerte, rein mechanische Muskeleirregbarkeit betrifft besonders den Pectoralis, Deltoideus und Tibialis anticus.

Was die Objectivirung von Schmerzpunkten und Sensibilitätsstörungen anlangt, so käme besonders die Hyperästhesie an einer verletzten Extremität oder einem Extremitätenabschnitt in Betracht.

Durch Reizung von hyper- oder anästhetischen Stellen hervorgerufene Pulsbeschleunigung ist eben so wenig wie die hier in Betracht kommende sympathische Pupillenerweiterung einwandfrei; auf die Gesichtsfeldeinschränkung wird weniger Werth gelegt als sonst.

Der Pupillarlichtreflex erscheint wichtig; weitere Zeichen sind Knie- und Achillessehnenreflexe; der Clonus, besonders der Fußclonus wird zu wenig gewürdigt; zuweilen wird der Patellarreflex über die gesammte Beinmuskulatur bezw. den ganzen Körper in Form intensiven Nachzitterns beobachtet. Von untergeordneter Bedeutung sind Haut- und Schleimhautreflexe. Kontrakturen eines oder beider Erectores trunci oder der gesammten Rückenmuskulatur kommen nach Traumen des Rückens ganz besonders in Betracht. Cirkulations- und vasomotorische Störungen von der leichtesten bis zur schwersten Form sind beachtenswerthe Symptome. Die alimentäre Glykosurie kommt auch bei anderen Neurosen vor.

Nur die wenigsten der genannten Symptome sind als objektiv unter allen Umständen zu bezeichnen; es wäre zu wünschen, dass in dieses verworrene Gebietsbild mehr Klarheit gebracht würde.

Kronacher (München).

11) **B. Grohé.** Die Bedeutung der elastischen Fasern bei pathologischen, speciell regenerativen Processen. (Aus der chir. Poliklinik zu Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 40.)

Unter Hinweis auf die außerordentliche Bedeutung, welche dem elastischen Gewebe normalerweise im Bau und in der Funktion der Gefäße zukommt, bespricht G. das Verhalten der elastischen Fasern bei verschiedenen krankhaften Processen, und zwar zunächst die bei Entzündungen und bei Verletzungen der Gefäße, oft auch bei Phlebektasien, ferner in Hautnarben und bei den Heilungsvorgängen nach Hauttransplantationen auftretende Neubildung elastischer Fasern. Von seinen eigenen Untersuchungen, die ihn auch zum Nachweis elastischer Fasern im Granulationsgewebe führten, interessieren vor Allem die das Knochensystem betreffenden, welches letzteres in Bezug auf die Entwicklung elastischer Fasern bisher noch sehr wenig durchforscht worden ist. G. fand hierbei, indem er an jungen Kaninchen erzeugte Knochenbrüche in den verschiedenen Phasen der Knochenneubildung untersuchte, nicht nur in den äußeren, sondern auch im inneren Knochenmarkcallus feine, anscheinend junge regenerirte elastische Fasern, die bei letzterem nicht von versprengten Periosttheilen herrühren konnten, sondern, wie Verf. vermuthet, von den Gewebelementen der feinem Gefäße des Knochenmarks geliefert sein mussten.

Als Ergebnis seiner Untersuchungen über das Knochenwachstum bezeichnet G., dass sich die elastischen Elemente besonders reichlich dort finden, wo eine Festigung und gewisse Stabilität der neuangeordneten Gewebetheile erwünscht erscheint, dass sie sich aber auch da zeigen, wo von derartigen Momenten keine Rede sei. Nähere Einzelheiten werden in einer ausführlichen Abhandlung mitgetheilt werden. Doch sei auch schon der vorliegende Bericht besonderem Studium empfohlen.

Kramer (Glogau).

12) **Ziegler.** Über das mikroskopische Verhalten subkutaner Brüche langer Röhrenknochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 201.)

Z. hat die feinere Histologie subkutaner Röhrenknochenbrüche an Versuchspräparaten von Tritonen und Meerschweinchen studirt. Als zweckmäßiges Entkalkungsmittel bewährte sich hierbei die schwefelige Säure. Bezüglich aller Details, eben so wie der angezogenen Litteratur ist auf das Original zu verweisen, hier nur folgende Inhaltsübersicht wiederzugeben: »Es stellt sich die Knochenheilung bei Röhrenknochen dar als eine Wucherung der inneren Schicht des Periosts, und nebenbei fast damit einhergehend und nur wenig geringgradiger, als eine Wucherung und Trübung der inneren Markschichten namentlich nahe der Corticalis und des Endothels der

Haversi'schen Kanäle, beide auf größere Entfernung vom Knochenbruch hin. Gleichzeitig findet sowohl innen als außerhalb der Corticalis eine Ausscheidung von osteoider Substanz statt, die zu wirklichen Knochenbälkchen wird und die Räume umschließt, die ausgefüllt sind mit einem kernreichen Granulationsgewebe. Es sind das die primären Markräume. An anderen Stellen wurde eine Ausscheidung aus den Zellen von Knorpelsubstanz beobachtet. Diese neugebildete Knorpelsubstanz verknöchert später direkt und bildet spongiösen Knochen, worauf sich dann Resorptionsprocesse einleiten, bis schließlich der den Markraum und die Grenzen des ursprünglichen Knochens überschreitende Callus die Form des ursprünglichen Knochens wieder annimmt. 7 sehr gute, kolorirte Abbildungen geben mikroskopische Präparate unter verschiedenen Vergrößerungen wieder.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

13) Laboratoire de la clinique chirurgicale d'Ollier: Etude comparative, de la structure du périoste humaine détaché par les différents procédés de résection dite sous-périostée.

(Province méd. 1901. No. 22.)

Zur histologischen Untersuchung wurde das Periost an der vorderen inneren Fläche des Schienbeins in der Nähe der oberen Epiphyse von Individuen im Alter von 2 Monaten, 5, 8 und 55 Jahren benutzt, welches 1) mittels stumpfen Instrumentes (Scalpellstiel, Elevatorium), 2) Messers und 3) mit der schneidenden Knochenschabe (Ollier'sche Rugine) entnommen war. Es kam darauf an, mit den neueren verfeinerten Untersuchungsmethoden die älteren Ollier'schen Lehrmeinungen über die bei der Knochenneubildung im Gefolge subperiostaler Operationen wirklich wirksamen Periostbestandtheile nachzuprüfen. Es ergab sich, dass bei der stumpfen Abhebelung das Periost natürlich am meisten zerrissen wird und im Zusammenhang leidet. Es bleiben fast nur die äußeren faserelastischen Schichten, dagegen fehlt fast jedes knochenbildende Element. Nur bei ganz jungen Individuen, wo die subperiostalen Medullarräume größer und zahlreicher sind, und eine Abspaltung desswegen leichter zu Stande kommt, bleiben einige Medullarbestandtheile und Zellen der knochenbildenden Schicht eher daran hängen. Das mit scharfem Instrument abgetragene Periost leidet weniger und kann, wenn das Messer scharf der Knochenbegrenzung folgt, selbst zahlreichere und unversehrte knochenbildende Schichtelemente noch an sich tragen. Die Ollier'sche schneidende Knochenschabe schont das Periost in seiner allgemeinen Struktur am meisten, die Gefäßvertheilung der äußeren Schicht wird nicht gestört, die innere Schicht führt ihre beiden knochenbildenden Elemente, die osteogene Lage, welche nur bei ganz jungen Individuen sich darstellen lässt, und die Knochenlamellen, welche auf das innigste mit der tiefen Periostschicht verbunden und nur unter dieser Bedingung lebensfähig sind. Nur die

Anwendung der Ollier'schen Knochenschabe gewährleistet also die Erhaltung der Elemente, an welche das Knochenwachstum gebunden ist und worauf die subperiostale Methode hinausläuft. »Die Knochenplättchen (lamelles osseuses) haben die große Bedeutung, die knochenbildende Schicht, deren Lebensfähigkeit durch die Wundentzündung in Frage gestellt sein kann, zu schützen, mögen sie nun sich aufpfropfen oder untergehen; im letzteren Falle lösen sie sich erst ab, nachdem sie den knochenbildenden Elementen Zeit zur Fortentwicklung gelassen haben (Ollier).« **Herm. Frank** (Berlin).

14) **L. Heusner** (Barmen). Über Osteoklasten und Osteoklasten.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 38.)

H. giebt in dem Vortrage einen Überblick über die zur Beseitigung von Knochendeformitäten, besonders des Genu valgum und Klumpfußes, früher üblich gewesenen und die gegenwärtig benutzten Osteoklasten, deren Anwendungsweise durch gute Abbildungen erläutert wird. Er selbst gebraucht zur Osteoklasten bei schweren Fällen von Genu valgum jüngerer Individuen ein von ihm konstruirtes Instrument, das ausführlich beschrieben wird und sehr zweckmäßig erscheint (s. Original). Auch bei anderen Deformitäten lässt es sich verwenden. Für das Redressement des Klump- und des Hohlfußes zum Fassen des Fußes wird gleichfalls ein neues Instrument, ein Ringhebel, empfohlen. **Kramer** (Glogau).

15) **A. v. Hints**. Über die isolirte Zerreißung der Hilfsbänder der Gelenke mit Anschluss eines Falles von Ruptur des Ligamentum genu collaterale fibulare.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 4.)

Bei Ruptur der Hilfsbänder kann die gleichzeitige Verrenkung so zu sagen mit Sicherheit angenommen werden. Umgekehrt ist jedoch die Ruptur der Hilfsbänder keine absolut nothwendige Bedingung für das Zustandekommen einer Verrenkung. Bei einzelnen Gelenken kann eine solche bloß durch Zerreißung der Kapsel, ausnahmsweise auch ohne diese zu Stande kommen. Die Zerreißung der Hilfsbänder ist meistens durch eine so große Gewalt verursacht, dass auch die Gelenkenden aus ihrer Beziehung zu einander heraustreten. In Folge dessen sind isolirte Hilfsbänderzerreißungen sehr selten. Die Gesamtzahl einschlägiger Fälle, die Verf. sehr sorgsam aus der Litteratur zusammenstellen konnte, ist mit Berücksichtigung aller Gelenke außer der Symphyse eine verhältnismäßig recht geringe, im Ganzen 47. Dabei waren in 13 Fällen sämmtliche Gelenkbänder, in 34 je eins oder mehrere zerrissen. Am häufigsten ist dabei das Kniegelenk betheiligt. An diesem sind wiederum am seltensten die Zerreißungen des äußeren Hilfsbandes. H. konnte nur 2 derartige Fälle verzeichnet finden, zu denen er eine eigene Beobachtung hinzugefügt, die ausführlich geschildert wird.

Zu genauerem Studium der Symptome dieser Verletzung wurden Leichenversuche vorgenommen, deren Einzelheiten die Diagnose des Verf. auf eine ausschließliche Zerreißung des äußeren Bandes in seinen beiden Portionen nur bestätigen konnten. Trotzdem übrigens eine völlige Verheilung dieses Seitenbandes nicht eintrat, war das schließliche funktionelle Resultat ein günstiges, weil die durch die Läsion verursachte geringe Neigung zur Adduktion, welche sich in Extensionsstellung der unteren Extremität des Individuums passiv erzeugen lässt, durch andere mechanische, theilweise physiologische Faktoren paralysirt wurde. Diese Faktoren sind einmal der Luftdruck und dann die Wirkung einzelner Muskeln des Oberschenkels besonders durch die Vermittlung des Tractus ileotibialis fasciae latae. Ferner kommt dazu, dass das Ligamentum collaterale fibulare durch andere Gelenkbänder ersetzt werden kann, und dass statische Verhältnisse im Bau des Organismus auch bei Ruptur dieses Bandes für Aufrechterhaltung eines normalen Ganges sorgen. Verf. bestreitet auch, dass bei Verrenkungen des Kniegelenks, wenigstens was das äußere Seitenband anlangt, selbst nach erfolgter Heilung eines Risses in demselben eine Neigung des Kniegelenks zurückbliebe, gegen die Seite dieses zerrissenen Seitenbandes umzuschlagen. Der Entstehungsmechanismus der vorliegenden Verletzung, ihre geringere Häufigkeit gegenüber dem inneren Bänderriss finden eine eingehendere Besprechung.

Für die Differentialdiagnose kommt eigentlich nur noch die Fraktur des Capitulum fibulae in Betracht. Nervenverletzung, d. i. Zerreißung oder Dehnung des N. peroneus, kann bei beiden Verletzungen vorkommen, so dass allein die Beweglichkeit oder Unverschieblichkeit des Capitulum fibulae entscheidend ist. Die Therapie besteht in einer Fixirung in Strecklage des Knies.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

16) Van Hassel. Du traitement des traumatismes articulaires.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1901. No. 6.)

Die Gelenktraumen werden vom Verf. in Kontusionen ohne Hautverletzung, Gelenkwunden und in konstitutionelle nach Verletzungen auftretende Gelenkentzündungen eingetheilt.

An der Hand statistischer Erhebungen unter den Invaliden verschiedener Steinkohlenwerke konnte er nachweisen, dass die Verletzungen der ersten Gruppe den größten Procentsatz dauernd Arbeitsunfähiger lieferten. Bei gewissen Symptomen der hierhergehörigen nach Kontusionen auftretenden Gelenkentzündungen, wie beim chronischen Gelenkhydrops, bei interartikulären Blutergüssen und chronischen Synovitiden ist er ein Gegner der abwartenden Behandlung. Er empfiehlt die aseptische Punktion und die Ausspülung des Gelenkes mit heißer Borlösung oder indifferenten Lösungen. Kam er mit mehrfachen Punktionen nicht zum Ziele, oder verrieth die Farbe der sich entleerenden Flüssigkeit die Anwesenheit von Blutgerinnseln, so griff

er zur seitlichen Gelenkincision und Gelenkauswaschung. Dieses Verfahren machte sich namentlich oft am Knie nothwendig. Bei chronischen Synovitisiden genügte Punktion und Gelenkausspülung meist nicht. Hier bewährte sich die Injektion der von Schede empfohlenen 5%igen Karbollösung. Für den Nothfall blieb noch die Arthrotomie, gegebenen Falls mit anschließender Synovektomie und Gelenkdrainage. Mit allen diesen Eingriffen darf man nicht zögern, da der abnorme Gelenkinhalt zur Erschlaffung der über ihre Elasticitätsgrenze gespannten Synovialis und der Gelenkbänder führt, und hierdurch der Bildung der unheilvollen Subluxationen Vorschub geleistet wird.

Von den Komplikationen ernsterer Art, die bei Kontusionen mit einfacher Verrenkung auftreten können, macht ein fortbestehender Kapselriss, der bei der geringsten Anstrengung ein Wiederauftreten der Verrenkung zulässt, eine leichte Anfrischung und die Naht der Synovialis nöthig. Bei veralteten, nicht reponirten Verrenkungen mit meist schon bestehender fibröser theilweiser Ankylose und Atrophie der periartikulären Muskeln muss man zur Tenotomie oder Myotomie, gewöhnlich aber zur Arthrotomie oder Arthrektomie schreiten.

Weiterhin werden die mit Sehnenzerreißung einhergehenden Kontusionen besprochen. Verf. berichtet über 2 Fälle, bei denen die Tricepssehne subkutan unterhalb der Kniescheibe zerrissen war. In beiden wurde das Kniegelenk durch einen nach unten konvexen Schnitt eröffnet, von den vorhandenen Blutgerinnseln durch Ausspülung mit heißer Sublimatlösung befreit, und die Sehnennaht ausgeführt. Die Haut wurde, ohne dass man drainirte, geschlossen. In beiden Fällen trat völlige Heilung ein.

Bei den mit Fraktur der Knochenenden und mit Verrenkung verbundenen Gelenkkontusionen ist zunächst die Verrenkung zu korrigiren. Dann erst hat man die Knochenfragmente in die richtige Stellung zu bringen. In der weiteren Behandlung schließt sich Verf. den Forderungen Caldwell's an, nach denen die Erhaltung der Gelenkfunktion die Therapie beherrschen muss. Sind die Bruchstücke nicht zu sehr verschoben, so ist eine Immobilisation auszuschießen. Vor Allem darf man das Ellbogengelenk bei Gelenkbrüchen niemals ruhigstellen. Der Arm ist rechtwinklig gebeugt in einen leichten Verband zu legen. Schon am 4. Tage muss man mit Bewegungen und Massage beginnen. Bei diesen Traumen sind ferner alle die Momente gegeben, die nach den Untersuchungen von Phelps die Bildung einer Ankylose und Muskelatrophie begünstigen können: intraartikuläre Verletzung und ein pathologischer Zustand, der der definitiven Gelenkverödung Vorschub leistet. Da nach Phelps die Ruhigstellung eines Gelenkes verbunden mit andauerndem intraartikulären Druck zur Zerstörung der knöchernen Gelenkenden und der Gelenkhöhle führt, so ist das Gelenk von seinem pathologischen Inhalt zu befreien. Bildet sich doch trotz aller Vorsicht eine Ankylose aus, so ist man zur Arthrotomie oder Arthrektomie gezwungen.

*

Bei den penetrirenden Gelenkwunden, die der zweiten Gruppe der Gelenktraumen angehören, ist man in seinen Resultaten abhängig von der während der ersten Tage eingeschlagenen Behandlung. Peinlichste Desinfektion, reichliche Irrigation und nachfolgender feuchter Verband sind hier am Platze. Bei eingetretener Eiterung ist die sicherste Therapie die rechtzeitige Arthrotomie, die das Gelenk völlig eröffnet und eine absolute Reinigung gestattet. Hierauf hat Irrigation mit Sublimat- oder Formalinlösung und Drainage zu folgen. Alle 2—3 Tage müssen die Gelenke ausgewaschen werden. Später können zur Irrigation indifferente Lösungen verwerthet werden. Erkrankt die Synovialis mit, so treten die Ausschabung oder die Synovektomie in ihr Recht. Wird auch das Knochenmark mit ergriffen, so macht sich die Resektion nöthig.

Bei ausgedehnten Gelenkwunden ist stets die Arthrotomie vorzunehmen. Das Gelenk wird durch Auswaschen mit heißer Sublimat- oder Formalinlösung von Blutgerinnseln und Fremdkörpern befreit. Nach einigen Tagen oder bei eingetretener Infektion etwas später, leisten nach den Erfahrungen des Verf.s Ausspülungen mit Wasser, das mit Sauerstoff gesättigt ist, gute Dienste. Ist die Infektion nicht mehr zu fürchten, so kann an Stelle des Sauerstoffwassers eine indifferente Lösung treten.

In der Behandlung der mit Knochenverletzungen einhergehenden Gelenkwunden ist Verf. Anhänger der besonders von Reclus empfohlenen konservativen Methode. Die Punkte, auf die er der Reihe nach achtet, fasst er folgendermaßen zusammen. Es kommen in Betracht

- 1) der Allgemeinzustand des Verletzten,
- 2) Reinigung und Desinfektion des Wundgebietes.
(Bei der Ausspülung zieht er auch hier heiße Sublimat- oder besser 1⁰/₁₀₀ige Formalinlösung vor.)
- 3) Reposition und Naht der Knochenfragmente,
- 4) sorgfältige Naht der Gewebstheile, deren Erhaltung und Aneinanderheilung möglich erscheint,
- 5) Sehnen- und Nervennaht,
- 6) Anlage eines feuchten Formalingazeverbandes, der mit einem undurchlässigen Stoff gedeckt wird,
- 7) Desinfektion mit Sauerstoffwasser, wenn sich Nekrosen bilden,
- 8) Anwendung indifferenter Spülflüssigkeiten, wenn keine Infektion mehr zu fürchten ist.

Finden sich in der Umgebung der Wunde ausgedehnte, durch stumpfe Gewalteinwirkung erzeugte subkutane Gewebsschädigungen, so ist zunächst ebenfalls die konservative Behandlung unter Injektionen von Sauerstoffwasser am Platze. Doch darf man die Amputation, wenn sie nöthig erscheint, nicht hinauschieben.

Von großer Bedeutung für die spätere Funktionsfähigkeit ist namentlich an den Fingern die Nachbehandlung der Gelenktraumen. Der verletzte Finger ist so bald wie nur irgend möglich zu mobili-

siren. Verletzungen des Daumens sind unter allen Umständen konservativ zu behandeln. Für die wichtige Oppositionsbewegung ist auch ein Stumpf noch werthvoll. Auch bei den anderen Fingern ist die Ankylose der beiden Endphalangen nicht so verhängnisvoll wie die der Metacarpophalangealgelenke. Letztere bewirkt eben so wie die Ankylose zwischen Grund- und Mittelphalange völlige funktionelle Impotenz. Der Verlust des Zeigefingers oder des kleinen Fingers schädigt die Gebrauchsfähigkeit der Hand nicht wesentlich. Stark wird sie jedoch durch den gleichzeitigen Verlust dieser beiden Finger herabgesetzt. Sieht man am Mittel- oder Ringfinger die Ankylose der Metacarpophalangealgelenke voraus, so ist die sofortige Amputation vorzuziehen.

Von den Gelenkerkrankungen der dritten Gruppe registriert Verf. 3 Fälle, bei denen Lues die Heilung der Wunde ungünstig beeinflusste. Im Anschluss an das Trauma bildeten sich perisynoviale gummöse Herde und syphilitische Periostitiden, wie man sie in der Tertiärperiode der Lues auch ohne vorausgehende Verletzung auftreten sieht. So entwickelte sich nach einer heftigen, aber ohne Hautverletzung einhergehenden Kontusion des Ellbogengelenks eine Schwellung der Weichtheile, Hypertrophie der Kondylen und des Olekranon, eine Arthritis mit partieller Ankylose und schließlich eine entzündliche Veränderung der umgebenden Weichtheile mit bläulicher Verfärbung. Das anscheinend nicht mitverletzte Radiusköpfchen blieb unversehrt. Die Erscheinungen, die unter starken Schmerzen verliefen, gingen auf die spezifische Behandlung prompt zurück, so dass Pat. nach 5 Monaten wieder arbeitsfähig wurde.

Neue Gesichtspunkte über die Beziehungen zwischen Trauma und tuberkulöser Gelenkerkrankung stellt Verf. nicht auf. Auch in seinen Fällen ging fast jeder Gelenktuberkulose ein Trauma voraus. Laboratoriumsversuche haben bekanntlich die Annahme, dass das Trauma zur Gelenktuberkulose im Verhältnis wie Ursache zur Wirkung stehe, nicht bestätigen können (Friedrich). Nach einigen Autoren (Lagrange, Dollinger) spielt die Heredität eine Rolle. Was die Behandlung anbetrifft, so schließt sich Verf. den namentlich von Ollier aufgestellten präzisen Indikationen für die Gelenkresektion an. Man darf nicht reseciren, wenn das Knochenwachsthum noch nicht abgeschlossen ist und bei bösartiger sich rasch verbreitender zur Kachexie führender Gelenktuberkulose. Eiter ist durch breite Gelenkeröffnung abzulassen. Calot meint allerdings, dass durch diesen Eingriff eine Mischinfektion begünstigt werde. Er empfiehlt daher die Aspiration des Eiters mit Spritzen und eine konservative Therapie, neben der Allgemeinbehandlung besonders Injektionen von Kamphernaphthol in die Gelenke. Im Gegensatz zu Lannelongue, der annimmt, dass nach Gelenkraumen die Tuberkulose primär im Knochen, und zwar in der Epiphyse auftritt, machte Verf. die Erfahrung, dass die Synovialis hochgradig zerstört sein kann, ohne dass sich im Knochen tuberkulöse Herde finden.

Eine Resektion war in derartigen Fällen nie nothwendig. Ob man bei Gelenktuberkulosen konservativ behandeln oder eingreifen soll, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Kommt man mit der abwartenden Behandlung nicht zum Ziele, so bleiben noch die Arthrotomie, Arthrektomie, Resektion und Amputation übrig. Die Resektion ist namentlich indicirt bei Subluxationen und Kontrakturen, wie sie besonders am Kniegelenk vorkommen. An einer Reihe von Fällen sucht Verf. die Art seiner Indikationsstellung bei der Behandlung darzuthun.

LÄwen (Leipzig).

17) Blecher. Über den Einfluss der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 250.)

B. beobachtete als Assistent der Bier'schen Klinik zuerst zufällig an einem Kranken, bei dem zur Behandlung einer Oberarm-pseudarthrose an der Schulter eine Blutstauungsbinde angelegt war, eine auffällige Besserung der Beweglichkeit in dem durch längere Immobilisation arg versteiften Schultergelenke. Dieser Erfolg führte zu einer methodischen Erprobung der Blutstauung in ihrer Wirkung auf die Beweglichkeit von Gelenken, die theils durch längere Immobilisirung wegen Knochenbrüchen theils durch Traumen nebst Blutergüssen steif geworden waren (im Ganzen 18 Fälle), und es hat sich gezeigt, dass die günstige Wirkung der Stauung auf diese Zustände eine regelmäßige ist. B. erklärt diese günstige Wirkung durch das im Gefolge der Stauung regelmäßig an allen Weichtheilen der Gelenke eintretende Ödem. Die seröse Durchtränkung, die die Gelenkkapseln nebst den accessorischen Band-, Sehnen- und Fascienmassen erfahren, machen diese Theile in ähnlicher Weise geschmeidiger und biegsamer, wie etwa auch Holz, Leder etc. es durch Aufweichen im Wasser werden. Liegen intraartikuläre Blutergüsse vor, so ist an Vermehrung der Synovia durch das künstliche Ödem zu denken, das verdünnend und auflösend auf die Blutmengen wirkt. Die nach der periodisch zu unterbrechenden Stauung einsetzende Resorption des Ödems schwemmt dann den Gelenkinhalt rascher, als es ohne diese Behandlung geschähe, hinweg. Der Resorptionsvorgang während der Pausen der Blutstauung wird zweckmäßig durch eine geeignete Massage unterstützt. Überhaupt wird man sich bei Behandlung der fraglichen Gelenksteifigkeiten nicht auf die Stauung allein beschränken, sondern wird natürlich auch die mechanische Behandlung durch aktive und passive, bezw. maschinelle Bewegung für die Mobilisation ausnutzen. Oft wird schon die alltägliche Benutzung der nicht mehr fixirten Glieder zum Gehen bezw. zu den gewöhnlichen Hantirungen hierfür genügen. Auch die Heißluftbehandlung kann mit der Stauung kombinirt werden, deren Erfolg

in den behandelten Fällen aus den beigefügten kurzen Krankengeschichten ersichtlich ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

18) **A. Schanz.** Was sind und wie entstehen statische Deformitäten?

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 4.)

S. definiert die statischen Belastungsdeformitäten als krankhafte Formveränderungen des Traggerüstes des Körpers, welche durch statische Inanspruchnahme desselben über seine statische Leistungsfähigkeit entstehen. Er findet es merkwürdig, dass wir über die Frage der Entwicklung derselben noch nicht Einigkeit erzielt haben, da ganz einfache mechanische Vorgänge zu Grunde liegen, welche im lebenden Organismus genau nach denselben Gesetzen stattfinden wie an totem Material. Verf. unterscheidet bei den statischen Belastungsdeformitäten zweierlei Erscheinungen, die einen als Ergebnisse rein mechanischer Einwirkung der Überlastung, die anderen als Reaktionserscheinungen des lebenden Organismus auf die durch die mechanischen Vorgänge entstehenden Veränderungen. In einer Reihe relativ einfacher Berechnungen stellt Verf. die wichtigsten mechanischen Gesetze dar, nach welchen die beschriebenen Deformitäten erfolgen. Zeichnungen erläutern die theoretischen Erwägungen. Die wichtigste Reaktionserscheinung, mit welcher der lebende Organismus den mechanischen Vorgang der statischen Überlastungsverbiegung begleitet, ist die Verschiebung der Biegsamkeitsgrenze, welche der fortschreitenden Verbiegung entspricht und die es ja nur ermöglicht, dass die Verbiegung beliebig hohe Grade annimmt, ohne dass es zu einem Bruche kommt. Ferner zeigt der Körper auch Bestrebungen, dem deformirenden Process Einhalt zu thun. So findet man an skoliotischen Wirbelsäulen Knochenauflagerungen, exostosenartige Auswüchse, die aus kompakter Knochensubstanz bestehen und die immer in der Konkavität liegen. Auch Kyphosen, besonders die senilen, weisen ähnliche Bildungen auf, welche die beschriebene Neigung des Organismus klarlegen. Ganz besonders zeigt aber das rachitische Skelett, dass die Natur jene Aufgabe so löst wie der Techniker es thun würde, in der Säbelscheidenform der Knochen der unteren Extremitäten. Querschnitte, auf der Höhe der Krümmung angelegt, ergeben eine ovoide oder ovaläre Figur, deren längster Durchmesser in der Richtung des Ausschlags der Verbiegung liegt, was Verf. schon auf Grund seiner Berechnungen erwarten muss. Eine weitere Reaktionsfähigkeit gegen statische Belastungsveränderungen besitzt der Organismus noch in der Möglichkeit, die Gelenkhilfsbänder zu verstärken, von der aber kein so ausgiebiger Gebrauch gemacht wird wie von der Apposition des knöchernen Materials.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

19) **W. Stompel.** Das Malum coxae senile als Berufskrankheit und in seinen Beziehungen zur socialen Gesetzgebung (Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetz).

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 264.)

S. ist als Vertrauensarzt der Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für die Provinz Schlesien binnen weniger Jahre 58mal in der Lage gewesen, bei Untersuchung von Rentenkandidaten das Malum coxae senile zu diagnosticiren und mit nur einer 2maligen Ausnahme den Pat. die Rente zuzubilligen. Dabei war von den voruntersuchenden praktischen Ärzten die richtige Diagnose (4 Fälle ausgenommen) verfehlt, und zeigte sich ferner die auffallende Thatsache, dass von den Untersuchten mindestens 49 dem Stande der landwirthschaftlichen Berufsarbeiter angehörten. Die aus diesen Daten erhellende hohe praktische Wichtigkeit des Leidens hat S. zu einer eingehenden Arbeit über dasselbe veranlasst.

Nach einer Umschau in der Litteratur der Krankheit, über welche seit längerer Zeit wenig veröffentlicht ist, theilt er seine Journalnotizen über die eigenen sorgfältig untersuchten und gebuchten Fälle mit, um dann in die allgemeine klinische Besprechung einzugehen. Die Bevorzugung der ländlichen Arbeiter durch die Krankheit ist durch die schwere Arbeit bei allen Wetterunbilden zu erklären, die gerade diese Arbeiterklasse schon von früher Kindheit an bei oft mangelhafter socialer und hygienischer Subsistenz zu leisten hat. Doch verfügt S. auch über Fälle, in denen längere oder kürzere Zeit nach einem einmaligen schweren Unfall die Krankheit aufgetreten oder, wenn schon vorhanden, doch intensiv verschlimmert ist, was für die Unfallversicherung von Wichtigkeit. Der Beginn des Leidens fällt auf die Altersstufen der beginnenden senilen Involution, also vereinzelt auf Mitte bzw. Ende der vierziger, gewöhnlich auf die 50iger und 60iger Jahre. In S.'s Material sind 56,9% Männer und 43% Weiber vertreten. Eigene anatomische Untersuchungen stehen S. nicht zur Verfügung, doch hält er für sicher, dass zunächst die Gelenkknorpel des Oberschenkelkopfes und der Pfanne an den Stellen des stärksten Druckes erkranken, auf Fasern, sich zerklüften und zerstört werden. Es folgt Wucherung und Verdickung des Knochens und der periartikulären Weichtheile, eine Art narbiger Schrumpfung der Kapsel und der fibrösen Verstärkungsbänder, die zu mehr oder weniger starker, aber dauernder Gelenksteifigkeit führt. Dazu gesellt sich Knochenabschliff der knorpelentblößten Gelenkenden, doch nie in dem Grade wie bei Arthritis deformans. Klinisch ist vor Allem die anhaltende, fallweise verschiedengradige Schmerzhaftigkeit des Gelenkes, so wie auch des Kreuzes, des Gesäßes, auch des Oberschenkels zu erwähnen, bei deren Besprechung S. auf die Anatomie der Hüftgelenksnervenversorgung etwas näher eingeht. Sie bedingt große Schwäche, Unbeholfenheit und Schwerfälligkeit der Extremität, steigert sich durch

Bewegungen wie auch durch Witterungswechsel, namentlich Abkühlung. Objektiv findet man, der Weichtheilschwellung entsprechend, eine Hervorwölbung der Weichtheile um das Gelenk, knochenharte Auftreibungen der Gelenkenden, die druckempfindlich sind. Der große Trochanter wird deutlich verdickt gefunden, und hat der krankhafte Vorgang des Knochenabsciffes größere Grade erreicht, so rückt er, eine reelle Beinverkürzung beweisend, bis zu 4 cm über die Roser-Nélaton'sche Linie hinauf. Bei Prüfung der Beweglichkeit, die besonders exakt und thunlichst am völlig entkleideten Pat. vorzunehmen ist, findet sich am frühesten eine Einschränkung der Rotation, sehr bald dann der Beugung, so wie auch Ab- und Adduktion, ferner Schmerzhaftigkeit der Bewegungen. Die nothleidende Hüftbeweglichkeit führt frühzeitig zur Mitbewegung des Beckens bei jenen Bewegungen, wozu sich Beugekontrakturen nebst Beckensenkung und sekundärer Lendenlordose gesellen. Der Gang wird höchst unbeholfen, bei beiderseitiger Affektion manchmal ähnlich demjenigen bei »spastischer Spinalparalyse«, die Körperhaltung steif und oft auf die gesunde, aber auch auf die kranke Seite schief geneigt. Eine spätere Folge ist Muskelatrophie der Beine, besonders der Oberschenkel. In 26% von S.'s Fällen befiel die Krankheit beide Beine, doch niemals zu gleicher Zeit. Da gleichzeitig andere Gelenke nur ausnahmsweise befallen waren, sieht S. das Leiden als ein eigenartiges der Hüfte an, dass sich von der Arthritis deformans insbesondere dadurch unterscheidet, dass letztere durch Kapselausweitungen zum Schlottergelenk führt, während das Malum senile zur Gelenkverödung neigt. Mit der Arthritis deformans wurde die Krankheit von S.'s Voruntersuchern häufig verwechselt, häufig (17mal) wurde auch Ischias fälschlich diagnosticirt, eben so wie Rheumatismus etc. Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad sanationem absolut ungünstig, da die einmal begonnene Krankheit unaufhaltsam fortschreitet, wenn auch in nicht immer gleicher, manchmal sehr geringer Schnelligkeit. Demgemäß kann auch die Therapie nur Palliatives leisten, während die Invalidisirung im Allgemeinen schon frühzeitig zu erfolgen hat, um Verschlimmerungen durch Anstrengungen bei der Arbeit hintanzuhalten. Seltener als seitens der Alters- und Invalidenversicherung wird seitens der Unfallversicherung ein Entschädigungsanspruch der Erkrankten vorfallen, doch unter Umständen mit Fug und Recht anzuerkennen sein.

Zum Schluss der Arbeit ist ein 141 Nummern zählendes Litteraturverzeichnis angefügt. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

20) Auler. Über extrasynoviale Kapselplastik und andere plastische Operationen am Kniegelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 540.)

Das fragliche Operationsverfahren stammt von Bardenheuer und ist von diesem selbst bereits auf der Naturforscherversammlung in Aachen 1900 publicirt (cf. dieses Blatt 1900 p. 1027 »Über

Kapselverengung bei Gelenksaffektionen (c). Bei Schlotterknie, habitueller Kniescheibenverrenkung nach außen, Genu valgum, Kapselerschaffung nach arthritischen Processen und traumatischem Hydrops kommt es zur Indikation. In dem citirten Referat im vorigen Jahrgang dieses Blattes ist bereits das Wesentliche der Operationstechnik mitgetheilt. A. liefert in seiner Arbeit eine eingehendere Beschreibung und publicirt die bislang von Bardenheuer mit der Operation behandelten Fälle — an Zahl 21. Die erzielten Resultate sind fast durchweg sehr gut.

Es handelt sich durchgehends um eine künstliche Verengung der inneren Kniegelenkshöhlenhälfte, außerdem aber um Maßnahmen, um die Zugwirkung des Quadriceps an der Kniescheibe mehr medianwärts zu legen und die Wirkung des Vastus int. dem Vastus ext. gegenüber zu verstärken. Sämmtliche an der Aponeurose, der fibrösen Gelenkkapsel, der Quadricepssehne und dem Lig. patell. inf. hierzu erforderlichen Incisionen und Vernähungen lassen sich völlig extrasynovial ausführen. Der bogenförmige Hautschnitt beginnt ca. 2—3 cm oberhalb der Kniescheibe am Außenrand der Quadricepssehne, geht quer über diese, dann entlang dem medialen Kniescheibenrande aber 1 cm von ihm entfernt nach unten und über das Lig. patell. wieder nach außen; er ist also nach innen und hinten konvex halbmondförmig. Nach Durchtrennung der Aponeurose liegt die Capsula fibrosa frei. Auch sie wird gespalten, die Synovialis zurückgeschoben. Nachdem dies geschehen, wird die Quadricepssehne bis auf etwa $\frac{3}{4}$ ihrer Breite quer durchtrennt. Die entstandenen Sehnenzipfel werden so wieder zusammengenäht, dass die hintere Fläche des oberen Zipfels die vordere des unteren etwa um 1 cm am inneren Rande überragt. Der hintere Wundrand der fibrösen Kapsel wird weit über den vorderen hinübergezogen und mit dem Periost der Kniescheibe vernäht. Mit der Aponeurose wird eben so verfahren, gleichzeitig aber ihr hinterer Wundrand kräftig nach unten gezogen und event. an das Tibiaperiost genäht. Eine event. noch hinzuzufügende Verkürzung des inneren Randes des Lig. patell. geschieht ähnlich wie die der Quadricepssehne. Soll die Zugwirkung des Vastus ext. auch noch herabgesetzt werden, so wird 2—3 cm oberhalb der Operationsstelle auf der Innenseite der Quadricepssehne letztere von außen nach innen zur Hälfte quer durchtrennt.

Bezüglich der interessanten und ein sehr mannigfaltiges Material betreffenden Krankengeschichten ist auf das Original zu verweisen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) **Mertens.** Die Frakturen des Calcaneus, mit besonderer Berücksichtigung des Röntgenbildes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 4.)

M. veröffentlicht die Krankengeschichten und den Befund von 15 Fällen von Fersenbeinbrüchen, von denen allerdings nur 9 aus-

fürlicher beschrieben sind. In einem Falle handelt es sich um einen Rissbruch, bei den 8 anderen um Kompressionsbrüche. Bei 4 Fällen gab erst die Röntgenphotographie näheren Aufschluss über die Natur der Verletzung, während bei den anderen Pat. schon ohne Weiteres die Diagnose gestellt werden konnte.

Bei dem Rissbruch konnte man die Thatsache feststellen, dass die Bruchlinie nicht parallel den Knochenbälkchen des Calcaneus verlaufen muss, sondern dass sie auch schräg zu denselben verlaufen und einen mehr oder weniger spitzen Winkel mit ihnen bilden kann. Bei dieser Form des Bruches kommt für die Ätiologie nur die Wirkung der Muskelkraft in Frage, während es auch Fälle giebt, bei denen erst nach dem Kompressionsbruch eine sekundäre Dislokation des einen Bruchstückes durch Muskelzug statt hat. Auch hierfür kann Verf. eine Krankengeschichte nebst Röntgenbild beifügen. Einige Fälle waren sehr schwerer Art, so dass einmal sogar eine Amputation des Fußes nothwendig wurde. 4 Fälle waren Kompressionsbrüche leichter Art mit geringfügigen Symptomen, so dass die Diagnose erst durch das Skiagramm aufgeheilt wurde.

Auch die Röntgenbilder zeigen, dass die Eintheilung in Rissbrüche, Kongestionsbrüche leichter und solche schwerer Natur eine zweckmäßige ist, da jede dieser Arten ihre charakteristischen Eigenschaften hat. Die Rissbrüche zeigen die Abspaltung eines mehr oder weniger großen Knochenstückes nebst Dislokation desselben. Der Calcaneus ist sonst unverändert, hat eine deutliche Struktur der Knochenbälkchen, gleichmäßige Schattenbildung und gleiche Höhe und Länge wie am gesunden Fersenbein. Bei den schweren Kompressionsbrüchen ist die Struktur der Substantia spongiosa aufgehoben; die letztere ist ungleichmäßig, herdweise verdichtet und zusammengestaucht. Die Höhe des Calcaneus ist vermindert, die Bruchlinien verlaufen unregelmäßig. Die leichteren Kompressionsbrüche zeigen analoge Veränderungen in geringerem Maße. Das hauptsächlichste Charakteristicum sind herdweise auftretende Verdichtungen der spongiösen Substanz des Calcaneuskörpers und Verwachsensein der Bälkchenstruktur.

Dort wo die obere Fläche des Calcaneus tief eingekerbt ist, zeigen auch die Spongiosabälkchen Lücken, so dass hier am leichtesten ein Bruch auftreten kann, wie auch vom Verf. angestellte Leichenversuche dies erhärteten. Diese Experimente zeigten auch, dass die Elasticität des Fersenbeins so groß ist, dass man es fast 1,0 cm zusammendrücken kann, ohne dass eine Fraktur entsteht. Je nach der Stellung des Fußes wird bei Kompression die laterale oder mediale Seite des Calcaneus zerbrochen. Im Gegensatz zu früheren Beobachtungen in der Litteratur sah M. weniger Längsbrüche, mehr Schräg- oder Querfrakturen. Ferner war selbst bei den meisten seiner schweren Fälle der Calcaneus isolirt gebrochen, was nach Golebiewski nicht die Regel sein soll.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

22) V. Remedi. Contributo alla cura delle varici degli arti inferiori.

(Clinica chir. 1901. No. 4.)

R. berichtet über 54 Fälle von Unterbindung der Vena saphena bei Krampfadern mit durchweg guten Resultaten. (Im Ganzen 3 Recidive; 24 2—3 Jahre lang beobachtete Kranke blieben frei von Recidiv). R. reseziert die V. saphena interna in der Höhe der Fossa ovalis und bei Varicen im Gebiete der Saphena externa diese letztere nahe der Kniekehle. — Fernerhin hat R. die Histologie der varikösen Venen studirt. Zum Vergleich mit der Vena saphena, die immer die höheren Grade der Erkrankung darbot, hat er auch mehrere Varicocele untersucht und fand dabei, dass nach einer anfänglichen passiven Erweiterung sich umschriebene Bindegewebswucherungen der Intima einstellten, an deren Peripherie die Membrana elastica sich auffasert, Zellelemente in sich aufnimmt und wahrscheinlich auch selbst wuchert. In vorgeschrittenen Fällen (nur bei Krampfadern) hypertrophirt an diesen Stellen die Muscularis und Adventitia. Größere entzündliche Herde bot fast ausschließlich die Vena saphena, selten thaten dies die anderen varikösen Venen.

A. Most (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Ein Recidiv nach der Winkelmann'schen Radikaloperation der Hydrocele.

Von

Oberarzt Dr. Carl Lauenstein in Hamburg.

In diesem Blatte 1898 No. 44 veröffentlichte Winkelmann eine »neue Methode der Radikalbehandlung der Hydrocele«, die so einfach und zweckmäßig zu sein schien, dass ich sie bei der nächsten Gelegenheit anwandte und, nachdem sie mir bei der Ausführung ebenfalls einen rationellen Eindruck gemacht hatte, regelmäßig wählte, wo sie nicht, wie in Fällen von schwieliger Verdickung des Sackes, kontraindicirt war. Ich habe dann im Jahre 1899 einmal Gelegenheit genommen, die Methode wegen ihrer Zweckmäßigkeit in der wissenschaftlichen Versammlung des Hamburger ärztlichen Vereins zu demonstrieren. Sie wurde von uns in etwa einem Dutzend von Fällen ausgeführt, und wir fanden bisher stets das, was der Autor über seine Operation mitgetheilt hatte, bestätigt, bis vor wenigen Tagen ein Pat., dem am 30. August a. c. in der chirurgischen Abtheilung der Diakonissen- und Heilanstalt Bethesda die Operation nach Winkelmann gemacht worden war, sich mit einem Recidiv mir vorstellte.

Es handelte sich um den 62jährigen F. E., Vater von 12 Kindern, von denen 7 am Leben sind. Er hatte seit 1½ Jahren eine Schwellung seines Hodensackes bemerkt, die, allmählich zunehmend, über Faustgröße erreicht hatte, sehr prall gespannt und durchscheinend war, so dass die Diagnose keine Schwierigkeit machte. Bemerken muss ich, dass Pat. nur einen Hoden, den linken, besaß, und zwar angeboren. Der rechte ließ sich weder im Bereiche des Leistenkanals, noch in der Bauchhöhle fühlen. In meinem Beisein machte der Assistenzarzt Herr Dr. Lohr die Operation unter Schleich'scher Infiltration. Der Sack war dünnwandig, mit klarem strohgelben Inhalte, der im Übrigen keiner besonderen Untersuchung unterworfen wurde. Der Hoden, von normaler Größe und Form, wurde nach Vorschrift

aus dem Incisionsspalt hervorge drückt und nach geschehener Umstülpung der Tunica in den Hodensack reponirt. Der äußere Schnitt wurde durch einige Nähte geschlossen. Steriler Verband mit Hilfe eines Suspensoriums. Schon nach Verlauf von 2 Tagen wurde Pat. entlassen und war, wie er uns nachher mittheilte, seitdem regelmäßig seinem Berufe als Stadtreisender nachgegangen.

Als Pat. sich mir am 24. Oktober von Neuem vorstellte, war der Hodensack faustgroß und sehr prall, so dass ich Anfangs bei dem absoluten Fehlen von Fluktuation an die Entwicklung eines Tumors dachte. Doch die Geschwulst war hell durchscheinend, und die sofort unter Infiltration vorgenommene Punktion entleerte 230 ccm einer gelblich röthlichen, etwas trüben Flüssigkeit von neutraler Reaktion, 1015 spec. Gewicht, von so reichlichem Eiweißgehalt, dass die Flüssigkeit beim Kochen völlig erstarrte. In dem Sediment der Flüssigkeit fanden sich zahlreiche rothe Blutkörperchen, theils frei und vielfach als Schatten, theils zusammengeballt, mit stärkerer Anhäufung von Blutfarbstoff zwischen ihnen; ferner freies Pigment, Plattenepithelien mit Anhäufungen von körnigem Pigment und vielfach kugligen Gebilden, 3—5mal so groß wie rothe Blutkörperchen, intensiver gefärbt als diese und wohl als »Blutpigmenttropfen« aufzufassen. Zucker fehlte in der Flüssigkeit.

Es liegt mir fern, aus diesem einen Ereignis der Wiederansammlung der Flüssigkeit nach der Winkelmann'schen Operation eine Kritik der Leistungsfähigkeit der Methode herzuleiten, die durch ihre Einfachheit von vorn herein so für sich einnimmt. Schien es doch a priori sehr plausibel zu sein, dass durch diese »Umstülpung« des eröffneten Sackes die Entstehung eines Hohlraumes vollständig unmöglich werden müsste, eine Voraussetzung, die ja auch bis dahin durch eine große Zahl von Operationen gerechtfertigt worden war. Denn wie wir haben vermuthlich auch andere Chirurgen sich dieser Methode bedient (siehe u. A. den letzten Jahresbericht der Czerny'schen Klinik — Beiträge zur klin. Chirurgie).

Winkelmann selbst vermuthete in seiner ersten Mittheilung, dass es zu einer Verwachsung zwischen der umgestülpten Tunica propr. und der sie umgebenden Tunica communis kommen möchte. Ich habe immer unter dem Eindrücke gestanden, dass der Schwerpunkt der Methode, abgesehen von der Beseitigung des geschlossenen Raumes, möglicherweise darin zu suchen sei, dass die Flüssigkeit, die auch nach Ausführung der Operation von der umgestülpten Tunica vag. propr. weiter abgesondert werden würde, leicht von dem umgebenden lockeren Gewebe der Tunica communis aufgenommen und aufgesogen werden könnte. In unserem hier mitgetheilten Falle ist es vermuthlich nicht zu einer Verwachsung zwischen umgestülpter Tunica propria und der umgebenden communis gekommen. Nach dem Befunde, den ich nach der Punktion, der ich — beiläufig gesagt — eine Injektion von Jodtinktur habe folgen lassen, erhob, und der einen vollkommen normalen Testikel so wie absolute Weichheit seiner Bedeckungen ergab, bin ich vielmehr geneigt, anzunehmen, dass die hier gefundene Wiederansammlung von Flüssigkeit ihren Sitz zwischen den beiden Tunicae gehabt hat. Ob diese Vermuthung richtig ist, ließe sich vielleicht durch Experimente an Thieren feststellen. Doch würden dazu wohl immerhin Thiere mit Hydrocele behaftet nöthig sein. Denn bei normalen Thieren würde die Hypersekretion der Tunica propria fehlen. Ob die umgedrehte Tunica vag. propria mit der Umgebung verwächst, dass ließe sich am Ende auch durch Experimente an Thieren ohne Hydrocele entscheiden.

23) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg. Sektion für Chirurgie.

Jordan (Heidelberg). Über die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt.

Die Frage des Kausalitätsverhältnisses von Traumen und Geschwulstbildungen ist wissenschaftlich nicht zu beantworten, so lange die Entstehungsursache der

Geschwülste unbekannt ist. Die gangbaren Hypothesen über die Geschwulstgenese lassen den Einfluss einer stumpfen Gewalteinwirkung in geringerem oder größerem Umfang verständlich erscheinen. Zur Beurtheilung der Verhältnisse sind wir ausschließlich angewiesen auf klinisches Material. Die neuesten, durch den Aufruf v. Bünchner's veranlassten Statistiken ergeben, dass nur in einem geringen Procentsatz (2—3%) der Fälle traumatische Einwirkung für die Entstehung der Geschwülste im Allgemeinen beschuldigt wird.

Bei den Carcinomen scheint das Trauma eine sehr geringe Rolle zu spielen, während ihm bei der Entstehung der Sarkome zweifellos eine größere Bedeutung zukommt. Der Procentsatz der traumatischen Sarkome ist etwa um das dreifache größer als der der Carcinome. Unter den gutartigen Tumoren stellen die Knochengeschwülste (Exostosen, Enchondrome) das Hauptkontingent zu den traumatischen Fällen. Volle Beweiskraft kann den klinischen Beobachtungen nicht zuerkannt werden, da in den meisten Fällen die Angaben über die vorausgegangene Verletzung von den Pat. stammen, keine Sicherheit bezüglich der Übereinstimmung der Stelle der Gewalteinwirkung mit dem Sitz des Tumors besteht, die Entwicklungszeit der Geschwülste unbekannt ist, und endlich der Nachweis, dass an der Kontusionsstelle nicht bereits vorher eine Geschwulst in kleinem Umfang bestand, nicht erbracht werden kann. Die Frage, ob ein Kausalszusammenhang zwischen Tumor und Trauma besteht, lässt sich auf Grund des bis jetzt vorliegenden Materials nicht beantworten. Für die Praxis ergibt sich daraus die Konsequenz, bei der Beurtheilung von Einzelfällen außerordentlich kritisch vorzugehen und die Möglichkeit eines Zusammenhangs nur dann zu bejahen, wenn die Kontusion einwandfrei nachgewiesen ist und der Sitz der Geschwulst genau dem Kontusionsherd entspricht.

In der Ätiologie der chirurgischen Tuberkulosen spielt das Trauma nach alter, ärztlicher Erfahrung, die durch statistisches Material gestützt ist, zweifellos eine gewisse Rolle. Die Frage aber, ob die Kontusion an einem bis dahin gesunden Organ das Auftreten der Tuberkulose bei bestehender allgemeiner Disposition direkt verursachen könne, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten, denn im Gegensatz zu den Resultaten Schüller's und Krause's stehen die Ergebnisse der neuesten Thierexperimente von Lannelongue und Achard, Friedrich, Honsell, nach denen das Trauma keinen Locus minoris resistentiae schafft. Nach den letztgenannten Forschern bewirkt die Verletzung nur das Manifestwerden eines bis dahin latenten tuberkulösen Herdes. Für die Begutachtung ist übrigens diese Streitfrage von keiner erheblichen Bedeutung, da die Berufsgenossenschaften auch dann haftpflichtig sind, wenn der Unfall nur eine der mitwirkenden Ursachen der Erkrankung darstellt.

Unbestritten ist der Einfluss des Traumas auf die Entstehung der akuten Osteomyelitis. Sowohl durch Thierexperimente als durch klinische Beobachtungen ist sichergestellt, dass eine Knochenquetschung die Lokalisation von im Blute kreisenden pyogenen Kokken begünstigt und das Trauma somit eine wichtige Gelegenheitsursache für die Entstehung eitriger Osteomyelitis bildet. Bedingung für die Annahme eines Zusammenhangs von Unfall und Erkrankung ist indessen die Entstehung der letzteren im unmittelbaren Anschluss an den Unfall.

Bei der Appendicitis ist der Einfluss eines Traumas plausibel, wenn der Wurmfortsatz Kothsteine enthält oder chronisch entzündliche Veränderungen aufweist. Hat die Erkrankung in direktem Anschluss an einen Stoß eingesetzt, der die Coecalgegend betroffen hat, so ist ein ursächlicher Zusammenhang anzunehmen und die Berufsgenossenschaft als entschädigungspflichtig zu erklären.

(Selbstbericht.)

Heile (Breslau). Experimentelles zur Frage der Operationshand-schuhe nebst Beiträgen zur Bedeutung der Luftinfektion.

Die Bakterien bilden augenscheinlich nur einen Theil der zur Infektion notwendigen Ingredienzien; vor Allem ist die individuelle Disposition wichtig, die sicher wieder zum Theil durch die operative Technik beeinflusst werden kann. Wir wissen aber auch einerseits, dass ein einziger Milzbrandbacillus den Tod der

Maus veranlassen kann, andererseits, besonders nach den Untersuchungen von Hermann, dass im Allgemeinen neben der Qualität vor Allem auch eine gewisse Quantität der Bakterien zur Infektion nothwendig ist. Diese Bakterienmenge muss natürlich neben ihrer Virulenz wechseln mit der Widerstandsfähigkeit des Körpers mit der Fähigkeit, die Schädigung wieder auszugleichen. Diese wechselnde Größe des zur Infektion nothwendigen Bakteriengehaltes möchte H. Infektionskoeffizienten nennen. Bei dem Wechsel der Größe des Infektionskoeffizienten kann man sich vorstellen, dass in den meisten Fällen die gewöhnlich geübten Schutzmaßregeln den Kranken genügend schützen, in vielen Fällen aber doch versagen. Daher muss unser Streben sein, die individuelle Disposition zu beeinflussen, wie wir sie z. B. beim Diabetes gegeben haben, oder aber exaktere, zweckmäßigere Operationstechniken zu ersinnen etc. Am einfachsten wird es aber vorläufig sein, möglichst viele Bakterien von der Wunde fern zu halten, um so den Infektionskoeffizienten nicht zu erreichen.

Indem v. Mikulicz davon ausging, dass unsere Hände nur keimarm, aber nicht keimfrei gemacht werden könnten, empfahl er bei aseptischen Operationen den Gebrauch von durchlässigen Zwirnhandschuhen; sie sollten keinen Ersatz der Händedesinfektion bilden, nur die Asepsie verbessern. Diese Absicht schien überflüssig zu sein, da Anfangs Döderlein u. A. Recht zu behalten schienen, die glaubten, ihre Hände absolut keimfrei machen zu können. Jetzt sind Alle (auch Döderlein u. A.) der damals von v. Mikulicz vertretenen Ansicht: die Hände sind nicht keimfrei zu machen. Aber die Zwirnhandschuhe sollen nicht nur die Keime der Hand durchlassen, sie sollen sich mit den Bakterien der Luft anreichern, um als beschränktes Bakteriendépôt immerfort Keime an die Wunde abzugeben; dann aber sind die Handschuhe eine Verschlechterung der Asepsie.

Auf der einen Seite stehen die Freunde der Zwirnhandschuhe (Kocher, v. Eiselsberg u. A. haben die Handschuhe ebenfalls seit Jahren für alle aseptischen Operationen in ihren Kliniken eingeführt), welche meinen, dass die Handschuhe wohl noch einen Theil der Handkeime durchlassen, den größten Theil aber abfiltriren; auf der anderen Seite steht der größere Theil der Chirurgen, der die Zwirnhandschuhe zum Theil für überflüssig, zum Theil für schädlich hält.

Der Beweis, dass nach Einführung der Handschuhe die Wundheilfolge bessere waren, ist nicht eindeutig, da zugleich mit Einführung der Handschuhe überhaupt bessere allgemeine aseptische Maßregeln eingeführt wurden. — Von vorn herein ist es verständlich, dass jedes Hindernis zwischen Infektionsherd und Wunde letztere mehr schützen muss. Und wenn man auch annähme, dass weitmächtige Handschuhe die kleinsten Keime durchlassen müssen, so wird doch die Möglichkeit, die Bakterien auf dem Umweg von den Händen durch die Handschuhe in die Wunde jeder Zeit wegwerfen zu können durch Ausziehen der Handschuhe, werthvoll für die Bakterienabwehr überhaupt sein. — Um exakt die Durchgängigkeit der Zwirnhandschuhe zu prüfen, hat H. das Thierexperiment und Filtrationsversuche gemacht. — Er hat seine Hände mit Kaninchenseptämiebacillen inficirt (5 ccm einer 24stündigen Bouillonkultur) und 1mal mit und 1mal ohne Handschuhe operirt. Um die bekannten Schutzkräfte des Peritoneums auszuschalten, hat er nicht wie Schloffer die Kaninchen laparotomirt, sondern hat immer ca. 15 cm lange, tiefe Incisionen am Rücken parallel der Wirbelsäule der Thiere gemacht, immer sehr starke Blutung verursacht, derart, dass er leicht das Blut tropfenweise aus den Handschuhen drücken konnte, und jedes Mal genau 15 Minuten lang operirt; dann Schluss der Wunde durch 4 versenkte Seidennähte und durch fortlaufende Hautnaht. Bei den schwer mit den ganzen 5 ccm Bouillonkultur inficirten Händen ergiebt sich keine Differenz, ob mit oder ohne Handschuhe operirt; die Thiere starben sämmtlich am nächsten Tage.

Dann hat H. 34 Kaninchen derart operirt, dass er erst operirte, nachdem er seine schwer inficirten Hände 1 Minute lang in fließendem warmem Wasser rein mechanisch mit Holzfasertupfern abgerieben hatte. Wenn auch so nur rein oberflächlich Bakterien abgerieben wurden und auch noch gewaltige Mengen Bakterien an den Händen blieben, war jetzt doch eine deutliche Differenz im Befinden der

Kaninchen vorhanden, ob mit oder ohne Handschuhe operirt. Von den mit Handschuhen operirten Thieren blieben 45% am Leben; 55% starben vom 2. bis 5. Tage. — Die ohne Handschuhe operirten starben sämmtlich, und zwar 82% gleich am 1. Tage und nur 18% am 2.—4. Tage.

H. änderte dann die Versuchsanordnung derart, dass er jedes Mal die Operation 4mal wiederholte, das eine Mal die Handschuhe 4mal wechselte und das andere Mal alle 4 Operationen mit ein und demselben Handschuhpaar machte. Von den 3 mit Wechseln der Handschuhe operirten Thieren blieben 2 am Leben, 1 starb am 2. Tage. Die 3 ohne Wechseln der Handschuhe operirten starben dagegen sämmtlich, und zwar 2 gleich am 1. Tage, 1 am 4. Tage. — Eine Versuchsreihe war nicht zu benutzen, da die Thiere an Pneumonie starben; im Übrigen wurden von den gestorbenen Thieren immer Reinkulturen von Kaninchensephthämiebacillen aus Milz und Leber gewonnen. — Das eine Mal waren die Bacillen nicht virulent genug, um die Thiere zu tödten; hier gab der Leukocytengehalt den Infektionsgrad an. Das ohne Handschuhe operirte Kaninchen hatte 31 000, das mit Handschuhen operirte Kaninchen hatte 9000 Leukocyten; das ohne Wechseln der Handschuhe operirte Thier hatte 16000, das mit Wechseln der Handschuhe operirte 6000 Leukocyten. — Zugleich mit der Infektion der Hände durch Kaninchensephthämiebacillen hatte H. auf die Hände jedes Mal je 3 ccm einer 24stündigen Bouillonkultur von *Prodigiosus* verrieben und seine Hände immer vor, während und nach einer Operation auf Agarschalen abgedrückt. Bei sehr schwer inficirten Händen wachsen auch beim Abdrücken trockener Handschuhe Keime; bei weniger stark inficirten Händen bleibt der Nährboden durchweg steril. Von den Händen und aus den Wunden wachsen nach Operationen mit Handschuhen immer viel weniger als ohne Handschuhe. Beim Wechseln der Handschuhe wachsen beim Eindringen eines jeden neuen Handschuhpaares immer weniger; mit dem Ausziehen der Handschuhe wird eine große Zahl Bakterien weggeworfen. Werden dagegen die Handschuhe nicht gewechselt, wird die Zahl der durchtretenden Bakterien proportional der Länge der Zeit immer größer. —

Die jetzt folgende Arbeit ist im hygienischen Institut zu Breslau unter Leitung von Herrn Geheimrath Flügge gemacht. Es handelte sich darum, die Hände mit einer bekannten Bakterienmenge zu inficiren, jetzt zu operiren und zu bestimmen, wie viel Keime in der Wunde sind, wie viel Keime in den Handschuhen abfiltrirt und wie viel an den Händen selbst zurückgehalten wurden. — Die Summe dieser Keime musste approximativ der ursprünglich zur Infektion benutzten Bakterienmenge gleich sein. Die Wunde wird durch ein steriles Gefäß mit physiologischer, körperwarmer Kochsalzlösung oder frisch einem Kaninchen abgesapftem Blut ersetzt. Es zeigte sich, dass ohne übergesogene Handschuhe 82% der Gesamtbakterienmenge von den Händen in die Flüssigkeit überging. Zog H. die alten, weitmaschigen Handschuhe über, so gingen nur 30% = $\frac{1}{3}$ der Gesamtmenge in die Flüssigkeit über, 24% blieben in den Handschuhen. Benutzte er aber etwas engmaschigeren, dickeren Trikotstoff, so gingen übereinstimmend in 5 Versuchen, gleichgültig ob in Blut oder Kochsalzlösung, nur 5% = $\frac{1}{20}$ der Gesamtbakterienmenge durch die Handschuhe hindurch. Dabei waren die Verhältnisse dem Hindurchtreten von Bakterien viel günstiger, als dies in der Praxis der Fall sein kann. Die Hände gingen ganz in der körperwarmen Flüssigkeit drin, waren also den Versuch hindurch so nass, wie es bei der Operation nur nach Spülen resp. nach besonders großem Blutverlust vorkommt; dann aber treffen die Versuchsbedingungen immer nur die Hände des Operateurs, während die Assistentenhände immer mehr oder weniger trocken bleiben. Die von dem Handschuhgewebe aufgesaugte Flüssigkeit wurde fortwährend 10 Minuten lang durch kräftiges Umklammern des Metallstabes und durch gegenseitiges Abstreifen der Finger wieder ausgepresst, während in der Praxis beim Knüpfen von Ligaturen, Anlegen von Klemmen etc. doch nur Flüssigkeit von einem Theil des Handschuhes in einen anderen Theil gepresst wird. Dieser etwas dickere, engmaschigere Trikotstoff wird in Folge dieser Versuchsergebnisse jetzt konsequent in der Breslauer Klinik gebraucht; er hat in der Handhabung gegenüber dem alten

Stoff keine Unannehmlichkeiten. Der etwas höhere Preis wird durch die viel größere Haltbarkeit voll kompensirt. Über Thierversuche mit diesem neuen Stoff wird später berichtet werden, da anzunehmen ist, dass sie viel besser ausfallen werden, als die oben beschriebenen, welche mit dem alten, weitmaschigen Stoff erzielt wurden.

Aus allen diesen Versuchen geht hervor, dass die Handschuhe in der Abwehr der Handkeime eine bedeutende Verbesserung darstellen. Um nun zu sehen, wie sie sich den Luftkeimen gegenüber verhielten, hat H. eine Serie von 15 Operationen gemacht, immer 3 absolut gleiche am Hund, 1mal mit Trikothandschuhen über bloßer Hand, 1mal mit Trikothandschuhen über Gummihandschuhen und 1mal mit Gummihandschuhen allein. Es zeigte sich, dass die Oberflächen der Handschuhe immer fast gleich viel Keime enthielten. Die Keimzahl dagegen, die überhaupt aus den Trikothandschuhen gezogen werden konnte, war dann am größten, wenn keine Gummihandschuhe untergezogen waren; dann beherrschten Albus und andere Handkeime das Bild, während sonst Citreus und die Luftkeime wuchsen. Die Trikothandschuhe saugen die Keime in sich auf und beherbergen sie; die Gummihandschuhe oder bloßen Hände geben aber die Keime direkt an die Wunde wieder ab. Bei den Zwirnhandschuhen hat man es jeden Augenblick in der Hand, die Bakterien mit den Handschuhen wegzuwerfen, bei den bloßen Händen oder Gummihandschuhen müsste man die Keime erst aus der Wunde wieder heraus holen. Wenn man die Hände oder Gummihandschuhe abspült, wird man die im Augenblick der Außenfläche anhaftenden Keime abspülen können; aber um zu verhindern, dass alle in jedem Augenblick aus der Luft oder der Tiefe der Haut an die Handoberfläche gelangten Keime nicht in die Wunde kommen, müsste man immerfort die Hände oder die Gummihandschuhe abspülen, weil die nicht aufsaugenden, glatten Oberflächen bei jedem Berühren der Wunde ihre Keime abstreifen. Die Trikothandschuhe saugen auf, imbibiren sich mit den Keimen und können gewaltige Bakterienmengen (viele Millionen) beherbergen, lassen aber an ihrer Oberfläche nicht größere Keimmengen, als wir sie an den Händen oder Gummihandschuhen haben.

H. hat diese Versuche zu gleicher Zeit mit den oben beschriebenen Filtrationsversuchen, also mit schwer durch Prodigiosus inficirten Händen gemacht. Prodigiosus lässt sich verhältnismäßig gut schon durch seine Farbe nachweisen. Während nun z. B. bei einer Versuchsreihe unter übergezogenem Trikot die Handoberfläche nur 700 Keime enthielt, waren in derselben Zeit an derselben Handoberfläche unter Gummihandschuhen über 30 000 Keime nachzuweisen! Unter den Gummihandschuhen waren die Hände aufgeweicht, mitunter ähnlich den Händen einer Wäscherin; sie hatten geschwitzt, so dass sich unter den Handschuhen oft richtiges Kondenswasser gebildet hatte.

Bei diesen Versuchen zeigte sich, wie gewaltige Bakterienmengen aus der Luft sich an der Handschuhoberfläche ablagern. Es wurde deshalb systematisch der Keimgehalt von Operationszimmer und Hörsaal untersucht. Im klinischen Hörsaal war die Keimzahl während der Vorbereitung zur Klinik 45, während der Klinik selbst stieg sie auf 155, um nach Schluss der Klinik auf 80 und 3 Stunden nach Beendigung des Aufräumens auf 14 wieder zu sinken. (Alle Werthe beziehen sich auf Agarschalen von 10 cm Durchmesser, welche $\frac{1}{2}$ Stunde lang exponirt waren¹.) Im aseptischen Operationssaal gehen an operationsfreien Tagen durchweg nur 3 Keime in $\frac{1}{2}$ Stunde auf, während die Menge bei der Operation auf 60 und mehr steigt. — Wenn H. den Operationssaal hermetisch mindestens 12 Stunden abschloss, ging im Durchschnitt nur 1 Keim auf; ging er dann im Saal umher, selbst ganz aseptisch angesogen und machte mit einem großen sterilen Tuch möglichst viel Staub, oder aber ließ er einen Ventilator von 500 mm Flügeldurchmesser mit $\frac{3}{4}$ Pferdekraft $\frac{1}{2}$ Stunde lang aufs kräftigste die Luft durch einander wirbeln, so gingen im Durchschnitt 10—15 Keime auf, wäh-

¹ Durch Wasserspray oder Formalindesinfektion nach Flügge ließ sich die Keimzahl um $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ herabsetzen.

rend in derselben Zeit bei ruhiger resp. bei durch Anwesenheit von ca. 20 Zuschauern natürlich erregter Luft während der Operation 50—60 Keime aufgingen. Durch das Hineintreten der Zuschauer vergrößerte sich also die Keimzahl um das 4—5fache. Da mithin der größte Theil der Keime nicht schon im Raum befindliche und nur aufgewirbelte Bakterien sind, sondern durch die Operateure resp. die Zuschauer hineingetragen werden, war es wichtig, sich bestimmte Vorstellungen machen zu können, wie sie hineinkommen. H. hat mit Pyocyaneus Versuche gemacht, deren Ergebnisse ihm sehr überraschend waren. Er hat mit Pyocyaneus inficirte Verbände gewechselt nur mit Kornsange und Schere, indem er aufs ängstlichste jede Kontaktinfektion vermied. Das Resultat war bei 7 Versuchen dasselbe: Bei gewöhnlich trockenen oder eingetrockneten Verbänden, die nur mit gewisser Kraftanstrengung loszulösen sind, so dass ein Ablösen trockener Verbandfäserchen möglich ist, wird der Rock des Arztes immer schwer inficirt, wenn er auch sicher jede Kontaktinfektion vermieden hat, nur durch die bei Ablösung des Verbandes an die Luft abgegebenen Partikelchen. Mit dem Rock lassen sich diese Infektionsmengen stundenlang aufbewahren und weiter transportiren und lösen sich dann bei leichtem Schütteln resp. Aneinanderreiben, wenn man nur die Ablösung von feinsten Fäserchen ermöglicht, wieder ab, um die Luft eines 3 cbm großen Glaskastens derart schwer zu inficiren, dass alle in ihm in allen Höhen aufgestellte Bouillonschalen dicht mit Pyocyaneus besät werden. Sind die an den Rock gelangten Mengen nicht so groß, wie z. B. beim Wechseln eines Schwarzsalbeverbandes, der mit der Wunde nicht so fest verklebt, können kleinere Bakterienmengen so fest an dem Rock des Arztes festhaften, dass sie nur durch Ausgießen von Rockstücken selbst nachgewiesen werden können. Ferner wurde der 3 cbm große Glasraum überall aufs schwerste inficirt, wenn die Verstäubung feinsten, trockener Verbandfäserchen als Träger der Bakterien ermöglicht wurde eben so wie oben beschrieben, so auch dann, wenn unter allen Vorsichtsmaßregeln der Pyocyaneusverband in dem Glaskasten selbst gewechselt wurde. Feuchtete H. den Verband aber unmittelbar vor dem Verbinden an, kam es nur zu einer geringen Versprengung, machte er aber von vorn herein einen ganz feuchten Verband, so kam es überhaupt zu keiner Zerstäubung von Pyocyaneus, wenn auch der Verband selbst ganz davon durchwachsen war und alle Versuchsbedingungen dieselben waren. Nach etlichen Misserfolgen ist es H. gelungen, dieselbe Verstäubungsfähigkeit mit *Staphylococcus aureus* bei einem Falle von *Osteomyelitis acuta Fib.* und von *Streptokokken* bei einem Falle von ausgehender Kniegelenksvereiterung nachzuweisen. Die Möglichkeit der Verstäubung kann man also ruhig a priori auf alle Bakterien verallgemeinern, da die Größen- und Gewichtsdimensionen ja ganz verschwindende sind. Beim Wechseln von eingetrocknetem Wundsekret resp. Eiter festverklebten Verbänden geht ein großer Theil der in ihnen enthaltenen Bakterien nicht nur in die Luft des Raumes über, in dem verbunden wird, auch an den Leinenmänteln des verbindenden Arztes hängen sich so viele Bakterien fest und bleiben noch stundenlang in ihrer Entwicklung unbeeinflusst, so dass der Träger des Rockes einen gefährlichen Infektionsherd mit sich herumschleppt. Betritt der Träger des Rockes den Operationssaal, und findet sich hier beim leisesten Gedränge der Zuschauer Gelegenheit zum Ablösen feinsten Fäserchen, können die aus der Luft in die Wunde hinabfallenden Keime event. eben so gefährlich werden, als wenn der Operateur oder Assistent durch Berühren von inficirten Röcken der Zuschauer selbst direkt durch Kontakt die Keime in die Wunde bringt. Redner glaubt zwar, dass die Kontaktinfektion viel gefährlicher ist, da die Keime mehr in die Wunde hineingepresst werden, und glaubt andererseits, nach anderweitigen Versuchen, dass die Luftkeime sich verhältnismäßig bald senken und mit dem Zimmerstaub so innige Berührung eingehen, dass sie für die Infektion nur noch wenig in Betracht kommen.

Trotz dieses konstant so enorm großen Bakteriengehaltes verheilen aber doch die meisten Wunden reaktionslos. Wir müssen uns eben immer mehr daran ge-

wöhnen, den Hauptwerth bei der Frage, ob Infektion oder nicht, auf die individuelle Disposition zu verlegen, darauf, dass vom gesunden Organismus enorme Bakterienmengen ohne Weiteres vernichtet werden, und unser Bemühen muss dahin gehen, den Körper in seinen normalen Schutzkräften unterstützen zu lernen. — Aber andererseits wird man in den Mänteln der Zuschauer, wie in dem Zimmerstaub eine Möglichkeit zur Infektion von Wunden anerkennen müssen. Das Beste ist und bleibt, ohne Zuschauer zu operiren. Da dies aber nicht allgemein durchzuführen ist, muss man aufs allerstrengste verlangen, dass alle in den Operationsaal Tre tenden, Ärzte und Wärter, einen rein gewaschenen, wenn möglich sterilen Rock unmittelbar vor dem Eintritt anziehen (event. undurchlässiges Tuch, das keine Fäserchen abgiebt). — Es wäre zweckmäßig, wenn alle Vorbereitungen zur Operation möglichst im Vorzimmer gemacht würden und die Betheiligten erst desinficirt den Operationsaal beträten. — Da unsere Mittel, die Hände zu desinficiren, so sehr kläglich sind, weil es trotz 15maliger strengster Desinfektion nicht gelang, im Verlauf von 3 Tagen die Hand frei von Prodigiosus zu bekommen, muss man aufs strengste jede Infektion der Hände bei eitrigen Processen durch prophylaktisches Anziehen von Gummihandschuhen vermeiden; Abstinenz im An fassen eitriger Sachen wird das Wichtigste mit für die Aseptik sein.

Mit diesen Mitteln wird der Operateur im Allgemeinen auskommen. Im klinischen Betrieb lässt sich dies aber nicht durchführen: Hier soll man darum alle Hilfsmittel ausnützen, die unsere aseptischen Maßnahmen verbessern, und dahin gehören die Zwirnhandschuhe. Die Gummihandschuhe sind für septische Operationen nicht nur zweckmäßig, sondern nothwendig; bei aseptischen Operationen sind sie aber nicht nur hinderlich, sondern event. auch gefährlich, da sie während der Operation zu leicht einen kleinen Stich oder Riss bekommen, durch den sich mit dem angesammelten Kondenswasser enorme Bakterienmassen in die Wunde ergießen können. (Selbstbericht.)

Hoffa: Die experimentelle Begründung der Sehnenplastik.

Die Sehnenplastik mit ihren vielfachen Modifikationen bedeutet einen großen Fortschritt für die chirurgische Orthopädie. Obgleich diese Operation nun schon tausendfältig ausgeführt worden ist, fehlte es bisher noch an genauen Untersuchungen über die Heilungsvorgänge im Anschluss an Sehnenplastiken. Diese Lücke hat H. ausgefüllt durch die Mittheilung von 11 Untersuchungsprotokollen von Präparaten, die er durch an Hunden und Katzen ausgeführte Sehnenplastiken gewonnen hat. Die Sehnen wurden theils verlängert, theils verkürzt, theils in der verschiedensten Weise an einander genäht. Die Thiere wurden nach verschiedenen langen Zeitintervallen getödtet, die Operationsstelle exstirpirt, gehärtet, gefärbt und durch Serienschnitte untersucht. Eins der Präparate stammt von einer Pat., bei der nach Verkürzung des Tibialis anticus eine Nachoperation nöthig wurde; im Verlauf derselben wurde die alte Operationsstelle 242 Tage nach der Operation exstirpirt.

Die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen sind in Kürze folgende: Die nach den verschiedenen Methoden der Sehnenplastik im Verlauf der nächsten Wochen sich abspielenden Prozesse führen zur Bildung einer Narbe, an deren Aufbau einerseits das Sehngewebe selbst, andererseits das Peritononium internum und externum so wie das peritendinöse Bindegewebe Antheil nimmt. Es spielen sich dabei histologisch annähernd die gleichen Vorgänge ab, wie sie nach den Untersuchungen von Enderlen, Busse und neuerdings von Schradiek für die Heilungsvorgänge nach der einfachen Tenotomie geschildert worden sind.

Die Neubildung des Sehngewebes ist in der Regel eine sehr bedeutende. Es entstehen zahlreiche Bündel junger Sehne, die in die Narbe einstrahlen und mit gleichgearteten Fasoikeln innige Geflechte eingehen. In den ersten Wochen erscheint die neugebildete Narbe noch mehr oder weniger bindegewebig, später aber wird sie vorwiegend sehnig. Alte und neugebildete Sehne sind aber noch nach Monaten durch den verschiedenen Zellreichtum, so wie durch die Farbenunterschiede (bei Hämatoxylin-Eosinfärbung) gut zu unterscheiden.

War die Operation nicht ganz aseptisch, hatte vielmehr eine leichte Infektion stattgefunden, so überwog die Proliferation des Bindegewebes entschieden die von der Sehne ausgehende Neubildung. Die Heilung wird ferner sicher verzögert, wenn sich größere Hämorrhagien im Operationsgebiete einstellen. — Sehr interessant ist das Verhalten der Sehnenpartien, welche zwischen die einzelnen Nähte gefasst, gewissermaßen abgeschnürt werden. Man erkennt dann zunächst deutlich eine Degeneration der abgeschnürten Sehnenbündel. Die regressiven Prozesse am Sehngewebe verlaufen unter Kernschwund, unter Auffaserung und homogener Quellung der Fasern. In die degenerierten Sehnenabschnitte wandern dann zahlreiche Leukocyten und Wanderzellen ein, durch deren Umwandlung dann wieder zunächst Bindegewebe und später sehniges Gewebe entsteht.

Mit dem Alter der Narbe nimmt deren Zellgehalt und Gefäßreichthum allmählich ab, während die Zwischensubstanzen zunehmen. Aber auch noch nach Monaten sind die Prozesse der Emigration und Immigration, so wie die Bildung und Rückbildung der Narbe nicht beendet.

Für die Praxis ergibt sich aus den obigen Mittheilungen einmal, dass strengste Asepsik und Vermeidung jeder Infektion, ferner exakte Blutstillung zur Verhütung von Hämorrhagien für die Erzielung einer guten Heilung nöthig sind, und ferner, dass die Fixation des operirten Theiles in der gewünschten Stellung für längere Zeit auch nach vollständig beendeter Wundheilung stattfinden muss, damit eine wirklich solide Narbe entsteht. (Selbstbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

24) Tavel. Über Wunddiphtherie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 460.)

T. berichtet über 3 Fälle plegmonös-infektiöser Erkrankungen, bei denen im Eiter außer Strepto- bzw. Staphylokokken deutliche Diphtheriebacillen auffindbar waren, ohne dass klinisch krupös-diphtherieartige Membranen und Beläge sich zeigten. In Fall 1 handelt es sich um ein bei Sektion eines Krupkinde erworbenes Panaritium nebst Lymphangitis, in Fall 2 um einen großen Abscess am Rücken, der, nach einer Pleuritis serosa entstanden, mehrere Rippen entblößt hatte, in Fall 3 um eine große, subepidermale Blase am Finger einer mit Tuberkulose der Mittelhand behafteten Pat. Die Heilung verlief jedes Mal glatt, und waren auf die Gegenwart der Bacillen beziehbare Allgemeinintoxikationserscheinungen nicht vorhanden. Im Gegensatz hierzu sind oft bei speckig belegten, übel aussehenden, »diphtheritischen« Wunden keine Diphtheriebacillen nachweisbar. Es findet sich also der Satz bestätigt: »Dieselben Krankheitsformen können von sehr verschiedenen Bakterien hervorgerufen werden, und dieselben Bakterien können sehr verschiedene Krankheitsformen erzeugen.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

25) E. Payr. Weitere Mittheilungen über Verwendung des Magnesiums bei der Naht der Blutgefäße.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 3.)

Verf. hatte Gelegenheit, die Vereinigung großer Blutgefäße durch ein vor einiger Zeit von ihm selbst angegebenes Verfahren mittels Invagination auf einer resorbirbaren Magnesiumprothese bei einem geeigneten Falle anzuwenden. Es handelte sich um ein carcinomatöses Leistendrüsensack bei einem 67jährigen Greis, der an einem Peniscarcinom gelitten hatte und desswegen 7 Monate vorher operirt worden war. Bei dem neuerlichen Eingriff zeigte sich nun, dass ein Krebszapfen in die Vena cruralis hineinwucherte, so dass ein 4,5 cm langes Stück derselben reseziert werden musste. Die Wiedervereinigung der Gefäßwundränder erfolgte nach P.'s neuer Methode. Pat. starb am 3. Tage nach der Operation, und Verf. veröffentlicht das Sektionsprotokoll, welches in seinen näher beschrie-

benen Details die Anwendungsmöglichkeit und Brauchbarkeit des Verfahrens trotz des ungünstigen Ausgangs erweist. Die Besichtigung der Innenwände der aufgeschnittenen Vene ergibt völlig normale Verhältnisse; nirgends ist eine Thrombusmasse zu finden. Die Venenlichtung ist an der Nahtstelle völlig durchgängig. An der Hinterseite der Vene ist bereits eine sehr feste Verklebung der umgeschlagenen Intima des peripheren Theiles mit der Intima der centralen Venenpartie erfolgt. An einer Stelle, wo eine Rechenpincette bei der Operation die Vene gefasst hatte, ist ein unbedeutendes Fibringerinnsel zu finden. Jedenfalls ist ersichtlich, dass in sehr kurzer Zeit gesunde Intimaflächen der Gefäße mit einander energisch verkleben können. Eine Thrombosierung ist nach dem angegebenen Befunde wohl auch nach den 3 ersten Tagen nicht mehr zu erwarten. Die histologische Untersuchung ergab ebenfalls ein durchaus befriedigendes Resultat des lokalen Befundes der Vereinigungsstelle.

Am Schluss des Aufsatzes sind einige Verbesserungen der Technik, besonders Betreffs des provisorischen Verschlusses der durchtrennten Gefäße und bezüglich der Form und Ausdehnung der Prothese angefügt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

26) E. Pagenstecher. Beiträge zu den Extremitätenmissbildungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 239.)

Beschreibung von 3 Missbildungsfällen, betreffend die Oberextremitäten, illustriert durch Photo- und Skiagramme und ätiologisch besprochen.

Fall 1. Brachydaktylie. Während die rechte Extremität normal ist, zeigt die linke eine in allen Dimensionen kleinere Hand. Die Finger sind mehr als die Mittelhand, der Daumen wieder mehr als die übrigen Finger verkleinert. Ätiologie: Wahrscheinlich raumbeengende Einflüsse bald nach der 5.—6. Embryonalwoche.

Fall 2. Pollex valgus. Der Knabe hatte einen überzähligen Daumen, welcher der Ulnarseite des Hauptdaumens angeheftet war und im 1. Lebensjahre amputirt wurde. Zur Zeit (im 11. Altersjahre) steht die Nagelphalanx des Daumens ulnarwärts deviiert. An der Grundphalanx zeigt sich leichte Abweichung des ganzen Köpfchens.

Fall 3. Verrenkung des Radiusköpfchens und Missbildung des Daumens etc. Die Verrenkung ist nur einseitig, und zwar rechts. Das Radiusköpfchen steht hinten neben dem Olekranon. Außerdem vorhandene diverse Fingermissbildungen finden sich beiderseitig, nämlich: Adduktion des Daumenmetacarpus, Abduktion der Daumenphalangen, so wie Beugekontrakturen am 4. und 5. Finger. Dabei auch schlechte Ausbildung der Carpalknochen. Ätiologie auch hier wahrscheinlich wachstumshemmende Druckverhältnisse in Folge von Amniosomalien. Die bei der angeborenen Radiusverrenkung indess vorkommende Erblichkeit bleibt in ihren Ursachen dunkel.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) E. Gallois et P. Piollet. Les déchirures vasculaires par fractures fermées de la clavicule, à propos d'un cas d'anévrysme artérioveineux consécutif à une fracture indirecte de la clavicule droite.

(Revue de chir. 1901. No. 8.)

Das Studium der Litteratur zeigt die genannte Verletzung und ihre Behandlung in traurigem Licht. Auch der vorliegende Fall endigte mit Tod.

Es handelt sich um einen 25jährigen Mann, der am 2. Juli 1900 durch Sturz von einem Maulesel auf die rechte Schulter das entsprechende Schlüsselbein brach. Zuerst stellte sich Emphysem der Haut, nach dessen Resorption nach und nach eine große pulsirende Schwellung im Bereich der Verletzung ein, die am 19. September die Überführung des Kranken nach Lyon nöthig machte. Etwa 10 Tage vorher hatte man am Bruch eine Gelatineinjektion gemacht. Bei der Aufnahme bestand Fieber; die Injektionsstelle war entzündet, dergleichen die Haut über

dem Aneurysma. Die Befürchtung, dass die Vereiterung desselben zur tödlichen Sepsis führen würde, verlangte chirurgisches Einschreiten.

Die aufregende Operation wurde mit Resektion des sternalen Fragments des noch nicht konsolidirten Schlüsselbeins begonnen, um die Art. subclavia der Unterbindung zugänglich zu machen. Weiteres Vorgehen auf diesem Wege wurde vereitelt durch die Ausdehnung der Suffusion und Ruptur des Sackes; dieser wurde breit gespalten, was mit beunruhigender Blutung verbunden war. Nach und nach gelang ihre Stillung durch Einlegen von etwa 6 Klemmen auf die Vv. subclavia, anonyma und jugularis interna so wie Art. subclavia. 4 Stunden nach der Operation verstarb der Kranke. Die obigen Details konnten erst durch genaue Präparation an der Leiche festgestellt werden.

Verff. trugen 10 hierhergehörige Fälle aus der Litteratur zusammen (Subcut. fract. clavic. mit Gefäßverletzung). 5mal war die Art. subclavia, 6 mal die Vene, 3mal waren beide, mehrmals die Vena jugul. int. bzw. die Art. subscapularis angerissen. Die Mehrzahl der Gefäßverletzungen kommt durch indirekten Schlüsselbeinbruch zu Stande; die Gewalt des Stoßes war stets beträchtlich. Mit einer Ausnahme wurde nur eine Bruchlinie festgestellt, die von außen vorn nach innen hinten verlief. So ist es auch meist das äußere, stark zugespitzte Bruchstück, das die Verletzung der Gefäße verursacht. Durch Leichenversuche haben Verff. festgestellt, dass die Ausbiegung des Bruchstückes bis 5,5 cm betragen kann.

Die Behandlung dieser Aneurysmen soll eine chirurgische sein und mit Resektion des Schlüsselbeins beginnen, damit man, wenn möglich, zu den großen Gefäßstämmen kommen kann. Ist das unmöglich, muss man auf die Exstirpation des Sackes verzichten, so soll man ihn dreist öffnen und die blutenden Gefäße fassen. Verff. verwerfen die Behandlung mittels Gelatineinjektion.

Christel (Metz).

28) A. Codivilla (Bologna). Sulla rigenerazione del plesso brachiale e sulla neurorrafia.

(Clinica chirurgica 1900. No. 9 u. 10.)

C. berichtet über 5 Fälle von Nervennaht.

1) 15jähriger Junge, Schnitt in die rechte Achselhöhle, 3 cm lang, in querer Richtung, nahe am M. pectoralis major. Blutstillung. Am nächsten Tage die Radialis und Ulnaris pulslos. Leichte Fingerbeugung und -streckung möglich, Vorderarmbewegungen fehlen durchaus. Sensibilität fehlt an der Hand gänzlich, scheint an der Dorsalseite des Vorderarms vorhanden zu sein. Narkose: Die Arteria circumflexa anterior knapp am Ursprung durchschnitten, eben so die V. axillaris und kleinere Gefäße. Unterbindung der gestern gequetschten Arteria axillaris, doppelte Unterbindung der V. axillaris. Vom Plexus brachialis sind quer durchschnitten der N. musculo-cutaneus, die Radix externa des N. medianus und der Truncus anterior internus des Plexus (Ulnaris und Pectoralnerven). Die Nervenenden stehen etwa 1 cm von einander ab, lassen sich aber leicht näher bringen. Je drei Nähte (Pferdehaar), eine durch die ganze Dicke, zwei nur die Randpartien des Stumpfes fassend, vereinigen jeden Nerven. Dazu noch einige Nähte im paraneurischen Gewebe. Ringsherum Naht des Bindegewebes, Drainage. Nach 12 Tagen: die Wunde geheilt. Die Nerven weder faradisch noch galvanisch erregbar. Die Muskeln galvanisch erregbar, jene des Thenar und Vorderarmes zeigen Entartungsreaktion, der Biceps verminderte Erregbarkeit; der Pectoralis funktioniert gar nicht. Die Sensibilität der Hand an der Volarseite, in dem Medianusgebiet, an der Radialseite, eben so an der Radialseite des Vorderarms fehlt noch vollständig. — Nach 4 Wochen: Paralyse des Biceps, der Vorderarm- und Handmuskulatur im Gebiete des Medianus und Ulnaris. Die Sensibilität im gleichen Gebiete eben angedeutet. — Nach 2 Jahren: Geringe trophische Störungen der Haut; die Hand- und Vorderarmknochen sind auffällig kleiner. Die Muskeln sind im Ganzen rechts schwächer als links. Sämtliche Gelenke frei beweglich. Deutlich ist die Schwäche der Mm. interossei und lumbriales. Die Bewegungen der Finger erfolgen etwas langsamer als links, die Kraft ist um die

Halfte geringer. Sensibilität in jeder Hinsicht normal; eben so die elektrische Erregbarkeit.

2) Schrotschuss in die linke Ellbeuge. Die Radialis pulslos, die Hand und der Vorderarm an der Volar- und Ulnarseite anästhetisch, die Beweglichkeit nur im Radialgebiet erhalten. Nach 9 Tagen Operation: Entfernung von Kugeln: Blosslegen der Nn. ulnaris und medianus. Ersterer intakt, aber in gequetschtem und infiltrirtem Gewebe, letzterer 2 cm über der Ellbeuge unterbrochen, 5 cm Distanz vom unteren Stumpf. Dieser lässt sich nur bis auf 4 cm annähern; Naht mit 2 dünnen Katgutfäden in der Längsrichtung. Hautplastik vom Thorax. — Nach 6 Jahren: Beweglichkeit kaum wiedergekehrt, Sensibilität bis auf die Spitzen des 2. und 3. Fingers normal.

3) 9jähriger Knabe. Schnitt unter der Mitte der Volarseite des linken Vorderarmes. Nach 3 Wochen: Beugung im Handgelenk schwach, Opposition des Daumens unmöglich, Bewegungen des 2. und 3. Fingers etwas behindert. Sensibilität im Medianusgebiet fehlt. Operation: Der N. medianus vollständig getrennt, die Stümpfe, 1 cm von einander, verdickt und in der Narbenmasse. Freilegung der Enden, Naht wie in Fall 1, doch mit Katgut. Nach 3 Jahren: Sensibilität und Motilität normal.

4) 26jähriger Mann. Schnitt knapp über dem linken unteren Ulnaende, der N. ulnaris durchschnitten. Naht. Nach 14 Tagen die Sensibilität wieder hergestellt, die Bewegungen beginnen. Nach 2 Monaten alles normal.

5) 40jähriger Mann. Quetschung an der Außenseite des Kniees. Nach 8 Monaten: Absprengung des Fibulaköpfchens. Der N. peroneus elektrisch nicht erregbar, die Muskeln (Mm. peronei, tibialis anticus, extensor hallucis, extensor dig. comm.) zeigen Entartungsreaktion. Operation: Entfernung des Fibulaköpfchens. Die Nervenenden sind in der Narbe eingebackten und lassen sich nur auf 8 cm nähern. Das periphere Ende wird an den freigelegten und longitudinal ange schnittenen N. popliteus internus genäht. Nach 8 Monaten keine wesentliche Besserung.

C. hebt die Wichtigkeit der direkten Vereinigung besonders hervor und empfiehlt das Pferdehaar.

J. Sternberg (Wien).

29) J. Eversmann. Über das Verhalten der Gelenkkapsel und der abgesprengten Epitrochlea bei der Luxation im Ellbogengelenk nach außen mit Interposition.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 528.)

E. berichtet über 2 einschlägige Fälle ans Sprengel's Hospitalabtheilung in Braunschweig. Beide betreffen Schüler, die beim Turnen gefallen waren. In Fall 1 war die Verrenkung deutlich nachweisbar gewesen und ärztlicherseits vor der Spitalaufnahme reponirt. Es hinterblieben starke Bewegungseinschränkungen und Sensibilitätsstörungen im Ulnarisgebiet. Starke Schwellung, Epicondylus int. fehlt, scheint im Gelenkspalt zu liegen, was das Röntgenbild bestätigt. In Fall 2 ist die vorausgegangene Verrenkung nicht sicher erwiesen; möglich, dass sie vom Turnlehrer durch passive Bewegungen reponirt wurde. Auch hier fehlt bei der Tastung der Epicondylus an normaler Stelle. Man kann ihn indess in Narkose durch geeignete Bewegungen in den Gelenkspalt ein- und wieder ausschlüpfen lassen. Die Behandlung bestand in beiden Fällen in Arthrotomie an der medialen Gelenkseite und Excision des Epicondylus, in Fall 1 gleichzeitig auch in Reposition des dislocirten Ulnarnerven. Naht, Heilung, völlige Herstellung der Funktion. Es handelt sich bei diesen Verletzungen, über die Sprengel bereits seine Dissertation geschrieben hat, um einen Einriss in der Gelenkkapsel, meist in der Richtung von innen oben über die mediale Leiste der Trochlea laufend, nach unten vorn in der Art, dass die abgerissene Epitrochlea gewissermaßen eine kleine, an einem breitbasig an der Ulna ansetzenden, langen Stiel anhaftende und daher sehr bewegliche Geschwulst darstellt. Der Stiel wird gebildet durch den medialen Kapseltheil mitsammt dem Lig. int. und den Muskelansätzen der Flexoren. Die Interposition dieser gestielten Geschwulst in den Gelenkspalt findet in verschie-

dener Weise und Vollständigkeit statt, so dass die Epitrochlea entweder an der Trochlea oder in der Cavitas sigmoidea ulnae liegt. In letzterem Falle zeigt sich der Weichtheilstiel des Knochentheiles nach hinten herumgerollt (vgl. 2 Fig.). Therapeutisch ist principiell, wie hier geschehen, Arthrotomie und Excision des abgesprengten Knochenstückchens rathsam. Für die Diagnose liegt die Nützlich-keit des Röntgenverfahrens auf der Hand. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

30) **A. Walravens**. Plastique italienne de la main.

Brüssel, Hayer, 1901. 8 S.

Pat., bei dem W. die italienische Handplastik machte, hatte etwa ein halbes Jahr vor der Operation eine Quetschung der rechten Hand erlitten. Nach Abheilung der primären Wunden in etwa 6 Wochen hatte er eine ganz verkrüppelte Hand: Der Daumen war dem Zeigefinger genähert und überbeugt. Der Zeige- und Mittelfinger standen halb gebeugt über einander, der Ring- und 5. Finger waren wenig gebeugt. Zu dieser Verkrüppelung kamen noch Substanzverluste und die Unmöglichkeit, Daumen und Zeigefinger zu strecken. Da der Versuch eines Redressements in Narkose scheiterte, wurden die narbigen Partien excidirt und der Defekt in mehreren Sitzungen durch Lappen aus dem Rücken mit temporärer Fixation der Hand am Rücken gedeckt.

Silberberg (Hirschberg i/Schl.).

31) **A. Nordmann**. Zur Kasuistik der Lymphcysten des Oberschenkels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 572.)

Die 34jährige Pat. war vor 7 Jahren, wenige Tage vor einer Entbindung, ziemlich heftig auf die rechte Gesäßhälfte gefallen. Nachdem sie das Wochenbett verlassen, stellten sich Schmerzen in der gequetschten Gegend ein, die ärztlicher Behandlung trotzten und ein Jahr später von Entwicklung einer zunächst gänseei-großen Geschwulst gefolgt wurden. Letztere wuchs in den folgenden Jahren vom großen Trochanter bis zur Kniekehle zu sehr bedeutender Größe heran, das Gehen immer mehr behindernd. Leicht auf der Unterlage beweglich, prall elastisch, stellenweise fluktuirend und von unveränderter, von spärlichen erweiterten Venen durchzogener Haut bedeckt, bot sie der Operation keine Schwierigkeit. Denn nach Spaltung der Haut war diese große Cyste leicht ausschälbar. Ihr oberer, ein fasciöses Band darstellender Stiel, welcher sich am großen Trochanter ansetzte, wurde durchtrennt, und lag hiernach die hintere Oberschenkelmuskulatur ohne jede Fascientoberlage frei da. Die genähte Wunde heilte anfänglich per primam, doch füllte sich die Wundhöhle unter der Narbe mit lymphatischer Flüssigkeit, die nun wochenlang sich reichlich entleerte. Diese Lymphorrhoe, gegen die Spülungen mit Jod- und Höllensteinlösungen wirkungslos waren, konnte erst durch Injektion einer 10%igen Zinkchloridlösung beseitigt werden, worauf nach verschiedentlichem Abscedirung und fistulöser Eiterung definitive Vernarbung eintrat. Der Cysteninhalt, ca. 1½ Liter betragend, citronengelb, klar, alkalisch, Cholestearin-kristalle, so wie Rundzellen, Fetttropfchen, Körnchen- und Spindelzellen enthaltend, beim Kochen gerinnend, war zweifellos Lymphe. Die exstirpirte Cyste war auf der Innenfläche mit Endothel ausgekleidet, ihre Wand, an der einige abgetrennte Muskelfasern hafteten, bestand aus derbem Bindegewebe, offenbar der aufgeblättern und durch den Lympherguss aufgeblähten hinteren Oberschenkel-fascie. N. nimmt an, dass durch die erlittene Gesäßkontusion außer einem Fascienriss eine Zerreißung größerer Lymphgefäße gesetzt worden war, deren Extravasate langsam die Bildung der Cyste vermittelten. Ein ganz analoger Fall scheint noch nicht beobachtet zu sein. Doch sind ähnliche Lymphextravasate übrigens von Morel-Lavallée, Gussenbauer u. A. beschrieben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 47. Sonnabend, den 23. November. 1901.

Inhalt: A. Bum, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Knochencallus. (Original-Mittheilung.)

1) **Jordan**, Erysipel. — 2) **Polak**, Desinfektion chirurgischer Instrumente. — 3) **Krecke**, Vioform. — 4) **Sapejko**, Resektion des Ganglion Gasseri. — 5) **Weermann**, Menière'scher Symptomenkomplex. — 6) **Stanculéanu** und **Depoutre**, Zur Anatomie des Schläfenbeines. — 7) **Werkens**, Sprachstörungen bei otitischem Abscess. — 8) **Lagrange**, Implantation von Kaninchenaugen. — 9) **Hinsberg**, Augenerkrankungen bei Tuberkulose der Nasenschleimhaut. — 10) **Wells**, Nachbehandlung bei Operationen an den Nasennebenhöhlen. — 11) **Moty**, Der Weisheitszahn. — 12) **Moure**, Mandelabscess. — 13) **Harnett**, Tuberkulose der Halsdrüsen. — 14) **Katzenstein**, Spina bifida occulta. — 15) **Phelps**, Pott'sche Krankheit. — 16) **Saquet**, 17) **Schanz**, Skoliose.

18) Naturforscherversammlung. — 19) **Bryant** und **White**, Arterienverkalkung beim Kinde. — 20) **Dehler**, Tetanus. — 21) **Poirier**, Schädelbruch. — 22) **Mauclair**, 23) **Matthiolius**, Schädelchüsse. — 24) **Schiller**, Schädelhyperostose. — 25) **v. Herzog**, 26) **White**, Hirngeschwulst. — 27) **Hölscher**, Hirnabscess. — 28) **Hölscher**, Thrombose des Sinus sigmoideus. — 29) **Luxenburger**, Hemiatrophia facialis.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Knochencallus¹.

Von

Dr. Anton Bum in Wien.

Im Folgenden soll über die 1. Serie einer Versuchsreihe berichtet werden, welche ich vor mehreren Monaten im Institute für experimentelle Pathologie der Wiener Universität (Prof. R. Paltauf) unter Leitung und freundlicher Unterstützung des Herrn Prof. Biedl begonnen habe, Versuche, die derzeit noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden können.

Die Anregung zu den von mir begonnenen Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Callus von

¹ Nach einer der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 25. Oktober 1901 erstatteten »vorläufigen Mittheilung«.

Röhrenknochen haben die Arbeiten Bier's gegeben. An die Beobachtung Rokitansky's bezüglich der relativen Immunität Herzkranker und Kyphotischer gegen Tuberkulose der Lungen anknüpfend — eine Immunität, welche auf die Hyperämie der Lunge zumal bei Mitralinsufficiens zurückgeführt wurde —, hat Bier die künstliche Hyperämie, und zwar nach mehrfachen fruchtlosen Vorversuchen, mit aktiver Hyperämie, die passive Hyperämie in Form von Stauung an den Extremitäten gegen Lokaltuberkulose angewendet und befriedigende, von zahlreichen Autoren (Buschke, Hamburger, Noetzel, Nassauer, Hildebrandt) bestätigte Resultate erzielt.

Es kann nicht die Aufgabe meiner heutigen Mittheilung sein, die Hypothesen anzuführen, welche die einzelnen Beobachter der Wirkungsart der Bier'schen Stauung zusprechen, und in die Diskussion hierüber einzutreten. Ich begnüge mich daher damit, den Standpunkt zu präzisiren, den Bier selbst in dieser Frage nunmehr einnimmt. Nach Bier ist es neben dem antiparasitären Einflusse der Stauung im Sinne der 'Selbsthilfe des Organismus gegen die Krankheitserreger zunächst die Bindegewebswucherung und Vernarbung bedingende Wirkung der Stauungshyperämie, welche hier die wichtigste Rolle spielt. Es handelt sich hierbei wohl um Erzeugung aseptischer Entzündung (P. Richter).

Es erschien nun naheliegend, den Einfluss dieses Verfahrens auf eine physiologische, in ihren einzelnen Stadien wohlstudirte Narbenbildung durch Knorpel- und Knochenproliferation, auf die Callusbildung nach subkutanen Frakturen von Röhrenknochen, zu erforschen, zu untersuchen, ob — wie die klinische Erfahrung erwarten lässt — die Callusbildung unter dem Einflusse der Stauung sich ändert, welche Stadien der Callusbildung es sind, die eine etwaige Änderung erfahren, und die histologischen Bilder kennen zu lernen, unter welchen sich die Callusbildung an gestauten Gliedern vollzieht.

Da war es denn von besonderem Interesse, eine Publikation Nicoladoni's aus dem Jahre 1875 heranzuziehen, welche sich mit dem von Dumreicher seit langer Zeit geübten allbekanntem Verfahren der Pseudarthrosenbehandlung beschäftigt, dessen Methodik auf durch Bindeneinwicklung der Extremität und Anlegung keilförmiger graduirter Kompressen bewirkter venöser Hyperämie der Frakturstelle beruht. Auch das theoretische Raisonement, welches dieser empirischen Methode zu Grunde gelegt wurde, so wie die klinischen Erfahrungen, die mit demselben gemacht worden sind, decken sich im Großen und Ganzen mit den heutigen Anschauungen über die Wirkungsweise der Bier'schen »Stauung«. »Durch das Dumreicher'sche Verfahren soll — sagt Nicoladoni — eine größere Menge von Ernährungsmaterial der gefährdeten Stelle zugeleitet werden, damit die Gewebe in einen Zustand versetzt werden, in welchem sie zur Aufnahme des im Überflusse gebotenen Materials tauglicher sind. Die künstlich erzeugte und in Permanenz erhaltene

Hyperämie übt nach dem bekannten Zusammenhange zwischen Nahrungsaufnahme und Funktion einen Reiz auf die bei der Callusbildung beteiligten Gewebe aus, welche Angesichts des fortwährend reichlich zuströmenden Materials in die Lage versetzt werden, den Callus bis zu seinem Ausbau zu festigen.« (Nutritive Reizung Virchow's.) Die klinischen Erscheinungen, welche der mehrere Tage dauernden Applikation des Verbandes folgten, waren die der Entzündung. Helferich hat in der Folge durch Heranziehung der Esmarch'schen Einwicklung das Dumreicher'sche Verfahren technisch vervollkommenet.

Die Versuche, über welche ich heute zu berichten die Ehre habe, wurden zunächst an jungen Kaninchen vorgenommen. Es wurden beide Tibien der Hinterextremitäten in der Diaphyse glatt gebrochen und beiderseits Gipsverbände angelegt. Vom nächsten Tage an wurde Zwecks Vornahme der Stauung oberhalb des rechten Kniegelenks ein elastisches Band, welchem Behufs Vermeidung von Decubitus ein Stück Kalikobinde unterlegt worden war, täglich durch 1—2 Stunden applicirt. Leider erwiesen sich Kaninchen für unsere Zwecke untauglich, da sie zum Theil nach wenigen Tagen eingingen, zum Theil keinerlei Tendenz zu Callusbildung zeigten, auch wenn es gelang, sie 10—12 Tage am Leben zu erhalten. In allen Fällen zeigte die gestaute Extremität in ihren peripheren Partien mehr oder minder deutliches Ödem. Bei der Obduktion erwies sich die gestaute Seite viel blutreicher als die nicht gestaute. In einem Falle war bei der am 6. Tage post fracturam vorgenommenen Sektion und am 5. Tage der täglich durch 2 Stunden vorgenommenen Stauung eine auffallende Verdickung des Periosts der Tibia oberhalb der Frakturstelle an der gestauten Seite zu konstatiren.

Die weiteren Versuche wurden an jungen Hunden vorgenommen. Auch hier wurde die Fraktur an beiden Tibien diaphysal und subkutan möglichst glatt erzeugt, Gipsgehverbände angelegt und vom nächsten Tage an das Stauungsband knapp oberhalb des rechten Kniegelenks täglich durch 1—1½ Stunden applicirt. Die Gipsverbände wurden, so oft dies nöthig war, in ihren äußeren Schichten erneuert.

Von den Thieren dieser 1. Versuchsreihe waren 7 verwertbar. Dieselben ergaben eine Versuchsdauer von 11—32 Tagen. 3 gingen am 11., 12. und 17. Tage post fracturam spontan ein, 2 an den Folgen von Phlegmonen der Pfote der gestauten Extremität, eins an Pneumonie. Die restlichen Thiere wurden am 12., 20., 23. und 32. Tage post fracturam getödtet.

Die Nekroskopie ergab in allen Fällen einen auffallenden Bluthreithum der Weichtheile der gestauten Seite. Die Muskulatur war tiefroth gefärbt. In allen Fällen fand sich seröse Imbibition des subkutanen und intermuskulären Bindegewebes an den peripheren Partien der gestauten Seite. In 4 von 7 Fällen ist es zu Cirkulationsstörungen höheren Grades — von ödematöser Schwellung bis zu

Callus am 23. Tage post fract. tibiae.

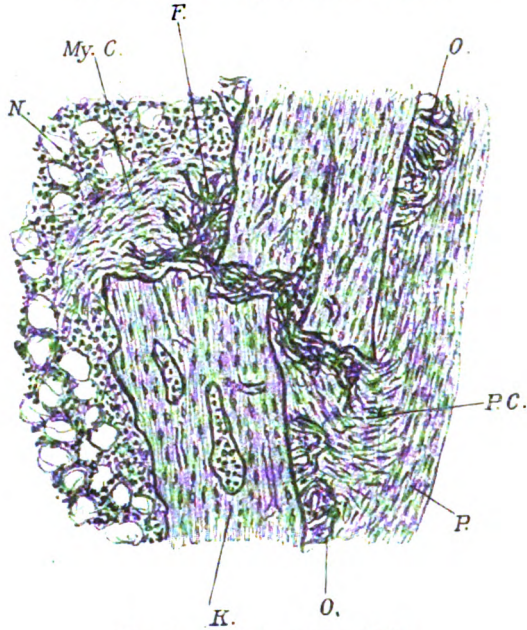


Fig. 1. Nicht gestaute Seite.

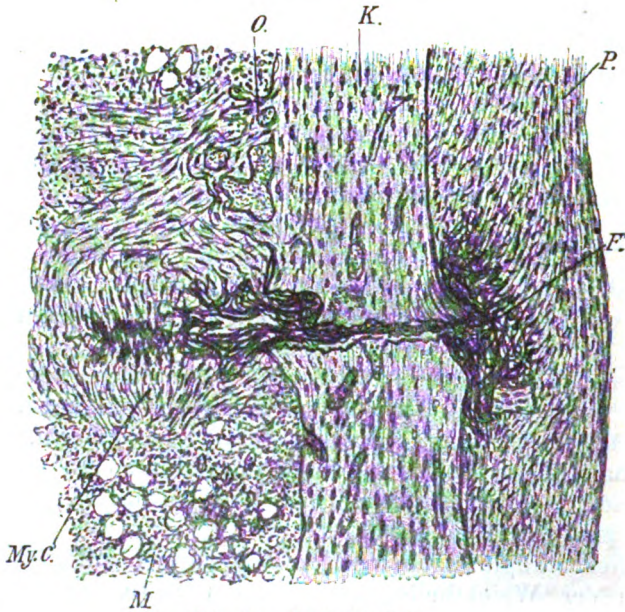


Fig. 2. Gestaute Seite.

F. = Fibrinreste. *I.* = intermediärer Callus. *K.* = fraktur. Knochen.
Kn. = Knorpel. *M.* = Markraum. *My. C.* = myelogener Callus. *O.* = Osteoblasten.
P. C. = Primärer Callus. *P.* = Periost. *V.* = Verkalkung.

Callus am 11. Tage post fract. tibia.

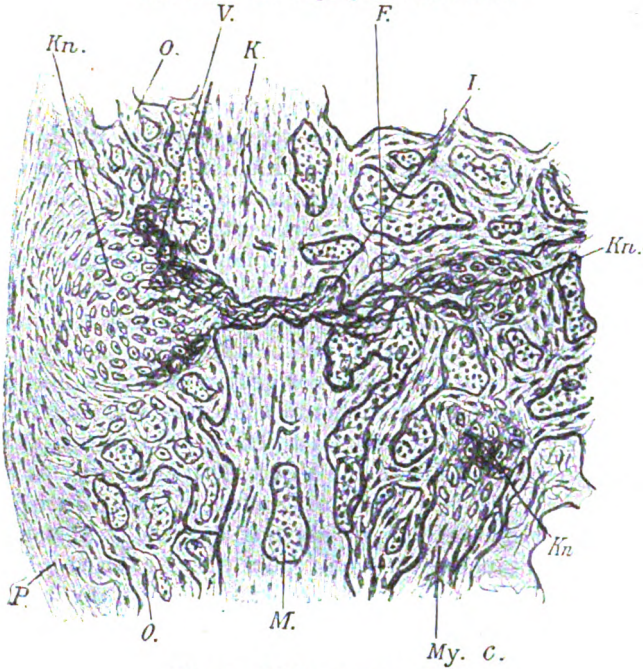


Fig. 3. Nicht gestaute Seite.

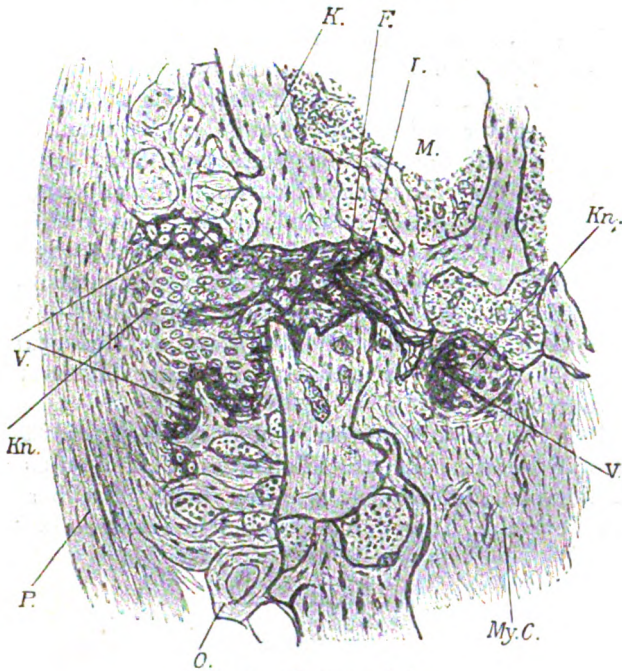


Fig. 4. Gestaute Seite.

suppurativer Phlegmone — der Pfote der gestauten Seite gekommen, welcher 2 Versuchsthierc am 11. resp. 17. Versuchstage erlegen sind.

In 5 Fällen konnte schon makroskopisch mächtigere Callusbildung und größere Festigkeit der Knochennarbe an der gestauten Seite konstatiert werden, als an der nicht gestauten.

Der Schwerpunkt meiner Untersuchungen liegt fraglos im histologischen Befunde. Bei der relativ kleinen Zahl der verwertbaren Versuchsthierc, Angesichts der großen technischen Schwierigkeiten, welche sich einer vollkommen kongruenten Frakturzeugung und ganz gleichmäßigen Retention der Fragmente an beiden Tibien jedes Versuchsthiere entgegenstellen, bei den Komplikationen, die einerseits aus dem Allgemeinbefinden der Versuchsthierc, andererseits aus dem Zustandekommen von nicht vollständig zu vermeidenden schwereren Cirkulationsstörungen der gestauten Extremität resultiren, halte ich es für geboten, mich heute sehr reservirt zu äußern.

Über jeden Zweifel erhaben ist jedoch die ausnahmslos wahrenzunehmende vorgeschrittenere Verkalkung und Ossifikation des periostalen Callus der gestauten Seite. In allen Fällen erwies sich derselbe mächtiger als auf der nicht gestauten Seite. Die erhaltenen Präparate zeigen für die gestaute Seite den Callus in einem vorgeschritteneren Stadium als für die nicht gestaute Extremität.

Insbesondere verweise ich auf den Versuch, dessen Knochenschnitte in Fig. 3 und 4 reproducirt sind, ein Versuch, dessen Ergebnis um so bemerkenswerther erscheint, als auf der nicht gestauten Seite die Bedingungen für die Callusbildung (glattere Bruchfläche, bessere Adaption und Retention) viel günstigere waren, als auf der gestauten Seite. Aber auch dort, wo andere Verhältnisse vorlagen, glatte, gut retinirte Brüche auf der gestauten, ad latus verschobene auf der nicht gestauten Seite (vgl. Fig. 1), ist bez. des periostalen Callus das raschere Fortschreiten dieser primären Callusbildung auf der gestauten Seite unverkennbar, obgleich bekanntlich leichte Dislocatio ad latus die periostale Verknöcherung begünstigt.

Der Fortschritt der Vernarbung auf der gestauten Seite betrifft — nach den Ergebnissen der bisherigen Versuche — vornehmlich den periostalen Callus, dessen überwiegende Bedeutung für die Frakturheilung P. Ziegler auf Grund seiner Thierversuche erst jüngst hervorgehoben hat.

Bezüglich des myelogenen und des intermediären Callus kann ich mir derzeit ein abschließendes Urtheil nicht erlauben. Weitere Thierversuche werden, wie ich hoffe, hierüber Aufschluss verschaffen, Versuche, über deren Ergebnisse ich seinerzeit berichten werde.

1) **Jordan (Heidelberg).** Über die Ätiologie des Erysipels und sein Verhältnis zu den pyogenen Infektionen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 35.)

Auf Grund seiner eigenen und der von anderen Forschern gemachten klinischen Beobachtungen, so wie der Thierversuche dieser letzteren, hält J. an seiner schon vor Jahren ausgesprochenen Behauptung fest, dass das Erysipel ätiologisch keine spezifische Erkrankung sei, außer durch Streptokokken, die gewöhnlichen Erreger, auch durch Staphylokokken erzeugt werden könne. Die Frage, ob auch die übrigen Eitererreger, Pneumokokken, Bacterium coli, Typhusbacillen, mit denen ersteren am Kaninchenohr typisches Erysipel hervorgerufen werden kann, beim Menschen Erysipel zu erzeugen vermögen, lässt er zunächst noch offen. J. sieht die verschiedenen Formen, in denen das Erysipel auftritt, lediglich als Intensitätsstufen derselben Erkrankung an, gleich wie auch die akute Osteomyelitis, mit der es weitgehende Analogie zeige, solche durch Differenzen in der Virulenz der pyogenen Mikroben und durch Verschiedenheiten in der Widerstandsfähigkeit der Gewebe bedingte Varietäten des klinischen Bildes darbietet.

Kramer (Glogau).

2) **Polak.** Die Desinfektion der schneidenden chirurgischen Instrumente mit Seifenspiritus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

Der Spiritus sap. kalinus tötet innerhalb 15 Minuten den an Instrumenten getrockneten Staphylococcus. Auch für die mechanische Reinigung ist er ein ausgezeichnetes Mittel, wenn man nur die Reinigung sorgfältig ausübt und mindestens $\frac{1}{2}$ Minute fortsetzt. Diese mechanische Reinigung geschieht nicht nur durch ein mit Spiritus sap. getränktes Läppchen, sondern auch durch das Anschwellen und Lockern von Blut und Eiter im Seifenbade. Diese kombinierte chemische und mechanische Wirkung ist für die Desinfektion der schneidenden Instrumente zu empfehlen. Letztere büßen nichts an ihrer Schärfe ein. Nach jeder Operation werden die schneidenden Instrumente während mindestens 15 Minuten in den Spiritus sap. gelegt und dann gründlich gereinigt. Eben so werden sie vor jeder Operation durch 15 Minuten eingelegt und mit einem sterilen leinenen Läppchen dann vorsichtig abgerieben. Ferner kann man die Seife durch 50%igen Alkohol oder durch eine sterile Borsäurelösung beseitigen. Von großem Vortheil ist es, die Instrumente vor und sofort nach dem Gebrauch in 3%ige sterile Borsäurelösung zu legen.

Borchard (Posen).

3) **Krecke (München).** Das Vioform, ein neues Jodoformpräparat.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 33.)

Auch K. hat in dem bereits von Tavel bewährt gefundenen Vioform (Jodchloroxychinolin) ein vollwerthiges Ersatzmittel des Jodo-

forms kennen gelernt, das niemals allgemeine und örtliche Nebenwirkungen hervorgerufen hat und außerdem noch den Vortheil völliger Geruchlosigkeit hat. Bei tuberkulösen Erkrankungen erwies sich das Mittel dem Jodoform durchaus ebenbürtig, nach Operationen am After, an den Harnorganen, Genitalien etc., so wie bei *Ulcus molle* von günstigster Wirkung; die Reinigung und Trockenlegung der Wunden erfolgte unter Tamponade mit Vioformgaze rasch, eine Infektion da, wo solche nach Lage der Wunde leicht möglich war, in keinem Falle.

Kramer (Glogau).

4) K. Sapejko (Kiew). Contribution à l'étude de la resection du ganglion de Gasser.

(Revue de chir. 1901. No. 9.)

S. beschäftigt sich zuerst eingehend mit der Frage, warum sowohl nach Thiersch's Resektionsmethode als auch nach der Exstirpation des Gangl. Gasseri so zahlreiche Recidive der Trigeminusneuralgien eintreten. Den Hauptgrund für letztere sieht er in der Unvollständigkeit der Exstirpation, indem häufig die fest am Sinus cavernosus haftende I. Portion zurückgelassen wird, welche die relativ frühzeitige Regeneration des Ganglion und seine Wiedervereinigung mit den peripheren Nervenstümpfen bezw. ihren Anastomosen gestattet.

Die Technik der Operation — sowohl nach Quénu als nach Horsley-Krause — biete so viel technische Schwierigkeiten, so ungenügenden Raum, dass die Eingriffe unsicher und unvollständig werden müssen. Die große Tiefe, die oft kaum, auch gar nicht zu stillende Blutung, die ermüdende und gefährliche Kompression des Gehirns mittels Deckhebels — das sind die Klippen, an denen bisher in so vielen Fällen der definitive Erfolg scheiterte.

S. hat sich nun folgendes Operationsverfahren ausgearbeitet: Er beginnt mit der Unterbindung der Carotis externa und lässt diese Wunde offen für nachherige Drainage. Dann wird ein Haut-Knochenlappen von 4 cm Radius umschnitten, dessen Mittelpunkt in der Mitte des Arcus zygomaticus liegt. Dieser wird durchschnitten, der Lappen heruntergeschlagen. Der Zugang zu den Forr. rotund. und ovale wird mittels Lürscher Zange vervollständigt. Es folgt Tamponade während mehrerer Minuten, worauf der Kopf zum leichteren Abfluss des venösen Blutes in mehr senkrechte Lage gebracht wird. Nunmehr wird ein elastischer Hebel angeschraubt, welcher einerseits einen Assistenten entlastet, zweitens gleichmäßig und ohne Verschiebung das Hirn vom Boden abhebt. Es folgt die Eröffnung der Kapsel des Ganglion, welches von seinen Anheftungen gelöst, möglichst vom centralen Ende her herausgedreht wird, damit es mit den Nervenstämmen in Verbindung bleibt. Diese werden einzeln der Reihe nach mit Thiersch'scher Pincette herausgedreht so weit als möglich. Auf diese Weise ist eine radikale Entfernung des Ganglion

gesichert und einer Wiedervereinigung etwaiger Reste mit den Nervenstümpfen vorgebeugt.

Krankengeschichten fehlen. Es sei noch hinzugefügt, dass Verf. auch die Frage diskutirt, ob die Neuralgien centralen oder peripheren Ursprungs seien; er neigt sich letzterer Annahme zu in all den Fällen, wo nur 1 oder 2 Äste des N. trig. ergriffen sind.

Christel (Mets).

5) G. Heermann. Welche therapeutischen Maßnahmen indicirt der Menière'sche Symptomenkomplex?

(Therapie der Gegenwart 1901. September.)

Verf. stellt den Symptomenkomplex der zuerst von Menière im Jahre 1861 beschriebenen und nach ihm benannten Krankheit zusammen und weist darauf hin, dass nach der 1. so wie 10 weiteren Publikationen derartiger Krankheitsfälle durch Menière in der in der Folgezeit seitens der Otologen eine ganze Reihe ähnlicher Fälle als Menière'sche Krankheit aufgefasst wurden, die es eigentlich nicht waren. Eine engere Umgrenzung des Krankheitsbildes fand durch v. Frankl-Hochwart statt. Den heutigen Standpunkt präcisirt Verf. dahin, dass die Menière'sche Krankheit auf einem Grenzgebiete zwischen Otologie und Neurologie stehe, indem die Symptome zum Theil auf ein Ohrenleiden, zum Theil auf ein Nerven- oder Allgemeinleiden zurückzuführen seien. Hinsichtlich der Therapie beschränkt sich H. darauf, einige Maßnahmen bei 3 in das Gebiet der Ohrenheilkunde schlagende Kategorien der Menière'schen Krankheit anzugeben:

1) Apoplektiforme Taubheit (echter Menière'scher Anfall). Seltenste Art. Die Ohrensymptome stehen im Vordergrund. Starkes Schwindelgefühl und Übelkeit. Erleichterung wird erzielt durch gerade Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper, lokale Blutentziehung oder Eisblase, psychische Beeinflussung, innerliche Darreichung von Brompräparaten. Kein Chinin! Bei Zeichen von Lues antiluetische Behandlung. Das Hörvermögen wird bisweilen gar nicht gebessert, bisweilen wieder hergestellt.

2) Ausgangspunkt ist eine chronische Mittelohreiterung; meist usurirt ein Cholesteatom den horizontalen knöchernen Bogengang.

In solchen Fällen sind Ätzungen granularer oder polypöser Partien in der Paukenhöhle vom Gehörgang aus oder forcirte Ausspritzungen zwecklos oder gar schädlich. Helfen kann nur die operative Freilegung des arrodirtten Bogenganges.

3) Ausgangspunkt ist ein chronischer, trockener, nicht eiteriger Mittelohrkatarrh. Behandlung im Beginn durch Luftduschen (Katheter oder Politzer'scher Ballon), Breitung'sche Vibrationsmassage des Trommelfells, Luftverdünnung im äußeren Gehörgang, Lucae'sche Drucksonde. Später subkutane Injektionen einer 2%igen Pilocarpinlösung $\frac{1}{10}$ — $\frac{7}{10}$ Pravazspritze, jeden Tag um $\frac{1}{10}$ Spritze steigend, bis Schweißsekretion eintritt. Bei Misserfolgen, d. h. Ausbleiben der

Schweißsekretion und lästigem Speichelfluss die doppelte Dosis innerlich in warmem Fliederthee. Betruhe! Kontraindikationen gegen Pilocarpin sind Herzfehler, Arteriosklerose und Fettleibigkeit.

Die letztgenannten therapeutischen Methoden empfiehlt Verf. auch für die apoplektiforme Taubheit. Nebenher kommen Jodkali und Schmierkuren bei Lues, Lithiumpräparate (Piperazin) bei Gicht in Betracht. Vor Chinin und Salicylpräparaten warnt Verf., weil dieselben labyrinthäre Hyperämien und Hämorrhagien hervorrufen.

Bei alten chronischen Mittelohrkatarrhen bleiben die genannten Maßnahmen hinsichtlich des Hörvermögens ohne Erfolg, die Menière'schen Symptome dagegen sollen günstig beeinflusst werden.

Silberberg (Hirschberg i/Schl.).

6) Stanculéanu et Depoutre. Étude anatomique des groupes cellulaires postérieures de la mastoïde.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris T. III. No. 5.)

Es ist von Wichtigkeit, die Distanz des Sulc. sigmoid. vom Antr. mastoid., so wie den Zellen genau zu kennen, welche rückwärts vom Antrum das Temporale durchsetzen. Deren giebt es 3 Gruppen: hintere, hintere obere und -untere, von denen einzelne bis an die Sut. occip.-temporalis heranreichen. Bei etwa 100 untersuchten Schläfenbeinen hat sich nun herausgestellt, dass, während die Wand des Sinus vom Antrum 7—8, seltener nur 4 mm entfernt bleibt, die Cell. mastoid. poster. oft nur durch eine außerordentlich dünne Knochenlamelle von jener getrennt sind. Sie sind es darum vornehmlich, welche die Entzündung des Antrum nach dem Sinus fortleiten.

Christel (Mets).

7) W. Merckens. Über die beim otitischen Abscess des linken Schläfenlappens auftretenden Störungen der Sprache.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 417.)

M. hat versucht, durch Vergleichung von 25 genau beobachteten Fällen von Aphasie bei linksseitigem Schläfenabscess nach Otitis die Specialcharacteristica dieser Art von Aphasie zu bestimmen. Indem er die Ausdrücke »Wortstummheit« als allgemeine Bezeichnung für Störungen der Lautsprache in der Expression, »Worttaubheit« eben so für Störungen der Lautsprache in der Perception, »Agraphie« für Störungen der Schriftsprache in der Expression, »Alexie« für Störungen der Schriftsprache in der Perception gebraucht, fand er notirt:

Wortstummheit in 100%, Worttaubheit in 32%, Störung beim Nachsprechen in 8%, Schreibstörung in 28%, Lesestörung in 36%, Seelenblindheit (angedeutet) in 16% der Fälle. Nur ausnahmsweise sind die Sprachcentra selbst geschädigt, in der Regel dagegen die Leitungsbahnen, und zwar in erster Linie diejenigen, welche das Klangbildcentrum mit dem Begriffscentrum verbinden. Seltener be-

steht eine Bahnunterbrechung zwischen Klangbildcentrum und Schriftbildcentrum. Man hat daher bei Verdacht auf Schläfenlappenabcess zuerst zu prüfen, ob Pat. vom Begriff her ungestört reden kann, d. h. ob er beim spontanen Sprechen anstandslos die richtigen Worte findet, und vor allen Dingen, ob er im Stande ist, Begriffe, die durch Sinneseindrücke erregt werden, präzise zu bezeichnen. Sodann hat man zu prüfen, ob das Verständnis für die Lautsprache erhalten ist. Endlich folgt die Untersuchung der Schriftsprache. Bezüglich der Entwicklung der Einzelheiten der Auseinandersetzung nebst mehreren Schemata zur Verdeutlichung der verschiedenen Bahnen zwischen der anzunehmenden Centra ist das Original zu vergleichen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

8) **F. Lagrange** (Bordeaux). Héteroplastic orbitaire par la greffe d'un oeil de lapin dans le capsule de Ténon.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 111.)

Es ist bekannt, dass nach Enukeation eines Auges der Stumpf sich wenig für Einlegen eines künstlichen Auges eignet. Die Versuche, die mechanischen Verhältnisse durch Einheilen eines Fremdkörpers in die Tenon'sche Kapsel zu bessern, haben nur selten befriedigende Resultate ergeben; meist kam es zu schweren entzündlichen Erscheinungen und Ausstoßen des Fremdkörpers. — L. versprach sich bessere Ergebnisse, wenn er an Stelle todter lebende Fremdkörper implantirte. Versuche mit Knochen schlugen fehl. Gute Erfolge erzielte er dagegen mit Implantation frisch exstirpirter Kaninchenaugen in 3 von 4 Fällen. Für die Technik der Operation empfiehlt er die Beachtung folgender Punkte: 1) Bei der Enukeation werden sofort die geraden Augenmuskeln sämmtlich durch je eine Fadenschlinge an der Retraktion verhindert. 2) Die Blutstillung muss ganz exakt sein. 3) Man wähle das Auge eines kleinen oder doch nur mittelgroßen, noch jungen Kaninchens, das man unter Wahrung strengster Asepsis exstirpirt. 4) Nach seiner Einlegung in die Tenon'sche Kapsel werden die Muskeln über ihm exakt ausgebreitet und durch Naht vereinigt. 5) Darüber näht man die Conjunctiva und beendet die Operation 6) durch einen aseptischen Occlusivverband.

Reichel (Chemnitz).

9) **V. Hinsberg**. Über Augenerkrankungen bei Tuberkulose der Nasenschleimhaut und die Milchsäurebehandlung der letzteren.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXXIX. Hft. 3.)

Die vorliegende Arbeit liefert wieder einen prägnanten Beweis dafür, wie eng der Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges ist; wenn auch in den letzten Jahren hier und da darauf hingewiesen wurde, so verdienen doch gerade die hier aufgeführten Fälle eine besondere Beachtung: Von 9 in der Breslauer

*

Klinik beobachteten Fällen von Nasentuberkulose wurden bei fünf Affektionen der Thränenorgane, der Conjunctiva oder der Cornea von specialistisch-fachmännischer Seite nachgewiesen. 3mal war die Augenaffektion gleichfalls tuberkulös, 1mal bestand Dakryocystitis mit Phlyktaenen (Skrofulose?), 1mal Dakryocystitis allein. Es besteht, wie Verf. mit Recht betont, kein Zweifel, dass eine Tuberkulose der Nasenschleimhaut für den Träger von eminenter Gefahr ist durch die Möglichkeit der Infektion der Umgebung, sowohl des Auges, als auch durch Vermittlung des Nasen-Rachenraumes, des Kehlkopfes und der tieferen Abschnitte der Respirationswege. Zur Behandlung empfiehlt H. nach Abtragung der Granulationen mittels Schlinge oder Curette aufs wärmste die Milchsäure; und zwar legt er in Milchsäure, der etwas Jodoformbrei zugesetzt ist, getränkte Tampons ein und lässt dieselben bis zu 3 Stunden liegen. Die Konzentration wird bis zu 80% gesteigert. Wenn auch Verf. schon in relativ kurzer Zeit ausgezeichnete Erfolge sah, so legt er doch das Hauptgewicht auf eine längere Zeit systematisch durchgeführte Behandlung.

E. Alexander (Frankfurt a/M.).

10) Wells. The after-treatment of operation on the nasal accessory sinuses.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 4.)

Verf. hat die trockene und feuchte Methode der Nachbehandlung angewandt. Als Spülmittel bei letzterer verwendet er neuerdings nur Protargol als Antisepticum, zum Entfernen von Sekret und Auflösen von Krusten u. dgl. alkalische Lösungen.

Folgende Sätze stellt er auf:

- 1) Ursache dauernder Eiterung können sein konstitutionelle Erkrankung, unvollständige Operation, Polypen oder Verstopfung des Abflussweges, Eiterung der Nebenhöhlen.
- 2) Bei der Nachbehandlung ist eben so viel Gewicht zu legen auf das Allgemeinbefinden wie auf lokale Behandlung mit antiseptischen Spülungen. Die Nasengänge müssen freigehalten werden.
- 3) Die Stirnhöhleneiterung bedingt häufig Kieferhöhleneiterung, Siebbeinzelleneiterung beide.
- 4) Unvollständige Entfernung kranken Gewebes aus den Nebenhöhlen verursacht oft Fortbestehen der Eiterung, daher öfter Wiederholung der Ausschabung in solchen Fällen nöthig.
- 5) Trockene Nachbehandlung ist fehlerhaft, weil die Sekrete nicht entfernt, sondern erst recht zum Eintrocknen gebracht werden.
- 6) Häufige und vollständige Ausspülungen sind die beste Art der Nachbehandlung. Protargol, 2—5%, als Spülung abwechselnd mit Auswischen mit 20—40%iger wässriger Glycerinlösung geben die besten Erfolge.

7) Unmittelbar nach der Operation Tamponade mit Jodoformgaze für 36—48 Stunden, dann tägliche, später alle 2 Tage Spülungen, alle 5—6 Tage Auswischen mit oben genannten Lösungen.

Trapp (Bückeburg).

11) Moty. Accidents de la dent de sagesse.

(Revue de chir. 1901. No. 5—7.)

Eine eigenthümliche Erscheinung ist der späte Durchbruch der Weisheitszähne; er ist bedingt sowohl durch Raummangel, der erst beseitigt wird durch die langsame Streckung besonders des Unterkiefers im Wachsthum, als auch durch größere Dicke des zu durchbrechenden Knochenbetts.

Die Entwicklung der Weisheitszähne kann mehrerlei Störungen erfahren: rein formativer Natur können sie in mangelhafter Ausbildung bis zum völligen Fehlen ihren Ausdruck finden. Der langsamere, vielen Schädigungen ausgesetzte Durchbruch bedingt oft das Auftreten leichter Reizungserscheinungen, Migränekopfweh, Schwellung des Zahnfleisches, leichten Trismus. Parotisschwellung, Phlegmone, Fistelbildung durch Osteoperiostitis können sich dazugesellen, wenn z. B. die benachbarten Zähne kariös sind.

Im Wesentlichen kommen jedoch diese schweren Krankheitsprocesse der folgenden Entwicklungsstörung zu, welche M. als Einschluss von Keimepithel aufgefasst wissen will: ostitische, phlegmonöse, häufig recidivirende Anfälle mit Einschmelzung des Knochens, bei denen man als Ausgangspunkt epitheliale Granulationen im Zahnkanal findet — was M. mehrfach gelungen ist —, und bei denen der Eiter, welcher oft nur in wenigen Tropfen vorhanden ist, steril gefunden wird.

Dem entsprechend hat sich die Therapie, welche im ersten Falle oft durch Skarifikation bzw. Ätzung mit Salicylalkohol Heilung bringt, bei dem Vorhandensein epithelialer Einschlüsse gegen diese zu wenden und sie durch Auskratzung zu entfernen. In manchen Fällen von Fistelbildung wird dies mit Erhaltung des Zahnes geschehen können; bei Recidiven muss er geopfert werden.

Tritt jedoch Caries der Weisheitszähne ein, die zu schwersten Phlegmonen etc. führen kann, ist von vorn herein die Entfernung der kranken Zähne geboten.

Meist werden die Krankheitserscheinungen leicht zu deuten sein. Dagegen wird die Diagnose in all den Fällen auf Schwierigkeiten stoßen, wo der Weisheitszahn völlig im Zahnkanal eingeschlossen, also überhaupt nicht sichtbar ist. Hier kann oft erst durch theilweise Resektion des Alveolarfortsatzes die richtige Ursache erkannt, der eingeschlossene Zahn entfernt werden.

Instruktive Krankengeschichten sind mehrfach eingeflochten. Genaue Beschreibung der Technik, deren sich M. bei der Entfernung des Weisheitszahnes bedient, schließt die ausführliche Arbeit.

Christel (Metz).

12) **E. J. Moure.** Abscès amygdaliens et péri-amygdaliens, diagnostic et traitement.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1901. No. 36.)

So bekannt und viel erörtert obiges Thema scheine, so herrsche doch wenigstens Betreffs der peritonsillären Abscesse und besonders ihrer Lokalisation noch nicht genügende Klarheit. Der auf die Mandel Anfangs beschränkte Process schreite gewöhnlich erst nach einigen Tagen auf die Umgebung fort und unterscheidet Verf. je nachdem: 1) die vorn oben gelegenen peritonsillären Abscesse (unter 46 Fällen 26mal). 2) Die hinteren (unter 46 Fällen 12mal), so dass die Infiltration dem hinteren Gaumenbogen entspricht und vorn die oft kaum geröthete Mandel trägt; falls keine Entleerung erfolgt, kann noch ein Fortschreiten nach vorn oben stattfinden, so dass 1) event. 2) kombiniert erscheinen. 3) Die äußeren, die viel seltener (unter 46 Fällen 2mal) auftreten, aber viel schwerere Erscheinungen, wie Drüsenschwellung, Nackensteifigkeit, Mundsperrung machen. Wenn diese Abscesse auch in die seitliche Rachengegend sich verbreiten können, so brechen sie doch meist nach der Mundhöhle zu auf, da der Weg nach außen durch die Aponeurose mehr Widerstand bietet. Verf. empfiehlt, nicht länger als 4 Tage mit der Eröffnung zu warten, und zwar wendet er den Galvanokauter an, der aseptisch und weniger schmerzhaft sei; es folgt eine genaue Beschreibung, wie bei den einzelnen Gruppen die Eröffnung vorzunehmen ist, so wie einige Bemerkungen über die Nachbehandlung.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

13) **C. J. Harnett.** Notes on tubercular disease of the lymphatic glands in the neck.

(Guy's Hospital reports Vol. LV. London, J. & A. Churchill, 1901.)

Die Arbeit verwerthet die Erfahrungen, welche H. in 1 $\frac{1}{2}$ jähriger Thätigkeit als Hausarzt des Royal Sea Bathing Hospital in Margate gesammelt hat und gründet sich auf etwa 200 Einzelbeobachtungen.

Nach einem Versuch, die tuberkulösen Erkrankungen der Halsdrüsen in 5 verschiedene Gruppen einzutheilen, verbreitet Verf. sich zunächst über die Vorzüge einer diätetisch-hygienischen Behandlung an der Seeküste und speciell in Margate. Die folgenden Ausführungen über die chirurgische Behandlung des Leidens tragen einen durchaus subjektiven Charakter und fordern den Chirurgen in nicht wenigen Punkten zum Widerspruch heraus. So, wenn H. die großen vertikalen Incisionen zu Gunsten kleiner, transversaler verwirft, wenn er von Drüsen, welche festere Verwachsungen mit den großen Gefäßen eingegangen sind, Stücke zurücklassen will, wenn er nach Ausschabung verkäster Drüsen zu exakter Naht der Hautwunde rath etc. Man merkt diesem Abschnitt der Arbeit auch an der Überschätzung der Operationsgefahren und an der besonderen Betonung von Vorsichtsmaßregeln, die jedem Chirurgen als etwas

Selbstverständliches geläufig sind, an, dass die Arbeit vom bade-ärztlichen und nicht vom chirurgischen Standpunkt geschrieben ist. Dass dieser Umstand den Werth derselben in mancher anderen Hinsicht nicht herabsetzt, bedarf keiner besonderen Versicherung.

R. v. Hippel (Kassel).

14) **M. Katzenstein.** Beitrag zur Pathologie und Therapie der Spina bifida occulta.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 3.)

K. veröffentlicht 2 interessante Fälle von Spina bifida occulta mit genauer Beschreibung der anatomischen Verhältnisse am Ort der Missbildung und mit Schilderung der sonstigen Veränderungen, der Lage- und Stellungsanomalien an den unteren Extremitäten, der trophischen Störungen und Funktionsanomalien von Blase und Mastdarm. Er bespricht die verschiedenen Theorien über die Entstehung dieser Hemmungsmisbildungen. Hier spielen die Anschauungen Virchow's und v. Recklinghausen's die wichtigste Rolle, von denen der Erstere amniotische Stränge und Entzündungsprocesse zur Erklärung mit heranzieht, während Letzterer ein Missverhältnis zwischen dem Wachsthum der Wirbelsäule und des Rückenmarks annimmt. K. selbst hält dagegen die Meinung Ranke's für die wahrscheinlich das Rechte treffende, das nämlich die mangelhafte Trennung des Hornblattes vom Medullarrohr die primäre Ursache dieser Missbildung sei.

Besonders wichtig und hervorzuheben ist nach Verf. Ansicht, dass die schweren auf centralen Veränderungen beruhenden Störungen bei Spina bifida occulta erst zur Zeit des größeren Körperwachsthums zwischen dem 9. und 17. Jahre auftreten. Als Ursache hierfür sieht K. die Verwachsungen der Haut mit dem Rückenmark an. Durch den Zug, welcher beim Wachsthum des letzteren von der Haut ausgeübt wird zur Zeit der Zunahme der Körpergröße, muss das Rückenmark in die Länge gezogen und sein Querschnitt gedehnt werden. Je größer das Körperwachsthum ist, um so ungünstiger die Wirkung.

Was die Prognose der Spina bifida betrifft, so ist sie nur ungünstig für die mit trophischen Störungen, Geschwüren etc. behafteten Individuen, wie für die Pat. mit Blasenstörungen, denen dauernd die Gefahr einer Sepsis droht. Die sekundären Störungen sind nicht beeinflussbar, wenn sie fötaler Natur sind oder durch jahrelang bestehende Rückenmarksveränderungen hervorgerufen werden. Dem Verf. glückte es, durch Exstirpation des Verbindungsstranges zwischen Haut und Rückenmark eine seit 6 Jahren bestehende Blasen-Mastdarmstörung und volle Incontinentia urinae zur Heilung zu bringen. Sonst sind nur noch 2 Fälle in der Litteratur bekannt, bei denen Zwecks Beseitigung der Sekundärstörungen operativ eingegriffen wurde. Interessant sind die Beziehungen der Spina bifida occulta zu einer Meningocele. Im Falle Verf.s hat sich eine solche im fötalen Leben spontan entleert; in Folge von Entzündungsprocessen sammelte

sich die Flüssigkeit nicht wieder an, und in dem leeren Sack entstand eine Fettwucherung ex vacuo. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

15) **A. M. Phelps.** Tubercular disease of the spine and hip.
(Buffalo med. journ. 1901. September.)

Bei der Pott'schen Krankheit unterscheidet Verf. 4 Formen: die Tuberkulose, die akute Osteomyelitis, die Aktinomykose und die nach akuten Infektionskrankheiten, besonders dem Typhus, auftretenden Erkrankungen der Wirbel. Als besten Stützapparat nach Ablauf der akut entzündlichen Erscheinungen und bei beginnender Ausheilung empfiehlt er das perforirte und emailirte Aluminiumkorsett, welches nur 1—2 Pfund (englisch) wiegt, sehr dauerhaft ist, wegen seiner Dünne die Körperform nicht entstellt, kühl und angenehm zu tragen ist und auch im Bade nicht abgelegt zu werden braucht.

Die Hauptursache der Knochenzerstörung bei der tuberkulösen Coxitis ist das Trauma und der Druck, welcher durch die reflektorischen Muskelkrämpfe auf das Gelenk ausgeübt wird. Eine Fixation des Gelenkes ohne Extension ist unmöglich, der Erfolg der Behandlung hängt ab von der absoluten Immobilisation, welche nur durch gleichzeitige Extension und Fixation erzielt werden kann. Extension in der Richtung der Achse des Oberschenkels allein wirkt ungenügend, es muss gleichzeitig in der Richtung parallel mit der Achse des Collum femoris extendirt werden. Gelenkankylose wird nicht durch die Immobilisirung, sondern den Grad und Charakter der Entzündung (ausgedehnte Knochenzerstörung) bedingt. Verf. erlebte selbst bei 1—5jähriger Fixation meist Ausheilung ohne Ankylose, wenn keine vorgeschrittene Knochenkrankung vorlag. Winklige Ankylose lässt sich immer vermeiden. Die bisher gebräuchlichsten Schienen mit Längsextension (Taylor, Saire u. A.) sind zu verwerfen, da sie das Gelenk weder fixiren, noch genügend entlasten. Verf. benutzt zur orthopädischen Behandlung der Coxitis, nachdem vorher durch gewöhnliche Extensionsbehandlung in Ruhelage die Deformität beseitigt ist, eine obigen Anforderungen entsprechende, von ihm konstruirte und durch eine Reihe von Abbildungen demonstrirte Schiene, welche von der Achselhöhle zur Sohle reicht und außer der Längsextension vermittels einer Innenschiene auch abducirend auf den Oberschenkel vermittels einer kurzen Außenschiene wirkt.

In Ergänzung des Referats in d. Bl. 1900 p. 1154 über eine P.'sche Arbeit ähnlichen Inhalts sei noch erwähnt, dass P. bei allen tuberkulösen Abscessen, bei denen es nicht möglich ist, alles Erkrankte zu entfernen (Kongestionsabscesse z. B.), die breite Incision und Ausschabung verwirft und nur die Punktion mit nachfolgender Auswaschung und möglichst hoch hinauf geführter Röhrendrainage anwendet. P. operirt tuberkulöse Gelenke immer 1) wenn Abscessbildung ohne Neigung zur Resorption vorhanden ist, 2) wenn die

Gelenkkapsel bereits durchbrochen ist, 3) bei akuter Osteomyelitis (Mischinfektion), 4) bei Abscessen, welche in wichtige Nachbarorgane (Bauchhöhle, Becken) durchzubrechen drohen, 5) bei allen sehr prallen Abscessen, 6) bei festgestellter oder wahrscheinlicher Beteiligung des Knochens, 7) bei plötzlich zunehmenden Abscessen, 8) bei Anfüllung des Gelenkes mit tuberkulösem oder purulentem Material, 9) bei wiederholtem und multiplem Auftreten von Abscessen, 10) bei Temperatursteigerungen, besonders wenn es sich um schwache Kinder handelt, 11) bei zweifelhafter Diagnose zur Feststellung des Befundes. 90% aller tuberkulöser Abscesse wird durch Mischinfektion purulent.

Mohr (Bielefeld).

16) **Saquet.** Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie.

(Indépendance méd. 1901. No. 41.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Skoliose in ihrer leichten und mittelschweren Form vorwiegend die Anwendung der schwedischen Heilgymnastik, deren von ihm geübte Anwendungsformen er genauer beschreibt. Gymnastik nach deutschem oder französischem Muster verschlimmert eher den Zustand, die gebräuchlichen Zimmerapparate sind ungenügend und oft schädlich. Selbst das beste Korsett vermag keine Skoliose zu heilen, sondern höchstens eine Besserung der schlechten Haltung herbeizuführen. Auch die prophylaktische Bedeutung der pädagogischen schwedischen Gymnastik ist nicht zu unterschätzen.

Mohr (Bielefeld).

17) **A. Schanz** (Dresden). Über die Bedeutung von Massage und Heilgymnastik in der Skoliosentherapie.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 313. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1901.)

Davon ausgehend, dass ein chronisches Missverhältnis zwischen statischer Inanspruchnahme und statischer Leistungsfähigkeit der Wirbelsäule zur Auslösung des skoliosirenden Processes führe, hält S. für die Austilgung desselben die Massage und Heilgymnastik aus folgenden Gründen für werthvoll: 1) Weil sie dazu beitragen können, die statische Inanspruchnahme der Wirbelsäule durch Herabsetzung der Zeitdauer, während der sich die Wirbelsäule in der Ermüdungshaltung und damit in ungünstigeren statischen Verhältnissen befindet, zu vermindern, und 2) weil sie durch Hebung des Allgemeinzustandes des Körpers und durch Kräftigung der Wirbelsäulenmuskulatur eine Erhöhung der Festigkeit der Knochensubstanz in der Wirbelsäule herbeizuführen helfen und so zur Erhöhung der statischen Leistungsfähigkeit der Wirbelsäule dienen können. Zur Bekämpfung der skoliotischen Deformität sind Massage und Heilgymnastik dadurch vortheilhaft, dass sie auf dem Weg der Austilgung des skoliosirenden Processes dem Selbstheilungsbestreben des Körpers die Bahn ebnen helfen, dass sie bei der Mobilisirung der Wirbelsäule große Dienste

leisten und die ungünstigsten Nebenwirkungen der zur Korrektur der Deformität dienenden portativen Apparate und korrigierenden starren Verbände zu vermindern bzw. zu beseitigen vermögen.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mittheilungen.

18) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg. Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Max Jerusalem (Wien): Zur Ätiologie und Therapie des Erysipels.

Ein wichtiges ätiologisches resp. prädisponierendes Moment für das Erysipel, speciell für das recidivirende und habituelle, bildet die Menstruation. Das Studium der Beziehungen zwischen Menses und Erysipel der Weiber — an einem größeren Krankenmaterial vorgenommen — ergab folgendes Resultat. Die zeitliche Coincidenz des Gesichtsröthlaufs mit der Periode ist sehr häufig. Unter 119 Fällen fand sich dieselbe 86mal (72%). Es handelte sich hierbei allerdings nicht in allen Fällen um normale, durch Genitalblutung manifeste Menstruation, sondern theilweise auch um Amenorrhöen, bei welchen die Erkrankung zur Zeit der ausgebliebenen Regel auftrat, welche letztere neben dem Intervall noch durch den typischen, von Fließ beschriebenen Nasenbefund — manchmal auch durch Nasenbluten — gekennzeichnet war.

Auch im Puerperium, in der Gravidität und im Anfang des Klimakteriums wurde von der Nase ausgehender Gesichtsröthlauf meist entsprechend der — früher — kritischen Zeit beobachtet. Die Recidive traten in solchen Fällen 2—6mal, in einem Falle 8mal auf, und zwar regelmäßig in 28tägigen Intervallen.

Die Erklärung dieser Thatsachen dürfte einerseits darin zu suchen sein, dass die zur Zeit der Menses geschwellte, leicht blutende Nasenschleimhaut, besonders das vordere Ende der unteren Muschel (eine der Fließ'schen Genitalstellen) kleinen Verletzungen, Exkoriationen etc. sehr leicht zugänglich ist und so der Streptokokkeninfektion eine Eingangspforte bieten kann; andererseits bedingen ja die vasomotorischen Störungen und die herabgesetzte Vitalität des menstruirenden Weibes (v. Ott) eine erhöhte Dispositionsfähigkeit für Infektion überhaupt. Die Therapie (lokale und allgemeine) erwies sich in diesen Fällen machtlos. Vielleicht würde als Prophylaxe solcher hartnäckiger Recidive die Fließ'sche Nasenbehandlung (Ätzung oder bipolare Elektrolyse der nasalen Genitalstellen, besonders der unteren Muschel) — in der anfallsfreien Zeit sorgsam durchgeführt — zum Ziele führen.

Als Therapie des Erysipels überhaupt empfiehlt sich vorwiegend die Behandlung mit konstanter Wärme (Thermophor). Durch Auflegen der gewöhnlichen Kautschuk-Thermophorkompressen auf Extremitäten, Verwendung einer entsprechenden Maske bei Kopf- und Gesichtsröthlauf und eines sog. Operationskissens bei Erysipelas migrans des Rückens wurden die besten Resultate erzielt. Auffallend war die schmerzstillende Wirkung, die in allen Fällen binnen kürzester Zeit eintrat. Der Process selbst lief rascher ab, als in analogen, mit anderen Mitteln behandelten Fällen. Als wichtigster Erfolg der Thermophortherapie ist jedoch der Umstand zu bezeichnen, dass bei Röthlauf der Extremitäten, welcher — wie bekannt — Neigung zur Abscess- und Phlegmonenbildung hat, letztere verhindert werden konnte. In 25 mit Burow- und Alkoholumschlägen behandelten Extremitätenerysipel trat 16mal Vereiterung des Zellgewebes auf, in 25 analogen, mit dem Thermophor behandelten Fällen nicht ein einziges Mal.

Es bildeten sich wohl auch hier meist an den Prädilektionsstellen (Regio praepatellaris und retromalleolaris an den unteren, Gegend der Bursa olecrani an

den oberen Extremitäten) entzündliche Infiltrate, doch serfielen dieselben nicht, sondern gingen — immer gleich derb bleibend — zurück, um schließlich spurlos zu verschwinden.

Die Thermophorbehandlung des Erysipels dürfte demnach vor allen anderen Therapien den Vorsug verdienen. (Selbstbericht.)

Kümmell (Hamburg) stellt eine Anzahl mit Röntgenstrahlen behandelter Lupuskranker vor, die man wohl als geheilt bezeichnen konnte. Wenn auch diese Methode ihre Schattenseiten habe, so glaube er doch, dass mit keiner anderen eine so gute und glatte Narbe erzielt werde.

Bertelsmann (Hamburg).

Kuhn (Kassel): Tetanus nach Gelatineinjektionen.

Redner beleuchtet die Gefahren der Gelatineinspritzungen, die bei dem zur Zeit herrschenden Verfahren nicht nur die bis jetzt erhobenen Vorwürfe zu rascher Blutgerinnung und eventueller Thrombenbildung in sich bergen, sondern bei der zweifelhaften Herkunft der käuflichen Gelatine auch Ursache schwerster Intoxikationen und selbst tödlicher Infektionen werden können. Die Gelatine kann von kranken Thieren oder aus inficirten Räumen stammen und bei der Widerstandsfähigkeit mancher Keime selbst nach landläufiger Sterilisierung lebensfähige Keime (Tetanus, Milzbrand), immer aber toxische Produkte früherer Zersetzungen in den injicirten Körper übertragen. So erwähnt Redner einen Fall, in dem ein Junge, der in durchaus einwandfreier Weise von einem Kollegen einer Blutung wegen injicirt wurde, am 5. Tage an schwerstem Tetanus zu Grunde ging. Von der Injektionsstelle entnommene Gewebstheile tödteten ein Kaninchen nach derselben Zeit unter klassischen Symptomen von Tetanus.

Redner muss daher, gestützt auf seine Beobachtungen und Versuche, darauf bestehen, dass für Gelatineinjektionen nur selbst bereitete Gelatine aus frischem leimgebenden Gewebe gesunder Schlachthiere Verwendung finde.

(Selbstbericht.)

Kölliker (Leipzig): Die Äther-Chloroformnarkose.

K. versteht unter dieser Bezeichnung nicht eine Narkose mit einem Gemisch von Chloroform und Äther, sondern eine Narkose, die mit Äther eingeleitet und nach Eintritt des Stadiums der Toleranz mit Chloroform weiter geführt wird. Zur Verabreichung des Äthers bedient er sich einer besonderen, dreitheiligen Maske, die den Vorzug hat, dass sie bei Zuführung von Äther nicht vom Gesicht entfernt zu werden braucht. Es wird der äußerste Korb gehoben und Äther nachgegossen. Der Übergang von der einfachen Äthernarkose, deren Indikationen K. feststellt, zur Äther-Chloroformnarkose geschieht in folgenden Fällen: 1) Bei starker Schleimsekretion. 2) Bei langer Dauer der Operation. 3) Falls die Äthernarkose durch fortbestehenden Tremor oder klonische Muskelsuckungen nicht tief wird. 4) Bei Operationen im Gesicht. 5) Bei Anwendung des Thermokauters im Gesicht oder am Halse.

Die Vorzüge der Äther-Chloroformnarkose sind folgende: Die Hauptgefahr des Chloroforms, die im Anfang der Narkose zu befürchtende reflektorische Herzsynkope, wird durch Einleitung der Narkose mit Äther ausgeschaltet. Die Hauptgefahr des Äthers, die Ätherpneumonie, wird wegen der kürzeren Anwendungsdauer des Äthers vermieden oder zum Mindesten sehr vermindert. Die Erfahrung hat K. gelehrt, dass nach Einleitung der Narkose mit Äther die Narkose sehr lange Zeit mit außerordentlich kleinen Dosen Chloroform erhalten werden kann. Ferner ist zu erwähnen, dass nach der Äther-Chloroformnarkose Erbrechen selten eintritt und auch jenes eigenthümliche Verwirrtsein, das man nach Anwendung des Äthers beobachtet, schwächer ausgesprochen ist oder vollkommen fehlt.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Sudeck (Hamburg) erinnert an die von ihm im Hamburger ärztlichen Verein publicirte Methode der Operationen im Ätherrausch. Die Operation beginnt nach dem ersten Athemzug, wenn nur die Schmerzempfindungen gelähmt sind; das Bewusstsein ist nur verändert, Tastgefühl etc. und die höheren

Sinnesfunktionen sind erhalten. In diesem Zustande des Ätherrausches führe er jetzt Operationen aus, die an $\frac{3}{4}$ Stunden dauern. Die später in der Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 37 angegebene Methode von Teveles stimme mit der seinigen so ziemlich überein. **Bertelsmann** (Hamburg).

F. Lange (München). Die Bildung der Sehnen aus Seide bei periostaler Verpflanzung.

Die Resultate der Sehnenverpflanzung hängen in erster Linie davon ab, ob der neue Muskel unter starker Spannung vernäht wird, und ob diese Spannung dauernd erhalten bleibt.

Da bei der alten Methode der Sehnenverpflanzung (Vernähung des kraftspendenden Muskels auf die gelähmte Sehne) die atrophische Sehne unter dem Einfluss der Kontraktionen sich nachträglich verlängern kann, hat Votr. vor 2 Jahren empfohlen, die abgespaltene Sehne direkt mit dem Periost zu vernähen (periostale Sehnenverpflanzung). Um diese Methode, welche sichere Resultate liefert, in allen Fällen anwenden zu können, hat Votr. in den letzten Jahren, wenn die Sehne des verpflanzten Muskels zu kurz oder zu dünn (Gefahr der Nekrose!) war, seidene Sehnen benutzt. Dieselben bestehen aus einer 4—8fachen Lage stärkster Seide. Das eine Ende der Fäden wird mit dem Sehnenstumpf, das andere Ende unter stärkster Spannung mit dem Periost vernäht.

Im Ganzen hat Votr. 44mal durch seidene Sehnen den kraftspendenden Muskel verlängert. Primär eingehellt sind alle Sehnen. Fadensabscesse sind bisher (die erste Operation ist vor $2\frac{1}{2}$ Jahren gemacht worden) nicht beobachtet worden; dagegen haben 2mal die Seidenfäden, welche unter stärkster Spannung angelegt waren, die hochgehobene Hautfalte durchschnitten, ohne dass es zu einer Abscessbildung gekommen wäre.

In funktioneller Beziehung genügen die seidene Sehnen den höchsten Anforderungen, weil sie rücksichtslos in stärkster Spannung vernäht werden dürfen.

Die Dauerhaftigkeit des Resultates wird dadurch gewährleistet, dass um die seidene Sehne herum sich eine Sehne von echtem Sehngewebe bildet. Votr. legt Präparate von einem Falle vor, bei dem vor $2\frac{1}{2}$ Jahren eine 12 cm lange seidene Sehne eingepflanzt worden ist, und hofft, dass gerade diese Präparate die Autoren zu einer Nachprüfung der Methode veranlassen werden.

(Selbstbericht).

Diskussion. **Wolff** (Berlin): Die periostale Sehnenplastik war eine sehr glückliche Idee des Herrn Lange. Es wird aber gut sein, nun auch gleich noch einen Schritt weiter zu gehen und statt der periostalen eine ostale Sehnenplastik zu machen. — W. legt das zu transplantierende Sehnenstück in eine von ihm an der neuen Insertionsstelle mittels des Messers oder Meißels erzeugte Knochenrinne, und zwar so, dass das Ende des Sehnenstückes noch ein wenig jenseits der Rinne hinausragt. Dann vernäht er das Periost über der Rinne und dem eingebetteten Sehnenstück, und zuletzt wird das die Rinne überragende Endstück der Sehne noch mit dem Periost vernäht. So wird eine Sehneninsertion geschaffen, die der natürlichen Insertion am Knochen sehr nahe kommt, und eine Fixation der transplantirten Sehne, die noch wesentlich zuverlässiger ist, als diejenige am Periost.

In solcher Weise hat W. die ostale Sehnenplastik in 4 Fällen ausgeführt, 2mal bei paralytischem Varus, 1mal bei paralytischem Valgus und 1mal bei angeborenem hochgradigem Valgus bei einem 7jährigen Mädchen. Das Resultat entsprach in 3 Fällen vollkommen seinen Erwartungen; der 4. Fall, und zwar der eine der beiden Varusfälle, ist erst vor 14 Tagen operirt worden und wird voraussichtlich ebenfalls zu dem erwünschten Resultat führen. W. wird das Genauere der Berliner Chirurgenvereinigung in der Decembersitzung berichten.

Hinsichtlich der von Herrn Hoffa empfohlenen Bayer'schen Verlängerung der Achillessehne durch Trennung der Sehne in 2 gegen einander in der Längsrichtung verschiebbare Hälften bemerkt W., dass man viel besser thut, die Sehne

in offener Weise mehrfach von den beiden Seiten her einzukerben. Man kann dann die Sehne verlängern, ohne dass irgend wo ihre Kontinuität gänzlich unterbrochen worden ist. Dies von W. geübte Verfahren entspricht der Mac-Ewenschen Verlängerung des Quadriceps bei veralteter Patellarfraktur, und der von W. ebenfalls am Quadriceps ausgeführten Verlängerung bei angeborener prä-femorale Luxation der Tibia.

Hoffa (Würzburg): Die Bayer'sche Operation sei, wie im Centralblatt für Chirurgie mitgetheilt wurde, neuerdings auch eine subkutane. Der Vortheil sei, dass obwohl keine Kontinuitätstrennung der Achillessehne erfolge, doch jede gewünschte Länge erreicht werde.

Wolff: Bayer's neueste Art der Verlängerung der Achillessehne ist dieselbe, eine neue Sehneneinkerbung. W. glaubt aber nicht, dass diese Einkerbungen sich in zweckentsprechender Weise subkutan ausführen lassen.

Kümmell (Hamburg): Die heutige Verhandlung über die Heteroplastik der Sehnen beweise, dass das Gute sich schließlich doch trotz aller Hindernisse Bahn brähe.

Es sei pflichtgemäß, der mannigfachen Gluck'schen Versuche auf diesem Gebiet zu gedenken, die manchmal einer herben Kritik begegnet seien.

Vulpinus (Heidelberg) hat unter 250 Sehnenüberflansungen 21mal Gelegenheit gehabt, bei Nachoperationen eine Autopsie in vivo zu machen. Während die Fascien normal aussahen, waren die Sehnenscheiden und Sehnenstümpfe nicht so gut, wie man bei der guten Funktion hätte erwarten sollen. Die Sehnenstümpfe waren grau und narbig.

Bei der periostalen Sehnen transplantation werde ein abnormer Ansatz geschaffen. V. hält dagegen die normale Insertion für die günstigste.

Petersen (Kiel) möchte in Bezug auf den Ersatz der Sehne durch fremdes Material die Seidenwurmfäden sehr warm empfehlen. Diese Fäden sind außerordentlich leicht zu sterilisiren. P. hat sie 24 Stunden in einem akuten staphylo-mykotischen Abscess liegen lassen und dann sehr leicht durch Abstreifen mit Watte und Äther oder desinficirenden Flüssigkeiten vollkommen steril machen können. Die Seidenwurmfäden werden vom lebenden Gewebe nicht resorbirt; wenn man sie auch sehr lange darin liegen lässt, findet man doch keine Arrosion durch Granulationen. Sie sind auch mit Flüssigkeit kaum zu durchtränken und wahrscheinlich gegen das Eindringen von Bakterien gesichert. In der Festschrift zum 70jährigen Geburtstage Esmarch's hat P. einen kleinen Versuch mitgetheilt. Er entfernte aus der Achillessehne eines wenige Tage alten Kaninchens ein ungefähr 1 cm langes Stück und ersetzte dies durch 2 Seidenwurmfäden. Es bildete sich um die Fäden eine gegen die normale stark verdickte Sehne. Die so behandelte Sehne hatte später die normale Länge auch bei dem fast erwachsenen Thiere, die Funktion zeigte keine Abweichung gegen die andere Seite, wie P. in einer Sitzung des physiologischen Vereins zu Kiel zeigen konnte. Von dem bald darauf im physiologischen Institut erfolgten Tode ist ihm leider eine rechtzeitige Anzeige nicht gemacht worden, so dass er eine anatomische und histologische Untersuchung nicht hat anstellen können.

Helferich (Kiel): Bemerkungen über plastische Chirurgie.

H. bespricht die Beziehungen zwischen einer etwa erforderlichen verstümmelnden Operation (Amputation, Geschwulstexstirpation) und der danach nothwendigen plastischen Operation in sachlicher und zeitlicher Beziehung.

Wenn es auch Jeder weiß, so wird doch nicht selten darin gefehlt, bei der Exstirpation bösartiger Geschwülste vielleicht noch häufiger seit der häufigen Anwendung lokaler Anästhesie.

Die Exstirpation oder Amputation soll vorgenommen werden ohne jede Rücksicht auf die etwa erforderliche Plastik; die Befreiung des Kranken von dem Carcinom oder die Absetzung der durch Gangrän und schwere fortschreitende Entzündung mit Sepsämie das Leben gefährdenden Extremität etc. ist die zur Erhaltung des Lebens erforderliche Aufgabe. Besser die einfache Amputation

durch Zirkelschnitt oder die verstümmelnde Exstirpation einer bösartigen Geschwulst — ohne jede Plastik, als die Gefährdung des Hauptzwecks der Operation!

H. erläutert das principiell Wichtige dieses Vorgehens, welches im einzelnen Falle nothgedrungen gewiss schon jeder chirurgisch thätige Arzt geübt hat, an mehreren Beispielen und hebt Einzelheiten dieser Behandlung, so wie speciell den Nutzen solchen Vorgehens bei der Operation bösartiger Geschwülste am Kopfe hervor. Hierbei erwähnt H. beiläufig, dass er die Keilexcision bei Lippenkrebs verwirft. (Selbstbericht.)

Diskussion. König (Berlin) tritt Helferich gegenüber für die Keilexcision bei Lippencarcinom ein, unter Hinweis auf seine vorsüßliche Statistik aus der Göttinger Klinik.

Krause (Berlin) ist über den Keilschnitt derselben Ansicht; auch Volkmann habe übrigens stets gelehrt, dass man bösartige Geschwülste ohne Rücksicht auf die spätere Plastik exstirpiren müsse. In schwierigen Fällen könne man dann die Plastik im 2. Akt machen.

Helferich erwidert Herrn König, auch dieser werde der Ansicht sein, dass die bösartige Neubildung mit reichlicher gesunder Umgebung exstirpirt werden müsse. Wer principiell den Keilschnitt mache bei Lippencarcinomen, komme in Gefahr, durch den Gedanken an die Plastik beeinflusst zu werden.

Bertelsmann (Hamburg).

Vogel (Eisleben) empfiehlt zur Vereinfachung der Transplantation das Auflegen von weißem, seidnem Schleiertüll, der mit Kollodium an die normalen Wundränder über der Transplantation angeklebt wird. Auf den Tüll legt man ein Stück Protektiv, auf dessen Unterfläche Silberfolie unter Erwärmen angepresst ist.

Vortheile: 1) Vereinfachung des Verbandwechsels und Möglichkeit der Kontrolle. 2) Man kann direkt auf die Granulationen übertragen, da eine nicht zu profuse Eiterung nicht stört. Hierdurch wird weiterhin eine frühere Transplantation und eine Transplantation trotz benachbarter stärkerer Eiterung möglich.

Bertelsmann (Hamburg).

Kuhn (Kassel): Zur Transplantation.

Redner demonstriert seinen Tüll für Transplantationen, der neben den früher publicirten Vortheilen besserer Fixirung und Isolirung transplantirter Lappchen vor Allem auch den Vorzug rascherer Blutstillung hat. Über die Lappchen auch bei noch blutender Wundfläche gelegt, ermöglicht und beschleunigt er die Blutstillung und garantirt doch den Erfolg. (Selbstbericht.)

Lexer (Berlin): Zur Operation des Ganglion Gasseri.

Von 12 Fällen, an welchen L. die Ganglionexstirpation in der v. Bergmannschen Klinik gemacht hat, ist ein Fall an Meningitis gestorben, eine 70jährige Frau, welche schon häufig wegen ihres seit 12 Jahren bestehenden Leidens operirt worden war. Die Sektion ergab einen unerwarteten Tumor der hinteren Schädelgrube als Ursache der Neuralgie. Derselbe, ein Psammon, mit dem Ausgang von der Dura im vorderen Abschnitt der hinteren Fläche der Felsenbeinpyramide, hatte etwa die Größe einer Walnuss. Der Lage nach entspricht er den von Oppenheim und von Manakow diagnosticirten Tumoren, welche größere Ausdehnung und deshalb ausgeprägte Symptome gehabt hatten. Es ist bekannt, dass Geschwülste im Schädel lediglich Trigemineuralgie hervorrufen können; deshalb hat man schon einige Male in solchen Fällen das Ganglion entfernt. Eine ähnliche centrale Ursache ist wahrscheinlich anzunehmen, wenn die Schmerzen bald nach der Exstirpation des Ganglion wiederkehren, obgleich die Ausfallserscheinungen sämmtlich bestehen bleiben. Ein Fall von L. gehört zu diesen scheinbaren Recidiven mit wahrscheinlich centraler Ursache peripherer Lokalisation.

An der Hand des Präparates wird außer dem Tumor die Technik der Operation beschrieben, welche von L. etwas geändert worden ist. Da selbst Krause

einige Male Aphasie, einmal halbseitige Lähmung beobachtet hat, Andere Erweichungsherde und Abscesse im Temporallappen gesehen haben und L. bei seinem 3. Falle ebenfalls eine vorübergehende Aphasie erlebt hat, welche eben so wie die anderen Störungen auf den Druck des Hirnspatels bei dem Heben des Gehirns zurückgeführt werden musste, so hat L. stets einen rundlich gebogenen Hirnspatel (Demonstration) verwendet und den Lappen in der Schläfe bedeutend kleiner als Krause gebildet, dafür aber das Operationsgebiet nach unten durch temporäre Jochbogenresektion und Fortnahme der Schädelbasis bis ins Foramen ovale vergrößert. Die Schnittführung und Technik wird genau geschildert. Das Operationsfeld ist so übersichtlich, dass das Ganglion bis auf einen Fall in seiner Gesamtheit entfernt werden konnte, in welchem letzterem es durchriss und in 2 Stücken herausgenommen wurde. Die Art. meningea muss stets unterbunden werden, innerhalb oder außerhalb der Schädelbasis; die Ligatur der Carotis ext. ist überflüssig; denn die heftigste und regelmäßig auftretende Blutung stammt aus dem Plexus venosus der das Ganglion umgibt. Seine anatomischen Beziehungen zum Ganglion und der Verlauf abnormer Duravenen wird eingehend am Präparat und an Zeichnungen erörtert. Wesentlich für die Freilegung des Ganglion und die Stillung der venösen Blutung ist, abgesehen von temporärer Tamponade, das Hochsetzen des Pat., wie es v. Bergmann empfohlen hat. Da das Gehirn unter der sich faltenden Dura weit in die Schädelhöhle zurücksinkt, so kann das Ganglion übersehen werden, ohne dass man nöthig hat, das Gehirn zu heben. Keratitis ist in 3 Fällen zu Stande gekommen, 1mal traumatisch am 15. Tage; 2mal ist danach eine Trübung der Hornhaut eingetreten. In 4 Fällen sind Lähmungen einzelner Augennerven beobachtet, wovon eine Abducensparese nicht vollkommen zurückgegangen ist. Zur Wundversorgung rath L. das lockere Tamponniren des Cavum Meckelii mit Jodoformgaze, da stets, wenn auch keine Verletzung der Dura eintritt, doch am oberen Ganglionrande der Subduralraum und durch das Ausreißen des Trigeminstammes der große Arachnoidealraum an der Brücke geöffnet wird. Außer dem erwähnten Todesfalle besteht in einem Falle ein scheinbares Recidiv, und in einem 3. Falle kam es zu einer Neuralgie auf der nicht operirten Seite. Alle übrigen Kranken sind beschwerdefrei, der erstoperirte seit 3 $\frac{1}{2}$ Jahren.

(Veröffentlichung des Vortrages mit ausführlichen Krankenberichten erfolgt im Archiv für klin. Chirurgie.) (Selbstbericht.)

Diskussion. Krause (Berlin): Das Doyen'sche Verfahren ist dem von Lexer ähnlich. Doyen hat es selbst zu Gunsten der K.'schen Methode aufgegeben. Mit der Ansicht, die Art. meningea müsse unterbunden werden, stimmt K. im Gegensatz zu Dollinger überein.

v. Bergmann (Berlin): Man muss das Hineinsinken des Gehirns in die Tiefe beim Aufsetzen des Kranken gesehen haben. In der That wird es dann, wie Lexer angegeben hat, unnöthig, auf das Gehirn einen Druck auszuüben, da man das Ganglion gut übersehen kann.

Lexer: Das Doyen'sche Verfahren stimmt bezüglich der Fortnahme der Schädelbasis mit dem seinigen überein, im Übrigen ist es das gerade Gegentheil. Bei dem ausgedehnten Schädeldefekt, der dabei gemacht wird, ist es nicht zu verwundern, wenn Doyen jetzt den kleineren Lappen der Krause'schen Methode gewählt hat. L. glaubt, gezeigt zu haben, dass man mit noch kleineren Lappen in der geschilderten Weise auskommt und, ohne Druck auf das Gehirn auszuüben, auf direktem Weg an das Ganglion gelangen kann. In dieser Beziehung stimmt er mit einer Reihe von Chirurgen (u. A. Quénu) überein, welche eine ähnliche Voroperation machen, ferner mit dem Ergebnis von Tichanowitsch's kritischer Studie über die Freilegung des Ganglion und schließlich mit Anatomen, welche den angegebenen Weg zum Ganglion als den besten bestätigt haben.

Bertelsmann (Hamburg).

A. Lorenz (Wien): Über die unblutige Behandlung des muskulären Schiefhalses.

In der Behandlung des Schiefhalses herrscht zur Stunde keine Einigkeit. Hier subkutane, hier offene Myotomie, hier Verlängerung des Muskels durch künstliche Plastik, hier radikale Exstirpation des ganzen Muskels. Alle diese Methoden richten sich einseitig gegen das Caput obstipum und lassen das Collum obstipum mehr oder weniger bei Seite; deshalb sind die Resultate vielfach ungleichmäßig. Die Beseitigung des Caput obstipum bedeutet lediglich die Ermöglichung einer occipitalen Kompensation der Cervicalskoliose, diese selbst bleibt bestehen, es wurde zur Krümmung die zugehörige Gegenkrümmung hinzugefügt: der Fortbestand der Cervicalskoliose begünstigt die Recidive der Kopfneigung. Eine rationelle Therapie muss gegen das Caput obstipum und gegen das Collum obstipum gleichmäßig vorgehen. Gegen das Caput obstipum hat L. bisher die offene Myotomie des Kopfnickers, gegen das Collum obstipum das modellirende Redressement der Halswirbelsäule mit bestem Erfolg angewendet. Dabei wurde die Myotomie lediglich als Vorakt des modellirenden Redressement betrachtet.

Durch methodische Pflege dieser letzteren Maßnahme sah sich L. in die Lage versetzt, die Behandlung des Schiefhalses noch konservativer zu gestalten und des Messers dabei völlig zu entziehen. Das modellirende Redressement der Halswirbelsäule ist nämlich im Stande, sämtliche Hindernisse, welche sich der Korrektur entgegenstellen, zu beseitigen. So weit der Kopfnicker hierbei in Frage kommt, geschieht dies durch subkutane Myorhexis desselben. Die erreichte Umkrümmung wird sofort durch einen Dauerverband fixirt. Die bisher erreichten Resultate sind in so fern ideale, als jede Spur der Deformität verschwindet. Es fehlt sowohl die Narbe, als auch die bekannte seitliche Abflachung der Halsbasis, da die Muskelkoulisse des Kopfnickers erhalten und derselbe so weit dehnbar bleibt, dass entgegengesetzte Kopfneigungen leicht ausgeführt werden können. Die Indikationsgrenzen der subkutanen Myorhexis sind mit Sicherheit noch nicht festzustellen; die gelungenen Fälle standen im 6., 9. und 14. Lebensjahre. An einem im 9. Lebensjahre stehenden Knaben und bei 2 Pat. in den ersten 20er Jahren misslang die Methode. L. hofft, dass dieselbe dem kindlichen Schiefhals gegenüber stets ausreichen werde. Beim veralteten Schiefhals der Adoleszenten und Erwachsenen bleibt die Myotomie zu Recht bestehen. Doch hat L. selbst in diesen Fällen mit der subkutanen Myotomie und energischem modellirendem Redressement der Halswirbelsäule sein Auslangen gefunden. L. leugnet nicht, dass in solchen Fällen auch die von v. Mikulicz empfohlene Exstirpation des Kopfnickers gute Resultate geben könne. Allein er hält das Verfahren für unnötig eingreifend, wegen der starken Abflachung der kranken Halsseite für entstellend und zudem für überflüssig.

Die subkutane Myorhexis des Kopfnickers hat auch ein ätiologisches Interesse, da sie gewissermaßen die Gegenprobe zur Stromeyer'schen Theorie von der Entstehung des Schiefhalses durch Muskelriss während der Geburt darstellt. Ist die Theorie richtig, so müssen alle durch Myorhexis geheilten Schiefhälse recidiviren, was nach den bisherigen Erfahrungen nicht zutrifft, da die ältesten Fälle seit einem, bezw. 1½ Jahre tadellos geheilt geblieben sind. Auch die hundertfältigen Erfahrungen, welche L. über die Myorhexis adductorum gelegentlich der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung gemacht hat, sprechen dagegen, da Adduktionskontrakturen niemals zur Beobachtung kamen. Er hält es für wahrscheinlich, dass die subkutanen Muskelverletzungen geringere Neigung zur Narbenschumpfung zeigen, als die in offener Wunde gesetzten. L. stellt die unblutige Behandlung des Schiefhalses in Parallele mit der unblutigen Behandlung des Klumpfußes durch das modellirende Redressement und hofft beim Schiefhals auf dieselben ausgezeichneten Resultate, wie sie beim Klumpfuß mit der analogen Methode allerwärts erreicht wurden. L. will das Gebiet der unblutigen Chirurgie durch die neue Methode um ein wichtiges und dankbares, wenn auch kleines Arbeitsfeld erweitert haben und ladet die Fachgenossen zur Nachprüfung seiner Methode ein. (Selbstbericht.)

Diskussion. Schanz (Dresden) hat ein Kind beobachtet, welches in Beckenendlage geboren wurde. Unmittelbar nach der Geburt fand sich an den Kopfnickern kein Befund. Das Kind legte $1\frac{1}{2}$ Tag den Kopf auf die linke Seite, dann auf die rechte und rechte den Kopf nicht. Am 3. Tage fand sich eine knollige Verdickung des rechten Kopfnickers. Nach 6 Wochen Massage waren die Knollen und die Schiefhalsstellung geschwunden.

Die Recidive nach Kopfnickerdurchtrennung liegen in der Entwicklung eines Narbenstranges zwischen den Muskelstümpfen. Diese kann man gut vermeiden, wenn man die Muskelstümpfe weit genug aus einander drückt und aus einander hält. Das gelingt leichter als durch Gipsverband, durch dicke Watteverbände, die, fest umgewickelt, den Hals so lang ziehen, dass nach 6 Wochen langem Liegen des Verbandes jede Nachbehandlung unnöthig ist.

Joachimsthal (Berlin) glaubt, dass ätiologisch die Fälle von Caput obstipum verschieden zu beurtheilen sind. Er hat 3mal Schiefhals bei mehreren Mitgliedern derselben Familie beobachtet (bei einer Frau und den beiden Kindern, bei 2 Geschwistern, bei Vater und Sohn). Er hat weiterhin bei Kranken mit Schiefhals noch anderweitige angeborene Anomalien — beispielsweise mit angeborenem Hochstand des Schulterblattes — gesehen. Sprechen solche Fälle für den kongenitalen Charakter, so ist zweifelsohne für eine andere Reihe von Fällen der traumatische Ursprung nicht von der Hand zu weisen. Auf Grund dieser verschiedenen ätiologischen Momente ist wohl auch zu erklären, dass Lorenz in einer Reihe von Fällen bei mehrfachen angeborenen Verkürzungen Erfolg mit seinem Verfahren gehabt hat, während in anderen Fällen, bei ausgedehnten Narben, auf diesem Weg kein Erfolg zu erzielen ist. Hier ist eben die offene Durchtrennung aller verkürzten Stränge nothwendig, die J. auf Grund ausgedehnter eigener Erfahrungen warm empfiehlt. Ein Redressement der Halswirbelsäule im Anschluss an die Operation ist nicht erforderlich, eine längere orthopädische Nachbehandlung bei gründlicher Durchschneidung nicht nöthig.

Petersen (Kiel): Er sei wohl der Erste gewesen, der gegen die Stromeyer'sche Theorie vom Muskelriess aufgetreten sei. Seine Meinung, dass der Schiefhals häufig angeboren sei, sei unerschütterter. Wenn eine Myositis fibrosa auf einen Riess folge, könne allerdings auch dieser die Ursache der Verkürzung sein. Schließlich gebe es noch eine 3. Art von Schiefhals, die bei ganz normalen Kindern sich einstelle, ohne jede Ursache, wie es scheint. Es könne sich bei der letzteren höchstens um eine symptomlose Myositis fibrosa handeln.

Bertelsmann (Hamburg).

P. Bade (Hannover): Das modellirende Redressement schwerer Skoliosen.

Redner schildert kurz sein Verfahren, das er als ein modificirtes forcirtes Redressement bezeichnet. Durch die Anwendung der Schede'schen Extensionsvorrichtung und die im Centralblatt 1901 No. 10 beschriebene Pelotte will er das forcirt Redressement verbessert haben, indem 1) die Wirbelsäule in stetiger Streckung bleibt und im Gipsverband nicht wieder in ihre vorige Krümmung zurückzukehren vermag und 2) ein stets regulirbarer Druck auf den Rippenbuckel durch den starren Verband hindurch ausgeübt werden kann. Durch diese beiden Mittel wird das bei dem forcirten Redressement erzielte Resultat nicht nur sicher erhalten, sondern noch verbessert. Den Verband lässt Redner 3—5 Monate liegen, dann wird zur Sicherung des Resultates ein Aluminiumkorsett gegeben, das außerordentlich leicht und doch unnachgiebig ist. Zur Kräftigung der Muskulatur nach der Fixationsperiode wendet B. nur Massage in Bauchlage an und vermeidet jede Mobilisation, um das Resultat nicht zu gefährden. Er warnt, die hochgradigen, starren rachitischen Skoliosen dieser Behandlung zu unterziehen. Am günstigsten seien die primären Lumbalskoliosen, die möglichst mobil gemachten Dorsalskoliosen, bei denen der Rippenbuckel mehr von den unteren und mittleren Rippen gebildet sei; die Scapula sei das größte Hindernis für die Beseitigung des Rippenbuckels.

(Selbstbericht.)

M. Schede (Bonn) giebt einen lehrreichen Bericht über 4 von Fr. Schultze und ihm beobachtete und von ihm operirte Fälle von Tumoren der Rückenmarkssäule.

Nach einem Rückblick auf die Geschichte und bisherige Statistik der Operation referirt er zuerst über die Beobachtungen selbst, von denen übrigens die beiden ersten auch schon von Fr. Schultze in einem Vortrag vor den südwestdeutschen Neurologen in Baden-Baden (1900) mitgetheilt sind (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. XVI).

1) Eine 49jährige Näherin sieht zur Zeit ihrer Aufnahme schon auf eine 9jährige Leidensgeschichte zurück. Die ersten Symptome waren Schmerzen von unbestimmter Natur und wechselndem Sitz gewesen, verbunden mit Gürtelgefühl. Sie saßen im oberen Theil des Rückens, strahlten in den rechten Arm aus, befielen Magengend und rechte Oberbauchgegend, lokalisirten sich dann aber wesentlich im rechten Bein. Nach einem Jahre auch Parästhesie im linken Bein. Erst viel später litt die Motilität. Schließlich totale, exquisit spastische Lähmung beider Beine, nebst Lähmung von Blase und Mastdarm. Fußklonus. Patellarreflexe vermehrt. Alle Empfindungsqualitäten von den Füßen bis zu einer Linie vom 1. Lendenwirbel bis 2fingerbreit unter dem Brustbein herabgesetzt, wobei die Intensität der Empfindungsstörung von unten nach oben abnahm. Rechts hinten in dieser Linie eine schmale hyperästhetische Zone. Oberhalb Alles normal. Diagnose: Tumor, dessen obere Grenze im Bereich des 7. Dorsalsegments liegt. Operation: Resektion der Bogen des 5.—7. Brustwirbels. Der Tumor wurde sofort hinter dem 5. Bogen gefunden, lag extradural und reichte 4 cm nach unten. Er ließ sich leicht entfernen. Verlauf: Prima intentio. Pat. kann nach 6 Monaten alle Bewegungen im Bett machen, steigt einen Monat später 20 Treppenstufen, geht wieder einen Monat später mit einem Stock $\frac{1}{2}$ Stunde weit.

2) 28jähriger Gärtnereibesitzer. 3 Jahre lang Schmerzen längs des rechten unteren Rippenbogens. Seit 4 Monaten spastische Parese der Beine mit Herabsetzung des Schmerzgefühls erst rechts, dann auch links. Beiderseits Fuß- und Patellarklonus, Fehlen der Bauchdeckenreflexe. Nach weiteren 2 Monaten fast völlige Lähmung, Gehen nicht mehr möglich. Hyperästhetische Zone vorn bis 3fingerbreit unter dem Nabel, hinten rechts bis 12. Brustwirbel, links etwas tiefer. Darüber Alles normal. Diagnose: Tumor im 8. Dorsalsegment. Operation: Resektion des 6. und 7. Brustwirbelbogens. Der Tumor, fast eben so groß als der vorige, erstreckt sich von der Höhe des 6. Brustwirbels nach abwärts. Er lag intradural, war ein Fibromyxosarkom, war gut abgekapselt und konnte leicht entfernt werden. Verlauf: Prima. Anfangs Verschlimmerung der Lähmung. Nach 14 Tagen beginnt die Besserung und macht so schnelle Fortschritte, dass Pat. nach 6 Monaten schon wieder $\frac{3}{4}$ Tagewerk als Gärtner leistet.

3) 24jähriger Student. Beginn des Leidens 5—6 Wochen vor der Aufnahme mit Rückenschmerzen, besonders beim Bücken, später auch beim Liegen und Sitzen; dann Parästhesien im linken Bein, ganz vor Kurzem auch im rechten. Detrusor paretisch. Bauchreflex nur im Epigastrium vorhanden. Fußklonus, Patellarklonus. Gang unsicher, spastisch. Pat. schwankt bei Fußschluss stark, selbst bei offenen Augen.

Innerhalb der nächsten 4 Monate steigern sich die Symptome zur totalen spastischen Lähmung der unteren Extremitäten. 2—3fingerbreit vom Nabel abwärts findet sich jetzt konstant eine hyperästhetische Zone. Abwärts war die Empfindung fast Null, aufwärts Alles normal.

Die hyperästhetische Zone entsprach etwa dem 10. Dorsalsegment und dem 9. Brustwirbelkörper und -Bogen, auszumeißeln der 8.—10. Bogen. Tumor wird hinter dem 9. und 10. gefunden und reicht bis zum oberen Rand des 11. herab. Es war ein subdurales Fibrosarkom.

Heilung mit vorübergehender Eiterung. Beginn der Besserung nach 4 Wochen. Dieselbe schreitet ganz konstant fort und führt nach 7 Monaten zur völligen Heilung. Nur der Patellarreflex ist links noch etwas gesteigert, und beim Aufsetzen

der linken Fußspitze lässt sich hier leicht noch ein Klonus auslösen. Pat. ist den ganzen Tag auf den Füßen, kann Trab laufen etc.

Von besonderem Interesse ist ein 4., unglücklich verlaufener Fall, dessen Krankheitsgeschichte sich durch 16 Jahre hinzieht.

Der Pat. acquirirte 1881 im Alter von 27 Jahren ein Ulcus durum, wurde durch Quecksilberbehandlung geheilt, heirathete 1884 und hatte ein gesundes Kind. 1885 zuerst tiefsitzende, dumpfe Schmerzen in den Beinen, Ende 1886 erste Lähmungserscheinungen im rechten Bein, 1887 Blasenkrampf und Blaseschwäche, 1891 [auch Schwäche im linken Bein. 1892 Zunahme der Schwäche in beiden Beinen, Blasenlähmung. 1893 wird Geh.-Rath Erb konsultirt. Damaliger Status: Hochgradige Atrophie beider Unterschenkel. Linker Peroneus völlig, rechter größtentheils gelähmt. Komplete Entartungsreaktion. Sensibilität an Füßen und Unterschenkeln herabgesetzt. Verdacht auf Neuritis ischiadica syphil. 1894 werden die Beuger am linken Oberschenkel ergriffen, 1895 Kreuzbein und Lendenwirbelsäule etwas druckempfindlich, 1897 beide Tibiales total gelähmt, 1898 die Beuger an beiden Oberschenkeln fast total. Die Sensibilitätsstörung war schon 1894 bis zu den Nates hinaufgegangen, und im selben Jahre verschwanden die Patellarreflexe. Anfang 1901 waren auch Ileopectas und Quadriceps beiderseits paretisch. Häufige Anfälle sehr heftiger, ausstrahlender Schmerzen.

Der schwierig zu beurtheilende Fall wurde so aufgefasst, dass ein im Bereich der Cauda entstandener Tumor auf den Conus medullaris übergegriffen hatte. Entfernung der Bogen des 1. und 2. Lendenwirbels. In der Höhe des 1. Lendenwirbels wird das obere Ende eines Tumors gefunden, der das Rückenmark um einen vollen Wirbel nach aufwärts gedrängt hat. Entfernung eines hühnereigroßen Tumors aus dem sehr erweiterten Wirbelkanal. Tamponade wegen starker Blutung. Im weiteren Verlauf sehr starke Verluste von Liquor cerebrospinalis aus dem zerstörten Duralsack. Tod am 11. Tage. Die Sektion zeigte, dass nur ein kleiner Theil des Tumors (Angiosarcoma myxomatodes) entfernt war. Die ganze Geschwulst hatte eine Höhe von $13\frac{1}{2}$, eine Tiefe von $9\frac{1}{2}$ und eine Breite von 8 cm gehabt. Der Wirbel- und Sacralkanal war in eine entsprechend weite, inwendig ganz glatte, buchtige Höhle verwandelt, die sich fast ausschließlich nach der Bauchseite zu entwickelt hatte. Zwischen 4. und 5. Lendenwirbel beiderseits Durchwachsen des Tumors durch die erweiterten Intervertebrallöcher in die Wandmuskeln.

Was die Diagnose der Tumoren der Rückenmarkssäule anlangt, so hebt Vortr. als gemeinsame Characteristica für die 3 ersten der mitgetheilten Fälle, in denen die Geschwulst stets auf der Rückseite des Markes saß, den Beginn mit Anfangs vagen, dann bestimmt lokalisirten, erst einseitigen, dann doppelseitigen neuralgischen Schmerzen hervor, die später (mit Zerstörung der betreffenden Wurzeln) nachließen und Herabsetzungen des Empfindungsvermögens Platz machten. Den initialen, sensiblen Reizerscheinungen folgten durch Druck auf die Pyramidenbahnen Lähmungen der unteren Extremitäten mit dem Charakter der spastischen Lähmungen, erst einseitig, dann parapletisch, wobei aber noch sehr lange Zeit die Lähmung der erst befallenen Seite, die dem Sitz des Tumors entsprach, die hochgradigere blieb, wie sie auch nach operativer Entfernung desselben sich weit langsamer zurückbildete. Eine mehr oder weniger hochgradige Blasenlähmung wurde nie vermisst. Die Herabsetzung des Empfindungsvermögens war verschieden hochgradig und betraf alle Gefühlsqualitäten, wenn auch nicht alle in gleich hohem Grade. Sie nehmen von unten nach oben ab. An die oberste Grenze der Hypästhesie schloss sich stellenweise oder cirkulär eine schmale hyperästhetische Zone, oberhalb welcher die Empfindung wieder normal war. In dem Segment, welches der obersten Grenze der Gefühlsstörung entsprach, wurde regelmäßig auch das oberste Ende des Tumors gefunden. Fuß- und Patellarreflexe waren stets verstärkt, Bauchdeckenreflexe vom Theil aufgehoben.

Die Erfolge waren sehr erfreulich. Im 1. Falle hatte die motorische Lähmung der Beine 17 Monate lang bestanden und war $13\frac{1}{2}$ Monate nahezu total gewesen, im 2. war sie 6 Monate alt und ebenfalls zuletzt so gut wie absolut, im 3. war

sie im Lauf von 4 Monaten zu einer totalen geworden. In allen Fällen gingen die Lähmungserscheinungen nach der Operation prompt zurück, im 1. Falle entsprechend der längeren Dauer der Erkrankung langsamer und nicht ganz vollständig, aber doch bis zu einem sehr hohen Grade, in den beiden letzten relativ rasch und so gut wie absolut.

Im 4. Falle waren die Symptome aus solchen, die für eine mehr periphere Lähmung sprechen (von Anfang an schlaffe Lähmung, Atrophie der gelähmten Theile, Entartungsreaktion) und anderen, die einer Conusaffektion anzugehören schienen (Fortschreiten der Lähmung aus dem Bereich sacraler auf den lumbaren Segmente — Aufheben der Patellarreflexe — immer höheres Hinaufsteigen der sensiblen Lähmung) gemischt. Die Annahme, dass zur Zeit der Operation das Mark mit beeinträchtigt war, wurde durch diese bestätigt. Der Fall ist nicht nur diagnostisch von höchstem Interesse, sondern durch die gewaltige Größe der Neubildung und die enorme Erweiterung des Rückgratkanals wohl ein Unicum.

Was die Behandlung anlangt, so hält S. an der Brust- und Lendenwirbelsäule Versuche zu einer osteoplastischen Resektion der Bogen in der Regel für überflüssig und vielleicht nicht ganz ungefährlich. An der Halswirbelsäule ist sie bei Wegnahme mehrerer Bogen nothwendig, weil diese sonst zu viel von ihrem Halt verliert. Sie ist hier wegen der geringen Tiefe der Wunde, der größeren Breite der Zwischerräume zwischen den Bogen und der größeren Schlantheit der letzteren auch leicht ausführbar. S. durchtrennt die Bogen der Brust- und Lendenwirbel mit dem Meißel, die der Halswirbel mit der Gigli'schen Säge.

Den zuweilen bedenklichen Verlust von Liquor cerebrospinalis vermeidet er nach dem Vorgang von Sick durch sanftes Zuschnüren des Duralsackes oberhalb und unterhalb der Stelle, wo er eröffnet werden muss, durch einen Gummifaden oder einfachen Seidenfaden. Nachtheile von diesem Verfahren wurden nie beobachtet. Nach Entfernung des Tumors wird der Duralsack sorgfältig durch eine fortlaufende Naht geschlossen und unmittelbar darauf ein Gazestreifen gelegt und zum unteren Wundwinkel herausgeleitet. Darüber Etagnennaht der Weichtheile. Der Streifen wird am 3.—4. Tage entfernt. Auf diese Weise gelang in 2 der beschriebenen und einem weiteren, vom Sekundärarzt der Klinik, Dr. Graff, operirten Fall eine völlige Prima intentio. In einem kam es zur Eiterung und profusum Abfluss von Liquor cerebrospinalis, dessen plötzliche Unterbrechung von Fieber und drohenden meningitischen Symptomen gefolgt war. Eine Lumbarpunktion war dabei von prompter Wirkung. Schließlich auch hier Heilung.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Graff (Bonn) ist in der Lage, den Fällen seines Chefs einen weiteren hinzufügen zu können. Operation vor 14 Tagen. Beginn der Erkrankung vor 8 Monaten. Symptome: Ausstrahlende Schmerzen von den Brustwirbeln, spastische Lähmung beider Beine, Fußklonus, gesteigerte Patellarreflexe, Blasen- und Mastdarmlähmung, tiefe Anästhesie bis fast zum Schwertfortsatz. Nach Entfernung von 4 Wirbelbogen wurde ein extradurales, gefäßreiches Fibrom von der Größe einer Knackmandel extirpirt. Aussicht auf vollkommene Genesung.

Bertelsmann (Hamburg).

(Fortsetzung folgt.)

19) **Bryant and Hale White.** A case of calcification of the arteries and obliterative endarteritis, associated with hydronephrosis, in a child aged six months.

(Guy's hospital reports Vol. LV.)

London, J. & A. Churchill, 1901.

Dieser ungemein interessante Fall stellt wohl ein Unicum in der Litteratur dar. Das Kind, ein Knabe, war das 2. seiner Mutter und folgte 14 Monate auf ein zu früh und todt geborenes. Es war nach Aussage der Mutter »ein schönes Kind

und dick genug für zwei. 2 Monate stillte die Mutter, dann blieb plötzlich die Milch aus, und das Kind wurde mit der Flasche ernährt. In den letzten 3 Monaten hat es dauernd abgenommen und ist schwächer geworden, ohne eigentlich krank zu sein, abgesehen von starker Verstopfung. 14 Tage vor dem Tode stellte sich Gangrän der rechten Zehen ein, die über den ganzen Fuß fortschritt.

Die Obduktion ergab eine Verkalkung fast sämtlicher Arterien des Körpers, abgesehen von den Kopfarterien, derartig hohen Grades, dass die Arterien feste, harte Röhren darstellten, die beim Biegen unter Krachen zerbrachen. Außerdem war ihre Lichtung außerordentlich verengt, an den unteren Extremitäten stellenweise fast bis zur völligen Obliteration. Die mikroskopische Untersuchung ergab neben einer hochgradigen Verkalkung der Media eine enorme Verdickung der Intima bis auf das 5—6fache des Normalen, eine echte Endarteriitis obliterans; daneben Lockerung der Adventitia und Verdickung der Vasa vasorum. Auch im Herzen entsprechende Veränderungen.

Daneben bestand beiderseits Hydronephrose mit Atrophie des Nierengewebes, enorme Dilatation und Schlingelung der Harnleiter, die den Eindruck von Dünndärmen machten und Dilatation und Hypertrophie der Harnblase.

Endlich fand sich eine frische Tuberkulose der Lungen und der Milz.

Letztere halten Verf. für eine sekundäre Erkrankung des atrophischen Kindes. Die doppelseitige Hydronephrose führen sie auf Stauung des Urins in Folge einer Phimose extremen Grades zurück und verlegen ihre Anfänge in das intra-uterine Leben zurück. Eben so halten sie die Gefäßerkrankung für eine bereits in utero entstandene und nehmen als ihre Ursache neben der durch die Nierenerkrankung bedingten erhöhten arteriellen Spannung kongenitale Syphilis an, obgleich die Sektion sonst keinerlei syphilitische Veränderungen in den Organen aufdeckte, und der einzige Anhaltspunkt für eine Syphilis der Mutter die Früh- und Todgeburt des ersten Kindes war.

R. v. Hippel (Kassel).

20) Dehler. Beitrag zur Behandlung des Tetanus traumaticus. (Aus der chirurgischen Klinik zu Würzburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

Die Pat. wurde am 3. Tage nach dem ersten Auftreten von Trismus aufgenommen und in den nächsten 3 mit Einspritzungen des Tisoni'schen Antitoxins, so wie mit Chloralhydrat innerlich behandelt. Während die zuerst befallenen Muskeln allmählich freier wurden, schritt der Process auf die anderen trotz Fortsetzung der Einspritzungen in kleineren Dosen und trotz Morphin noch bis zum ca. 10. Tage weiter, um dann langsam zurückzugehen. Heilung.

Kramer (Glogau).

21) Poirier. Fracture de l'étage antérieur du crâne, méningite consécutive, trépanation double, guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 17.)

P. beklagt, dass wir für die Behandlung der Schädelbasisfrakturen von den Fortschritten der modernen Chirurgie bisher so wenig Nutzen gezogen haben. Er empfiehlt, uns nicht auf die vermeintliche Desinfektion von Ohr, Nase, Pharynx zu beschränken, sondern beim Auftreten von Zeichen einer Meningitis aktiv vorzugehen. Als Beleg für den Erfolg, den die Trepanation in solchen Fällen geben kann, citirt er folgende Beobachtung:

Ein 32jähriger Mann, Trinker, hatte sich durch Sturz von einer Treppe einen Bruch des vorderen Theiles der Schädelbasis zugezogen. Trotz Temperatursteigerung am 3. Tage auf 38,5° verließ er gegen den Rath der Ärzte am gleichen Tage das Krankenhaus. Am folgenden Tage klagte er nur über etwas Kopfschmerz und ging zur Arbeit, musste indess Mittags wieder heimkehren. Der Kopfschmerz nahm zu; Aufregungszustände und geringes Delirium machten die Wiederaufnahme ins Krankenhaus am Abend nothwendig. Lähmungen irgend welcher Art fehlten, die Reflexe waren leicht erhöht; die Temperatur war auf 39,8° gestiegen, die Puls-

frequenz auf 60 gesunken. Da keine Besserung eintrat, ließ P. am 6. Tage nach dem Unfälle durch seinen Assistenten — er selbst war durch eine Infektion behindert — die doppelseitige Trepanation ausführen. Oberhalb des äußeren Gehörganges wurden beiderseits 2 Knochenstücke von je 6 cm Breite, 5 cm Höhe mit Hammer und Meißel entfernt und die gespannte harte Hirnhaut kreuzweise incidirt. Es entleerte sich eine beträchtliche Menge etwas blutiger, klebriger Flüssigkeit. Der Schläfenlappen wurde mit dem Zeigefinger angehoben und nun je ein Drainrohr zwischen Sphenoidallappen und Tentorium cerebelli und ein zweites unter den Temporallappen eingeschoben. Vor der Operation war durch Lumbalpunktion Cerebrospinalflüssigkeit entleert worden, deren Aussaat auf 2 Gelatine- und 2 Bouillonröhrchen Kolonien von Staphylococcus albus, in einem Gelatine-röhrchen aber auch Staphylococcus aureus aufgehen ließ. Die Temperatur sank noch am Abend des Operationstages auf 38,2°, war am 4. Tage nachher auf 37° herabgegangen, die Pulsfrequenz auf 66 gestiegen. Am 36. Tage konnte P. den Pat. der Pariser chirurgischen Gesellschaft als geheilt vorstellen.

Reichel (Chemnitz).

22) **Mauclair.** La radiographie dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver. Présentation de deux malades. Rapport par Tuffier.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 20.)

Im Anschluss an einen kurzen Bericht über 2 von M. erfolgreich operirte Fälle erwähnt Tuffier, dass er selbst 7mal den Apparat von Contremoulins zur Aufsuchung von Geschossen innerhalb des Schädels mit Erfolg benutzt habe. Er hält das Verfahren Contremoulins für die beste aller bekannten skiagraphischen Methoden. Der Apparat wurde bisher in 31 Fällen in Anwendung gezogen; in 2 dieser Fälle wurde das Geschoss bei den Extraktionsversuchen nur tiefer in das Gehirn gestoßen; in 28 Fällen gelang hingegen die Entfernung der Kugel; 1mal war ein Knochensplitter für ein Geschoss gehalten worden.

Reichel (Chemnitz).

23) **Matthiolius.** Schädelschuss und Röntgenaufnahme.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 591.)

Der Pat., zur Zeit Marinesoldat, hatte vor 4 Jahren ein Teschingeschoss von 5 mm Kaliber in die rechte Schläfe erhalten, das reaktionslos eingeheilt war, litt aber jetzt an unerträglichen Kopfschmerzen. Das Geschoss war durch Röntgenstrahlen — 2malige Aufnahme mit sagittal und transversal durchtretendem Licht — gut lokalisirbar, und zwar schien ein extrakranieller Sitz desselben wahrscheinlich. In der That fand es sich bei der Operation, die der Narbe entlang vordrang, in der Grube hinter der Linea semicircularis. Es saß ziemlich fest im Knochen, so dass es mit Meißelschlägen gelockert werden musste. Exstruktion, Naht; Heilung und volle Beseitigung der Kopfschmerzen. Die interessanten Skiagramme sind der Arbeit beigelegt. **Meinhard Schmidt (Cuxhaven).**

24) **A. Schiller.** Über einen Fall von tumorartiger Hyperostose des Schädels. (Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 40.)

Der mitgetheilte Fall betraf einen 30jährigen Mann, bei welchem die Schädel-diffornität schon bei seiner Geburt bestanden und ein Geburtshindernis gebildet hatte — bei einem Bruder des Pat. war ein solches in abnormer Entwicklung des Brustkorbes gegeben gewesen —, seit dem Ende der Wachstumsperiode aber zum Stillstand gekommen war. Die rechte Seite des Schädels war stärker betheiligt als die linke, die einzelnen Knochenauswüchse entsprachen sowohl am Stirnbein als an den Scheitelbeinen und am Hinterhaupt den Gegenden der Knochenkerne, so dass die Hyperostosenbildung als durch eine excessive Funktion der physiologischen Verknöcherungscentren des Schädels bedingt anzusehen war; am übrigen

Skelett fand sich nach der Röntgenuntersuchung keine ähnliche Abnormität. Pat. hatte nur während der Zeit bis zum Abschlusse des Wachstums an heftigen andauernden Kopfschmerzen und rascher geistiger Ermüdbarkeit gelitten, war seitdem aber frei von diesen Beschwerden und anderweitigen Störungen.

Kramer (Glogau).

25) **E. v. Herzogel.** Mittels provisorischer Resektion beider Oberkiefer entfernte Geschwulst der Schädelbasis.

(Ungarische med. Presse 1901. No. 16 u. 17.)

v. H. stellt im Budapester Ärzteverein einen 16jährigen Kranken vor, welchem ein breit aufsitzendes Schädelbasisfibrom, welches Fortsätze in die Nasen- und Orbitalhöhle ausgeschiedt hatte, mittels temporärer Gaumenresektion nach **Partsch** entfernt wurde. v. H. rühmt dieses Verfahren, welches ohne großen Blutverlust eine vorzügliche Zugänglichkeit und ein tadelloses, funktionelles Resultat ergibt. (**Partsch's** auf dem 27. Deutschen Chirurgenkongresse bekannt gegebenes Verfahren besteht in der »fallthürartigen Aufklappung« des horizontal mit dem Alveolarfortsatze abgesprengten Gaumens. Ref.)

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

26) **Hale White.** A case of cerebral tumour in which the skull was opened four times for the relief of headache and blindness.

(Guy's hospital reports Vol. LV.)

London, J. & A. Churchill, 1901.

Nur in etwa 8% der Fälle von Hirngeschwulst ist eine Radikaloperation möglich. Für die übrigen Fälle erweist sich gegen die beiden quälendsten Symptome, die Kopfschmerzen und die Abnahme des Sehvermögens, die Eröffnung des Schädels und event. der Dura als ein segensreiches Palliativmittel.

Diese Thatsache illustriert die von **W.** gegebene ausführliche Krankengeschichte eines 18jährigen Mädchens, die zugleich ein bemerkenswerthes Beispiel eines ungewöhnlich langsamen Verlaufes einer Hirngeschwulst darstellt. Die Symptome bestanden im Wesentlichen in ungemein heftigen, nicht lokalisierten Kopfschmerzen, Abnahme des Sehvermögens bis auf Lichtschein, Stauungspapille mit folgender Atrophia nervorum opticorum und wechselnd stark ausgebreiteter und lokalisirter Anästhesie, so wie Erbrechen.

Das Leiden begann im August 1892 und dauerte bis zum Tode am 23. September 1900. Bis zum 31. August 1894 war Pat. erfolglos medikamentös behandelt worden; an diesem Tage wurde sie zum 1. Male trepanirt, die Dura nicht eröffnet, einzelne Stücke des Knochens wieder eingepflanzt. Von da bis zum 22. Mai 1895 wurden noch 3mal größere Stücke des knöchernen Schädels und der Dura entfernt, jedes Mal mit dem Erfolg, dass unmittelbar im Anschluss an die Operation das Kopfweh verschwand und das Sehvermögen sich erheblich hob. Meist war der Erfolg ein bald vorübergehender, 1mal hielt er nur 14 Tage an. Nach der letzten Operation aber waren die Kopfschmerzen volle 4 Jahre lang ganz gering, das Sehvermögen gebessert, so dass Pat. ungeführt gehen konnte.

Der Tod trat unter Hyperpyrexie bis 109,6° F. ein. Die Sektion ergab eine 2 zu 2,5 cm große Geschwulst im linken Nucleus caudatus, mikroskopisch als Spindelzellensarkom diagnosticirt.

W. hat in einer Anzahl ähnlicher Fälle gleichfalls sehr gute vorübergehende Erfolge von der Palliativoperation gesehen und glaubt, dass man den unglücklichen Kranken eine große Wohlthat damit erweist. Hirnvorfall und Lähmungen kommen danach wohl vor, sind aber nach seiner Erfahrung selten. In Ausnahmefällen, wenn kein wesentlicher Hirndruck vorhanden ist, kann die Operation erfolglos sein.

R. v. Hippel (Kassel).

27) Hölscher. Ein durch Operation geheilter Fall von Gehirnabscess im Schläfenlappen nach chronischer Mittelohreiterung. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 40.)

Der Abscess kam bei dem mit einem Cholesteatom behafteten Pat. erst nach der Mastoidoperation und Freilegung der mittleren und hinteren Schädelgrube, nachdem die heftigen Stirnkopfschmerzen, Temperatursteigerung und vermehrte Pulsfrequenz nebst Schwindelgefühl fortbestanden hatten, Augenschmerzen, Nystagmus und Nackenschmerzen hinzugekommen, sodann auch Pulsverlangsamung, bei Fehlen einer Stauungspapille, aufgetreten war, plötzlich beim Verbandwechsel durch eine bei der Operation nicht bemerkte Fistel im Dach der Paukenhöhle zur Entleerung. Er wurde nunmehr von der Basis her freigelegt und eröffnet, worauf eine kolossale Steigerung der Pulsfrequenz über 150 erfolgte. Trotz Auftreten eines Gehirnvorfalles war der weitere Verlauf ein guter; die nekrotischen Gehirnpartien stießen sich langsam ab, und erfolgte schließlich völlige Heilung ohne Zurückbleiben von irgend welchen Störungen oder Schädigungen.

Kramer (Glogau).

28) Hölscher. Zwei Fälle von latent verlaufener Thrombose des Sinus sigmoideus nach Mittelohreiterung. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 35.)

In beiden Fällen lautete auf Grund des klinischen Bildes, das in dem einen allerdings wegen vorherigen Auftretens von Schüttelfrösten verdächtig war, auf Warzenfortsatzempyem, und ergab erst die deshalb ausgeführte Operation das Bestehen von Folgezuständen bereits abgelaufener thrombotischer Prozesse; der Sinus war in Granulationen zerfallen, der Warzenfortsatz ganz sklerosirt, so dass eine Ausdehnung der Mittelohreiterung auf diesen unmöglich gewesen, der Eiter an anderer günstiger Stelle nach hinten gegen den Sinus zu durchgebrochen sei und einen perisinuösen Abscess gebildet haben musste. Bei beiden Pat. hat der Krankheitsprocess schon lange Zeit vor ihrer Aufnahme in die Klinik bestanden. Interessant war im 2. Falle das Fehlen jeglicher, auch nicht pathogener Keime im Eiter.

Kramer (Glogau).

29) A. Luxenburger. Über 2 Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva und deren kosmetische Behandlung. (Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

In beiden Fällen handelte es sich um eine halbseitige Atrophie des Unterhautzellgewebes mit geringer Beteiligung der tieferen Gewebe, im Fall I um einen seit 1½ Jahre bestehenden, z. Th. schon zum Stillstand gelangten, im Fall II um einen im Anfangsstadium befindlichen Krankheitsprocess, dessen Ursache nicht aufgeklärt werden konnte. Zur Beseitigung der Entstellung machte L. einen Versuch mit den Gersuny'schen Vaselineinjektionen in Portionen von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ccm; im Ganzen wurden bei der 1. Pat. 14 Pravasspritzen mit 11,5 g Vaseline, bei der anderen nur 4 eingespritzt. Abgesehen von rasch vorübergehender Rötung und Röthung traten danach keine lokale und gleichfalls keine Allgemeinstörungen auf. Das erhaltene Resultat war zunächst ein durchaus befriedigendes; nach 1½ Monate waren die Vaselinedépôts allerdings deutlich härter geworden und etwas geschrumpft, so dass eine geringfügige Nachkorrektur eintreten muss.

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.

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 48. Sonnabend, den 30. November. 1901.

Inhalt: 1) v. Leyden und Klemperer, Deutsche Klinik. — 2) Cybulski, Kehlkopf-tuberkulose. — 3) v. Schrötter, Sklerom der Luftröhre. — 4) Frankenberger, Resektion der Luftröhre. — 5) Chelmoński, Spontane Rippenbrüche. — 6) Tuffler, Skiaskopie und Lungenchirurgie. — 7) Kawahara, Bruststich. — 8) Kelling, Lufttamponade der Bauchhöhle. — 9) Sonnenburg, Appendicitis. — 10) Kukula, Darmeinklemmung. — 11) Barge, Fistula ani. — 12) Balacescu, Unterbindung der Milzgefäße. — 13) Naanotti, Splenektomie.

Herbig, Prolaps eines Diverticulum ilei in Folge von Nichtobliteration des Ductus omphalo-mesaraicus. (Original-Mittheilung.)

14) Naturforscherversammlung. — 15) Gebhart, 16) Leser, 17) Beck, Neubildungen. — 18) Rehn, In- und Extubationsapparat. — 19) Oderfeld und Steinhaus, Metastasen von Schilddrüsenngewebe. — 20) Lartigau, Sarkom der Schilddrüse. — 21) Jochmann, Osteomyelitis des Brustbeins. — 22) Barjou und Cade, Chylothorax. — 23) Rey, Mastitis. — 24) Diterichs, 25) Le Conte, 26) Unger, 27) Gulcke, 28) Clark, Neubildungen der Brustdrüse. — 29) Beneke, 30) Mayr und Dehler, Zur Pathologie der Speiseröhre. — 31) Schlatter, 32) Wilms, Intraabdominelle Verletzungen. — 33) Brunotte, Perforations-peritonitis. — 34) Meusel, Herniotomisches. — 35) Gebele, 36) Pritchard, 37) Aronhelm, 38) Schulz, Ileus. — 39) Auvray, 40) Lolson, 41) Mauclair, Milzzerreißung.

1) **E. v. Leyden und F. Klemperer.** Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts; in akademischen Vorlesungen. Liefg. 13—26.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1901. Mit Illustrationen und Tafeln.

In den neuen Lieferungen liegen nun auch eine größere Anzahl trefflicher Vorlesungen aus dem Gebiete der Chirurgie vor, in denen die Autoren solche Themata behandeln, mit welchen sie sich seit langer Zeit speciell beschäftigt und die durch sie ganz besondere Förderung gefunden haben. So bespricht v. Mikulicz die allgemeine Narkose, wobei er der durch Äther im Allgemeinen den Vorzug giebt, Schleich die lokale Anästhesie durch die verschiedensten Maßnahmen und Mittel. König entwirft mit knappen Strichen das Bild der Gelenktuberkulose, Bier behandelt die Absetzungen an den Gliedern, indem er vornehmlich die Brauchbarkeit der erzielten Stümpfe berücksichtigt und dabei, trotz aller Anerkennung des ein-

facheren Verfahrens von Hirsch, das osteoplastische Verfahren doch vor Allem empfiehlt. Ledderhose's Vortrag über die Folgen der Unfallverletzungen, ihre Verhütung, Behandlung und Begutachtung, der Sonnenburg's über Appendicitis, Kehr's über die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit und Gluck's über die plastische Chirurgie im 19. Jahrhundert geben alle Zeugnis für die großartigen Erfahrungen, die die Autoren auf den betreffenden Gebieten gewonnen haben, aus denen heraus sie nun dem Praktiker ihren Rath ertheilen.

Nicht minder beachtenswerth aber sind auch für den Chirurgen die Vorträge aus anderen Gebieten, da ja eine reine Specialisirung einzelner Abschnitte der Medicin ein Unding ist und ein reeller Fortschritt nur möglich bei dem gleichartigen Zusammenwirken aller Theile. Daher sei das ganze Werk dem Studium aller Ärzte empfohlen, da es in angenehmster Form einen wissenschaftlichen Überblick über die deutsche Klinik in unseren Tagen gewährt.

Richter (Breslau).

2) H. Cybulski. Menthorol bei Kehlkopftuberkulose.

(Gaz. lekarska 1901. No. 35.)

Auf Grund seiner Erfahrungen mit Menthorol (Mischung von Parachlorphenol und Menthol) in Brehmer's Anstalt empfiehlt Verf. dasselbe in 10%iger Lösung sehr warm zu Pinselungen bei Kehlkopftuberkulose. Namentlich in schweren Fällen ist die schmerzstillende Wirkung des Mittels evident.

Trzeblecky (Krakau).

3) H. v. Schrötter. Contribution à l'étude du sclérom de la trachée avec remarques sur la valeur de l'étude systematique de cette maladie en général.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. p. 221—293.)

v. S. theilt ausführlich die Krankengeschichte zweier Fälle mit, von denen der eine sicher, der andere wahrscheinlich ein primäres Sklerom der Trachea darstellt.

Im Anschluss daran giebt v. S. auf Grund ausgedehnter eigener Erfahrungen und der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Skleromfrage, er weist dabei besonders auf die Punkte hin, die noch einer genaueren Erforschung bedürfen.

Aus dem reichen Inhalt seien folgende Punkte hervorgehoben. — Die von manchen Seiten als beste Behandlungsmethode des Skleroms empfohlene Laryngofissur möchte v. S. nur für die schwersten Fälle reservirt wissen; an der Wiener Klinik brauchte dieselbe bisher niemals ausgeführt zu werden. Selbst schwere Stenosen ließen sich durch Dilatation vermittels der v. S.'schen Bougies stets beseitigen; der Druck der Hartgummiröhren bringt die Infiltrationsherde

zum Zurückgehen. — Die geographische Verbreitung des Skleroms ist eingehend besprochen, speciell für die Steiermark, die Heimat der im ersten Theil angeführten Pat. Eine auffallende Häufung von Fällen fand sich entlang des Unterlaufes der Mur, an der großen Verkehrsstraße zwischen Steiermark und Ungarn resp. Slavonien. — Ein weiterer Abschnitt ist der Infektiosität des Skleroms gewidmet, einer Frage, die zur Zeit noch unentschieden ist. Impfversuche an Thieren schlugen stets fehl, eben so fiel ein Implantationsversuch negativ aus, den v. S. an sich selbst vornahm. Doch sprechen manche Thatsachen dafür, dass der Process, wenn auch in geringem Grade, infektiös ist. — Der Ansicht, dass der Sklerombacillus mit dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus identisch sei, schließt v. S. sich nicht an. Versuche, ein immunisirendes Serum herzustellen, schlugen bisher fehl, Agglutinationsvorgänge konnten nicht beobachtet werden. Interessant sind die von v. S. angeführten Beobachtungen über Kombination von Sklerom mit Tuberkulose, Syphilis oder Carcinom. v. S. tritt der Ansicht Gerber's, dass unter dem Namen »Rhinosklerom« eine Reihe von Procesen vereinigt seien, die zwar histologisch und bakteriologisch identisch sind, sich durch den klinischen Verlauf jedoch unterscheiden, auf Grund der Beobachtungen an der Wiener Klinik entgegen.

Den Schluss bildet ein 171 Arbeiten umfassendes Litteraturverzeichnis, das für Jeden, der sich eingehender mit dem Rhinosklerom beschäftigt, sehr werthvoll sein dürfte.

Hinsberg (Breslau).

4) O. Frankenger. Sur la résection de la trachée.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. p. 424.)

Ein Fall von durch Kropf bedingter Tracheomalakie, bei dem die angewandten Behandlungsmethoden kein befriedigendes Resultat erzielten, veranlasste F., die experimentellen Untersuchungen Colley's über die Resektion der Trachea wieder aufzunehmen. Colley hatte durch Experimente an Hunden gefunden, dass nach einfacher circumulärer Resektion sich leicht diaphragmaartige Narben bilden, die den Erfolg illusorisch machen. Er vermied diese Narbenstenose bei Anwendung einer im Princip bajonettförmigen Schnittführung. — F. glaubt, dass für die Operation am Menschen die circumuläre Resektion allein in Frage komme; die bajonettförmige Schnittführung sei aus verschiedenen Gründen praktisch nicht anwendbar. Er suchte deshalb bei seinen Experimenten festzustellen, ob sich die Bildung einer ringförmigen Narbe nicht doch durch Verbesserung der Technik umgehen lasse. — Über die einzelnen Versuche wird genau berichtet. Dieselben haben als Resultat ergeben, dass eine Narbenstenose ausbleibt, wenn man bei Vereinigung der beiden Trachealstümpfe die Nähte nur durch Knorpel und Perichondrium, nicht durch die Schleimhaut legt. F. glaubt, dass seine Methode auch beim Menschen anwendbar sei.

Die Frage, wie viele Trachealringe sich auf diese Weise exstirpieren lassen, vermag F. noch nicht zu beantworten. **Hinsberg** (Breslau).

5) **A. Chelmonski**. Über spontane nicht traumatische Rippenfrakturen bei Phthisikern und kachektischen Individuen.

(Gaz. lekarska 1901. No. 21.)

Verf. hat 13 Fälle von Rippenbruch in Folge Muskelkontraktion beobachtet. Hiervon betrafen 8 Phthisiker, die übrigen anderweitig herabgekommene Individuen. Die Diagnose kann unter Umständen schwer werden, da oft verschiedene Schmerzen anderen Ursprungs den Bruchschmerz markieren. Nur eine systematische Betastung des ganzen Brustkorbes kann vor Fehldiagnosen schützen.

Bei Phthisikern pflegt der Bruch zumeist bloß eine Rippe zu betreffen, bei Leuten, welche durch andere Leiden herabgekommene sind, oft mehrere. Sitz der Frakturen fast ausschließlich die unteren Rippen. Unter den veranlassenden Ursachen ist in erster Reihe starker Husten zu erwähnen. Gewöhnlich erfolgt glatte Heilung mittels Callus.

Trzeblecky (Krakau).

6) **T. Tuffler**. De la radiographie en chirurgie pulmonaire.

(Revue de chir. 1901. No. 8.)

In der genauen Lokalisation eitriger bezw. kavernenbildender Prozesse der Lungen lassen die physikalischen Untersuchungsmethoden oft im Stich, und in der Litteratur sind einige Beobachtungen niedergelegt, wo die Eiterherde bei der Operation überhaupt nicht gefunden und erst durch die Autopsie sichergestellt wurden oder nachträglich spontan durch die Operationswunde sich entleerten.

In 8 von 25 selbst beobachteten Fällen hatte T. Gelegenheit, die physikalisch erhobenen Befunde mit denen zu vergleichen, die er mittels Skiaskopie erhielt, und hat dabei folgende Erfahrungen gemacht:

1) Stimmen die Befunde von Auskultation und Perkussion mit denen der Durchstrahlung überein (4 unter 5), so gewährt letztere eine größere Sicherheit.

2) Gehen die Befunde aus einander (1 unter 5), so richte man sich nach dem Schatten des Röntgenbildes.

3) Auf der linken Seite wird die Verwendbarkeit der Röntgenuntersuchung durch den Herzschatten beeinträchtigt.

4) Auch sonst kann es vorkommen (Echinokokken z. B.), dass die Skiaskopie negativ ausfällt.

Christel (Mets).

7) **Kawahara** (Japan). Über den Bruststich mit nachfolgender Lufteinführung.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIV. p. 507.)

An über 70 Pat. hat Verf. den Bruststich bei der exsudativen Pleuritis in den letzten 10 Jahren so ausgeführt, dass er nach Ent-

leerung des Exsudates unmittelbar durch denselben Trokar atmosphärische Luft in den Brustfellraum eintreten ließ. In Anbetracht der günstigen Resultate der bei tuberkulöser Peritonitis ausgeführten Laparotomie glaubte Verf., dass die Lufteinführung bei der Pleuritis denselben günstigen Erfolg mit sich bringen würde. Seine Annahme hat sich jedoch nicht bestätigt, die Methode hat keine nennenswerthe Vorzüge hinsichtlich des Heilerfolges aufzuweisen. Verf. ist jedoch auch mit seinen geringen Erfolgen vollkommen zufrieden, besonders weil die Lufteinführung eine Reihe anderer Vortheile zur Folge habe, nämlich:

1) verhindert sie die Entstehung des so gefürchteten negativen Druckes und vermindert dadurch die sich entwickelnden Gefahren bezw. Beschwerden.

2) Die Furcht, dass der Lufttritt beim Bruststich die bestehende Entzündung verschlimmere oder dieselbe in Eiterung umwandle, ist durch diese Arbeit vollkommen beseitigt.

3) In gleicher Weise hat sie den Beweis geliefert, dass der Streitpunkt zwischen den Vertretern der Früh- und der Spätpunktion, — Fiebererhöhung und Eiterung — gar nicht zu befürchten ist.

4) Die Misstände bei zu rascher Entleerung mittels Hebevorrichtung oder bei Aussaugung mittels Aspirators sind durch die nachfolgende Lufteinführung leicht auszugleichen, wenn man nur vernünftig verfährt.

5) Wenn trotz sehr reichlichen Ergusses wegen während der Operation eintretender starker Beschwerden die Entleerung frühzeitig beendet werden muss, kann man auch in solchem Falle durch die sog. Luftauswaschung den Rest des Exsudates in vielen Absätzen auspumpen.

6) Auch bei vermindertem Ausdehnungsvermögen der Lunge nach längerer Kompression oder wegen pleuritischer Verwachsungen kann man die Entleerung bewerkstelligen.

7) Selbst bei Kontraindikation durch blutiges Exsudat kann man mit vernünftiger Anwendung der Luftauswaschungsmethode, d. h. in mehreren Absätzen und kleinen Mengen, das Exsudat entleeren.

Fertig (Göttigen).

8) **Kelling.** Die Tamponade der Bauchhöhle mit Luft zur Stillung lebensgefährlicher Intestinalblutungen. (Aus dem physiologischen Institut der thierärztlichen Hochschule zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 38 u. 39.)

Bei seinen Versuchen hat K. zunächst den Blutdruck in den Magengefäßen des Hundes bestimmt und dabei gefunden, dass derselbe fast eben so hoch ist, wie der von ihm gelegentlich von Magenoperationen an Kranken nachgewiesene, nämlich im Durchschnitt ca. 50 mm Quecksilber. K. schloss hieraus, dass sich die meisten

Blutungen in der Bauchhöhle durch einen Gegendruck von ca. 50 mm Hg stillen lassen müssten, und hat nun weiter experimentell geprüft, ob ein derartiger, durch Ausfüllung der Bauchhöhle mit Luft herbeigeführter Druck vertragen werden würde. Hierbei zeigte sich, dass der Druck in der Femoralis durch solche Drucksteigerung im Bauch fast gar nicht beeinflusst wurde, und dass, wie die endoskopische Betrachtung der uneröffneten Bauchhöhle durch ein Fiedler'sches Trokarrohr ergab, die komprimierten Bauchorgane blutarm wurden und bei oberflächlicher Verletzung fast gar nicht bluteten. Wurden vor der Anfüllung des Bauches mit Luft Blutungen in demselben herbeigeführt, und nachher seine Aufblasung mit Luft gemacht, so kamen die Blutungen ziemlich schnell zum Stehen, bzw. floss das Blut aus größeren arteriellen Gefäßen bedeutend schwerer aus. Die Gefahr, mittels des Trokars, durch dessen Rohr die Lufteinblasung nachher geschieht, Eingeweideverletzungen oder ein Emphysem der Bauchdecken herbeizuführen, hält K. bei richtiger Technik für nicht belangreich, auch sonstige nachtheilige Folgen durch solche vermeidbar; allerdings giebt er zu, dass die Lufttamponade auf die Athmung einen ungünstigen Einfluss ausüben könne, und hält deshalb ihre Anwendung bei Bestehen von Herz- und Lungenaffektionen für nicht empfehlenswerth. Andererseits konnte er eine Schädigung der Eingeweide durch die Anämisirung bei den Versuchsthiere nicht beobachten.

In Bezug auf die Ausführung der Lufttamponade giebt Verf. genaue Vorschriften, die in der Arbeit nachgelesen werden müssen; die zu injicirende Luft wird durch besondere Vorrichtungen in dem Apparat und Watte filtrirt, der erstere exkl. Manometer und Gummigebläse vor der Benutzung ausgekocht. — Am Menschen hat K. bisher noch nicht Gelegenheit gehabt, den Werth des Verfahrens bei Blutungen in die Bauchhöhle zu prüfen. **Kramer (Glogau).**

9) Sonnenburg. Appendicitis und ihr Zusammenhang mit Traumen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 38.)

S. tritt den zu Missverständnissen Anlass gebenden Äußerungen Neumann's entgegen, der annimmt, dass in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle das Trauma einen gesunden Wurmfortsatz nur zur Erkrankung bringen könne, wenn er einen Kothstein enthält. Mit Recht weist er darauf hin, dass das aber schon ein erkrankter Wurmfortsatz ist. Der Unfall kann die bereits bestehende Entzündung des Wurmfortsatzes neu aufflackern lassen, nicht aber einen gesunden Wurmfortsatz zur Entzündung bringen.

Borchard (Posen).

10) **Kukula.** Recherches sur les auto-intoxications dans les occlusions intestinales.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belges de chir. 1901. Hft. 3.)

In obiger außerordentlich sorgfältigen Arbeit, welche auf mehr als 200 Einzelexperimenten am Thier basirt, führt K. den Beweis, dass bei Abschnürungen des Darmrohres in dem Darminhalt sich eine Reihe toxischer Substanzen anhäufen, welche im normalen Darminhalt zwar auch, aber in geringerer Menge vorhanden sind. Die gesteigerte Putrescenz bei Einklemmungen bedinge die Anhäufung dieser Toxine, welche, sowohl in den Darmgasen, als in der Darmflüssigkeit vorhanden, nun, unter erhöhtem Druck resorbirt, die ganze Reihe von Symptomen der Vergiftung zeigen, welche sich als Erbrechen, Antiperistaltik, Koma, Collaps, Puls- und Respirationsveränderungen, Sekretionsänderungen der Haut, Schleimhäute, Nieren etc. äußern. Dass das Erbrechen, die Antiperistaltik zum Theil auch Reflexerscheinungen sind, will K. nicht bestreiten, namentlich im Beginn der Darmabschnürung; aber die Reflexe sind Nebensache, die Intoxikation Hauptsache.

Über die Natur dieser Toxine kann K. noch kein abschließendes Urtheil abgeben, so viel kann er aber schon sagen, dass der Schwefelwasserstoff und das Mercaptan nicht die einzigen und nicht die wichtigsten sind.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

11) **Barge.** Du traitement des fistules à l'anus par l'ablation.

Thèse de Paris, 1901.

Nach dem Vorgehen von Souligoux empfiehlt Verf., bei Anal fisteln den Fistelgang mitsammt seiner infiltrirten Umgebung nach Art einer Geschwulst zu excidiren, wobei Durchschneidung der Mastdarmwand und des Sphinkters vermieden werden muss. Es wird nur die Einmündungsstelle der Fistel in den Darm umschnitten und die Öffnung vernäht. Dann folgt die exakte Vernähung und Schluss der gesammten Wunde durch Etagegnähte. Oft erfolgt selbst bei sehr ausgedehnten Fisteln Heilung per primam, aber auch bei den anderen Fällen tritt schnellere Vernarbung ein als nach der gewöhnlichen Methode der Spaltung und Ausschabung der Fistel.

Mohr (Bielefeld).

12) **Balacescu.** Die Ligatur der Gefäße der Milz beim Thier. (Aus dem Universitätsinstitut für chirurgische und topographische Anatomie [Prof. Dr. Jonnesco] zu Bukarest.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 35.)

Eine Anzahl von an Thieren angestellten Versuchen hat folgende Ergebnisse gehabt: Die Unterbindung des ganzen Gefäßstiels der Milz mit Einschluss des Lig. gastro-lienale bewirkt Gangrän des Organs und wird in der großen Mehrzahl der Fälle von tödlichen Erscheinungen begleitet. Wenn dagegen die Thiere der durch die

Absorption der gangränösen Milz verursachten Intoxikation widerstehen, so wird die Milz vollständig atrophisch. Diese Atrophie tritt in relativ kurzer Zeit auf, so dass das Organ nach 8 Tagen zu einem kleinen Knoten zusammengeschrumpft ist. Die Unterbindung nur der Arterie oder der Vene der Milz verträgt sich mit dem Leben des Thieres und ohne dass die Funktionen der Milz geschädigt werden; denn die collateralen Wege führen dem Organ genügendes Ernährungsmaterial zu. Der nach der Unterbindung nur der Arterie oder der Vene auftretende Atrophieprocess ist minimal und findet langsam statt. Wenn die Vasa efferentia verkleinert sind, erfolgt derselbe rasch, das interstitielle Gewebe wuchert in reichem Maße, und die Erscheinungen der atrophischen Milzcirrhose sind sichtbarer. Die zwischen der Milz und der Bauchwand sich bildenden neuen gefäßhaltigen Verwachsungen reichen aus, um ein vegetatives Leben des Organs zu unterhalten. Und so verfällt die Milz nach Verschluss ihrer großen Vasa efferentia der Gangrän nicht, sondern lebt weiter, ihr Atrophieprocess ist jedoch rasch, und die normalen Milzfunktionen verschwinden nach und nach. Schließlich dringen die Mikroorganismen des mit ihr verwachsenden Darmes in die Milz ein, nachdem dieselbe aus der Blutcirculation ausgeschaltet worden.

Kramer (Glogau).

13) **A. Nannotti** (Pistoja). Secondo contributo allo studio delle indicazioni della splenectomia nella splenomegalia malarica.

(Clinica chir. 1900. No. 9 u. 10.)

N. berichtet, entsprechend seiner gleichnamigen Publikation von 1897 (referirt Centralblatt für Chirurgie 1898 p. 140) über seine Erfahrungen Betreffs der Behandlung der Milzschwellungen in Fällen schwerer alter Malariainfektionen. Das Material entstammt dem Spital von Grosseto. Die Fälle sind alle jahrelang beobachtet, die konstatierten Heilungen lange Zeit hindurch verfolgt.

Die Milzschwellung in Folge Malariainfektion kann, unter sorgfältiger Behandlung, stets verkleinert werden, doch hängt das Maß der Besserung vom individuellen Zustand der Pat. ab. In Fällen besonders ausgesprochener Splenomegalie, die mit Malariakachexie complicirt ist, in welchen auch andere Organveränderungen nachweisbar sind, verkleinerte sich die Milz unter dem inneren oder subkutanem Gebrauch von Chinin, Eisen-, Arsenverbindungen, Hydrotherapie etc. Die durch den Druck des Organs hervorgerufenen Beschwerden nehmen allmählich ab, eben so mit dem Zurückgehen der Perisplenitis die Verwachsungserscheinungen. Die Verkleinerung hält im Allgemeinen gleichen Schritt mit der allgemeinen Kräftigung und der Wiederkehr der normalen Blutzusammensetzung. — Ist aber die Milzschwellung so zu sagen das einzige Überbleibsel einer älteren Malariainfektion, so ist auch die spezifische Malariatherapie nicht im Stande, die Verkleinerung zu erzielen. Es handelt sich eben in

diesen Fällen nicht um eine Malariamilz, sondern um eine einfache Hyperplasie und Hypertrophie des Organs.

Sowohl Fälle der 1. Gruppe, wie solche aus der 2. können Gegenstand chirurgischen Eingriffs, d. h. der Milzexstirpation werden, wenn die lokalen Erscheinungen unerträglich werden, und besonders, wenn nach der Untersuchung und längeren Beobachtung eine Stieldrehung möglich erscheint.

N. hat 9 Splenektomien ausgeführt mit 3 Todesfällen (2 Pneumonien, 1 schwere Hämatemesis). Schnitt in der Mittellinie, manchmal dazu Querschnitt; präventive Unterbindung der Verwachsungen und Lösung derselben; isolirte Unterbindung und Durchschneidung der Art. splenica, dann der einzelnen Gefäße; Versenken des Stieles.

N. beobachtete fast stets eine bedeutende Besserung im Allgemeinbefinden des Pat. Doch ist es nicht möglich, genau zu entscheiden, ob sie aus dem Aufhören der lokalen Beschwerden resultirt, oder, wie Jonnesco meint, der Entfernung der großen Menge in der Milz angehäufter toxischer Substanzen entspricht.

Jedenfalls ist die Indikation zur Milzexstirpation — im Gegensatz zu Jonnesco — sehr selten zu stellen; die meisten Fälle sind der internen Therapie zu überweisen.

Die Krankengeschichten enthalten eine Fülle interessanter Details über das Verhalten der Leber (vikariirende Vergrößerung?), Knochenmark, spätere Infektionskrankheiten, die sich dem Referat entziehen.

J. Sternberg (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Prolaps eines Diverticulum ilei in Folge von Nichtobliteration des Ductus omphalo-mesaraicus.

Von

Dr. Herbig in Stettin.

Dem Verf. wurde ein 6 Wochen altes, sehr elendes Kind männlichen Geschlechts überwiesen, welches auf dem Nabel eine Geschwulst hatte, die gleich nach dem Abfallen der Nabelschnur bemerkt wurde. Die Geschwulst saß kurzstielig auf dem breiten wulstigen Nabel auf, hatte die Größe einer Kirsche, eiförmige Gestalt, war von dunkelrothem, sammetartigem Aussehen, feuchter Oberfläche, ziemlich fester Konsistenz und hatte nahe dem oberen Pol eine kleine Delle, in welche die Sonde 2 cm tief in der Richtung nach dem oberen Theile der Bauchhöhle eindrang. Ausfluss von Darminhalt aus dieser Öffnung war nie beobachtet worden, dagegen entleerte sich einmal bei sehr heftigem Schreien ein wenig schaumige, klare Flüssigkeit. Das Kind, welches mit der Brust genährt wurde, erbrach seit der Geburt vielfach einen großen Theil der Nahrung, schrie viel und zeigte große Unruhe. Die Zunge war theilweise braungelb belegt und trocken; Stuhlgang wurde täglich entleert; keine weiteren Missbildungen.

Da die Geschwulst mit Schleimhaut übersogen und von einem Gange durchsetzt war, welcher augenscheinlich in den Bauch hineinführte, so konnte es sich wohl nur um eine Urachusfistel oder einen Darmprolaps handeln, wie er in Folge von Nichtobliteration des Ductus omphalo-mesaraicus unter Bildung eines Diverticulum ilei mehrfach beobachtet worden ist. Gegen erstere sprach der Umstand,

dass die Sonde in der Richtung nach oben drang, für letzteren, dass augenscheinlich ein Darmtheil im Nabelringe eingeklemmt war, wodurch das Erbrechen hervorgerufen wurde. Solche Einklemmungserscheinungen sind in noch stärkerem Maße, bis zum Eintritt von Gangrän, beobachtet worden.

Die Beseitigung des Zustandes und die Rettung des schon sehr elenden Kindes konnte nur durch einen operativen Eingriff erreicht werden, welchen ich am 13. Februar d. J. ausführte. Nachdem das Kind in tiefe Chloroformnarkose gekommen und in dieser festgestellt war, dass die Sonde nunmehr leicht 6 cm tief durch die Delle der Geschwulst drang, wurde oberhalb und unterhalb der letzteren in der Mittellinie je ein 2 cm langer Schnitt durch die Bauchdecken gemacht. Die Geschwulst ließ sich von dem sie fest einschnürenden Nabelringe stumpf ablösen und erwies sich in der That als das offen gebliebene prolabirte und ektopionirte Ende eines Diverticulum ilei von 3—4 cm Länge, welches aus dem freien Ende einer Dünndarmschlinge hervorgewachsen ist und die gleiche Dicke und das gleiche Aussehen wie diese hat. Vom Mesenterium jener Darmschlinge setzt sich auf das handschuhfingerförmige Divertikel, und zwar auf seine obere Fläche, ein feines durchsichtiges Mesenteriolum bis an die Einschnürungsstelle am Nabel fort, wo es fest angewachsen ist und mit einem Scherenschlage abgetrennt wird. An welchem Theile des Dünndarmes das Divertikel sich befand, habe ich in Rücksicht auf den elenden Zustand des Kindes nicht festgestellt. — Abtragung des Prolapses zwischen zwei Seidenligaturen, Einstülpn des Stumpfes und Übernähen mit Serosanähten. Die hervorgesogene Dünndarmschlinge lässt sich erst nach breiterer Spaltung der Bauchdecken zurückbringen; Radikaloperation des Nabelbruches. Nach 24 Stunden ließ das Erbrechen nach und hörte bald ganz auf, das Kind erholte sich zusehends. Heilung per primam. Vier Monate später ging das Kind an Brechdurchfall zu Grunde, was ich leider zu spät in Erfahrung brachte.

Fälle von prolabirtem Meckel'schem Divertikel sind mehrfach, jedoch wie es scheint, im Ganzen sehr selten beobachtet worden. Leicht war die Diagnose in solchen Fällen, in welchen Koth aus der Fistel entleert wurde.

14) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg. Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Quincke (Kiel): Chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten.

Q. beginnt mit der Bemerkung, dass es hauptsächlich eitrige Prozesse sind, die ein chirurgisches Eingreifen an den Lungen verlangen. Unter diesen sind es wieder die parenchymatösen Eiterungen, welche häufiger ein operatives Vorgehen angezeigt erscheinen lassen als die Bronchiektasien.

Die Ersteren entstehen sumeist auf dem Weg der Aspiration, seltener durch Verschleppung der Eitererregger auf der Blutbahn.

Redner bespricht sodann die Gründe, warum die Lungenchirurgie sich so spät entwickelt habe. Es seien in Folge dieser Verzögerung eine Reihe Fragen offen geblieben, von denen sein Referat den pathologischen und diagnostischen Theil betreffen solle.

Q. nimmt folgende Einteilung an:

- I. a. Akute einfache Abscesse.
- b. Akute putride Abscesse.
- II. a. Chronische einfache Abscesse.
- b. Chronische putride Abscesse.
- III. Fremdkörperabscesse.
- IV. Tuberkulose.

Vor deren specieller Besprechung werden die Heilungsbedingungen untersucht, und wird festgestellt, dass für den Oberlappen der Eiterabfluss in die Bronchien

zwar ein leichter sei, die Expektoration durch Husten, die Vernarbung aber schwieriger; beim Unterlappen sei der Eiterabfluss schwieriger, dagegen die Kompression beim Husten und die Zusammenziehung des Lungengewebes erleichtert. Auch dort, wo mehrfache kleine Höhlen und starres Lungengewebe die völlige Ausheilung verhindern, kann durch die Eröffnung nach außen der Lebensgenuss ermöglicht werden. Q. bespricht sodann die Diagnose; die eingehende Erörterung ihrer Schwierigkeit und Möglichkeit kann hier eben so wenig wiedergegeben werden, wie das über die Diagnose der Adhäsionen Gesagte.

Hervorgehoben wird der Werth der mikroskopischen Diagnose. Es spricht für Lungenabscess, wenn sich elastische Fasern im Auswurf finden, eben so das überwiegende, massenhafte Vorkommen eines einzelnen Coccus wie des Strepto-, Staphylo- oder Pneumococcus; außerdem, wenn der eitrige Auswurf periodenweise auftritt. Die klassischen Höhlensymptome lassen namentlich bei den Höhlen des Unterlappens oft im Stich.

Der akute einfache Abscess entsteht am häufigsten aus krupöser Pneumonie; zeigt er keine Neigung zur Spontanheilung, welche nach 3—10 Wochen eintreten kann, so soll er operativ angegriffen werden. Bei putriden Herden, welche durch Mischinfektion mit Fäulniserragern entstehen, ist die Indikation zur Operation dringlicher, da leicht Komplikationen eintreten.

Frische, nicht demarkirte Gangränherde sollen, wenn diagnosticirt, eröffnet werden. Prognose: Für akute Abscesse gut; für putride etwas schlechter, zumal da diese häufig von vorn herein mehrfach auftreten.

Chronische Abscesse und Bronchiektasien stehen in wechselseitigem ursächlichem Verhältnis und werden fast ausnahmslos neben einander gefunden. Was das Primäre war, ist meistens nicht zu entscheiden. Wichtig ist die Frage, ob es sich um eine große oder mehrere kleinere Höhlen handelt. Im Allgemeinen heilen die chronischen Herde, ob sie putride sind oder nicht, schwerer. Für sie ist außer der Eröffnung noch Entspannung der Brustwand (Thorakoplastik etc.) erforderlich; event. kann der ganze von Höhlen durchsetzte Lungentheil auch abgetragen werden (Krause).

Fremdkörperabscesse sind wohl immer putride; die direkte Entfernung des Fremdkörpers gelingt häufig nicht. Hat ein Fremdkörper einen putriden Abscess verursacht, so ist auch ohne bestimmte Lokaldiagnose die baldige Anlegung einer Bronchialfistel unter dem rechten Schulterblattwinkel zu empfehlen, um durch Ableitung des putriden Sekrets weiteren sekundären Herden vorzubeugen. Lässt sich eine auf den Oberlappen beschränkte Lungenerkrankung höheren Grades nachweisen, so wird eine Immobilisation dieses Lungentheiles durch Thorakoplastik ein wohlberechtigter Versuch sein.

Garrè (Königsberg i/Pr.), das gleiche Thema behandelnd, bespricht die Pneumotomie vom rein chirurgischen Standpunkt. Er hält es nicht für nöthig, die Lungenoperationen auf die Fälle mit Pleuraverwachsungen zu beschränken. Zwar hat man bisher in 87% aller Fälle Verwachsungen bei der Operation gefunden, doch dürfte dieser Befund nicht so häufig sein, wenn man, was für die Zukunft zu erhoffen ist, mehr frische Fälle operirt. Der Nachweis der Verwachsungen ist oft nicht möglich, doch sind die Gefahren der Eröffnung der freien Pleurahöhle erheblich übertrieben worden. Jedenfalls lassen sich ihre Gefahren vermindern, wenn man das Mediastinum dadurch unbeweglich macht, dass man die Lunge nach Eröffnung der Brusthöhle in die Wunde hinein fixirt. Macht man das Mediastinum unbeweglich, so wird die Beeinträchtigung der gesunden Lunge, durch deren mangelhafte Funktion der Tod allein herbeigeführt wird, aufgehoben. Beweise: »Thierexperimente, Erfahrungen bei Verwachsungen, mehrfache direkte Erprobung des Verfahrens: Schema der Luftdruckverhältnisse.

Die Infektion des Pleuraraumes kann durch exaktes Herausziehen der Lunge auf ein Minimum beschränkt werden (fortlaufende Naht mit Hinterstichen, combinirt mit Tamponade). Es ist also in der Regel die einseitige Operation zu machen. Eine ausgedehnte Mobilisirung der Wände der Brust ist oft dringend nöthig, auch sollen Pleuraschwarten entfernt werden. — Technik: Chloroform oder

Lokalanästhesie. Lagerung auf gesunder Seite zu vermeiden, Schnitt nicht zu klein. Ausgedehnte Rippenresektion soll erst gemacht werden, wenn sich der Bedarf dazu herausstellt, mindestens sollen aber immer 4—6 cm Rippe fortgenommen werden. Die Eröffnung der Pleura darf nur langsam geschehen; tritt trotzdem Collaps ein, so wird die Lunge fest gefasst und in die Wunde gezogen. Fixation der Lunge durch 1—2 cm Lungenparenchym fassende Nähte, Nahtstiche bei jeder Expiration, bei Inspiration Tamponade.

Die Pneumotomie wird bei Schwarten mit dem Messer, sonst mit dem Paquelin gemacht. Die Herde sind oft schwer zu finden.

Punktionen in die freigelegte Lunge sind ungefährlicher als bei intakter Pleura. Beim Einbrennen ist das Anlegen tiefer Kanäle zu vermeiden, damit man eventuelle Blutungen beherrschen kann.

Nach Eröffnung des Herdes lässt man die ungelösten kranken Lungenpartien in Ruhe; Fetzen, Sequester etc. werden entfernt. Keine Ausspülung!

Bei allen chronisch-entzündlichen Herdprocessen ist ausgedehnte Mobilisation nöthig, event. durch Nachresektion von Rippen.

Unter jedesmaliger eingehender Würdigung der Litteratur, der Statistik und seiner eigenen Erfahrungen bespricht sodann G. die einzelnen Erkrankungsformen.

1) Bei Tuberkulose erklärt er unter bestimmten seltenen Voraussetzungen einen operativen Eingriff, der entweder den Herd selbst angreift oder die Brustwand mobilisirt oder in künstlichem Pneumothorax (nach Murphy) besteht, für berechtigt.

2) Bei Aktinomykose ist ein aktives Vorgehen am Platze.

3) Bei Abscessen wird frühzeitige Eröffnung empfohlen, bei veralteten combinirt mit Resektion des indurirten Gewebes und Mobilisation von Lunge und Brustwand. (77 Heilungen und 19 Todesfälle nach der Operation).

4) Das gleiche Verfahren wird bei Gangränherden empfohlen; die Eröffnung wird namentlich am Unterlappen am besten einzeitig gemacht mit Entfernung der vorderen Wand der Gangränhöhle. Das Letztere ist übrigens auch für die übrigen Prozesse angezeigt. (80 Heilungen, 42 Todesfälle.)

5) Bei Bronchiektasie, deren bisherige operative Behandlung wenig günstige Resultate ergab, wird ausgiebige Mobilisation der Brustwand und frühzeitige Operation möglicherweise bessere Resultate ergeben. (36 Heilungen, 21 Todesfälle.)

6) Echinokokken geben bei Eröffnung und Ausräumung sehr günstige Resultate (Punktion verworfen). (79 Heilungen, 8 Todesfälle.)

7) Bei bösartigen Neubildungen soll event. ein radikaler Eingriff versucht werden.

Das vorstehende Referat kann nicht den Anspruch machen, auch nur das Wichtigste vollständig wiedergegeben zu haben, es muss auf die in den Grenzgebieten erscheinende Publikation des Autors hingewiesen werden. Erwähnt möge noch werden, wie G. die Indikation zur Operation bei Tuberkulose stellt.

1) Die breite Eröffnung, Drainage resp. Tamponade einer Kaverne ist in Fällen von Sekretstauung und Zersetzung durch pyogene Mischinfektion mit septischen Fiebererscheinungen berechtigt.

2) Die breite Freilegung und nach Möglichkeit Resektion des infiltrirten Lungengewebes mit ausgiebiger Thorakoplastik ist berechtigt bei isolirten Kavernen und tuberkulösen Herden im Unterlappen.

3) Die Mobilisation der Brustwand resp. der Pleura ist angezeigt bei singulären stabilen Kavernen der Lungenspitzen.

Diskussion. Lenhartz (Hamburg) hat unter 6 Fällen von Bronchiektasien 3 geheilt, 3 sind gestorben.

Von 23 Fällen von Lungengangrän starben 12, während 11 geheilt wurden. L. stellt eine Reihe von Pat. vor, bei denen trotz großen Verlustes an Lungen-

¹ Die Zahlen der Geheilten und Gestorbenen sind aus der Litteratur zusammengetragen.

gewebe völlige Heilung eingetreten ist, so dass überall normale Auskultations- und Perkussionsverhältnisse vorlagen.

Bardenheuer (Köln) theilt mit, dass er an einer Reihe von Ziegen Versuche über den Pneumothorax gemacht habe. Er könne die Angaben Garrè's über die Verhältnisse des Mediastinums voll bestätigen.

v. Ziemssen (München) erläutert an mitgebrachten Röntgenbildern einen Fall von Streptothrix der Lungen. Er fragt an, ob ein operativer Eingriff am Platze erscheine.

Bäumler (Freiburg) will sich bei Lungengangrän mehr passiv verhalten; diese Erkrankung heile oft unter Terpentingebirgung sehr gut aus. In einem zur Sektion gekommenen Falle erwies es sich, dass die Ursache des fötiden Sputums ein altes Blutgerinnsel in einer Kaverne gewesen war.

Rehn (Frankfurt a/M.) ist mehr für sofortiges Eingreifen bei Lungengangrän, um schwerere Komplikationen zu vermeiden.

Weisker (Gera) hält aus theoretischen Gründen das Garrè'sche Schema über die Verhältnisse des Mediastinum nicht für zutreffend.

Quincke und Garrè erörtern zum Schluss die Narkose, über die sie nicht völlig übereinstimmen. G. benutzt Chloroform, indem er durch entsprechende Lagerung des Pat. Aspiration möglichst vermeidet, Q. aus Furcht vor der Letzteren die Schleich'sche Anästhesie.

Bertelsmann (Hamburg).

Kelling (Dresden): Über die Besichtigung der Speiseröhre und des Magens mit biegsamen Instrumenten.

Redner weist die diagnostische Bedeutung der Ösophagoskopie an der Hand von 134 von ihm untersuchten Fällen nach. Die Gastroskopie kommt hauptsächlich für die Frühdiagnose des Magenkrebses in Frage, wenn noch kein palpabler Tumor und keine Stagnation vorhanden ist. Die Erfahrungen des Redners ergeben, dass man mit dem Gastroskop die Diagnose Carcinom stellen resp. ausschließen kann. Er demonstriert ein nur durch das Gastroskop diagnosticirtes und dann von ihm mit Erfolg resecirtes Ulcus carcinomatosum. Auch kann man, so weit es den Magen anbetrifft, die Operabilität des Tumors feststellen. Es wird eine Serie von 13 gastroskopirten Fällen einer Serie von 14 unter denselben Indikationen probelaparotomirten Fällen gegenüber gestellt. Um nun auch Metastasen der Leber, Drüseninfiltrationen etc. vor der Operation feststellen zu können, hat Vortr. eine neue Methode der Besichtigung der Bauchhöhle (Kölioskopie) ausgebildet. Die Bauchhöhle wird durch einen Fiedler'schen Trokar aufgeblasen mittels Luft, welche durch Watte filtrirt wird. Dann wird unter Schleich'scher Anästhesie ein 2. Trokar eingestochen, durch welchen sich ein geeignet konstruirtes Cystoskop einführen lässt. Die Anwendung der Methoden wird demonstriert, Ösophagoskopie und Gastroskopie am Menschen und Kölioskopie am Hunde. (Selbstbericht.)

v. Mikulicz (Breslau): Chirurgische Erfahrungen über Magencarcinom.

v. M. berichtet über 458 Fälle von Magencarcinom, die er während des Decennium April 1891 bis März 1901 klinisch beobachtet hat. In diese Zahl sind eingeschlossen 46 Fälle von Cardiacarcinom. Die Diagnose wurde in der Mehrzahl der Fälle durch die Operation festgestellt, in den nicht operirten Fällen entweder durch die Obduktion oder durch die weitere Beobachtung des Krankheitsverlaufes. Mehrere Fälle von Cardiacarcinom wurden durch das Ösophagoskop resp. durch eine Probeexsion auf ösophagoskopischem Weg diagnosticirt.

128 Fälle wurden nicht operirt, meist, weil eine radikale Operation nicht mehr durchführbar war, für eine palliative dagegen, namentlich für die Gastroenterostomie, keine ausreichende Indikation vorlag; in einzelnen Fällen haben die Kranken die ihnen vorgeschlagene Operation abgelehnt. Von diesen 128 Fällen starben 14 noch in der Klinik. Es wurde versucht, die Lebensdauer der nicht operirten Fälle mit Bezug auf den Beginn des Leidens, d. h. die Zeit,

zu welcher die ersten ernstlichen Krankheitserscheinungen auftraten, festzustellen; bei 67 in dieser Richtung verwerthbaren Fällen schwankte die Lebensdauer bis zum eingetretenen Tod zwischen wenigen Monaten und 38 Monaten; im Mittel betrug sie $11\frac{1}{5}$ Monate.

320 Fälle wurden operirt. Die Operationen vertheilen sich folgendermaßen:

1) Einfache Probeincisionen	44mal
2) Gastrostomien (bei Cardiacarcinomen) 27 >	
3) Jejunostomien	12 >
4) Gastroenterostomien	143 >
5) Resektionen	100 >
6) Exstirpation des Magens	3 >

1) Probeincisionen. Von den 44 Operirten starben im Anschluss an die die Operation 4; davon 2 ohne Zusammenhang mit derselben, wie die Obduktion erwies. Die Mortalität für die Probeincision bei Magencarcinom würde sich demnach auf 9 resp. $4\frac{1}{2}\%$ stellen. Die mittlere Lebensdauer seit der Operation berechnet sich bei 21 verwerthbaren Fällen auf $4\frac{9}{10}$ Monate, seit Beginn des Leidens auf wenige Monate bis 37 Monate, im Mittel auf $14\frac{3}{10}$ Monate.

Fasst man die gar nicht operirten und die nur der Probeincision unterworfenen Kranken zusammen, so stellt sich für diese durch die Operation nicht beeinflussten Fälle eine mittlere Lebensdauer von etwas über 13 Monaten seit Beginn des Leidens heraus. Diese Zahl dient v. M. als Grundlage für die Beurtheilung der Dauererfolge der am carcinomatösen Magen selbst ausgeführten Operationen.

2) Gastrostomie. 27 Fälle, davon gestorben 4 (15%). Die mittlere Lebensdauer seit der Operation beträgt bei den Überlebenden $3\frac{1}{2}$ Monate, seit Beginn des Leidens $11\frac{1}{10}$ Monate. Das Resultat ist demnach ein wenig erfreuliches. v. M. ist dafür, die Gastrostomie bei Cardiacarcinom eben so wie beim Ösophaguscarcinom nach Möglichkeit einzuschränken; nur dort, wo auch Flüssigkeiten nicht mehr in den Magen gelangen, und die Kranken durch unaufhörlichen Hunger und Durst gequält werden, wird man sich aus Mitleid zur Operation entschließen.

3) Jejunostomie. 12 Fälle, davon gestorben 7. Diese Operation hat nach v. M. beim Magencarcinom keine Berechtigung. Ist die Magenwand so weit durch das Carcinom infiltrirt, dass sich die Gastroenterostomie technisch nicht mehr ausführen lässt, so dass also nur durch die Anlegung einer Dünndarmfistel die Ernährung künstlich fortgeführt werden kann, so sieht man besser von jedem Eingriff ab.

4) Gastroenterostomie. 143 Fälle, davon gestorben 48 ($33\frac{1}{10}\%$). Die operativen Resultate haben sich mit den Jahren konstant gebessert. Dem entsprechend beträgt die Mortalität der in den letzten 3 Jahren operirten Fälle nur $26\frac{1}{2}\%$ (49 Fälle, davon gestorben 13). Trotzdem bleibt die Mortalität der Gastroenterostomie beim Magencarcinom auffallend hoch im Vergleich zu den Erfolgen derselben Operation bei gutartigen Magenaffektionen. Bei der gutartigen Magenstenose und dem Ulcus ist die Mortalität der Gastroenterostomie in den letzten Jahren auf wenige Procent heruntergegangen.

Die mittlere Lebensdauer von 67 verwerthbaren Fällen von Gastroenterostomie betrug seit der Operation $6\frac{4}{10}$ Monate, seit Beginn des Leidens wenige Monate bis $37\frac{1}{2}$ Monate, im Mittel 14 Monate. Es ergibt sich demgemäß in Bezug auf die mittlere Lebensdauer hier ein deutliches Plus zu Gunsten der Operirten, wenn wir nur die Überlebenden in Betracht ziehen. Werden aber die operativen Todesfälle in die Berechnung mit einbezogen, so fällt dieselbe eher zu Ungunsten der

¹ Bei diesen so wie allen folgenden Operationen wird grundsätzlich angenommen, dass der Tod im Anschluss an die Operation eingetreten ist, wenn er innerhalb der ersten 30 Tage nach der Operation erfolgt. Ein später eingetretener Tod wird nur dann der Operation zur Last gelegt, wenn durch die Obduktion oder die klinische Beobachtung ein Zusammenhang mit derselben erwiesen ist.

Operation aus; die mittlere Lebensdauer würde sich dann auf $12\frac{9}{10}$ Monate stellen.

5) Resektionen. 100 Fälle, davon gestorben 37%. In den letzten 3 Jahren starben von 44 Operirten 11 im Anschluss an die Operation = 25%. Die Mortalität hat sich demnach in der letzten Periode noch etwas niedriger als die der Gastroenterostomie gestellt. In Bezug auf die Dauererfolge lässt sich Folgendes sagen: Von 58 Kranken, die die Operation überlebt haben und über die sichere Nachrichten eingegangen sind, leben noch 20 zwischen $\frac{1}{2}$ und $8\frac{1}{4}$ Jahren, davon 17 mehr als 1 Jahr, 10 mehr als 2 Jahre, 4 mehr als $3\frac{1}{2}$ Jahre; die letzten 4 leben zur Zeit recidivfrei; sie sind demnach als radikal geheilt anzusehen. Wenn die 4 Fälle auf die 23 Operationen bezogen werden, die mehr als $3\frac{1}{2}$ Jahre zurückliegen und über deren weiteren Verlauf Nachrichten zu erlangen waren, so würde die Zahl der radikal Geheilten 17% ergeben. (v. M. demonstriert die Präparate der radikal operirten Magencarcinome, so wie einige andere bemerkenswerthe Fälle, u. A. ein Präparat von einem Kranken, der seit $2\frac{1}{2}$ Jahren recidivfrei und allem Anschein nach auch radikal geheilt ist.)

Die Erfolge der Magenresektion als Radikaloperation lassen sich bei der geringen Zahl der verwertbaren Fälle noch nicht sicher übersehen; sie sind aber nicht so schlecht, als man bisher allgemein glaubte; sie lassen sich jedenfalls den Dauerresultaten nach der Operation anderer Carcinome an die Seite stellen; die Erfolge der Operation des Zungen- und Rectumcarcinoms sind nach den vorliegenden Statistiken kaum besser.

Die Resektion des carcinomatösen Magens hat aber auch noch für die nicht radikal geheilten Fälle ihre große Bedeutung als palliative Operation; sie konkurriert in dieser Richtung mit der Gastroenterostomie, die heute von den meisten Chirurgen mit Unrecht bevorzugt wird. Dass die Magenresektion beim Carcinom nach den v. M.'schen Resultaten in der letzten Zeit weniger gefährlich geworden ist als die Gastroenterostomie, geht aus den früher angeführten Zahlen hervor. Ungleich günstiger noch stellt sich die Zahl in Bezug auf die Verlängerung der Lebensdauer, selbst wenn wir von den 4 radikal geheilten Fällen ganz absehen, durch welche die Zahlen sich noch günstiger gestalten würden. Es liegen Nachrichten über 38 Pat. vor, die die Magenresektion glücklich überstanden und erst im Verlauf der späteren Monate und Jahre gestorben sind. v. M. nimmt an, dass sie alle an Recidiv resp. an Metastase zu Grunde gegangen sind, wie wohl die Nachrichten der Ständesämter nicht immer verlässlich Auskunft darüber geben. Die mittlere Lebensdauer der 38 Fälle betrug seit der Operation $16\frac{1}{5}$ Monate, seit Beginn des Leidens $24\frac{2}{3}$ Monate; also die mittlere Lebensdauer beträgt nach der Resektion in den nicht radikal geheilten Fällen ungefähr 10 Monate mehr als nach der Gastroenterostomie. Als 3. Moment zu Gunsten der Resektion spricht der ungleich größere Nutzen, der den Operirten gegenüber der Gastroenterostomie erwächst. Nach Eliminirung des Magencarcinoms kommt der Kranke in der Regel sehr bald zum Vollgenuß seiner Gesundheit: er ist schmerzfrei, die Verdauung vollzieht sich ohne Störung, sein Körpergewicht nimmt rasch zu, kurz, er fühlt sich wenigstens eine Zeit lang vollständig geheilt. Tritt kein lokales Recidiv ein, sondern erliegt der Kranke, was nicht so selten ist, Metastasen, so sind ihm die mit dem Magencarcinom verbundenen Qualen erspart, und er findet später meist einen leichteren Tod. Dem gegenüber dauert die Besserung der subjektiven Beschwerden nach der Gastroenterostomie meist nur kurze Zeit, häufig genug tritt sie überhaupt nicht ein; nur ausnahmsweise beobachtet man, dass der Kranke nach der Gastroenterostomie sich auf kurze Zeit in so auffällender Weise erholt wie nach der Resektion. v. M. kommt zu dem Resultat, dass der Gastroenterostomie beim Magencarcinom nicht der Werth zukommt, der ihr bisher allgemein beigemessen wurde. Er rath deshalb, diese Operation in Zukunft mehr einzuschränken und nur auf jene Fälle zu beschränken, in welchen nicht radikal operable und nicht zu große, aber hochgradig stenosirende Carcinome der Pylorusgegend vorliegen. Die Gastroenterostomie bei ausgebreitetem Magencarcinom ohne ungesprochene Stenosenerscheinungen hat keine Berechtigung. Dagegen sollte

die Resektion des carcinomatösen Magens häufiger geübt werden als bisher, und zwar überall, wo sie technisch gut ausführbar ist, auch ohne Rücksicht darauf, ob man auf Radikalheilung rechnen könne oder nicht. Da sich vor Eröffnung der Bauchhöhle nur selten bestimmen lässt, ob die Resektion möglich sein wird oder nicht, so muss von der Probeincision auch in zweifelhaften Fällen häufiger Gebrauch gemacht werden, da diese Operation, besonders wenn sie als kleiner Probe-schnitt ausgeführt wird, nur mit geringer Gefahr verbunden ist. Ist das Carcinom resecurbar, so wird der Schnitt erst entsprechend erweitert; ist die Radikaloperation unausführbar und liegt keine klare Indikation zur Gastroenterostomie vor, so schließt man am besten die Bauchhöhle unverrichteter Dinge.

In Bezug auf die Technik geht v. M. bei der Magenresektion in so fern radikaler vor, als er nicht nur an der kardialen Seite, sondern auch gegen das Duodenum zu weiter im Gesunden operirt als früher. Die eingehenden Untersuchungen von Bormann an den von v. M. resecurten Magencarcinomen haben ergeben, dass ungefähr in $\frac{2}{3}$ der Fälle das Carcinom innerhalb der Magenwand thatsächlich radikal entfernt war. Die Aussicht, wenigstens ein lokales Recidiv zu vermeiden, ist demnach durchaus günstig. Zweitens entfernt v. M. alle erreichbaren vergrößerten Lymphdrüsen bis an die Cardia hin. In Folge der ausgedehnteren Resektion der Magenwand muss auch die Technik geändert werden. v. M. führt in der letzten Zeit nur ausnahmsweise noch die I. Billroth'sche Methode aus; in der Regel wird die II. Billroth'sche Methode angewendet.

Die Exstirpation des Magens hat nach v. M. keine große Zukunft. Die 3 von ihm ausgeführten Magenexstirpationen sind sämmtlich im Anschluss an die Operation gestorben; in allen 3 Fällen zeigte sich, dass Metastasen zurückgeblieben waren.

Die immerhin noch hohe Mortalität nach der Magenresektion ist hauptsächlich durch die Peritonitis und durch Pneumonie, nicht selten mit Lungengangrän kombinirt, bedingt. Die erstgenannte Todesursache entspringt unserer immer noch mangelhaften Technik, die glücklicherweise von Jahr zu Jahr sich stetig verbessert. Die Ursache der so verhängnisvollen Pneumonie ist noch nicht genügend aufgeklärt; v. M. glaubt, dass embolische Prozesse den Ausgangspunkt derselben abgeben. Im Übrigen wird die Mortalität nach der Operation sicher in dem Maße verringert werden, als wir die Magencarcinome in früheren Stadien zur Operation bekommen. Je kleiner das Carcinom, desto einfacher und rascher vollzieht sich die Operation, desto geringer sind die Gefahren derselben.

Dass mit der weiteren Ausbildung der Frühdiagnose des Magencarcinoms auch die Dauererfolge der Operation sich bessern werden, ist eben so klar.

(Selbstbericht.)

Kümmell (Hamburg): Ein Fall von Hirschsprung'scher Krankheit.

K. demonstirt einen ca. 5jährigen Knaben, der an Hirschsprung'scher Krankheit litt. Wie meistens in diesen Fällen war die Diagnose auf einen chronischen Ileus gestellt worden. Die vorgenommenen Laparotomie ergab nichts als eine sehr weite und lange, mit Koth gefüllte Flexura sigmoidea. Durch Massage, Elektrizität etc. wurde fast völlige Heilung erzielt, so dass nur noch ein etwas aufgetriebenes Abdomen sichtbar ist.

Diskussion. Rehn (Frankfurt a/M.) hat 2 Fälle derselben Krankheit gesehen, einen davon operirt, bei dem fälschlich eine Neurose angenommen worden war.

Bertelsmann (Hamburg).

Posner (Berlin) berichtet über einen Fall von übersähligem Harnleiter bei einem jungen Mädchen.

Der Harnleiter mündete im Vestibulum unterhalb der Vagina, verlief parallel derselben und konnte mit dem Katheter bis weit hinter die Harnblase verfolgt werden. Da der Zustand der Kranken wegen des fortwährenden Harträufelns ein unerträglicher war, musste ein Versuch der Heilung gemacht werden. P. erweiterte die Urethra, legte die eine Branche eines entsprechend geformten Instruments in dieselbe, die andere in die Blase, um durch Zusammenpressen der-

selben eine Drucknekrose des zwischenliegenden Gewebes und so eine Verbindung zwischen Ureter und Blase zu erzielen. Die Operation war in so fern von Erfolg, als nach Entfernung des Instruments kein Harn mehr durch den 3. Ureter abfloss. Eine zur Zeit noch bestehende Inkontinenz der Blase hofft er in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen. Ein ähnlicher Fall ist früher von Wölfler veröffentlicht.

Bertelsmann (Hamburg).

(Fortsetzung folgt.)

15) A. Gebhart. Zur Kasuistik der Blutcysten. (Aus der chirurg. Poliklinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 37.)

Es handelte sich um einen 48jährigen Mann, welcher spontane Blutungen in der Zwischenrippenmuskulatur der linken Seite bekam, die durch Bildung einer derben Bindegewebskapsel in kurzer Zeit cystisch abgeschlossen wurden, dennoch aber ständig durch Nachblutung an Umfang zunahmen, bis sie Faustgröße und noch mehr erreichten und nun durch den Druck sogar zu Usur der benachbarten Rippen führten, so dass eine bösartige Geschwulst (weiches Sarkom) vorgetäuscht wurde; nach Incision erfolgte Ausheilung der beiden operirten Cysten auf dem Wege der Granulation. Pat. starb, durch die — auch aus dem Granulationsgewebe erfolgten — Blutungen sehr geschwächt, schließlich unter dem Bilde chronischer Sepsis. In ätiologischer Beziehung ist der Fall unklar geblieben.

Kramer (Glogau).

16) Leser (Halle). Erfahrungen über bösartige Geschwülste, insbesondere über Carcinome.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 33.)

L. hat Betreffs der von ihm wegen bösartiger Geschwülste im letzten Jahrzehnt operirten 392 Kranken feststellen können, dass 78 derselben noch ohne jede Beschwerde am Leben sind; bei 24 sind seit der Operation 7—11, bei 26 3 bis 6 Jahre verflossen, während die Operation bei den übrigen Fällen — bei 17 bis 2—3, bei 11 bis 1 Jahr — kürzere Zeit zurückliegt. Unter diesen Fällen, von denen mehrere nach wiederholten Recidivoperationen dauernd geheilt worden sind, findet sich eine größere Zahl von Fällen von Krebs der Lippen, bezw. Wangen, der Brustdrüse, des Magendarmkanals, bezw. Mastdarma, kein Fall von Zungen- und Speiseröhrenkrebs. L. entfernt beim Lippencarcinom grundsätzlich die ganze Lippe und hält auch beim Zungenkrebs die Exstirpation des ganzen Organs für nothwendig. Im übrigen Theile der Arbeit bespricht er eine Reihe von heute besonders lebhaft erörterten Krebsfragen.

Kramer (Glogau).

17) C. Beck (New York). Über Sarkombehandlung mittels der Röntgenstrahlen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 32.)

In einem Falle von melanotischem Sarkom in der Gegend des äußeren Knöchels und Drüsenmetastasen in der Leistengegend, mit raschen Recidiven nach wiederholter Exstirpation (Amputation verweigert) und Auftreten von Geschwulstknoten an der Innenfläche des Beines machte B. den Versuch mit allmählich bis 45 Minuten dauernder Bestrahlung des nach der dritten Exstirpation gebliebenen Defekts mittels Röntgenstrahlen. Nach 7maliger Einwirkung derselben in 2—3tägigen Zwischenpausen war nicht nur keine Spur von Recidiv an der Knöchelstelle zu sehen, sondern auch eine Anzahl der melanotischen Knollen der Wade theils vernarbt, theils geschrumpft, während die Leistendrüsengeschwulst weiter gewachsen war. Nach erneuter Exstirpation soll letztere der intensiven Bestrahlung gleichfalls ausgesetzt werden. Zum Schluss theilt B. mit, dass bis jetzt die Knöchelstelle vollständig geheilt geblieben ist; weiterer Bericht wird in Aussicht gestellt.

Kramer (Glogau).

18) **A. Behn.** Ein kombinirbarer In- und Extubationsapparat.
(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 37.)

Der in seinen Einzelheiten durch Abbildungen erläuterte Apparat, der einer zweckmäßigeren Intubationsmethodik Eingang verschaffen soll, ist von **A. Schädel Kramer** (Glogau).

19) **H. Oderfeld und J. Steinhaus.** Beitrag zur Kasuistik der Metastasen von normalem Schilddrüsengewebe.
(Medycyna 1901. No 3.)

Eine 58jährige Frau suchte bei O. Hilfe wegen einer seit mehreren Wochen bestehenden Geschwulst am Stirnbeinhöcker, die starke Kopfschmerzen verursachte. Die Untersuchung ergab eine elastische, hühnereigroße, aus dem Schädelinnern emporwuchernde, von normaler Haut bedeckte Geschwulst. Die Knochenränder um die Geschwulst herum wulstförmig aufgetrieben. Es wurde ein Sarkom diagnosticirt und operirt. Dabei legte man eine gelbbraune, gefäßreiche Geschwulst frei, die durch einen Knochenspalt mit dem Schädelinnern zusammenhing. Sie wurde mit dem sie umgebenden Knochenreifen und einem Stück Dura exstirpirt. Die heftige Blutung wurde durch Tamponade gestillt. Glatte Heilung. Nach $\frac{1}{2}$ Jahre kein Recidiv. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab typisches Schilddrüsengewebe.

Verff. deuten den Fall als seltene Metastase, und zwar noch um so seltener, als Pat. keine Spur von Kropf hatte. **Trzebiatky** (Krakau).

20) **A. J. Lartigau.** Primary sarcoma of the thyreoid gland.
(Amer. journ. of the med. sciences 1901. August.)

Aus der Krankengeschichte sei nur hervorgehoben, dass es sich um eine 45-jährige Frau handelte, bei der sich eine Geschwulst im rechten Schilddrüsenlappen entwickelt hatte, die Athem- und Schluckbeschwerden verursachte. Die Exstirpation war durch die starke Blutung erschwert. Schon nach 8 Tagen zeigte sich das Recidiv, das 18 Tage später unter Erstickungserscheinungen zum Tode führte. Die mikroskopische Untersuchung des Präparates, dessen Befund sehr eingehend geschildert wird, ergab ein in einem Kropf entwickeltes Angiosarkom.

L. bespricht im Anschluss an diesen Fall ausführlich die klinischen und pathologisch-anatomischen Eigenthümlichkeiten des primären Schilddrüsensarkoms und fasst seine Ansichten in folgenden Schlussätzen zusammen:

1) Das primäre Sarkom der Schilddrüse ist selten, aber wahrscheinlich häufiger als die Statistiken angeben. Es ist weniger häufig als das primäre Carcinom dieses Organs.

2) Meist ist es vergesellschaftet mit Kropf. Die im Alter zwischen 40 bis 60 Jahren entstehenden Fälle zeigen einen höheren Procentsatz von vorausgegangenem Kropf als die bei jüngeren Individuen. Kropf in Verbindung mit Schilddrüsensarkom ist gewöhnlicher bei Frauen als bei Männern.

3) Schilddrüsensarkom kommt häufiger im späteren Leben vor als in der Jugend, am häufigsten zwischen dem 40. bis 60. Lebensjahre.

4) Das Geschlecht spielt wahrscheinlich eine untergeordnete Rolle.

5) Meistens entwickelt sich die primäre Geschwulst im rechten Schilddrüsenlappen. Häufiger scheint das bei Männern zuzutreffen als bei Frauen.

6) Der klinische Verlauf ist gewöhnlich ein ziemlich akuter.

7) Mitbetheiligung von Kehlkopf und Luftöhre durch Druck oder Übergreifen der Geschwulst ist gewöhnlich.

8) Metastasen kommen auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn, oder auf beiden zu Stande.

9) Rund-, Spindel- oder Mischzellensarkome sind am häufigsten. Angiosarkome sind nicht selten. **R. v. Hippel** (Kassel).

21) **G. Jochmann.** Osteomyelitis sterni acuta bei Typhus abdominalis.
(Aus dem allgem. Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf. Medicinische
Abtheilung.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 38.)

Der bei der Sektion gefundene Eiterungsprocess am Brustbein, der erst 3 Tage vor dem Tode des Pat. durch den Nachweis von Pulsation auf dem Brustbein sich bemerkbar gemacht, hatte durch Zerstörung einer Knorpelfuge zu Kontinuitätstrennung in letzterem in Höhe der 3. Rippe geführt und die den Knochen an seiner Rückseite bedeckenden Weichtheile zerstört; der Eiter war ins vordere Mediastinum durchgebrochen und enthielt Staphylococcus pyogenes aureus. Der typhöse Process war nach dem Sektionsergebnis im Wesentlichen abgelaufen gewesen.
Kramer (Glogau).

22) **F. Barjou et A. Cade.** Les épanchements chyloformes de la plèvre.

(Bull. méd. 1901. Juni 10.)

Verff. berichten über einen Fall von Chylothorax, welcher sehr chronisch verlief und nach einem Trauma zuerst diagnosticirt wurde. Die Reaktion der Flüssigkeit war im Gegensatz zu den meisten bisher mitgetheilten Fällen eine saure, die Überimpfung auf Meerschweinchen brachte bei diesen eine gleichfalls äußerst langsam verlaufende Tuberkulose hervor. Es handelte sich also um Pleuratuberkulose mit geringer Virulenz der Tuberkelbacillen.

Mohr (Bielefeld).

23) **Rey.** Mastite douloureuse des adolescents.

(Soc. de méd. d'Alger 1901. Juni 12.)

Bei dem 18jährigen, kräftig entwickelten Pat. hatte sich im Verlaufe von 2 Jahren eine kleinfaustgroße, gleichmäßige Hypertrophie der rechten Brustdrüse entwickelt. Bemerkenswerth waren die lebhaften, bohrenden Schmerzen in der Geschwulst, welche gegen den rechten Arm zu ausstrahlten und nach jeder stärkeren Arbeit zunahmen. Wegen der Schmerzen Amputatio mammae. Die Geschwulst bestand in der Hauptsache aus jungem Bindegewebe mit vereinzelt lobulären Zellanhäufungen epithelialen Charakters, außerdem elastischen Fasern und Fettgewebe. (Eine mikroskopisch ganz ähnliche, jedoch nur wenig schmerzhaftige Geschwulst der Brustdrüse entfernte Ref. bei einem 17jährigen Arbeiter, welcher dieselbe auf häufiges Gegenstemmen von Instrumenten gegen die betreffende Gegend zurückführte.)
Mohr (Bielefeld).

24) **M. Diterichs.** Die Neubildungen der Brustwarze und der Areola.

(Annalen der russ. Chirurgie 1901. Hft. 4.)

D. entfernte bei einem Pat. ein Papillom der linken Mammilla, $6\frac{1}{2}:4\frac{1}{2}:3\frac{1}{2}$ cm groß. Dasselbe hatte sich innerhalb 20 Jahren entwickelt. — Aus der Litteratur bringt D. 6 Fibrome und Fibroadenome, 5 Angiome, 4 Myome, 6 Atherome 3 Papillome, 14 Ductuscarcinome. 5 Abbildungen zeigen das makro- und mikroskopische Aussehen der entfernten Geschwulst.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

25) **Le Conte.** Hydatid disease of the breast.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. September.)

Verf. beobachtete bei einer 27jährigen multiparen Mulattin einen Echinococcus der rechten Brustdrüse. Derselbe begann als eine harte, schmerzlose, frei bewegliche Geschwulst 2 Jahre nach einem Abort und 5 Jahre nach einer chronisch entzündlichen Vergrößerung der rechten Cervicaldrüsen. Erst im Anschlusse an ein Trauma begann die Geschwulst rapid zu wachsen, blieb aber zunächst hart. Dann

vereiterten die Halsdrüsen und brachen auf, und nun wurde auch die Geschwulst weicher, verwuchs mit der darüber liegenden Haut und begann zu fluktuieren.

Die Diagnose schwankte zwischen cystischem Adenom, tuberkulösem Abscess und Echinococcus. Letzterer wurde wegen seiner extremen Seltenheit ausgeschlossen. Die Operation eröffnete einen großen Abscess, in dessen Eiter sich massenhaft Haken fanden. Da das Drüsengewebe vollkommen atrophirt war, so wurde die Brust mit den Achseldrüsen entfernt. Heilung p. pr.

Verf. stellt aus der Litteratur noch 38 ähnliche Fälle zusammen und versucht, auf Grund dieses Materials ein klinisches Bild des Leidens zu entwerfen. Die Diagnose wurde stets erst durch die Operation sichergestellt.

R. v. Hippel (Kassel).

26) Unger. Ein Fall von Cystadenom der Mamma beim Manne.

(Virchow's Archiv Bd. CLXV. p. 550.)

Es handelte sich in diesem seltenen Falle um eine einfache Cyste der Mamma, an deren Innenfläche eine kleine warzige, adenomatöse Geschwulst aufsaß. Der Inhalt der Cyste bestand aus stagnirendem Blut. Der Mann war 51 Jahre alt.

Fertig (Göttingen).

27) N. Gulcke. Beitrag zur Statistik des Mammacarcinoms.

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

Die Grundlage der vorliegenden Arbeit bietet das reichhaltige Material der v. Bergmann'schen Klinik aus einem Zeitraum von 18 Jahren mit 982 Fällen von Brustkrebs; gewiss eine Beobachtungsreihe, der sich nur wenige zur Seite stellen können.

Zwei Drittel der Pat. standen im Lebensalter von 41—60 Jahren; allerdings hatte eine geringe Zahl, nämlich 13, das 30. Lebensjahr noch nicht überschritten, als die Geschwulstbildung auftrat. Verf. nimmt an, dass das Auftreten des Klimakterium, die Involution des Geschlechtsapparates in dieser Zeit den Boden für das Wachstum des Brustkrebses ebne. 90% der Frauen hatten Geburten durchgemacht, doch ist weder der Zahl derselben noch der Laktation an sich oder der Zahl der Laktationsperioden ein allzu großes Gewicht beizulegen. Dagegen scheint die Mastitis eine Rolle für das Vorkommen des Mammacarcinoms zu spielen. Ein einmaliges Trauma ist als disponirendes Moment für eine spätere Krebsbildung von sehr geringer Bedeutung, die Wirkung häufiger Schädigungen läßt sich schon eher als Ursache annehmen. Was die Erblichkeit der Carcinome anlangt, so konnte G. bei 16,5% das Vorkommen von Krebs in der Familie der Betroffenen konstatiren.

Die Bevorzugung einer oder der anderen Milchdrüse war nicht nachzuweisen; die Prädilektionsstelle in der Mamma selbst ist der äußere obere Quadrant. Dort findet sich der Krebs 3—4mal so häufig wie an anderen Stellen. Die häufigste histologische Form, die auf der v. Bergmann'schen Klinik beobachtet wurde, ist der Scirrhus.

Gewöhnlich tritt ein frühzeitiges Verwachsen des Carcinoms, namentlich des Scirrhus mit der Haut ein, welche zu einer Einsiehung der Warze führt. Gleichzeitig erkranken auch die Achseldrüsen. Dann folgt die Verwachsung mit dem Musc. pectoralis und schließlich die Ulceration und der Zerfall. Im Mittel berechnet Verf. 11,6 Monate für die Infektion der Achseldrüsen nach Auftreten der Geschwulst. Die Supraclaviculardrüsen werden durchschnittlich nach 19 Monaten infiltrirt.

Hauptsitz der Metastasen ist die Leber. Die Prognose hängt natürlich von einer frühzeitigen Operation ab.

Was nun die Operationsresultate selbst anlangt, so sind in Folge des Eingriffes 3,1% gestorben. Wo keine Radikalheilung erzielt werden konnte, wurde doch das Leben um ungefähr 10 Monate gegenüber den Nichtoperirten verlängert. Von den radikal Operirten blieben fast 29% recidivfrei, d. h. nach mindestens

3jähriger Beobachtung. Von den in den Jahren 1882—90 operirten Kranken leben gesund noch 22; bei mehreren sind 15—18 Jahre seit dem Eingriff vergangen. Operirt wurde seit 1890 nach der allgemein üblichen Heidenhain'schen Methode. Die radikalere Verfahren mit Entfernung des sternalen und clavicularen Theiles des *Musc. pectoralis major*, so wie die principielle Ausräumung der supra- und infraclavicularen Drüsen bei jedem Falle von Mammacarcinom kann Verf. nicht empfehlen. Die Ansichten über den Werth dieser Methoden sind noch keineswegs geklärt. Die bis jetzt bekannten Resultate, die sie erzielen, sind keinesfalls so gut, dass man die einfacheren, ungefährlicheren und weniger verstümmelnden Eingriffe zu ihren Gunsten abgeben müsste. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

28) A. Clark. The effect of the Roentgen-rays in a case of chronic carcinoma of the breast.

(Brit. med. journ. 1901. Juni 8.)

C. theilt kurz die Krankengeschichte einer Frau mit großem ulcerirtem Mammacarcinom mit unter Beifügung zweier erläuternden Photographien. Nebenbei litt die Frau an Diabetes und hatte schon zwei Zehen in Folge von Gangrän verloren. Die befallene Brustseite wurde 5mal wöchentlich je 15 Minuten den Röntgenstrahlen ausgesetzt. Nach 2½monatlicher Behandlung war die Ulceration bedeutend kleiner geworden, die Lymphdrüsen der Achselhöhle hatten an Umfang abgenommen, das Allgemeinbefinden hatte sich gebessert. Darreichung von Jodkali hatte keinen Erfolg gehabt. Weiss (Düsseldorf).

29) B. Beneke. Beiträge zur Pathologie des Ösophagus.

(Deutsche Arzteszeitung 1901. No. 12, 17 u. 18.)

Verf. beschreibt u. A. eine der durch Zenker und v. Ziemssen genauer bekannt gewordenen spindelförmigen Erweiterungen der Speiseröhre ohne nachweisbare Stenose. Allen diesen Fällen ist gemeinsam, dass die Speiseröhre einige Centimeter über der Cardia normal ist und dann in eine im Allgemeinen spindelförmige Ausbuchtung übergeht. Die Entleerung ihres Inhaltes in den Magen war übrigens im beschriebenen Falle durch einen Klappenmechanismus erschwert. Da der Mittheilung sowohl eine genauere Beobachtung zu Lebzeiten, als auch ein sehr eingehender anatomischer und mikroskopischer Befund zu Grunde liegt, ist dieselbe besonders geeignet in die noch dunkle Ätiologie Licht zu bringen.

B. hält nach Allem einen reflektorischen Spasmus als erste Einleitung des krankhaften Zustandes. Die sich daraus ergebende Dilatation, welche eine etwas einseitige, aus der axialen Richtung verschobene Entwicklung genommen hat, führte zu einem Klappenmechanismus, welcher nach Zurücktreten der primären Ursache dem Leiden in den letzten Jahren ausschließlich zu Grunde lag.

In einem anderen Falle glaubt B. den schon physiologischerweise vorhandenen Druck der Trachealbifurkation auf die Speiseröhre, welcher bei nach hinten gespannter Luftröhre erheblich vermehrt wird, verantwortlich machen zu können für die Erweiterung der Speiseröhre im unteren Abschnitte. Bei einem 1jährigen Kinde, welches in Folge eines Magen-Darmleidens viel brechen musste, maß die Speiseröhrenlichtung im oberen Abschnitte 17 mm, an der Cardia jedoch 45 mm. Diese mächtige Erweiterung hat vermuthlich der beim Erbrechen an der Bifurkation Widerstand findende und wieder zurückgeschleuderte Mageninhalt verursacht.

Ein weiterer Fall beweist, dass ein durch Erbrechen bis zur Trachealbifurkation gelangter und dort liegenbleibender fester Körper andererseits von der Speiseröhre aus die Luftröhre in solchem Grade eindrücken kann, dass Erstickung erfolgt. Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

30) V. Mayr und A. Döhler. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Divertikel der Speiseröhre. (Aus der Würzburger medic. und chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 37.)

Bei dem 39jährigen Manne saß das 3 cm lange Divertikel, durch das Rosenheim'sche Ösophagoskop und durch das Kirstein'sche Autoskop nachgewiesen,

am Übergange vom Rachen zur Speiseröhre an der rechten hinteren Seite der letzteren und ließ sich bei der Operation (Schönborn) leicht auslösen und nach Seidenligatur des Divertikelhalses abtragen; der Schleimhautrest an der Unterbindestelle wurde mit dem Galvanokauter verschorft, die Wunde tamponirt und Pat. während der ersten 5 Tage mit Nährklystieren ernährt. Ungestörte Heilung. Nach der mikroskopischen Untersuchung ist anzunehmen, dass das Divertikel in Folge traumatischer (Fischgräte) Ausstülpung der Schleimhaut durch eine Lücke der Konstriktorenmuskulatur entstanden war. **Kramer (Glogau).**

31) C. Schlatter. Zwei Fälle von durch Naht geheilten Stichverletzungen des Zwerchfells. — Transdiaphragmatische Leber- und Nierennaht. (Aus der Züricher chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 34.)

In beiden Fällen hatten die äußeren Wunden ihren Sitz in den unteren Thoraxpartien im Bereiche der Zwerchfellwölbung und bestand ein Bluterguss in die Pleurahöhle; im 1. Falle Durchtrennung der 9. Rippe, hochgradige Anämie und Erbrechen, wodurch eine Mitverletzung des Zwerchfells wahrscheinlich gemacht war. Nach Erweiterung der im 9. Interkostalraume in der rechten Axillarlinie gelegenen Wunde und Rippenresektion bei diesem Pat. fand sich im Zwerchfell eine 3 cm lange Stichwunde, aus der sich vom Bauche her reichlich Blut entleerte. Der in die verlängerte Öffnung eingeführte Finger stellte am seitlichen Leberende einen stark blutenden $2\frac{1}{2}$ cm langen Schnitt und weiter unten einen kleineren, so wie in der rechten Niere eine 8 cm tiefe Stichwunde fest; Parenchymnähte der Nieren- und Leberverletzungen, danach Zwerchfellnaht und Schluss der Pleura- und Hautwunde. Im 2. Falle fand sich die Stichwunde im 7. Interkostalraume in der rechten Mammillarlinie, und war das Bauchfell nicht eröffnet. Naht der 3 cm langen, stark blutenden Zwerchfellverletzung. Beide Pat. wurden nach ungestörtem Wundverlauf geheilt. Bemerkenswerth ist die sichere blutstillende Wirkung der Lebernähte im 1. Falle; auch bei 5 anderen Fällen S.'s von Leberverletzung wirkte sie prompt. **Kramer (Glogau).**

32) Wilms. Zur Frage der Gefäßverletzungen der Radix mesenterii. (Aus der Leipziger chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 32.)

Zum Studium obiger Frage ist W. durch einen Fall von Stichverletzung der Mesenterialwurzel mit einem breiten Meißel angeregt worden; der 18jährige Pat. wurde bereits $\frac{3}{4}$ Stunde nach der Verletzung operirt. Es fand sich bei ihm eine Stichwunde des linken Leberlappens — Einstich 2 cm vom Rande entfernt, Ausstich auf der Rückseite der Leber — und eine Verletzung der größeren Venenstämmen der V. mesent. sup. in Höhe der Pars horiz. duodeni infer. Zur Stillung der sehr starken Blutung mussten 13 Schieber angelegt werden, welche in Gaze eingehüllt liegen gelassen wurden; sie saßen mit ihrer Spitze direkt der Aorta auf und wurden am 3. Tage entfernt. Bei reichlicher Sekretion im Anfange erfolgte innerhalb 6 Wochen Heilung, ohne dass Störungen von Seiten des Darmes auftraten. Solche waren auch in einem Falle Robson's von angeblicher Unterbindung des Stammes der V. mesent. sup. ausgeblieben; doch weist W. überzeugend nach, dass es sich nicht um den eigentlichen Stamm gehandelt haben könne, der hinter und oberhalb des Pankreas gelegen sei. Die Unterbindung an dieser Stelle gefährdet nach W.'s Versuch beim Thier und wohl auch beim Menschen den Darm, darf also nicht vorgenommen werden; dagegen ist die Unterbindung in Höhe des unteren Duodenalschenkels, d. h. nach abwärts vom Pankreas, nach den beiden Fällen von W. und Robson und nach Verf.'s Experimenten an Hunden von Darmgangrän nicht gefolgt. **Kramer (Glogau).**

33) **Brunotte (Bitsch).** Über einen Fall durch Operation geheilter Perforationsperitonitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 39.)

Die Peritonitis hatte sich im raschen Anschluss an eine Hufschlagverletzung des Bauches entwickelt; erst am 4. Tage erhielt B. die Einwilligung zur Operation, bei welcher zuerst ein am 2. Tage bemerkter Hodensackbruch, welcher Netz enthielt, freigelegt, sodann die Bauchhöhle eröffnet und ein trübes, grünliches, fade riechendes Exsudat entleert wurde; in der Gegend nach der rechten Fossa iliaca hin fand sich eine Ansammlung gelbköthiger Jauche, die Perforationsöffnung indess nicht. Tamponade nach möglichst sorgfältiger Reinigung des Bauchraumes; Naht, die am 2. Tage nach der Operation wieder geöffnet werden musste. Nach zunächst noch schwerem Verlaufe besserte sich allmählich das Allgemeinbefinden; aus der Wunde entleerte sich schließlich noch Koth, so dass, da heftige Diarrhöen sich einstellten, ein 10—12maliger Verbandwechsel am Tage nöthig wurde. Heilung, auch der Kothfistel.

Kramer (Glogau).

34) **E. Meusel (Gotha).** Überraschungen bei Herniotomien.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

In dem einen Falle hatte im Bruchsack ein Carcinom des Mesenteriums die zugehörige Dünndarmschlinge zum Verschluss gebracht; eine Einklemmung bestand auch an den anderen Schlingen des Bruchinhalts nicht. Im 2. Falle, eines 4jährigen Knaben, fand sich in dem nicht reponiblen Leistenbruch ein tuberkulös erkranktes Knäuel von Darmschlingen; als M. dasselbe mehrere Wochen später resecirte, konnte er ein vollständiges Verschwinden der Tuberkelknötchen feststellen.

Kramer (Glogau).

35) **Gebele.** Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Aus der Münchener chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 33.)

36) **Pritchard (Monroeville).** Ein Fall von Darmverschluss durch einen Gallenstein, erfolgreich behandelt mit Atropin.

(Ibid.)

37) **Aronheim.** Ileus und Atropin.

(Ibid.)

38) **Schulz (Greifswald).** Geschichtliches zur Behandlung des Darmverschlusses mit Belladonnapräparaten.

(Ibid.)

G. kritisirt zunächst die bisher mitgetheilten Fälle von mittels Atropin behandeltem Ileus und hält diejenigen von erfolgreicher Anwendung des Mittels für solche, in denen es sich entweder um schwere Koprostaten mit ileusähnlichen Symptomen oder um unter dem Bilde eines sekundären reflektorischen Enterospasmus verlaufene Affektionen gehandelt hatte. Der von ihm beobachtete Fall, in welchem mehrere Tage vor der Aufnahme in die Klinik Atropin verabfolgt worden war, zeigt, wie leicht dieses über den Ernst der Lage hinwegtäuscht, und dadurch die richtige Zeit zum operativen Eingriffe versäumt wird. Der scheinbaren Besserung war eine ganz akute Verschlimmerung gefolgt, so dass die Operation bei der bereits kollabirten 72jährigen Pat., welche, an Oclusionsileus durch einen Kothstein leidend, bereits eine schwere Peritonitis in Folge von Darmangrän bekommen hatte, natürlich nichts mehr leisten konnte.

In P.'s Falle war die kombinierte Behandlung mit Olivenöl durch den Mund und Atropin subkutan von raschem Erfolge; der große Stein ging mit den Kothmassen ab, ohne weitere Schädigungen zu hinterlassen.

Der A.'sche Pat. wurde von seiner unter ileusähnlichen Symptomen verlaufenen Koprostase durch 0,003 Atropin geheilt.

Aus S.'s Abhandlung interessirt der Nachweis, dass die Belladonnapräparate schon in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts bei Brucheinklemmungen und Ileus, angeblich erfolgreich, angewandt worden sind. **Kramer (Glogau).**

39) Auvray. Rupture de la rate. Splenectomie. — Rapport par M. Hartmann.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 222.)

Durch einen Sturz aus 4 Meter Höhe hatte sich Pat. einen Bruch des linken Oberschenkels und eine innere Verletzung zugezogen. Er bot die Zeichen schwerer innerer Blutung. A. zögerte nicht, noch in der gleichen Nacht, ca. 6 $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Unfälle, die Laparotomie auszuführen. Er fand als Ursache des starken intraperitonealen Blutergusses eine Fissur der äußeren Fläche und eine ausgedehnte Zerreißung des oberen Poles der Milz. Durch Exstirpation der Milz und wiederholte intravenöse Infusionen erzielte er Heilung. — Nach A. ist das in Frankreich der 3. Fall von Splenektomie wegen Milzruptur, die mit Genesung endete.

Der Berichterstatter Hartmann fügt seinem Bericht noch die Mittheilung eines weiteren Falles von Milzexstirpation wegen Zerreißung hinzu, der aber tödlich endete; er war durch mehrfache Rippenbrüche und Lungenserreißung complicirt.

Hartmann bespricht kurz die verschiedenen Behandlungsmethoden der Milzruptur. Spontaner Stillstand der Blutung ist nur in seltenen Fällen sicher festgestellt. 38 wegen Milzzerreißung ausgeführte Operationen hatten folgende Ergebnisse: Einfache Entleerung des Blutergusses durch Laparotomie in 4 Fällen war nur einmal von Heilung gefolgt; Unterbindung der Gefäße des Hilus in einem Falle endete tödlich; Naht des Risses in einem Falle verhinderte gleichfalls nicht den tödlichen Ausgang; Tamponade des Risses brachte in 4 Fällen einmal Heilung; hingegen endeten 29 Milzexstirpationen wegen Ruptur 17mal mit Genesung, nur 12mal tödlich. **Reichel (Chemnitz).**

40) Loison. Rupture traumatique de la rate; laparotomie; tamponnement. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 40.)

Der Verdacht einer Darmverletzung ließ L. in einem Falle von Bauchkontusion durch Hufschlag nach vorgängigem abwartendem Verhalten 24 Stunden nach dem Unfälle zur Laparotomie schreiten. Er fand in der Bauchhöhle viel Blut, welches aus einem 2—3 cm langen Querriss durch den oberen Pol der Milz dauernd vorquoll. — Da eine Naht der Milzwunde wegen der Zerreißlichkeit der Milzgewebe kontraindicirt, die Exstirpation der Milz aber in Anbetracht der geringen Größe der Wunde nicht gerechtfertigt schien, schritt L. zur Tamponade mit Jodoformgaze. Die Blutstillung gelang, Pat. heilte. — L. theilt diesen Fall mit, da die Zahl der mit Tamponade behandelten Milzrupturen noch sehr klein ist. **Reichel (Chemnitz).**

41) Mauolaire. Contusion thoraco-abdominale; rupture de la rate: Splenectomie à la 24. heure; Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Anné LXXII. T. III. No. 4.)

Die Krankengeschichte ist kurz und bietet wenig. Im Ganzen sind bislang 61 Fälle veröffentlicht, 7 mehr als in der Statistik von Auvray. Hiervon sind 31 geheilt, 30 gestorben. Verf. hofft, dass Kochsalsinfusionen und frühzeitiges Operiren die künftigen Resultate verbessern werden.

In einem Falle, den M. früher beobachtete, gelang es in Folge zahlreicher Verwachsungen nicht, die Milz auszulösen. Zweimalige Tamponade wurde von einer dritten tödlichen Blutung gefolgt. **Christel (Mets).**

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 49. Sonnabend, den 7. December. 1901.

Inhalt: 1) **Homans**, Verstümmelung und Langlebigkeit. — 2) **Dohrn**, Hautverbrennung. — 3) **Devic** und **Gallavardin**, Fibromyoma malignum. — 4) **Whitney**, Krebs. — 5) **Minin**, Blaues elektrisches Licht. — 6) **Kutner**, Tripper. — 7) **Besançon**, Griffon und **le Sourd**, Schankerbacillus. — 8) **Klotz**, 9) **Fournier**, 10) **Bulkley**, Zur Syphilis. — 11) **Brocq** und **Landry**, Gerbergeschwür. — 12) **Boisson**, Peritüretthritis. — 13) und 14) **Faltin**, Infektion der Harnblase. — 15) **Löwenhardt**, Bestimmung des Harnleiterverlaufs. — 16) **Patel**, Anurie bei Gebärmutterkrebs.

A. Welscher, Stichverletzung der Blase (durch das Foramen ischiadicum majus). (Orig.-Mittheilung.)

17) Naturforscherversammlung. — 18) **Schultze**, Orthopädischer Tisch. — 19) **Strube**, Klinischer Bericht. — 20) **Rager**, 21) **Ware**, Myositis. — 22) **Zeisler**, 23) **Gaucher** und **Coyon**, Zur Syphilis. — 24) **Gaucher** und **Bernard**, 25) **Stadelmann**, Arsentkirkung. — 26) **Widal** und **le Sourd**, Herpes zoster. — 27) **Veillon** und **Hallé**, Hautgangrän. — 28) **Hallopeau** u. **Fouquet**, Naevus fibromatosus. — 29) **Glebowski**, Lupus. — 30) **v. Heineleth**, Mandelgeschwülste. — 31) **Lewenstern**, Aneurysma der A. carotis int. — 32) **Dohrn**, Blasenzerreißung. — 33) **Scudder**, Doppelter Harnleiter. — 34) **Rosenstein**, Einpflanzung der Harnröhre in den Mastdarm. — 35) **Peters**, Einpflanzung des Harnleiters in den Mastdarm. — 36) **Dessirier** und **Legrand**, Steinniere. — 37) **Beck**, 38) **Jenckel**, Nierengeschwülste. — 39) **Lessner**, Hodengeschwülste. — 40) **Thibierge**, Gesichtsgeschwüre bei Tabes.

1) **Homans**. The relation of bodily mutilations to longevity.
(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 6.)

Über diesen Gegenstand existiren wenige Notizen und keine genauen Statistiken. Verf. bespricht die einzelnen Verstümmelungen. Es ist von größter Wichtigkeit, ob sie wegen Krankheit vorgenommen wurden, oder auf Unglücksfall beruhen. Verlust eines Sinnes oder eines Gliedes ist im Allgemeinen nicht, von hochgradigem Einfluss auf die Lebensdauer, namentlich nicht, wenn ein Glied durch Unglücksfall verloren ging. Die Übersicht ist eingetheilt nach Körpergegenden: Schädelverletzungen, Blindheit, Verlust der Extremitäten, Bauch-, Nieren-, Darm-, Ovarien- und Uterusverstümmelungen. Bei Verlust eines Theiles einer Extremität kommt häufig die »moralische« Einwirkung auf Verkürzung der Lebensdauer in Betracht. Durch Verlust der Arme wird Beschränkung der Athmung bedingt, doch ist die Beschränkung der Lebensdauer nach Beinamputation weit

höher als die nach Armabsetzung. Von großem Werth ist eine Prothese für untere Extremitäten, mehr als für die oberen. Verstümmelnde Operationen an den Unterleibseingeweiden müssen in Bezug auf Beeinflussung der Lebensdauer je nach der Ursache sehr verschieden beurtheilt werden. Operationen des Wurmfortsatzes versprechen eher längere Lebensdauer der Betreffenden, da eine Quelle der Gefahr ausgeschaltet ist; eben so wird durch Operationen am Darm wegen des geklemmten oder brandigen Bruches die Lebensdauer eher günstig beeinflusst. Operationen an den weiblichen Genitalien unterliegen für jeden Fall noch besonders der Beurtheilung, ob eine Ovariectomie wegen einfacher Cyste oder einer anderen Geschwulst vorgenommen ist. H. will keine Frau nach Ovariectomie in die Lebensversicherung aufnehmen, ohne dass der genaue mikroskopische Befund vorliegt, der eine bösartige Neubildung ausschließt. Wegen einfachen Kystoms Operirte, so wie solche, bei denen Hysterektomie wegen Fibroiden gemacht ist, haben im Allgemeinen die Durchschnittslebensdauer.

Zu der Arbeit sind die eigenen Erfahrungen des Verf., der medicinischer Direktor der Neu-England-Lebensversicherung ist, benutzt, so wie die Statistiken des Generalarztes der Ver. Staaten-Armee aus den letzten 30 Jahren.

Trapp (Bückerburg).

2) K. Dohrn. Zur pathologischen Anatomie des Früh Todes nach Hautverbrennungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 469.)

D. hat im pathologisch-anatomischen Laboratorium des Stadt-Krankenhauses zu Chemnitz 9 zur Sektion gekommene Fälle von Verbrennung genau studirt. Hierzu kommen verschiedene Blut- und Harnuntersuchungen bei genesenen bezw. nicht zur Sektion gelangten gestorbenen Pat. Die Resultate waren im Wesentlichen folgende. Veränderungen des Blutes kamen regelmäßig vor — Stechapfelform und Zerfallerscheinungen an den rothen Körperchen, meist auch Vermehrung der weißen. Diese Erscheinungen gehören in die erste Reihe der wesentlichen Befunde bei der Verbrennung. Sie werden durch den Verbrennungsakt an sich, die Hitze, erzeugt. Eine Neigung des derart veränderten Blutes zu Gerinnungen, wie sie von anderen Autoren behauptet ist, fand sich nicht. Der Harn war in 10 daraufhin untersuchten Fällen 7mal eiweißhaltig. Übrigens spielten in D.'s Fällen Nierenerkrankungen keine große Rolle. Unter 9 Beobachtungen fand sich 6mal die Niere unverändert oder nur unerheblich krank. 2mal fand sich ausgedehnte Nekrose im Labyrinth, voll ausgeprägte Nephritis aber niemals. Bemerkenswerth sind die Gehirnbefunde. Sie bestanden in einem entzündlichen Ödem, einer Art beginnender Encephalitis acuta, charakterisirt durch reichliche Leukocytenanhäufung um die Gefäße bezw. in den perivaskulären Lymphräumen. Die funktionellen Gehirnstörungen bei Verbrannten sind unschwer auf diese Veränderungen zurückführbar. Von sonstigen

mehr nebensächlichen Befunden sei nur noch eine öfter bemerkte Schwellung der Gekrösdrüsen, der Magen- und Darmfollikel erwähnt.

Auf Grund seiner Untersuchungen hält D. es für verfehlt, zur Erklärung des Frühodes bei Verbrennung einfach den Chok in den Vordergrund zu stellen, vielmehr seien die anatomischen Veränderungen, vor Allem die Blutkörperchenzerstörung nicht zu vernachlässigen. Die Veränderungen an Nieren, Gehirn, lymphadenoidem Gewebe lassen sich nicht von Hämoglobinämie ableiten. Sie erheischen vielmehr, dass auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus eine weithin im Körper wirksame, toxische Schädlichkeit für den tödlichen Ausgang verantwortlich gemacht werden muss.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

3) **Devic et L. Gallavardin.** Contribution à l'étude du leiomyome malin avec généralisation viscerale.

(Revue de chir. 1901. No. 9.)

Das Fibromyoma malignum oder metastasirende Leiomyom ist eine bisher noch wenig beobachtete Neubildungsform und vielleicht identisch mit manchem bisher beschriebenen Sarcoma fusocellulare. Verf. vertheidigen nun die myomatöse Natur der Neubildung auf Grund zweier eigener Beobachtungen, Leiomyomen der Haut mit massenhaften Metastasen in einem der Fälle. Sie haben sich weiter die Aufgabe gestellt, Kriterien zu finden, welche bei der mikroskopischen Untersuchung der primären Geschwulst dieselbe als bösartiges Leiomyom zu erkennen gestatten. Hierzu genügt das bisher Gefundene wohl noch nicht völlig; allein es kann weiteren Untersuchungen sehr wohl als Unterlage dienen.

1) Ist die Anordnung des Faserverlaufs gleichmäßiger und schlichter als bei den gutartigen Myomen, die weit regellosere Durchflechtung der Muskelzellenbündel darbieten.

2) Im Gegensatz zu anderen Neubildungen entbehren die Muskelzellen auch der Metastasen des malignen Leiomyoms des embryonalen Charakters,

3) sind die malignen Leiomyome auffallend arm an bindegewebigem Stroma und

4) an Gefäßen (daher vielfach Mortifikationsvorgänge im Innern der schnell zu beträchtlicher Größe wachsenden Knoten);

5) zeichnen sich manche Fälle durch Riesenzellenbildung (muskulärer Natur nach Beschreibung der Verf.) aus.

Abbildungen wären hier recht erwünscht gewesen!

Christel (Metz).

4) **Whitney.** The alleged increase of cancer in Massachussets.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 3.)

Arbeit statistischen Inhalts. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Wenn der Tod an Krebs weiterhin in der augenscheinlich geometrischen Progression weiter zunimmt, wie in den letzten

50 Jahren, so werden in $2\frac{1}{4}$ Jahrhunderten alle über 30 Jahre alten Leute an Krebs sterben.

2) Diese Steigerung ist wahrscheinlich nur bei schlechtester Voraussetzung eine arithmetisch zunehmende.

3) Wahrscheinlich ist die Steigerung bedingt durch bessere Diagnose und Registrirung, und ehe das Verhältnis zu den Todesfällen im Allgemeinen 8—9% erreicht hat, kann man von keiner Zunahme der Krankheit an sich sprechen.

4) Zum Vergleich mit anderen Zeiten und Gegenden benutzt man am besten die graphische Methode.

5) Vergleich mit anderen Ländern und Gegenden zeigt, dass Massachussets ungefähr dieselbe Verhältniszahl, aber größeren Unterschied zwischen Männern und Weibern aufweist als Österreich.

6) In den Neuenglandstaaten werden die geringen Unterschiede durch Ungenauigkeiten der Aufzeichnung leicht erklärt, geographische Unterschiede kommen nicht in Betracht.

7) In Massachussets selbst wächst die Zahl der Krebserkrankungen um ein Geringes in westlicher Richtung. Die größte Zahl zeigt der dichtest bevölkerte Theil, der aber abseits der westlichen Richtung liegt.

Trapp (Bükeburg).

5) A. W. Minin. Die Heilwirkung des blauen elektrischen Lichtes.

(Wratsch 1901. No. 25.)

Das blaue elektrische Licht (50 Kerzen), allein oder mit weißem Licht zugleich angewendet, wirkt noch bedeutend mehr schmerzstillend, als letzteres allein. M. konnte nach Einwirkung desselben Wunden schmerzlos nähen. Weiterhin bringt er die Krankengeschichten mehrerer Patt. mit Kontusionen und Verbrennungen; ein Pat. hatte sich Mund, Rachen und Ösophagus mit Salmiakgeist verbrannt und litt schrecklich; die Schmerzen schwanden nach Beleuchtung von Hals und Brust (von außen). Auch bei Peliosis rheumatica sah M. rasches Verschwinden der Hämorrhagien; die Methode schützt aber nicht vor Recidiven. Die Wirkung der Wärme ist bei blauem Licht ausgeschlossen, da es aus weiter Entfernung besser wirkt, als in der Nähe.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

6) Kutner. Über Druckspülungen zur Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1900. No. 51.)

K. führt einen Urethral-Nélatonkatheter (siehe die dem Artikel beigefügte Abbildung) ungefähr 4 cm tief in die Harnröhre ein und nimmt dann die Harnröhrenspülung mittels einer Handdruckspritze, welche ungefähr 100—125 g Fassungsraum hat, in folgenden Phasen vor: leichtes Komprimiren der Harnröhre um den Nélaton, kurze, gleichsam ruckartige Injektion einer kleinen Menge unter energischem

Druck, Aufhören des Injektionsdruckes und in Folge Öffnens des Verschlusses der Harnröhre Abfluss der Flüssigkeit.

Bei der Druckspülung dringt die Flüssigkeit bis zum Sphincter, bringt ihn zur Kontraktion und bildet eine, die ganze Harnröhre blähende, von dem Sphinkter nach dem Orificium externum sich bewegende rückläufige Schlauchwelle. Der therapeutische Werth dieser Methode liegt darin, dass die Flüssigkeit, indem sie die Falten der Schleimhaut zum Verstreichen bringt, überall hindringt, auch in die Lacuna Morgagni, deren Miterkrankung zuweilen die hauptsächlichste Veranlassung für die Fortdauer des Processes bildet. Bei diffuser Erkrankung der Pars anterior im Anschlusse an akute Gonorrhoe macht man Druckspülungen mit Arg. nitr.-Lösungen 0,25 bis 0,5 : 1000, täglich oder jeden 2. Tag, allmählich die Konzentration steigend (1,0 — 2,0 : 1000), indem man gleichzeitig längere Pausen ein-treten lässt.

Bei chronischer Gonorrhoe kann man von vorn herein mit stärkeren Lösungen (1,0 : 1000) beginnen und schneller zu den konzentrierten Lösungen übergehen. Bei der akuten Gonorrhoe können die Druckspülungen von der 4. Woche an angewendet werden, und zwar mittels einer von K. angegebenen Handspritze, deren vorderer Ansatz mit 2 Öffnungen versehen ist. Die glänzendsten Erfolge der Druckspülungen sah K. bei subchronischer und chronischer Gonorrhoe, die nach dieser Methode wesentlich leichter therapeutisch zu beeinflussen sind bezw. viel schneller zur Heilung gebracht werden können.

Gold (Bielitz).

7) Besançon, Griffon et le Sourd. Recherches sur la culture du bacille de Ducrey.

(Annal. de dermat. et de syph. 1901. Hft. 1.)

Den 3 Verf. gelang es endlich, einen geeigneten Nährboden für den Bacillus des weichen Schankers (Bacillus Ducrey, Streptobacillus Unna) zu finden. Der Nährboden besteht aus Blut, dem sie $\frac{2}{3}$ Agar zumischen. Sie benutzten arterielles Blut vom Hund und Kaninchen, venöses vom Menschen. Das Kaninchenblut war praktisch am geeignetsten. Als Nährboden war ferner sehr günstig das nicht koagulierte Kaninchenserum. Die Kolonien entwickeln sich bei 37° Temperatur nach etwa 24 Stunden, sind Anfangs rund, glänzend, hervortretend und werden schließlich opak, ein wenig grau, mit einem Durchmesser von 1—2 mm. Ihre Lebensfähigkeit ist kurz in flüssigen Medien, sehr dauerhaft auf dem Blutagar. So brachte z. B. eine Kolonie aus der 12. Generation auf einen Kranken überimpft ein typisches Ulcus molle hervor.

Die Bacillen wurden gezüchtet aus primären weichen Schankern, aus Inokulationsschankern und aus schankrösen Bubonen. Damit scheint die Frage, ob in schankrösen Bubonen der Ducrey'sche Bacillus vorhanden ist, endgültig gelöst zu sein.

W. Klingmüller (Breslau).

8) **H. Klotz.** Syphilitic lesions of the wheal type.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XIX. Part 2.)

Die Erscheinungsformen des syphilitischen Exanthems sind so vielgestaltig, dass für die differentielle Diagnose alle denkbaren Hauterkrankungen in Betracht kommen. Urticariaähnliches syphilitisches Exanthem wird in der Litteratur nur sehr selten erwähnt. K. hat mehrfach im sekundären Stadium der Syphilis Efflorescenzen gesehen, welche auf Leib und Brust in 25—30 unregelmäßig vertheilten, dunkelrothen, elastischen Erhebungen auftraten. Diese quaddelartigen Gebilde verursachten weder Jucken noch Brennen; sie blieben an 6—8 Wochen bestehen und heilten ohne Schuppung ab. Neigung zur Urticaria factitia bestand nicht. Neben dieser Exanthemform bestanden in einigen Fällen auch noch schwache Roseolaflecke; in anderen Fällen trat erst 2 Wochen nach dem Auftreten des urticariellen Exanthems ein makulöses Syphilid auf. **Chotzen** (Breslau).

9) **Fournier.** La syphilis nerveuse précoce.

(Indépendance méd. 1901. No. 41.)

Erscheinungen von Seiten des Nervensystems: halbseitige Facialislähmung der Augenmuskeln, Neuritis optica, Cerebralerscheinungen trifft man unter 158 Fällen von Lues 69mal bereits innerhalb des 1. Krankheitsjahres an, in einer Anzahl von Fällen sogar schon wenige Wochen oder Monate nach den ersten Anzeichen der Erkrankung. Die Prognose der frühzeitigen Hirnsyphilis scheint schwerer zu sein als die der Spätform; innerhalb weniger Monate kann der Tod eintreten. Luetische Rückenmarkssymptome treten am häufigsten im zweiten Drittel des 1. Krankheitsjahres auf, von 52 Fällen wurden 12 gebessert, 14 geheilt, 10 blieben ungeheilt, 16 starben. Die spezifische Behandlung ist bei der Marklues wenig wirksam. Der Tod an Lues im 1. Jahre, in den ersten Monaten der Erkrankung erfolgt in seltenen Fällen an gangränösen Haut- oder Schleimhautaffektionen, in der großen Mehrzahl aber an Nervenerkrankungen, besonders solchen des Markes. **Mohr** (Bielefeld).

10) **D. Bulkley.** Syphilis and associated affections.

(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases Vol. XIX. Part. 2.)

B., welcher in der Syphilisforschung durch seine hervorragende Arbeit über die Syphilis insontium rühmlichst bekannt ist, will zur Erkenntnis der Beziehungen zwischen Syphilis und anderen gleichzeitig auftretenden oder nachfolgenden Infektionskrankheiten anregen. Es muss festgestellt werden, wie weit die Syphilis durch gleichzeitig einwirkendes oder fast gleichzeitig anderweitiges Virus in ihrem Verlaufe verändert wird, oder wie weit die anderen Infektionskrankheiten durch die Syphilis beeinflusst werden. Verf. empfiehlt zur Erzielung möglichst gleichwerthiger Beobachtungen einschlägige Fälle einzutheilen in

I. Zweifache, gleichzeitige primäre Infektion.

a. Syphilis mit einer lokalen Infektionskrankheit (Ulcus molle-Mikroben).

b. Syphilis mit einer allgemeinen Infektionskrankheit (Vaccinia, Variola, Erysipelas, Masern, Typhus, Malaria, Diphtherie, Tuberkulose, Lepa, Sepsis).

II. Zweifache, nachfolgende Infektion.

a. Syphilis vorangehend.

b. Syphilis nachfolgend.

Wenn man von diesen Gesichtspunkten aus die bisher veröffentlichten Beobachtungen allgemein betrachtet, so muss man der von Ward aufgestellten Anschauung beipflichten, dass es sich hierbei handelt: um eine Symbiose zweier Organismen, welche sich einander unterstützen (z. B. Tuberkulose und Syphilis), oder eine Metabiose, wo der eine Organismus dem anderen einen günstigen Nährboden vorbereitet (z. B. Malaria), oder um eine Antibiose, wo der eine dem anderen entgegenarbeitet (z. B. Erysipel). Chotzen (Breslau).

11) Brocq et Lanbry. Le pigeonneau. Ulcérations professionnelles des mains chez les ouvriers teinturiers en peaux.

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1901. Hft. 4.)

Die Verf. beschreiben ausführlich das schon bekannte Geschwür bei Fellgerbern, das bei französischen Arbeitern »pigeonneau« oder »rossignol« oder »tourtereau« genannt wird. Es entsteht durch Eindringen ätzender Flüssigkeiten, wie sie beim Gerben verwendet werden, in Hautwunden und findet sich demgemäß hauptsächlich an den Fingern. Die Geschwüre sind äußerst schmerzhaft, haben einen Durchmesser von etwa 3—10, eine Tiefe von 2—4 mm, sind rund, wie mit dem Locheisen ausgeschlagen, mit einem rötlichen infiltrierten Wall umgeben und haben oft eine geröthete und infiltrirte Umgebung. Der Geschwürsgrund ist eitrig oder granulirt. Manchmal ist das Geschwür noch verdickt durch schwarze Krusten. Trotzdem die Arbeiter wegen der Schmerzen frühzeitig in Behandlung kommen, dauert der Heilungsprocess oft lange.

W. Klingmüller (Breslau).

12) Boisson. Les périurétrites et leur pathogénie.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belges de chir. 1901. Hft. 3.)

B. klassificirt die Periurethritis folgendermaßen: 1) P. follicularis, 2) P. circumscripta acuta uud subacuta (Abscess), 3) P. chronica sive sclerotica, 4) P. diffusa phlegmonosa, 5) P. diff. gangraenosa, 6) P. diff. chronica. Er schildert jede dieser Formen eingehender und führt Beispiele und Krankengeschichten an. In ätiologischer Hinsicht steht B. vollkommen auf dem bakteriellen Standpunkt. Die mechanische, besonders von Voillemier betonte Entstehung durch

Ruptur der Harnröhre, welche heute noch viele Anhänger zählt, kommt nur ausnahmsweise in Frage. In der Regel gelangen Mikroorganismen auf Lymphbahnen in die periurethralen Theile und bedingen dort die Entzündung. Viel öfter wird dann sekundär von dem Entzündungsherd aus die Harnröhre perforirt, als umgekehrt. Der älteren und neueren Litteratur hat B. gebührend Rechnung getragen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

13) **Faltin** (Helsingfors). Experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XII. Hft. 8.)

14) **Derselbe**. Weitere experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase vom Darne aus.

(Ibid. Hft. 9.)

Verf. sucht durch Versuche an männlichen Kaninchen die Frage zu lösen, ob und unter welchen Bedingungen Bakterien vom Mastdarm aus in die Blase eindringen und Cystitis erzeugen können. Die hauptsächlichsten Ergebnisse der beiden Arbeiten sind folgende:

Nach einer Mastdarmläsion in Prostatahöhe, mag sie noch so tief oder ausgedehnt sein, ist bei ungeschädigter Blase in der Regel nie Cystitis oder Auftreten von Darmbakterien zu konstatiren, wenn nicht zu gleicher Zeit eine tödliche Allgemeininfektion oder Peritonitis besteht. Ist die Blase durch künstliche Retention (durch Unterbinden der Harnröhre) geschädigt, so kann mitunter von einer Mastdarmwunde aus ein Durchwandern von Darmbakterien nach der Blase stattfinden.

Durch künstliche Kothstauung (durch Unterbinden des Afters) gelingt es nicht, Cystitis allein zu erzeugen. Nach genügend langer Kothstauung können Darmbakterien ins Blut dringen und durch die Nieren ausgeschieden werden, doch ist dies, wie die Bakteriämie, als ein agonaler Vorgang aufzufassen. Nach genügend langem Darmabschluss können sich auch in der Blase Bakterien finden, ohne erst ins Blut gelangt zu sein; dann finden sich aber schwere Alterationen des Organismus (Darmgangrän, Peritonitis), welche den Tod zur Folge haben.

F. Brunner (Zürich).

15) **F. Löwenhardt** (Breslau). Bestimmung des Ureterenverlaufes vor der Operation.

(Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XII. Hft. 8.)

L. führt einen mit einem Bleimandrin armirten Ureterenkatheter bis zum Nierenbecken und fertigt alsdann ein Skiagramm an. Der Katheter ist nach der Photographie leicht zu erkennen und giebt indirekt Aufschlüsse über die Lage der Nieren.

F. Brunner (Zürich).

16) **M. Patel.** De l'anurie en cours du cancer de l'uterus et de son traitement par la nephrostomie.

(Revue de chir. 1901. No. 8.)

Anurie tritt im Verlauf des Uteruscarcinoms meist nur dann auf, wenn von Portio oder Cervix her die Parametrien ergriffen sind und meist in Folge einfacher Kompression, ohne dass die Harnleiter selbst degenerirt sind. Im Allgemeinen dürften nur selten beide Harnleiter gleichzeitig verschlossen sein. Tritt also Anurie auf, so müsste man nach früheren Anschauungen damit rechnen, dass entweder beide Nieren erkrankt sind — die eine durch vorher bestehende Atrophie, die andere durch neuerlichen Verschluss —, oder dass die andere Niere, deren Harnleiter frei ist, reflektorisch an der Sekretion gehemmt sei. Verf. hält die bisherigen Beobachtungen, die das letzte darthun sollten, für unzureichend und ist der Ansicht, dass nur die erste Möglichkeit zutreffe, wofür ein gut untersuchtes Beispiel aus Poncet's Klinik angeführt wird.

Hat der Verschluss sich langsam entwickelt, so wird meist in Folge davon Hydronephrose entstanden und nachweisbar sein. Ist sie tastbar, so wird man der vitalen Indikation am besten genügen durch Nephrostomie der Sackniere; ist an ihr kein physiologisches Gewebe mehr zu finden — man versäume nicht in der Nähe des Nierenbeckens zu suchen —, so muss die andere Niere zum Angriffspunkt gemacht werden. Ist keine der Nieren zu tasten, wird man zuerst gegen die Seite vorgehen, deren Parametrium stärker infiltrirt ist (vom Harnleiterkatheterismus nur andeutungsweise gesprochen!). Findet man die Niere sehr degenerirt, wird man auch hier die andere Seite noch nachsehen müssen.

Die Befürchtung, dass bei bestehender Anurie überhaupt nur die eine, zuletzt abgeschlossene Niere noch funktioniert, muss natürlich den von dem palliativen Eingriff zu hoffenden Erfolg als höchst problematisch erscheinen lassen. Soll der Eingriff überhaupt Geltung erhalten, muss er so früh als möglich zur Ausführung gelangen.

In den bisher veröffentlichten 9 Fällen von Uretero- bzw. Nephrostomie — die erste hält P. für unzweckmäßig — ist 4mal das Leben der Kranken um 3 bis 5 Monate, die übrigen Male nur wenige Tage verlängert worden.

Christel (Mets).

Kleinere Mittheilungen.

Stichverletzung der Blase (durch das Foramen ischiadicum majus).

Von

Dr. A. Weischer,

leitender Arzt des kathol. Krankenhauses in Hamm i/W.

In der statistischen Arbeit über die Traumen der Harnblase giebt Bartels an, dass die wahren Stichwunden zu den allergrößten Seltenheiten gehören. Von 504 Verletzungen, die Bartels sammeln konnte, gehören nur 50 hierher; davon

sind nur 27 durch ein schneidendes oder stechendes Instrument bedingt. Jeder fernere kasuistische Beitrag muss daher von Werth sein.

Nach Bartels kann die Waffe in die Blase eindringen 1) durch die Bauchdecken der Regio hypo- und mesogastrica, 2) durch die vordere, untere Abtheilung des Beckens, 3) durch die Regio perinaeo-analis (5 Fälle).

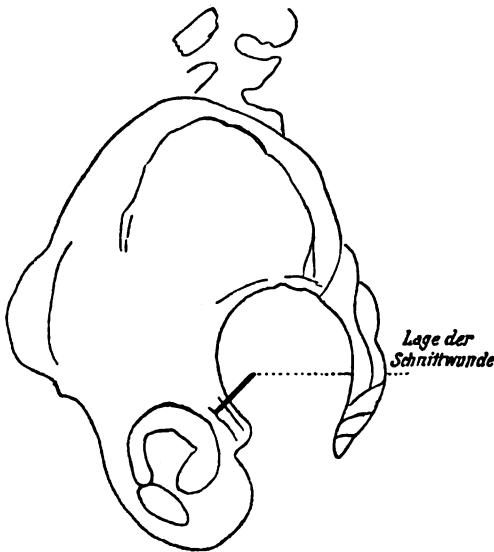
Zu dieser letzten Gegend rechnet Bartels auch die Regio glutaea. Nur in 2 Fällen soll nach ihm ein Hirschfänger oder eine ähnliche Waffe das Foramen ischiadicum als Eingangspforte benutzt haben. Ob in Wahrheit die Waffe diesen Weg genommen hat, geht aber nicht deutlich aus der Beschreibung hervor, die zu unbestimmt ist, um mit voller Gewissheit die anatomische Region festsetzen zu können. Es lassen sich anatomisch noch andere Wege denken, die der kurzen Schilderung entsprechen würden.

In dem Handbuch der praktischen Chirurgie giebt Sonnenburg bei dem Kapitel über Blasenverletzungen nur die Resultate der Bartels'schen Arbeit wieder; aus der neueren Litteratur weiß er nichts Bemerkenswerthes anzuführen.

In den mir zugänglichen Lehrbüchern (Hüter, König, Tillmanns) wird die Kasuistik kaum gestreift.

Der nachstehend beschriebene Fall scheint demnach der erste zu sein, bei dem mit voller Bestimmtheit der Weg der Verletzung durch das Foramen ischiadicum majus festgestellt ist; zum Mindesten ist er der erste, bei dem das Leben des Verwundeten erhalten worden ist.

Am 2. Juli 1894 geriethen die Arbeiter M. und B. beim Mähen in Streit. Der Arbeiter M., ein jähsorniger Mensch, versetzte seinem Kollegen mit der Sense einen Hieb in die linke Glutäalgegend. Die Sense saß fest im Becken. Nur mit großer Mühe, wobei der Verletzte selbst noch half, konnte das Werkzeug aus dem Körper gezogen werden. Sofort stürzte mit dem Blut massenhaft Urin aus der Wunde. Vom Tage der Verletzung ab entleerte sich kein Tropfen Harn mehr durch die Urethra. In den nächsten Tagen trat kein Fieber, auch keine Schmerzhaftigkeit des Leibes, speciell der linken hypogastrischen Gegend ein.



Als sich keine Änderung in der abnormen Harnentleerung zeigte, wurde der Mann am 7. Juli ins Krankenhaus gebracht.

Die Inspektion ergab eine 7 cm lange Wunde, die fast genau in der Linie zwischen der Spina ossis ilei post. inf. sin. und der Spitze des Trochanter maj. sin. lag (siehe Fig.). Der Schnitt begann 5½ cm hinter dem großen Rollhügel. Die Granulationen waren mit Eiter und grauweißen Gerinnseln bedeckt. Aus der Wunde sickerte ständig trüber Urin. Die digitale Untersuchung ließ einen Kanal erkennen, der durch das Foramen ischiadicum majus ins Becken führte. Die Umrandung der Incisura ischiadica war nach

oben und vorn deutlich zu fühlen. Ungefähr an der Verwachsungsstelle des Os ilei und ischii lag eine 1½—2 cm tiefe Kerbe, in deren freien Rand die Fingerkuppe eben eindrang. Man fühlte, dass der Wundkanal sich nicht durch, sondern um

den Knochen seitwärts zur Blase fortsetzte. Die kräftig entwickelte Gesäßmuskulatur verhinderte ein weiteres Vordringen des Fingers. Der N. ischiadicus war nicht verletzt; irgend eine Störung der von ihm innervierten Muskeln ließ sich nicht nachweisen. Der Leib war nicht empfindlich; man konnte im linken Hypogastrium mit der Hand tief eindringen, ohne Schmerz zu erregen. Die Temperatur betrug 37,5° C.

Es lag demnach zur Zeit eine extraperitoneale Verletzung der Blase vor. Ich drainirte die Blase durch den Wundkanal mit einem daumendicken Gummirohr, das über den Bettrand hinweg in eine Schale reichte, deren Boden mit Karbollösung bedeckt war. Die große Wundhöhle wurde mit Jodoformgaze ausgestopft. In den ersten Tagen floss noch Urin neben dem Drainrohr vorbei, so dass ein dreimaliger Verbandwechsel im Tage stattfinden musste. Schon nach einer Woche entleerte sich sämtlicher Harn durch den Gummischlauch. Wegen der bestehenden Cystitis wurde die Blase 3—4mal täglich mit 2%iger Karbollösung ausgespült, die später, da sich wenig Erfolg zeigte, durch Sublimatwasser 1:5000 ersetzt wurde. Um den Reiz des Katheterschnabels auf die nahe zusammenliegenden Blasenwände zu vermeiden, nahm ich zum Ausspülen einen Irrigator, dessen Schlauch am Ende eine Olive trug, die zur Öffnung der Harnröhre passte. Es genügte eine Druckhöhe von 1 m, um den Widerstand des Schließmuskels nach kurzer Zeit zu überwinden.

Am 18. Juni wurde der Drain durch ein Gummirohr von der Dicke eines kleinen Fingers ersetzt. Am 27. Juni wurde der Drain dauernd entfernt. Die Wunde schloss sich nun rasch, so dass der Mann am 10. Juli geheilt entlassen werden konnte.

Vor einiger Zeit hatte ich Gelegenheit, den Mann wiedersusehen. Er fühlte sich völlig wohl; der Urin war ständig klar geblieben. Es war demnach mit der Sense kein Fremdkörper in die Blase gedrungen, wie es so häufig in den Krankenberichten von Bartels angegeben wird.

Ob es sich in unserem Falle um eine extra- oder intraperitoneale Verletzung gehandelt hat, kann ich nicht angeben, da ich den Mann erst einige Tage nach dem Trauma in Behandlung bekommen habe. Möglicherweise hätte die digitale Untersuchung im Anfang eine vorliegende Darmschlinge nachweisen können.

Für die extraperitoneale Verletzung spricht anscheinend der Mangel jeglicher peritonitischen Reizung in den ersten Tagen nach dem Trauma und das Fehlen einer Darmwunde. Indess beide Symptome sind ja nicht notwendig mit der Eröffnung der Peritonealhöhle verbunden.

Bedenkt man die Größe und Breite des Messers, ferner den Weg der Sense um den vorderen Rand der Incisura ischiadica auf die hintere Fläche des Acetabulums, das eines schützenden Muskelwalles entbehrt, so muss man mit großer Wahrscheinlichkeit schließen, dass primär das Peritoneum verletzt worden ist.

Der weite Wundkanal ließ sämtlichen Urin frei nach außen fließen; eine Stockung des Harns, die ja für die Genese der Peritonitis bei Traumen der Blase so bedeutungsvoll ist, wurde vermieden. Da ferner der Mann nicht sofort transportirt wurde, sondern ruhig einige Tage am Thatorte blieb, so konnten die Därme ungestört verkleben und den Wundkanal von der Bauchhöhle abschließen.

Bartels sagt: Hiebwunden kommen, so weit es sich statistisch feststellen lässt, überhaupt nicht vor. Auch dieser Fall spricht nicht gegen diese Ansicht. Betrachtet man nur die Art und Weise, wie die Sense gehandhabt wird, so liegt freilich eine Hiebwunde vor. Indess, da das Messer ziemlich rechtwinklig an den Griff befestigt ist, so drang es nicht mit der Schneide, sondern mit der Spitze in die Blase. Es liegt daher auch in unserem Falle eine Stichwunde vor.

Neu ist das verletzende Werkzeug; bisher sind nur Lanzen, Degen, Messer, Dolche und Heugabeln als Waffen benutzt worden.

17) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg.
Sektion für Chirurgie.
(Fortsetzung.)

A. Lewin (Berlin): Zur endovesicalen Behandlung.

Demonstration von Instrumenten nach dem Princip des Nitz'schen Ureterencystoskops, nur dass der Kanal für den Katheter weiter ist und gestattet, außer dem Löwenhardt'schen Brenner auch andere diagnostische und therapeutische Hilfsinstrumente, wie biegsame Metallsonden, dickere Katheter für Blasendivertikelspülungen, Ätzmittelträger, Pinselinstrumente, Doppelleutreten für Probeexcision von Tumoren etc. einzuführen. — Die Lampe des Cystoskops giebt durch eine besondere Herstellung des Kohlenfadens eine erheblich geringere Erwärmung als die bisher gebräuchliche Lampe, wodurch Verbrennungen ausgeschlossen und ein Arbeiten auch bei wenig gefüllter resp. mit Luft ausgedehnter Blase ermöglicht wird. — Das Instrument ist zu gleicher Zeit auch als Spülcystoskop, gewöhnliches Untersuchungs-cystoskop, so wie für den Ureterenkatheterismus verwendbar.
(Selbstbericht.)

F. Schlagintweit (München, Bad Brückenau): Kritik der Bottini'schen Operation an 150 Experimenten und an 82 Präparaten von Prostatahypertrophie aus der Sammlung Guyon des Hospital Necker in Paris.

Viele frühere Publikationen von »Erfolgen« erweckten Misstrauen. Jetzt ist dies anders, seit durch die Bemühungen Freudenberg's u. A. eine genaue Begriffsbestimmung des Erfolges angenommen wurde. Man versteht unter Heilung, ca. 50—60%, dass kein Katheter mehr gebraucht, der Urin in freiem Strahl gelassen und kein oder nur ganz wenig Residualurin zurückbehalten wird. Besserung, wenn niemals mehr komplette Retention, leichter und weniger Harndrang, weniger Schmerz und subjektives Besserungsgefühl besteht, ca. 20—30%. Ungebessert waren 13—18%, Mortalität 4,5—8%. Also (auch nach Jahren noch bestehende) Erfolge ca. 75%. Kontraindikationen: Schwere Nephritis und Pyelitis, schwere, eitrige Cystitis, schwerer Marasmus. Distension der Blase ist keine absolute Gegenanzeige, da sich die Funktion des Detrusors schon mehrmals nach der Operation wieder einstellte. Üble Zufälle 1) während der Operation: Verbiegen des glühenden Messers meistens durch unruhiges Halten des Instruments, Durchbrennen der Klinge, Versagen des Stromes. Deshalb nie Accumulatoren, sondern nur direkten Straßenstrom mit Transformatoren. 2) Nach der Operation: Fieber, nur wenige Tage und nur bei eitrigen Harnwegen, Nachblutung durch Schorfabstoßung 4. bis 20. Tag, Thrombosen und Pneumonien ziemlich selten. Außer der sehr leichten Handhabung des Instrumentariums sind noch besondere Vorzüge: oft momentaner Erfolg, keine Narkose, Möglichkeit der Wiederholung, kurzes Krankenlager (2—3 Tage). Trotzdem also nach v. Frisch das Verhältnis der Erfolge so günstig ist, dass sich die Bottini'sche Operation mit irgend einem anderen gegen Prostatahypertrophie vorgeschlagenen chirurgischen Eingriffe gar nicht vergleichen lässt, ist die Operation wenig populär bei den nicht urologischen Chirurgen: 1) wegen ihrer Unverlässlichkeit, 2) wegen der Unmöglichkeit, Gründe für den jeweiligen Erfolg oder Misserfolg anzugeben, 3) wegen der wenigen postoperativen Sektionen, 4) wegen des besonders in Deutschland empfindlichen Mangels zum Studiren geeigneter Präparate von Prostatahypertrophie.

Das Princip der Operation besteht in dem Einbrennen V-förmiger, 2 cm tiefer Rinnen in das Parenchym, welche sich nach Abstoßung der Brandschorfe noch vertiefen und wenig Neigung zum Verheilen zeigen. Eine sekundäre Volums-abnahme findet meist nicht statt, und ist der rein mechanische Effekt der Operation ein Beweis dafür, dass das ganze Wesen der Prostatahypertrophie mit allen Folgeerscheinungen eben nur in der mechanischen Behinderung des Harnabflusses beruht.

Jetzt beruht die ganze Subtilität der Operation in der a priori zu lösenden Kardinalfrage: In welcher Richtung, in welcher Anzahl, in welcher Länge und in welcher Reihenfolge muss ich in dem vorliegenden Falle meine Schnitte anlegen?

Die meiste bisher veröffentlichte Kasuistik giebt hierauf nur allgemeine, aber nicht für den Einzelfall kontrollirbare Regeln. Die Operateure müssten uns genau die anatomischen und topographischen Gründe angeben, wesshalb sie gerade so ihre Schnitte anlegten.

Demonstration der photographirten Präparate durch Projektion und Stereoskopie. Demonstration von Instrumenten, welche Votr. zu seinen an 22 Prostatikern ausgeführten Experimenten benützte. Versuche damit an Leim- und Gipsmodellen.

Resultat: Nach der Einführung eines starren, geraden Instruments, wie des Bottini'schen Incisors, ist die Drüse nicht mehr die nämliche. Nicht nur ihre Lage ist anders, auch ihre Haltung, die Gruppierung etwaiger Mittellappen ist verändert. Auch ist im Innern der Drüse sowohl als in ihrer Kapsel durch die gewaltsame Geradestreckung der vorher winklig geknickten Harnröhre eine labile Streckspannung entstanden, die proportional der Harnröhrenknickung, der Härte der Drüse und der Straffheit ihrer Kapsel und ihres Bandapparates ist. Dies ist die aufs sorgfältigste auszustudierende kritische Situation nicht nur vor dem ersten Schnitt, sondern auch vor jedem nachfolgenden, da sich eben durch den vorausgehenden Schnitt in Folge der Spannung die Konfiguration ändern kann. Das sog. möglichst feste, typische Anhaften so wie das Griffanlegen oder Senken wird aus mehrfachen Gründen verworfen und die bereits dadurch hervorgerufenen publicirten und möglichen Zufälle aufs eingehendste kritisirt. Hierauf werden die durch Cystoskopie erreichbaren Aufschlüsse bezüglich Zahl, Richtung und Reihenfolge der Schnitte besprochen. Auch hier sind Täuschungen möglich. Die bis jetzt konstruirten Incisioncystoskope sind zu dick, schneiden zu seicht und zu kurz, geben keine Garantie, dass man jedes Mal so wenig Blutung hat, um auch den Ansatz des Messers für den 2. und die folgenden Schnitte zu sehen. Unter genauer Angabe der Gründe schlägt Votr. vor: Füllung der Blase nur mit steriler Luft. Vorher Bougie à boule zugleich mit Rectumpalpation, Cystoskopie. Abtastung des Orificium internum mit dem bereits zum Schnitt bereiten Incisor unter Zeigefingerkontrolle vom Mastdarm her. Verwendung eines möglichst leichten und ganz der von selbst eingenommenen Lage zu überlassenden Incisors, der nicht angehakt, sondern nur bis zur Berührung an das Orificium gezogen wird. Die Abtastung nach der Methode des Votr. geschieht nicht mit dem ganzen Instrument, sondern nur mit dem leicht beweglichen Klingentheil wie mit der männlichen Branche eines Lithotriptors. Diese Abtastung dicht vor dem eigentlichen Schnitt ergibt so genaue Resultate wie die Cystoskopie und lässt sich sogar dicht vor dem Schneiden während des Abtastens graphisch nach Art einer Pulskurve darstellen, so dass man während der ganzen Operation das Bild des Orificium vor Augen hat.

Alles in Allem ist mit den angegebenen theils alten, theils neuen Methoden zur Bestimmung der Länge, Zahl, Richtung und Reihenfolge der Schnitte Folgendes zu ergründen: 1) Die Länge der Schnitte für alle Richtungen. 2) Die Richtung und Zahl der Schnitte nach hinten. 3) Die Richtung der Schnitte nach den Seiten, jedoch nicht über die Horizontale. 4) Die Reihenfolge der Schnitte. Die Zahl der Schnitte, besonders auch die Richtung der Schnitte nach vorn und seitlich über die Horizontale ist zur Zeit noch nicht mit Sicherheit in jedem Falle zu ermitteln. Dies wird vielleicht durch Messungen des Winkels zwischen Incisorschaft und Symphyse ermöglicht, so wie durch das Studium der Querschnittsfigur in verschiedenen Höhen der hypertrophirten Prostata, eine Aufgabe, die sich Votr. vorbehält. S. schließt mit dem Satze: Es möge aus der gegenseitigen Zusammenwirkung der chirurgisch-klinischen Erfahrung und des topographisch-anatomischen Studiums für die Bottini'sche Operation das erreicht werden, was für die Lithotripsie auch erreicht wurde: die Anerkennung der Chirurgen nicht als eines experimentalchirurgischen Kunststücks, sondern als einer Methode.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Kummell (Hamburg) giebt zu, dass die Bottini'sche Operation ohne Zweifel ein Arbeiten im Dunkeln sei. Doch habe er trotz dieses

Mangels eine Menge guter Erfolge erzielen können. Es freue ihn besonders, dass dieses Verfahren allgemeine Anwendung gefunden habe, da er sich schon vor vielen Jahren im Marienkrankenhaus damit beschäftigt habe. Damals seien die technischen Schwierigkeiten bei der mangelhaften Isolation der Brenner sehr groß gewesen.

Straus (Frankfurt a/M.) stimmt Schlagintweit bei, ist jedoch der Meinung, dass durch das Cystoskop der Operation viel von ihrer Unsicherheit genommen werden kann. Im Nothfall operirt S. zweiseitig und erhält dann bei der 2. Operation weitere Aufschlüsse durch das Cystoskop.

Bertelsmann (Hamburg).

Schlagintweit (Schlusswort) macht Straus gegenüber darauf aufmerksam, dass häufig die Hauptsache, ob ein Mittellappen vorhanden ist, nicht einmal durch das Cystoskop erkannt werden kann, und dass ein solcher Mittellappen dann als Seitenlappen angesprochen wird. (Selbstbericht).

Zucker кандl (Wien): Über Blasensteinoperationen.

Z. bespricht die Erfahrungen, die er an 150 Operationen der Blasensteine zu machen Gelegenheit hatte. Es wurden die Lithotripsie 109mal, die perineale Lithotripsie 1mal, der hohe Blasenschnitt 37mal ausgeführt. Nachdem die moderne Technik dieser Operationen, namentlich die aseptische Ausführung der Lithotripsie, eingehend besprochen wurde, zählt Z. seine Resultate auf. Die Mortalität bei der Lithotripsie betrug 3,6%, bei dem hohen Blasenschnitt 13,3%. Recidive wurden in beiden Methoden annähernd in der gleichen Anzahl beobachtet. Mit Rücksicht auf die auch an der Hand von Litteraturangaben erwiesene größere Gefahr des hohen Blasenschnittes, die längere Heilungsdauer, die möglichen Komplikationen während des Wundverlaufes und nach abgeschlossener Heilung, hält Z. die Bestrebungen für berechtigt, die Übung des hohen Blasenschnittes zu Gunsten der Steinertrümmerungsmethoden möglichst einzuschränken. In diesem Sinne bedeutet die Einführung der perinealen Lithotripsie einen wesentlichen Fortschritt, indem mit Hilfe dieser Methode eine Anzahl von Fällen, in denen nach den bisherigen Anschauungen der hohe Blasenschnitt angezeigt war, nunmehr der Lithotripsie zufallen. Die Zertrümmerung von der eröffneten Harnröhre aus liefert durch die Kürze und Weite des Weges besonders günstige Bedingungen für die Evakuierung und für eine eventuelle Blasendrainage. Mit Rücksicht darauf, dass der Steinschnitt in vieler Beziehung als schwererer Eingriff als die Lithotripsie aufgefasst werden muss, können die beiden Operationen nicht als rivalisierende Methoden gelten. Aus diesem Grunde hält Z. die subjektive Entscheidung bei der Wahl der Operationen für einen nicht zulässigen Vorgang. Er verlangt eine Diagnosenstellung mit allen möglichen Details und eine dem Einzelfall angepasste Operationsmethode.

Die Lithotripsie ist die Operation der Wahl und überall auszuführen, wo der Stein nicht zu groß und den Instrumenten zugänglich ist. Die perineale Lithotripsie ist dort angezeigt, wo die Harnröhre für die starren Instrumente unwegsam ist; auch bei Prostatahypertrophie, Strikturen oder Steinen der Harnröhre. Zur Vollendung der Operation ist die perineale Lithotripsie angezeigt, wenn während der gewöhnlichen Steinertrümmerung die Harnröhre durch Prostataanschwellung oder Steineinklemmung unwegsam geworden ist, und in der Blase noch größere Fragmente vorhanden sind.

Der hohe Blasenschnitt ist angezeigt bei Steinen, die die ganze Blase ausfüllen oder vermöge der Größe auch nur eines ihrer Durchmesser in einer Lage festgeklemmt sind. Ferner bei Steinen in Divertikeln, im tiefen Fundus, bei eingekapselten Steinen, Harnleiter-Blasensteinen oder wandständigen und angewachsenen Steinen. Ferner bei Fremdkörpersteinen, bei Komplikation von Stein und Neoplasmen der Blase und endlich, wenn eine Fistel angelegt werden soll. (Selbstbericht.)

Trendelenburg (Leipzig) führte einen 6jährigen Knaben vor, bei dem er eine angeborene vollständige Blasenpalte (Ektopie der Blase) nach seiner Me-

thode zum Verschluss gebracht hat. Er verfuhr dabei ganz in der früher beschriebenen Weise. Die Synchronrosenspaltung wurde nur auf der einen Seite vorgenommen, Anfrischung und Naht der Spaltränder geschah in Beckenhochlagerung; eine in der Mitte der Blase absichtlich zunächst offen gelassene Öffnung wurde durch Lappendeckung, einige zurückgebliebene kleine Fisteln wurden durch Anfrischung und direkte Vereinigung geschlossen. Mit besonderer Sorgfalt wurde darauf geachtet, dass der Blasenhalshals und Anfangstheil der Harnröhre eng genug wurde. Nach den verschiedenen Operationen wurde der Urin mittels der Bunsenschen Wasserstrahl-Luftpumpe (Perthes) von dem Operationsgebiet abgesaugt, was sich als sehr vorteilhaft erwies. Das Resultat ist vollständige Kontinenz; der Knabe hält den Urin $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden, entleert ihn willkürlich in kräftigem Strahl und kann den Strahl auch willkürlich unterbrechen. — T. bespricht das Verfahren von Maydl (Implantation der Ureteren in die Flexura sigmoidea) und hebt hervor, dass dasselbe mit dem seinigen, besonders bei Knaben, nicht konkurrieren kann. (Selbstbericht.)

Diskussion. v. Eiselsberg (Wien) hat 8mal die Ureterenimplantation nach Maydl in die Flexura sigmoidea wegen Ectopia vesicae ausgeführt. 2 Pat. starben an septischer Peritonitis, 1 an ascendirender Pyelitis. 5 Pat. sind geheilt, davon einer schon 5 Jahre kontinent. Allerdings kommt es bei diesen vor, dass sie ab und zu etwas feuchtes Hemd bekommen.

Eine wesentliche Schwächung des Sphinkter hat v. E. nicht gesehen.

Bertelsmann (Hamburg).

Friedrich Straus (Frankfurt a/M.): Untersuchungen über Physiologie und Pathologie der Nierenfunktion.

Nach Casper und Richter scheiden normale Nieren meistens in gleichen Zeiten gleiche Mengen N und Cl so wie gleiche Mengen Zucker nach Phloridzininjektion aus, und die molekuläre Dichte des aus jeder dieser Nieren gleichzeitig abgesonderten Urins ist gleich. Chirurgisch erkrankte Nieren weichen von diesem normalen Typus in der Weise ab, dass die kranke Niere schlechter arbeitet als die gesunde, was sich in einer verminderten Ausscheidung von N, Cl und Zucker (S) nach Phloridzininjektion und in einer geringeren molekulären Dichte (Δ) des gleichzeitig abgesonderten Urins manifestiert. Casper und Richter stellten ihre Untersuchungen in der Weise an, dass sie jeweils in einem Falle einmal dasjenige Nierensekret analysierten, das sie während einer bestimmten Zeit erhielten. S. hatte sich nun die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, wie unter normalen Verhältnissen sowohl als auch unter pathologischen 1) die Funktion jeder Niere sich verhält bei wechselseitiger Vergleichung mit einander im gleichen Zeitabschnitt aber in verschiedenen aus einander liegenden Zeitfolgen, und wie 2) ein und dieselbe Niere einer jeden Seite a. für sich allein sowohl als auch b. im Vergleich zur anderen Niere betrachtet, arbeitet a) in verschiedenen, aber sich unmittelbar einander folgenden Zeiten, β) in einem gegebenen Zeitpunkt, verglichen mit der Funktion während eines vorausgegangenen oder folgenden Zeitabschnittes.

Es ergab sich aus 39 Untersuchungen bei normalen und chirurgisch erkrankten Nieren die physiologisch wie pathologisch interessante Thatsache, dass die Werthe für Δ , für $\overset{+}{U}$ -Phosphorsäure, für Cl der zeitlich mittelbar oder unmittelbar nach einander abgesonderten Sekrete in gleichen Zeiten für beide Nieren normaliter gleich sind, dass sie aber wechselnde sind für ein und dieselbe Niere in eben dieser Zeit, und zwar gleichsinnig wechselnde für jede Niere, physiologisch sowohl wie pathologisch. Es lässt sich demnach zur Lehre von der Physiologie der Funktion der Niere der Satz aufstellen: Die Funktion physiologisch arbeitender Nieren ist in gleichen Zeiten die gleiche, verglichen linke mit rechter Niere (Casper und Richter), diese Funktion ist aber eine wechselnde — und zwar eine in jedem Augenblick wechselnde — in ein und derselben Niere. Zur Lehre von der Pathologie der Nierenfunktion (Nephritis, Nephralgie, Pyonephrose, Tumor): Es weist die Funktion, verglichen links und rechts, gleichseitig stets analoge Diffe-

enzen auf und ist in ein und derselben Niere in jedem Augenblick eine wechselnde, niemals eine konstante. Δ , Cl, \ddot{U} -Ph-Säuregehalt im Sekret der gleichen Niere wechseln also von Augenblick zu Augenblick physiologisch wie pathologisch, sind aber physiologisch jeder Zeit gleichwerthig dem korrespondirenden Sekret der korrespondirenden Niere. Diesen Wechsel der Konzentration fand S. im direkten Verhältnis stehend zum Verdauungs- resp. Resorptionsprocess. Δ , Cl, \ddot{U} -Ph sinken mit Abklingen der Resorption; der Höhe der Resorption entsprechen die höchsten, dem Ende die niedrigsten Werthe. Bei Blut- δ -Bestimmung darf Abergg-Nerst'sche Vorschrift und Korrektion nicht vernachlässigt werden. Auf Cl-Bestimmung, die exakte Werthe liefert, sollte nicht versichtet werden. Alle Untersuchungen, in denen eine bestimmte Grenze für Δ im Gesammturin aufgestellt wurde, und wo man glaubte, aus einem diesseits oder jenseits dieser Grenze liegenden Δ diagnostische Schlüsse auf pathologische Zustände ziehen zu können, sind für eine diagnostische Verwerthung werthlos ohne Angabe der aufgenommenen und ausgeschiedenen Flüssigkeitsmenge und ohne den dazu gehörigen Stoffwechselversuch.

Dabei wurde Folgendes festgestellt: In einem Falle von paroxysmaler Nephralgie wurden Cylinder im Urin der schmerzenden Niere gefunden. Die Funktionsprüfung ergab enorme Differenzen in der Zuckersahl, und es bestand danach eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung der schmerzenden Niere. Dies konnte nur durch Reihenuntersuchung, wie sie S. anwandte, konstatiert werden, und der Fall zeigt zum ersten Mal ohne autoptische Einsichtnahme in den Zustand der lebenden oder todtten Niere, einzig durch Analyse des gesondert aufgefangenen Harns, dass einer einseitigen Nephralgie eine einseitige Nephritis zu Grunde liegt.

Funktionelle Prüfung bei Pyonephrosis dextr. ergab $\frac{3}{4}$ ccm Eiter der rechten auf 65 ccm normalen Urins der linken Niere. Noch vorhandener Zuckergehalt im Eiter, 0,4%, bewies noch erhaltenes secernirendes Nierenparenchym, was S. durch Nephrektomie bestätigt fand. δ des Blutes war 0,59.

Über kindskopfgroßer Tumor der rechten Niere: Es ist nur noch wenig secernirendes Parenchym erhalten, die erkrankte Seite scheidet 20mal weniger Zucker aus als die gesunde.

In einem Falle, wo vor $7\frac{1}{2}$ Jahren Nierentuberkulose links durch gelegentlich einer Nephropexie konstatierte Riesensellen festgestellt war, fand sich völlig normale Funktion. Blut- δ normal. Von vorgeschlagener Nephrektomie daher Abstand genommen. Es existirt bislang keine Beobachtung, wo bei tuberkulösen Niere die Zahlen beiderseits gleich waren. Es wäre möglich, dass dies dennoch der Fall wäre; aber auch die andere Möglichkeit ist zu erwägen, Pat. ist gesund: Ihre Nierentuberkulose ist geheilt. Doch möchte sich S. die Reserve auferlegen, die ihm nöthig erscheint, so lange, bis weitere Beobachtungen nach dieser Richtung hin vorliegen. Denn nach dem Vorgang der Heilung von tuberkulöser Meningitis, Lungentuberkulose und Tuberkel des Gehirns erscheint auch die Heilung einer lokalisirten Nierentuberkulose sehr wohl möglich. (Selbstbericht.)

L. Casper (Berlin): Die Verwerthung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie. Abgedruckt im Centralblatt für Chirurgie No. 44.

Kümmell (Hamburg) erläutert an der Hand einer über 100 Fälle enthaltenen Tabelle den Werth der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes. Bis jetzt habe ihn dieses diagnostische Merkmal für das Verhalten der Niere, die nicht exstirpirt werden sollte, nicht im Stich gelassen.

Bertelsmann (Hamburg).

(Fortsetzung folgt.)

18) **F. Schultze.** Ein einfacher orthopädischer Tisch.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 3.)

Der auf dem letzten Chirurgenkongresse demonstrierte orthopädische Tisch des Verf. dient zur bequemen Ausführung orthopädischer Maßnahmen, nämlich zum Anlegen von Verbänden und zum Redressement von Deformitäten, zur Korrektur von Kontrakturen und zur Behandlung der Kyphose, ferner zur Behandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen der unteren Extremitäten. Der Tisch besitzt außer verstellbaren Bügeln, Rollen, Stangen und Räder, statt einer Schraube je eine Welle am Kopf- und Fußende zur Regulierung des Zuges, außerdem einen vereinfachten Lorenz'schen Osteoklasten (»Fußpresse«) und eine Kyphosenschaukel. Die technischen Details mögen in der mit 6 Abbildungen ausgestatteten Arbeit selbst nachgelesen werden.

J. Riedinger (Würzburg).19) **Strube.** Bericht über die Höftman'sche Klinik in Königsberg i/Pr.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 3.)

In der Zeit vom 1. Januar 1899 bis 1. Juli 1900 wurden in der Höftman'schen Heilanstalt 1179 Pat. stationär und 1077 ambulant behandelt. Die Therapie war in den meisten Fällen eine orthopädisch-chirurgische, resp. mediko-mechanische (nach Zander). Nach Gruppen geordnet kommen in dem vorliegenden Bericht die Krankheitsfälle hinsichtlich der Therapie zur Besprechung. Genauere Angaben hierüber sind an dieser Stelle nicht möglich. Hervorzuheben wäre nur die Kombination der Skoliosenbehandlung mit der Weir-Mitchell-Kur, die Trepanation der Wirbelsäule bei Lähmung der unteren Extremitäten in Folge von tuberkulöser Spondylitis, die Anlegung eines Wasserglasapparates bei Coxitis, die Massage bei adhärenenten Hernien, die Konstruktion eines Klumpfußapparates und zweier Hilfsapparate zur Beseitigung von Schulterankylosen. Einen größeren Raum nimmt auch die Besprechung der Nachbehandlung von Verletzungen in Anspruch. Nicht weniger als 69 Abbildungen, theilweise nach Röntgenaufnahmen, begleiten die Arbeit.

J. Riedinger (Würzburg).20) **W. Rager** (Kopenhagen). Über sogenannte Myositis ossificans multiplex progressiva.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. IX. Hft. 3.)

Die 14 Jahre alte Pat., von der Verf. berichtet, erkrankte im 2. Lebensjahre und war schon wiederholt Gegenstand von Erörterungen in der dänischen Litteratur (Studgaard, Bornemann). Die erste Erscheinung zeigte sich an der Stirn in Gestalt einer vorübergehenden, knöchernen Anschwellung. 1 Jahr später entstand eine knöcherne Geschwulst am Halse, die nach der Exstirpation recidivirte. Erst nach mehreren Jahren ließ sich alsdann Verknöcherung an den Beinen, zuerst an der Vorderseite der Oberschenkel, nachweisen. Die Krankheit schritt nunmehr rascher fort und ergriff auch die Muskeln des Gesichts, des Nackens, des Rückens und der Arme, schwere Störungen der Gelenkfunktionen und des körperlichen Befindens verursachend. Die Verknöcherung begann stets unter dem Bilde der entzündlichen Infiltration. Dann folgte Retraktion und Verhärtung. Über die Lokalisation der Erkrankung giebt Verf. genauer Aufschluss, z. Th. unter Berufung auf 6 Abbildungen, die nach photographischen und nach Röntgenaufnahmen angefertigt wurden. Die Beobachtung des Falles gab Veranlassung zur Zusammenstellung der bisher veröffentlichten 54 Fälle, auf Grund welcher Symptomatologie, Diagnose, Prognose, pathologische Anatomie und Ätiologie des Leidens besprochen werden. Verf. betrachtet die Krankheit als eine angeborene Anomalie, welche er lieber als Polyossificatio congenita progressiva bezeichnen würde. Am Schlusse der Arbeit findet sich ein ausführliches Verzeichnis der Litteratur.

J. Riedinger (Würzburg).

21) **M. W. Ware.** Gonorrhoeal myositis.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1901. Juli.)

35jähriger Mann bekommt in der 4. Woche eines akuten Trippers eine linksseitige Gonitis, die in 3 Wochen heilt. Darauf stellt sich heftiger Schmerz in der Schultergegend ein. Dieselbe ist geschwollen, nicht geröthet, aktive Abduktion unmöglich, bei passiver Abduktion heftiger Muskelkrampf. Dann stellt sich starke Schmerzhaftigkeit und Infiltration des Latissimus dorsi an der Grenze der Achselhöhle ein und Temperatursteigerung auf 100° F. Urethritis posterior mit Gonokokken festgestellt, Cystitis. Schwellung und Schmerz nehmen zu, daher in der Annahme eines Abscesses Incision. Es fließt nur trübes Serum ab, Muskel sieht grau und brüchig aus. Wunde heilt unter Drainage erst in 6 Wochen; Infiltration verbreitet sich dabei über den ganzen Muskel. Allmählich erst bildet sie sich zurück, und entsprechend bessert sich die Abduktionsfähigkeit.

In dem von dem Serum hergestellten Deckglaspräparat finden sich spärliche extra- und intracellulär gelagerte Gonokokken; Kulturen auf Zuckeragar und -gelatine blieben steril. Ein Stück des excidirten Muskels zeigt mikroskopisch das Bild der interstitiellen Myositis mit zahlreichen Gonokokken.

W. meint, die Behandlung soll meist exspektativ sein; nach Vorübergehen des akuten Stadiums Massage. Bei excessiver Schmerzhaftigkeit ist eine Incision zur Entspannung am Platze.

R. v. Hippel (Kassel).22) **J. Zeisler.** An unusual phenomenon of syphilis: Othematoma.

(Journ. of cutan. and genito-urin. disease Vol. XIX. Part. 2.)

Das Haematoma auris, ein zwischen Ohrknorpel und Perichondrium sich entwickelnder Bluterguss, welcher oft zu hochgradiger Zerstörung des Knorpels führt, wird zumeist im Anschlusse an ein Trauma beobachtet. Z. theilt einen Fall mit, in welchem ohne jedes Trauma im 11. Monate nach Luesinfektion (Daumensklerose) plötzlich ein heftiges Ohrhämatom auftrat. Mehrfache Punktion und Entfernung des flüssigen Inhaltes war erfolglos; erst ausgiebiger Gebrauch von Jodkali brachte es zum völligen Schwinden unter Zurücklassen einer geringen Verdickung der Ohrmuschel. Als Ursache des Ergusses ist eine Perichondritis syphilitica anzunehmen. 6 Monate nach dem Erscheinen des Haematoma auris zeigte Pat. cerebrale Erscheinungen (Schwindelanfälle, Ohrensausen, Erbrechen); es ist nicht auszuschließen, dass auch das Othämatom von einer syphilitischen Veränderung der Gehirnbasis aus hervorgerufen wurde.

Chotzen (Breslau).23) **Gaucher et Coyon.** Syphilis méconnue. Lésions osseuses datant de deux ans.

(Soc. de dermatol. et de syphil. Séance du 15. April 1901.)

(Ann. de dermat. et de syph. 1901. Hft. 4.)

Verff. geben die ausführliche Krankengeschichte eines Falles, der wegen gumöser Infiltration des linken Sterno-cleido-mastoideus, Anschwellung des rechten Kniegelenks, Gumma und Bruch des linken Schlüsselbeins 2 Jahre lang vergeblich unter der Diagnose »Tuberkulose« behandelt und schließlich in 3 Monaten durch Quecksilberinspritzungen geheilt wurde.

Klingmüller (Breslau).24) **Gaucher et Bernard.** Mélanodermie arsenicale.

(Soc. de dermatol. et de syphil. Séance du 15. April 1901.)

(Ann. de dermat. et de syph. 1901. Hft. 4.)

Verff. berichten über einen Kranken, bei dem nach dem täglichen, durch 3 Jahre fortgesetzten Gebrauch von 10—20 Tropfen Sol. Fowleri eine allgemeine Mélanodermie auftrat, die am Nacken und Halse begann, sich über den ganzen Körper ausbreitete, besonders ausgeprägt war an allen Druck und Scheuerung ausgesetzten Stellen. Die durch Kleidung bedeckten Körpertheile waren intensiver befallen, die Schleimhäute frei. Aussetzen des Mittels und örtliche Behandlung besserten den Zustand nicht.

Klingmüller (Breslau).

25) **E. Stadelmann.** Über Auftreten von abnormen Pigmentirungen und Veränderungen der Haare nach Arsenikgebrauch.

(Deutsche Ärztezeitung 1901. No. 17.)

Die seltenen Beobachtungen von Melanose nach Arsenikgebrauch werden um einen Fall vermehrt. Ein Skorbutkranker erhielt zur Bekämpfung der Anämie durch etwas mehr als 2 Monate Liq. arsen. Fowleri in geringer Dosis. Die Pigmentirung begann im Gesichte, befahl dann die Schulter-, Lenden-, Kreuzbein- und Unterbauchgegenden, die Penishaut und den Hodensack. Die Haare wurden lanugo-ähnlich, trocken und fielen leicht aus. 14 Tage nach dem Aussetzen des Arsens begannen sich die Pigmentirungen wieder zurückzubilden und verschwanden nach wenigen Wochen völlig.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

26) **Widal et Le Sourd.** Zona métamérique du membre inferieur etc.

(Soc. méd. des hôpitaux 1901. Juli 23.)

Verff. berichten über einen Fall von Herpes zoster des rechten Oberschenkels, bei welchem sich in dem durch Spinalpunktion entleerten Liquor cerebrospinalis Lymphocyten fanden. Hiernach musste als Ursache des Herpes zoster eine Markaffektion mit Entzündung der Pia angenommen werden. Der Liquor erwies sich bei der bakteriologischen Untersuchung als steril. Epidurale Cocaininjektionen (nach Sicard) setzten regelmäßig die Schmerzen herab und machten keine Nebenerscheinungen.

Mohr (Bielefeld).

27) **Veillon et Hallé.** Gangrène disséminée de la peau chez les enfants.

(Ann. de dermatol. et de syphil. 1901. Hft. 5.)

Bei einem 18 Monate alten, kräftigen Kinde entwickelte sich im Anschluss an Rötheln eine disseminirte Gangrän der Haut mit Impetigo und Ekthyma. Die Gangränstellen fanden sich an Hals und Nacken, waren rundlich oder oval, wie mit Locheisen ausgeschlagen und drangen bis auf die Muskeln. Das Kind starb nach 12 Tagen. Die Sektion ergab in einer Lungenspitze einen kleinen tuberkulösen Herd.

Die histologische Untersuchung zeigte, dass erst in den tieferen Schichten der Cutis stärkere Veränderungen vorhanden waren, und bestätigte den bakteriologischen Befund vom Vorhandensein eines Stäbchens in den gangränösen Stellen. Dieses Stäbchen wurde von dem Verf. schon früher in ähnlichen Affektionen gefunden und ist ein anaërober, dem Diphtheriebacillus ähnlicher Mikroorganismus, der für Thiere pathogen ist und bei subkutaner Einverleibung Abscesse mit gangränösem Aussehen hervorruft. Sie nennen ihn Bacillus ramosus. Neben diesem fanden sich Staphylo- und Streptokokken.

Klingmüller (Breslau).

28) **Hallopeau et Fouquet.** Sur un nouveau cas de naevi fibromateux (maladie de Recklinghausen).

(Soc. de dermatol. et de syphil. Séance du 6. Juni 1901.)

(Ann. de dermat. et de syphil. 1901. Hft. 6.)

Der vorliegende Fall bietet neben dem typischen Symptomenkomplex der Neurofibromatosis Recklinghausen: weichen, vielfachen, subkutanen Geschwülsten mit Knochenveränderungen und milchkaffee-farbenen Pigmentirungen, folgende Besonderheiten. Einzelne subkutane Geschwülste sind sehr groß; ferner ist die Konsistenz einzelner so weich, dass man an Angiome denken könnte. Das Gesicht ist frei von Pigmentationen; Naevi pilosi existieren nicht; die Geschwülste sind nicht lokalisiert an den Nervenstämmen.

Klingmüller (Breslau).

29) **A. A. Glebowski.** Zur Frage vom Einflusse concentrirten Lichtes des Voltabogens nach N. Finsen auf den Lupus.

Diss., St. Petersburg, 1901. (Russisch.)

22 Beobachtungen, makro- und mikroskopisch untersucht, zeigten, dass die Heilung durch Entzündung und nachfolgende Vernarbung verursacht wird. Kos-

metisch sind die Resultate besser als bei jeder anderen Methode; das Finsen'sche Verfahren ist verhältnismäßig schmerzlos, nicht ermüdend und ungefährlich, dafür aber theuer und langdauernd. **Gückel (B. Karabulak, Saratow).**

30) v. Heinleth. Über maligne Geschwülste der Tonsillen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 35 u. 36.)

Der alles Wichtigere über das klinische Bild und die operative Behandlung der bösartigen Mandelgeschwülste zusammenfassenden Abhandlung liegt ein vom Verf. 2mal operirter Fall von Lymphosarkom der rechten Mandel mit Metastasen in den Unterkieferdrüsen zu Grunde. Während die erste Operation nach Kieferresektion — nach der von Krönlein modifizirten v. Langenbeck'schen Methode — extrabuccal und ohne vorgängige Tracheotomie ausgeführt wurde, beseitigte v. H. das rasch eingetretene Recidiv — nach Unterbindung der Carotis ext. — mittels Thermokauters vom Munde aus. Pat. ist seitdem — seit 23 Monaten vollständig gesund und frei von funktionellen Störungen beim Sprechen, Schlucken und Öffnen der Kiefer. **Kramer (Glogau).**

31) E. Lewenstern. Ein Fall von traumatischem Aneurysma der A. carotis int.

(Gaz. lekarska 1901. No. 26.)

Ein 29jähriger Mann erhielt einen Stich in die rechte Schläfengegend. Die gewaltige Blutung wurde durch Druck gestillt. Am folgenden Tage stellten sich Schlingbeschwerden, so wie eine Schwellung am Kieferwinkel ein, welche an den folgenden Tagen wesentlich wuchs. Heiserkeit gesellte sich hinzu. Die 14 Tage nach dem Unfälle vorgenommene Untersuchung ergab in der Gegend zwischen rechtem aufsteigendem Kieferast, Zungenbein und Warzenfortsatz eine deutlich pulsirende Geschwulst, unterhalb des Jochbogens eine kleine horizontale Narbe. Die Augenlider rechts schließen nicht vollständig in Folge Facialisparese. Die Zungenspitze weicht nach rechts ab. Der rechte vordere Gaumenbogen ist nach vorn gedrängt, die Mandel, stark geröthet, ragt stark gegen die Medianlinie vor. Deutliche Pulsation der Mandel fühlbar. Lähmung des rechten Stimmbandes. Hochgradige Dysphagie, heftige Schmerzen namentlich um den Kieferwinkel herum. Bei Druck auf die Carotis comm. hört die Pulsation sowohl der äußeren Geschwulst wie an der Mandel auf.

Nach der von Ciechowski ausgeführten Unterbindung der Carotis comm. verschwanden alle Symptome in überraschend kurzer Zeit; am längsten hielt die Parese des Facialis an.

Als sich Pat. nach 3 Jahren zufällig im Spitale vorstellte, erinnerten nur noch die vom Unfälle herrührende und die Operationsnarbe an das frühere Leiden.

Trzebiicki (Krakau).

32) K. Dohrn. Ein Fall von traumatischer, intraperitonealer Blasenruptur. Laparotomie. Heilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 406.)

Der Fall wurde von v. Eiselsberg in der Königsberger Klinik operirt und betrifft einen 41jährigen Mann, der von einem Lastwagen über den Bauch gefahren war. Wegen starker Leibschmerzen, Retention von Stuhl und Urin Überführung in die Klinik, wo Pat. nach 5stündiger Eisenbahnfahrt und 46 Stunden nach dem Unfall anlangt. Der Katheter entleert nur 150 ccm trüben, flüssigen Urin, und da im Bauch freie Flüssigkeit nachweisbar ist, wird ein intraperitonealer Riss diagnosticirt. Bei der 48 Stunden nach dem Unfall vorgenommenen Operation wird erst ein das Bauchfell noch schonender Schnitt wie zur Sectio alta vorgenommen, bei welchem wohl Blutergüsse, aber kein extraperitonealer Blasenriss gefunden wird. Deshalb Eröffnung der Bauohöhle, in der reichlich urinöse Flüssigkeit vorhanden. Entleerung derselben durch Umkanten des Pat. auf die Seiten und Austupfen. Bauchfell überall leicht injicirt, doch ohne Beschläge. Am

Blasengrund ein 4 cm langer, fast querer Riss mit unregelmäßigen Rändern. 2tägige Naht desselben, Bauchdeckennaht, Nachbehandlung mit Dauer-Nélaton. Glatte Heilung.

Bemerkenswerth ist, dass die Ruptur die Blase traf, als diese der Anamnese zufolge nur ganz wenig gefüllt war, ferner, dass die Operation noch Erfolg hatte, obwohl sie erst relativ spät ausgeführt werden konnte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **C. L. Scudder.** Double ureter of the right kidney; one ureter ending blindly; acute symptoms; operation; death; autopsy.

(Amer. Journ. of the med. sciences 1901. Juli.)

Die Hauptpunkte des interessanten Falles, der durch eine Abbildung des anatomischen Präparates illustriert ist, sind in der Überschrift angedeutet. Es handelte sich um ein Mädchen von 20 Monaten, das plötzlich unter Leibscherzen, Fieber und allgemeinen schweren Symptomen erkrankte. Bald ließ sich in der rechten Bauchseite eine wurstförmige, weich-elastische Geschwulst tasten.

Am 3. Tage wurde ohne bestimmte Diagnose der Leib geöffnet, die Organe der Bauchhöhle gesund, die Geschwulst retroperitoneal im Zusammenhange mit der rechten Niere gefunden. Der Zustand des Kindes verbot einen weiteren Eingriff, dasselbe starb am Operationstage. Bei der Obduktion erweist sich die Geschwulst als ein enorm ausgedehnter, an der weitesten Stelle 11 cm im Durchmesser haltender, vielfach gewundener, im kleinen Becken blind endigender Harnleiter; er gehört zum oberen Pol der Niere, wo er aus einem besonderen Becken entspringt, während der 2., in die Blase mündende Harnleiter mit seinem Becken den unteren $\frac{2}{3}$ der Niere entspricht. Das Parenchym des oberen Drittels erscheint grau und fibrös entartet.

S. konnte nur noch 8 ähnliche Fälle in der Litteratur finden, deren Krankengeschichten er in Kürze wiedergibt. **R. v. Hippel (Kassel).**

34) **P. Rosenstein.** Ein Fall von Implantation der Urethra ins Rectum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 359.)

Der Fall betrifft einen mit Epispadie und Urininkontinenz behafteten Knaben, welcher nach bereits vergeblicher operativer Vorbehandlung auswärts in Königberg von v. Eiselsberg operiert wurde. Behufs Einpflanzung der Harnröhre wurde diese größtentheils stumpf frei gemacht bis gegen den Blasenhal. Dann Querschnitt am Damm, Freilegung der vorderen Mastdarmwand, Herunterholen der Harnröhre in die Dammwunde. Fensterung des Mastdarms dicht oberhalb des Sphinkters und Einnähen der Harnröhre in den Mastdarm-terschlitz. Nachbehandlung mit Nélaton, der zum After herausgeleitet wurde. Es trat zwar Einheilung, aber nur vorübergehend ein funktioneller Erfolg ein, da die Harnröhrenmündung im Mastdarm sehr bald sich stark verengte, wodurch unerträgliche Tenesmen entstanden. Wiederholte Einkerbungen der Striktur so wie Sondendilatation derselben halfen nur vorübergehend, so dass 5 Monate nach der Verlagerung der Harnröhre zur Abstellung der Beschwerden dem Pat. eine Blasen-schrägfistel nach Witzel angelegt werden musste. Durch diese war mittels Nélatonkatheter der Urin gut entleerbar, doch kam ein Theil des letzteren auch noch durch die Mastdarmfistel, weshalb letztere einer mehrmaligen Thermokauterisation unterzogen wurde, wonach sie sich schloss. Den Misserfolg des Unternehmens führt R. wesentlich auf die Zerrung der verlagerten Harnröhre zurück; er meint, wenn man die Ampulle des Blasenhalbes einnähen würde, und zwar etwas höher im Mastdarm, der Erfolg vielleicht besser sein könnte. Das Bedenken, dass durch dieses Verfahren auch die Entleerungswege für das Sperma gestört werden, schlägt er nicht hoch an, falls es gelingt, die Urininkontinenz zu beseitigen. Überdies käme es bei den derart missbildeten Individuen niemals oder nur unvollkommen zur Libido.

Harnleitereinpflanzungen in den Mastdarm wegen Blasenspalt hat v. Eiselsberg, wie wir im Eingang der Arbeit erfahren, 7 gemacht. 3 der Operirten starben an den Operationsfolgen. Bei den Genesenen wurde theils völlige, theils genügende Kontinenz erzielt. **Meinhard Schmidt (Cuxhaven).**

35) **G. A. Peters.** Transplantation of ureters into rectum by an extraperitoneal method for exstrophy of the bladder.

(Brit. med. journ. 1901. Juni 22.)

Bei einem 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben, welcher mit einer Ectopia vesicae behaftet geboren war, und bei welchem sich ein schwerer Mastdarmvorfall entwickelt hatte, führte P. zur Beseitigung des letzteren folgende Operation aus:

Von einem 5 cm langen Schnitte in der Mittellinie oberhalb der Nabelöffnung wurde der Mastdarm hoch gezogen und seine Lichtung durch eine Faltenbildung an der vorderen Wand verengert. Die Falte wurde dann an der vorderen Bauchwand fixirt, indem das eine Fadenende der gelegten Nähte durch Bauchfell und Fascie geführt und die Fäden nochmals geknotet wurden. Diese Fixation wurde möglichst hoch oben und möglichst nach außen nach der Crista ilei zu bewerkstelligt.

2 $\frac{1}{2}$ Jahre später wurden die Harnleiter in den Mastdarm eingepflanzt. Nach gründlichster Desinfektion und Auswaschung des Mastdarmes wurde der Sphinkter gedehnt und ein Schwamm in den Mastdarm eingelegt. Sodann wurde je ein weicher Katheter in die beiden Harnleiter eingeführt und durch eine Naht fixirt. — Die Harnleitermündungen wurden umschnitten, so dass dieselben noch von einem Kranze von Blasenschleimhaut umgeben blieben. Nach Durchtrennung der Blasenwand wurden dann die Harnleiter stumpf aus ihrer Umgebung ausgelöst, was sich ohne Verletzung des Bauchfelles bewerkstelligen ließ. Durch Eingehen mit dem Finger in den Mastdarm wurden die Punkte bestimmt, an welchen die Harnleiter einzupflanzen waren. Betreffs der Lage derselben wurde als erforderlich angesehen, 1) dass die Implantationsstellen höher als der Sphinkter internus, und 2) an der äußeren Mastdarmwand gelegen waren, um eine Knickung der Harnleiter zu verhüten. Mittels einer Zange wurden dann die betreffenden Stellen der Mastdarmwand in die Wunde der Blasenwand vorgedrängt und durchschnitten. Durch Öffnen der Zange wurde die Wunde im Mastdarme beiderseits so erweitert, bis der Katheter und der Harnleiter durchgezogen werden konnte. Nähte Behufs Fixation der Harnleitermündung wurden nicht angelegt. Die Katheter blieben in den Harnleitern liegen, sie gingen nach etwa 60 Stunden von selbst ab.

Die Blasenschleimhaut selbst wurde vollständig exstirpirt. Von irgend einer Plastik wurde Abstand genommen. Die Wundfläche überhäutete sich in relativ kurzer Zeit unter Hinterlassung einer verhältnismäßig kleinen Narbe. 1 $\frac{1}{2}$ Jahre später war der Knabe bei bestem Wohlbefinden. Die Mündungen der Harnleiter waren im Mastdarme als prominente Papillen zu fühlen. Die Zeit zwischen den Entleerungen betrug durchschnittlich 2—3 Stunden. **Weiss (Düsseldorf).**

36) **Dessirier et Legrand.** Curieux exemple de lithiase rénale latente. Mort rapide. — Autopsie ayant révélé l'existence de plus de 500 calculs.

(Méd. moderne 1901. No. 29.)

Junger Soldat, Trinker, früher niemals krank, abgesehen von gelegentlichen lumbagoartigen Schmerzen in den Nierengegenden, aber frei von Nierenkoliken und Hämaturie.

Klagt über allgemeine Schwäche und etwas Kopfweh. Kein Fieber, keine nachweisbaren Organerkrankungen; im Urin nur Spuren von Eiweiß. Geringe Krümmung der Lendenwirbelsäule.

Bald wird der Puls schneller und kleiner. Die Schmerzen in der Nierengegend verstärken sich, der spärliche Urin enthält Eiweiß, kein Blut. Allgemeine Schwäche, Ödem der Knöchelgegenden.

5. März 1901 kommt er unter der Diagnose akute Nephritis in die Behandlung der Verf. Lebhaftes Lendenschmerzen und Stirnkopfweg, Stupor, Temperatur 36°, allgemeines Frostgefühl, Nebelsehen, schmerzhaftes Krämpfe in den Beinen, geringe Athemnoth, einzelne Rasselgeräusche, Puls schwach, 90. Urin dick, trüb, 500 g in 24 Stunden, enthält Albumen.

6. März Mittags 1/2 Uhr plötzlicher Tod.

Obduktion ergibt in der Hauptsache Folgendes: Beide Nieren zeigen das Bild der hochgradigen interstitiellen Nephritis, und zwar ist die rechte eine richtige Schrumpfniere, nur 1/3 so groß als eine normale, die linke dagegen vergrößert, hydronephrotisch und mit cystischen Hohlräumen durchsetzt. Beide sind vollgepfropft von Oxalsäuresteinen, deren Größe zwischen der von Hirsekörnern und großen Nüssen schwankt. Dieselben füllen nicht nur Becken und Kelche aus, sondern sitzen überall im Nierenparenchym fest. Harnleiter und Blase sind frei.

Beide Herzventrikel dilatirt, Herzmuskel atrophisch. Übrige Organe ohne wesentliche Veränderungen.

Die Verf. führen die Latenz des Steinleidens darauf zurück, dass der Eingang zum Harnleiter beiderseits durch einen großen, das ganze Nierenbecken ausfüllenden Stein blockirt war.

R. v. Hippel (Kassel).

37) C. Beck. Contribution to the surgery of multilocular renal cyst. (Annals of surgery 1901. Februar.)

B. berichtet über die operative Behandlung cystischer Nierendegeneration bei einer 55jährigen Frau, die bereits 2 Schwestern an der nämlichen Erkrankung verloren hatte. Die als Cystenniere angesprochene Geschwulst reichte in der linken Bauchhöhle vom Rippenbogen bis zum Darmbeinkamme, war höckrig und beweglich. Als Operationsmethode wurde der transperitoneale Weg gewählt, um auch die rechte Niere tasten zu können. Diese war mäßig vergrößert und nur an ihrem unteren Pole cystisch entartet. Die linke Niere wurde ganz extirpirt. Sie wog 3 Pfund (engl.), die Größe der Cysten war eine verschiedene; der Durchmesser der größten betrug 3 Zoll (engl.). Nach 8tägigem Wohlbefinden trat Urämie ein, und Pat. starb am 11. Tage an interstitieller Nephritis. B. bezweifelt nach dieser Erfahrung den Nutzen der Exstirpation cystisch degenerirter Nieren, selbst wenn die andere Niere normal erscheint. Ein besseres Resultat verspricht er sich von einer Punktion der kleineren Cysten mit nachfolgender Injektion einer gesättigten Jodoform-Ätherlösung; größere Cysten seien einzeln zu extirpiren.

O. Müller (Hirschberg i/Schl.).

38) A. Jenckel. Beitrag zur Kenntnis der sog. embryonalen Drüsen- geschwülste der Niere.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 500.)

J. beschreibt zunächst genau anatomisch und histologisch eine durch Prof. Braun operativ von einer 43jährigen Frau gewonnene Nierengeschwulst, die binnen 8 Jahren zu monströser Größe herangewachsen war (Gewicht 14 1/2 Pfund). Das Stroma dieser Geschwulst bestand außer aus hochentwickeltem, kernarmem Bindegewebe aus myxomatösem, sehr zellreichem, jugendlichem Gewebe, glatter Muskulatur, so wie Fettgewebe, elastischen Fasern und drüsigen Elementen, welche theils als kleine, büschelförmig verzweigte Hohlräume, theils als große, cystische Gebilde vorhanden sind mit den Übergangsformen vom einfachen kubischen Epithel bis zum hohen Cylinderepithel. Sie stellt also eine richtige Mischgeschwulst dar. J. erörtert genau die interessanten, aber schwierige Frage der entwicklungs- geschichtlichen Herkunft dieser Geschwülste, wobei er die einschlägigen neueren Arbeiten von Muus, Busse, Wilms etc. heranzieht. Er entscheidet sich für die Annahme, dass hier aus einem auf seiner embryonalen Form stehen gebliebenen Theil der Fötalnieren die Geschwulstbildung hervorgegangen sei, da die histologischen Bestandtheile der Geschwulst keine anderen seien, als solche, die auch im fötalen Urnierengewebe im 1. und 2. Entwicklungsmonat zu finden sind. Mit Wilms

eine Keimversprengung zur Erklärung des Geschwulstbaues anzunehmen, sei nicht nöthig. In dieser Auffassung wird J. bestärkt durch den Befund an 2 Fällen von Nierenmissbildung. Die eine derselben, bei Obduktion eines 50jährigen Mannes gefunden, stellt ein ganz rudimentäres, kaum kirschgroßes Nierensurrogat dar, offenbar eine unentwickelt gebliebene Embryonalniere. In derselben fanden sich histologisch ganz ähnliche, epithelial ausgekleidete Drüsen und cystische Hohlräume wie in der beschriebenen großen Geschwulst. Die andere Missbildung betrifft eine hypoplastische Niere, deren Stroma eine schön geformte große Hornkugel, also ektodermales Gewebe aufwies. Hiernach scheinen auch ektodermale Bestandtheile durch Störungen in dem späteren Stadium der Entwicklung als Produkte der Nierenkeimanlage selbst erklärbar.

Der erst beschriebene Fall ist übrigens dadurch bemerkenswerth, dass er 1) ein älteres Individuum betraf und 2) anatomisch wie klinisch sich als gutartig erwies. Die Frau ist jahrelang nach der Operation gesund geblieben.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

39) A. Gessner. Über Mischgeschwülste des Hodens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 86.)

G. hat aus dem Materiale des Berliner Friedrichshain-Krankenhauses 8 Hodengeschwülste näher untersucht, worunter sich 4 teratoide bzw. embryoide Mischgeschwülste fanden. Der histologische Befund bei den letzteren wird genau beschrieben und durchgesprochen. In dem Referate für unser Blatt kann bei dem rein pathologisch-theoretischen Interesse des Gegenstandes nur kurz hierauf eingegangen werden. Fall 1—3 sind einander ziemlich ähnlich. In allen hat sich die Geschwulst innerhalb des Hodens entwickelt. Sie ist in kleine Lappchen getheilt, welche durch langfaserige, bindegewebige Scheidewände abgegrenzt sind. In diesen Lappchen sind stets Produkte aller 3 Keimblätter zusammen zu finden: Epidermiszapfen, glatte Muskulatur, Cysten mit Schleimepithel, vielfach Knorpel etc. Auch Ganglienzellen sind nachweisbar. Im Ganzen entsprechen diese Geschwülste der von Wilms aufgestellten »embryoiden« Hodengeschwulst. Das Verhalten des histologischen Baues in Fall 4 ist andersartig. Elemente des Ektoderms sind in ihm nicht nachweisbar, und hält G. denselben für ein Analogon der von v. Recklinghausen auf Reste des Wolff'schen Körpers zurückgeführten Adenomyome und Cystadenome des Uterus und der Tubenwandungen. — Der Arbeit sind 12 histologische Präparatabbildungen und ein Litteraturverzeichnis von 31 Nummern beigefügt.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

40) Thibierge. Note sur une variété d'ulcération chronique du visage, observée au cours du tabes dorsal.

(Ann. de dermatol. et de syphil. 1901. Hft. 6.)

Bei einem 65 Jahre alten Pat. entwickelte sich 20 Jahre vor sicheren tabischen Symptomen eine Ulceration aus einem kleinen Knötchen an der linken Seite der Spina nasalis. Sie breitete sich allmählich aus auf die linke Oberlippe, den linken Nasenflügel und das Naseninnere links. Das Geschwür war flach, sein Grund eben, secernirte nur etwas Flüssigkeit; die Umgebung zeigte keine Reaction. Die linke Gesichtshälfte zeigte völlige Aufhebung der Schmerzempfindung. Das Geschwür selbst hatte nie Schmerzen verursacht. Unter den übrigen tabischen Symptomen ist bemerkenswerth, dass sämtliche Zähne ohne Veränderung der Zähne selbst und ohne Schmerzen ausgefallen waren. Eine ähnliche Beobachtung von Tabes mit vorausgehender Ulceration im Gesicht ist nach T. bereits von Girandau veröffentlicht worden.

Klingmüller (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 116), 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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 50. Sonnabend, den 14. December. 1901.

Inhalt: J. Schoemaker, Zur Technik der Kraniotomie. (Original-Mittheilung.)

1) Mendelsohn, Krankenpflege. — 2) Henle-Merkel, Grundriss der Anatomie des Menschen. — 3) Ewer, Bau des menschlichen Körpers. — 4) Ewer, Massagen. — 5) Oberst, Knochenbrüche und Verrenkungen von Fingern, Hand und Vorderarm. — 6) Hellendall, Sesambein im M. gastrocnemius. — 7) Bilhaut, Metatarsalgie. — 8) Naturforscherversammlung. — 9) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. — 10) Delattre, Schulterverrenkung, Schlüsselbeinverrenkung. — 11) Wyss, Medianusdurchtrennung. — 12) Bouglé, Sehnenplastik. — 13) Féré, Fraktur einer Endphalanx. — 14) Bérard, Oberschenkelbruch. — 15) Borchard, Kniegelenkverrenkung. — 16) Einhorn, Unterschenkelbrüche. — 17) Quénu, Mittelfußverrenkung.

Zur Technik der Kraniotomie.

Von

Dr. J. Schoemaker in Nimwegen.

Wenn man nach der Wagner'schen Methode den Schädel öffnen will, dann kann man dafür verschiedene Wege einschlagen. Einer davon ist der, dass man mit den Fraisen von Doyen 4 Bohrlöcher anlegt und dann mit der Gigli'schen Drahtsäge oder der Dahlgren'schen Zange (Centralblatt für Chirurgie 1896 p. 217) 3 Seiten des Rechteckes umschneidet.

Dieses Vorgehen wird man wählen, wenn man keinen Elektromotor oder andere Maschine zur Verfügung hat und man kommt damit leicht und ungefährlich an sein Ziel — aber diese Methode ist doch immerhin so unbequem, dass man sich gern die Kosten der Anschaffung einer Einrichtung gestatten würde womit man eine Kreisäge oder viel lieber noch die ingenieös erdachte Sudeck'sche Fraise treiben könnte.

Aber so oft kommt man doch im Allgemeinen nicht zum Trepaniren, dass es der Mühe lohnen würde, und zweitens streitet unser chirurgisches Gefühl dagegen, dass wir eine so dünne Knochen-

spange wie der Schädel ist, nicht einmal mit eigener Händekraft durchschneiden können — und so bleiben denn viele Chirurgen der Säge oder Zange getreu.

Wie gesagt, die Methode hat aber ihre Schattenseiten. Die Drahtsäge muss erst durchgeführt werden, was immer mehr oder weniger Mühe erheischt, die Dura muss geschützt werden, und das Durchsägen erfordert noch eine gehörige Anzahl Hin- und Herziehungen bis der Schnitt fertig ist. — Die Dahlgren'sche Zange dagegen kneipt jedes Mal nur ein sehr kleines Stück Knochen aus dem Schädel, muss also sehr oft wieder eingeführt werden, was um so schwieriger wird, je länger die schon gemachte Furche ist.

Diese Unbequemlichkeiten können aber vermieden werden, wenn man den durchzuführenden Duraschützer zu gleicher Zeit den Knochen durchschneiden lässt, oder wenn man bei der Zange das Princip der schiefen Ebene anbringt.

Dazu braucht man ein Metallstück, welches mit seinem geknöpften unteren Ende die Dura bei Seite schiebt, mit der vorderen Kante schief gestellt ist und in horizontaler Richtung vorwärts bewegt wird.

Kann man das erreichen, dann wird der Knochen, der sich vor dem Metallstück befindet, gegen diese schiefe Ebene nach oben gleiten, also aus seiner Umgebung ausgehoben werden, und es entsteht ein Spalt, der der Breite des Metallstückes entspricht.

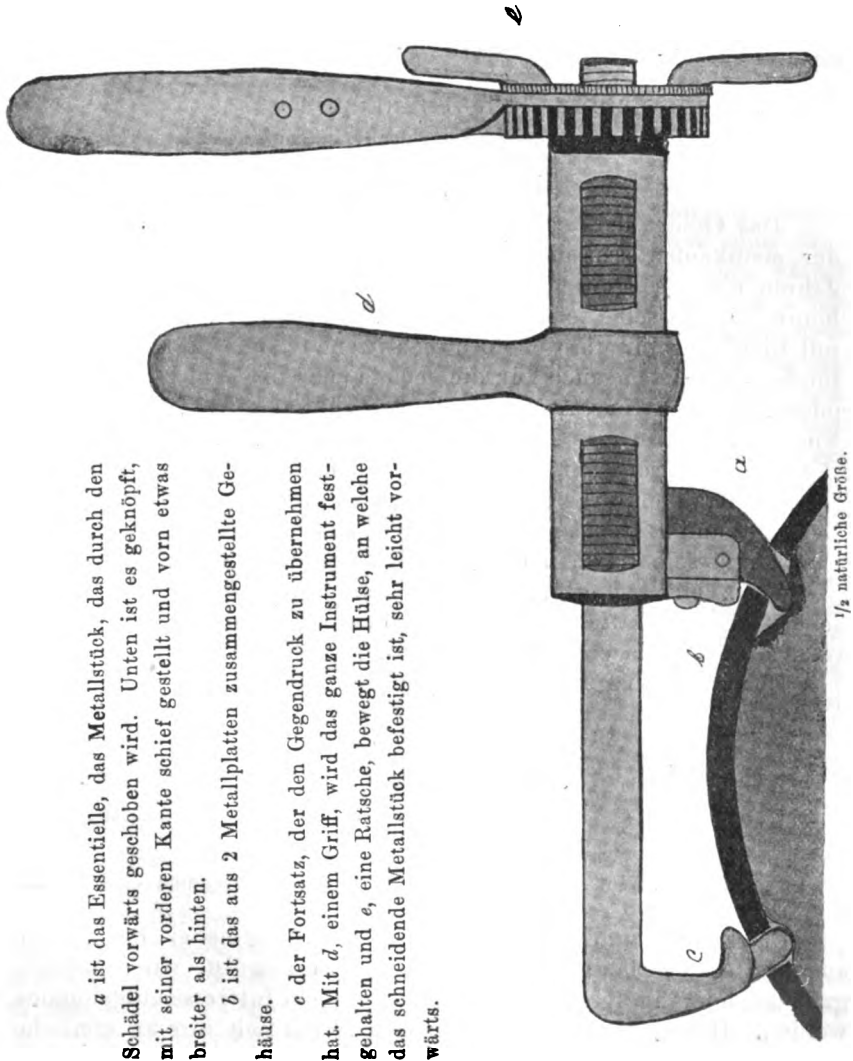
Es versteht sich von selbst, dass dieses Stück kein eigentliches Messer sein darf, auch nicht scharf schneidend, also vorn dünn ausgeschliffen und hinten breiter gemacht werden darf; denn so ein Instrument kann nur da angewandt werden, wo die durchzuschneidende Masse zusammendrückbar ist oder seitlich ausweichen kann. — Ist das nicht der Fall, dann muss die Masse zersprengen, oder das Messer arbeitet sich unverrückbar fest. In dieser Lage befinden wir uns gerade mit dem Schädel.

Das Metallstück darf also nicht scharf, im Gegentheil, es muss vorn etwas breiter sein als hinten; nur so macht es mit seiner Vorderkante eine Furche, breit genug, um den Rest folgen zu lassen.

Wie gesagt, diese schiefe Ebene muss nun horizontal vorwärts geschoben werden. Die dazu erforderliche Kraft kann leicht gefunden werden in einem Schraubenapparat; als Stützpunkt, um den Gegendruck zu tragen, kann ein zweites Bohrloch in den Schädel gemacht werden, und die Einrichtung, welche dafür sorgt, dass das Messer (*sic venia verbo*) gerade vorwärts gehen muss, nicht nach innen laufen kann, findet man in ein paar Metallplatten, die neben dem Metallstück angebracht sind.

Diese Platten gleiten dann über die Schädeloberfläche und müssen daher von unten glatt, an ihrer inneren Kante aber scharf sein, um den Knochenpan abzuschneiden. Zusammen können sie ein Gehäuse bilden, das den Knochenpan aufnimmt, umbiegt und als eine Spirale nach außen treten lässt.

Wenn man allen diesen Bedingungen Rechnung trägt, dann kann man sich ein Instrument konstruiren, das so ungefähr wie das in der Figur abgebildete aussieht¹.



a ist das Essentielle, das Metallstück, das durch den Schädel vorwärts geschoben wird. Unten ist es geknöpft, mit seiner vorderen Kante schief gestellt und vorn etwas breiter als hinten.

b ist das aus 2 Metallplatten zusammengestellte Gehäuse.

c der Fortsatz, der den Gegendruck zu übernehmen hat. Mit *d*, einem Griff, wird das ganze Instrument festgehalten und *e*, eine Ratsche, bewegt die Hülse, an welche das schneidende Metallstück befestigt ist, sehr leicht vorwärts.

Viel Kraft braucht man nicht dazu, wenn man nur ein wenig Vaseline an die Schraubenspindel schmiert, sonst wird diese durch die Reibung zu heiß und schwillt. Das Instrument arbeitet ziemlich rasch; wenn man sich nicht zu sehr beeilt, kann man in $1\frac{1}{2}$ Minute einen Spalt von 10 cm schneiden.

¹ Es ist vorläufig zu bekommen bei G. Römer in Nimwegen zum Preise von 100 \mathcal{M} .

Die Technik ist sehr einfach. Man setzt den Fortsatz in das eine Loch, das Messer in das andere und bewegt die Ratsche hin und her. Ist das Ende erreicht dann findet das Messer seinen Platz in einem Schlitz des Fortsatzes und das Instrument wird herausgenommen.

1) **M. Mendelsohn.** Die Krankenpflege.

(Monatsschrift für die gesammten Zweige der Krankenpflege u. Krankenbehandlung in Wissenschaft und Praxis.)

Berlin, G. Reimer, 1901.

Das Gebiet der medicinischen Krankenpflege — abgesehen von der medikamentösen und operativen Therapie — hat in den letzten Jahren einen so gewaltigen Umfang angenommen, dass es sich wohl lohnt, für dasselbe eine besondere Zeitschrift zu gründen. Diese soll nicht nur für die weit fortgeschrittene technische Krankenpflege, sondern vor Allem auch für die sociale (Vereins- und Kriegsrankenpflege, Rothes Kreuz, Armeekrankenwesen, Samariter-, Frauenvereine, Vorkehrungen für erste Hilfe und Rettungswesen, Hauspflegerverbände, Berufsgenossenschaften, Invaliditätsversicherung etc. etc.) und die berufliche Krankenpflege ein Centralorgan werden, das Originalaufsätze, Berichte und Litteraturbesprechungen aus dem bezeichneten Gebiet bringt und solche, wo nöthig, mit Illustrationen versieht.

Verf., eine Autorität auf dem Gebiet, hat sich die Mitarbeiterschaft erster Kräfte gesichert, so dass das vorliegende Heft ein reiches und gediegenes Material bringt.

Der Preis der gut ausgestatteten Zeitschrift beträgt pro Semester 6 .#. **Richter** (Breslau).

2) **J. Henles.** Grundriss der Anatomie des Menschen. Neu bearbeitet von Dr. Fr. Merkel, Prof. der Anatomie in Göttingen. 4. Auflage.

Braunschweig, Fr. Vieweg & Sohn, 1901. Mit zahlreichen, zum Theil farbigen Abbildungen und einem Atlas.

Dass H.'s Grundriss der Anatomie in völlig neuer, der Jetztzeit angepasster Bearbeitung herausgegeben worden ist, wird zweifellos ganz besonders im Kreise der Ärzte mit großem Interesse aufgenommen werden. Haben doch Viele von diesen seiner Zeit ihre anatomischen Studien an der Hand H.'scher Bücher, sei es des großen Handbuches, sei es des Grundrisses, getrieben. H.'s Schwiegersohn, Fr. Merkel, dem wir auch die Biographie des großen Meisters der Anatomie verdanken, war wohl wie kein Zweiter dazu berufen, den Grundriss im Sinne und Geiste seines ersten Verf. neu erstehen zu lassen, so umgearbeitet und vermehrt, dass er nun in jeder Hinsicht auf dem Standpunkt der modernen Anatomie steht.

Von den 2 stattlichen Bänden enthält der eine den Text, der andere bildet den dazu gehörigen Atlas; eine Anzahl, zum Theil

farbiger Holzschritte sind dem Textband selbst eingefügt. Im Text, der etwa auf das Doppelte des früheren Umfangs vermehrt worden ist und zum großen Theil eine völlige Neuschöpfung darstellt, muss wohl die außerordentliche Fülle des Thatsachenmaterials und die Vielheit der Gesichtspunkte, die jetzt darin zur Geltung gebracht wird, zuerst auffallen. Die Neubearbeitung hat ein Lehrbuch geschaffen, das dem Studirenden wie dem Arzt in gleicher Weise entgegenkommt und es meisterhaft verstanden hat, den Bedürfnissen Beider gerecht zu werden. Dass der menschliche Organismus nicht ein Gegebenes, Fertiges ist und nicht isolirt dasteht, sondern im Zusammenhang sich befindet mit der ganzen Organismenwelt, darauf machen kurze Einleitungen zu den einzelnen Kapiteln und eingestreute Bemerkungen aufmerksam, die in knapper aber klarer Form auf die Beziehungen der menschlichen Zustände zu denen bei den Thieren hinweisen und zugleich die allgemeinen entwicklungs-geschichtlichen Verhältnisse erörtern. Bei aller Kürze enthalten sie eine Menge von Thatsachen, die auch Dem, der die Anatomie nur als Dienerin der Heilkunde achtet, manche für sein allgemein biologisches Denken nicht unwesentliche Gesichtspunkte eröffnen werden. Die Durchführung der einzelnen Kapitel ist eine eminent praktische und weist überall auf Zweck und Werth der anatomischen Einrichtungen hin. Die Beschreibung der Formen ist kurz und anschaulich und sofort mit dem Hinweis auf die Bedeutung der Einzelheiten verbunden. Wo in der Osteologie ein Knochenfortsatz erwähnt ist, da steht auch sofort dabei, wozu er da ist; bei den Muskeln findet sich die hauptsächlichste Funktion und die motorische Innervation gleich mit angegeben. Die Eingeweidelehre giebt neben der makroskopischen Form und der Topographie die Schilderung des mikroskopischen Baues der Organe im Zusammenhang mit seiner funktionellen Bedeutung. Dieses Kapitel hat eine weitgehende Neugestaltung erfahren, eben so wie, begreiflicherweise, die Lehre vom Nervensystem und den Sinnesorganen. Hier waren ja ganz besonders zahlreiche neue Thatsachen aufzunehmen, die Histologie, die Leitungsbahnen, die funktionellen Verhältnisse betreffend. Die übersichtliche klare Form der Darstellung kommt gerade diesen schweren Kapiteln besonders zu Gute. Im Übrigen wird hier selbst der Nervenspecialist auf die meisten Fragen Auskunft erhalten. Auch das Gefäßsystem hat vielfache Veränderungen erfahren.

Überall ist aber nicht nur der ausgebildete anatomische Ideal-mensch geschildert, sondern auch die specielle Entwicklungsgeschichte, ja sogar Altersunterschiede und die häufigsten Varietäten sind eingehend berücksichtigt, eine Zugabe, für die Theoretiker wie Praktiker gleich dankbar sein werden. Diese große Fülle von Stoff auf den relativ mäßigen Raum von noch nicht 800 Seiten unterzubringen, war nur möglich durch die umsichtige Disposition des Ganzen und durch die genau durchdachte konzentrierte Schreibweise, durch die alles Überflüssige bei Seite lassende Darstellungsform, die dabei,

durchaus unzweideutig, zwar Mitdenken, aber doch niemals Räthsel-lösen vom Leser erfordert.

Einem rein praktischen Gesichtspunkt dient das große Synonymen-verzeichnis am Schluss des Textes. Es ist ein besonderes Geschenk für die Praktiker, die sich durch die — in dem Buche natürlich überall durchgeführte — neue Nomenklatur noch nicht so leicht zurechtfinden. Ein solches Verzeichnis war geradezu ein Bedürfnis. Dass auch noch eine kurze Anleitung für die Präparirbodenthätigkeit angefügt ist, kommt wohl zunächst für die Studenten in Frage, wird aber gelegentlich auch dem Arzte vielleicht nützlich sein.

Auch der zu dem Grundriss gehörige Atlas hat eine bedeutende Umgestaltung erfahren und ist ebenfalls zum Theil ein ganz neues Werk geworden. Die Zahl der Figuren ist beträchtlich vermehrt worden, viele alte Figuren wurden durch neue ersetzt, und Besitzer der 1. oder 2. Auflage des Atlas werden es angenehm empfinden, dass auch, wo alte wohlbekannte Figuren ihnen wieder entgegentreten, durch die veränderte Art der Bezeichnung das rasche Verständnis und die Übersichtlichkeit außerordentlich gefördert sind. (Diese Änderung war schon in der 3., auch schon von Merkel besorgten, aber viel weniger veränderten Auflage eingeführt.) Die Bezeichnungen sind überhaupt so viel als möglich ausgeschrieben, so dass die beim Studium zeitraubende Zahlen- und Buchstabenerklärung ganz eingeschränkt, vielfach völlig in Wegfall gekommen ist. Der Atlas enthält Alles, was im Text zur Sprache kommt, also nicht nur Abbildungen zur makroskopischen, systematischen Anatomie, sondern auch zahlreiche mikroskopische Bilder, in denen selbst feine histologische Verhältnisse klar zur Anschauung gebracht werden, Figuren zur Entwicklungsgeschichte (Epiphysen, Knochenkerne), Durchschnitte, Schemata, ja zum Schlusse sogar noch eine Anzahl Tafeln für die topographische Präparation der Nerven und Gefäße. Die technische Ausführung der Bilder ist ganz vortrefflich, und Mancher z. B., der auf den alten H.'schen Muskelabbildungen zu sehr die Striche und zu wenig die Gesammtform und Plastik erkennen mochte, wird erfreut sein über die prächtige Wirkung, die gerade diese Bilder in ihrer jetzigen sinnreichen Reproduktionsmanier machen. Wir haben in den letzten Jahren in den Atlanten von Toldt und Spalteholz zweifellos prächtige Tafelwerke erhalten; was neben diesen dem Merkel-Henle'schen Atlas ganz besonders zu Gute kommen wird, ist, dass hier Text und bildliche Darstellung in einander gearbeitet sind: der Text des Grundrisses verweist fortwährend auf die Figuren des Atlas, und wörtliche und bildliche Darstellung ergänzen sich gegenseitig aufs Vortrefflichste.

Schließlich muss auch der Verlagsbuchhandlung mit uneingeschränkter Anerkennung gedacht werden: die Ausstattung ist eine ganz vorzügliche, und dabei der Preis ein außerordentlich niedriger; denn Textband (mit dem ausführlichen alphabetischen Register: 802 S.) und Atlas (498 S. mit zum größten Theil farbigen Abbildungen) kosten

zusammen broschirt nur 28 *M.*, in den beiden vornehmen Originalbänden gebunden nur 32 *M.*

Der Merkel-Henle'sche Grundriss ist ein anatomisches Lehrbuch ersten Ranges. Und wenn nicht Alles täuscht, so wird es für lange Zeit eine dominierende Stellung unter den anatomischen Lehrbüchern gewinnen, zum Nutzen Derer, die es gebrauchen und zur Ehre seiner Verfasser.

E. Gaupp (Freiburg i/B.).

3) **L. Ewer.** Der Bau des menschlichen Körpers.

Berlin, Fischer (Kornfeld), 1901. 44 S. 21 Abb.

4) **Derselbe.** Kursus der Massage. 2. Auflage.

Berlin, Fischer (Kornfeld), 1901. 183 S., 78 Abb.

Sein im Jahre 1892 in 1. Auflage erschienenen Werk hat Verf. sehr zum Vortheil desselben in 2 von einander unabhängigen Theilen herausgegeben. Der 1. Theil behandelt den Bau des menschlichen Körpers und ist nur für Laien berechnet. Wesentliche Änderungen hat dieser Abschnitt nicht erfahren.

Zwar lässt auch der »Kursus der Massage« an verschiedenen Stellen, wie bei der Besprechung der Technik der Massage und bei Erörterungen allgemeiner Natur, noch erkennen, dass das Buch ursprünglich als Leitfaden für den Unterricht von Laien, denen Verf. keineswegs eine selbständige und weitgehende Ausübung der Massage zugestehen will, bestimmt war. Vielfach ist vor Übertreibung in der Anwendung der Massage und in der Auffassung ihrer Wirkung gewarnt. Im Übrigen geht die Darstellung weit über das Verständnis von Laien hinaus. Die Wichtigkeit der Diagnose ist überall respektirt, und specielle Fragen werden unter Zuhilfenahme der Litteratur abgehandelt.

Das Buch kann deshalb auch Medicinern, welche eine elementare Behandlung des Gegenstandes wünschen, empfohlen werden.

J. Riedinger (Würzburg).

5) **Oberst.** Die Frakturen und Luxationen der Finger und des Carpus, die Frakturen des Metacarpus und der Vorderarmknochen.

Hamburg, Gräfe & Sillem, 1901. Mit 192 Röntgenbildern auf 22 Taf. 36 S.

Die regelmäßige Benutzung der Skiaskopie einerseits, der reiche Zugang Verletzter in den Krankenhäusern für Unfallverletzte andererseits hat es in den letzten Jahren möglich und zu einer Pflicht der Ärzte gemacht, die Lehre von den Knochenbrüchen und Verrenkungen einer genauen Durchprüfung am Lebenden zu unterwerfen, und dabei ist man in Folge des neuen Untersuchungsverfahrens zu Resultaten gelangt, die recht häufig von unseren bisherigen Annahmen abweichen. Es ist daher ein sehr dankenswerthes Unternehmen, wenn die Erfolge solcher Untersuchungen veröffentlicht und durch zahlreiche trefflich wiedergegebene Skiagramme erläutert werden, wie es in

dem vorliegenden Werk — dem ersten Theil eines größeren in Aussicht gestellten Werkes über Knochenbrüche und Verrenkungen — durch O. geschieht, dem es vergönnt war, in 6 Jahren 1750 Fälle von Frakturen zu beobachten und durch Röntgenstrahlen zu fixiren.

In seinem Vorwort weist Verf. darauf hin, in welcher Beziehung unsere Anschauungen über Knochenbrüche im Allgemeinen durch das neue Untersuchungsverfahren erweitert worden sind, dass so manche Bruchformen, auch einfache Fissuren, doch viel häufiger vorkommen, als man bisher angenommen, dass leider aber wirklich ideale Heilungen ohne Verschiebung der Fragmente bei irgend wie schweren Knochenbrüchen kaum beobachtet werden, namentlich Dislokationen ad latus und ad longitudinem sich ohne blutigen Eingriff oft gar nicht beseitigen lassen.

Aus dem Werke selbst, in dem Verf. stets neben seinen Specialerfahrungen die in der Litteratur älterer und neuerer Zeit niedergelegten zum Vergleich heranzieht, möchte ich nur Einiges hervorheben, im Übrigen die Leser auf das Studium des Originals hinweisen. In einer ganzen Anzahl von Fällen kamen Brüche der Gelenkenden der Fingerphalangen zur Beobachtung, von denen bisher in der Litteratur kaum etwas bekannt war; sie sind funktionell gefährlich, führen häufig zu dauernden Störungen, selbst völligen Ankylosen. Weit häufiger, als nach früheren Angaben zu erwarten gewesen wäre, kamen auch Brüche der Metakarpalknochen zur Beobachtung, 6mal solche der Karpalknochen, letztere meist neben Knochenverletzungen am Radius. — 13,4% aller beobachteten Knochenbrüche (im Ganzen 255) betrafen die typische Radiusfraktur, bei deren Zustandekommen gleichzeitig Stoß-, Gegenstoß- und Risswirkung sich kombiniren. Nicht ganz selten verlief dabei die Bruchlinie an der Beugeseite in der Epiphysenlinie, von der sie sich aber früher oder später nach hinten und oben abzweigte. In etwa $\frac{1}{3}$ aller Fälle handelte es sich um mehrfache Frakturen, sehr oft um Einkeilungen. Andererseits ließen sich auch einfache Fissuren des unteren Radiusendes nachweisen. Mindestens 80% aller Fälle der Colles'schen Fraktur endlich sind mit einem Abriss des Proc. styl. radii complicirt. — Isolirte Brüche der Radiusdiaphyse, meist direkt entstanden, kamen 28mal zur Beobachtung; auch hier war 16mal der Griffelfortsatz der Ulna gleichzeitig gebrochen. Am oberen Ende des Radius ließ sich eine Fraktur 5mal durch Röntgenstrahlen nachweisen, von denen auch eine den Radiushals betraf. — Nur 7mal kamen isolirte Brüche des Ulnakörpers zur Behandlung, außerdem noch 4, bei welchen die äußere Gewalt gleichzeitig eine Verrenkung des Radiusköpfchens veranlasst hatte.

Bei den Frakturen des Olecranon macht Verf. auf die Möglichkeit einer falschen Deutung des Skiagramms aufmerksam, wenn der Untersucher nicht ganz bewandert in der Eigenthümlichkeit der Knochenkernbildungen an dieser Stelle ist. Um keinen Fehlschluss zu unterliegen, sollte jedenfalls bei jugendlichen Individuen der Arzt

stets eine Kontrolluntersuchung am zweiten Ellbogen vornehmen. Die Ursache des Bruches ist meist eine direkte — Fall und Stoß —; forcirte Wirkung des Triceps reißt nur ein kleines Stück Knochenoberfläche ab. — Ein Bruch des Proc. coronoides ulnae kam nicht zur Beobachtung, dagegen waren 92mal gleichzeitig beide Vorderarmknochen gebrochen.

Arbeitet Verf. — wie in Aussicht gestellt ist — die Knochenbrüche und Verrenkungen des ihm zu Gebote stehenden immer reicher anwachsenden Materials in gleicher Weise weiter durch, so erhalten wir aus seiner Feder einen höchst werthvollen Zuwachs auf dem betreffenden Gebiet und dazu einen Atlas mit vorzüglichen Bildern.

Richter (Breslau).

6) **Hellendall.** Über die chirurgische Bedeutung des in der lateralen Ursprungssehne des Musculus gastrocnemius vorkommenden Sesambeines.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 37.)

H. weist auf das Vorkommen eines Sesambeines in der Ursprungssehne des lateralen Kopfes des M. gastrocnemius, der sog. Favelle hin und erinnert an die diagnostischen Irrthümer, die daraus bei Röntgenaufnahmen entstehen können. Dasselbe sitzt nach Gruber immer, aber mittelbar, am überknorpelten Condylus extern. femoris, an dessen Hinterfläche an oder ganz nahe seiner am meisten nach rückwärts vorspringenden Partie, neben dem äußeren Rande oder einwärts davon, wo sich bald keine, bald eine Facette oder Grube dafür findet. Es ist gut, immer von beiden Kniegelenken eine Röntgenaufnahme zu machen, um Irrthümer zu vermeiden. Am deutlichsten sieht man es auf der Photographie, wenn der Pat. bei leicht gebeugtem Knie genau auf der Außenseite auflagt.

Borchard (Posen).

7) **Bilhaut.** Métatarsalgie etc.

(Congrès de l'assoc. française pour l'avancement des sciences. Ajaccio 1901. Sept.)

Zur Feststellung der therapeutischen Indikationen bei der Metatarsalgie ist die Röntgendurchleuchtung wichtig, da einerseits eine im Bilde erscheinende rareficirende Osteitis auf den tuberkulösen Ursprung der Erkrankung hinweist, andererseits eine sklerosirende Osteitis oder eine Exostose resp. ein Sesamöid unterhalb des Köpfchens des 3. oder 4. Mittelfußknochens (wie in einem Falle des Verf.) so festgestellt werden kann. In Fällen mit sehr starken Beschwerden und nachgewiesener anatomischer Veränderung im Bereich eines Metatarsalköpfchens macht Verf. die Resektion desselben.

Mohr (Bielefeld).

8) 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg. Sektion für Chirurgie.

(Schluss.)

Schultze (Duisburg): Ein Fall von Appendicitis im Bruchsack.

Der Proc. vermiformis findet sich bekanntermaßen sehr häufig als Inhalt einer Hernie. Die Entzündung des Processus, in Gestalt der typischen Appendicitis, hingegen gehört zu den selteneren pathologischen Befunden im Bruchsack. So sind denn auch die in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen nicht sehr zahlreich. Brunner, Zuckerkandl, Gross und Fleisch aus der Krönlein'schen Klinik berichten über einige Fälle. Ich füge diesen noch eine Beobachtung hinzu.

Krankengeschichte:

Joh. B. — aufgenommen 18. Mai 1901, operirt 21. Mai, entlassen 15. Juni 1901 —, welcher früher stets gesund und niemals an Perityphlitis erkrankt war, hatte seit Jahren einen stets leicht reponiblen Leistenbruch. Vor 4 Tagen trat der Bruch nach Heben einer schweren Last aus.

Status praesens: Pat. klagt über stechende und ziehende Schmerzen im rechten Scrotum, welche nach der Inguinalgegend ausstrahlen. Übelkeit ist nicht vorhanden, Stuhl normal.

Das Scrotum ist stark geschwollen. Unter dem Einfluss der Bettruhe verkleinerte sich der Tumor, welcher greifbar, von Hühnereigröße, im Scrotum sich verschieben lässt. Es macht den Eindruck, als ob 2 Testikel etagenweise übereinander gelagert sind, nur ist der obere dicker. Ein derber Strang lässt sich bis zur äußeren Bruchpforte verfolgen. Auf Druck äußert Pat. lebhafteste Schmerzen. Puls normal; Temperatur 37,2 : 38,5.

Diagnose: Netzbruch.

Operation: Amputation des Proc. vermiformis, Entfernung des Bruchsackes, Tamponade.

Pathologischer Befund: Am Ende des Bruchsackes findet sich ein entzündlich infiltrirtes Lipom. Die Eröffnung des Sackes ergibt einen 18 cm langen Proc. vermiformis, welcher an seinem Ende eine kleinhühnereigröße Geschwulst trägt. Die Eröffnung ergibt schwierige entzündliche Massen, in deren Centrum ein Eiterherd, kommunicirend mit einer an der Spitze des Processus befindlichen Perforation; am Eingang des letzteren — in der Abscesshöhle — liegt ein pfennigstückgroßes Stück Eierschale. Das zum Processus zuständige Mesenterium ist etwas ödematös. Der Processus hat keinerlei Einklemmungserscheinungen aufzuweisen.

Verlauf reaktionslos. 15. Juni 1901 geheilt entlassen. Befund am 20. September 1901 glatte Narbe; Bruchband.

Fleisch (Dissertation 1895), welcher über 5 Fälle von Perityphlitis im Bruchsack aus der Krönlein'schen Klinik berichtet, giebt folgendes klinisches Bild: »Schmerzen sind mehr auf den ganzen Bauch ausgedehnt, strahlen oft in die unteren Extremitäten aus. Die Zeichen der Entzündung treten früher ein. Im Beginn ist die Reposition zuweilen möglich. Ferner zeigt die Perityphlitis im Bruchsack Fieber und schnellere, schwerere Allgemeinerscheinungen, während Erbrechen und Stuhlverhaltung oft fehlen können.«

Weder die Anamnese noch der Status praesens haben in unserem Falle irgend welche Anhaltspunkte für die Präcision der Diagnose gegeben. Die gelinden so wie schweren Erscheinungen decken sich mit den Symptomen des eingeklemmten Bruches, welcher ja immer wieder Überraschungen im Befund zu bringen pflegt. Auch das von Fleisch geschilderte klinische Bild giebt keine typischen Anhaltspunkte, es weicht in keiner Weise von dem vielseitigen Bild des eingeklemmten Bruches ab.

Eigenthümlich für unseren Fall war der fast isolirte, wenigstens abtastbare Tumor, welcher neben dem Hoden etagenförmig angeordnet war. Nach kurzer Bettruhe war eine Anschwellung und ein Abklingen der Symptome eingetreten.

Dass die Fälle nicht immer so günstig verlaufen, beweisen die Mittheilungen von Fleisch. Es gingen von 5 Pat. 3 zu Grunde. Sobald einfache, glatte Verhältnisse vorliegen mit dem typischen Bild der Appendicitis im Bruchsack, wie in unserem Falle, so dürfte sich die Prognose nicht ungünstig gestalten.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Ringel (Hamburg) hat in letzter Zeit Gelegenheit gehabt, 2 Fälle von Perityphlitis im Bruchsack zu behandeln. Im 1. Falle handelt es sich um einen gangränösen Wurmfortsatz, der nebst Blind- und Dünndarm im Bruchsack lag. Er wurde amputirt. Im 2. Falle hatte sich durch Perforation des Wurmfortsatzes im Bruchsack eine im Bruchsack isolirte eitrige Peritonitis gebildet. Die Bruchpforte war weit offen. **Bertelsmann (Hamburg).**

J. Riedinger (Würzburg): Über willkürliche Verrenkung des Oberarms.

Von willkürlicher Verrenkung des Oberarms sind nur wenige Fälle bekannt geworden. Fuhr sammelte die ersten Mittheilungen aus der Litteratur im Jahre 1892. Später wurde die Kasuistik nur unerheblich erweitert. R. stellt einen 12 Jahre alten Jungen vor, der es allmählich so weit brachte, den linken Oberarm nach hinten und unten willkürlich zu verrenken. Außerdem war er in der Lage, das sternale Ende der linken Clavicula nach vorn zu verrenken. Ein größeres Trauma oder eine Krankheit waren nicht vorausgegangen. Auch die Einrenkung erfolgte willkürlich. Im Anschluss an die Vorstellung des Pat. und die Demonstration eines Röntgenbildes erörtert R. den Mechanismus der Verrenkung und das Moment der kongenitalen Disposition, welches in der mangelhaften Ausbildung der Hemmungsvorrichtungen sowohl der knöchernen Konstituentien als der Kapsel und der Bänder des Gelenkes gegeben ist. Der Mechanismus scheint bei der ebenfalls sehr seltenen angeborenen Schulterverrenkung ein ähnlicher zu sein, wenn wir die Muskelwirkung ausschalten.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Alsberg (Kassel) sah im vorigen Jahre zufällig einen Knaben etwa gleichen Alters, der dieselbe willkürliche Subluxation an beiden Schultergelenken zeigte. Die Affektion war bei dem im Übrigen völlig normalen Pat. chronisch seit dem 5. Lebensjahre ohne äußere Veranlassung aufgetreten. Sie beeinträchtigte die Leistungsfähigkeit der Arme in keiner Weise und gab in Folge dessen keine Veranlassung zu therapeutischem Eingreifen.

Bertelsmann (Hamburg).

Graff (Bonn): Über die Spontanluxationen im Hüftgelenk nach akuten Infektionskrankheiten und ihre Behandlung.

Der Mechanismus der Spontanluxationen ist bisher ziemlich unbekannt. Petit nahm einen akuten Hydarthros des Gelenkes an, der durch Erweiterung der Gelenkkapsel und Bänder den Gelenkkopf aus der Pfanne heraus hob, Verneuil und Reclus glaubten, dass Muskelsug dabei noch eine gewisse Rolle spiele, und Hüter erklärte es durch eine Erweiterung der Pfanne durch einen eitrigen Erguss nach Art der Pfannenwanderung. An der Hand mehrerer Röntgenbilder von Spontanluxationen nach Typhus, puerperaler Sepsis und akuter Osteomyelitis weist G. nach, dass in allen Fällen das obere Pfannendach abgeflacht, zum Theil ganz verschwunden, dagegen von destruktiven Processen weder am Gelenkkopf noch an der Pfanne etwas zu sehen ist. G. glaubt daher auf Grund dieser Röntgenbilder und der anatomischen Befunde bei den blutig reponirten Hüftgelenk luxationen, dass der Erguss im Gelenk kein rein seröser, auch kein eitrig ist, sondern ein Mittelding zwischen beiden, ein serofibrinöser, dass es durch diesen außer der Kapselerweiterung zu einer entzündlichen Erweichung des oberen Pfannenrandes kommt, und durch Druck des Gelenkkopfes des in Flexion und Adduktion stehenden Oberschenkels auf den oberen hinteren Pfannenrand zu einem Drukschwund, zur Abflachung, so dass der Gelenkkopf oben keinen Halt mehr hat und langsam nach oben und hinten abgleitet. Die Behandlung besteht zunächst in unblutiger

Reposition, die in frischen Fällen meist leicht ist, aber auch häufig Neigung zur Reluxation hat in Folge des mangelnden, stützenden oberen Pfannendachs. In diesen Fällen, eben so wie in den veralteten bleibt als Idealoperation die blutige Reposition zurück, deren Resultate noch sehr verbesserungsfähig sind.

(Selbstbericht.)

Bardenheuer (Köln): Operative Behandlung der Ischias traumatica.

Durch die Operation der Resektion der tuberkulösen Synchondrosis sacroiliaca hat B. festgestellt, dass fungöse Granulationen oft im sacralen Theil des Gelenkes in die Foram. sacral. ant. hineinwuchern und als Ursache für die oft lange Zeit allen anderen Symptomen vorausgehende Ischias bestehen. Durch die Operation oder Resektion des ganzen Gelenkes ward stets die Ischias geheilt.

Letzteres legte B. den Gedanken nahe, dass vielleicht auch für manche andere Ischiasformen die örtliche anatomische Beschaffenheit der sacralen Nervenwurzeln eine besondere Empfänglichkeit für die Entgegennahme der schädlichen Noxen abgäbe; es gilt dies ganz besonders für die traumatischen Reize. In 5 Fällen von hartnäckiger Ischias, welche B. in den 3 letzten Jahren operirt hat, lag 4mal eine traumatische, 1mal eine Ischias ohne nachweisbare Ursache vor. Die Operation, welche in den 3 letzten Fällen sich auf die partielle Resektion des unteren Abschnittes der Synchondrosis beschränkte, in den 2 ersten Fällen allerdings in einer totalen Resektion bestand, heilte bei den 4 traumatischen Ischiasfällen stets die Kranken; alle anderen Behandlungsmethoden waren vergeblich versucht worden; die Nervendehnung wurde allerdings nicht versucht. Die Operation soll sich in Zukunft auf die Bloßlegung der ersten sacralen Wurzel und auf Entfernung des sacralen Kanales beschränken, weil hier die pathologischen Veränderungen: Verdickung des Periostes, Hyperämie der Nervenscheide, Verdickung des Nerven selbst etc. sich zeigten im Gegensatz zum 5., nicht traumatischen Falle, wo der Nerv glänzend weiß und eher atrophisch war; es bestand allerdings hier die Ischias 1½ Jahre lang.

B. glaubt sich durch diesen anatomischen Befund zu der Annahme berechtigt, dass es sich um eine traumatische Ischias handelte. In 3 Fällen war ein akutes Trauma der Entwicklung der Ischias vorausgegangen, und gleichzeitig folgten traumatische Reize, welche durch die Beschäftigung gegeben waren; in einem Falle war der traumatische Reiz stetig, indess allein durch die Beschäftigung herbeigeführt.

An der Hand der mitgetheilten Fälle legte B. die traumatischen Ursachen klar. Die Empfänglichkeit des betreffenden Nervenabschnittes ist gegeben durch die innige Verbindung des Nerven mit dem Knochen seitens des Periostes, durch die Verwachsung der Dura mit der zur Nervenscheide verdichteten Pia mater. Bei Frakturen, bei Luxationen kann ein Druck seitens der Fragmente, seitens des Callus etc. auf den Nerven ausgeübt werden. Bei einer starken Erschütterung: Fall auf die Füße, aufs Gesäß etc., wird die Erschütterung direkt dem Nerven übermittelt; dasselbe gilt von den häufig wiederkehrenden Erschütterungen, z. B. durch Klopfen mit dem Hammer auf das zu bearbeitende Leder, welches dem Oberschenkel aufruht etc. Durch eine starke, das physiologische Maß überschreitende Streckung, Flexion, Rotation des Beines nach innen etc. wird eine Dehnung des Nerven und eine Zerrung desselben an der fixirten Stelle und ein traumatischer Reiz auf den Nerven im sacralen Kanale ausgeübt, welcher sich besonders geltend macht in den Fällen, wo ein akutes Trauma vorausgegangen ist, wenn die Verletzten sich nicht schonen können. Die stetig wiederkehrenden traumatischen Reize rufen eine Perineuritis hervor, die bei Schonung, Ruhe jedenfalls rascher verschwinden würde, die aber hier durch die stetige Wiederkehr des Reizes und durch die sekundäre Schwellung des Nerven zumal bei der relativen Enge des Kanales fixirt wird.

Die stetige Heilung durch die Operation dürfte daher wohl für sehr hartnäckige Fälle die Berechtigung derselben beweisen, zumal wenn nur die oberste sacrale Wurzel freigelegt und ihres knöchernen Kanals durch die Operation be-

raubt wird, da wir heute wissen, dass nur die oberste Wurzel die befallene ist. Diese Operation ist nicht größer und nicht gefährlicher als die jedenfalls auch noch berechnete blutige Dehnung des Nerven; sie hat indess den Vortheil, uns Klarheit über den pathologischen Befund gegeben zu haben und greift das Leiden an der örtlich afficirten, erkrankten Stelle entsprechend der von uns angenommenen Ursache, durch Entfernung derselben, an. (Selbstbericht.)

Diskussion. König (Berlin) hebt die Erfolge der Nervendehnung bei Ischias, die aller anderen Behandlung trotz, hervor. Die Operation sei ungefährlicher als die von Bardenheuer vorgeschlagene.

Schede (Bonn) stimmt dem bei unter Hinweis auf seine im Pentzoldi Stintzing'schen Handbuch von ihm selbst veröffentlichte Statistik.

Bardenheuer hat die Nervendehnung nicht erwähnt, um sich kurz zu fassen. Er selbst habe diese häufig mit Erfolg ausgeführt; wo sie aber misslänge, solle man den Knochenkanal der obersten Sacralwurzel resequiren. Bei seinen 5 Fällen sei die Operation stets gelungen. Die Resektion der übrigen knöchernen Nervenkanäle werde zumeist nicht nöthig sein. Bertelsmann (Hamburg).

M. Reiner (Wien): Über die unblutige Behandlung des Genu valgum mittels Epiphyseolyse.

Das Décollement épiphysaire ist im Jahre 1874 von Délore in die Therapie des Genu valgum eingeführt worden, hat aber seine Anhänger zum größten Theil verloren, weil einerseits das Verfahren nicht die Mittel bot, die Epiphyse sicher und richtig abzulösen, und man andererseits, selbst wenn die Epiphyse auch abgetrennt wurde, darüber im Unklaren blieb, was nebenbei Alles »gebrochen und zerrissen« werden konnte. Die Methode verdiente eben ihren Namen nicht, und da die Schwierigkeiten überdies durch eine äußerst mangelhafte Indikationsstellung noch vermehrt wurden, gerieth das Verfahren gänzlich in Misskredit.

Nichtsdestoweniger erscheint der Gedanke, die Epiphysenlösung zur Korrektur des Genu valgum in Anwendung zu bringen, äußerst verlockend, weil mit der Korrektur an dieser Stelle gleichzeitig die Korrektur am Scheitelpunkte des Deformitätswinkels (central) ausgeführt werden könnte. Nur müsste ein Verfahren ausgebildet werden, welches die Möglichkeit gewähren würde, die Epiphyse mit Bestimmtheit zu trennen, und zugleich die Sicherheit böte, dass nicht gleichzeitig Nebenverletzungen erzeugt würden. Durch den Versuch an der Leiche und die Operation am Lebenden ist Redner zur Überzeugung gekommen, dass dieser Bedingung entsprochen werden kann. Es gelingt in der That unter bestimmten Voraussetzungen, die Lösung der Epiphyse isolirt, ohne schädliche Nebenverletzung hervorzubringen.

Das Verfahren eignet sich besonders für das Genu valgum adolescentium. Die Grenze nach oben dürfte in der Regel durch das vollendete 17.—18. Lebensjahr gezogen sein. Vor der Operation muss man sich durch das Röntgenbild über die Beschaffenheit der Fuge Aufschluss verschaffen. Für das rachitische Genu valgum der Kinder ist die Methode in der Regel weniger geeignet. Für diese Fälle, bis etwa zum 7.—8. Lebensjahre hinauf, bedient man sich mit größerem Vortheile des Osteoklastes (Knochentrennung am unteren Femurende oder intra-artikuläres Redressement).

Der zum Zweck der Ausführung einer isolirten Epiphysenlösung gebaute Apparat gestattet die exakte Fixirung des Oberschenkels, wobei die distale Epiphysenfuge des Femur auf eine keilartig gestaltete, konkav gebogene Kante unverrückbar zu liegen kommt. Die im Sinne des Redressements wirkende Kraft wird durch den als Hebelarm dienenden Unterschenkel übertragen. Die Operation muss in tiefer Narkose, bei vollständig erschlaffter Muskulatur ausgeführt werden.

Innerhalb der angegebenen Altersgrenzen ist die operative, unblutige Epiphyseolyse ein vortreffliches Verfahren, welches, leicht und einfach ausführbar, ohne größeres Operationstrauma in kürzester Zeit zum Ziele führt und die Deformität möglichst central angreift. Die Heilung erfolgt rasch, weil, Dank der

schalenförmigen Formation der Fuge, kaum ein Klaffen der Trennungsfächen entsteht. Da die erzeugte Korrekturstellung in der Regel primär stabil ist, sind zur Erhaltung derselben im Verbande äußere Einwirkungen, welche Spannungen erzeugen und Elasticitäten wachrufen würden, nicht erforderlich.

Da die künstlich geschaffene Trennungsfäche vornehmlich innerhalb von Knorpelgewebe verläuft, ist die subkutane Blutung nach der Operation jedenfalls geringer als nach der Osteoklasie, und die Gefahr der Fettembolie auf ein Minimum reducirt. Unter Beobachtung der vorgeschriebenen Kautelen sind die intra-artikulären Weichtheile vor Verletzungen geschützt, und desshalb kommt auch der N. peroneus nicht in Gefahr. Da an der Epiphysenfuge weder ein Substanzverlust noch eine Dislokation eintritt, ist auch die Befürchtung einer Wachstumsverkürzung ausgeschlossen. Da endlich überdies keine langwierige Nachbehandlung nothwendig ist, und die Pat. in kürzester Zeit (nach wenigen Tagen) wieder gehfähig werden, so kann R. das Studium der Methode aufs wärmste empfehlen. (Selbstbericht.)

Diskussion. Trendelenburg erkundigt sich, ob Vorredner beweisende Röntgenphotographien mitgebracht habe dafür, dass die Trennung auch wirklich in der Epiphysenlinie stattgefunden habe. Falls dies der Fall sei, glaubt er, müsse man eine Wachstumsverkürzung befürchten.

Reiner erwidert auf die Frage des Vorsitzenden, dass die Gefahr einer Wachstumsverkürzung ausgeschlossen ist. Eine große Reihe von Untersuchern (Salmon, Guéretin, Gurlt, Vogt u. A.) haben übereinstimmend und übereinstimmend nachgewiesen, dass eine Verkürzung niemals durch bloße Verletzung, sondern nur durch große Dislokation oder Entzündung im Anschluss an die Verletzung stattfindet. Da wir es im gegebenen Falle (bei der operativen subkutanen Epiphysenlyse im Gegensatz zur traumatischen, die vorzüglich von den Autoren studirt wurde), niemals mit Dislokation oder Entzündung zu thun haben ist die Befürchtung einer Verkürzung unbegründet.

Redner wird demnächst mit der ausführlichen Beschreibung der Methode eine größere Anzahl von Röntgenbildern publiciren.

Wolff (Berlin): Wenn es wirklich, wie Reiner meint, bei der Behandlung des Genu valgum wesentlich darauf ankäme, eine Epiphysenlösung zu erzeugen, so müsste von vorn herein auf den Versuch der unblutigen Heilung des Genu valgum bei ausgewachsenen Individuen, bei welchen die Epiphysenlinien verknochert sind, Verzicht geleistet werden.

Nun kann aber, wie W. geseigt und durch Abbildungen erläutert hat, das Genu valgum an Individuen in den 40er Jahren und darüber hinaus durch den Etappenverband und durch die bloße unblutige Herstellung der richtigen statischen Verhältnisse der gesamten Extremität zur vollkommenen Heilung gebracht werden.

Die Epiphysenlösung, welche Reiner anstrebt, ist, wenn sie wirklich eintritt, ein sehr unliebsames und namentlich bezüglich der späteren Wachstumsverhältnisse sehr störendes Ereignis, und unsere Bemühungen müssen vielmehr dahin gerichtet sein, dies Ereignis zu verhüten, nicht aber dahin, es herbeizuführen.

Reiner entgegnet, dass 5—6 Wochen nach der Vornahme der subkutanen, unblutigen Epiphysenlyse die Heilung der Verletzung und demnach des Genu valgum vollendet sei, während die Methode mittels des Etappenverbandes eine selbst mehrjährige Nachbehandlung erfordere, und dass die Epiphysenlyse demnach einen ganz wesentlichen Vortheil für den Pat. bedeute.

Bertelsmann (Hamburg).

Vulpinus (Heidelberg): Zur Behandlung der Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenks.

Die häufigste Ursache der Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenks ist die tuberkulöse Entzündung. Nur mit den Folgen der Letzteren beschäftigen sich die folgenden Erörterungen. Es kann bestehen entweder eine reine Kontraktur,

welche weitere Beugung gestattet, die völlige Streckung verhindert, oder eine fibröse resp. eine gemischte fibrös-ossäre Ankylose.

Aufgabe der Therapie ist eine völlige, dauernde und gefahrlose Beseitigung der Deformität.

Die Lösung der Aufgabe mittels des modellirenden Redressements wurde von Lorenz empfohlen, welcher als Princip die absolute Schonung des Skeletts auf Kosten der Weichtheile aufstellte, aber auf Widerspruch auf chirurgischer Seite stieß.

Die Streckung mittels des Lorenz'schen Verfahrens ist wohl möglich, aber sie birgt die Gefahr der Überdehnung resp. Zerreiβung von Gefäβen und Nerven, der Aufreißung abgekapselter tuberkulöser Herde, der FetteMBOLIE, der Verschiebung der Tibia. Ein bewegliches Gelenk wird nur in den seltensten Fällen erzielt, es bleibt eine erhebliche Neigung zum Recidiv.

Einzelne dieser Nachtheile des unblutigen Redressements wurden durch die instrumentelle Technik von Lorenz vermindert, andere vermieden durch die langsame Streckung im portativen Apparat. Doch ist letztere Behandlung in schweren Fällen nicht aussichtsreich und bei der großen Zahl poliklinischer Fälle undurchführbar.

Von den blutigen Methoden ist die Flexorentenotomie die naheliegendste. Sie wird am besten offen ausgeführt; plastische Sehnenverlängerung ist nicht nöthig.

Die neuerdings empfohlene Sehnenüberpflanzung ist noch nicht genügend erprobt, um ihren Werth beurtheilen zu können.

Der Osteoklasse ist die lineäre Osteotomie vorzuziehen, weil die Quetschung der Weichtheile eine geringere ist. Beide ersetzen die ursprüngliche Deformität durch eine neue, die winklige Abknickung an der Bruchstelle.

Die keilförmige Osteotomie schützt Gefäβ und Nerv nicht so sicher gegen die Überdehnung wie die typische resp. die Helferich'sche bogenförmige Resektion. Freilich muss dieselbe möglichst sparsam ausgeführt werden, um die Verkürzung auf ein Mindestmaβ zu beschränken. Die Eliminirung des Gelenkes hat wenig zu bedeuten, da auf eine funktionelle Restitution desselben in hochgradigen Fällen doch nicht zu rechnen ist.

Die großen Vorzüge der Resektion sind: Erzielung einer vollkommenen Streckung ohne Gefährdung von Gefäβ und Nerv, Erzeugung einer ossären Ankylose, welche eine gute Garantie gegen das Recidiv darstellt, Beseitigung abgeschlossener tuberkulöser Herde, welche stets eine verborgene Gefahr für den Träger darstellen.

Auf Grund der kritischen Vergleichung der Methoden und auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und Erfahrungen erscheint dem Vortr. folgende Auswahl unter den Verfahren je nach der Sachlage die empfehlenswerthe:

1) Bei reiner Kontraktur geringen Grades, jungen Datums, ohne Gelenkveränderung Tenotomie der Flexoren und Redressement oder, falls ein Eingriff verweigert wird, Apparatbehandlung.

2) Bei reiner, geringer Kontraktur alten Datums suprakondyläre Osteotomie.

3) Bei Kontraktur über 135° und bei jeder Ankylose sparsame Resektion.

(Selbstbericht.)

Diskussion. Lorenz (Wien) erwidert, dass es verschiedene Wege gebe, dasselbe Ziel zu erreichen; er sei kein absoluter Gegner des blutigen Verfahrens, aber die ungünstigen äußeren Verhältnisse, unter welchen er im Allgem. Krankenhaus in Wien arbeite, nöthigen ihn zur Wahl der unblutigen Methoden. Wären diese wirklich so gefährlich, als Herr Vulpinus schildert, so wäre L. der unglücklichste Mann. Nun aber übe er sein Verfahren seit vielen Jahren, ohne irgend einen Unfall. Recidive seien bei jedem Verfahren möglich, aber die Recidive nach dem blutigen Verfahren seien für den Kranken verhängnisvoll. Es liegt keine Gefahr in der Weichtheiladehnung, selbst wenn die Streckung in derselben Sitzung bis zur Überkorrektur getrieben wird. Eine Gefahr liegt nur in der sofortigen Fixirung des erreichten Resultates, weil die Nerven wohl eine kurze,

nicht aber eine dauerhafte Überdehnung vertragen. Es sei deshalb eine Art sekundäres Redressement zu empfehlen, in dem zuerst eine mäßige und erst später die volle Korrektur fixirt wird. Auf diese Weise werde die Peroneusparalyse sicher vermieden. Nur die flächenhafte knöcherne Ankylose erfordere unbedingt den blutigen Eingriff.

Bertelsmann (Hamburg).

Albers-Schönberg: Über die Verwendung des elektrolytischen Unterbrechers im Röntgeninstrumentarium.

Die Hoffnungen, welche man auf die Verwendung des elektrolytischen Unterbrechers gesetzt hatte, haben in der ersten Zeit nach seiner Einführung zu einer Enttäuschung geführt. Man war nicht im Stande, die inneren Energiemengen, welche er zur Verfügung stellte, zu reguliren und verdarb i. F. d. die Röhren in kürzester Frist. Die große Einfachheit und die Leistungsfähigkeit dieses Unterbrechers waren indessen so in die Augen springend, dass man unermüdet an der Verbesserung und Nutzbarmachung des Wehnelt für die allgemeine Röntgenpraxis gearbeitet hat. Man hat diese Aufgabe von verschiedenen Gesichtspunkten aus in Angriff genommen. Zunächst nahm man die durch den Wehnelt erzeugten Induktionsfunken, deren Länge man wohl reguliren, deren Qualität man dagegen nur sehr unvollkommen beeinflussen konnte, als etwas Gegebenes und konstruirte Röhren mit verstärkter Antikathode und Wasserkühlröhren. Da indessen der hohe Preis und die relativ schnelle Abnutzung der allgemeinen Einführung dieser Röhren entgegenstanden, änderte man nach zahlreichen Versuchen die primären Rollen und Vorschaltwiderstände und kam so allmählich zu den Instrumentarien, welche mit variabler Selbstinduktion ausgerüstet sind und bei herabgesetzter Spannung arbeiten.

Die Vorzüge, welche derartig verbesserte Apparate bieten, beruhen im Wesentlichen in folgenden Punkten:

Der Unterbrecher kann in einem abgelegenen Raum aufgestellt werden, in Folge dessen man im Untersuchungszimmer völlig geräuschlos arbeitet. Der Unterbrecher bedarf keiner Reinigung und keiner Reparatur. Er kann jahrelang arbeiten ohne irgend welchen nennenswerthen Schaden zu nehmen. Die Regulirbarkeit des ganzen Instrumentariums ist eine so exakte, dass man ohne Weiteres mit demselben Apparat die größten und härtesten, so wie die kleinsten und weichsten Röhren betreiben kann, denselben also sowohl zu diagnostischen Untersuchungen als auch zu therapeutischen Zwecken benutzen kann. Jede Röhre kann ihrem Vacuum entsprechend individualisirend belastet werden. Eine Abkürzung der Expositionszeit ermöglicht das Instrumentarium nicht. Die Expositionszeit ist vorwiegend eine Röhrenfrage. Die großen Induktoren arbeiten mit dieser neuen Schaltung, welche nach ihrem Erfinder den Namen Wallerschaltung trägt, besser als die kleinen. Votr. empfiehlt im Allgemeinen lieber große als kleine Induktoren zu benutzen, da erstere nach seinen Versuchen wesentlich leistungsfähiger sind.

(Selbstbericht.)

R. Kienböck (Wien) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, den Verlauf der Knochenresorption radiographisch zu studiren, was von diagnostischer Bedeutung für die Erweichung des Knochens bei eitriger Entzündung, Tuberkulose, Syphilis, Sarkom, Carcinom und »akuter Atrophie« des Knochens ist (Sudeck's akute entzündliche Atrophie, früher genannt Inaktivitätsatrophie), welche häufig bei Arthritiden, Phlegmonen und Frakturen eintritt. Das Symptom besteht in einer verschwommenen Aufhellung der Schattenzeichnung des Knochens auf der Röntgenplatte und wäre durch Porose oder Halisterese der Knochenbälkchen zu erklären.

(Selbstbericht.)

Diskussion. **Sudeck (Hamburg):** Die akute Knochenatrophie tritt, wie Redner vor 2 Jahren beschrieben hat, außer bei entzündlichen Veränderungen der Gelenke und Knochen auch oft im Gefolge von Frakturen auf. Dies ist klinisch von Wichtigkeit, weil bei ausgesprochener Knochenatrophie stets erhebliche Funktionsstörungen vorliegen.

Bertelsmann (Hamburg).

Silber (Breslau) zeigt ein beleuchtetes Stereoskop, an welchem eine Lichtquelle angebracht ist, in Gestalt einer gewöhnlichen Kerze. Man wird hierdurch von der sonstigen Beleuchtung unabhängig, was namentlich bei Demonstrationen werthvoll ist.

Bertelsmann (Hamburg).

K. Schuchardt (Stettin): Über Operationstische im Allgemeinen nebst Demonstration eines neuen Tisches.

S. ist von der Verwendung von »Universaltischen« abgekommen, weil für die überwiegende Mehrzahl der chirurgischen Operationen nur eine ganz einfache horizontale Lagerung nothwendig ist und complicirte Vorrichtungen hierbei nur im Wege sind. »Specialoperationstische« werden nur für den besonderen Fall in Gebrauch gezogen. Die einfache Beckenhochlagerung bei gerade gestellten Hüftgelenken, namentlich zur gynäkologischen Laparotomie, erreicht S. in einfachster Weise durch einen Veit-Schröder'schen Untersuchungsstuhl, bei dem die Sitzplatte sich um einen gemeinsamen Drehpunkt in die Höhe, die Rückenplatte nach abwärts bewegen lässt. Die Pat. wird in den Beinhaltern an den gebeugten Beinen befestigt, und ihr Oberkörper und Kopf hängt, lediglich durch eine glatte, um 45° geneigte Fläche unterstützt, frei nach abwärts.

Die complicirten Tische von Lennander und Doyen haben den Fehler, dass sie nur für eine einzige mittlere Körpergröße passen. S. hat deshalb nach dem Princip des Trendelenburg'schen Stuhles einen Tisch konstruirt, der eine für sämtliche Körpergrößen Erwachsener ausreichende Verschiebung innerhalb der Unterstüßungsfläche ermöglicht. Er demonstrirt die Vortheile des Tisches insbesondere für die verschiedenen Modifikationen der Beckenhochlagerung, für sacrale Eingriffe und für Hals- und Kopfoperationen.

Eine genauere Beschreibung und Abbildung des Tisches wird in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie erfolgen. Die Ausführung habe Herr Instrumentenmacher Albert Stille in Stockholm übernommen. (Selbstbericht.)

Fuhr (Niederzwehren): Automatische Wundhaken und Klemmen, als Ersatz von Assistenz bei Operationen.

Durch den Zug von in ihrer Schwere regulirbaren Gewichten, welche mittels Ketten in eigens dafür konstruirte Wandhakenansätze, Klemmen und Schieber eingehängt werden und die Wundränder und tieferen Theile einer Operationswunde aus einander ziehen, kann bei einfacheren Operationen jede Assistenz an der Wunde, bei vielen größeren chirurgischen und gynäkologischen Operationen ein Theil der Assistenz erspart werden. Der Zug kann nicht nur senkrecht zur Längsachse des Operationstisches und des zu Operirenden ausgeübt werden, indem die Gewichte zu beiden Seiten des Operationstisches herunterhängen, sondern in jeder anderen gewünschten Richtung. Man braucht nämlich nur in der Richtung, in welcher der Zug wirken soll, eine Klemme an der Haut, einem Operationstuch etc. zu befestigen und durch ihre Öse die Kette zu leiten. Das Gewicht lässt man dann seitlich am Tisch herunterhängen, und der Zug erfolgt in der durch die Klemme bedingten Richtung. Das Instrumentarium, welches durch Kochen sterilisirt werden kann, ist hauptsächlich bestimmt für die praktischen Ärzte auf dem Land, für Schiffs- und Kolonialärzte. Mit Vortheil zu verwenden ist es aber bei fast allen Operationen, zumal auch im Krieg. (Selbstbericht.)

Lindemann (Berlin) demonstrirt seine elektrisch erwärmten Kompressen, welche aus Widerstandsdrähten bestehen, die mit Asbest umgeben sind und zur Erwärmung an eine elektrische Leitung, bezw. Glühlampe nach Abschrauben der Glasbirne angeschlossen werden.

Die Vorsüge der Elektrothermkompressen gewöhnlichen heißen Umschlägen gegenüber bestehen in der absolut sauberen, einfachen Handhabung und Anwendungsweise, der weichen, biegsamen Beschaffenheit derselben, besonders aber der Möglichkeit, mit ihr die Wärme beliebig lange Zeit konstant halten, reguliren und dem Körper allmählich ansteigend zuführen zu können. Der Stromverbrauch beträgt nur 1 $\frac{1}{2}$ pro Stunde.

Die Kompressen sind, seitdem sie von L. zuerst im Hamburger Arstverein vor einigen Jahren demonstriert wurden, vielfach in Krankenhäusern, speciell im Eppendorfer Krankenhaus zu Hamburg benutzt, und hat L. sie therapeutisch mit Erfolg verwandt gegen Neuralgien, speciell Gastralgien, metritische Gelenkaffektionen — hier neben der lokalen Heißluftbehandlung in L.'s Elektrothermapparaten.

Für Gelenkaffektionen wird eine halbkuglig gewölbte Form der Kompressen angewandt, sonst die gewöhnliche, flache, viereckige, welche L. zum Schluss in Form einer großen Elektrothermschwitzbettunterlage demonstriert, die, in ihrer Wärme regulierbar, sich besonders auch eignen dürfte als Unterlage auf dem Operationstisch, um den Kranken während der Operation die nöthige Wärme zuzuführen, so wie nach der Operation im Bett zur Vermeidung des Choks. Natürlich muss dies Schwitzbett — wie überhaupt die Kompressen — während des Gebrauchs mit einem wasserdichten Stoff bedeckt werden, wozu sich ein wärmebeständiger Gummistoff »Durit« am besten eignet.

Die Elektrothermapparate werden gefertigt von der Deutschen Thermophor-Gesellschaft in Berlin. (Selbstbericht.)

Broesicke (Berlin) hat 2 Modellserien hergestellt, von denen die eine sämtliche Gelenke und Bänder, die andere sämtliche Schleimscheiden und wichtigere Schleimbeutel des menschlichen Körpers veranschaulicht.

Demonstration. Bertelsmann (Hamburg.)

9) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins¹.

Sitzung am 8. Juli 1901 im Krankenhause Moabit.

Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

1) Herr Sonnenburg: Zum Andenken an Carl Langenbuch.

Die freie Vereinigung hat in Carl Langenbuch einen ihrer Vorsitzenden und Schriftführer verloren. Noch vor wenigen Monaten präsidirte er der Sitzung und machte Mittheilungen über die Behandlung diffuser Peritonitiden. Und nun musste er selber dieser tückischen Krankheit erliegen, die sich im Anschluss an eine Perityphlitis entwickelt hatte. S. schilderte Langenbuch's Verdienste um die Wissenschaft, pries seine glückliche Vielseitigkeit, die ihn über das gewöhnliche Niveau emporhob. Dem Lazarus-Krankenhause stand er dreißig Jahre vor. Langenbuch gehörte zu den Chirurgen, die Ideen hatten. Tief bedauern und beklagen Alle den Tod des lieben Freundes und Kollegen.

2) Herr H. Oppenheim a. G. und Herr Sonnenburg: Ein Fall von Rückenmarkstumor.

O. berichtet über einen Fall von Rückenmarkstumor, in welchem er die Diagnose so genau zu stellen im Stande war, dass die Geschwulst (von Haselnussgröße) von Herrn S. genau an der angegebenen Stelle operirt werden konnte. Nach Eintreten einer wesentlichen Besserung allerdings erfolgte am 12. Tage der Exitus an Meningitis.

Herr Sonnenburg dankt Herrn O. für die Liebenswürdigkeit, in so exakter Weise Ätiologie und Diagnose des Falles besprochen zu haben.

Den ungünstigen Ausgang glaubt S. dem Umstand zuschreiben zu müssen, dass er die temporäre Resektion (nach Urban) der im vorliegenden Falle sehr tief in den Weichtheilen liegenden 5., 6. und 7. Wirbel vornahm. Die Operation gehört zu den technisch schwierigsten; die temporär resecurten Knochenstücke waren aber für die Heilung ungemein hinderlich. Sie legten sich nicht an, wirkten wie Fremdkörper.

Ungünstig wurde ferner der Verlauf beeinflusst durch die nach derartigen Operationen eintretende kolossale Sekretion von Liquor cerebrospinalis und die Schwierigkeit richtigen Anlegens von Verbänden bei dem total gelähmten Pat.

¹ Manuskript verspätet eingegangen. Red.

S. glaubt, vielleicht sei es besser, von einer temporären Resektion abzusehen und dann den ersten Verband so lange als möglich liegen zu lassen, den nachfließenden Liquor cerebrospinalis aber durch weiter aufgelegte Verbandstoffe aufzufangen.

Diskussion: Herr Israel glaubt auch, dass er die glückliche Heilung eines Pat. der Vermeidung der temporären Resektion zu verdanken habe — bei einer totalen Lähmung beider Beine, von Blase und Mastdarm, nach Fraktur der Rückenwirbel. Trotz Auftretens meningitischer Erscheinungen trat Genesung ein.

Er hält es für rationell, sobald Fieber auftritt, von dem sonst durchaus richtigen Princip des Dauerverbandes abzugehen.

3) Herr Sonnenburg: Appendicitis und Trauma vom gerichtsarztlichen Standpunkt.

S. leugnet die Möglichkeit einer traumatischen Appendicitis, wenn nicht bereits vorher, ehe das Trauma einwirkte, Erkrankungen an der Appendix vorlagen und begründet seine Ansicht ausführlich.

(Der Vortrag ist in der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1901 No. 38 abgedruckt.)

Diskussion: Herr v. Bergmann ist derselben Ansicht und hält eine traumatische Appendicitis für ausgeschlossen, wenn der Wurmfortsatz vor Eintreten des Traumas nicht schon erkrankt war.

Herr Schuchhardt fand bei Gelegenheit einer frischen Verletzung des Bauches, die eine Laparotomie erheischte, den Wurmfortsatz nach vorn gelagert, sein Mesenteriolium stark blutig durchtränkt. Es scheint, dass der Wurmfortsatz deswegen dem Trauma mehr ausgesetzt war, als ein gesunder. Eine Perforation war aber nicht eingetreten. Die rechte Niere des Kindes war zerrissen, Blase und der übrige Darm, außer dem Proc. vermiformis, aber ohne Zeichen von Verletzung. Das Kind überlebte den Eingriff nur 12 Stunden. —

4) Herr Canon: Zur Ätiologie und Terminologie der septischen Krankheiten mit Berücksichtigung der Werthe bakteriologischer Blutbefunde für die chirurgische Praxis.

C. konnte, wie er in dieser Vereinigung in den Jahren 1893 und 1895 vortragen, in einem Drittel der Fälle von septischen Erkrankungen (unter 60 Pat.) pyogene Bakterien im (lebenden) Blute und auch Leichenblute, aus der Armvene entnommen, einwandfrei nachweisen.

Im Herzblut und dem der inneren Organe kann leicht eine postmortale Einwanderung von Bakterien geschehen sein.

Die Blutuntersuchung hat in so fern praktischen Werth, als sie bei der Differentialdiagnose z. B. von Typhus, Sepsis, Endokarditis u. A. m. wichtige Aufschlüsse geben, andererseits auch für die Frage, ob in einem bestimmten Falle noch operirt werden darf, den Ausschlag geben soll; so bei Cholelithiasis, Amputationen u. A. m. Nöthig ist es, nicht zu kleine Mengen Blutes zu Kulturversuchen zu entnehmen, also mindestens 5 ccm, ferner durch große Reihen von Untersuchungen entscheiden zu lernen, welche Anzahl von auf den Nährböden aufgewachsenen Kolonien eine noch günstige, und welche eine absolut ungünstige Prognose für die einzelnen Fälle ergeben. Unbedingt nothwendig ist ferner die Blutuntersuchung in Fällen, wo eine Untersuchung lokaler Krankheitsherde nicht möglich ist und irgend ein Heilserum angewandt werden soll. Die besonders in England beliebte kritiklose Anwendung derartiger Antistreptokokken- und Antistaphylokokkenserä ist entschieden zu verwerfen. — Übrigens sollte die Feststellung von Eitererregern in einem lokalen Herd die Blutuntersuchung nicht ausschließen.

Unsere Kenntnis über die Toxine pyogener Bakterien ist noch eine sehr beschränkte — es ist nicht angängig, die Resultate der Injektion lebender Kulturen und der Toxine in eine Parallele zu stellen. Neuere Untersuchungen besonders über Milsbrand haben ergeben, dass pathogene Bakterien durchaus nicht immer Toxine hervorbringen, und dass der Tod bei Infektionskrankheiten eintreten kann,

auch wenn nur verhältnismäßig wenig Bakterien im Blut und in den inneren Organen des Körpers sich nachweisen lassen, also eine giftige Wirkung derselben ausgeschlossen erscheint; ferner dass die Giftwirkung nicht das Einzige ist, wodurch die pathogenen Bakterien den Körper krank machen und vernichten können.

Deshwegen ist eine Terminologie oder Scheidung der septischen Erkrankungen in eine Bakteriämie und Toxinämie, wie sie Kocher und Tavel vorschlagen, zur Zeit noch nicht durchführbar.

Zweckmäßiger sind die Bezeichnungen: Staphyloomykose und Streptomykose oder event. Staphylose und Streptose (nach Petruschky.)

Das Wort Sepsis schlägt Votr. vor beizubehalten, das Wort Pyämie als Unterabtheilung für alle die Fälle zu gebrauchen, in denen klinisch wahrnehmbare Metastasen vorhanden sind — also Streptokokkensepsis — Streptokokkenpyämie.

5) Herr Sonnenburg: Resektion des Coecum und eines Theiles des Ileum nach Appendicitis.

Die Pat. war S. zugeschickt worden wegen eines »chronischen Tumors« im Leibe ohne bestimmte Anfälle von Perityphlitis. Nach Ansicht S.'s handelte es sich um eine alte Form von Perityphlitis, und musste der Tumor hauptsächlich aus Schwarten bestehen, was sich auch bei der Operation bestätigte. Ileum, Coecum mit Proc. vermiformis waren fest in dieselben eingebettet. Letzterer, an seiner Kuppe freigemacht, riss zunächst ab und konnte in den Schwarten nicht weiter verfolgt werden. Ein fingerdicker Strang, der anfänglich das centrale Ende des Proc. vermiformis vorgetäuscht hatte, stellte sich als ein von Mesenterium befreites Ileumstück heraus. S. resecirte dasselbe, so wie das in Schwarten eingebettete Coecum, verschloss das Colon ascendeus und implantirte das Ileum in das Colon transversum.

Pat. genas nach Überstehen einer schweren doppelseitigen Parotitis.

Auffällig ist, dass die Verengerung des in Schwarten eingebetteten, beinahe unwegbaren Darmabschnittes so wenig Beschwerden gemacht hatte.

Diskussion: Herr Rotter beobachtete einen als Carcinom gedeuteten Tumor, der sich bei der Operation als ein perityphlitisches Exsudat herausstellte. Der Kranke starb.

Herr Karewski beobachtete einen ähnlichen Fall wie Herr Sonnenburg, Verengerung des Darmes durch Schwarten bis Bleistiftdicke unter Erscheinungen häufiger Anfälle von Perityphlitis. K. musste ein großes Stück Darm resequiren; Pat. starb an Inanition.

6) Herr Sonnenburg: Appendicitis acuta gangraenosa bei einer Schwangeren. (Krankenvorstellung.)

Die Pat. war im 5. Monat schwanger, bekam plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Seite, unstillbares Erbrechen und Temperatursteigerungen. Bei dem stark entwickelten Uterus war eine ausgiebige Palpation rechts nicht möglich, so dass es fraglich war, ob hier eine Perityphlitis oder allgemeine Peritonitis neben der Gravidität bestand. Die bei der Berührung intensiven Schmerzen, die schweren Allgemeinerscheinungen, das Fehlen eines deutlichen Exsudats führten zur Annahme einer akuten gangränösen Appendicitis.

Bei der Operation musste der mit im Operationsfelde liegende Uterus bei Seite geschoben werden; dabei kam von der Seite und oben übelriechender Eiter so wie der nekrotische an der Spitze perforirte Wurmfortsatz zum Vorschein. Es wurde Alles entfernt und das Exsudat, das nirgends eine Abkapselung zeigte, abgelassen. Die Pat. erholte sich, abortirte aber nach einigen Wochen und musste eine sich daran anschließende Thrombose des linken Beines durchmachen.

7) Herr Mühsam: Zur Differentialdiagnose der Appendicitis und des Typhus. (Krankenvorstellung.)

Ein 32jähriger Schneider war dem Krankenhause Moabit mit der Diagnose Perityphlitis zugeschickt worden, was M als richtig an zu nehmen nicht zögerte. Der Kranke hatte heftige Schmerzen in der Ileocoecalgegend an einer circumscripten, daumengroßen Stelle, Fieber, vor der Einlieferung einmal Schüttelfrost,

Urinbeschwerden; Milztumor und Roseolen nicht nachweisbar. M. operirte unter der Annahme eines der Perforation in die Bauchhöhle nahen Empyems des Wurmfortsatzes. Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegt Netz vor, das die Resistenz vorgetäuscht hatte. Es erstreckt sich über das Coecum und ist durch einen 5 cm langen, bindfadendünnen, vascularisirten Strang mit der Spitze des nach außen ziehenden Wurmfortsatzes verwachsen. Durch den gebildeten Ring war das Coecum zum Theil hineingestülpt. Der Wurmfortsatz war normal, auf der Oberfläche des Coecum aber fand sich eine $\frac{1}{2}$ cm große blutigtingirte Stelle, anscheinend ein typhöses Geschwür, das bis zur Serosa vorgedrungen war, die Serosa selbst aber nicht zerstört hatte.

Im Mesocolon massenhaft blauroth geschwollene Drüsen von Erbsen- bis Bohnengröße. Das Geschwür wird in eine Serosafalte eingenäht, die Netzadhäsionen am Wurmfortsatz abgebunden. Heilung erfolgte ohne Besonderheiten. 3 Tage post op. stellte sich ein Milztumor und Roseolen ein, Diasoreaktion war immer negativ. Die Widal'sche Reaktion war erst am 10. Tage nach der Operation positiv.

Rendu giebt im Anschluss an einen ebenfalls unter der Diagnose Perityphlitis operirten Fall, bei dem die Diagnose Typhus erst durch die Sektion gestellt wurde, an, dass beim Typhus die Spannung der Bauchdecken eine geringere sei gegenüber der bei der Appendicitis.

8) Herr Sonnenburg: Verätzungsstriktur des Ösophagus. (Krankenvorstellung.)

Die Verengerung bestand eigentlich aus 2 über einander liegenden Ätzstrukturen, die auch nicht für die feinsten Sonden durchgängig waren.

S. versuchte, nach Ausführung der Gastrotomie, die Fühlung vom Munde nach dem Magen durch Verschluckenlassen eines Schrotkornes zu bekommen. Das Schrotkorn blieb aber immer oberhalb der ersten Striktur liegen, und erst nach vieler Mühe gelang es S.'s Assistent Merken's, das Schrotkorn weiter zu bringen, indem er es mit einer dünnen Sonde mit einer Kerbe oben an der Spitze hineinbrachte und den Faden daran ließ.

Von der Gastrotomiewunde aus wurde der Magen mit Wasser gefüllt, Pat. in Knie-Ellbogenlage gebracht, der Magen ausgeschwemmt; dabei konnte das Schrotkorn mitsammt dem Faden aus dem Magen herausgeholt werden. Nach dem Verfahren von Nicoladoni wurde nunmehr innerhalb vieler Wochen eine allmähliche Dilatation vorgenommen.

9) Herr Wolff: Demonstration des Präparates eines Blasentumors.

Der betr. 63jährige Pat. hatte das Krankenhaus wegen Urinverhaltung aufgesucht und ließ als klinischen Befund ein primäres Prostatocarcinom mit sekundärer Betheiligung der Blase, des paravesikalen Gewebes und der Beckendrüsen annehmen. Der Urin war jauchig blutig. Die Sektion zeigte ein primäres Blascarcinom, die ganze Blase in einen 3—4 cm dicken geschwürigen, carcinomatösen Hohlraum mit zerstörter Schleimhaut verwandelt; ein Ausgangspunkt für das Carcinom lässt sich nicht feststellen.

10) Herr Tendlan (a. G.): Hochgradige Osteomalakie. (Krankenvorstellung.)

Bei der vorgestellten 62 Jahre alten Frau stellten sich vor 3 Jahren ischiasartige Schmerzen ein, ferner bemerkte sie, dass sie schief und kleiner wurde. Es fand sich eine starke Kyphoskoliose der Brust- und Lendenwirbelsäule, Rippen stark verbogen und deformirt, das Brustbein winklig geknickt, die Rippenbogen berühren die Crista ossis ilei. Das Becken hat die typische Schnabelform, Promontorium springt stark vor. Die Extremitätenknochen sind nicht wesentlich verändert, die Muskeln sind schlaff — atrophisch; bei ihrer Untersuchung stellen sich schmerzhaft Kontraktionen ein. Die elektrische Untersuchung ergibt quantitative Herabsetzung für konstanten und faradischen Strom. Im Urin ist wenig Eiweiß, kein Bence-Jones'sches Eiweiß.

Während der Krankenhausbehandlung besserte sich der Zustand; die Schmerzen verschwanden, Pat. vermag zur Zeit trippelnd, ohne Unterstützung zu gehen.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Kalk- und phosphorsauren Salzen, Phosphor in Emulsion und mit Leberthran, Applikation von Soolbädern. Außerdem hat eine Extensionsbehandlung günstig auf den Zustand eingewirkt.

11) Herr Hermes: Tumor und Abscess des Mesenteriums.

Die Pat. litt seit Jahren an Spitzenkatarrh, außerdem aber neuerdings an Mattigkeit und allgemeinen Beschwerden. Bei einer Untersuchung wurde eine bewegliche faustgroße Geschwulst im Abdomen festgestellt.

Dieselbe ging, wie bei der Operation sich herausstellte, vom Mesenterium aus und war mit dem großen Netz verwachsen. Bei der versuchten Lösung platzte sie und entleerte Eiter von zum Theil käsiger Beschaffenheit. Da sich auf der Serosa der zum Mesenterium gehörigen Darmschlinge zahlreiche kleine Knötchen fanden, resecirte H. die Darmschlinge sammt dem Mesenterium und vereinigte die Darmenden mit Murphyknopf. Derselbe ging nach 14 Tagen ab, der Verlauf war günstig.

Die Untersuchung ergab, dass nicht Tuberkulose vorlag, sondern, dass die Geschwulst vom Mesenterium ausging.

Das mikroskopische Präparat zeigt längliche spindelförmige Zellen, die von den Gefäßen ausgehen und bis nahe an das Endothel heranreichen; in der Geschwulstmasse findet sich eine Anzahl derber Stellen, die stark verdickte Gefäße und Infiltrationen um die Gefäße herum darstellen. **Sarfert** (Berlin).

10) A. Delattre. Luxation traumatique d'épaule à récidives chez un enfant; luxation de l'extrémité interne de la clavicule.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. Belge de chir. 1901. Hft. 3.)

D. beobachtete bei einem 1 Jahre alten Kinde eine linksseitige Lux. coracoidea, entstanden dadurch, dass man das Kind am Vorderarm in die Höhe hob. Einrenkung leicht. 3 Monate und 16 Monate später je ein Recidiv mit ähnlicher Ätiologie. Zwischen den beiden Recidiven erlitt das Kind durch Fall auf die Schulter rechterseits ein Lux. claviculae sternal. nach hinten oben. Reduktion leicht. — Beide Verrenkungsformen sind bei Kindern von 1—2 Jahren sehr selten und wohl nur von Guersant beschrieben. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

11) Wyss (Zürich). Medianusdurchtrennung. Heilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 36.)

Der von W. mitgetheilte Fall ist dadurch von besonderem Interesse, dass er einen Arzt betrifft, und so genaue Beobachtungen des Heilungsverlaufes möglich wurden. Pat. hatte sich die Verletzung dadurch zugezogen, dass ihm beim Ausgleiten in den rechten Daumenballen die Ecke eines scharfen Eisens eindrang. Da es zweifelhaft erschien, ob der N. medianus durchtrennt oder nur gequetscht sei, wurde ein operativer Eingriff zunächst unterlassen, und bei der allmählich zunehmenden Besserung, trotzdem die Durchtrennung des Nerven sicher angenommen werden konnte, schließlich überhaupt nicht mehr ausgeführt. Pat. hatte bei dem Unfalle keinen erheblichen Schmerz, dagegen vom 2. bis 5. Tage neuralgie-ähnliche, heftig zuckende Schmerzen in den der Sensibilität beraubten Gebieten. In letztere ausstrahlende »Kitzel«-Schmerzen hat er noch nach $\frac{1}{2}$ Jahre nach der Verletzung gefühlt. Außerdem empfand er öfters, besonders bei Hyperämie, ein spontanes, momentanes, lancinirendes Stechen, und blieb eine Zeit lang in den wieder sensibel gewordenen Hautbezirken die Betastung und die Berührung mit kalten Gegenständen schmerzhaft. Weitere Einzelheiten der interessanten Krankengeschichte siehe im Original. **Kramer** (Glogau).

12) J. Bouglé. Greffe autochtone des tendons extenseurs du pouce.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 193.)

In einem Falle von 8 Wochen alter Durchtrennung beider Strecksehnen des linken Daumens, in welchem die direkte Vereinigung der Sehnenstümpfe durch Naht wegen zu starker Retraktion unmöglich war, erzielte B. ein befriedigendes Resultat durch Sehnenplastik. Ein der Sehne des Radialis externus entnommenes, 6—8 cm langes Stück pflanzte er zwischen die Stümpfe des Extensor pollicis longus und ein dem Abductor pollicis longus entlehntes zwischen die Stümpfe des Extensor pollicis brevis. Die eröffneten Sehnenscheiden des Radialis externus und des Abductor longus schloss er je für sich durch Naht. — 2 Monate nach der Operation konnte der Kranke den Daumen strecken, wenn auch nicht hyperextendiren.

Reichel (Chemnitz).

13) Ch. Féré. Fracture d'une phalangette par action musculaire.

(Revue de chir. 1901. No. 9.)

Die sehr ausführlich und mit allen Nebenumständen beschriebene kleine Verletzung ist dem Verf. selbst beim Arbeiten mit dem Ergographen zugestoßen. Die Metallrohre, welche den 2. und 4. Finger umschlossen, waren weit genug, den Fingern so viel Raum zu gestatten, dass sie ziemlich stark gegen die freien Ränder anstießen, während der Mittelfinger rhythmisch eine starke Arbeit leistete. Plötzlich erfolgte unter deutlichem Krachen die Fraktur an der Nagelphalanx des 4. Fingers. In der Bruchlinie bildete sich ein ziemlich starker osteophytischer Callus, der eine Verkrümmung des Nagels zur Folge hatte. Gute und zahlreiche Abbildungen sind der Abhandlung beigefügt.

Christel (Metz).

14) Bérard. Fracture pathologique du fémur au-dessus d'un foyer d'ostéite tuberculeuse réchauffé après 55 ans de guérison.

(Soc. de chir. de Lyon 1901. Juli 18.)

Der zur Zeit 61jährige Pat. machte in seinem 3. Lebensjahre eine akut beginnende Affektion der Kniegelenksgegend durch, welche nach Fistelbildung und Ausstoßung von Sequestern im Verlaufe von 3 Jahren mit Ankylose des Knies ausheilte. Während der nächsten 52 Jahre keinerlei Schmerzen oder sonstige Beschwerden; vor 3 Jahren Unterschenkelbruch am anderen Beine; kurz nach Heilung desselben entstand ohne besondere Ursache an der Außenseite des früher erkrankten Oberschenkels ein Abscess, aus welchem sich eine noch jetzt bestehende Fistel entwickelte. Vor 3 Wochen Sprung aus geringer Höhe und Fraktur im unteren Drittel des betreffenden Oberschenkels, worauf sich subakut ein Tumor albus des Knies entwickelte. An dem durch Oberschenkelamputation gewonnenen Präparat war die untere Femurepiphyse in eine von dünner Knochenschale umgebene, mit käsigen und fungösen Massen ausgefüllte Höhle verwandelt, welche durch eine Fistel mit dem tuberkulös erkrankten Kniegelenke in Verbindung stand. 2 cm oberhalb des Epiphysenherdes lag die Bruchstelle.

Hiernach war ein mehr als 50 Jahre latent gebliebener Knochenherd nach dem Trauma vor 3 Jahren wieder aufgeflackert. Die zuletzt erlittene Fraktur muss in Anbetracht der geringen Gewalteinwirkung als eine pathologische, im bereits tuberkulös veränderten Knochen entstandene angesehen werden. Auch die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose.

Mohr (Bielefeld).

15) Borchard. Luxation und Torsion der Patella nach außen durch Muskelzug.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 577.)

Der 17jährige Pat., welcher bereits vor einem Jahre beim Stolpern plötzlich einen Schmerz im linken Knie gehabt hatte mit dem Gefühl, als wenn seitlich etwas herausträte, war jetzt auf Glatteis gefallen, als er, einen Schneeball werfend, sich nach hinten links umdrehte. Resultat: Kniescheibenverrenkung nach

außen mit Stellung derselben auf eine Seitenkante, also gleichzeitige Längsachsendrehung. Reposition war dem zunächst hinzugezogenen Kollegen misslungen. B. fand vom oberen und unteren Pole der Kniescheibe je 2 derbe Stränge nach oben und unten ziehend tastbar, von denen der erste sehr straff, der zweite, hintere, schlaffer war. Erster erwies sich als Gelenkkapsel, der zweite als Quadricepssehne, bezw. Kniescheibenband. Die Reposition gelang in Narkose derart, dass die Kniescheibe nach vorn (oben) gedrückt wurde, gleichzeitig aber zu ihrer Rückdrehung um die Längsachse auf ihre untere Kante (mit welcher sie auf dem Oberschenkel aufgekantet war, Ref.) ein Druck medialwärts (nach rechts, Ref.) ausgeübt war. Hierbei kam diese Kante, eine halbe Drehung machend, an den inneren Femurkondylus zu liegen. Die subkutane Kniescheibenfläche hatte also nach innen (rechts, Ref.), die Gelenkfläche nach außen (links, Ref.) geschaut. Wie die Seitenverrenkung der Kniescheibe ist auch ihre Torsion hier nur durch Muskelzug erklärbar, da eine direkte, sie drehende Gewalt nicht einwirkte. Der Vastus ext. und Rectus muss bei der gedrehten Körperhaltung, die Pat. beim Falle einnahm, den medialen Kniescheibenrand nach außen hinten hinweggezogen haben. In einem im Übrigen B.'s Beobachtung analogen Falle von Parker fand die Torsion durch direkte Gewalteinwirkung statt. (Ref. würde die Torsion in B.'s Falle, vorausgesetzt, dass er die Beschreibung richtig verstanden, nicht als eine solche nach außen, sondern lieber als eine nach innen bezeichnen.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

16) **Rosa Einhorn.** Zur Kenntnis der Unterschenkelfrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 4.)

Die Arbeit enthält einen statistischen Bericht über 68 Fälle von Unterschenkelfrakturen aus der Kocher'schen Klinik. Allgemeinen statistischen Erörterungen folgen specielle Betrachtungen über die Ätiologie der intra-uterinen, in der Geburt entstandenen und extra-uterinen Brüche unter Zugrundelegung der physiologischen und pathologischen Prädispositionen. Alle bezüglich des behandelten Themas interessirenden und wichtigeren Punkte sind in dem flott geschriebenen Aufsätze erörtert, dem die Krankenjournalen am Schluss beigefügt sind. Eine besondere Hervorhebung der zahlreichen Einzelheiten ist im Referat nicht leicht möglich.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

17) **Quénu.** Luxation du metatarses en dehors.

(Revue de chir. 1901. No. 9.)

Die sehr genaue und ausführliche Studie knüpft Q. an eine Beobachtung dieser seltenen Verletzung, die er kürzlich zu machen Gelegenheit hatte. Ein junger Mann fiel mit seinem Pferde, wobei sein rechter Fuß an die Kante des Bürgersteigs, der Reiter unters Pferd zu liegen kam. Etwa 6 Wochen danach sah Q. den Kranken; die Form des Fußes war etwa folgende: das innere Keilbein springt stark nach innen, die Basis metatarsi V stark nach außen vor. Das Fußgewölbe ist abgeplattet, die Sohle verbreitert. Die Art der Verletzung tritt auf den beigegebenen Röntgenbildern mit voller Schärfe hervor: Der Metatarsus als Ganzes ist im Lisfranc'schen Gelenk um etwa 10 mm nach außen verrenkt.

Q. hat durch Versuche den Mechanismus der Verrenkung klarstellen können; es gelang ihm, sie bei Fixation der vorderen Fußhälfte, forcirter Plantarflexion und Rotation des fixirten Theils nach innen hervorzubringen. Tritt ein seitlicher Druck dazu, so kommt die Lux. metatarsi zu Stande, und sie ist daher als Rotationsluxation zu betrachten.

Bezüglich der feineren Details möchte ich auf das Original verweisen.

Christel (Metz).

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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 51.

Sonnabend, den 21. December.

1901.

Inhalt: I. M. Subbotin, Neues Verfahren zur Bildung der Harnblase und Harnröhre mit einem Sphinkter aus dem Mastdarm bei Exstrophia vesicae, Epispadie hohen Grades und Urininkontinenz. — II. I. Wieting, Ein Verband für Unterkieferfrakturen. (Orig.-Mitth.)

1) Kresta, Thätigkeit der Sanitätsformationen in China. — 2) Modlinski, Zur Therapie der Schusswunden. — 3) Kampmann, Trauma und Gallenblasenerkrankungen. — 4) Delbet, Blutstillung bei Leberwunden. — 5) Mohr, Recidive nach Operationen an den Gallenwegen. — 6) Oriow, Echinococcotomie. — 7) Einhorn, Enteroptosis.

8) Polnischer Chirurgenkongress. — 9) Armeesanitätsbericht. — 10) Schlick, Kriegserfahrungen in China. — 11) Kolb, 12) Loison, 13) Vénon, Milzruptur. — 14) Wilms, 15) Thompson, Leberruptur. — 16) Troczewski, Leberabscess. — 17) Krug, Ausräumung der Gallenwege. — 18) Langer, Hämangiom der Leber.

I.

Neues Verfahren zur Bildung der Harnblase und Harnröhre mit einem Sphinkter aus dem Mastdarm bei Exstrophia vesicae, Epispadie hohen Grades und Urininkontinenz¹.

Von

Prof. M. Subbotin in St. Petersburg.

Die allgemein bekannte Ungenügendheit aller bis jetzt vorgeschlagenen Methoden zum Bekämpfen der genannten Leiden legte mir bereits seit einem Jahre den Gedanken nahe, einen neuen Weg zu diesem Ziele zu betreten. Ich dachte mir nämlich und vollführte die Herstellung normal funktionirender Urinwege mit Zuhilfenahme des Rectum nach einem besonderen Plan. Derselbe besteht in vollständiger Trennung des vorderen unteren Rectumabschnittes (ein-

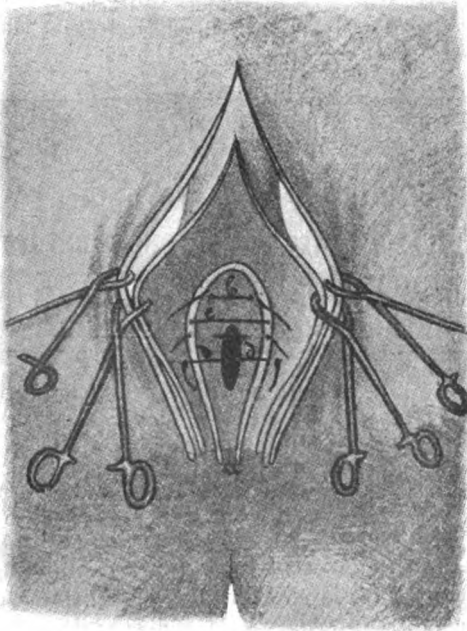
¹ Über die Operation wurde auf dem Kongress russ. Chirurgen in Moskau im December 1900 berichtet, die Pat. in der Pirogoff'schen chirurgischen Gesellschaft demonstriert, und ein Aufsatz darüber in den Annalen der militär.-med. Akademie zu St. Petersburg 1901 No. 3 skizzirt.

schließlich vorderer Aftertheil) vom übrigen Rectum und Anus mittels einer senkrechten Schleimhautmuskelwand. Die neugebildete Höhle muss mit der Blase breit anastomosirt und letztere von vorn verschlossen werden.

Nach diesem Plan operirte ich meinen ersten Kranken — einen 14 Jahre alten Knaben mit hoher Epispadie und vollständiger Urininkontinenz — am 30. November 1900.

Zunächst wurde ein senkrechter Hautschnitt vom 3. Kreuzwirbel nach unten geführt, welcher auch die hintere Rectumwand spaltete; Resektion des Coccygeum. Jetzt lag die vordere Rectumwand vor mir (s. Fig. 1). Blutung unbedeutend, mit Tamponade und Katgutligaturen sofort gestillt. Die Rectumschleimhaut wurde nun mit aseptischer Gaze sorgfältig ausgetupft und das Rectum tamponirt. Unmittelbar über dem Sphincter externus wird die vordere Rectumwand 3 cm lang eingeschnitten, in diesen Schnitt die hintere Blasenwand mit dem Finger eines Assistenten eingestülpt und ebenfalls eröffnet. Auf diese Weise entsand zwischen Rectum und Blase eine breite Anastomose, deren Ränder mit Katgutnähten befestigt wurden. Zum Anlegen letzterer Nähte wurden die von Trélat für Staphylorrhaphie

Fig. 1.



und Uranoplastik angelegenen gekrümmten Nadeln gebraucht. Um die entstandene Anastomose herum wird durch die Darmmucosa ein hufeisenförmiger

Schnitt geführt, dessen beide Enden am Perineum münden (s. Figur 1 a). So entsteht ein Lappen, welcher $\frac{1}{3}$ des Rectumumfanges breit ist; seine Ränder werden von der unterliegenden Muscularis etwas abpräparirt.

Jetzt wurden die etwas befreiten Lappenränder an einander gelegt und mit einer fortlaufenden Katgutnaht zusammengenäht, wobei auch die Muscularis gefasst wird (s. Fig. 1 b).

Eben solche Nähte dienen

zur Vereinigung der äußeren Ränder des hufeisenförmigen Schnittes, nämlich der Muskelschicht und Schleimhaut (s. Fig. 1 e und d).

Auf diese Weise wurde aus dem vorderen Rectumabschnitte die oben erwähnte Höhle gebildet, welche vom übrigen Rectum gänzlich getrennt und mit der Blase breit vereinigt ist (s. Fig. 2a). Die äußere Mündung dieser Höhle befindet sich, wie ersichtlich, im vorderen, ebenfalls isolirten Anustheile (Fig. 2b).

Den letzten Operationstheil bildete nun der Wundverschluss. Zu diesem Zweck wurde die aufgeschnittene hintere Rectumwand mit doppelter Katgutnaht vereinigt und damit normaler Mastdarm und After wieder geschaffen (Figur 2). Der Hautschnitt wurde vorsichtshalber nur theilweise zusammen genäht und die gelassene Öffnung mit steriler Gaze drainirt.

Die widernatürliche vordere Blasenöffnung, theils mit eingepflanztem Hodensack gedeckt, diente zum Anlegen eines Dauerkatheters. Ins Rectum wurde ein Gummischlauch eingeführt, welcher freien Abgang der Darmgase sicherte.

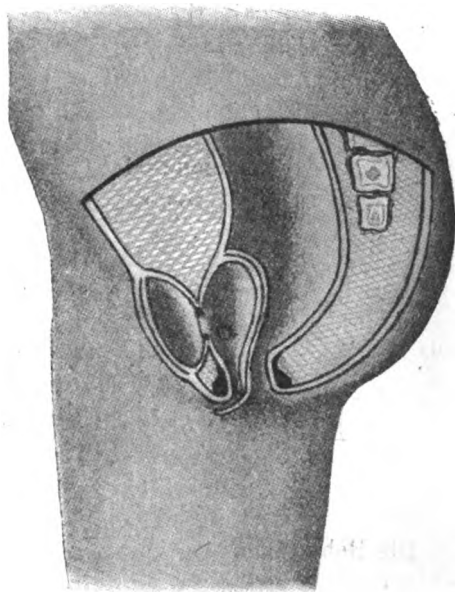
Die Operation wurde in Chloroformnarkose ohne Beschwerden ausgeführt. Ausschließlich aseptische Wundbehandlung, wie sie in meiner Klinik zur Anwendung kommt. Wundverlauf ungestört.

Nach 2 Wochen Untersuchung in Chloroformnarkose und Katheter à demeure in die neugebildete Urethra, welche bald darauf täglich katheterisirt wurde. Bei Stuhlgang und Blasenausspülung ergab es sich, dass Mastdarm und neugebildete Blase mit einander nicht communiciren. Urin gänzlich klar. In der Blase wird über 100 ccm eingeführte Flüssigkeit gut zurückgehalten und beim willkürlichen Uriniren mit Kraft ausgeworfen.

Es besteht durchaus keine Incontinentia alvi. Am 9. Januar 1901 wurden die Ränder der vorderen Blasenöffnung angefrischt und letztere mit Nähten geschlossen. Dabei wurde Dauerkatheterisation in der neuen Urethra während einer Woche durchgeführt, alsdann Pat. katheterfrei gelassen. Jetzt urinirte er nur durch den neuen Kanal. Normaler Urindrang und willkürliches Uriniren zuerst 7 bis 8mal, bald aber nur 5—6mal täglich. Beim Uriniren erfolgt auch Stuhlgang, wenn das Rectum gerade Koth enthält.

Heute, also bereits 10 Monate nach der Operation, bestehen die

Fig. 2.



Verhältnisse eben so günstig wie am Anfang, der Knabe ist von seinem traurigen Leiden für immer befreit.

Im Laufe des letzten Frühjahrs hatte ich Gelegenheit, einen zweiten Kranken (15jährigen Knaben) mit derselben Missbildung auf die beschriebene Weise zu operiren, und erzielte wiederum guten Erfolg.

Meine Operation schafft nahezu anatomisch normal gebildete und physiologisch richtig funktionirende Blase und Urethra. Keinerlei Darminhalt vermag in die Urinwege zu gerathen, und damit ist wohl alle Möglichkeit aufsteigender Infektion der Harnorgane vom Darm aus vermieden. Da aber diese Infektion das größte Übel aller bis jetzt angegebenen Methoden der Urinableitung in den Darm bei Inkontinenz bildet, welche Methoden alle auf Kloakenbildung basirt sind, so scheint mir mein eigenes Verfahren von großem Vortheil zu sein².

II.

(Aus dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhause, II. chirurgische Abtheilung, Oberarzt Dr. Sick.)

Ein Verband für Unterkieferfrakturen.

Von

Dr. J. Wieting.

Die Behandlung der Unterkieferfrakturen kann naturgemäß, noch weniger wie die der Extremitätenknochen es sein sollte, nicht nach einem Schema geschehen, wenn ein gutes oder jedes Mal das beste Resultat erreicht werden soll. Knochennaht, Interdentalschienen, Guttapertschakappen u. A. m. treten in ihre Rechte, wenn sie im betreffenden Falle als am leistungsfähigsten anzusehen sind, vorausgesetzt, dass Zeit, Material und Technik vorhanden sind für die zu wählende Methode. In Folgendem möge kurz ein Verfahren skizzirt werden, das in dem betreffenden Falle sich bewährt hat und in ähnlichen sich vielleicht bewähren wird.

Krankengeschichte: Der 20jährige Kutscher S. wurde am 25. August 1899 von einem Pferde gegen den Unterkiefer geschlagen. Außer anderen leichteren Verletzungen ließ sich ein 3facher Bruch des Unterkiefers nachweisen: Beiderseits in gleicher Höhe, in der Verlängerung der Zahnreihe, unkomplizierte Querfraktur beider Unterkieferäste, die Bruchstellen sind deutlich vom Munde her zu fühlen, geben Krepitation; der Kiefer ist weit zurückgesunken, wodurch sich unterhalb des Ohrläppchens jederseits ein weicher Wulst bildet. Die dritte, und zwar komplizierte Fraktur durchsetzt den Unterkiefer links zwischen zweitem Schneidesahn und dem Eckzahn; das linke Bruchende ist außer nach hinten ein wenig nach oben und innen dislociert. Links und vorn sind mehrere Zähne mit den Alveolarbrücken herausgeschlagen.

² Die Figuren sind meinem Aufsätze in den Annalen der militär.-med. Akademie 1901 No. 3 entnommen.

Von den Bemühungen, durch eine Kautschukschiene die leicht reponiblen Bruchstellen in guter Stellung festzuhalten, musste ich bald abstehen; die Kieferstücke sanken natürlicherweise stets wieder zurück. Nun wurde Folgendes ausgeführt: Mittels Knochenbohrers wird ein Loch gebohrt durch den Alveolarfortsatz des Unterkiefers, etwas links an der Medianlinie von der Umschlagstelle der Kiefer- zur Lippenschleimhaut; durch dieses Loch wird ein langer Silberdraht geleitet und dieser um den erhaltenen Eckzahn der linken Seite geschlungen. Auf diese Weise konnte das zweite Bohrloch gespart und durch den schrägen Verlauf des Silberdrahts zugleich das linke Bruchende mehr nach unten und nach vorn außen aus seiner Dislokation gegen das rechte gebracht werden. So war der eine Bruch reponirt und fixirt. Durch Zug an dem Draht war die Reposition der beiden Querbrüche ebenfalls eine leichte, es galt, sie festzuhalten. Nach gleichmäßiger dünner Polsterung wurden Kopf und Hals in einen leichten Gipsverband eingeschlossen und in diesen Gipsverband (V), wie die beistehende Figur zeigt, ein Zinkstreifen eingegypst, der an mehreren Stellen und den Enden — hier zur besseren Befestigung in Gips — gekerbt wird. Der Zinkstreifen entspricht in seiner Lage dem Bogen des Unterkiefers. Nun wird an dem Silberdraht der Unterkiefer angezogen und nach Erreichung der richtigen Stellung die langen Drahtenden über dem Zinkstreifen geknotet, nachdem zwei Kerben — zur Vermeidung des Abrutschens — an der entsprechenden Stelle ausgeschnitten sind.



Unterkieferbruch.

V Gipsverband über den Kopf.
B Zinkblechbügel.
S Silberdraht.

Der beistehend abgebildete Verband wurde, um das Verfahren zu demonstrieren, einem gesunden Menschen angelegt, da eine Photographie von dem Pat. s. Z. nicht angefertigt war.

Der Gipsverband braucht natürlich nicht den ganzen behaarten Kopf einschließen, muss aber gut namentlich am Hinterkopf und den Warzenfortsätzen modellirt sein, damit er nicht verrutscht. Wollte man die Extension permanent wirken lassen, so kann leicht ein Stück Gummischlauch in den Verlauf des Silberdrahts eingefügt werden. Durch passend zwischen Kiefer und Gipsverband eingeschobene Wattebäusche könnte ferner leicht lokal auf die Verschiebung der Bruchenden eingewirkt werden.

In unserem Falle waren keine weitere Modifikationen nöthig; am 4. Tage stand Pat. auf und ging umher. Trotz Eiterung an der durch den Schlag perforirten Oberlippe trat reaktionslose Konsolidation ein. Am 15. September wird der Verband und der Silberdraht entfernt, die Frakturstellen sind nicht mehr besonders schmerzhaft, stehen tadellos. Zur weiteren Sicherung wird noch einige Tage ein mit Wattebäuschen an entsprechenden Stellen unterpolsterter Stärkekleister-Bindenverband getragen. Die Zahnreihen können auf etwa 2½ cm aktiv von einander entfernt werden, auch gelingt die aktive Verschiebung im Kiefergelenk von

hinten nach vorn sehr gut. Es werden nun fleißig aktive und passive Übungen gemacht, und am 28. September konnte der Pat. mit voller Funktion geheilt entlassen werden.

Das Princip des Verbandes ist, wie es bei allen Redressionen sein sollte: Reposition der Frakturenden (durch den Silberdraht) und Fixirung des Gewonnenen mitsammt dem redressirenden Apparat (Bügel und Silberdraht im Gipsverband). Wie ich bei der Durchsicht der Litteratur sehe, hat Seelhorst (Münch. med. Wochenschrift 1898) methodisch für die Unterkieferfrakturen die permanente Gewichtsextension durchgeführt. Der Pat. wird, wie ein Fisch an der Angel, an einer Schnur über das Fußende des Bettes hinaus extendirt. Die Vortheile der oben angegebenen Methode gegenüber diesem Verfahren liegen auf der Hand.

1) **Krosta.** Überblick über die Thätigkeit der Sanitätsformationen beim Ostasiatischen Expeditionskorps.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. Juniheft.)

Wenn wir auch einen ausführlichen Sanitätsbericht über die ostasiatische Expedition noch nicht erwarten dürfen, ist doch die vorliegende kurze Mittheilung geeignet, uns einen Überblick über die zweckmäßigen Veranstaltungen zu geben, welche von der Deutschen Heeresleitung zur Pflege der Kranken und Verwundeten getroffen waren. Einerseits hatte allerdings die geringe Anzahl der Streiter, welche 23 000 nicht überschritt, eine Erleichterung der gestellten Aufgaben zu bedeuten, andererseits aber waren doch auch ungewöhnliche Schwierigkeiten zu überwinden. Diese bestanden in der kurzen für die Ausrüstung zur Verfügung stehenden Zeit, in der ungeheuren Entfernung des Kriegsschauplatzes vom Mutterlande, in den eigenthümlichen klimatischen Verhältnissen des Landes u. dgl. Mit Genugthuung darf daher Verf. darauf hinweisen, dass in kurzer Frist in China 2000 Lagerstellen bereit standen, und dass mit den eigenen Sanitätsformationen auch 3—4000 Kranke gleichzeitig an Land hätten untergebracht werden können, wenn es nöthig gewesen wäre. Der Krankenstand in den Lazaretten hat sich aber niemals über 1200—1300 Kranke erhoben. Die Betheiligung der freiwilligen Krankenpflege beschränkte sich auf Einrichtung eines Lazarettes in Jangtsun von ca. 100 Betten unter Küttner und eines Genesungsheimes bei Kobe in Japan, während auch in Tientsin ein Genesungsheim von der Militär-Sanitätsbehörde errichtet worden war.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

2) **P. J. Modlinski.** Revision der Indikationen zu Eingriffen bei Schusswunden.

(Jahresbericht der Moskauer chirurg. Gesellschaft T. XIX. 1900. [Russisch.]

Vorderarmschussverletzung durch ein Montechristogewehr aus einer Entfernung von etwa 13 m. Exspektative Behandlung, da

keinerlei Wundreaktion. Am 2. Tage Fieber, Röthung und Schwellung der Umgebung der Wunde. Nachdem skiaskopisch der Sitz des Geschosses festgestellt war, Entfernung desselben ohne Schwierigkeit. Es lag als plattgedrücktes Plättchen dem Radius dicht an. Heilung. Verf. kommt bezüglich der Behandlung von Schussverletzungen der Extremitäten zu folgenden Resultaten.

1) Radioskopie in jedem Falle.

2) Ist der Sitz des Geschosses festgestellt, so ist es unverzüglich zu entfernen.

3) In Fällen, wo das Geschoss ohne weitere Folgen verheilt war, wirken wir auch durch seine spätere Entfernung günstig ein.

4) In Fällen, wo das Geschoss durch seine Anwesenheit Komplikationen hervorruft in Form von Entzündung, oder Aneurysmabildung, wirkt seine sofortige Entfernung, wenn auch nicht vollkommen die Komplikationen beseitigend, so doch mildernd.

5) Verletzungen des Skeletts, besonders Eindringen des Geschosses in Gelenke, fordern ihre Entfernung.

(Unter diesen Schlussfolgerungen dürfte besonders die zweite in Deutschland wenig Anhänger finden. Ref.) P. Ratheke (Berlin).

3) E. Kampmann. Über die ursächlichen Beziehungen von Trauma und Gallenblasenerkrankungen.

Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1901.

Verf. unterscheidet 2 Gruppen von Erkrankungen: 1) solche Fälle, bei denen ein Trauma eine bereits vorher erkrankte Gallenblase trifft, und 2) Fälle, bei denen durch das Trauma in einer gesunden Gallenblase eine Cholecystitis hervorgerufen wird. Letztere sollen entweder direkt durch Verletzung der Schleimhaut und daran anschließende katarrhalische Zustände veranlasst werden oder indirekt durch Adhäsionsbildung. Der Verlauf dieser Entzündung soll mehr schleichend und chronisch sein und seltener zur Steinbildung führen. Wirklich einwandfreie Fälle dieser Kategorie fand indess Verf. nur 3 in der gesammten Litteratur. Coste (Straßburg i/E.).

4) P. Delbet. Ligatures et sutures à viroles pour assurer l'hémostase du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 49.)

Um sich bei Leberresektionen gegen die Gefahr der Blutung zu sichern, empfiehlt D. ein von ihm ersonnenes, bisher freilich erst am Hunde mit Erfolg versuchtes Nahtverfahren. Es handelt sich um eine Art Massenligatur des Lebergewebes central von der Durchtrennungsstelle, bei welcher das Durchschneiden der Fäden durch das Lebergewebe durch eine Anzahl, nach Art eines Rosenkranzes auf den Faden aufgereihter dekalcinirter Knochenstücke von Röhrenknochen kleiner Thiere verhindert wird. Um die Konstriktion bei

Resektion größerer Leberstücke zu sichern zieht D. in der Mitte jedes längeren Stückes die Fäden, auf welche die Knochenstücke aufgereiht sind, durch eine besondere, quer zur Längsachse des Fadens durch das Lebergewebe durchstochene Fadenschlinge fest an einander. — Hühnerknochen erwiesen sich bei seinen Experimenten ungeeignet, zweckmäßig dagegen die Röhrenknochen von Kaninchen und Hasen.

Reichel (Chemnitz).

5) H. Mohr (Bielefeld). Über Recidive nach Operationen an den Gallenwegen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. No. 309. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1901.)

Echte Recidive durch Steinneubildung sind nach Operationen an den Gallenwegen außerordentlich selten; häufiger sind die durch verschuldet oder unverschuldet bei der Operation in den Gallenwegen besonders in älteren, complicirteren Fällen, zurückgebliebenen Steine verursachten. Zumeist aber handelt es sich um unechte Recidive, d. h. sind die postoperativen Beschwerden durch Entzündungs- und Verwachsungskoliken der Gallenwege, durch Verwachsungen und Zerrung der Organe in Folge von Bauchhernien veranlasst oder durch anderweitige, durch eine Operation an den Gallenwegen nicht zu beeinflussende Erkrankungen vorgetäuscht. Indess sind in der Mehrzahl der Fälle die Beschwerden nicht erheblich und gegenüber den vor der Operation vorhanden gewesen geringfügig, so dass ein Grund, die Indikationen der Gallensteinoperationen einzuschränken, nach M. nicht nur nicht besteht, sondern im Gegentheil zu erwarten sei, dass bei erweiterter Indikationsstellung zur operativen Behandlung bei veränderter Technik und sorgfältiger Nachbehandlung die Zahl der bisher beobachteten Recidive noch bedeutend heruntergedrückt werden würde. M. befürwortet in diesen Beziehungen vor Allem die Frühoperation, verwirft die ideale Cystotomie und hält da, wo die Cystotomie mit Drainage der Blase angezeigt ist, für nothwendig, die Gallenblase so zu befestigen, dass man neben ihr mit dem Finger die Gallengänge auf Steine kontrolliren könne, die Drainage genügend lange fortzusetzen und jede Zerrung der Gallenblase beim Annähen zu vermeiden. (Poppert's Methode der wasserdichten Drainage, Bildung eines Bauchfelltrichters). Da durch die Entfernung der Gallenblase der Hauptfaktor für das Wiederauswachsen resp. Größerwerden von Steinen beseitigt, alle auf erneuter Entzündung der Schleimhaut, Zerrung und Knickung der Blase, Druckschwäche derselben beruhenden Recidive sicher verhindert, die Gefahr späterer Verwachsungskoliken bedeutend vermindert, die krebsige Entartung der veränderten Blasenschleimhaut frühzeitig bekämpft werde, sieht M. in der Exstirpation der Gallenblase die Radikaloperation gegen die Mehrzahl der Recidive, die event. mit Hepaticusdrainage bezw. breiter Spaltung und Sondirung der Gänge verbunden werden müsse. Für die Nachbehandlung nach

der Operation kommen dann noch Regelung der Diät, Lebensweise etc., Karlsbader Kuren als werthvolle Mittel in Betracht.

Kramer (Glogau).

6) L. W. Orlow. Echinococcotomie nach Posadas-Bobrow.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LX. p. 439.)

Von einander unabhängig haben Posadas und Bobrow Echinokokken derart operirt, dass sie die nicht vereiterten Cysten womöglich unversehrt ausgeschält und hiernach den entleerten fibrösen Sack ganz vernäht haben. Auch O. hat diese Methode 5mal bei Lebercysten ausgeführt. Er publicirt seine Krankengeschichten und knüpft hieran, die sonst über die Methode gemachten und publicirten Erfahrungen vergleichend, eine kritische Prüfung derselben, welche mancherlei dem Verfahren anhaftende Übelstände berücksichtigend, im Allgemeinen nicht zu Gunsten desselben ausfällt. Fall 1 wurde nach der Operation durch eine eitrige Parotitis complicirt. Die übrigen Pat. erkrankten während der Heilung sämmtlich an Husten mit Bruststechen auf der rechten Seite, woselbst auch Dämpfungen und pneumonische Symptome sich einstellten. Indess wurde diese Komplikation überstanden. In Fall 2, eine Schwangere betreffend, trat überdies Frühgeburt und nach der sich vernothwendigenden Placentarlösung übelriechender Uterusaussfluss ein. Die Pat. ist bald nach ihrer Entlassung gestorben.

Aus der Litteratur ergiebt sich ferner Folgendes: Leicht können bei dieser Nahtmethode einige Parasiten zurückbleiben, welche heranwachsend Recidive abgeben (Fälle von Büdinger, Rasumowski, Bobrow). 2) In der entleerten Blasenöhle kann sich ein nicht aseptischer Erguss mit folgender Eiterung bilden. Durch nachträgliche Wiedereröffnung der Bauchwunde und Entleerung der Flüssigkeit, Tamponade etc. kann der Zwischenfall zwar günstig ablaufen, immerhin aber doch leicht zu Peritonitis führen. In 134 hier verwerthbaren Fällen trat 27mal — also in 20% — derartige Eiterung ein. Einen dritten Übelstand der Höhlenschließung würde der Gallenausfluss bilden. Doch scheint derselbe, wo er primär in mäßigem Grade auftrat, die Heilung wenig gestört zu haben. Dagegen sind 4) die von O. beobachteten Lungenerkrankungen eine recht üble Komplikation. In Folge dieser anhaftenden Mängel ist die Heilung verhältnismäßig oft durch Fieber gestört. O. berechnet für sie eine Mortalität von 6,7%. Will man sie anwenden, so bedarf jedenfalls die fibröse Kapsel vor der Naht einer sehr genauen Revision, damit keinerlei Blasen- und Parasitenreste zurückgelassen werden. Auch die Behandlung ihrer Innenfläche mit Formalin, Sublimat u. dgl. ist zu erwägen. Die ganze Leber und namentlich die Nachbarschaft der Operationsgegend ist auf noch außer der entfernten vorhandene Cysten sorgfältig abzusuchen. Über weiter erforderliche Operationsmodifikationen will O. später berichten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

7) **M. Einhorn.** Remarks on enteroptosis.

(New York med. record 1901. April 13.)

E. giebt nach einer Übersicht über Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Enteroptose 2 Tabellen aus seiner Praxis, aus denen die übergroße Häufigkeit dieser »Glenard'schen Krankheit hervorgehen soll. Die 1. Tafel zeigt die verschiedenen Arten von Splanchnoptosis (Enteroptosis, Hepatoptosis, Gastropptosis, Splenoptosis, Nephroptosis und ihre relative Häufigkeit bei beiden Geschlechtern. In der 2. Tafel werden die relativen Zahlen für die Wanderniere, besonders der Grad der Beweglichkeit und die Häufigkeit der rechten, linken oder beider Seiten festgestellt. Unter 1912 in 11 Monaten behandelten Kranken fand E. 282mal Wanderniere, davon ca. 77% rechts, 2 links und 20 auf beiden Seiten; davon wurden bei Männern 39mal die rechte und 3mal beide Nieren in diesem Zustande befunden; alle übrigen Pat. waren Frauen.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

8) Vom XI. polnischen Chirurgenkongress. Krakau, Juli 1901.

Die Verhandlungen des Kongresses wurden durch ein ausführliches Referat von Kučera (Lemberg) über die Ätiologie des Carcinoms eingeleitet. Berichterstatter bespricht das genannte Thema auf Grund mikroskopischer Studien und der einschlägigen Litteratur. Besonders eingehend wird die Frage der parasitären Natur der Carcinome behandelt. Bezüglich derselben konstatiert Votr., dass bisher kein Carcinomparasit den Nachuntersuchungen Stand gehalten hat, und dass überhaupt Gründe zur Annahme eines Parasiten nicht vorliegen. In der Diskussion spricht sich Browicz (Krakau) entschieden gegen die parasitären Hypothesen aus, da dieselben jedweder histologischen und experimentellen Begründung entbehren. — Im ähnlichen Sinne äußert sich Rosner (Krakau) unter Berufung auf die Genese der bösartigen Deciduome. — Klecki (Krakau) meint, es werde vielleicht gelingen, auf dem Wege der Untersuchungen über Cytotoxine der Lösung der Frage näher zu rücken.

Ruff (Lemberg): Über den Zusammenhang zwischen Trauma und Entstehung von bösartigen Geschwülsten.

Unter 242 Geschwulstfällen aus Rydygier's Klinik fand R. insgesamt 10 Fälle (= 4,1%), bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit die Entstehung der Geschwulst auf ein vorausgegangenes Trauma zurückzuführen war. Votr. zieht aus diesen Fällen den Schluss, dass in einer gewissen (wenn auch nicht großen) Anzahl von Geschwulstbildungen, Trauma als direktes, ätiologisches Moment angenommen werden kann. — v. Barącz (Lemberg) und Bogdanik (Biala) treten an der Hand eigener Beobachtungen für einen indirekten Zusammenhang ein. Dem entgegen bezweifelt Wehr (Lemberg) einen kausalen Zusammenhang und schreibt die Hauptrolle für die Genese der Carcinome infektiösen Momenten zu.

Juras (Krakau): Über Arsenbehandlung der Krebse.

Vorstellung einer Reihe von Kranken aus Trzebičky's Abtheilung mit Hinweis auf das gänzliche Versagen der Czerny-Truncček'schen Methode. — Rydygier (Lemberg) und Chlumský (Krakau) haben ebenfalls stets nur Misserfolge zu sehen bekommen.

Kader (Krakau): Die Allgemeinnarkose.

Referirend erörtert K. verschiedene technische Fragen der Äther- und Chloroformnarkose, ihre Indikationen und Kontraindikationen und die zur Abwendung übler Zufälle nothwendigen Vorsichtsmaßregeln. Neues brachte der Vortrag nicht.

Ziembicki (Lemberg): Die Medullarnarkose.

Votr. hat die Cocainisirung des Rückenmarks in 62 Fällen angewandt. In 13 Fällen versagte die Methode, und musste zum Chloroform gegriffen werden. Unliebsame Nebenwirkungen sah Z. nicht. Nicht unbedenklich erscheint dem Votr. die nach subarachnoidaler Injektion manchmal beobachtete, durch Anwesenheit von Leukoocyten bedingte Trübung der Spinalflüssigkeit.

Słęk (Lemberg): Die Sauerstoff-Chloroformnarkose.

Nach S. bietet H. Wohlgemuth's Methode vor der allgemein üblichen Chloroformnarkose keinerlei Vortheile. Votr. erlebte bei derselben einen Todesfall.

v. Barącz: Über Äthylehloridnarkose.

Votr. empfiehlt auf Grund von 33 Narkosen das Äthylehlorid für kurzdauernde Operationen. Der einzige Nachtheil sei das Fortbestehen der Muskelspannung.

Mieczkowski (Breslau): Über allgemeine Narkose und lokale Anästhesie.

Votr. schildert die an v. Mikulicz's Klinik geübte Methode der Äthernarkose. (1 Stunde vorher subkutane Injektion von 0,01 Morphium, nachher Narkose mit der Esmarch'schen Maske.) Unter 52 Fällen von Rückenmarkscocainisirung war die Anästhesisirung in 24% unvollkommen. — Trzebicky verschließt sich nicht den Vortheilen, welche die Corning-Bier'sche Methode bietet; bevorzugt jedoch im Allgemeinen das Chloroform. Pruszyński (Warschau) bespricht den Einfluss der Chloroformnarkose auf die Nieren. Votr. fordert vor jedem in Narkose auszuführenden Eingriff eine genaue Prüfung der Funktionsfähigkeit der Nieren. Czaplicki (Kielce) untersucht die verschiedenen Narkosierungsmethoden einer Kritik unter Berufung auf seine reichen in Kriegslasaretten gemachten Erfahrungen.

Frommer (Krakau): Knochenkohle als Ersatzmittel des Jodoforms.

F. kann auf Grund seiner bei Knochen- und Gelenktuberkulose angestellten Versuche die Vortheile, die A. Fränkel der Knochenkohle nachrühmt, nicht bestätigen. Votr. sah in vielen Fällen eine ausgesprochene Verschlimmerung des lokalen Zustandes.

Oderfeld (Warschau): Ein Fall von Gumma des Gehirns.

Der Kranke, ein 38jähriger Mann, wies Symptome Jackson'scher Epilepsie auf. Trepanation. In der motorischen Zone nichts Abnormes. Tod. Sektionsbefund: Gumma im rechten Stirnlappen.

Trzebicky: Die Behandlung tuberkulöser Halslymphome.

Votr. ist mit dem Erfolgen der operativen Therapie nicht besonders zufrieden. Unter 800 Lymphomoperationen aus dem Material Obaliński's und T.'s konnte in 165 Fällen das Dauerresultat (mindestens 3 Jahre nach der Operation) festgestellt werden. Recidivfrei sind bis jetzt nur 85 Fälle.

Rydygier: Zur operativen Behandlung der Aneurysmen der Anonyma.

Votr. hat in einem Falle von Sublaviaaneurysma folgende Methode angewandt und empfiehlt dieselbe für Aneurysmen der Anonyma. Schnitt linkerseits am Innenrand des M. sterno-cleido-mastoideus in dessen unterem Drittel gegen unten, über dem Sterno-Claviculargelenk bis zum unteren Rande des 1. linken Rippenknorpels, quer über das Manubrium sterni gegen außen vom 1. rechten Rippenknorpel, von da ab hinauf längs dem Außenrande des rechten M. sterno-cleido-mastoideus. In dieser Schnittlinie Resektion des Manubrium, des inneren

Drittels der 1. rechten Rippe und desselben Theiles des rechten Schlüsselbeines. Durch Emporklappung des Lappens wird der Aneurysmasack breit freigelegt.

Trzebicky demonstirt einen Fall von Resektion des Manubrium sterni wegen Enchondrom.

Wehr: Über die Unterbindung der Kranzarterien des Herzens.

Votr. unterzog zunächst die praktisch wichtige Frage der Anastomosen der Coronararterien einer experimentellen Prüfung. Er enthält sich vorläufig eines definitiven Ausspruches, da die Versuchsreihe noch nicht abgeschlossen ist. Es scheinen jedoch — nach W.'s und Burzyński's (Lemberg) Untersuchungen — stärkere Anastomosen nicht zu bestehen.

Slęk: Die operative Behandlung der Glénard'schen Krankheit.

Mittheilung über 2 Fälle von Enteroptose, in welchen die Beschwerden durch Gastropexie besw. Gastropexie, Hepatopexie und Ventrofixatio uteri prompt beseitigt wurden.

Oderfeld: Zur Chirurgie der Gallenblase.

Votr. berichtet über 2 Fälle, in welchen der Zugang zur erkrankten Gallenblase durch eine bedeutende Vergrößerung des rechten Leberlappens erschwert war. O. bahnte sich den Weg im 1. Falle (Cholelithiasis) durch Resektion des Lappens, im 2. (Empyem) mittels Thermokauters direkt durch den Lappen.

Bossowski (Krakau) berichtet über 2 operativ behandelte Fälle von primärem Lebersarkom.

Jasiński (Lemberg): Zur Splenektomie.

Votr. stellt einen Pat. vor, bei welchem Rydygier die hypertrophische Malaria miltis exstirpirte. Es trat wesentliche Besserung ein. Im Anschluss bespricht J. die verschiedenen, durch Blutuntersuchung nach Splenektomien erhobenen Befunde.

Klęsk (Krakau) spricht über einen Fall von mit Lebercirrhose kombinirter Milzhypertrophie, in welchem Kader die Splenektomie vornahm. Tod an Pneumonie. — Rydygier verlor 2 seiner Fälle von Milsexstirpation bei Leukämie an Nachblutungen aus der Bauchdeckenwunde.

A. Zawadzki (Warschau): Zur Kasuistik der Schussverletzungen des Magens.

Mittheilung über einen einschlägigen, nichts Bemerkenswerthes darbietenden Fall.

Czaplicki (Lemberg): Zur Atropinbehandlung des Ileus.

Auf Grund von Thierversuchen und klinischen Beobachtungen möchte Votr. das Atropin nur für Fälle von dynamischem oder Obturationsileus empfehlen.

Kader: Zur Jejunostomie.

In Fällen von Gastroenterostomie, wo es dringend angezeigt ist, eine ergiebige Ernährung des Pat. sofort post operat. einzuleiten, macht Votr. eine temporäre Jejunostomie. Letztere führt K. nach dem Princip seiner Modifikation der Witzel'schen Gastrostomie aus.

Rutkowski (Krakau) bemerkt hierzu, dass ihn schon früher dieselben Gründe zur Angabe einer Kombination der Gastroenterostomie mit einer Gastrostomie leiteten. Seine sog. externe Gastroenterostomie hat sich in mehreren Fällen als sehr gut bewährt. K.'s Methode der Jejunostomie sei nicht neu, da Obaliński schon vor Jahren auf ähnliche Weise vorging; dieselbe erwies sich als unpraktisch.

Rydygier: Die operative Behandlung bösartiger Geschwülste der Flexura sigmoidea.

Als Voroperation legt R. in der Medianlinie einen Kunststifter am Colon transversum an, wobei durch § förmige Lagerung des Colons eine Art Siphon gebildet wird. Es wird dadurch für freie Entleerung des Darminhalts und einen Schutz

der Naht an der Flexur gesorgt. Nach ca. 14 Tagen folgt die definitive Operation (Exstirpation der Flexur).

Herman (Lemberg): Zur Pathologie und Therapie der Scolecoïditis.

Votr. schlägt folgende Eintheilung vor: I. Scolecoïd. acuta: a. simplex; b. Periscolcoïd. sero-fibrinosa; c. Periscolcoïd. purulenta: α . saccata, β . progrediens; d. Scolecoïd. cum Peritonitide diffusa: α . sero-purulenta, β . septica. II. Scolecoïd. chronica: a. remittens; b. recurrens. III. Scolecoïd. larvata.

Seinen Standpunkt bezüglich der Therapie präcisirt H. dahin, dass in akuten Fällen bei Eintritt von Eiterung oder diffuser Peritonitis ein operativer Eingriff sofort in Aussicht genommen werden soll. Es sei rathsam, sich dabei auf eine einfache Incision des Abscesses zu beschränken. Recidivirende Fälle sind principiell (womöglich im freien Intervall) radikal zu operiren.

Bossowski: Zur Therapie der Douglasabscesse bei Appendicitis.

B. warnt eindringlich vor der Spaltung dieser Abscesse vom Mastdarm aus und empfiehlt den abdominalen extraperitonealen Weg.

Kryński (Krakau) verbreitet sich über den Kausalzusammenhang zwischen rechtsseitiger Wanderniere und chronischer Appendicitis. — Rosner spricht über Komplikation der Gravidität mit Appendicitis, wobei er betont, dass in diesen Fällen ein radikaler Eingriff grundsätzlich indicirt sei. — Löwenstein macht Mittheilung über einige interessante Appendicitisfälle, die er unter den denkbar schwierigsten äußeren Verhältnissen der Landpraxis operativ zur Heilung brachte. — Trsebicky richtet sich bei der Appendicitisbehandlung nach dem Verhalten des Pulses. Puls über 100 sei Indikation zum Operiren.

Rydygier: Die operative Behandlung der Mastdarmgeschwülste.

Die Mittheilungen beziehen sich hauptsächlich auf das Carcinom. Votr. ist in der Indikationsstellung weitgehend, operirt stets nach seiner Methode mit Resektion des Kreuzbeins, eröffnet das Bauchfell, löst den Mastdarm extrafascial aus und versorgt die Darmenden nach der Hochenegg'schen Durchschiebmethode. — Rutkowski hat mit gutem Erfolg ein abdomino-sacrales Verfahren angewandt.

Chlumský: Zur Behandlung gangränöser Hernien.

Bericht über einen Fall von gangränöser Inguinalhernie, in welchem Votr. nach Helferich's Methode vorging. Die Enteroanastomose wurde mit einem resorbirbaren Magnesiumknopf hergestellt.

Bossowski: Operative Eingriffe bei Megacolon congenitum.

Es wird für diese Fälle die Ileo-Rectostomie empfohlen.

v. Barącz: Über Lumbalhernien.

B. giebt unter Herbeiziehung von Zeichnungen und Photographien 4 selbstbeobachteter Fälle eine kurze Übersicht über die Ätiologie und Anatomie dieser Hernien. Interessant ist der Umstand, dass B.'s Fälle 2mal mit Spondylitis und 1mal mit einer Skoliose complicirt waren.

Bogdanik bespricht die konservativen Myomoperationen unter Demonstration entsprechender Präparate.

Rydygier stellt einen Fall von Resektion der Harnblase (Tuberkulose) vor.

Gelegentlich eines kurzen Berichtes über 2 Fälle von Tuberkulose der Prostata empfiehlt R. von Neuem bei Hypertrophie eine intrakapsuläre Ausräumung der Prostata vorzunehmen.

Chlumský stellt ein 12jähriges Mädchen mit gelungener Reposition (nach Paci-Lorens) einer angeborenen Hüftluxation vor.

Kirkor (Krakau) theilt die Resultate seiner mit dem Photohämatometer angestellten Untersuchungen über den Mechanismus der Nachblutungen nach operativen Eingriffen an Muskeln mit.

Wehr demonstriert einen neuen Nothverband. Die eigenartige Verpackung verhütet eine Verunreinigung des Verbandes beim Anlegen desselben mit nicht-desinficirten Händen. — Im Anschluss an diese Demonstration bespricht Obfidowicz (Jaroslau) die in den Armeen gegenwärtig gebräuchlichen Modelle der Verbandpäckchen. Nach Ansicht O.'s bedeutet der Wehr'sche Verband einen wesentlichen Fortschritt und verdient derselbe eine allgemeine Einführung.

B. Urbanik (Krakau).

9) Sanitätsbericht über die Kgl. Preuß. Armee, das XII. (Kgl. Sächsische) und das XIII. (Kgl. Württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1897 bis 30. September 1898. Bearbeitet von der Medicinal-Abtheilung des Kgl. Preuß. Kriegsministeriums.

Berlin, Mittler & Sohn, 1901. IV. 192 S. und 165 S. Tabellen.

Dem »Sanitäts-Bericht« hat, wie stets, auch im Jahr 1897/98 eine ungeheure Zahl von Einzel-Erkrankungen zu Grunde gelegen, nämlich 351179. Da die Kopfstärke des Heeres durchschnittlich 514538 Mann betrug, so ist die relative Krankheitsziffer 682,5‰, während sie 1881/82 bis 1885/86 noch 899‰ betrug. Die Sterblichkeit ist in demselben Zeitraum von 4,1‰ auf 2,2‰ zurückgegangen. Dabei ist noch zu bedenken, dass hier alle Erkrankungsfälle mitgezählt sind, ja dass die leichteren, »im Revier« behandelten mit 218897 gegen 139070 im Lazarett behandelte erheblich zahlreicher sind.

Von den Allgemein-Erkrankungen würde die Diphterie unser Interesse erregen, wenn sie in größerer Verbreitung aufgetreten wäre als es thatsächlich der Fall war. Die 265 Behandelten vertheilen sich so, dass eigentliche Epidemien nur sehr beschränkt aufgetreten sind. Die Serum-Behandlung scheint einen bedeutenden Fortschritt in der Therapie dieser Krankheit zu bedeuten, indem auch hier wie anderwärts ein entschiedener Rückschritt in der Todesrate von 5,8 bis 6,1% in der früheren Zeit auf 2,3% im Berichtsjahre zu bemerken ist; und zwar erfolgte dieser Rückschritt plötzlich in dem Jahre der ausgedehnten Anwendung des Serums.

Unter den Wundkrankheiten nimmt die Rose mit 512 Zugängen einen erheblichen Platz ein, da andere Wundinfektionskrankheiten nur 42mal und Karbunkel nur 28mal vertreten sind. Wichtigere Neuerungen hinsichtlich der Behandlung sind nicht zu erwähnen. — Sepsämie und Pyämie treten wieder, wie meist auch früher, gern zu scheinbar unbeträchtlichen Erkrankungen hinzu, z. B. zu Furunkeln, einmal auch zu Zahncaries, so wie einmal zu einer Mandelentzündung. Meist erfolgte tödlicher Ausgang, in 26 von den 43 Fällen gleich 60,5%. Zuweilen wurden bei örtlichen Herden operative Eingriffe nöthig. Im Blut und Eiter konnten entweder Streptokokken oder Staphylokokken nachgewiesen werden. — Von 5 behandelten Tetanus-Kranken starben 2 trotz Antitoxin, 3 genesen, wovon 1 mit Antitoxin behandelt war, nach Ansicht des Beobachters aber auch ohne dasselbe genesen wäre, da die Krankheit milde auftrat. Stets ließen sich kleine äußere Wunden als Eingangspforte nachweisen.

Von örtlicher Tuberkulose finden sich nicht wenig Fälle; es wurden behandelt an:

Tuberkulose des Bauchfelles	6	mit 3 Todesfällen =	50 ‰
» der Harn- u. Geschlechtsorgane	15	» 1 » =	6,6 ‰
» » anderen Unterleibsorgane	1	» 1 » =	100 ‰
» » Knochen und Gelenke	49	» 6 » =	12,3 ‰
» » Haut	3	» 0 » =	0 ‰
» » Lymphdrüsen	14	» 1 » =	7,1 ‰

Auch für die Tuberkelbacillen ließ sich zuweilen ein kleiner Gewebeerlust der Haut als wahrscheinliche Eingangspforte nachweisen. Bei einer Nierentuberkulose wurde die rechte Niere entfernt; es waren auch Blase und Prostata erkrankt.

Während des Heilungsverlaufes brach ein Abscess in der Gegend der Prostata in den Mastdarm durch, es bildete sich eine Blasen-Mastdarmlistel aus. Einmal wurden bei Nierentuberkulose Bacillen im Harn gefunden.

Dass unter den bösartigen Geschwülsten die Sarkome überwiegen, kann bei dem jugendlichen Alter des Soldaten nicht Wunder nehmen; es wird über 21 Sarkome, 4 Krebse und 1 Myom berichtet. Einige der Sarkome werden auf Traumen zurückgeführt.

Der Brustschnitt wurde im Berichtsjahre 78 mal ausgeführt, und zwar in der überwiegenden Mehrzahl, nämlich 74 mal, mit Rippenresektion. Wurde durch Punktion das Vorhandensein von Eiter nachgewiesen, so wurde stets sofort zur Operation geschritten. 52 mal hat ein metapneumonisches Empyem vorgelegen, mit 9,6% Sterblichkeit; 21 mal mit 14,3% Sterblichkeit war das Empyem idiopathisch entstanden. In beiden Gruppen war die Sterblichkeit sehr viel höher, wenn spät operirt wurde. Auch in der letzten Gruppe nach Schede, Operation bei sekundärem und metastatischem Empyem, war die Sterblichkeit verhältnismäßig niedrig, 20%.

Es ist nicht nur eine genauere Beschreibung einzelner Fälle in der Operationsliste, sondern auch eine Weiterführung der Liste Schede's beigefügt. Einige der Operirten konnten alsbald als dienstfähig zur Truppe entlassen werden, während die Mehrzahl invalidisirt werden musste. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug für die ersten beiden Gruppen 111, für die letzte Gruppe 124 Tage. Einmal wurde die Thorakoplastik gemacht, Anfangs mit Erfolg, doch erlag der Kranke später der sich entwickelnden Lungentuberkulose.

Die operative Entfernung plötzlich erheblich wachsender und Beschwerden verursachender Kropfeschwülste wurde 2 mal mit Erhaltung der Dienstfähigkeit vorgenommen. Die Behandlung des Kropfes mit Thyroidin wurde mehrfach versucht, meist aber ohne, nur 2 mal mit befriedigendem Erfolg.

Von den verschiedenen Behandlungsmethoden des Wasserbruchs hatte nur die Radikaloperation stets dauernden günstigen Erfolg.

Von den 12 eingeklemmten Brüchen, welche in Zugang kamen, gelang in 4 Fällen noch die Taxis, während 8 mal die blutige Operation nöthig wurde; darunter lag 2 mal Bauchbruch vor. Nur 2 mal musste Invalidität anerkannt werden, während die übrigen 6 Operirten dem Dienst erhalten blieben.

Meist konnte innere Einklemmung (13 Fälle) durch hohe Eingüsse beseitigt werden, doch trat 3 mal Tod ein, wo alte Verlöthungen und Bindegewebsstränge, einmal auch Achsendrehung die Einklemmung veranlasst hatten. In einem vierten Falle der ersteren Art gelang die Erhaltung des Lebens, aber nicht der Dienstfähigkeit, durch Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie und Trennung der zahlreichen Verwachsungen.

Unter der Rubrik Darm- und Blinddarmentzündung sind 718 Kranke in Zugang gebracht bei Bestand von 60 Kranken aus dem Vorjahre. Über die innerliche Behandlung derselben ist Neues nicht zu erwähnen, 17 Kranke mussten operirt werden. Es lagen die verschiedensten Verhältnisse vor, 5 Operirte starben, die übrigen wurden geheilt, 3 unter Erhaltung der Dienstfähigkeit. Von den nicht operirten Kranken starben noch 11. Bemerkenswerth ist, dass nur in je einem Falle Kothsteine und Kothballen bei Sektion und Operation gefunden wurden.

69 Kranke sind in Rubrik: Bauchfellentzündung und Ausgänge in Zugang gestellt. Als Ursache werden besonders Verletzungen, aber auch Durchbruch von Magengeschwüren u. dgl. angegeben. Einmal hatte sich allgemeine eitrige Bauchfellentzündung an eine Blinddarmentzündung angeschlossen, und es erfolgte Heilung mit erhaltener Dienstfähigkeit nach Spontandurchbruch in die Blase. 4 mal mit 1 Todesfalle wurde der Bauchschnitt gemacht.

Der schon in den letzten Jahren bemerkbare Rückgang der venerischen Erkrankungen hat auch im Berichtsjahre angehalten, indem im vorigen Jahre noch 21,9‰, jetzt nur 21,0‰ der Kopfstärke erkrankten; im Zeitraum von 1891 bis 1896 waren noch 29,1‰ venerisch erkrankt. Ein Vergleich mit den Armeen

anderer Länder fällt, wie die beigegebene Tabelle ersichtlich macht, sehr zu Gunsten der deutschen Armee aus, doch ist auch bei ersteren ein Rückgang vorhanden. Die Trippererkrankungen sind weitaus überwiegend, indem sie 64,3⁰/₀₀ des Gesamtzuganges an venerischen Krankheiten ausmachen, während nur 14,9⁰/₀₀ auf weichen Schanker und Bubo, 20,8⁰/₀₀ auf konstitutionelle Syphilis kamen. Beim Tripper wurde vielfach Protargol und Argonin angewendet, ohne dass aber die Erfolge durchweg den gehegten Erwartungen entsprochen hätten. Die Janet'schen Spülungen mit hypermangansaurem Kali oder Borsäure scheinen mehr Anklang gefunden zu haben, doch nur bis zum Verschwinden der Gonokokken, nach welchem Tannin oder Zincum sulfocarbolicum bessere Dienste thaten. Ausschneiden des harten Schankergeschwürs war stets vergeblich.

An dem allgemeinen Rückgang der Erkrankungsziffern haben die Ohrenkrankheiten nicht theilgenommen, indem sie jetzt 11,5⁰/₀₀, 1881/82 dagegen 10,9, 1896/97 12,0⁰/₀₀ der Kopfstärke befehlen. Eine längere Betrachtung ist der Zerreißen des Trommelfells gewidmet, welche am häufigsten durch Ohrfeigen bei Balgereien, dann aber durch den Kopfsprung beim Baden verursacht werden. Als prophylaktische Maßregel wird daher empfohlen, beim Baden Bäusche unentfetteter Watte in den Gehörgängen tragen zu lassen, eine Maßregel, die sich durch die Seltenheit der Risse bei den solche Bäusche tragenden Artilleristen als wirksam gezeigt hat. Ref. bemerkt hierzu, dass die Artilleristen auch dahin instruirt werden, beim Schießen den Mund aufzumachen, um die Schwingungen der äußeren Luft gleichmäßig von innen und außen auf das Trommelfell einwirken zu lassen. Vielleicht ist diese Vorsichtsmaßregel wirksamer als die oben genannte. Einfacher Verschluss des Gehörganges mit Watte wird als die beste Behandlung der Trommelfellzerreißen angesehen, von den früher beliebten Ausstritzungen wird jetzt allseitig abgesehen. — In 27 Fällen wurde die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes wegen Mittelohreiterung gemacht, mit nur 1 Todesfall an Hirnhautentzündung und 16 Ausgängen in Dienstfähigkeit. In 1 weiteren Falle ging schließlich der Proceß noch weiter und musste die Radikaloperation folgen, welche aber den Tod nicht mehr aufhalten konnte. Der einzige weitere Fall, in welchem die Radikaloperation nach Stacke ausgeführt wurde und gleich von vorn herein in Aussicht genommen war, führte zur Heilung mit Dienstfähigkeit.

Ganz außerordentlich ist die Zahl der Erkrankungen der äußeren Bedeckungen, welche absolut 89403 beträgt und 173⁰/₀₀ der Kopfstärke ausmacht. Lupus und tuberkulöses Hautgeschwür wurden mehrmals beobachtet und die Behandlung mit dem Paquelin meist nicht von dauerndem Erfolg befunden. Zurückgegangen ist wohl in Folge der sorgfältigeren Hautpflege die Zahl der Panaritien, deren frühzeitige Eröffnung sich für die Erhaltung der Dienstfähigkeit und die Behandlungsdauer von gleich günstigem Einflusse zeigte. Das Anästhesirungsverfahren nach Oberst wurde im Allgemeinen dem Schleichen vorgezogen; auch Äthylchlorid fand viele Freunde. Nicht selten wurden vor der Eröffnung im Lazarett Salzwedel'sche Spiritusverbände mit Vortheil im Revier angewendet, wie sich dieselben auch in der Behandlung der Zellgewebsentzündungen im Beginn durchaus bewährt haben. Häufig konnte völliger Rückgang der Entzündung damit erreicht werden, besonders bei nicht zu tief unter Muskelschichten gelegenen Herden. Aber auch, wo dieser günstigste Erfolg ausblieb, begrenzten sich die Eiterherde rasch und konnte der unentbehrliche Einschnitt klein bleiben. — 4mal wurden Abscesse im perirenaln Zellgewebe eröffnet, nur 1mal mit ungünstigem Ausgang. Durch frühzeitige Einschnitte wurden stets, auch wenn Eiter nicht nachweisbar war, die bedrohlichen Erscheinungen bei der tiefen Zellgewebsentzündung des Halses (Angina Ludovici) rasch beseitigt.

Für Entstehung von Osteomyelitis macht ein Beobachter wiederholte Zerren von Muskeln an ihren Knochenansätzen verantwortlich, indem er annimmt, dass an den gezerrten Stellen die Ansiedelung vorhandener Eitererreger begünstigt werde.

Unter dem Begriff des neu eingeführten Krankheitsbildes: »Fußgeschwulst« wollen die Verf. des Sanitätsberichtes eine schmerzhaft Anschwellung des Mittelfußes verstanden wissen unter Ausschaltung von Zellgewebsentzündungen, rheumatischen und tuberkulösen Erkrankungen. Somit wären darunter dreierlei Krankheitszustände unterzubringen: Entzündung des Bandapparates, besonders im Lisfranc'schen Gelenk, Entzündung der Knochenhaut mit Ausschwitzungen in dieselbe, so wie krankhafte Veränderungen der Knorpel und Knochen, unter welchen bekanntlich namentlich die Brüche der Mittelfußknochen Bedeutung erlangt haben und mittels der X-Strahlen frisch oder später durch Callusbildung etc. erkennbar sind.

Auch in diesem Berichtsjahre wurde wiederum eine Sehnenzerreiung, diesmal des langen Beugemuskelns statt des langen Streckmuskelns des linken Daumens als Veranlassung des als Trommlerlähmung bezeichneten Symptomen-Komplexes beobachtet. — Exerci- und Reitknochen kamen diesmal in großer Zahl, 24, zur Kenntnis, mehrmals wurde deren Ausschälung mit gutem Erfolg vorgenommen. Man fand, dass die Knochenneubildung keineswegs stets von Knochenhautfetzen ausgehe, sondern auch von dem intermuskulären Bindegewebe unter Beteiligung von Blutergüssen.

Aus der Gruppe der mechanischen Verletzungen mit 71 600 Zugängen heben wir zunächst hervor die durch Quetschung der Brust und des Unterleibes bewirkten Zerreißungen innerer Organe, unter welchen ein kleiner Einriss der linken Herzkammer nebst 4 cm langem Riss in der Scheidewand der Herzkammern durch Hufschlag sofort zum Tode führte. 2mal wurde bei Leber-, 1mal bei Milzzerreißung die Bauchhöhle eröffnet, nur bei einer der ersteren wurde das Leben erhalten; dabei war die Leberwunde tamponirt und eine Kochsalzinfusion gemacht worden. Ebenfalls durch Hufschlag oder durch Quetschung des Leibes beim Überschlagen des Pferdes entstandene Darmzerreiungen wurden in 3 Fällen Veranlassung zum Bauchschnitt, nur 1mal mit Ausgang in Genesung; in diesem Fall waren die im Dünndarm aufgefundenen 2 Risse genäht worden. — Verhältnismäßig häufig kam es zu Nierenzerreiung, und zwar 3mal durch Fall, 1mal durch Stoß beim Fechten, 7mal durch Hufschlag. Die Blutbeimengung zum Harn war oft sehr erheblich, oft trat Fieber, 2mal Brustfellentzündung hinzu. In allen 11 Fällen kam es ohne Eingriff zur Heilung, 7mal sogar mit Erhaltung der Dienstfähigkeit.

Von den mit Knochenbrüchen Zugegangenen und im Bestand Übernommenen sind gestorben 19 = 0,82%, dienstfähig 1486 = 64,4%, anderweitig entlassen 494 = 21,4%. Die 2089 neuen Knochenbrüche vertheilen sich auf die einzelnen Knochen wie folgt:

Oberarm	43	gestorben	0 = 0 %
Unterarm	270	›	0 = 0 %
Hand	234	›	0 = 0 %
Oberschenkel	59	›	1 = 1,7 %
Unterschenkel	507	›	0 = 0 %
Fuß	521	›	0 = 0 %
Kopf	165	›	18 = 10,9 %
Schlüsselbein	193	›	0 = 0 %
Schulterblatt	12	›	0 = 0 %
Rippen	69	›	0 = 0 %
Wirbel	4	›	0 = 0 %
Becken	12	›	0 = 0 %

Absprengungen der Kondylen des Oberarms führten 4mal zu operativer Entfernung, 1mal auch die Absprengung des Trochanter major. — Durch Fall auf die Hand kam ein Bruch im oberen Drittel der Elle mit Verrenkung des Capitulum Radii zu Stande. — Querbrüche der Kniescheibe pflegten unter Heftpflasterschienen- oder Gipsverbänden knöchern oder fibrinös zu verheilen ohne wesentliche Funktionsstörung. Nur 1mal wurde die sekundäre Knochen-naht nöthig bei einem veralteten Bruch mit 3,25 cm Abstand der Bruchstücke

von einander; dabei fand sich noch ein 1,5 : 0,5 cm großes abgesprengtes Knochenstückchen zwischen den Bruchstücken.

Auf die Wichtigkeit der baldigen Massage wird allseitig aufmerksam gemacht; Aspiration von Blutergüssen wird nicht erwähnt. — Bei Unterschenkelbrüchen sind Gehverbände nicht selten und mit gutem Erfolg angewendet worden; es herrscht aber keine Einigkeit hinsichtlich des Zeitpunktes ihrer Anlegung. — Unter den Schädelbrüchen befinden sich Brüche des

Schäeldaches 27, davon	einfache 4,	gestorben 3
	offene 23,	> 1
Schädelgrundes 23, davon	einfache 19,	> 7
	offene 4,	> 3

$$14 = 28\%$$

Der ausnehmend günstige Verlauf der offenen Brüche des Schäeldaches mit nur 4,3% Todesfällen ist dem frühzeitigen operativen Eingreifen zuzuschreiben, wobei sich einmal ein Haarbüschel, einmal ein erbsengroßes Stück Tuch der Mütze auf der Dura fanden.

Von den 604 Verrenkungen hatten ihren Sitz an den oberen Gliedmaßen 519, an den unteren 77, an anderen Gelenken 8. Von seltenen Verrenkungen sind zu erwähnen: 1 Luxatio erecta humeri, 1 Verrenkung der Hand nach hinten neben 3 nach vorn, 1 des Unterschenkels nach vorn, 1 nach außen, 1 des Fußes nach hinten mit Bruch des äußeren Knöchels, 1 des Sprungbeinkopfes nach oben und innen auf das etwas verdrängte Naviculare (Röntgenbild), 1 der rechten 2. Zehe sohlenwärts unter das Köpfchen des Mittelfußknochens; 1 der Mittelfußknochen im Lisfranc'schen Gelenk nach oben. Letztere Verrenkung war beim Sturz mit dem Pferde durch Hängenbleiben im Bügel entstanden; ihre Einrichtung gelang nicht, ein blutiger Eingriff wurde abgelehnt, doch hinderte die zurückgebliebene Hohlfußbildung den Mann nicht, als Unterofficier bei der Feldartillerie weiter zu dienen. Endlich ist noch bemerkenswerth, dass die Kniescheibe einmal senkrecht auf die Kante gestellt war. Heftige Beschwerden nach einer Verrenkung des Steißbeines nach vorn nöthigten zur blutigen Entfernung desselben.

Die Anzahl der Schussverletzungen ist auch in diesem Jahre erheblich, 372, wovon 133 mit 50% Sterblichkeit den Kopf, 44 mit 42% Sterblichkeit die Brust, 4 mit 50% Sterblichkeit den Unterleib und 191 ohne Todesfall die Gliedmaßen betrafen.

Eine beigegebene Tabelle weist nach, wie sich diese zahlreichen Verwundungen auf die verschiedenen Arten von Geschossen vertheilen, giebt auch Auskunft über den Ausgang. Auch in diesem Jahre finden wir, dass Platzpatronen tödliche Verwundungen an Kopf, Brust oder Unterleib veranlassen können, ja dass auch mit Schrot- und Wasserladungen Selbstmörder ihr Ziel zu erreichen vermögen. Dass die mit selbstmörderischer Absicht aus nächster Nähe abgegebenen Schüsse überhaupt den größten Antheil an der Todesrate haben, ist selbstverständlich. Weit mehr interessiren uns die Schussverletzungen durch scharfe Patronen. Unter den 36 des Kopfes und Halses mit Gewehr- und Karabinergeschossen befinden sich nur 3 durch Unglücksfall, wovon 1 Haarseilschuss aus 3 m Entfernung in kurzer Zeit ohne Eiterung heilte. Die beiden anderen, aus 150 und 200 m hatten sehr raschen Tod zur Folge; beide Mal war das Geschoss quer durch den Schädel gegangen, hatte bei dem aus 150 m getroffenen Mann das Schäeldach mit Weichtheilen größtentheils abgehoben und zertrümmert. Weniger erheblich waren die Zerstörungen bei dem aus 200 m getroffenen Mann: Einschuss linkes Schläfenbein, erbsengroß, rundlich, im Knochen oval, scharf-randig, Ausschuss rechtes Schläfenbein, in der Haut fünfpfennigstückgroß, unregelmäßig, mit zackigen Rändern, im Knochen gleichfalls unregelmäßig, etwas größer; von beiden Knochenöffnungen gehen verschiedene Sprünge aus. An der Grundfläche des Gehirns verläuft wagrecht eine grabenartige Rinne, links am tiefsten, auch Zermalmung des linken Schläfenlappens, Zerreißung der Art. basilaris, des linken Riech- und Sehnerven, Zerstörung des rechten großen Keilbeinflügels, Abreißen des Türkensattels. Sehr groß sind in den anderen, aus nächster Nähe

abgegebenen Schüssen die Zertrümmerungen des Schädeldaches und Hirns; ersteres war 1mal ganz abgerissen, 1mal waren Knochen- und Weichtheilfetzen bis auf 4 m Abstand fortgeschleudert. Sehr auffallend ist, dass sich bei einem Selbstmörder kein Ausschuss fand; leider wurde die Sektion nicht gestattet. — Bei den tödlich verlaufenen Brustschüssen trat der Tod meist sehr bald durch Zerreißung des Herzens und der großen Gefäße ein; unter den 4 Geheilten war bei einem sehr erhebliche Blutung aufgetreten, bei einem anderen brach ein Lungenabscess in die Luftröhre durch. Ein auf 200 m bei einem Fluchtversuch durch die linke Lunge geschossener Gefangener lief mit diesem Schuss noch weiter, bis er durch einen Schuss ins Knie niedergestreckt wurde; der Brustschuss hatte anfänglich starke Blutung, dann nur leichten Blutausswurf veranlasst und heilte in 3 Wochen. Der bei demselben Manne vorhandene Schuss durch den rechten Unterschenkel hatte den Schienbeinschaft zerschmettert; im Hautausschuss fanden sich mehrere Knochensplitter. — Dass die Revolver- und Pistolengeschosse geringere Durchschlagskraft entfalten, immerhin aber oft genug den Tod herbeiführten, steht mit den allgemein gemachten Erfahrungen im Einklang.

Stichwunden durch die Lanze sind in 13 Fällen berichtet; nur 1 davon verlief tödlich, eine Bauchwunde, trotz sofort ausgeführtem Bauchschnitt und nochmaliger Eröffnung der Bauchhöhle, und zwar durch Verblutung. Auch die 3 vorgekommenen Pfählungen gingen in Heilung mit erhaltener Dienstfähigkeit aus. Mehrere Messerstichwunden waren mit Schlagaderverletzungen, 1 auch mit Durchtrennung des N. radialis verbunden; letzterer wurde genäht, erstere unterbunden. 1 durchbohrende Bauchwunde gab Veranlassung zum Bauchschnitt, ohne Erfolg, in einem anderen Falle wurde das vorgefallene Netz abgetragen, der Stumpf reponirt, Wunde genäht. Es erfolgte nach einigen Stunden Tod, und fanden sich je eine Wunde in Dünn- und Blinddarm und Bluterguss.

Aus den in der Operationsliste aufgeführten 271 Operationen heben wir hervor 9 Diaphysen-, 8 Gelenkresektionen, 24 Amputationen und 18 Exartikulationen, zusammen 59 Operationen an den Gliedmaßen mit 8 Todesfällen, d. h. 13,6% Sterblichkeit. Außerdem starb später noch ein im Schultergelenk Resecirter an Lungentuberkulose und ein wegen Sarkom im Hüftgelenk Exartikulirter wahrscheinlich an Recidiv. Die größte Sterblichkeit hatte die Exartikulation im Hüftgelenk mit 3 von 6 oder 50%, ungerechnet den oben angeführten später Gestorbenen. Von den übrigen Todesfällen kommen 1 auf Resektion des Hüftgelenks an Entkräftung und Amyloidniere, 1 auf Oberschenkelamputation wegen Sarkom (wahrscheinlich an Lungensarkom), 2 auf Oberschenkelamputationen wegen Zermalmung der Beine durch selbstmörderisches Überfahrenlassen von der Eisenbahn, 1 endlich auf Exartikulation der durch Huftritt gequetschten großen Zehe. Die 3 Unterarm-, 1 Oberarm-, 9 Unterschenkelamputationen hatten keinen Todesfall, während die Sterblichkeit der 9 Oberschenkelamputationen 33,3% betrug. Auch sonst bietet die Operationsliste im Einzelnen noch manches, was der Durchsicht lohnt, wie auch der ganze Bericht eines eingehenderen Studiums sowohl für den Chirurgen als den Internen werth ist. Lühe (Königsberg i/Pr.).

10) Schlick. Meine kriegschirurgischen Erfahrungen während der chinesischen Wirren im Juni bis Oktober 1900.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1901. August [Doppelheft].)

Unter dem deutschen Kontingent bei der Entsatzungsgruppe des Admiral Seymour hatte S. 80 meist durch Gewehrschuss verursachte Verwundungen gesehen; die feindlichen chinesischen Truppen waren fast durchweg mit einem Kleinkalibergewehr ausgerüstet.

Unter den 8 Kopfschüssen befindet sich eine als »Luftstreifschuss« bezeichnete Verwundung, deren einzige objektive Zeichen stecknadelkopfgroße Blutergüsse in die Bindehaut des unteren linken Augapfels bildeten, während am 3. Tage noch subjektive Beschwerden in Gestalt von Kopfschmerz und Schwindelanfällen hinzutreten. Der Verletzte hatte eine unangenehme Druckempfindung, als sei ein Geschoss am linken Auge »vorbeigesaut«. Die meisten Chirurgen werden wohl Ref.

zustimmen, wenn er glaubt, dass es sich hier um eine leichte Kontusion des linken Auges durch mattes, wahrscheinlich indirektes Geschoss, und nicht um einen Luftstreifschuss gehandelt habe. Seitdem Ref. in der Schlacht an der Lisaine einem breitbeinig dastehenden Kanonier ein französisches 8pfündiges Armstronggeschoss zwischen den Beinen durchfliegen und sich bald darauf in die Erde bohren und explodieren sah, ohne dass auch nur die geringste unangenehme Empfindung, ganz geschweige eine Verletzung bemerkt worden wäre, glaubt er nicht mehr an Luftstreifschüsse. Von 3 Gesichtsschüssen hatten 2 den Verlust eines Auges zur Folge, während 1mal die Hornhautwunde sich schloss und der Augapfel sich trotz Verlustes der Linse wieder füllte. Einer der ersten Verwundeten war noch mindestens von 3 weiteren Geschossen im Gesicht getroffen, welche später durch Röntgenstrahlen im rechten Os petrosum, im Unterkiefer und im Kehlkopf aufgefunden wurden; das im Os petrosum ließ man stecken. 3 Schüsse durch Schädel und Hirn hatten sehr raschen Tod zur Folge, ohne dass ausgedehntere, explosionsartige Zertrümmerungen der Knochen und des Hirns vorhanden waren; Ein- und Ausschussöffnung waren klein, hatten glatte Ränder. Angeblich sollten 2 dieser tödlichen Verwundungen nur aus 200—250 m, eine etwa aus 800 m Entfernung beigebracht sein.

Unter den 6 Halswunden war 1 sogleich tödlich, 3 nach einiger Zeit. 1mal war die Carotis communis getroffen; es trat zwar starke arterielle Blutung mit Chokerscheinungen auf, allein durch Fingerdruck und Kompressionsverband konnte sie zum Stehen gebracht werden. Allmählich bildete sich ein Aneurysma, welches später ausgeschnitten wurde. Von 8 Schusswunden der Brust waren 7 penetrierend, 1 nicht. Nur 2mal trat Tod ein, und zwar lag 1mal eine Durchbohrung des Herzbeutels vor mit Hämoperikardium, 1mal war die Lunge durchbohrt, ein starker hämorrhagischer Erguss bildete sich aus und endete das Leben trotz 2maliger Punktion; hier war der Verlauf der blinden Schussrohre derartig, dass man auf eine Verletzung der Lungenwurzel schließen musste. Selbst dieser Schwerverletzte würde wohl haben gerettet werden können unter besseren Bedingungen, als sie der schwierige Rücktransport in höchst staubiger Luft zu bieten vermochte. Von den Genesenen behielt 1 leichte Herzbeschwerden; wahrscheinlich war hier der Herzbeutel gestreift. 1 Schussverletzung des Rückens durch Granatsplitter und eben solche der Bauchwand bieten nichts Besonderes, 1 Leberschuss heilte rasch, hinterließ aber Schmerz in der Leber, so dass sich in dieser vielleicht noch ein Abscess bildet oder Cirrhose entwickelt.

Von 18 = 22,5% Verwundungen der oberen Gliedmaßen entfallen auf die Schultern 3, den Oberarm 7, den Ellbogen 3, Unterarm und Hand 5. Häufiger waren die Verletzungen der unteren Glieder, nämlich 34 oder 42,5% der ganzen Reihe, von welcher die Gliedmaßenwunden überhaupt 52, d. h. 65% betrogen. 16mal war der Oberschenkel, darunter 2mal der Knochen getroffen, 3mal das Knie mit nur 1 Knochenwunde, welche einen tödlichen Ausgang nahm, 10mal der Unterschenkel mit 2 Schussbrüchen, 5mal endlich der Fuß mit 1 Schussbruch. Da auch unter den 18 Verwundungen der oberen Glieder nur 5mal Knochen getroffen war, nämlich 1mal Schulterblatt, 2mal Oberarm, 1mal Ellbogengelenk, 1mal Unterarm, so ergibt dies für die oberen Glieder 27,7%, für die unteren 17,7%, im Ganzen für Gliedmaßenwunden 21,2% Knochenverletzungen. Es ist mithin noch nicht in einem Viertel aller Gliedmaßenwunden der Knochen getroffen worden, was sicher sehr bemerkenswerth ist. Auch waren größere Splitterungen, wie sie von anderen Beobachtern aus den jüngsten Kriegen der Kleinkaliberära beschrieben sind, höchst selten, selbst wenn die Verwundungen aus näheren Abständen, 200—250 m, gesetzt worden waren. Diese auffallende Abweichung glaubt Verf. dadurch erklären zu können, dass die Chinesen für ihre Patronen vielleicht zu wenig oder schlechtes Pulver verwendet haben. Eine ähnliche Muthmaßung ist ja bekanntlich auch für die durch spanische Mauseergewehre bewirkten Verwundungen geäußert worden und könnte vielleicht begründet sein. Doch scheint dem Ref. die Zahl von 11 Schussbrüchen der Gliedmaßenknochen zu niedrig, um bestimmte Schlüsse zu ziehen, wenn auch immerhin davon Notiz zu nehmen ist. Doch sei schließlich zu

dieser Frage noch darauf hingewiesen, dass die Abschätzung der Entfernung, aus welcher eine Verwundung bewirkt ist, sehr unzuverlässig ist, und dass man zu dem umgekehrten Schluss aus der Geringfügigkeit der Zerstörung auf die Größe der Entfernung zwar sehr geneigt, aber nicht berechtigt ist. Sehr bedeutsam ist aber der Umstand, dass nur 2mal Blutung aus einem Gefäß bei Gliederwunden vorkam. 1mal war es Zerreißen der Arteria brachialis zugleich mit Schussbruch und Zerreißen der Hauptnerven. Durch den Zwang der äußeren Verhältnisse wurde bedingt, dass die zu provisorischer Blutstillung umgelegte Gummibinde 11 Stunden liegen blieb, ehe die Unterbindung in der Wunde erfolgte; ein Schaden erwuchs hieraus anscheinend nicht. In dem 2. Falle handelte es sich um ein kleineres Gefäß an der vorderen Seite des Oberschenkels. Außerdem spritzten noch 2 kleine Schlagadern bei Abnahme des Nothverbandes an einer Schulterwunde. Nehmen wir hierzu noch die schon erwähnte Verletzung der Arteria carotis communis, so haben wir im Ganzen 3 Primärblutungen und 1, welche man als intermediär zu bezeichnen haben würde, nur 3,75%.

Ofter trat Wundeiterung ein, meist an der Ausgangsöffnung, und wird dies theils durch die ungünstigen Transportverhältnisse, theils durch das Auftreten eines Staubsturmes während der Zeit der Expedition zu erklären sein. Von anderen Wundkrankheiten wird nur ein Tetanus erwähnt, welcher nach schon abgeschlossener eiterloser Heilung einer Weichtheilwunde des Unterarmes begann und rasch zum Tode führte.

Sofortigen Tod auf dem Schlachtfelde oder unmittelbar darauf führten im Ganzen 8 Schussverletzungen herbei, also im Verhältnis von 1:10, während sonst das Verhältnis viel höher zu sein pflegt. Und zwar waren es außer den schon erwähnten 4 Kopfverletzungen noch 4 Brust- und Unterleibswunden mit Verletzung der großen Gefäße. Nach längerer Zeit starben außerdem 7 = 8,75%, so dass unter 80 Schussverletzungen im Ganzen 15 oder 18,75% tödlich verliefen. Auch dies Ergebnis ist, zumal unter Berücksichtigung der schwierigen Verhältnisse, ein sehr günstiges zu nennen und spricht für die geringe Schwere der Verletzungen. Wir erfahren nicht, wie groß das ganze Detachement gewesen ist, und können das Verhältnis der Verwundungen zu der Kopfstärke daher nicht berechnen. Da die Deutschen noch mit 11 mm-Gewehren bewaffnet waren, konnte Verf. Vergleiche zwischen der Wirkung dieser und der Kleinkalibergeschosse anstellen und fand, dass die Zerschmetterung von Weichtheilen und Knochen der gefallenen Boxer oft eine furchtbare war.

Steckenbleiben von Geschossen war nicht selten, Absprenge von Mantelfetzen, Querschläger und Aufschläger waren häufig. Nicht häufig dagegen wurden Fetzen der Bekleidung mitgerissen. Gering war die Zahl der durch Sprengstücke groben Geschosses gesetzten Verwundungen. Lütke (Königsberg i/Pr.).

11) Kolb (Augsburg). Über einen Fall von subkutaner Milzruptur mit Spontanheilung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1901. August [Doppelheft].)

12) Loison (Paris). Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la rate, dans les contusion de l'abdomen.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1901. Juliheft.)

13) Vénon (Dey). Rupture traumatique de la rate par coup de pied de cheval — splenectomie — mort 10 jours après l'opération.

(Ibid.)

K. berichtet über Spontanheilung einer traumatischen Milzruptur, L. über einen rasch tödlich verlaufenen und einen durch Bauchschnitt und Tamponade in Heilung, endlich V. über einen trotz Splenektomie tödlich ausgegangenen Fall derselben Art. Während in den 3 übrigen Fällen gleich nach der Verletzung größere Blutungen auftraten und das Leben bedrohten, waren im Falle K.'s anfänglich nur die Zeichen einer mäßigen Quetschung der Unterleibsorgane wahrzunehmen. Erst

am 4. Krankheitstage trat plötzlich unter Collapserscheinungen eine beträchtliche Dämpfung und tastbare Geschwulst mit starker Schmerzhaftigkeit in der Milzgegend auf, welche die Entstehung einer sekundären intrakapsulären Blutung nahelegten. Da der Mann die vorgeschlagene Operation verweigerte, wurde nur Ruhe und Eisblase verordnet, auch eine subkutane Einspritzung von *Secale cornutum* gemacht. Allmählich erfolgte die Rückbildung bzw. Aufsaugung des Ergusses.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

14) Wilms. Zur Behandlung der Leberrupturen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. No. 34 u. 35.)

In den letzten 5 Jahren wurden 19 Fälle von Leberzerreißung der Leipziger chirurg. Klinik zugeführt. Von diesen starben 4 ohne Laparotomie. Die Leberruptur war complicirt im Falle 1 mit Rippenbruch, im Falle 8 mit Zwerchfellriss, im Falle 3 mit ausgedehnten Rippenbrüchen, Nieren- und Lungenzerreißung, *Fractura femoris*, im Falle 4 mit Nierenruptur und Brustbeinfraktur. Im 1. Falle war ferner die Gallenblase völlig abgelöst, sie hing nur noch am *Ductus cysticus*, im 2. Falle lag ein 21 g schweres Stück Leber im rechten Vorhof. 4 weitere Fälle wurden laparotomirt, ohne dass jedoch wegen der Schwere der Verletzung eine therapeutische Maßnahme möglich gewesen wäre. Im Fall 6 bestand noch Lungenzerreißung und Pneumothorax, im Falle 7 Ruptur der Milz und Nieren, im Falle 8 Becken- und Oberarmbruch. Im Falle 5 und 8 lagen die Gefäße der Pfortader und die der *Vena cava* im Bereich der Rupturen in größerer Ausdehnung wie freipräparirt da, im Falle 6 fand sich ohne Rippenbruch ein 10 cm klaffender Riss in der rechten Lunge nahe am Hilus.

In 3 Fällen (9, 10, 11) wurde die Laparotomie ausgeführt wegen innerer Blutung. Im Falle 9 wurde die zertrümmerte Milz entfernt und erst später bei der Sektion eine Zerreißung des linken Leberlappens gefunden. Eben so wurde bei Fall 10 die Zerreißung des rechten Leberlappens erst durch die Sektion gefunden, nachdem bei der Laparotomie Milz und linke Niere wegen Zertrümmerung exstirpirt waren. Im Falle 11 lag gleichzeitig eine Darmzerreißung vor. Der Fall zeichnete sich durch starkes Erbrechen und Stuhldrang aus.

In 5 Fällen 12—16 wurde laparotomirt und tamponirt. Beim 14. und 16. war die Leber so zertrümmert, dass an einen Erfolg der Tamponade nicht zu denken war. Die Pat. starben wenige Stunden nach dem Unfall. Im Falle 12 war die Leberzerreißung sicher tödlich; die Blutung stand nach der Tamponade. Bei Pat. 17 erreichte die Tamponade ebenfalls eine Stillung der Blutung; der Tod erfolgte am 7. Tage an einer Infektion. In Fall 15 starb die 64jährige Pat. nicht in Folge der Leberverletzung (Tamponade), sondern der anderen Läsionen: mehrfache Rippenfrakturen, Riss im Zwerchfell und Herzbeutel, pneumonische Herde, Lungenödem. Im Falle 16 zogen die großen Venenstämme der Pfortader wie freipräparirt durch die Zertrümmerungshöhle.

Durch Laparotomie geheilt wurden die Fälle 17, 18, 19. Im Falle 17 war die Blutung sehr gering; es wurde weder Naht noch Tamponade angewandt. Es blutete jedoch etwas nach, und als am 3. Tage schwere Erscheinungen, die gewiss auf eine Darmperforation hindeuteten, auftraten, wurden nach nochmaliger Laparotomie die Blutgerinnsel entfernt. Die Schmerzen hörten dann gleich auf. Im Falle 18 stand bei der geringen Läsion die Blutung gleich durch Tamponade. Im Falle 19 war die Zerreißung des rechten Leberlappens eine sehr ausgedehnte. Die Blutung stand nach Tamponade. Die Sekretion von Galle durch den Riss war so bedeutend, dass sich eine Entfärbung des Stuhles zeigte.

Es wurde also in der Leipziger Klinik, wenn eben möglich, auch bei den schwersten Fällen noch der Versuch gemacht, sie durch Laparotomie zu retten.

Die meisten Verletzten waren überfahren oder zwischen 2 Puffer gerathen. Zwei waren durch Stoß verletzt, einer war aus bedeutender Höhe herabgestürzt. Im letzteren Falle fanden sich entsprechend der bei dem Sturze erfolgten Zerrung am *Lig. suspensor.* neben einem Riss an der Leberunterfläche mehrere Einrisse unmittelbar neben dem Aufhängebande und auf dem Durchschnitt mehrerer Sprünge

in der Lebersubstanz, die deutlich größeren Venenstämmen entlang liefen. Bei den Leberrupturen durch Kompression etc. können die verschiedensten Formen vorkommen. W. wendet sich gegen die Bezeichnung der intrahepatischen Zerreißen und Zertrümmerung als Leberapoplexien, da dieselben meist einer Zertrümmerung des Lebergewebes durch eine aus einem Gefäß erfolgten Blutung ihren Ursprung verdanken.

Bei den durch Stoß verursachten Verletzungen fanden sich unter dem an der Leber sichtbaren Einriß höhlenartige Zertrümmerungsherde. Die hierbei öfter zu beobachtende Ablösung der Kapsel hat für die Stärke der Blutung wenig Bedeutung.

Wichtig ist das Verhalten der Gefäße in den zertrümmerten Herden. Die Venenstämmen liegen frei, wie herauspräparirt. Von ihnen sind Zweige abgerissen. Da hierin die Quelle der Blutung bei der Leberruptur zu suchen ist, so ist es erklärlich, dass sich bei dem geringen Druck die Blutung durch einfache Tamponade stillen lässt.

In der Regel wird es darauf ankommen, überhaupt die Diagnose auf eine innere Verletzung zu stellen. Wesentlich ist hierbei neben der Berücksichtigung des Allgemeinzustandes das Vorhandensein von Dämpfungszonen in den abhängigen Partien des Bauches und die straffe Kontraktur der Bauchdecken.

Da die Tamponade einfacher in der Handhabung ist und schneller wirkt, also die Blutung sowohl wie die Operation abkürzt, so ist sie der Naht der Leberrupturen vorzuziehen.

Borchard (Posen).

15) **Thompson.** Bill in the abdominal cavity.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 7.)

Bei dem durch einen von einem Steinwall fallenden Karren Getroffenen waren rechterseits 7 Rippen gebrochen. Nach 2 Tagen trat Dämpfung der abhängigen Bauchtheile ein; ein Probeeinstich entleerte reine Galle. Da Ikterus, Abmagerung, Fieber eintrat, 4 Wochen später Operation, bei der 4 Quart Galle entleert, die Därme mit der Leber und ihrer Umgebung weithin unlösbar verwachsen gefunden wurden. Durch ein Drain floss noch längere Zeit Galle ab; wenn der Abfluss stockte, entstanden heftige Koliken. Trotzdem trat unter allmählicher Abnahme des Gallenflusses, Färbung des Kothes und Besserung des Allgemeinbefindens völlige Herstellung ein, so dass der Mann arbeitsfähig wurde. Der eigentliche Sitz der Verletzung an den Gallenwegen war wegen der Verwachsungen nicht feststellbar.

Trapp (Bückeburg).

16) **A. Troczewski.** Beitrag zur Kasuistik der primären nicht traumatischen Leberabscesse.

(Gaz. lekarska 1901. No. 5—8.)

Genuine primäre Leberabscesse sind bekanntlich verhältnismäßig selten, und ist daher folgender vom Verf. beobachteter und operirter Fall von besonderem Interesse. Ein 18jähriges bis nun vollständig gesundes Mädchen erkrankte, während es seine, an Abdominaltyphus leidende, Herrin pflegte, plötzlich unter den Symptomen eines mit hohem Fieber und Schüttelfrösten einhergehenden septischen Processes. Vom ersten Tage an heftige Schmerzen in der Lebergegend; die physikalische Untersuchung ergab eine bedeutende Vergrößerung der Leber. In der 3. Krankheitswoche konstatierte Verf. folgenden Befund: Rechtsseitige Pneumonie; Pat. stark cyanotisch, Temperatur 40, Puls 130. Ikterus. Bauch mäßig aufgetrieben, namentlich im rechten Hypochondrium. Dasselbst die Leber als prall elastische, fluktuirende, bis an den Nabel reichende Geschwulst zu tasten. Die Probepunktion fördert Eiter zu Tage. In schwacher Chloroformbetäubung wurde die Bauchhöhle durch einen 1 cm vom Rippenbogen abwärts mit demselben parallel verlaufenden Schnitt eröffnet. Da das Bauchfell der Leber mit dem parietalen Blatte fest verwachsen war, wurde der Abscess gleich eröffnet, worauf über 1 Liter eines gelben, mit nekrotischen Leberpartikelchen reichlich vermengten

Eiters herausfloss. Die Abscesshöhle im rechten Leberlappen erwies sich gut kindskopfgroß. Tamponade derselben. Der weitere Verlauf war noch durch wiederholte, durch Eiterretention bedingte Fieberexacerbationen so wie durch eine zuerst seröse, später eitrige rechtsseitige Pleuritis kompliziert, die eine Rippenresektion erforderte. Schließlich volle Heilung. **Trzebicki** (Krakau).

17) **Krug** (Kassel). Beitrag zur Ausräumung der Gallenwege nach **Rose**.

(Münchener med. Wochenschrift 1901. No. 32.)

In dem mitgetheilten Falle wurden von der angelegten Gallenblasenwunde aus, nach Entfernung der in ihr gefundenen Steine, mehrere im Cysticus, im Choledochus und in der Wand des Duodenum in der Ampulle gelegene, durch kombinierte Handgriffe allmählich bis in die Gallenblase geschobene Steine entfernt, die Blase sodann eingenäht und drainirt. Der Fall beweist nicht nur die Nothwendigkeit sorgfältigster Tastung und Sondirung der Gallenwege (Kuhn'sche Spiralsonde) zum Nachweis in der Tiefe versteckt gelegener Steine, sondern auch den Werth der Rose'schen Methode, wenigstens für nicht zu große Steine.

Kramer (Glogau).

18) **P. Langer**. Erfolgreiche Exstirpation eines großen Hämangioms der Leber.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 3.)

Verf. veröffentlicht die von Pfannenstiel vorgenommene Exstirpation eines Hämangioms der Leber bei einer 37jährigen Frau, das durch seine beträchtliche Größe eine große Rarität darstellt. Die Operation gestaltete sich ganz enorm schwierig. Die Blutstillung erforderte eine außerordentliche Mühe und wurde durch Anwendung des Paquelin, Umstechungen und Tamponade erreicht. Die Unterfläche des linken Leberlappens, doch auch die des Lobus quadratus und Lobus Spiegeli waren der Ursprungsort der Geschwulst, deren Entfernung der Pat. ihre Gesundheit völlig wieder herstellte.

Mikroskopisch bestand die Geschwulst aus einem Maschenwerk von dünnen Bindegewebsbälkchen, die nichts mehr von Lebergewebe erkennen ließen, und zahllose, mit einander in Verbindung stehende Bluträume von verschiedener Größe zwischen sich fassten, deren Wandungen mit Endothel ausgekleidet waren. An der Basis wie an der Peripherie der Geschwulst fand sich normales Lebergewebe, das allerdings schon von ektatischen Blutgefäßen durchzogen war.

Im 2. Theil der Arbeit stellt L. die in der Litteratur veröffentlichten Fälle zusammen, bei denen es sich um Exstirpation von Geschwülsten aus der Leber handelt. Alle Autoren behandeln als das wesentlichste Moment die Blutstillung, welche zum Theil durch den Paquelin, theils durch Konstriktion mit dem elastischen Schlauch oder durch Naht und Tamponade erzielt wurde. Sneguirew will Wasserdampf von 100° angewendet wissen. Pfannenstiel sieht als das beste Mittel die stumpfe Nadel und dem rothglühenden Paquelin an. Die Abbindung großer Geschwulstpartien mit dem Déchamp bewährte sich ihm außerordentlich.

Unerlässlich ist ferner die extraperitoneale Behandlung der Leberwunde, die, wo eine Naht angewendet werden muss, nur mit Katgut versorgt werden sollte, da die Ausstoßung von Seidennähten die Heilung beträchtlich verzögert. Antiseptische Stoffe sollten zur Tamponade nicht verwendet werden wegen des starken Resorptionsvermögens des Lebergewebes.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an **Prof. E. Richter** in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung **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.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

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

No. 52. Sonnabend, den 28. December. 1901.

Inhalt: F. Kuhn, Die perorale Intubation. (Original-Mittheilung.)

1) Müller, Tuberkelbacillen- und Sporenfärbung. — 2) v. Barącz, Botryomykose. —
3) Neisser und Wechsberg, Staphylotoxine. — 4) u. 5) Madsen, Tetanolyse. — 6) Dor,
Cytolytisches Krebsserum. — 7) Genevet, Infektiosität des Handschweißes. — 8) Cannon,
Intracraneller Druck nach Kopfverletzungen. — 9) Caminiti, Heilwirkung der Dura bei
Schädelverletzungen. — 10) Demoor, Trepanation. — 11) Chetwood, Kontraktur des
Blasenhalses. — 12) English, Blasenkrebs. — 13) Kraus, Intravesicale Behandlung. —
14) Geelot, 15) Edebohlis, 16) Sturmdorf, Wanderniere. — 17) Sternberg, Nierensteine.
18) Tschekan, 19) Goris, Hirnabscess. — 20) Keen, Epilepsie. — 21) Torotta, Psycho-
pathie bei Ohrleiden. — 22) Alt, Otitische Sinusthrombose. — 23) Bassères, Rücken-
markstrauma. — 24) Reimann, Rückenmarkstichverletzung. — 25) Amerikanischer Kongress
für Urologie. — 26) Hock, Katheterdesinfektion. — 27) Richter, Prostatitis. —
28) Pendl, Fremdkörper in der Harnblase. — 29) Chesmann, Blasenhernie. — 30) Reimann,
Hydronephrose. — 31) Bruch, Anuria calculosa. — 32) Kinnikutt, Orchitis und
Epididymitis bei Typhus. — 33) Warnak, Gebärmutterkrebs. — 34) Potorowski, Eier-
stocksäbrom. — 35) Koslowski, Spina bífida.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhaus in Kassel.)

Die perorale Intubation.

Von

Dr. Franz Kuhn.

In einer kleinen skizzenhaften Mittheilung in der Wiener klin. Rundschau¹ habe ich vor ungefähr Jahresfrist eine Tubage der Luftwege beschrieben, die den Zweck erfüllen soll, die Mundhöhle gleichsam für die Athmung zu überbrücken und die Luftröhre oder ihre obere Endigung, den Kehlkopf, in unmittelbare (im Endeffekte ebenso wie bei der Tracheotomie) Verbindung mit der Außenluft und der Außenseite des Körpers zu bringen. Diese Verbindung soll aber ohne Eröffnung der Trachea, also ohne Tracheotomie, nur durch Herausführen eines Metallrohres von den Luftwegen aus dem Munde erreicht werden.

¹ F. Kuhn, Der Metallschlauch bei der Tubage und als Trachealkanüle. Wiener klin. Rundschau 1900. No. 28.

Der Gedanke an ein derartiges Vorgehen liegt für Den, der die Intubation kennt, übt und verehrt, nicht sehr fern. Packend wird jedoch die Idee in dem Augenblicke, in dem sich begründete Aussicht eröffnet, einem Pat. auf einfache Weise mittels solcher Tubage während der Narkose Luft, und zwar in jedem Falle und unter allen Umständen und in beliebiger Menge zuführen zu können. Alle prophylaktische oder temporäre Tracheotomie fiele dann weg, abgesehen davon, dass sehr häufig schon eine Besserung der vorhandenen ungenügenden Athmung bei der Narkose recht wünschenswerth erscheint.

Nachdem ich nun seit meiner ersten Publikation den Gedanken einer durch die Mundhöhle reichenden Intubation weiter verfolgt und unter verschiedenen Voraussetzungen Apparate konstruirt und Versuche angestellt habe und zuletzt die Instrumente, die meinen Beifall hatten, sowohl an gesunden Luftwegen als bei operativen Eingriffen in der Nähe derselben erprobt, erlaube ich mir im Folgenden die Methode einer solchen peroralen Intubation, wie ich sie jetzt ausführe, im Einzelnen aus einander zu setzen.

Das Instrumentarium ist, wie ich es von einem chirurgischen Apparat, der gangbar werden soll, fordern zu müssen meine, einfach: ein Metallschlauchrohr².

Damit es gelinge, dieses Rohr um die Biegung im Pharynx herum in den Larynx und in die Trachea einzuführen, bedarf es natürlicherweise noch eines Führungsstabes, der in der von mir benutzten Form kaum an die von O'Dwyer erinnert. Er besteht im Wesentlichen aus einem halbkreisförmig oder katheterförmig gebogenen dicken Draht mit Handgriff.

Um endlich das von den Lippen aus in die Luftwege reichende Rohr außen am Munde nach der Einlegung zu befestigen, empfiehlt sich außen nach Art des Schildes der Tracheotomiekanülen ein queres Stück, das im Mundwinkel am besten mittels einer um den Kopf geführten Gummischnur befestigt wird. Von ihm aus ragt zwischen die Zähne ein Fortsatz hinein, der die Zähne zum Durchtritt des Schlauches aus einander hält und stark genug ist, auch einen krampfartigen Biss von Seite eines Narkotisirten auszuhalten. An diesem Schilde findet das Tubagerohr Ansatz und, am besten in verstellbarer Form, Befestigung.

An dieser Stelle sei ausdrücklich betont, dass es mir vorerst auf die kleinsten Einzelheiten in der Konstruktion der Apparate durchaus nicht ankommt, dass ich vielmehr diese vorerst für noch modi-

² Zur Orientirung über Metallschlauchsonden etc. etc. sei auf einige Arbeiten, welche das Princip und die Vortheile solcher Instrumente ganz allgemein erörtern, verwiesen:

F. Kuhn, Die Bedeutung des Metallschlauchprinzips für die praktische Medicin. Zeitschrift für praktische Ärzte 1896. No. 21.

F. Kuhn, Die Metallschlauchsonde im Dienste der klinischen Diagnostik, insbesondere des Magen-Darmkanals. Münch. med. Wochenschr. 1896. No. 37—39.

ficirbar halte und gern auf begründete Vorschläge eingehe. Wichtig und würdig der Publikation an solcher Stelle erscheint mir in erster Linie das Princip und das, was bis jetzt unter verschiedenartigen Anwendungen erreicht wurde.

Solcher Anwendungen aber sind recht viele; denn abgesehen von der großen Chirurgie, wo alle die Luftwege beengenden Tumoren des Halses vor, während und nach der Operation das künstliche Offenhalten der Luftwege gebieten können, hat man schon bei der täglichen Narkose häufig das Bedürfnis, die Glottis und den Kehlkopfeingang gleichsam durch ein Speculum vom Munde her offen zu halten; dann viele von selbst auch das Halten der Kiefer und das Vorziehen der Zunge weg.

Die Technik der peroralen Intubation ist relativ einfach, so dass ich nicht glaube, dass beim Erwachsenen ein Kollege, der ungefähr mit den einschlägigen Handgriffen vertraut ist oder sich durch einiges Probiren damit vertraut gemacht hat, bei der Ausführung der Intubation in Verlegenheit kommen dürfte.

Wenn es bei der Intubation eines Kindes wesentlich ist, die Aryknorpel aufzusuchen und vor der Spitze des diese Knorpel berührenden linken Zeigefingers die Spitze der O'Dwyer'schen Kanüle anzusetzen, so ist es bei der Intubation des Erwachsenen schon genug, die Epiglottis sehr lebhaft hochzuziehen (was durch einigen Zug an der Zunge schon zu bewerkstelligen ist), die Unterseite der Epiglottis mit dem linken Zeigefinger zu umgreifen und an dieser Unterseite entlang die Kanüle in den Aditus laryngis gleiten zu lassen. Leichte Dreh- oder seitliche Bewegungen lassen das Rohr in die Tiefe schlüpfen. Während man mit einem Finger (Zeigefinger) der rechten Hand, welche den Führungsstab hält, das Metallschlauchrohr vorschiebt und den Führungsstab successive herauszieht, hilft die linke Hand durch Festhalten des Rohres bei der Einführung mit.

Natürlicherweise tritt beim Einschieben des Fremdkörpers in den Larynx, wenn die Narkose noch nicht sehr tief ist, etwas Hustenreiz, selbst leichte Suffokation ein, daneben etwas stärkere Sekretion der Trachea; es geschieht dies namentlich bei ganz intakter Schleimhaut, während bei Tumoren oder Strumen die Schleimhaut schon weniger empfindlich und an manche Zumuthung gewöhnt ist. Im ersteren Falle kann etwas Cocain oder Antipyrin in bekannter Weise die Reizbarkeit etwas herabsetzen.

Doch auch ohne Anästhetica beruhigt sich die Schleimhaut alsbald und es tritt Toleranz ein.

Die Vorgänge sind eben nicht anders wie bei der Tracheotomie, bei der ja auch, je reaktionstüchtiger das Individuum und je weniger in Kohlensäurenarkose, desto lebhafter und anhaltender nach Einführung der Kanüle die Sekretion und die Hustenstöße sind. Im Vergleich mit der Tracheotomie wird bei der peroralen Tubage die Sachlage begrifflicher Weise bedeutend modificirt durch die wesentlich größere Länge des Rohres. Dies aber reichlich zu kompensiren,

wird gelingen, wenn man zur Intubation, so wie ich Werth darauf lege, thunlichst weite Rohre nimmt. Die näheren Details über diese Verhältnisse, über Weite der Rohre und Länge im Einzelfalle werde ich an anderer Stelle des Genauereren erörtern.

Ein wesentlicher Punkt ist die häufige Reinigung des einliegenden Tubagerohres von Schleim und Sekret, was der narkotisierende Assistent mittels einer dünnen Spiralbürste zu besorgen hat.

Kommen wir jetzt zu den Indikationen für die perorale Tubage.

1) Am wichtigsten und nothwendigsten wird ihre Verwendung sein, wo wir seither wegen Kompression der Trachea tracheotomiren mussten, also bei Struma und Strumektomie. Nach meinen seitherigen Erfahrungen ist es bei starker Kompression der Luftröhre durch Strumen, so dass die Fortsetzung der Narkose und ein Weiterarbeiten in der Narkose ohne Tracheotomie unmöglich gewesen wäre, mit Hilfe der peroralen Tubage leicht möglich, momentan Luft zu schaffen, die Narkose ungestört und unbeängstigt fortzusetzen und in aller Ruhe die Strumektomie zu vollenden. Selbst nach Vollendung der Operation und nach dem Erwachen kann das Tubagerohr noch stundenlang liegen bleiben; ob dies auch tagelang ginge, habe ich noch nicht versucht.

Ein großer Vortheil dieser meiner Intubation bei den Strumaoperationen gegenüber der Tracheotomie liegt zunächst jedenfalls in der rascheren Ausführbarkeit der Intubation, ein zweiter noch größerer aber in der Keimfreiheit der Wunde, die man sich durch die Tracheotomie zerstören müsste. Dabei leistet die Tubagekanüle das gleiche, wie die Tracheotomiekanüle von König.

2) Die zweite Verwendung wird sein, wo das Einfließen von Sekret oder Blut in die Luftwege zu fürchten ist. Nach meinen Erfahrungen wird der hängende Kopf in vielen Fällen von Operationen in der Mundhöhle durch die perorale Intubation zu entbehren sein, indem durch das einliegende Rohr eine Aspiration unmöglich und um das Rohr selbst eine Art von Tamponade des hinteren Rachens anzubringen ist.

Viele Pat. ertragen nach Einlage der Kanüle Schwämme und große Tupfer tief hinten im Rachen und über dem Zungengrund leicht und dauernd und ohne Reaktion. Dabei ist ein großer Vortheil, dass der in solchen Fällen durch das einliegende Mundspeculum weit klaffend gehaltene Kiefer eben so wenig wie die nach hinten sinkende Zunge die Athmung stört. Weder Kiefer noch Zunge brauchen gehalten zu werden, man kann vielmehr selbst die Nase noch fest verschließen, und die Athmung ist doch ausreichend. Also selbst im Falle, dass man absichtlich alle Luftzuführungswege hermetisch verlegt, übernimmt nach meinen Versuchen das Tubagerohr allein die ganze Luftzufuhr, und zwar in Form ganz ruhiger, kräftiger Athemzüge.

3) Endlich gelingt es mit Hilfe der peroralen Tubage, schon bei der täglichen Narkose die Luftwege offen und zugänglich zu erhalten,

auch selbst ohne Vorziehen der Zunge und ohne Halten des Kiefers. Ein eventueller Glottiskrampf ist leicht und ganz zu beheben. Ein Glottisödem bei entzündlichen Zuständen im Halse wäre mit Intubation zu behandeln.

Selbst ein direktes Einblasen von Luft in die Luftwege ist nach Einlage der Kanüle mit Hilfe eines aufgesetzten Gummiballons möglich und ist bei eingetretener Asphyxie als naheliegender Handgriff an weitaus erster Stelle zu versuchen.

1) **A. Müller.** Über Tuberkelbacillen- und Sporenfärbung unter Anwendung von Kaliumperkarbonat und Wasserstoff-superoxyd.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde Bd. XXIX. No. 20.)

An Stelle der bisher üblichen Differenzirung mit Säuren bei der Färbung von Tuberkelbacillen, wobei leicht Verluste an nachweisbaren Tuberkelbacillen entstehen, empfiehlt Verf. eine 5—10%ige Kaliumperkarbonatlösung oder noch besser alkalisch gemachtes Wasserstoffsuperoxyd (das des Handels ist stets mit Säure versetzt) zu benutzen.

Die Entfärbung der fuchsingefärbten Ausstrichpräparate in Wasserstoffsuperoxyd vollzieht sich schon in wenigen Minuten, doch ist selbst eine 1stündige Einwirkung ohne Nachtheil. Daher eignet sich das Verfahren besonders für Fälle, in denen nur eine spärliche Anwesenheit von Tuberkelbacillen zu erwarten steht, die in Folge theilweiser Entfärbung durch die Säure uns entgehen können.

Hübener (Dresden).

2) **v. Baracz.** Zur Frage eines speciellen Krankheitserregers bei der sogenannten Botryomykose des Menschen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 14.)

Auf Grundlage eines selbst beobachteten, operirten, bakteriologisch und histologisch untersuchten einschlägigen Falles kommt v. B. zu dem Schlusse, dass in den klinisch wie Botryomykom der Finger beim Menschen aussehenden Geschwülsten sich nicht immer der Botryomyces züchten lässt, sondern auch der Streptococcus und Staphylococcus pyogenes albus oder flavus. Der Botryomyces ist somit nicht der einzige Erreger der gestielten Geschwulst an den Fingern und Händen der Menschen, wie es Poncet und Dor behaupten. Diese Geschwülste sind histologisch als polypenförmiges Fibroma myxomatodes zu bezeichnen.

Hübener (Dresden).

3) M. Neisser und Fr. Wechsberg. Über das Staphylo- toxin.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVI.)

Trotz ihrer Ubiquität gehören die Staphylokokken eigentlich mit zu den am wenigsten erforschten Krankheitserregern. Wir finden *Staphylococci aurei* im Eiter, auf der gesunden Haut, auf gesunden und kranken Schleimhäuten, in der Vaccine, in der Luft etc., ohne dass wir wissen, ob das jedes Mal der typische *Staphylococcus pyogenes aureus* ist, oder ob wir es mit verschiedenen Arten zu thun haben. Genau das Gleiche gilt vielleicht in noch größerem Maße für die weißen Staphylokokken. Auch hier ist oft der Unterschied zwischen harmlosen Saprophyten und pathogenen Eitererregern kaum möglich.

Eben so verhält es sich mit unserer Bekanntschaft mit ihren Giften, ja abgesehen von wenigen Untersuchungen Van de Velde's, Kraus' und v. Lingelsheim's wissen wir eigentlich gar nichts über das Vorkommen und die Art dieser Gifte.

Daher ist es dankbar zu begrüßen, wenn Verff. in ihrer eingehenden und interessanten Arbeit unsere Kenntnisse über die Staphylokokkengifte bereichern.

Man kann 2 Arten von Giften in der filtrirten Staphylokokkenbouillon unterscheiden:

- 1) das Hämolysin der Staphylokokken = Staphylolysin,
- 2) das Leukocidin.

1) Das Staphylolysin ist analog den anderen bislang untersuchten Hämolysinen im Stande, je nach dem Grade der Giftigkeit die rothen Blutkörperchen (besonders der Kaninchen) in einer Suspension derselben in physiologischer Kochsalzlösung in mehr oder weniger hoher Menge aufzulösen. Verff. haben eine große Reihe der verschiedensten Aureusarten aller möglichen Herkunft auf dies Verhalten untersucht und gefunden, dass z. B. sämtliche aus menschlichen Eiterungen gezüchteten Aureusstämme Hämolysin bilden. Einige Aureusstämme, die kein Hämolysin bildeten, unterschieden sich auch kulturell von den hämolysinbildenden Aureusstämmen. Es ist von Wichtigkeit, dass die Hämolysine aller Stämme durch die Neutralisation mittels eines einzigen künstlichen Antilylins als identisch nachzuweisen waren.

Von den untersuchten Albusstämmen erwiesen sich nur 2 aus Eiter gezüchtete Stämme als Hämolysinbildner, und zwar wird ihr Hämolysin gleichfalls durch künstliches Aureuslysin neutralisirt.

Verff. schließen daher — ohne ihr Urtheil als endgültig zu bezeichnen —, dass der typische *Staphylococcus pyogenes aureus* und der typische *Staphylococcus pyogenes albus* ein Hämolysin, und zwar ein und dasselbe bilden. Außer diesen pyogenen Arten, die kulturell und durch das Toxin wohlcharakterisirt sind, giebt es sowohl Aureus- wie Albusstämmen (wohl pathologisch ohne Bedeutung), die

sich häufig schon kulturell, sicher aber durch den dauernden Mangel jeglicher Hämolysinbildung von den typischen pyogenen Arten unterscheiden.

Ferner ließ sich nachweisen, dass das Staphylolysin, so weit bislang untersucht, ausschließlich von Staphylokokken producirt wird und völlig verschieden von Tetanolysin ist, ebenfalls auch mit den normalen Thyalysinen nichts zu thun hat. Dasselbe ist entsprechend seiner Konstitution (haptophore und toxophore Gruppen [Ehrlich]) ein Gift, analog dem Diphtherietoxin und dem Tetanustoxin.

Durch Immunisirung mit Staphylolysin lässt sich ein Antilysin künstlich herstellen. Interessant ist die Thatsache, dass das normale Serum von 21 untersuchten gesunden und kranken Menschen Antitoxin von wechselnder Stärke besaß.

Verff. legen den gefundenen Unterschieden Angesichts des spärlichen Materials eine diagnostische Bedeutung zur Zeit nicht bei, doch glauben sie erwarten zu dürfen, dass Staphylokokkenprocesse eingreifenderer Natur in dem Antitoxingehalte des menschlichen Serums zu irgend einem Ausdrucke kommen werden.

Das Leukocidin, dessen Existenz schon von Van de Velde dargegan war, wirkt ähnlich auf die Leukocyten wie das Hämolysin auf die Erythrocyten ein. Mittels einer neuen ingenösen Methode (bioskopische Methode) konnten Verff. im Reagensglase die Wirkung des verschieden starken Leukocidins auf die lebenden Leukocyten verfolgen.

Als Resultat dieser Untersuchungsreihen ist zu erwähnen, dass die Aureusstämme, die kein Hämolysin producirt hatten, auch kein Leukocidin bildeten, dass bei vielen beides sich nachweisen ließ (mehr oder weniger gleichmäßig), dass aber auch bei einer Anzahl pyogener Aurei sich Leukocidinbildung nicht mit Sicherheit feststellen ließ. Hierüber müssen genauere Untersuchungen noch entscheiden. Von den 5 untersuchten Albusstämmen bildeten die 2, die Hämolysin producirt hatten, auch Leukocidin, die anderen nicht. Auch hier ließ sich durch das Antileukocidin, das sich bei mit Leukocidin immunisirten Thieren gewinnen ließ, unschwer die volle Identität des Leukocidins für den typischen *Pyogenes aureus* und den typischen *Pyogenes albus* nachweisen.

Verff. haben somit gezeigt, »dass die pyogenen Staphylokokken 2 Arten Blutgifte produciren, welche als Toxine im engeren Sinne zu bezeichnen sind. Und damit gehören die Staphylokokken in die Reihe derjenigen Mikroben, welche lösliche Gifte produciren. Man wird desshalb bei der Deutung mancher Erscheinungen in der Pathologie der Staphyloomykosen neben den Giften der Kokkenleiber auch diese löslichen Staphylokokkentoxine in Betracht ziehen dürfen«.

Hübener (Dresden).

4) **T. Madsen.** Über Tetanolysin.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXII.)

5) **Derselbe.** Über Heilversuche im Reagensglas.

(Ibid.)

Die beiden aus dem Ehrlich'schen Seruminstitut in Frankfurt a/M. stammenden Arbeiten bieten eine Fülle von interessanten und anregenden Einzelheiten und Beobachtungen über das Tetanotoxin; doch soll in Rücksicht auf die Zwecke dieses Blattes nur das Hauptsächlichste hier mitgeteilt werden.

Ehrlich hat in den Tetanuskulturen außer dem die bekannten Erscheinungen der tetanischen Kontraktur verursachenden Gifte — Tetanospasmin — noch ein von diesem vollkommen verschiedenartiges Gift — das Tetanolysin — gefunden, welches stark hämolytische Wirkungen besitzt. Jedem der beiden Gifte kommt ein besonderes Antitoxin innerhalb des allgemein antitetanischen Serums zu, so dass z. B. ein solches Serum stark antispastisch, aber nur wenig antilytisch wirken kann und vice versa.

Die Wirksamkeit des Tetanolysins und seiner Antikörper (Antilysin) lässt sich durch eine einfache Methode der Farbenvergleichung im Reagensglase genau messen. Setzt man nämlich zu der Auflösung einer gewissen Menge defibrinirten Blutes (z. B. Kaninchen) in 0,85%iger Kochsalzlösung Tetanolysin hinzu, so wird dasselbe von den rothen Blutkörperchen gebunden. Letztere gehen nach einer gewissen Latenzzeit, die von der Giftmenge und der Temperatur abhängt, in die Lösung über, welche letztere durch ihre Färbung, Menge des Bodensatzes von ungelösten Blutkörperchen etc. einen sehr genauen Indikator für die Giftwirkung abgibt.

Dönitz hat vor einiger Zeit gezeigt, dass das Tetanospasmin von den Nervenzellen gebunden wird, schon sehr kurze Zeit, nachdem es in den Kreislauf gelangt ist. Gleichzeitig wies er nach, dass es innerhalb gewisser Grenzen möglich sei, das an die Zelle gebundene Toxin durch Antitoxin derselben wieder zu entreißen.

Die oben erwähnte Affektion der rothen Blutkörperchen gab nun M. die Möglichkeit, das von Dönitz angedeutete Heilproblem an lebenden Zellen im Reagensglase zu untersuchen. Dieselbe zeigt eine Analogie mit dem Prozesse, der sich bei der Vergiftung des lebenden Organismus (Nervenzelle mit Tetanospasmin) abspielt.

In der That gelang es, durch Antilysin das schon an die rothen Blutkörperchen gebundene Tetanolysin zu extrahiren und unschädlich zu machen. Dies ist nicht allein möglich, bevor die toxische Wirkung eingetreten ist, sondern man kann in jeder Phase der Lösung das Weiterschreiten des Processes verhindern, mit anderen Worten: »So lange ein tetanolysinvergiftetes rothes Blutkörperchen lebend (nicht gelöst) ist, ist eine vollständige „Heilung“ durch Antitoxin noch möglich.«

Hübener (Dresden).

6) **L. Dor.** Premiers essais de cytolysé des cancers.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1901. No. 13.)

D. berichtet über seine weiteren Versuche, ein cytolytisches Krebsserum herzustellen. Einem Kaninchen wurde ein eigroßes Stück eines sehr bösartigen Chondrosarkoms der Schulter vom Menschen in die Bauchhöhle transplantiert. Die Neubildung nahm daselbst zuerst enorme Dimensionen an, ohne übrigens das Allgemeinbefinden des Thieres zu stören, wurde aber schließlich bis auf einen nussgroßen Rest resorbiert, und zwar nach 8 Monaten. Um diese Zeit wurde demselben Kaninchen wieder von einem Cancer du cartilage (? Ref.) ein eben so großes Stück in die Bauchhöhle einverleibt, das dies Mal schon in weniger als 2 Monaten verschwand.

»Wir sehen in diesem Experiment«, sagt D., »den Beweis, dass das Serum des Kaninchens für gewisse Krebszellen des Menschen cytolytisch werden kann, da die Einschmelzung der Neubildung im zweiten Falle 5—6mal schneller erfolgte als im ersten.«

Es wird noch ein Versuch an einem mit Melanosarkomen behafteten Kranken mitgeteilt, dem das Serum einer mit Melanosarkom vorbereiteten Ziege injiziert wurde. Ein Geschwulstknoten auf der Brust schmolz von Nussgröße auf Olivengröße ein. Es scheint wirklich ein Erfolg dagewesen zu sein; denn der Kranke selbst bemerkte, man treibe ihm seine Krankheit zurück (sc. ins Blut), ohne ihn zu heilen. Deshalb entzog er sich der Kur.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

7) **E. Genevet.** De l'infection sudorale des plaies chirurgicales par les mains du chirurgien.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1901. No. 18.)

In der Klinik Poncet's wurden von Dor Versuche angestellt über die Infektiosität des Handschweißes. Ohne auf die etwas komplizierte Versuchsanordnung näher einzugehen, sei erwähnt, dass die mit dem gereinigten Finger in Berührung gebrachte Nährbouillon stets steril blieb, während der durch Hitzeeinwirkung transspirierende Finger Reinkulturen von Staphylococcus albus aufgehen ließ.

Aus den Schlussfolgerungen sei hervorgehoben:

- 1) Die absolute Sterilisierung der Hände ist möglich.
- 2) Sie hört auf, sobald die Schweißabsonderung beginnt.
- 3) Da die Desinfektion des Operationsfeldes unmöglich ist, so sind die Hautränder so zu bedecken, dass der Schweiß von der Haut des Kranken nicht in die Wunde gelangen kann.
- 4) Nach gründlicher Sterilisierung der Hände sollen dieselben in eine 2%ige Tanninlösung für 10 Minuten getaucht werden.
- 5) Die Chirurgen sollen mit den Transpirationsverhältnissen ihrer Hände (Schnelligkeit und Menge) bekannt sein.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

8) Cannon. Intracranial pressure after head injuries.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 6.)

C. hat auf Veranlassung Bullard's im physiologischen Laboratorium Experimente am Katzenhirn angestellt, welche folgende Resultate ergaben: Im Augenblick der Verletzung steigt der Blutdruck im Schädel so hoch, dass für einen Augenblick die Blutströmung im Hirn aufhört; unmittelbar danach steigt der allgemeine Blutdruck; dann sinkt er, um einer allmählichen Erholung Platz zu machen, die mit normalem Blutdruck und größerer Ausdehnung der Gehirnpulsation verbunden ist. Gelegentlich kommt es unmittelbar nach der Verletzung zu Athmungslähmung, die durch künstliche Athmung behoben werden kann, falls die Hersthätigkeit gut bleibt. Das vom Verf. beobachtete Ansteigen des intracraniellen Druckes unmittelbar nach der Verletzung auf 25 cm Wassersäule genügt nicht zur Erklärung des Hirndruckes. C. findet diese darin, dass durch die Verletzung, welche Hirndruck zu erzeugen pflegt, stets Quetschungen, Blutaustritte und kleine Thrombosen in feinen Hirnarterien erzeugt werden. Dadurch werden Hirntheile in ihrer Ernährung beeinträchtigt, weil die Gefäße Endarterien sind. Das des Sauerstoffs beraubte Gewebe hat eine sehr große Neigung zur Wasseraufnahme, wie Verf. experimentell nachweist, durch Einlegen von Katzenhirnen in physiologische Kochsalzlösung, worin sie zuerst schnell, dann langsamer an Gewicht zunehmen. Demgemäß erklärt er die Zunahme des intracraniellen Druckes ebenfalls durch osmotische Vorgänge, durch welche die ihrer Ernährung beraubten Gehirnteile Wasser aufnehmen und anschwellen. Werden diese doch auch stets ödematös gefunden. Der osmotische Vorgang ist auch im Stande, viel höheren Druck zu erzeugen, als eine Transsudation. Der Druck wirkt auf die einzig kompressiblen Theile des Hirns, die Gefäße und schließt immer mehr Theile von der Ernährung aus, worauf diese wiederum durch Wasseraufnahme anschwellen, bis der Druck so hoch wird, dass er dem Blutdruck gleichkommt, wonach dann die Blutversorgung des Gehirns überhaupt aufhört. — Näheres über Anordnung der Versuche ist nicht mitgetheilt. Trapp (Bükeburg).

9) R. Caminiti. La dura madre nelle riparazioni delle lesioni del cranio. (Ricerche sperimentali.)

(Clinica med. 1901. No. 5.)

C. hat die Frage, welchen Antheil die Dura mater bei dem Heilungsprocesse einnimmt, erneuten Experimenten zu Grunde gelegt, um dadurch einige in der Litteratur bestehende Differenzen zu klären. Die Versuchsanordnung war eine dreifache. Einmal legte er nach weiter Ablösung des Periosts eine Trepanationsöffnung im Knochen an; die Dura blieb intakt, und durch Naht wurde alsdann die Weichtheilwunde wiederum darüber vereinigt. In einer 2. Reihe bildete er in der Tiefe der Trepanationsöffnung einen Duralappen, den er zurückschlug und zwischen Dura und Knochen bezw.

zwischen Knochen und Galea schob. In einer 3. Versuchsreihe endlich hat C. excidirte Durastücke und zur Kontrolle auch Periostlappchen, in die Rumpfmuskulatur überpflanzt.

Die erzielten Resultate, welche auch in 7 mikroskopischen Figuren illustriert werden, lassen sich kurz in Folgendem zusammenfassen: Die Dura bildet ähnlich wie Knochenmark und Periost neuen Knochen, jedoch in geringerem Grade; für die Heilungsvorgänge im klinischen Sinne kommen also diese beiden Elemente mehr in Betracht; auch an der Galea aponeurotica können sich eben so wie an der Dura ossificirende Prozesse abspielen. Das Ausbleiben eines knöchernen Verschlusses bei Duraverletzungen beweist nicht, dass die Knochenneubildung normaliter lediglich der Dura zufällt; ersteres sei vielmehr Folge des konstant eintretenden Hirnvorfalles. Die in den Muskel überpflanzte Dura bildet auch dort Knochen.

(C. kommt also zu etwas anderen Schlüssen wie Berezowski [Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LIII], dessen eingehendste, aus Kocher's Schule hervorgegangene klinische und experimentelle Untersuchungen in letzter Zeit wohl die maßgebenden waren; immerhin ist der Unterschied nur ein gradueller, kein principieller; denn nach Berezowski geht der Verknöcherungsprocess von der Dura eben so wie vom Periost und Knochenmarke aus. Ob nun bei Duraverletzungen der Hirnvorfall als solcher den knöchernen Verschluss verhindert, möchte Ref. dahingestellt sein lassen.)

A. Most (Breslau).

10) J. Demoor. Les effets de la trépanation faits sur des jeunes animaux.

(Bull. de l'acad. Roy. de méd. de Belges 1901. No. 5.)

D. erzielte, ähnlich wie Danilewsky 1898, durch Trepanation ganz junger Hunde und Kaninchen eigenthümliche Wachstumsstörungen des Gehirns, welche nach einigen Monaten zum Tode führten. Dabei waren Gehirn und Hirnhaut bei der Operation absolut unversehrt geblieben und der Wundheilverlauf ein vorzüglicher. Die Hunde gingen im 6. Monat unter epileptischen Krämpfen zu Grunde, Kaninchen im 4.—5. Kurz vor dem Tode trat bei Hunden und Kaninchen eine auffallende Abmagerung ein. Die Zellen der Hirnrinde zeigten ganz allgemein, nicht etwa lokal um den Operationsherd herum, Veränderungen des Kerns und Cytoplasma, Vacuolenbildung in letzterem, Veränderungen der Fortsätze, überhaupt eine allgemeine Degeneration der Hirnrinde. Eine Erklärung für diese Veränderungen steht noch aus. D. wirft mit Recht die Frage auf, ob nach diesen Erfahrungen am Thiere die Trepanation ganz junger Kinder z. B. wegen Idiotie, Mikrocephalie, Epilepsie, Hydrocephalus überhaupt noch statthaft sei; er glaube befürchten zu müssen, dass auch bei ihnen in der Pubertätszeit ähnliche Degenerationen nachfolgen könnten.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

11) **C. H. Chetwood.** Contracture of the neck of the bladder.
(New York med. record 1901. Mai 18.)

C. versteht unter Kontraktur des Blasenhalses eine fibröse Stenose des vesicalen Sphinkters oder fibröse Infiltration des Drüsen- und Muskelgewebes um den Blasenhals. Häufig würden Steinsymptome vorgetäuscht, während ebenfalls eine senile Prostatahypertrophie wegen des mechanischen Hindernisses für die Entleerung des Urins differentialdiagnostisch in Frage käme. Viele von den publicirten Fällen von Prostatahypertrophie wären solche einfache Kontrakturen, besonders einige (der nach Bottini Operirten, oder die Befunde entsprächen dem Kontrakturtypus der Prostatahypertrophie, indem sie einen fibrösen Ring an der Blasenmündung herstellen, welche mehr oder weniger Drüsengewebe enthält. Dieser Befund kann allein oder gleichzeitig mit centraler einseitiger oder doppelseitiger Prostatahypertrophie vorkommen.

Das Vorkommen einer solchen organischen Obstruktion am Blasenhalse ohne Vergrößerung der Prostata wird von verschiedenen Autoren anerkannt (Mercier, Fuller, Thompson), wenn auch die Definitionen verschieden ausfallen. Auch v. Frisch deutet auf eine Blaseninsuffizienz hin mit Residualurin, welche sich aus lange bestehendem Sphinkterspasmus erklärt. C. giebt lang dauernde Entzündungsprocesse in der Region des Trigonum oder des Sinus prostaticus u. A. als Ursachen an.

Die Hauptsymptome sind Pollakiurie und sonstige Veränderungen der Harnentleerung (wie sie eben so bei Steinkranken und Prostatikern vorkommen) bei den einfachen obigen Fällen ohne gleichzeitige Prostatahypertrophie und mit negativem Befunde bei Mastdarmuntersuchung. Mit einer kurzschnabeligen Sonde lässt sich beim Eintritt in die Blase ein Hindernis feststellen. Eine Verlängerung der Harnröhre ist ohne Weiteres nicht vorhanden.

Die Behandlung eines solchen Zustandes kann radikal nur durch die Entfernung des Hindernisses für den Harnabfluss beseitigt werden. Die Gefahren der Bottini'schen Operation, Blutung, Retention, Abscesse, schwere Infektionen müssen sich vermeiden lassen, wenn vom Damm aus die nöthige und genügende Drainage stattfindet. Auch die nöthige Präcision wird bei Bottini vermisst; daher die Bestrebungen, ein Instrument mit Cystoskop anzuwenden.

C. führt daher in Steinschnittlage nach der Sectio mediana zuerst den Finger in die Dammwunde und überzeugt sich vom Zustande der Blasen Halsregion und Prostata. Dann wird ein modificirtes Bottini'sches Instrument, dessen Schnabel im rechten Winkel abgebogen ist, als Kauter verwendet und durch die Wunde eingeführt. Die Spülung geschieht durch einen Assistenten vom Orificium ext. uretrae aus. Allgemeinnarkose, Nachbehandlung mit täglichen Blasen-spülungen, Entfernung des perinealen Drains vom 3.—6. Tage.

Kasuistik von 16 eigenen so operirten Fällen, davon 6 angeblich einfache Kontrakturen des Blasenhalses, 3 ohne ausgesprochene

laterale Hypertrophie im Stadium des Kontrakturtypus der hypertrophischen Prostata. 5 mit mehr oder weniger ein- oder doppel-seitigen Hypertrophien, 1 Fall mit Steinen, 2 Tuberkulöse, 2 Diabetiker.

Ein Todesfall 5 Wochen nach der Operation an Pyelonephritis. 7 ganz geheilt, 3 gebessert und 5 theilweise gebessert; in 2 Fällen war vorher Sectio alta ausgeführt worden, in einem eine Fistel zurückgeblieben, die sich schloss; perineale Fisteln blieben keimnal; Urinbeschwerden und Residualurin wurden meist beseitigt, Inkontinenz in 2 Fällen zurückgeblieben; 2 Pat. bekamen Hodenentzündung nach der Operation, hatten aber schon vorher derartige Anfälle gehabt.

Die sorgfältige Darstellung der 16 Krankengeschichten scheint in der That zu ergeben, dass durch dieses Vorgehen, die galvano-kaustische Durchtrennung der Prostata, die schweren Komplikationen, welche aus der mangelhaften Drainage der Wunde bei Bottini her-rühren und diese an sich so vorzügliche Operation immer als eine unchirurgische erscheinen lassen müssen, vermieden werden können. Allerdings gehen auch Vortheile der Bottini'schen Methode (Nothwendigkeit der Narkose), längere Bettruhe bei C.'s Verfahren theilweise verloren, was bei dem hohen Alter der Kranken nicht zu unterschätzen ist. Auf die Krankengeschichten können wir weiter nicht eingehen.

Loewenhardt (Breslau).

12) Englisch. Das infiltrirte Carcinom der Harnblase.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 10.)

Diese Form des primären Krebses in der Blase, besonders die diffuse, gehört zu den außerordentlichen Seltenheiten, beweist aber die Unrichtigkeit der Klebs'schen Annahme, nach welcher primärer Krebs der Blase überhaupt nicht vorkommt, sondern von der Vorsteherdrüse ausgehen soll.

Die vorliegende Abhandlung gründet sich auf das Studium der wenigen in der Litteratur niedergelegten und zweier selbstbeobachteter Fälle, von denen nur der eine, der zur Operation und Obduktion kam, genauer mitgetheilt wird. Der zweite glich dem beschriebenen in allen Erscheinungen, doch konnte ein Sektionsbefund nicht erhoben werden.

Bei den infiltrirten (die Bezeichnung »infiltrirenden« dürfte wohl eine sachgemäßere sein. Ref.) Neubildungen der Blase, speciell dem Krebs, sind 2 Formen scharf zu unterscheiden. Die echte ist diejenige, wo bei einer in die Lichtung der Blase ragenden Geschwulst an deren Basis die umgebende Blasenwand meist nur auf eine geringe Ausdehnung infiltrirt erscheint. Die zweite, hier allein in Rede stehende Form ist die, in welcher die Neubildung die Wand der Blase durchsetzt, wohl eine Verdickung, aber keine eigentliche sich gegen die Blasenwand erhebende Geschwulst. In den späteren Stadien finden sich zwar mitunter Wucherungen der Schleimhaut, doch sind dieselben nur von geringer Ausdehnung, meist papillen-

artig oder zottenförmig, seltener knotig. Es bildet demnach die Verdickung der Blasenwand das wichtigste Zeichen.

Hat sich die Neubildung noch nicht (was erst in den späteren Stadien zu geschehen pflegt) auf die Umgebung ausgebreitet, so hat man bei der bimanuellen Untersuchung eine ballonartige Masse vor sich, die die Fortpflanzung eines Druckes von vorn her gleichmäßig auf die andere untersuchende Hand überträgt. Dies ballonartige der Geschwulst neben gleichmäßiger Oberfläche und auffallender Härte ist ein ganz besonders ausschlaggebendes Zeichen gegenüber den starken einfachen Hypertrophien.

Bei der Mastdarmuntersuchung findet man Samenleiter und Samenblasen scharf begrenzt der hinteren Geschwulstfläche angelagert. Die Untersuchung über einem eingeführten Instrument ergibt weniger Aufschluss.

Eins der wichtigsten Zeichen ist das Verhalten der Größe der Geschwulst vor und nach dem Katheterismus: Nach der Entleerung durch Katheter nimmt die Geschwulst nur um ein Geringes ab.

Unter den Symptomen steht häufiger Harndrang obenan, der enorme Schmerzen verursacht, die auch nach der Entleerung der Blase nicht schwinden. Auch besteht unabhängig von diesen Schmerzen eine neuralgische Form, die besonders nach dem kleinen Becken und der Kreuzbeingegend längs des Ischiadicus ausstrahlt. Diese qualvolle Schmerzhaftigkeit erklärt sich leicht aus der Infiltration der Muskelschichten und ist nur mit den stärksten Dosen von Narkoticis zu beeinflussen. Versuche, dieselben durch Verweilkatheter zu lindern, blieben erfolglos. Es ist diese Schmerzhaftigkeit eines der wichtigsten Zeichen der infiltrirenden Krebsformen.

Die Lymphbahnen ziehen zu den Lymphdrüsen in der Umgebung der V. iliaca ext. und an der Theilungsstelle der A. iliaca comm. (bei Mastdarmuntersuchung nicht zu vergessen). Der Harn ist Anfangs normal; erst beim Auftreten der Erschwerung der Harnentleerung wie bei Cystitis: Zersetzbarkeit, Eiter, Blut. Ausnahmsweise kann die Blutung das erste Zeichen sein wie bei anderen Neubildungen, beruht aber nur auf einer stärkeren Blutfülle der Schleimhaut. Kommt es zur Zerstörung der Schleimhaut, so nimmt der Harn jauchige Beschaffenheit an. Charakteristisch ist das Ausbleiben einer Besserung der Harnbeschaffenheit bei Anwendung der verschiedenen Mittel.

Das Übergreifen erfolgt meist auf die Blasenschleimhaut, welche papilläre, zottige oder knotige Beschaffenheit annimmt, seltener in die Umgebung, wodurch die scharf umgrenzte Geschwulst verschwindet. Nicht selten entwickeln sich Knoten der Neubildung in der Umgebung, zumal bei Frauen (im oberen Scheidengewölbe). Metastasen sind seltener als beim Prostatacarcinom. Vergrößerung der Vorsteherdrüse gehört nicht zur Regel.

Der Verlauf ist ein langsamer, der Tod ist durch die Zerstörung der höher gelegenen Harnorgane, besonders der Nieren bedingt.

Die Diagnose wird durch die oben angegebenen Erscheinungen ermöglicht und ergibt sich hauptsächlich dadurch, dass die Verdickung der Blase in keinem Verhältnis zu einem etwa vorhandenen Hindernis steht (Prostatahypertrophie, Harnröhrenstriktur, Blasenstein etc.) und unter Berücksichtigung der heftigen fast andauernden Schmerzen.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: die einfache Hypertrophie der Blasenmuskulatur, die Phlegmone des Cavum Retzii dann, wenn letztere das Cavum prae- und retrovesicale ergriffen hat. Am schwierigsten dürfte sich die Diagnose zwischen infiltrierendem Carcinom der Blase und dem der Prostata gestalten, wenn ersteres sich nach unten, letzteres sich nach oben ausgebreitet hat.

Die einzige radikale Operation ist die Exstirpation der Geschwulst bei rechtzeitiger Diagnose. Vor derselben muss eine genaue Durchsuchung der V. und A. iliaca und längs der Wirbelsäule vorgenommen werden. Entweder partielle oder totale Resektion je nach Befund mit event. Einpflanzen der Harnleiter in die Flexura sigmoidea.

In den nicht operablen Fällen bleibt die Epicystostomie das einzige Mittel, um den Kranken die Schmerzen der jedesmaligen Harnentleerung zu ersparen, wenn sie auch nicht die spezifischen, von dem Füllungszustand der Blase unabhängigen Schmerzen zu beseitigen vermag.

Hübener (Dresden).

13) Kraus (Karlsbad). Über eine neue intravesicale Behandlungsmethode.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 4.)

Demonstration und Beschreibung eines Sprayapparates zum kräftigen Abspülen des Blaseninnern, der hinter einer in einer doppel-läufigen Katheter eingesetzten Zerstäubdüse einen Druck von $2\frac{1}{2}$ Atmosphären (Kohlensäure) erfordert. Dieser Druck wird aber nur hinter der Düse, nicht im Blaseninnern, wo er sehr gering ist ausgeübt. Es gelang z. B. bei einer chronischen eitrigen Cystitis mit mehreren 100 ccm Residuum, rahmigem, fadenziehenden Sekret, innerhalb 30 Sekunden vollkommen wasserklare Spülflüssigkeit zu erzielen und durch cystoskopische Untersuchung festgestellte völlig reine Blasenschleimhaut. Genaueres muss im Original nachgelesen werden.

Hübener (Dresden).

14) A. H. Goelet. The diagnosis and surgical treatment of prolapsed kidney: with demonstration of a simple method of examination for its detection.

(New York med. record 1901. Juni 1.)

G. unterscheidet die angeborene bewegliche Niere (floating) welche, an einer Art Mesonephron in die Bauchhöhle verlegt und mit Bauchfell bedeckt, eine sehr seltene Affektion darstellt und die

eigentliche Wanderniere (Prolapse), zwischen Bauchfell und Muskel extra- oder subperitoneal verschieblich. Ursache, Symptome (darunter Urinbeschwerden besonders am Tage) werden besprochen, darauf eine Untersuchungsmethode, welche Verf. mit Vorliebe anwendet, erörtert. Bei Anwendung letzterer sitzt der Arzt vor dem Pat., welcher aufrecht steht.

Etwa in der Horizontale des unteren Rippenrandes wird die Weiche umgriffen, so dass vorn der Daumen, hinten die 4 Finger eindrücken; ist die Niere verlagert, fühlt man sie mit Hilfe der anderen Hand unter dem Daumen beweglich. Die Technik der Nephropexie bietet nichts Besonderes. Verf. versucht dadurch, dass er die Nähte aus dem oberen Wundwinkel herausleitet, das Organ bei Festziehen unter den Rippenrand zu drängen und legt Parenchymnähte an mit Gazedrainage zur Erzielung der plastischen Entzündung. 3 Wochen Betruhe, Nachbehandlung mit Bandage.

Loewenhardt (Breslau).

15) **G. M. Edebohl.** On bandages for nephroptosis.

(New York med. record 1901. Mai 4.)

E. stellt fest, dass der Erfolg einer Bandage bei Wanderniere abhängt von der Art gleichzeitiger Enteroptose. Je größer letztere, desto besser die Aussichten auf Wirkung einer Bandage oder eines Korsetts. Besteht dagegen Wanderniere ohne allgemeine Enteroptose, wird keine Form eines Apparates genügen. Alle Bandagen mit besonderen Pelotten für die Niere sind vollständig zu verwerfen, weil sie weder im Stande sind, eine bewegliche Niere festzuhalten und zu stützen, noch an sich unschädlich für die Niere oder die Nachbarorgane, besonders den Processus vermiformis. Die außerordentlich häufige Erkrankung des Wurmfortsatzes und ihre Beziehung zur Wanderniere, so wie gleichzeitige Entfernung bei der Nephropexie beobachtete Verf. mehrfach (Centralblatt für Gynäkologie p. 822). In allen Fällen, in denen die Symptome auf eine einfache Bandage nicht zurückgehen, hält E. die Operation für indicirt.

In dem Artikel wird besonders über die günstige Beeinflussung der Nephritis der Wanderniere durch die Nephropexie gesprochen.

Loewenhardt (Breslau).

16) **A. Sturmdorf.** On nephrorrhaphy with flap fixation.

(New York med. record 1901. Juni 22.)

Bezugnehmend auf die Publikation von Robert T. Morris (Med. record 1901 Februar 23) hält S. die Anwendung eines Kapsellappens zur Befestigung der Wanderniere auch für empfehlenswerth zur Sicherung der Verankerung (Morris zieht den Lappen durch einen Schlitz des Psoas oder Quadratus).

Die Lappenbildung bei Morris kann nach Verf. besser ausgeführt werden, wenn man den Längsschnitt etwa in die Mitte verlegt, oben und unten einen Querschnitt darauf setzt und so 2 kor-

respondirende Lappen durch Muskelschlitzte zieht und vereinigt. Es fällt dann die Möglichkeit weg, dass der an der Niere bleibende Rand des einen Lappens gewissermaßen immer noch einen Drehpunkt bilden kann, um den sich die Niere bewegt, und auch event. lockert.

Den Vorzug des Morris'schen Verfahrens, Nähte durch das Parenchym zu vermeiden, erkennt Verf. nicht an, sondern will im Gegentheil, von der Unschädlichkeit und Nützlichkeit tiefer Fixationen überzeugt, auch bei der Lappenmethode durch das Parenchym nähen. Als einen besonderen Vorzug seiner Lappenbildung betrachtete Verf. bessere Ernährung des Lappens und Vermeidung irgend welcher Retention, so wie Sicherheit primärer Vereinigung.

Loewenhardt (Breslau).

17) **M. Sternberg.** Beiträge zur Klinik der Nierensteine, insbesondere ihrer gastro-intestinalen Erscheinungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 16.)

Verf. fasst die Ergebnisse seiner, durch 3 ausführlich mitgetheilte selbst beobachtete Fälle illustrierten Arbeit in Folgendem zusammen:

Zu den regelmäßigen Erscheinungen der gewöhnlichen Nierenkolik gehören Magen- und Darmstörungen; letztere bestehen meist in schmerzhafter Verhaltung von Stuhl und Winden. Die Darmstörung schwindet mit dem Nachlassen des Schmerzanfalles. Während des Anfalles wird sie am besten durch Opium bekämpft.

Mit ausgeprägten Darmerscheinungen ist ein erhöhter Druck im arteriellen System verbunden.

Es giebt Fälle von Nierenkolik, in welchen die gastro-intestinalen Erscheinungen so sehr in den Vordergrund treten, dass das Krankheitsbild wesentlich verändert wird, und eine »gastro-intestinale Form der Nierenkolik« entsteht.

Bei der diagnostischen Erwägung solcher atypischen Fälle hat man zu beachten, dass bei der Nierenkolik eine Druckempfindlichkeit des Harnleiters am McBurney'schen Appendixpunkte auftreten kann, so wie, dass in manchen Fällen des Leidens Veränderungen des Harns sehr lange vollständig fehlen können.

Ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel kann die — von 2 Pat. S.'s unabhängig von einander selbst erprobte — Besänftigung des Schmerzes durch steiles Erheben des unteren Rumpfes abgeben.

Hübener (Dresden).

Kleinere Mittheilungen.

18) **Tschekan.** Chronischer Abscess in der Scheitelgegend der linken Stirnhälfte. Zwei Trepanationen.

(Chirurgia Bd. VII p. 15. [Russisch.])

Der bewusstlos und mit Lähmungserscheinungen ins Semstwo-Krankenhaus gebrachte 35jährige Pat. hatte vor etwa 1³/₄ Jahren Schläge mit einem Knüttel auf

den Kopf erhalten. Außerdem bestand Eiterausfluss aus dem linken Ohr und Schmerzhaftigkeit am Warzenfortsatz. Die Eröffnung des Abscesses war von einer Besserung der Gehirnerscheinungen gefolgt. Wegen darauffolgender Verschlimmerung des Zustandes Trepanation, bei welcher im Scheitelbein zwei alte Risse und ein loses nekrotisches Knochenstück gefunden wurden.

Die Öffnung im Knochen wird erweitert, tiefe Fluktuation gefühlt, aber bei der Punktion mit einem Messer kein Eiter gewonnen. Zurückgehen der bedrohlichen Hirnerscheinungen. Abermalige Verschlechterung, nochmalige Trepanation im Bereich der Roland'sche Furche, weil auch Symptome der Jackson'schen Epilepsie und Aphasie vorhanden waren. Auch bei dieser Operation erschien kein Eiter. Allmähliche geringe Besserung und Entlassung, bei welcher der Kranke zu Fuß nach Hause gehen konnte. Tod 10 Monate nach der Operation, ohne dass die Todesursache erfahren wurde, jedoch liegt es nahe, als solche die fortschreitende Gehirnenterung anzunehmen.
E. Braatz (Königsberg i/P.).

19) **Goris.** Un cas de surdit  verbale pure due à un abcès du lobe temporal gauche d'origine otitique.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1901. Hft. 3.)

Bei einem 40 Jahre alten Mann, der seit Kindheit an dem linken Ohr erkrankt war, stellte sich die verbale Taubheit gleichzeitig mit einem fixen Schmerz im linken Stirnbein und mit stinkendem Ohrfluss ein. G. trepanirte den Proc. mastoid., entfernte eine Menge cariösen Knochens, legte die Dura mater frei, fand jedoch keinen Hirnabscess. Als 3 Tage darauf Verschlimmerung eintrat, trepanirte er 3 cm oberhalb des Meatus auditorius. Nach Entfernung der Trepanatscheibe floss viel Eiter aus, nach Spaltung der Dura kam Eiter aus einer Fistel, die 8 cm weit horizontal von vorn nach hinten ins Gehirn eindrang. Die beiden Trepan ffnungen wurden mit einander verbunden. Nach 12 Tagen konnte Pat. sich unterhalten. Einige Wochen später Heilung.
E. Fischer (Straßburg i/E.).

20) **W. W. Keen.** Two case of operation for traumatic epilepsy; in one of which the lateral ventricle was widely opened; in the other, an abscess of the brain, caused by a portion of bone being embedded in the brain for fourteen months, was evacuated.

(Amer. journ. of the med. sciences 1901. Juli.)

Fall 1. 19j hriger Jüngling hatte 1892 durch Sturz vom Pferde eine komplizierte Schädelfraktur erlitten. 7 Jahre später stellen sich epileptische Anfälle ein, die Krämpfe sind sofort allgemein, nicht lokalisiert, der Kopf wird dabei nach links gedreht. Zwischen den großen Anf llen zahlreiche kleine. Augenbefund normal.

Operation am 17. April 1901. Bildung eines großen Lappens, durch den 2 Sch deldefekte aufgedeckt werden, von denen der gr o ere $3 \times 1\frac{1}{2}$ cm misst. Die Knochenbrücke zwischen den Öffnungen wird entfernt und die Öffnung auf $10 \times 3\frac{1}{2}$ cm Gr o e erweitert. Nach Incision der Dura kommt man in lockeres Bindegewebe. Mit diesem zusammenhängend, etwa 1 cm unter der Dura, findet sich ein dünner, dunkelfarbiger Sack, nach dessen Incision mehrere Unzen Flüssigkeit abfließen. Man kommt in eine Höhle von 10 cm Tiefe, die sich als der weit eröffnete Seitenventrikel erwies. Von grauer und weißer Hirnsubstanz war keine Spur vorhanden. In den Ventrikel wird ein Gummidrain und ein Jodoformgaze-streifen eingeführt, ersteres bereits nach 2 Stunden, letzterer am nächsten Tage entfernt. Dabei entleerte sich blutiger Liquor im Strahl in der Menge von 4 bis 6 Unzen. Merkwürdigerweise machte der bedeutende Verlust an Liquor keinerlei Symptome. Am 6. Tage wurden noch einmal 2—3 Unzen wegen Kopfschmerz und Hervorwölbung des Lappens entleert, am 7. Tage stand Pat. auf, die Wunde heilte per primam.

Am 20. Tage kehrte heftiges Kopfweh wieder, Pat. war etwas benommen. Der Lappen aber nicht vorgewölbt. Am 8. Mai 3 schwere epileptische Anfälle, während deren der ganze Körper scharlachroth ist. Seitdem bis zum 24. Mai kein weiterer Anfall.

Fall 2. Der 21jährige Pat. wurde auf Cuba von rechts nach links quer durch den Kopf geschossen. Er war 6 Wochen bewusstlos, dann trat Epilepsie auf; die Krämpfe lokalisierten sich besonders links und kamen alle 3—4 Wochen ohne Bewusstlosigkeit. Einen Monat nach der Verletzung wurde ein Stück Knochen entfernt, später in einer 2. Operation der Defekt durch Knochenplastik geschlossen. Der Zustand verschlechterte sich danach, die Anfälle traten alle 6—8 Tage auf, waren von heftigen Schmerzen im linken Arm und Bein begleitet, die beide schwächer wurden; dazu kam heftiger Hinterkopfschmerz. Daher wurde am 16. Januar 1901, 11 Monate nach der Verletzung, der eingepflanzte Knochen wieder entfernt. Von da bis zur Aufnahme nur ein Anfall, sonst keine Besserung.

Bei der Aufnahme am 24. März 1901 findet sich eine spastische Paralyse der linken Körperhälfte, zunehmende Somnolenz. Die Temperatur, vorher erhöht, fiel plötzlich bis etwas unter die Norm und hielt sich so. Kopfschmerz und Epilepsie nahmen zu. Die Öffnung im rechten Scheitelbein maß 5×3 cm. Leichte Stauungspapille links.

30. März 1901. Operation mit hufeisenförmigem Lappen, dessen Scheitel unmittelbar links von der Mittellinie liegt. Dura wölbt sich vor, und man fühlt einen harten Körper, der sich beim Einschneiden als ein durch derbes Bindegewebe abgekapseltes Knochenstück von der Größe des Zeigefingerendgliedes herausstellt. Am Boden der so entstandenen Höhle findet sich ein Abscess von etwa $\frac{1}{2}$ Unze Inhalt. Tamponade mit Jodoformgaze, Zurückklappen des Lappens. Tampon schon am 2. Tage entfernt; am 11. und 15. Tage muss der Lappen wegen Eiterretention etwas gelüftet werden. 4 Tage post op. beginnt die Beweglichkeit im linken Arm und Bein wiederzukehren, am 20. April kann Pat. bereits gehen, am 8. Mai wird er entlassen in guter Gesundheit; nur gelegentlich besteht noch leichtes Kopfweh. Über den Einfluss der Operation auf die Epilepsie lässt sich natürlich noch nichts aussagen.

B. v. Hippel (Kassel).

21) A. Toretta. Contribution à l'étude des psychopathies d'origine auriculaire.

(Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. T. XXVII. p. 460.)

Eine ca. 35jährige Frau, in keiner Weise erblich belastet, erkrankt an epileptischen Krämpfen, die sich 1—2mal wöchentlich wiederholen. Nach mehreren Jahren entwickelt sich ein Anfall von maniakalischem Irresein, der nach einer Remission so heftig zurückkehrt, dass Aufnahme in eine Anstalt nöthig wird. Hier wird eine Manie diagnosticirt. Nach ca. 3monatlichem Aufenthalt in der Anstalt beginnen die epileptischen Anfälle, die bisher sistirt hatten, von Neuem und wiederholen sich nun alle 3—4 Tage. In der Folgezeit zunehmender Verfall der geistigen Fähigkeiten, Tod 3 Jahre nach der Aufnahme während eines epileptischen Insultes.

Bei der Autopsie fand sich im linken Schläfenlappen eine große cholesteatomatöse Geschwulst, die denselben zum größten Theil zerstört hatte und durch einen Spalt in der Dura und im Tegmen tympani mit einem Cholesteatom der Paukenhöhle zusammenhing. Großer Trommelfelldefekt hinten oben. Keine Spur von Meningitis.

T. nimmt an, dass es sich um ein primäres Cholesteatom der Paukenhöhle handelt, das in die Schädelhöhle durchgebrochen wie und sich im Schläfenlappen weiter entwickelt hatte. Die Entstehung der Epilepsie und der Psychose führt er auf das intracerebrale Wachstum der Geschwulst zurück.

Hinsberg (Breslau).

22) F. Alt. Über Unterbindung der Vena jugularis bei otitischer Sinusthrombose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 11.)

Unter Mittheilung zweier von ihm operirter und geheilter Fälle, deren 1 mit Unterbindung der V. jugul., bespricht A. die verschiedenen Indikationen unter Be-

rücksichtigung der Litteratur und theilt die betreffenden Statistiken von Körner (von 41 operirten Fällen mit Jugularisunterbindung 61 %, von 38 ohne 42 % Heilung), Forselles (16 Fälle mit Unterbindung 65,5 %, 13 ohne 53,8 % Heilung), Hessler (4 Fälle mit bloßer Ligatur 50 %, 23 mit gleichzeitiger Unterbindung resp. Eröffnung mit 69 %, 54 ohne Unterbindung mit 57,4 %), Jansen (von 11 Unterbindungen 63,6 % Heilung, von 24 ohne Unterbindung 75 % mit).

Hübener (Dresden).

23) Bassères. Lésions traumatiques mortelles de la moelle et du bulbe par hyperflexion ou hyperextension de la tête.

(Arch. de med. et de pharm. milit. 1901. Oktoberheft.)

Die beiden Beobachtungen, welche hier beschrieben werden, zeigen, dass Zerstümmerung des Rückenmarks und des Bulbus sowohl durch Hyperextension als durch Hyperflexion des Kopfes entstehen können. Im 1. Falle war der Mann von großer Höhe ins Wasser gesprungen, es war mehrfacher Bruch des 5. Halswirbels mit Rückwärtsverschiebung des größten Bruchstückes und hierdurch Zerquetschung des Rückenmarks eingetreten. Dagegen war bei dem anderen Manne eine Hyperextension des Kopfes durch den Hufschlag eines Maultieres gegen das Kinn herbeigeführt worden. Hier fehlte ein Schädel- oder Wirbelbruch; außer einem doppelten Unterkieferbruch fand sich Zerreißen der vorderen zwei Drittel der Medulla oblongata, großer Bluterguss unter die Dura an der Basis und in den Seitenventrikeln.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

24) H. Reimann. Ein Fall von Rückenmarksstichverletzung.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 15. Februar 1901.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 8.)

Der in der chirurgischen Abtheilung Schnitzler's im Franz Josef-Hospital beobachtete Fall betraf einen 23jährigen Pat., der mit einem schmalklingigen Taschenmesser einen Stich in die Lendengegend erhalten hatte.

In der Höhe des ersten Lendenwirbels einen Querfinger nach rechts von den Dornfortsätzen befand sich eine 2 cm lange, $\frac{1}{2}$ cm klaffende scharfrandige frontal gestellte Wunde. Vollständige Lähmung der Muskulatur der linken unteren Extremität mit Ausnahme der Adduktoren und des Quadriceps, der in seiner Leistungsfähigkeit stark herabgesetzt war. Die Haut war an der Vorderseite des linken Ober- und Unterschenkels und an der medialen Seite gänzlich, an der lateralen Seite im oberen Antheile für taktile Schmerz- und Temperaturempfindung vollkommen unempfindlich. Fußrücken und Hinterseite der Extremität hyperästhetisch. Kniescheiben-, Achillessehnen- und Fußsohlenreflex links vollkommen erloschen. Geringes Gefühl von Ameisenkriechen links. Keinerlei Blasen- und Mastdarmstörungen. Am rechten Bein vollkommen normaler Befund.

Trotzdem die Stichverletzung rechts von der Wirbelsäule die Haut durchdringt, kann eine rechtsseitige Rückenmarksverletzung nicht angenommen werden, bei dem Fehlen jeglicher Störungen rechts. Die Stellung der Gelenksflächen an den Lendenwirbeln ermöglicht bei einer Stichrichtung von rechts ein Eindringen zwischen die Gelenksflächen und von da in die entgegengesetzte Rückenmarkshälfte.

Um eine typische Brown-Séguard'sche Halbseitenläsion handelt es sich nicht, da bei vollständiger Durchtrennung der linken Rückenmarkshälfte wohl eine motorische Lähmung links zu Stande käme, aber dabei an der rechten Seite Anästhesie bestehen müßte. Gegen die Annahme einer Röhrenblutung in die linke graue Substanz spricht der weitere Verlauf, da die dabei zu erwartende hochgradige Atrophie der Muskulatur, so wie auch eine der Siringomyelie entsprechende Empfindungsstörung ausblieb.

Eine ungewundene Erklärung der Symptome läßt sich nach der Meinung des Votr. nur geben, wenn man sowohl eine Rückenmarksverletzung, wie auch eine Verletzung der hinteren Wurzeln annimmt. Damit stimmt ganz gut der Verlauf.

Die motorischen Ausfallserscheinungen beruhen auf einer geringen Verletzung des Rückenmarks. Der Rückgang der Lähmungserscheinungen ist einerseits aus dem Verschwinden gewisser Processes in der Umgebung der Verletzung (Blutung, Ödeme, etc.) zu erklären, möglicherweise durch eine collaterale Innervation der anderen Seite. Die konstant gebliebenen Sensibilitätsdefekte lassen sich mit der vollkommenen Durchtrennung von sensiblen Wurzeln in Einklang bringen.

Was die Lokalisation betrifft, so lassen sich die motorischen Ausfallserscheinungen nach dem Edinger-Starr'schen Schema auf Läsion des II.—IV. Lendensegments beziehen, womit auch die Störung der Patellarreflexe stimmt. Für die Verletzung der sensiblen Wurzeln sprechen auch die im Verlaufe der Erkrankung auftretenden lancinirenden Schmerzen und Parästhesien, die auf Narbenbildung zurückzuführen sein dürften. Die sensiblen Ausfallgebiete entsprechen der II. bis V. Lendenwurzel.

Hübener (Dresden).

25) The american association of genito-urinary surgeons. Meeting 1901.

(Boston med. and surg. journ. 1901. No. 5.)

Alexander. Behandlung der traumatischen Blasenruptur durch Laparotomie und Naht. Bericht über 45 Fälle, 23 Todesfälle, 22 Heilungen.

A. stellt folgende Forderungen auf: 1) Da viel Zeit verloren geht mit der Diagnosenstellung, ob intra- oder extraperitoneale Verletzung, will er davon abgesehen wissen und in allen Fällen sofort operiren, wobei zuerst der prävesicale Raum abgesucht wird, dann erst event. das Bauchfell eröffnet. 2) Die beste Methode aseptischen Vorgehens in der Bauchhöhle ist die Ausspülung mit heißer, steriler Kochsalzlösung. 3) Blasennaht. Material weniger wichtig als die Art des Nähens. A. macht erst eine Lembert'sche Seidenknopfnah, die dann durch eine Matratsennaht verstärkt wird.

Bryson berichtet über einen Fall von Adenocarcinom der Niere, das frühzeitig durch Cystoskopie und getrenntes Auffangen des Urins beider Harnleiter diagnostiziert und durch Nephrektomie beseitigt wurde.

Thorndicke spricht über 4 Fälle von Nierensteinen, bei deren 2 es gelang, Röntgenbilder zu erhalten; es war 1 Urat- und 1 Phosphatstein.

Hayden. 2 Fälle von Zerreißung der Harnröhre durch stumpfe Gewalt, bei welchen sofort die äußere Urethrotomie gemacht wurde; Heilung in etwa 3 Wochen.

Greene operirt die Hydrocele nach dem Verfahren v. Winkelmann (Languet) durch Inversion des Sackes und Einheilung des Hodens zwischen ihm und der Hodensackwand. 1) Die Operation ist leicht und unbedingt zuverlässig. 2) Schädliche Komplikationen sind nicht beobachtet. 3) Ob schädlicher Einfluss auf Ernährung, Funktion des Hodens stattfindet, muss die Zeit lehren.

Bell theilt einen Fall von völliger Heilung der Prostatahypertrophie nach Prostatektomie mit. Von besonderem Interesse an dem Falle war, dass die Hypertrophie nur linksseitig war, nach linksseitigem Hodenschwund vor 50 Jahren.

Howitz spricht über seine Erfahrungen bei 161 Fällen von Prostataoperationen wegen seniler Hypertrophie. Es kommen in Betracht: Vasektomie, Kastration, Cystotomia suprapubica, Prostatektomie, Bottini's Operation. Bei jeder einzelnen finden sich kurz und übersichtlich seine Erfahrungssätze. Bottini's Operation ist am häufigsten brauchbar, da nur klappenförmige oder sehr große Wucherungen, so wie unheilbare schwere Blaseschädigung eine Kontraindikation geben.

Bangs spricht über Folgezustände nach der Bottini'schen Operation, von denen erwähnenswerth erscheinen: 1) das muskuläre Hindernis unmittelbar nach der Operation; 2) der Heilungsprocess, der aseptisch verläuft; 3) die Nachbehandlung.

Chetwood theilt Einiges über Kontraktur des Blasenhalbes mit, worunter er eine fibröse Stenose desselben versteht. Sie entsteht durch chronische Entzündung, meist gonorrhöischer Natur. Die Erscheinungen sind ähnlich denen des Blasensteines. Die Behandlung besteht in Beseitigung der Ursachen und Incision des verengerten Ringes, womöglich mit perinealer Cystotomie. Trapp (Bückerburg).

26) **Hock.** Neuer Katheter-Desinfektionsapparat.

(Ärztliche Polytechnik 1901. Juli.)

Obiger Apparat stellt einen Kasten mit 3 Schubladen dar, deren obere und untere einen Drahtsiebboden haben, während die mittlere eine Blechschale ist. In diese mittlere wird Trioxymethylenpulver gebracht; in die obere kommen die Katheter zu liegen. Es entwickeln sich Formalindämpfe, welche die Katheter in 1—2 Tagen sterilisieren. Alsdann kommen diese in die untere formalinfreie Schublade, welche mit Luftlöchern versehen ist. Dort verfliegt das Formalin, aber die Katheter bleiben keimfrei, weil die Luftlöcher mit Watte gesichert sind, und so sind die Katheter stets zum Gebrauch fertig. Nach dem Gebrauch sind die Katheter sorgfältig zu seifen und zu waschen, inwendig sauber auszuspritzen, dann gut zu trocknen und einige Stunden in Seidenpapier oder Tuch zu schlagen, ehe sie in den Apparat zurückgebracht werden. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

27) **P. Richter.** Apparat zur Behandlung der chronischen Prostatitis.

(Ärztliche Polytechnik 1901. September.)

Obiger Apparat ist eine Art doppelläufigen Katheters, um dessen Doppellauf eine Gummi- oder Fischblase gestülpt ist. Lässt man zu dem einen Ende Wasser herein, so bläht sich die Blase auf, indem man die Abflussöffnung zuhält. In den Mastdarm eingelegt, kann man mit diesem Apparat kaltes und heißes Wasser mit niedrigem und höherem Druck auf die Prostata einwirken lassen, somit komprimierend, massierend und thermisch wirken.

E. Fischer (Straßburg i/E.).28) **F. Pendl.** Fremdkörper in der männlichen Harnblase.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 5.)

Mittheilungen zweier einschlägiger Fälle, deren erster einen 2jährigen Knaben betraf, bei dem wegen eines Uratsteines die Sectio alta mit günstigem Erfolg gemacht wurde. Der 1½ cm lange spindelförmige Stein hatte sich um das dicke Ende einer Nähnadel gebildet, die etwa noch 1½ cm frei von Konkrementen aus dem Stein hervorragte. Die Ätiologie war nicht zu eruieren, so dass Verf. als das Wahrscheinlichste annimmt, dass die verschluckte Nadel nach Perforation des Darmes in die Blase einwanderte.

Der zweite, 38 Jahre alte Pat. wurde wegen Phosphatstein lithotrypsirt. Als das gefasste Konkrement zertrümmert werden sollte, war der Widerstand auffallend gering. Nach vergeblichen Versuchen, ein festeres Konkrement zu fassen, wurde der Lithotryptor aus der Blase entfernt. An seinen Branchen saßen kleine Partikelchen einer fettartigen Substanz. Die sofort vorgenommene Cystoskopie zeigte weißglänzende, wie Krystalldrüsen aussehende, auf der Flüssigkeit schwimmende Körper. Die Sectio alta förderte 30 g derartiger, theils bis 4 cm langer, theils spindelförmiger und kugliger, weicher und zäher Körper zu Tage, die sich bei chemischer Untersuchung als Paraffin erwiesen. Heilung.

Wahrscheinlich hatte der Pat. sich die Paraffinstäbchen eingeführt in dem Glauben, hierdurch der Konzeption vorzubeugen. **Hübener** (Dresden).

29) **W. S. Chesmann.** Hernia of the urinary bladder.

(New York med. record 1901. Juni 22.)

C. fand bei einem 67jährigen Mann einen linksseitigen irreponiblen Leistenbruch, der seit 8 Stunden eingeklemmt war. Es fand sich ein hypertrophischer Sack, der von seinen Verbindungen mit dem Samenstrang und Kanal gelöst wurde und eine reichliche Fettmasse vorwies. Der Sack wurde abgeschnitten und unterbunden. Als sich das abgeschnittene Stück als Blasenwand herausstellte, wurde eine sorgfältige, doppelreihige Naht angelegt.

Wahrscheinlich hatte das Gewicht des Bruches und Bruchasckes ein Stück Blasenwand in den Bruchkanal hineingezogen; letzteres war so fest mit dem eigent-

lichen Bruchsack verwachsen, dass es gar nicht zu trennen war. Nach der Naht fand kein Urinaustritt, wie er vorher beobachtet, mehr statt. Eine besondere Versorgung der Muskulatur des Bruchkanals wurde unterlassen, indem Verf. mit der Möglichkeit rechnete, die Wunde wegen Urinaustritts wieder öffnen zu müssen.

An diesen Fall schließt sich eine Besprechung der Litteratur. Die Fälle werden aus praktischen Gründen in Klassen getheilt, 1) bei der Autopsie entdeckte, 2) solche mit Symptomen von Blasenbruch (verschiedenartige Urinstörungen, Schmerzen, Tenesmus, Vermehrung der Dysurie bei Vergrößerung der Geschwulst). Auf die sehr interessanten Fälle von Brodier, Clément Pétit, de la Porte, Ledreux und Stolpert van der Weil kann hier nicht näher eingegangen werden.

47 Fälle, in denen die Blase als Bruchinhalt erkannt und nicht verletzt wurde, führen zur Besprechung gewisser Merkmale für den Operateur: ungewöhnliche Dicke, großes Gewicht des Bruchsackes, Lagerung der Fettmasse an der Innenseite (prävesicales Lipom), Tastung zweier über einander gleitender Flächen (F. Lotheissen, Beiträge zur klin. Chirurgie 1898). Vortäuschung eines zweiten Bruchsackes, Urinaustritt.

In 93 Fällen fand Verletzung resp. Eröffnung der Blase absichtlich oder unabsichtlich bei der Operation statt (25 Todesfälle, davon 9 direkter Chok, Hämorrhagien, Urinfiltration, Sepsis), während die 16 übrigen aus Ursachen zu Grunde gingen, wie sie chirurgische Operationen der Harnorgane und solche von Hernien im Besonderen treffen (Urämie, Peritonitis, chronische Nephritis etc.).

Verf. macht noch auf den fast stets zu erwartenden Spontanschluss von Urinfisteln, welche etwa resultiren, aufmerksam und hält den Dauerkatheter für den Wundschluss für überflüssig.

Loewenhardt (Breslau).

30) Reimann. Hydronephrose.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. 8. März 1901.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. No. 11.)

Linksseitige Hydronephrose (doppelt gänseeigroßer Sack) mit reichlich erhaltenem (ca. $\frac{2}{3}$) Nierenparenchym. Eröffnung des Nierenbeckens (Schnitzler). Harnleiter vollkommen durchgängig. Hinaufsehen der Niere beseitigte die Knickung nicht, ein Theil des Hydronephrosensackes überragte dabei noch die Harnleiter-einmündung nach unten und hatte demnach keinen Abfluss. Daher Exstirpation des Sackes, Schluss der 12—14 cm langen Wunde durch doppelte Naht. Durch eine kleine Lücke der Naht wurde vom Nierenbecken aus ein dünnes Drainrohr in den Harnleiter eingeführt und zur Wunde hinausgeführt, das Nierenbecken über dem Drain nach Witzel'scher Schrägkanalmethode geschlossen. Entfernung des Drains nach einigen Tagen, worauf baldiger spontaner Verschluss der Fistel eintrat.

Diese Kapitonnage (Albarran) führte zur völligen Heilung. Bemerkenswerth ist, dass die sehr ausgedehnte Nierenbeckennaht vollkommen gehalten hat.

Hübener (Dresden).

31) F. Bruch. Zur Diagnostik und operativen Therapie der Anuria calculosa.

Inaug.-Diss., Straßburg i/E., 1901.

2 Fälle von Anuria calculosa mit Verschluss beider Harnleiter, die nach der Operation tödlich endeten, der eine an einer Pyelonephritis der nicht operirten Niere, welche zu Lebzeiten nicht diagnosticirt war. Im anderen Falle war die Nephrotomie an der Niere zuerst vorgenommen, welche, wie die Sektion ergab, kaum noch funktionstüchtiges Gewebe enthielt. Es ist von Interesse, dass die Koliken auf dieser Seite bereits länger bestanden als auf der anderen. Verf. glaubt daher auch, dass es richtiger gewesen wäre, die Nephrotomie zuerst auf der Seite vorzunehmen, wo die Beschwerden kürzere Zeit bestanden.

Coste (Straßburg i E.)

32) F. P. Kinnikutt. Orchitis and epididymitis in typhoid.

(New York med. record 1901. Mai 25.)

K. bringt 2 neue Fälle von Typhusinfektion des Hodens und Nebenhodens. In einem Falle entstand gleichzeitig im oberen Theile der Vena saphena eine Phlebitis, woraus Verf. die Möglichkeit einer gleichen Infektion der Vena spermatica herleitet. Im zweiten Falle konnte der Bacillus Eberth in Reinkultur aus einem kleinen fluktuirenden Herde des Hodens gezüchtet werden. Eschner hat 44 Fälle zusammengestellt (Philadelphia med. journ. 1898 p. 949).

Loewenhardt (Breslau).

33) Warnek. Über die Radikaloperation des Gebärmutterkrebses und ihre Resultate auf Grund eigener Fälle.

(Chirurgia Bd. VII. p. 36. [Russisch.])

W. verfügt über 88 Fälle von Vaginalexstirpation. Von den 4 Fällen, in welchen auch bei den nächsten Verwandten Krebs vorhanden gewesen war, beschreibt er 3 näher. Im ersten war die Großmutter an Brustkrebs, die Mutter an Leberkrebs und die ältere Schwester der Pat. an Uteruskrebs gestorben. Die zweite Pat. hatte eine Krebskranke bis zuletzt gepflegt, mit ihr in einem Bette geschlafen. Der Vater war an Magenkrebs gestorben, nachdem ihm ein Krebs der Unterlippe operirt worden war. Die dritte Kranke hat ihre Mutter an Uteruskrebs verloren, eine ihrer Schwestern leidet an Leberkrebs, eine andere hat starke Uterusblutungen.

Außer noch einem weiteren, 4. Falle, war in keinem der 88 Fälle eine Familienkrankung an Krebs nachzuweisen. In 68 Fällen beschränkte sich der Krebs nur auf die Gebärmutter, in 20 war die Nachbarschaft mehr oder weniger ergriffen.

Im Allgemeinen waren, trotzdem bei Manchen noch zu kurze Zeit seit der Operation verstrichen, 72,09 Rückfälle und 27,91% Heilungen zu verzeichnen. Eine übersichtliche Tabelle sämtlicher 88 Fälle giebt über die Einzelheiten Auskunft. W. zweifelt daran, dass durch die abdominale Operation mit Entfernung der Lymphdrüsen wesentlich bessere Resultate erreichbar sein würden.

E. Braatz (Königsberg i/P.).

34) M. Potorowski. Ein Fall von verkalktem Fibrom des linken Eierstocks. (Aus dem Moskauer pathologisch-anatomischen Institut.)

(Chirurgia Bd. VII. p. 61. [Russisch.])

Der eingehenden Behandlung des Themas der verkalkten Eierstocksfibrome liegt ein von Prof. Diacono operirter Fall zu Grunde, der eine 56jährige Kranke betrifft, und in welchem eine rundliche Geschwulst von 6—7 cm Durchmesser durch Laparotomie entfernt wurde. Sie war hart wie ein Stein und musste durchsägt werden. P. giebt 2 Abbildungen, die den makroskopischen Querschnitt und ein mikroskopisches Bild zeigen. Die Kranke hatte die Geschwulst 28 Jahre getragen.

E. Braatz (Königsberg i/P.).

51. Koslowski. Radikaloperation der Spina bifida.

(Chirurgia Bd. VII. p. 30. [Russisch.])

Hühnereigroße, birnförmig gestielte Geschwulst wird abgetragen und die Lücke dadurch geschlossen, dass die Wirbelbogen mit der Knochenzange durchtrennt, dadurch beweglich gemacht und leicht zusammengebracht werden konnten. Heilung.

E. Braatz (Königsberg i/P.).

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.

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom.per jahrg.28:no.27-52
stack no.164

Zentralblatt f ur Chirurgie.



3 1951 002 693 364 K